

Toegang tot huisartsenzorg voor arbeidsmigranten

Verkenning West-Brabant

Wij maken
samen
gezond
gewoon



Samenvatting	3	7. Reflectie	54
1. Aanleiding	4	8. Conclusie en aanbevelingen	56
2. Doel van het onderzoek	6	8.1 Collectieve versus individuele aanpak	57
3. Methode	8	8.2 Gezondheidsvaardigheid verbeteren	59
3.1 Bureauonderzoek	9	8.3 Informatievoorziening gezamenlijk organiseren	60
3.2 (Online) gesprekken met stakeholders	10	8.4 Verbinding domeinen	60
3.3 Gesprekken met arbeidsmigranten	11	8.5 Ondersteuning bij uit dienst of ontslag	63
3.4 Duiding met stakeholders	12	9. Bijlagen	64
4. Achtergrond en context arbeidsmigranten	13	Lijst van afkortingen	65
4.1 Wat is de definitie van een arbeidsmigrant	14	Literatuur	66
4.2 Hoeveel arbeidsmigranten zijn er in West-Brabant?	15	Verdiepingen	69
4.3 Hoe gaat het met de arbeidsmigranten?	16	Verdieping 1 - Aanpak van gezondheidsverschillen	70
5. Model Toegang tot zorg	18	Het terugdringen van gezondheidsverschillen, wat werkt in de aanpak	70
6. Resultaten	20	Verdieping 2 - Zwangerschap, geboorte en seksuele gezondheid	72
6.1 Hoe is de toegang tot huisartsenzorg voor migranten geregeld in West-Brabant?	22	Reproductieve gezondheid arbeidsmigranten	72
6.2 Hoe is de informatievoorziening over huisartsenzorg voor arbeidsmigranten geregeld?	27	Seksuele gezondheid en (toegang tot) anticonceptie	72
6.3 Welke knelpunten ervaren betrokkenen en stakeholders in de toegang tot huisartsenzorg en informatievoorziening?	31	Geboortezorg voor arbeidsmigranten	73
6.4 Welke oplossingsrichtingen en best practices zijn er al?	48	Verdieping 3 - Duidingssessie regionale huisartsenvoorziening anderstaligen	75
6.5 Welke kansen liggen er nog?	51	Colofon	78

Aanleiding

De laatste jaren komen er uit de praktijk veel signalen dat de toegang tot huisartsenzorg voor arbeidsmigranten knelt. De gemeenten in de regio West-Brabant hebben de GGD West-Brabant de opdracht gegeven om hier onderzoek naar te doen.

Doel

Het doel van het onderzoek is inzicht krijgen in de situatie rondom de toegang tot huisartsenzorg in West-Brabant vanuit het perspectief van de stakeholders en de arbeidsmigranten.

Methode

Om antwoord te vinden op de onderzoeksvragen wordt gebruik gemaakt van een bureauonderzoek, interviews met arbeidsmigranten, interviews met stakeholders en een duidingssessie om de resultaten te bespreken en aan te scherpen.

Theoretisch kader

In het onderzoek wordt gebruik gemaakt van het model Toegang tot zorg (een vertaling van het model van [Levesque](#)). Het model laat zien dat veel factoren op het niveau van de aanbieder en zorgvrager van invloed zijn om tot passende zorg te komen.

Resultaten

Arbeidsmigranten kunnen tot huisartsenzorg (niet spoed) komen via verschillende routes. Hierbij zijn zij vaak afhankelijk van maatwerkafspraken. De routes zijn niet toereikend, waardoor alternatieven gezocht worden. Op het gebied van informatievoorziening blijkt dat veel stakeholders zich hier op hun eigen manier voor inzetten. Echter de informatie over de toegang wordt pas toepasbaar, wanneer de daadwerkelijke beschikbaarheid van huisartsenzorg geregeld is.

Knelpunten

De knelpunten om tot huisartsenzorg te komen lopen uiteen van beschikbaarheid, taal & cultuur, informatievoorziening, financiën, oneigenlijk gebruik van spoedzorg en onverzekerd zijn. Landelijk, regionaal en lokaal wordt ingezet om de situatie van arbeidsmigranten te verbeteren.

Kansen

Kansen liggen in een passend systeem van zorg voor arbeidsmigranten, verbetering van samenwerking in de zorgketen en met andere domeinen en verbetering van informatievoorziening.

Conclusie & aanbevelingen

De genoemde knelpunten in de toegang tot zorg hebben met regelmaat als gevolg dat arbeidsmigranten te laat of geen (passende) zorg ontvangen. Om deze verminderde toegang tot zorg voor arbeidsmigranten te vergroten is het advies te focussen op het vormgeven van een collectieve voorziening. Het inrichten van een collectieve regionale huisartsenvoorziening voor anderstaligen lijkt kansrijk om de toegang tot huisartsenzorg te verbeteren. Daarnaast kan ingezet worden op het vergroten van gezondheidsvaardigheden, versterking van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein, het gezamenlijk organiseren van informatievoorziening en ondersteunen in geval van ontslag.

1. Aanleiding



In 2022 woonden er 36.000 arbeidsmigranten (al dan niet tijdelijk) in West-Brabant. Dit aantal neemt voor Noord-Brabant naar schatting gemiddeld met [9% per jaar](#) toe. Deze groep arbeidsmigranten doet, samen met hun eventuele gezinnen, ook een beroep op de zorgvoorzieningen in de regio.

De laatste jaren komen er uit de praktijk veel signalen dat de toegang tot huisartsenzorg knelt. De regionale ambulancevoorziening (RAV) heeft in 2023 gemeenten gevraagd naar welke huisartsenpraktijken zij kunnen verwijzen omdat zij ervaren dat arbeidsmigranten veel oneigenlijk gebruikmaken van 112.

Diverse uitzendbureaus hebben moeite met het vinden van een consultplek voor hun medewerkers. Ook medewerkers van verschillende organisaties merken dat in West-Brabant veel inspanning en vasthoudendheid nodig is om toegang tot huisartsenzorg te regelen. Het gaat om signalen van onder andere de WIN-punten, Stichting Barka en de teams jeugdgezondheidszorg (JGZ) en Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) van de GGD.

Er zijn meerdere oorzaken te benoemen die een lage toegankelijkheid van huisartsenzorg voor arbeidsmigranten verklaren. Zo blijkt uit de regiobeelden van het integraal zorgakkoord dat de druk op de eerstelijns groot is. Hetzelfde beeld komt naar voren in het regionaal overleg van de acute zorgketen.

Tussen 2020 en 2022 had West-Brabant het laagste aantal huisartsen per [10.000 inwoners](#) van Nederland. Er is een patiëntenstop bij meerdere huisartsenpraktijken. Eind 2024 was bij 14% van de huisartsenpraktijken sprake van een volledige patiëntenstop en bij 54% ging het om een gedeeltelijke [patiëntenstop](#).

Opdracht vanuit de gemeenten in West-Brabant

Op basis van deze informatie hebben gemeenten in West-Brabant de GGD West-Brabant gevraagd te onderzoeken hoe de toegang tot huisartsenzorg voor arbeidsmigranten in West-Brabant is geregeld en verloopt. Dit onderzoek is een eerste verkenning en kan gebruikt worden om samen met betrokken stakeholders stappen te zetten om de toegang tot huisartsenzorg in de regio West-Brabant te verbeteren.

Uitgangspunt

Gelijke toegang voor alle inwoners van West-Brabant. Als de toegang knelt, worden vooral de inwoners in een kwetsbare positie het hardst geraakt.

2. Doel van het onderzoek



Met dit onderzoek willen we inzicht krijgen in de situatie rondom de toegang tot huisartsenzorg in West-Brabant vanuit het perspectief van de stakeholders en de arbeidsmigranten. We willen zo komen tot een gedeelde uitgangssituatie om van daaruit samen met de stakeholders de toegang tot huisartsenzorg voor arbeidsmigranten te kunnen verbeteren. Het doel is om op basis van dit rapport aanbevelingen te formuleren waarover de opdrachtgever (gemeenten in West-Brabant) met de stakeholders vervolgafspraken kan maken.

Het onderzoek geeft antwoord op de vraag:

"Wat zijn de ervaringen van verschillende stakeholders en arbeidsmigranten met de toegang tot huisartsenzorg in de regio West-Brabant?"

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden moeten onderstaande subvragen worden beantwoord:

1. Hoe is de huisartsenzorg voor arbeidsmigranten in West-Brabant geregeld?
2. Hoe is de informatievoorziening over huisartsenzorg voor arbeidsmigranten geregeld?
3. Welke knelpunten ervaren betrokkenen en stakeholders in de toegang tot huisartsenzorg en informatievoorziening?
4. Welke oplossingsrichtingen en best practices zijn er al?
5. Welke kansen liggen er nog?

3. Methode

3.1 Bureauonderzoek

3.2 (Online) gesprekken met stakeholders

3.3 Gesprekken met arbeidsmigranten

3.4 Duiding met stakeholders



3.1 Bureauonderzoek

Er zijn gesprekken gevoerd met personen die direct of indirect zijn betrokken bij arbeidsmigranten. Gemeenten en praktijkprofessionals hebben professionals aangedragen uit hun netwerk.

Daarnaast is uitvraag gedaan bij de 16 gemeenten in de regio West-Brabant. Zij kregen het verzoek om beleidsdocumenten, samenwerkingsafspraken en visiestukken te delen waarin verwezen wordt naar toegang tot huisartsenzorg voor arbeidsmigranten.

De verkregen informatie is gebruikt als vertrekpunt voor het onderzoek en is waar relevant verwerkt in de rapportage.



3.2 (Online) gesprekken met stakeholders

Op basis van input van de gemeenten en praktijk-professionals zijn gesprekken gevoerd met personen die direct of indirect zijn betrokken bij arbeidsmigranten.

Dit heeft geleid tot gesprekken met huisartsen, huisartsengroepen, huisartsenspoedposten, uitzendbureaus, huisvesters, welzijnsorganisaties, regionale ambulance-voorziening, zorgverzekeraars, spoedeisende hulp, ziekenhuis, GGD-teams (OGGZ, JGZ, Nu Niet Zwanger), Pharos, WIN-punt (Work In NL), Stichting Barka, interculturele organisaties, gemeenten en sleutelfiguren. In totaal zijn 30 gesprekken gevoerd met in totaal 60 personen uit 32 organisaties.

De gespreksverslagen zijn met behulp van [AtlasTi](#) geanalyseerd en thematisch in de rapportage opgenomen.

Doel: inzicht krijgen in werkwijze, ervaringen en best practices.



3.3 Gesprekken met arbeidsmigranten

Om de ervaring en bevindingen van arbeidsmigranten in beeld te krijgen zijn interviews afgenomen, hebben sleutelpersonen vragenlijsten met arbeidsmigranten doorgenomen en zijn er vele korte gesprekjes met hen aangegaan op huisvestingslocaties.

In aantallen zijn er 7 interviews afgenomen, hebben 11 arbeidsmigranten via sleutelpersonen input geleverd en zijn vele korte gesprekjes op huisvestingslocaties zoals een dak- en thuislozenvoorziening, campings en bij gemeenten (oa RNI Locatie) aangegaan.

Hier zijn observaties gedaan en er zijn kleine gesprekjes aangegaan met arbeidsmigranten om alle informatie verder aan te vullen en te begrijpen. Tijdens deze werkbezoeken is tevens gesproken met betrokken professionals. De sleutelfiguren en cultureel werkers speelden een belangrijke rol in de werving van arbeidsmigranten voor het onderzoek. Zij hebben de onderzoekers geïntroduceerd bij de arbeidsmigranten in hun netwerk en zij waren de brug bij het opbouwen van vertrouwen om het gesprek aan te gaan over gevoelige situaties. Daarnaast hebben ze soms ook de rol als tolk op zich genomen. De data is behulp van AtlasTi geanalyseerd en thematisch in de rapportage opgenomen.



3.4 Duiding met stakeholders

Stakeholders zijn betrokken geweest bij het duiden van de resultaten en het concretiseren van de oplossingsrichtingen middels een tegenleesronde, online vragenlijst en duidingssessie.

De betrokken stakeholders is gevraagd de rapportage tegen te lezen. Hierbij is een korte vragenlijst meegestuurd, waarin is gevraagd of stakeholders de omschreven knelpunten herkennen en vertrouwen hebben in de aangedragen oplossingsrichtingen. Ook is gevraagd om aanvullende ideeën voor concrete actiepunten voor hun eigen organisatie of andere stakeholders.

Daarnaast is een duidingssessie georganiseerd over de toegang tot huisartsenzorg met zorgverzekeraars, huisartsengroepen, uitzendbureaus, WIN-punt medewerkers, Pharos en gemeenten. Tijdens deze sessie is het advies om te komen tot een regionale huisartsen-voorziening voor anderstaligen besproken. Tijdens deze sessie zijn met een SWOT-analyse de belangrijkste gezamenlijke aandachtspunten en randvoorwaarden voor de uitwerking van dit advies besproken. Hiermee is het advies verder aangescherpt.



4. Achtergrond en context arbeidsmigranten

4.1 Wat is de definitie van een arbeidsmigrant?

4.2 Hoeveel arbeidsmigranten zijn er in West-Brabant?

4.3 Hoe gaat het met de arbeidsmigranten?



4.1 Wat is de definitie van een arbeidsmigrant?

Hoe groot is de groep waar dit rapport over gaat en wat is de voorgeschiedenis van deze groep? En hoe staat het met hun persoonlijke (gezondheids)situatie? Als we dit weten, hebben we een startpunt van waaruit we met elkaar kunnen bouwen aan versterking van de positie van de arbeidsmigrant.

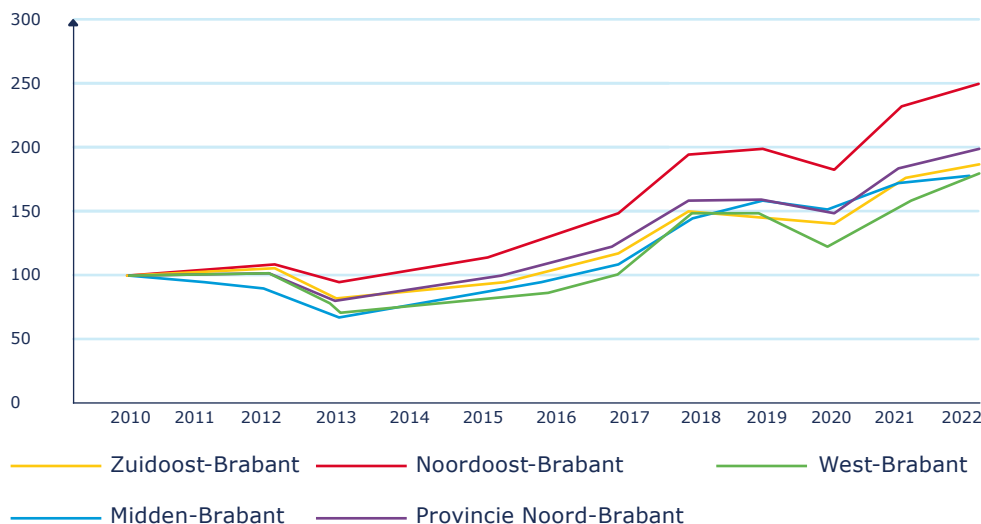
Er bestaan veel definities van de arbeidsmigrant. In dit onderzoek gebruiken we de definitie van [Cremers](#): *"Werkenden van binnen én van buiten Europa die legaal voor kortere of langere tijd in Nederland werkzaam of werkzoekende zijn. Het betreft dus alle uit een ander land komende, migrerende werknemers, met als leidend motief voor hun komst het verrichten van betaalde arbeid. Zij verrichten hun arbeid in uiteenlopende contractvormen (seizoenswerk, uitzendwerk, expats, grensoverschrijdende detachering, kennismigranten) en in tijdelijke en/of vaste dienstverbanden."*

In dit onderzoek richten we ons specifiek op arbeidsmigranten die werkzaam zijn in de sectoren die in West-Brabant veel voorkomen: bouw, landbouw en logistiek. Het gaat meestal om laaggeschoold werk onder zware werkomstandigheden. Expats en kennismigranten behoren niet tot doelgroep van dit rapport.



4.2 Hoeveel arbeidsmigranten zijn er in West-Brabant?

In 2022 werkten en woonden er 984.169 arbeidsmigranten in [Nederland](#). Ongeveer de helft van deze groep is werkzaam via een uitzendbureau, de andere helft wordt niet uitgezonden maar is direct in dienst bij een werkgever. In Brabant werkten in 2022 124.695 [arbeidsmigranten](#). Ongeveer 30% van de arbeidsmigranten in Brabant werkt in West-Brabant. In 2022 gaat dit om bijna 36.000 arbeidsmigranten. In West-Brabant zijn Breda en Roosendaal de gemeenten met het grootste aantal werkende arbeidsmigranten (bijna 7.000 per gemeente). Cijfers van [Decisio](#) laten een stijgende trend zien als het gaat om het aantal arbeidsmigranten dat werkt en woont in Noord-Brabant.



Ontwikkeling aantal internationale arbeidsmigranten
Bron: Decisio

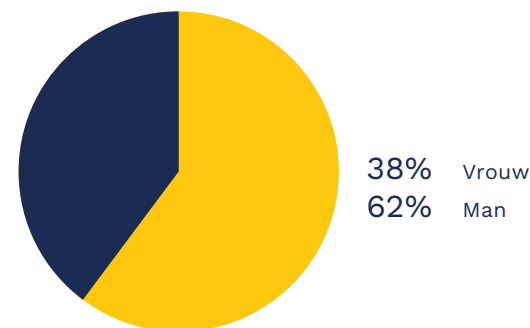
De groep arbeidsmigranten uit Polen is het grootst met 40%. Zij worden gevolgd door de Roemenen met 16% en de [Bulgaren met 10%](#). Volgens de enquêtes [uitzendorganisaties](#) (2023) blijkt dat het grootste deel van de uitgezonden arbeidsmigranten werkt in de logistiek of de tuinbouw.

Sectoren waar uitgezonden arbeidsmigranten werken

• Logistiek	37%	• Overige sectoren	4%
• Tuinbouw	21%	• Bouwbedrijf	3%
• Voedingsindustrie	18%	• Onbekend	3%
• Metaalindustrie	8%	• Transport	1%
• Landbouw	3%	• Horeca	1%

Bron: enquêtes uitzendorganisaties 2023, 2020, KBA Nijmegen

Arbeidsmigranten hebben vaak een kwetsbare [arbeidspositie](#). Ze hebben vaak een laag uurloon en tijdelijke banen al dan niet op oproepbasis.



Achtergrondkenmerken arbeidsmigranten
Bron: enquêtes uitzendorganisaties 2023, 2020, KBA Nijmegen

4.3 Hoe gaat het met de arbeidsmigranten?

4.3.1 Zelfredzaamheid

Als nieuwkomer naar Nederland komen, vraagt veel van migranten. Veel arbeidsmigranten spreken de Nederlandse taal niet en bij aankomst in Nederland is er vaak weinig kennis over ons land. Dit gaat over bijvoorbeeld kennis over het zorgsysteem, wet- en regelgeving en de Nederlandse cultuur. Dit heeft invloed op het vermogen om gezondheidsinformatie goed te vinden, begrijpen en gebruiken (gezondheidsvaardigheden). Arbeidsmigranten hebben vaak weinig sociaal vangnet waarop zij terug kunnen vallen. Tot slot zijn ze vaak afhankelijk van hun werkgever voor hun huisvesting. Het verlies van werk betekent dan in veel gevallen ook verlies van zorgverzekering en [huisvesting](#).

Redenen waarom arbeidsmigranten vaak laat hulp zoeken

- Angst voor inkomensverlies bij ziekmelding
- Taalbarrières en schaamte
- Onbekendheid met het Nederlandse zorgsysteem
- Culturele verschillen in zorgverwachtingen

Slechts 30% voelt zich goed geïnformeerd over de [Nederlandse gezondheidszorg](#); 36% niet. Hoogopgeleide arbeidsmigranten vinden vaker zelfstandig informatie, terwijl laagopgeleiden meer moeite hebben.

4.3.2 Werk en gezondheid

Arbeidsmigranten doen vaak laaggeschoold werk in sectoren met een hoge productiedruk, lange werkdagen en fysiek zwaar werk. Dit werk wordt ook wel omschreven als “dirty, dangerous, degrading” (3D).

Arbeidsmigranten met een laag inkomen ervaren hun [gezondheid](#) als slechter dan gemiddeld. Er zijn veel lichamelijke problemen zoals hernia's en gewrichtsontstekingen en mentale klachten zoals stress, angst en [depressie](#). Huisartsen relateren deze klachten vaak aan het werk of de werkomstandigheden van de arbeidsmigranten.

Onderzoek van het [Kenniscentrum](#) arbeidsmigranten toont aan dat bijna de helft van de respondenten die via een uitzendbureau werken, hun gezondheid als slechter is gaan ervaren sinds hun aankomst in Nederland. Respondenten uit het [onderzoek van Cremers](#) vinden dat er meer maatregelen nodig zijn om de problemen rondom werkdruk en werkstress, geluid, temperatuur en lichamelijk en mentaal zwaar werk te verhelpen. Fysieke klachten, stress over loon of contractduur en zware, lange werkdagen zorgen voor mentale klachten.



Achtergrond en context arbeidsmigranten



Uit onderzoek van Seidler blijkt dat drie op de vier arbeidsmigranten met een laag inkomen in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek angst of [depressieve gevoelens](#) had. Juist de arbeidsmigranten die het zwaarste werk uitvoeren, zijn het minst beschermd omdat zij vaak niet goed op de hoogte zijn van hun [rechten](#). Deze kenmerken maken dat arbeidsmigranten worden gezien als risicogroep als het gaat om fysieke en [mentale gezondheid](#).

Hoewel slechts 11% van de respondenten aangeeft dat gezondheidsklachten hen belemmeren in hun [werk](#), benoemt 40% zich niet vrij te voelen om zich ziek te melden uit angst voor [inkomensverlies](#).

4.3.3 Wonen

Arbeidsmigranten wonen vaak in kleine, gedeelde woningen met weinig privacy in stedelijk gebied. Daarnaast zijn er in de regio West-Brabant grootschalige huisvestingslocaties en woningen op campings of woningen gekoppeld aan de agrarische sector, vaak ver van zorgvoorzieningen. Dit maakt de huisvesting van arbeidsmigranten in West-Brabant zeer divers. Huisvesting is vaak gekoppeld aan werk, waardoor frequente verhuizingen praktisch zijn en ontslag ook kan betekenen dat de arbeidsmigrant een andere woning moet zoeken. Aangezien we ook in West-Brabant te kampen hebben met woningnood, is dit geen eenvoudige opgave. Zo ontstaat het risico op dakloosheid en chronische stress.

Daklozen en onverzekerde arbeidsmigranten hebben vaak moeite om toegang tot zorg te krijgen, ondanks hun recht op [medische hulp](#).



5. Model Toegang tot zorg

De VN-resolutie van de mensenrechtencommissie benadrukt dat zorg voor iedereen toegankelijk moet zijn. Niet iedereen heeft dezelfde kansen om tot zorg te komen. Vooral mensen in een kwetsbare situatie hebben vaak minder goede toegang tot [zorg](#). Zo komen ze bijvoorbeeld te laat tot hulp of is de aangeboden hulp niet passend.



Model Toegang tot zorg



Om de toegang tot huisartsenzorg voor arbeidsmigranten in West-Brabant inzichtelijk te maken, is in dit onderzoek gebruikgemaakt van een vertaling van **Pharos** van het model van **Levesque**. Dit model schetst een raamwerk voor de toegankelijkheid van zorg. Het laat zien welke schakels er nodig zijn om tot passende zorg te komen. Het gaat hier om factoren die spelen vanuit zowel de aanbieder als de zorgvrager.

Voor de zorgvrager (in de context van het onderzoek de arbeidsmigrant) zijn het vinden, bereiken, betalen en deelnemen van invloed op de toegang. Bij deze factoren wordt een sterk beroep gedaan op de (gezondheids)vaardigheden van de arbeidsmigrant.

Wat volgens Pharos door alle aspecten heen loopt, is de mate van vertrouwen die mensen in de zorg hebben. Eerdere ervaringen maar ook het gezien, gehoord en begrepen voelen spelen hierin een rol. Slechte eerdere ervaringen kunnen invloed hebben op hoe in het vervolg omgegaan wordt met het zoeken en gebruiken van [zorg](#).



Model toegang tot zorg Pharos

6. Resultaten



In het onderzoek is gesproken met 60 enthousiaste en bevroegen professionals die zich allen vanuit hun rol inzetten voor een goede toegang tot zorg. Elke professional en elke organisatie heeft eigen kennis, ervaring en mogelijkheden. Door meer in te zetten op samenhang kan winst worden geboekt.

De grote bereidheid die door de professionals geuit is tijdens de gesprekken vormt een belangrijke basis om verder te bouwen. Dat geeft vertrouwen dat de toegang tot huisartsenzorg en wat daarmee samenhangt zoals informatievoorziening en samenwerking in de keten, op korte termijn verbeterd kan worden.

De resultaten worden verwerkt aan de hand van de deelvragen.

1. Hoe is de huisartsenzorg voor arbeidsmigranten in West-Brabant geregeld?
2. Hoe is de informatievoorziening over huisartsenzorg voor arbeidsmigranten geregeld?
3. Welke knelpunten ervaren betrokkenen en stakeholders in de toegang tot huisartsenzorg en informatievoorziening?
4. Welke oplossingsrichtingen en best practices zijn er al?
5. Welke kansen liggen er nog?

“Als we denken eigenlijk moet je naar de eigen huisarts, maar ja, er is geen eigen huisarts. En dat is echt heel lastig om dan iemand weg te sturen die wel gewoon een serieus probleem heeft.”

– Huisartsenspoedpost



6.1 Hoe is de toegang tot huisartsenzorg voor migranten geregeld in West-Brabant?

In dit hoofdstuk beschrijven we aan de hand van de gesprekken met stakeholders en arbeidsmigranten hoe momenteel de toegang tot huisartsenzorg voor arbeidsmigranten geregeld is.

Voor de start van het onderzoek heerste het beeld dat de toegang tot huisartsenzorg voor arbeidsmigranten in (samenwerkings) afspraken geregeld was en dat er vooral aan de kant van de zorgvrager (arbeidsmigrant) lastig was om de juiste route te vinden. Het onderzoek laat zien dat de route naar toegang onvoldoende geregeld is waardoor het verklaarbaar is dat bijvoorbeeld de regionale ambulancevoorziening en spoedeisende hulp onvoldoende kunnen toeleiden.

Via de reguliere route blijkt dat arbeidsmigranten vaak niet zijn ingeschreven bij een huisartsenpraktijk. Arbeidsmigranten komen vooral tot consult als passant. Spoedzorg behoort tot de zorgplicht van een huisarts, ook als passant. Het passantenconsult is er voor incidentele zorg en [spoedzorg](#). Passanten komen in de praktijk vooral moeilijk tot een consultplek wanneer er sprake is van niet-spoedeisende zorg.



“Ik begrijp dat de dokters ook heel veel werk hebben en overbelast zijn. Maar arbeidsmigranten zijn natuurlijk ook verzekerd. Dan vraag ik als passant, dan hoef je niet in te schrijven, geef advies en desnoods medicijnen, maar dat is iedere keer een beetje smeken om geholpen te worden.”

– Uitzendbureau



“We zijn ooit gestart in Tilburg en sinds het begin hebben we in Tilburg een groep huisartsen bereid gevonden die willen helpen. Dus voor onze eigen mensen heb ik eigenlijk nooit een tekort gehad aan huisartsenzorg.”

– Uitzendbureau

Uit het onderzoek blijkt dat er verschillende routes worden gebruikt om tot huisartsenzorg (niet-spoed) te komen. In dit hoofdstuk bespreken we:



6.1.1 Via de reguliere route

Arbeidsmigranten die op een woonadres staan ingeschreven in de BRP (Basisregistratie Personen) of RNI (Registratie Niet-Ingezetenen), kunnen zich in principe inschrijven bij betreffende huisartsenpraktijk binnen het postcodegebied via dezelfde route als iedere andere inwoner van Nederland. Randvoorwaarde is wel dat er bij de huisartsenpraktijken binnen het postcodegebied ruimte is voor nieuwe patiënten. Ook wanneer arbeidsmigranten ingeschreven staan in de BRP of RNI én verzekerd zijn, kan de zoektocht naar een huisartsenpraktijk moeilijk verlopen.

Dit geldt niet alleen voor arbeidsmigranten. De Algemene Rekenkamer geeft op basis van onderzoek van Nivel en Vektis aan dat naar schatting tussen de 45.000 en 194.000 Nederlanders geen vaste huisarts hebben en ruim 730.000 zoeken actief naar een nieuwe [praktijk](#). Echter, arbeidsmigranten lopen een groter risico om buiten de zorg te vallen omdat ze vaak geen Nederlands of Engels spreken en regelmatig verhuizen.



Hulp door zorgverzekering

Arbeidsmigranten met een zorgverzekering zijn in de meeste gevallen verzekerd bij HollandZorg of Zorg & Zekerheid. Vaak zijn ze collectief verzekerd via de werkgever. Dit zijn speciale verzekeringen voor arbeidsmigranten, waarin rekening wordt gehouden met de behoeften van arbeidsmigranten. Zo worden er buiten het basispakket aanvullende pakketten aangeboden die interessant kunnen zijn voor arbeidsmigranten. Een zorgverzekeraar heeft de plicht je te helpen bij het vinden van een huisarts.

6.1.2 Route voor incidentele zorg (niet-spoed) als passant

Sommige gemeenten hebben afspraken met huisartsen om arbeidsmigranten als passant op hun spreekuren te zien. Ook zijn er huisartsen onderling die bijvoorbeeld gebruik maken van verdeellijsten wie op welke dag/week beschikbaar is voor het zien van passanten. Arbeidsmigranten, werkgevers, WIN-punten en andere brugfunctionarissen zoeken naar mogelijkheden om als passant in de gemeente tot huisartsenzorg te komen. Echter, het vraagt best wat uitzoekwerk om deze afspraken te achterhalen en dus de juiste route te doorlopen. Daarmee lijken het deeloplossingen. Arbeidsmigranten zijn hierin afhankelijk van ad hoc afspraken of individuele bereidheid en betrokkenheid van professionals die een brugfunctie vervullen of van professionals die triageren tot toegang tot zorg (is situatie x wel of geen spoed).



6.1.3 Via werkgever

Sommige werkgevers en huisvestingslocaties koppelen 'eigen' huisartsen aan hun bedrijf of maken zelf afspraken met huisartsen om zorg voor hun werknemers geregeld te krijgen. Dit geeft directe toegang voor werknemers van enkele (veelal grote) bedrijven, maar het blijven noodverbanden die geen structurele oplossing bieden voor de ruim 36.000 arbeidsmigranten in West-Brabant. Uit het onderzoek blijkt dat veel uitzendbureaus graag bereid zijn zich in te spannen om hun werknemers in te schrijven bij een huisarts, als hier mogelijkheden voor zijn. Een eerdere pilot waarin werd samengewerkt tussen uitzendbureaus en werkgevers en een hybride huisartsenpraktijk is gestopt omdat het leveren van fysiek consult te sterk onder druk kwam te staan.



6.1.4 Via hybride en digitale huisartsenpraktijken

In de regio West-Brabant kunnen inwoners zonder vaste huisarts zich inschrijven bij digitale of hybride huisartsenpraktijken. Voorbeelden hiervan zijn Thuisdok (regio Breda) en Arene (voor de hele regio). Digitale hulp kan in meerdere talen worden gestart, o.a. in het Pools, Bulgaars, Roemeens, Bulgaars, Engels, Oekraïens. Waar mogelijk worden zorgvragen digitaal opgepakt. Wanneer een fysiek consult nodig is, wordt bijvoorbeeld samengewerkt met aangesloten huisartsenpraktijken in de regio. Er werden in deze route knelpunten ervaren om te komen tot een fysiek consult. Meer informatie over de hybride en digitale huisartsenpraktijken in de regio, is te lezen in het hoofdstuk '[Best Practices & oplossingsrichtingen](#)'.

Voorgaande routes zijn ingeregeld om tot toegang tot huisartsenzorg te komen. In de praktijk blijken deze routes niet toereikend en worden alternatieven gezocht om tot zorg te komen.

Deze routes zijn te lezen in het hoofdstuk '[Knelpunt: oneigenlijk gebruik spoedzorg](#)'.



6.2 Hoe is de informatievoorziening over huisartsenzorg voor arbeidsmigranten geregeld?

In relatie tot de toegang tot huisartsenzorg is het belangrijk dat arbeidsmigranten bekend zijn met het Nederlandse gezondheidszorgsysteem en weten wat te doen om tot zorg te komen. Onderdelen hiervan zijn onder andere het afsluiten van een zorgverzekering, inschrijven bij een huisarts of beroep doen op zorg als passant tijdens werkdagen of via de huisartsenspoedpost bij spoedzorg in de avonden en in het weekend.

Informatie vergroot kennis en wordt toepasbaar als deze praktisch gemaakt kan worden in de vorm van het zelf kunnen vinden van zorg of het actief inzetten van een hulpbron die een brug vormt tot daadwerkelijke toegang tot huisartsenzorg. Zowel arbeidsmigranten die zelf op zoek gaan als zij die hulp inschakelen stranden regelmatig tijdens deze zoektocht in West-Brabant. De toepasbaarheid van informatie gaat omlaag doordat zorg niet beschikbaar is. Dit leidt tot zorgen en frustratie, zowel bij arbeidsmigranten als bij sleutelpersonen/professionals.

Nagenoeg alle stakeholders die we hebben gesproken, zien of pakken een rol in het verwijzen naar informatie. Veelal landelijk ontwikkelde informatiematerialen vormen hiervoor een basis. Als de route naar daadwerkelijke toeleiding naar huisartsenzorg duidelijk is, kan de informatievoorziening meer doelgericht worden verbeterd en samengebracht.



6.2.1 Versnipperd en divers

Voordat arbeidsmigranten naar Nederland komen, zoeken zij op verschillende manieren naar informatie over wonen, werken en leven in Nederland. Van de arbeidsmigranten die laaggekwalficeerd werk zoeken, [gaat 56% vooral af op informatie van familie of vrienden die al in Nederland werken of hebben gewerkt](#). Ongeveer 50% van de arbeidsmigranten zoekt via internet en bijna 30% zoekt naar informatie via het uitzendbureau of hun werkgever.

Websites van overheidsinstellingen of Workinnl.nl werden voor de komst naar Nederland het minst gebruikt. Wanneer arbeidsmigranten in Nederland zijn, maken zij vaak gebruik van internet of sociale media om aan informatie te komen. Wanneer arbeidsmigranten langer in Nederland zijn, gaan zij vaker officiële informatiebronnen gebruiken zoals die van de Rijksoverheid. Het verbeteren van de overheidscommunicatie heeft veel aandacht. Zo wordt de website [Workinnl.nl](#) vernieuwd in samenwerking met arbeidsmigranten.

6.2.2 Via werkgever of uitzendbureau

Het merendeel van de arbeidsmigranten uit het onderzoek gaf aan vanuit het uitzendbureau weinig tot geen informatie ontvangen te hebben over de huisartsenzorg, sinds hun aankomst in Nederland.

Een aantal arbeidsmigranten vertelt dat ze wel geïnformeerd zijn door hun uitzendbureau om contact op te nemen wanneer ze zorg nodig hebben. Bij de daklozenopvang kwam tijdens de korte gesprekken naar voren dat de arbeidsmigranten niet weten wat ze kunnen doen als ze gezondheidshulp nodig hebben. Ze zijn hierdoor afhankelijk van organisaties als Stichting Barka en het Leger des Heils. Deze organisaties hebben afspraken met onder andere team OGGZ van de GGD voor ondersteuning naar lokale huisartsenzorg.

“En dan ook denk ik nog, dat ze niet weten waar ze dan anders terecht moeten. Ze hebben ook geen informatie gekregen bij wie moet ik dan zijn. Ze weten het ook echt niet, dus wat is dan het meest logische als jij normaal gesproken in je eigen land gewoon naar de SEH kan gaan en ze helpen je.”

– Huisartsenspoedpost



“Ik heb van het uitzendbureau waar ik werk weinig informatie ontvangen over de zorg in Nederland. Ik betaal 34 euro per week en ben verzekerd [via het uitzendbureau]. Verder ben ik nooit geïnformeerd over de zorg, ook niet of ik een huisarts kan bezoeken via mijn werk.”

– Arbeidsmigrant



Van de arbeidsmigranten in Nederland is naar schatting 60% verbonden aan een uitzendbureau. Wanneer arbeidsmigranten besluiten naar Nederland te komen, ontvangen zij meestal informatie van het uitzendbureau over het werk dat zij gaan doen en over wonen en leven in Nederland. Het verstrekken van informatie begint vaak al in het land van herkomst. Uitzendbureaus hebben de plicht om informatie over de zorgverzekering - die in Nederland verplicht is - te delen en een zorgverzekering aan te bieden. Daarnaast geven veel uitzendbureaus informatie over het Nederlandse zorgsysteem en zien zij een rol voor zichzelf in de verwijzing naar de juiste informatievoorziening. Een voorbeeld van de informatie die door uitzendbureaus gegeven wordt, is te zien in het blok hiernaast.

Wanneer de werknemers in Nederland zijn, staat vanuit de uitzendbureaus uit dit onderzoek een contactpersoon klaar voor vragen die arbeidsmigranten hebben. Deze contactpersoon kan ook ingezet worden vanuit een huisvestingslocatie.

Zowel de uitzendbureaus zelf als de andere stakeholders die gesproken zijn, zien een duidelijke rol voor uitzendbureaus in de informatievoorziening. Nieuwe medewerkers naar Nederland halen brengt een verantwoordelijkheid met zich mee. De aanname is dat niet alle uitzendbureaus hier op dezelfde manier mee omgaan. De uitzendbureaus uit dit onderzoek, zijn zich bewust van de rol die zij hebben in het ondersteunen en begeleiden van de arbeidsmigranten. Zij zijn verbonden aan de branchevereniging ABU en/of NBBU. Mogelijk dat dit met elkaar verband houdt.

Voorbeeld informatie uitzendbureau

- Informatie over waar je komt te wonen (welke kamer, welke voorzieningen zijn)
- Informatie over hoe vervoer geregeld is
- Informatie over werk (waar ga ik werken, hoe kom ik daar)
- Informatie over de wet en regeling in Nederland
- Eventuele specifieke informatie over de gemeente
- Informatie over zorg (verzekering en aanvullende verzekeringen)
- Informatie hoe een huisarts bereikt kan worden
- Linkjes met nuttige informatie, zoals verwijzing naar het WIN-punt

6.2.3 Via de zorgverzekeraar

Arbeidsmigranten die zijn ingeschreven voor een zorgverzekering, ontvangen ook informatie van de zorgverzekeraar. Wanneer de zorgverzekeraar beschikt over het mailadres van de verzekerde arbeidsmigrant, komt deze informatie rechtstreeks en zonder tussenkomst van de uitzender bij de verzekerde terecht. Het blok hiernaast geeft een voorbeeld van *onboardingsmails* die door de zorgverzekeraar met de verzekerde worden gedeeld.

Verschillende mails vanuit de zorgverzekeraar

- Begeleiden naar de verzekeringsomgeving
- Informatie over het zorgstelsel in Nederland
- Informatie over wat er gebeurt als je uit dienst gaat (collectieve verzekering stopt)
- Verzameling van linkjes over wonen, werken en leven in Nederland verzekeringen
- Informatie hoe een huisarts bereikt kan worden
- Linkjes met nuttige informatie, zoals verwijzing naar het WIN-punt

De huidige trend is dat het percentage arbeidsmigranten dat werkt via uitzendbureaus aan het afnemen is (HollandZorg). Er ligt daarmee een belangrijke rol bij de zorgverzekeraar om contact te leggen met werkgevers, zodat zij eraan bij kunnen dragen dat arbeidsmigranten zich verzekeren.

6.2.4 Via intermediaire organisaties zoals het WIN-punt

Het WIN-punt werkt samen met gemeenten, maatschappelijke organisaties en bedrijven om informatie aan de arbeidsmigrant te verlenen op wonen, werken en leven. West-Brabant heeft fysieke en mobiele WIN-punten. De fysieke locaties zijn in Breda en Roosendaal. Uitbreiding is in verkenning. Er is nauwe samenwerking met alle gemeenten. Gemeenten kunnen initiatief nemen het WIN-punt te betrekken bij activiteiten gericht op de informatievoorziening. Zij werken tevens proactief samen met onder andere uitzendbureaus en werkgevers.

In dit kader past ook de toeleiding naar ondersteuning of de [juiste hulp](#). Arbeidsmigranten ontvangen informatie over het aanbod van het WIN-punt op het moment dat zij zich inschrijven in een gemeente (BRP of RNI). Op de website van het informatiepunt is pragmatisch gekozen voor verwijzing naar de Huisartsenspoedposten in Breda, Roosendaal en Bergen op Zoom voor dringende medische hulp.

Arbeidsmigranten kunnen gratis gebruik maken van de ondersteuning van het WIN-punt. Alleen al het RNI-punt in Breda ondersteunt maandelijks 120 arbeidsmigranten. De WIN-punten worden veel bevestigd en willen graag meer proactief zijn richting onder andere bedrijven en uitzendbureaus. Zij moeten door de veelheid aan vragen keuzes maken bij het bieden van ondersteuning.

6.3 Welke knelpunten ervaren betrokkenen en stakeholders in de toegang tot huisartsenzorg en informatievoorziening?

6.3.1 Randvoorwaarde inschrijving woonadres vaak niet op orde

Huisartsengroepen en een zorgverzekeraar benoemen dat in de ideale situatie de huisartsenzorg voor arbeidsmigranten hetzelfde geregeld is als voor andere inwoners, namelijk door een inschrijving bij een lokale huisartsenpraktijk als de arbeidsmigrant lokaal gevestigd is voor zowel de spoed als niet spoedzorg. Inschrijven bij een huisartsenpraktijk heeft namelijk voordelen voor zowel patiënt als huisarts:

- Inschrijving maakt het mogelijk om bijvoorbeeld in geval van chronische zorg opvolging te kunnen bieden via het bijhouden van een dossier.
- Inschrijving biedt ook financiële zekerheid voor de huisartsenpraktijk. Zij kunnen hun praktijk met inkomsten uit vast geregistreerde patiënten door ontwikkelen.

Om je in te kunnen schrijven bij een huisartsenpraktijk, dien je ingeschreven te staan op een woonadres. Bij aankomst in Nederland schrijft een deel van de arbeidsmigranten zich in de BRP in, een veel groter deel in de [RNI](#). Zowel in de BRP als in de RNI is het mogelijk om je in te schrijven op een woonadres. Deze arbeidsmigranten kunnen zich in principe inschrijven bij een huisartsenpraktijk via dezelfde route als iedere Nederlander. In de praktijk blijkt de grootste groep niet ingeschreven te staan op een eigen woonadres (of geen vaste verblijfplaats te hebben), ook al wordt hier door veel gemeenten hard aan gewerkt dit te verbeteren. Zo is enkele maanden geleden door het Rijk de tool [MyRNI](#) opgeleverd die het voor arbeidsmigranten zelf mogelijk maakt met behulp van deze app hun adres aan te passen.



Niet ingeschreven staan op woonadres betekent dat de arbeidsmigrant niet tot het postcodegebied behoort van een lokale huisartsenpraktijk en dus inschrijving niet mogelijk is. Een deel van de arbeidsmigranten loopt hierop vast.

Het niet kunnen inschrijven op woonadres is slechts één reden die de inschrijving bij de huisartsenpraktijk bemoeilijkt. De rest van het hoofdstuk gaat in op de andere knelpunten.

6.3.2 Infrastructuur & beschikbaarheid

Tekort aan huisartsen

Onder de gesproken stakeholders is algemeen bekend dat er sprake is van een huisartsentekort in de regio. Tussen 2020 en 2022 had West-Brabant het laagst aantal huisartsen per [10.000 inwoners](#).

Onder andere het faillissement van CoMED heeft bijgedragen aan een groter tekort in de regio. Veel praktijken hebben een algemene patiëntenstop. Verder heeft West-Brabant samen met Zuid-Holland Zuid het hoogste percentage aan [solopraktijken](#). Mogelijk zijn hierdoor minder verbindingen en netwerken onderling en is er daarmee een andere basis om vanuit samen te werken. Daarnaast benoemd een huisartsengroep het risico van een solopraktijk; wanneer deze huisarts uitvalt, ontstaat een acuut probleem voor de patiënten van de praktijk. Uit de cijfers van Nivel blijkt dat in 2025 de huisartsendichtheid in West-Brabant wel weer licht aan het [toenemen is](#).



“Dus binnen 2 weken is het me niet gelukt, elke dag bellen naar die dokters, om een doktersafspraak te regelen. En dat is ook niet zo zeer dat zij dat niet willen, maar ze hebben al geen plek voor eigen patiënten natuurlijk.”

– Uitzendbureau

“... en lukt dat niet dan gaan mensen nog steeds of naar de spoed of ze maken de reis naar huis. 1200 km reizen om naar een huisarts te kunnen vind ik een beetje jammer.”

– Uitzendbureau

“Ik heb geen huisarts in Nederland en ik heb zelf geprobeerd om een huisarts te vinden in [gemeente]. Ik sta sinds begin februari op een wachtlijst om geregistreerd te worden bij een huisarts. Tot nu toe [15 april] heb ik daar geen reactie op ontvangen.”

– Arbeidsmigrant

“En meerdere keren dat mensen inderdaad zeggen kijk het maar aan, komen ze een week later bij de poli en dan blijkt er iets gebroken te zijn of ontstoken te zijn.”

– Uitzendbureau

Enkel als passant op consult

Zoals eerder genoemd hebben veel arbeidsmigranten geen vaste verblijfplaats. Hierdoor kunnen zij zich niet op adres inschrijven bij een huisarts, met als gevolg dat zij enkel als passant gezien kunnen worden. Uit onderzoek van [Cremers](#) blijkt dat 33% niet is ingeschreven, al wordt ervan uitgegaan dat dit percentage nog hoger is. Door drukte bij de huisartsenpraktijken, is het als passant in veel gevallen lastig om een consultplek te vinden. Huisartsengroepen geven hierover aan dat passanten enkel in geval van spoed gezien kunnen worden. Dit leidt volgens de RAV tot oneigenlijk 112 gebruik. Ook blijven passanten langer met klachten rondlopen wat in gevallen kan zorgen voor het verergeren van klachten, eindigend in spoed. Het gezien worden als passant heeft meer nadelen. Zo bemoeilijkt dit het volledig krijgen van het medisch dossier. Daarnaast dient de arbeidsmigrant het passantentarief voor het consult bij de praktijk direct af te rekenen om vervolgens zelf te declareren. Veel arbeidsmigranten beschikken niet over voldoende geld om dit voor te kunnen schieten en over de vaardigheden om deze kosten daadwerkelijk terug te krijgen van de zorgverzekeraar.

Uit een gesprek met een uitzendbureau blijkt dat arbeidsmigranten niet direct bij een huisarts worden ingeschreven. Men komt in actie wanneer zorg nodig is. Genoemde redenen voor deze aanpak zijn de administratieve last en het mogelijk bezet houden van huisartsenplekken door mensen die de zorg misschien niet nodig hebben.

Uit de interviews met de arbeidsmigranten en professionals werd vaak benoemd dat de arbeidsmigranten pas zorg ontvingen als het echt niet meer anders kon. Dit leverde ook enkele levensbedreigende situaties op.

“Passanten tarief is veel hoger omdat je dat inschrijftarief niet hebt. En van dat inschrijftarief betaalt bijvoorbeeld de huisarts z’n gebouw, z’n medewerkers.”

– Huisartsenpraktijk

“Ik heb weleens iemand gehad die z’n knie gebroken had. Iedereen kan zien dat dat niet goed was. Alleen kon hij nergens terecht. Moest ik wachten tot 18.00 uur om naar de huisartsenpost in het ziekenhuis te gaan.”

– Uitzendbureau

“We schrijven de mensen niet van tevoren in. Dat zou sowieso voor iedereen administratief te veel werk zijn, terwijl die hulp misschien helemaal niet nodig is voor die mensen die dan ingeschreven staan. En ze houden die plekken bezet voor mensen die wel naar de dokter moeten. Op het moment dat de dokter nodig is, dan gaan we aan de slag.”

– Uitzendbureau

Enkel als passant op consult

Zoals eerder genoemd hebben veel arbeidsmigranten geen vaste verblijfplaats. Hierdoor kunnen zij zich niet op adres inschrijven bij een huisarts, met als gevolg dat zij enkel als passant gezien kunnen worden. Uit onderzoek van [Cremers](#) blijkt dat 33% niet is ingeschreven, al wordt ervan uitgegaan dat dit percentage nog hoger is. Door drukte bij de huisartsenpraktijken, is het als passant in veel gevallen lastig om een consultplek te vinden. Huisartsengroepen geven hierover aan dat passanten enkel in geval van spoed gezien kunnen worden. Dit leidt volgens de RAV tot oneigenlijk 112 gebruik. Ook blijven passanten langer met klachten rondlopen wat in gevallen kan zorgen voor het verergeren van klachten, eindigend in spoed. Het gezien worden als passant heeft meer nadelen. Zo bemoeilijkt dit het volledig krijgen van het medisch dossier. Daarnaast dient de arbeidsmigrant het passantentarief voor het consult bij de praktijk direct af te rekenen om vervolgens zelf te declareren. Veel arbeidsmigranten beschikken niet over voldoende geld om dit voor te kunnen schieten en over de vaardigheden om deze kosten daadwerkelijk terug te krijgen van de zorgverzekeraar.

Uit een gesprek met een uitzendbureau blijkt dat arbeidsmigranten niet direct bij een huisarts worden ingeschreven. Men komt in actie wanneer zorg nodig is. Genoemde redenen voor deze aanpak zijn de administratieve last en het mogelijk bezet houden van huisartsenplekken door mensen die de zorg misschien niet nodig hebben.

Uit de interviews met de arbeidsmigranten en professionals werd vaak benoemd dat de arbeidsmigranten pas zorg ontvingen als het echt niet meer anders kon. Dit leverde ook enkele levensbedreigende situaties op.

“Passanten tarief is veel hoger omdat je dat inschrijftarief niet hebt. En van dat inschrijftarief betaalt bijvoorbeeld de huisarts z’n gebouw, z’n medewerkers.”

– Huisartsenpraktijk

“Ik heb weleens iemand gehad die z’n knie gebroken had. Iedereen kan zien dat dat niet goed was. Alleen kon hij nergens terecht. Moest ik wachten tot 18.00 uur om naar de huisartsenpost in het ziekenhuis te gaan.”

– Uitzendbureau

“We schrijven de mensen niet van tevoren in. Dat zou sowieso voor iedereen administratief te veel werk zijn, terwijl die hulp misschien helemaal niet nodig is voor die mensen die dan ingeschreven staan. En ze houden die plekken bezet voor mensen die wel naar de dokter moeten. Op het moment dat de dokter nodig is, dan gaan we aan de slag.”

– Uitzendbureau

Vraag komt op de verkeerde plek binnen

Een deel van de vragen die bij huisartsen binnenkomen, zijn niet medisch van aard maar vooral gericht op sociaal maatschappelijke factoren zoals financiële zorgen, stress gericht op woon- en leefsituatie. Deze vragen kunnen wellicht beter opgevangen worden binnen het sociaal domein of voorliggend veld zoals welzijn en preventieve gezondheid. Het is belangrijk dat vragen op de juiste plek terecht komen. Zo krijgt de patiënt de hulp die hij nodig heeft van de juiste persoon en kan het mogelijk druk bij huisartsen weghalen.

6.3.3 Cultuur & taal

Drempels huisartsen

Zowel huisartsen zelf als huisartsengroepen delen dat veel huisartsen niet warmlopen voor het inschrijven en zien van arbeidsmigranten. Praktijken zitten inderdaad vol maar er spelen meer factoren een rol. De taalbarrière maakt dat een consult meer tijd kost en het maakt het begrijpen van klachten complexer.

Cultuurverschillen zorgen vaak voor andere verwachtingen van wat de huisarts kan bieden en dan is er nog de administratieve last van in- en uitschrijvingen. Het verloop is groot en vaak wordt bij vertrek de arbeidsmigrant niet uitgeschreven.

Tot slot zorgt de onzekerheid over de bekostiging van declaraties ook voor weerstand om arbeidsmigranten te zien. Het risico bestaat dat arbeidsmigranten aan een behandeling beginnen terwijl de patiënt verzekerd is maar dat deze onverzekerd raakt wanneer het werk stopt. Voor de huisartsenpraktijk ontstaat vervolgens de vraag: hoe nu verder met behandeling en declaraties?

Taalbarrière

Voor zowel patiënt, assistente en huisarts is de taalbarrière een factor die passende toegang tot zorg bemoeilijkt.

Veel banen waarvoor arbeidsmigranten naar West-Brabant komen, vragen weinig scholing. Er wordt een relatief laag beroep gedaan op de geletterdheid van de arbeidsmigranten. Dit heeft invloed op hoe deze arbeidsmigranten de Engelse en Nederlandse taal eigen maken. Uit het onderzoek blijkt dat arbeidsmigranten vaak denken hier maar beperkte tijd te zullen zijn. Daarnaast is de spreektaal vaak Engels, waardoor het beheersen van de Nederlandse taal geen prioriteit heeft. Er wordt daarom weinig gebruik gemaakt van aanbod van uitzendbureaus om een taalcursus te volgen.

Het niet beheersen van de Nederlandse taal verlaagd de zelfredzaamheid en het zelf oplossend vermogen. Zo geven arbeidsmigranten aan informatie te ontvangen over de zorg die hun kind nodig heeft, maar dat deze informatie niet laagdrempelig genoeg is om te begrijpen. Daarnaast wordt het gesprek tijdens het consult vaak vertaald, maar vindt dossiervorming plaats in het Nederlands.

Voor de patiënt is het daarnaast moeilijk om in een andere taal klachten en de precieze zorgvraag goed over te brengen. Tijdens een consult is niet altijd een tolk aanwezig om hierbij te ondersteunen.

Enkele uitzendbureaus geven aan weleens mee naar een consult te gaan om als tolk te fungeren. Een dilemma hierbij is de balans tussen ondersteuning en de privacy en onafhankelijkheid van de werknemer. Uit onderzoek van Cremers blijkt dat arbeidsmigranten regelmatig moeten betalen voor deze ondersteuner. Daarnaast bestaat het risico op slechte vertalingen doordat het geen professionele vertalers zijn.

Ook huisartsen, de Spoedeisende Hulp en de Huisartsenspoedpost ervaren de taalbarrière als drempel. Een consult kost meer tijd en het stellen van de juiste diagnose wordt bemoeilijkt. Naast het juist begrijpen van elkaar, benoemen medewerkers van de Spoedeisende Hulp dat empathie en nuance verloren gaan in de korte gesprekken die men in een andere taal vaak met elkaar heeft. In plaats van een open gesprek, ontstaat een gesloten gesprek, waardoor patiënten zich niet altijd gehoord voelen.

“En bij de arbeidsmigrant, om daar even heel specifiek op in te zoomen. Wat wij merken is dat ze inderdaad vaak laaggeletterd zijn, een taalbarrière hebben, dus dat het sowieso al moeilijk is wat nu precies de concrete vraag is.”

– Huisartsenspoedpost

De triagisten bij de huisartsenspoedpost ervaren dat door de taalbarrière soms niet duidelijk is wat arbeidsmigranten bedoelen. Hierdoor is het voorgekomen dat verkeerde interpretaties van de klachten werden gedaan. Hier zijn uitgebreide taalbarrière protocollen voor ontwikkeld. Omdat telefonisch op zo'n moment niet goed is in te schatten of de situatie veilig is, laat de triagist de arbeidsmigrant relatief vaker voor de zekerheid naar de huisartsenspoedpost komen dan de gemiddelde Nederlander. De triagisten maken gebruik van een stroomschema om deze afweging te kunnen maken. Sinds kort wordt met behulp van een digitale vragenlijst in eigen taal geprobeerd toch een digitale triage uit te voeren.

Digitale zorg

Hoewel digitale zorg veel mogelijkheden biedt (bijvoorbeeld als het gaat om vertalen), is het niet toereikend voor alle vragen en niet toereikend voor een belangrijk deel van de doelgroep. Voor mensen die moeite hebben met taal of lage digitale- of gezondheidsvaardigheden hebben, is digitale zorg vaak moeilijk te vinden, begrijpen en gebruiken. Arbeidsmigranten behoren ook tot de groep voor wie digitale zorg lastig is en dit kan een drempel vormen voor het zoeken van hulp. In het Programma [eHealth4ALL - Pharos](#) werkt Pharos samen om digitale zorg zo aan te passen dat het voor iedereen begrijpelijk en toegankelijk is.

“In het begin hadden ze ook zo'n digitaal systeem, dan haken ook al veel mensen af. Ze zijn er ook niet altijd mee bekend, met die digitale vragenlijsten, die robot die erachter draait.”

– Uitzendbureau over Primacura

“En uiteindelijk willen ze ook niet digitaal of telefonisch, ze willen gewoon een arts zien. Dat zijn ze natuurlijk ook vanuit het buitenland gewend.”

– Uitzendbureau

Ervaren discriminatie

In de zoektocht naar een consultplek wordt discriminatie ervaren in het contact met huisartsenpraktijken. Een voorbeeld hiervan is dat wanneer een anderstalige medewerker een huisartsenpraktijk belt deze niet verder geholpen wordt, wanneer een Nederlandstalige medewerker belt wordt wel verder geholpen.

“Wat ik ook merk, ik heb zelf ook vaak gebeld naar huisartsen, en mijn collega, die Engels spreekt belt ook, die wordt niet geholpen, en ik bel naar hetzelfde en ik word wel geholpen. En dat vind ik ook wel heel erg dat daar zo’n onderscheid in wordt gemaakt.”

– Uitzendbureau

Ook uit de interviews met arbeidsmigranten blijkt dat sommige arbeidsmigranten discriminatie ervaren bij het zoeken naar zorg of tijdens het zorgproces.

“Toen ik de [ziekenhuis] receptie belde, werd mij verteld dat ik Nederlands moest spreken omdat wij in Nederland waren. Daarna hing ze de telefoon op.”

– Arbeidsmigrant

Daarnaast werd vanuit het WIN-punt verteld dat ze regelmatig horen dat huisartsenpraktijken patiënten weigerden wanneer ze een accent horen. Ook benoemden een paar arbeidsmigranten dat ze tijdens het zorgproces slecht behandeld worden omdat ze de taal niet spreken.

“Toevallig had ze met Pasen zo een situatie dat haar kind had een hele hoog koorts boven 40 graden en om omdat alles gesloten was zijn ze na de eerste hulp gegaan. Communiceren was moeilijk maar de verpleegkundigen die daar was had haar ook gewoon een heel... om simpel te zeggen een grote mond gegeven.”

– Tolk arbeidsmigrant

Daarnaast werd vanuit stichting Barka verteld dat arbeidsmigranten soms zelfs met een geldig vervoersbewijs onrechtmatig uit het openbaar vervoer worden gezet. Dit bemoeilijkt soms ook de transportmogelijkheden die de arbeidsmigranten hebben.

Uiteenlopende verwachtingen

Huisartsen ervaren dat arbeidsmigranten met andere verwachtingen naar een consult komen. Huisartsen zijn regelmatig een groot deel van de consulttijd kwijt met uitleggen wat de rol van de huisarts is en welke richtlijnen er in Nederland gehanteerd worden. Arbeidsmigranten zijn bijvoorbeeld gewend snel antibiotica of andere medicijnen te krijgen voor klachten. In Nederland is dit veel minder gebruikelijk. Daarnaast wordt door een huisarts benoemd

dat sommige arbeidsmigranten met een complexe zorgvraag hun thuisland verlaten en verwachten dat de behandeling in Nederland één op één overgenomen kan worden. Dit is niet altijd mogelijk. Hierin ligt volgens de huisarts ook een verantwoordelijkheid voor de arbeidsmigrant zelf om voor vertrek naar Nederland goed geïnformeerd te zijn.

Arbeidsmigranten komen niet altijd met een specifieke zorgvraag naar het spreekuur. Soms willen ze enkel weten of ze weer aan het werk kunnen. Daarnaast is de huisarts ook degene die toegang kan geven tot specialistische hulp. Bij arbeidsmigranten kan dit tijdens het consult zorgen voor onbegrip of het gevoel niet serieus genomen te worden. Zo benoemd de Spoedeisende hulp dat het kan leiden tot agressie richting de triagemedewerkers. Het onbegrip van sommige arbeidsmigranten heeft invloed op het werkplezier van huisartsen.

“Alleen de Oost-Europese internationale medewerker die vindt de zorg in Nederland niet best. Dat is ook bekend. Bij ons zeggen ze eerst pak maar een paracetamol. In Polen kun je zware medicijnen gewoon bij de benzinepomp kopen.”
– Uitzendbureau

Cultuurverschil

Sommige arbeidsmigranten hebben moeite met het delen van persoonlijke informatie met onbekenden. Dit kan het proces van de juiste zorg zoeken bemoeilijken. Ook het geslacht van de dokter kan een rol spelen in hoe passend de zorg is voor arbeidsmigranten.

“Polen heeft een relatiecultuur en dan is het niet makkelijker om bijvoorbeeld over anticonceptie te praten. Ook vinden vrouwen het soms moeilijk om met een mannelijke arts te praten en hebben ze liever een vrouwelijke arts.”
– WIN-puntmedewerker

Vertrouwen in de zorg

Uit het onderzoek van [Bergsma & Dozema](#) blijkt dat minder dan de helft van de arbeidsmigranten vertrouwen heeft in de diagnose en aanpak van Nederlandse artsen. Opvallend is dat arbeidsmigranten die hun eigen zorgverzekering hebben geregeld zich veiliger voelen in de zorg dan arbeidsmigranten waarbij de verzekering via de werkgever geregeld is, terwijl uit dit onderzoek blijkt dat het merendeel van de arbeidsmigranten via de uitzender verzekerd is.

6.3.4 Informatievoorziening

Kennis over het Nederlandse zorgsysteem

Arbeidsmigranten zijn vaak niet bekend met het Nederlandse zorgsysteem. De rol van huisarts bestaat in het land van herkomst vaak niet. Wanneer arbeidsmigranten zorg nodig hebben, doen zij relatief vaak een beroep op de spoedzorg. Dit vergroot de druk op de RAV en huisartsenspoedposten en neemt ruimte in beslag voor patiënten die daadwerkelijk spoedzorg nodig hebben.

Arbeidsmigranten hebben volgens de stakeholders geen specifiek andere zorgvragen, maar weten niet waar ze met hun vraag terecht kunnen. Het vinden van de juiste ondersteuning wordt bemoeilijkt, doordat de sociale kaart vaak enkel beschikbaar is in het Nederlands. Ook weten arbeidsmigranten vaak niet wat ze in Nederland moeten regelen of welke ondersteuning ze kunnen krijgen, bijvoorbeeld tijdens een zwangerschap.

Ook uit de interviews met arbeidsmigranten blijkt dat zij vaak niet weten wat ze moeten doen of waar ze naartoe kunnen wanneer ze zorg nodig hebben. Arbeidsmigranten weten vaak ook niet waar zij recht op hebben als het gaat om zorg in Nederland. Ook het vinden van correcte informatie over de zorg in eigen taal is niet gemakkelijk. Daarnaast blijkt uit dit onderzoek dat informatie die online in de eigen taal te vinden is, vaak niet klopt. Zo vertelde een professional bij het WIN-punt in Breda het volgende:

“Er is [gezondheids] informatie te vinden, maar heel veel informatie is of verouderd of niet betrouwbaar... Als je iets gaat googelen en je weet ook niet precies wat je zoekt, omdat je niet de juiste termen weet of ze [arbeidsmigranten] weten niet goed hoe bepaalde zorg of organisatie heet.

Dan kan je echt heel veel misinformatie vinden.”

– WIN-punt

Ook het onderzoek van Bergsma & Dozeman blijkt dat niet enkel formele netwerken worden gebruikt voor het vinden van informatie. Sociale media en online fora zijn plekken waar arbeidsmigranten vaak via familie of vrienden terecht komen voor informatie. Hoewel informatie via informele kanalen

niet altijd kloppend is, worden deze vaak verkozen boven formele kanalen wegens wantrouwen tegenover [overheidsorganisaties](#). Daarnaast blijkt uit dit onderzoek dat veel gebruik wordt gemaakt van de informatie die sleutelfiguren verstrekken. WIN-punt medewerkers en sleutelfiguren communiceren in de regio bijvoorbeeld formeel (via organisaties) en via sociale media-kanalen.

Begrip en prioriteit van informatie

Arbeidsmigranten komen vaak jong en gezond naar Nederland waardoor informatie over zorg geen prioriteit heeft. Professionals geven aan dat ook als arbeidsmigranten wel geïnformeerd worden over wonen en leven in Nederland, je nog niet weet of de informatie ook daadwerkelijk gelezen en begrepen is. Er komt bij aankomst in Nederland veel informatie op de arbeidsmigrant af. Die prioriteert wat op dat moment belangrijk is. Informatie over zorg, die de



arbeidsmigrant op dat moment nog niet nodig heeft, wordt dan mogelijk niet tot zich genomen. Ook wordt aangegeven dat arbeidsmigranten informatie ontvangen, bijvoorbeeld in de vorm van een brief, maar vervolgens niet begrijpen wat ze hiermee moeten doen of hoe ze het zelf moeten regelen.

6.3.5 Rol en verantwoordelijkheid uitzendbureau/werkgever

Afhankelijkheid van werkgever

Uit de interviews is gebleken dat de rol en de werkwijze rondom de toegang tot huisartsenzorg per uitzendbureau lijkt te verschillen. Sommige arbeidsmigranten moeten enkele dagen wachten (het uitzendbureau maakt een inschatting van de klachten en noodzaak om een huisarts te bezoeken), terwijl anderen via het uitzendbureau direct terecht kunnen. Daarnaast vertellen enkele arbeidsmigranten dat ze bang waren om zich ziek te melden omdat werd bedreigd met ontslag.

“Als ik langdurig ziek was, mocht ik de eerste twee of drie werkdagen geen afspraak maken bij de huisarts.”

– Arbeidsmigrant

Ook zijn er verschillen in aanpak gehoord of uitzendbureaus of werkgevers een rol pakken in vervoer van en naar een huisarts. Zelf beschikken arbeidsmigranten vaak niet over vervoer om een huisarts te bereiken. Ook openbaar vervoer is vaak niet bereikbaar of niet betaalbaar voor arbeidsmigranten. Uit interviews met arbeidsmigranten blijkt dat arbeidsmigranten die op een camping wonen, ver van de stad,

vaak geen bushalte in de buurt hebben. Hierdoor is het voor hen moeilijker om een huisarts te bereiken.

Het niet hebben van vervoer of het niet mogen bezoeken van een huisarts onder werktijd, zorgt ervoor dat arbeidsmigranten niet altijd op consult verschijnen. Dit heeft nadelige effecten voor zowel de huisartsenpraktijk als de patiënt. De praktijk had het consult aan een andere patiënt kunnen besteden en de patiënt krijgt niet de nodige hulp.

“Mijn huisarts was 50 kilometer verderop. Als ik hiernaartoe moest, werd ik gebracht door het uitzendbureau of moest ik een telefonische afspraak maken.”

– Arbeidsmigrant

Daarnaast benoemt een uitzendbureau ook een rol te spelen in het ophalen van medicijnen, omdat dit vaak enkel kan op momenten dat de meeste uitzendkrachten aan het werk zijn. Veelal komt de inzet van deze ondersteuning uit goede intenties voort, maar hier speelt het dilemma van privacy en afhankelijkheid van de werkgever.

Niet iedereen voelt dezelfde verantwoordelijkheid

De uitzendbureaus uit dit onderzoek voelen hun verantwoordelijkheid in het informeren van arbeidsmigranten over wonen, werken en zorg in Nederland. Zij zijn aangesloten bij een van de brancheverenigingen maar ook binnen de aangesloten brancheverenigingen wordt verschillend gewerkt.

Daarnaast zijn er bureaus en werkgevers die niet aan de brancheverenigingen zijn verbonden. Hierbij bestaan zorgen over de verantwoordelijkheid die zij nemen in de informatievoorziening. Zo wordt vanuit een intermediaire organisatie benoemd dat er uitzendbureaus zijn die misbruik maken van hun medewerkers. Voor komst naar Nederland wordt de werknemers voorgehouden dat alles voor hen geregeld wordt, eenmaal in Nederland verandert de houding.

“Waarbij ik het ook belangrijk vind om aan te kaarten dat ik ook heel vaak zie dat arbeidsmigranten met mentale problematiek komen wat ook echt wel gevoed wordt door de werkgever of de agency zoals ze dat dan noemen.”

– Huisarts

Rol pakken buiten verantwoordelijkheid?

Medewerkers van het uitzendbureau fungeren regelmatig als tolk. Hierbij zijn de uitzendbureaus zich bewust van het dilemma tussen solidariteit en afhankelijkheid. Door deze constructie zijn uitzendbureaus op de hoogte van de klachten van hun medewerkers, iets wat niet altijd wenselijk is of prettig is voor de medewerkers. Hoewel het medewerkers afhankelijker maakt van hun werkgever, geven werkgevers hierover aan dat het verkrijgen van goede zorg zwaarder weegt en een alternatief niet beschikbaar is.

“Heel vaak doen we die afspraak regelen en dan is iemand telefonisch bereikbaar om niet live bij de dokter te moeten zijn, maar om via de telefoon te vertalen. Dit soort dingen doen we ook om te helpen natuurlijk. En dan snap ik ook dat de AVG heilig is, maar anders kunnen die mensen niet geholpen worden.”

– Uitzendbureau

Ook het WIN-punt pakt regelmatig een dergelijke rol. Zo worden medewerkers van de WIN-punten of Barka soms geraadpleegd als tolk bij een consult. Zo kunnen de medewerkers helpen wanneer er taalbarrières ervaren worden. Daarnaast wordt regelmatig praktisch ondersteund in het afsluiten van een zorgverzekering of het bellen van huisartsen voor het vinden van een consultplek.

“Ik merk dat de arbeidsmigranten soms ook vragen of ze mogen bellen als ze bij de huisarts zijn. Ik maak ook regelmatig een afspraak en dan bel ik als tolk om te helpen als iemand het zelf niet goed kan uitleggen.”

– WIN-punt medewerker

6.3.6 Financiën

Zorgmijding

Tijdens de gesprekken met arbeidsmigranten kwamen met name financiële redenen aan bod voor het uitstellen en vermijden van zorg.

“Ik heb niet geprobeerd om zorg te ontvangen. Ik heb geen verzekering en geen geld. Ik weet dat ik zorg nodig heb, maar ik zoek het niet, omdat ik geen geld heb”
– Arbeidsmigrant

“We kunnen nu wel naar een huisarts in [regio West-Brabant], alleen moeten wij dan contant 37 euro betalen. Wij gaan niet naar de huisarts door de kosten. Ook als de kinderen naar de huisarts moeten, vermijden wij dit meestal. Ik had hier medicatie gekregen en heb hiervoor een rekening gekregen. Ik heb hierdoor 350 euro schulden.”
– Arbeidsmigrant

Een stel dat niet verzekerd is, geeft aan dat ze geen zorg voor hun kind kunnen regelen omdat ze niet verzekerd zijn. Ook kregen zij te maken met hoge kosten rondom de bevalling en zorg voor hun jongste kind. Zij geven aan een bezoek aan de huisarts meestal te vermijden waar mogelijk.

“Mijn baby kon wel naar ziekenhuis maar we hadden hiervoor een rekening gekregen van 2000 euro. We hadden geen geld en konden dit ook niet betalen en als ik dit wist was ik naar Roemenië gegaan om te bevallen. We hadden ook een rekening van 2000 euro gekregen voor longontsteking behandeling. Dit bedrag en de kosten van de geboorte dus 4000 euro aan doktersrekening gekregen.”

– Arbeidsmigrant

In voorgaande voorbeelden waren de arbeidsmigranten vaak niet verzekerd. Daarnaast zijn veel arbeidsmigranten er niet van op de hoogte of zij wel of niet verzekerd zijn. De groep arbeidsmigranten die is verbonden aan een uitzendbureau of werkgever is in principe wel verzekerd. Het hebben van een zorgverzekering via de werkgever, betekent echter niet direct dat partner en kinderen meeverzekerd zijn. In gesprek met arbeidsmigranten en sleutelfiguren blijkt dat het hierdoor voor kan komen dat kinderen niet de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben. Een uitzendbureau geeft aan te adviseren een eigen verzekering af te sluiten wanneer arbeidsmigranten kinderen krijgen, om dit risico te vermijden.

“Toen hadden ze nog zorgverzekering via het uitzendbureau. Het is een groep verzekering en ze dachten dat het kind ook verzekerd zou zijn, Maar dat klopte niet, omdat het voor alleen voor grens en internationale werkers is. Je mag het kind niet verzekeren via die zorgverzekeraars ze hebben voor het eerst via de huisarts hier in Breda gehoord dat het kind gewoon via normale zorgverzekering verzekerd worden. Dat was voor eerst toen ze naar de Huisarts gingen dat ze erachter kwamen”

– WIN-punt medewerker

Problemen bij betalen zorg

Het komt voor dat arbeidsmigranten direct na het consult af moeten rekenen. De arbeidsmigrant of het uitzendbureau dat het bedrag voorschiet, kunnen dit vervolgens zelf declareren. Soms kan het consult bij de huisarts gedeclareerd worden, maar dat geldt niet altijd voor de medicijnen die nodig zijn. Dit kan zorgen voor problemen in de behandeling van de klachten.

“Maar in ieder geval, wat we zien is dat ze dan toch moeten voorschieten. En weet je, dat moeten vaak onze medewerkers doen van hun eigen geld. Dat krijgen ze natuurlijk meteen terug van ons, want die uitzendkracht kan dat nooit voorschieten. En dan moeten wij het indienen.”

– Uitzendbureau

“En het is eigenlijk belachelijk, want tot een jaar geleden moesten wij overal contant betalen. Bij huisartsen, bij tandartsen, maar het is allemaal verzekerd. Tandarts is een ander verhaal, maar huisarts is gewoon verzekerd. Maar onze mensen werden niet geholpen als ze niet contant betaalden.”

– Uitzendbureau

6.3.7 Oneigenlijk gebruik van spoedzorg

Door de onbekendheid met het Nederlands zorgsysteem en drempels in de reguliere route naar huisartsenzorg gaan arbeidsmigranten op zoek naar andere mogelijkheden om tot huisartsenzorg te komen. Zowel de RAV, de huisartsenspoedpost als de Spoedeisende Hulp maken geregeld mee dat

arbeidsmigranten met vragen bij de organisaties komen waarbij geen sprake is van spoed. Dit legt druk op de organisaties, die de ruimte vrij moet houden voor wanneer spoedzorg echt nodig is.

De organisaties benoemen dat het voor hen steeds moeilijker is om deze patiënten naar een huisarts te verwijzen. De spoedeisende hulp geeft aan in geval van niet-spoedzorg de patiënten toe te leiden naar Arene, met voor een deel van de patiënten enkel digitale consult mogelijkheden. Dit is niet altijd toereikend. - Recentelijke ontwikkeling: *Arene geeft aan dat na een nieuw ontwikkeling fysieke zorg voor alle patiënten van Arene indien nodig gegarandeerd is.*



Bij de RAV speelt een soortgelijke situatie. Wanneer de huisarts de zorg niet wil of kan overnemen, en er zijn indicaties waarbij zorgoverdracht richting een arts nodig is, dan moet de patiënt mee naar de Spoedeisende Hulp. Wanneer iemand geen huisarts heeft, wordt het vaak lastig gevonden om zorg over te nemen door belemmeringen zoals de taalbarrière en het ontbreken van voorkennis van de medische situatie.

Op de spoedeisende hulp klinkt eenzelfde geluid. Bij arbeidsmigranten die zich niet goed kunnen uitdrukken, is regelmatig sprake van onderdiagnostiek of overdiagnostiek. De taalbarrière maakt het lastig om de goede dingen te doen en de consulten vragen daardoor ook meer tijd.

“Bij deze categorie heb je het risico dat je dingen mist omdat je de patiënt misschien onterecht terugverwijst naar de huisarts omdat hij zich niet goed presenteert, terwijl je ook kan doen aan overdiagnostiek. Je hebt ook de taalbarrière die maakt dat het lastig is om de goede dingen te doen. Groep die meer kans heeft om missen van dingen. Kansengelijkheid: dat is het niet. En dat maakt het soms ook wel, hoe zeg ik dat netjes, het is vaak overlast veroorzakend, anders dan we gewend zijn. “

– Spoedeisende hulp

112

De RAV wordt met name in de avonduren bevraagd door arbeidsmigranten. De groep arbeidsmigranten lijkt volgens de RAV de juiste ingang voor zorg niet te kunnen vinden. Wanneer geen sprake is van spoed, zoekt de RAV actief naar een huisarts die de zorg kan overnemen. Echter loopt de RAV regelmatig vast in het toe leiden van patiënten naar een huisarts. In de regio West-Brabant

zijn er, in tegenstelling tot Midden-Brabant en Noord-Brabant, geen afspraken vastgesteld op dit gebied. In algemene zin is 20-30% van de ritten die de RAV uitvoert geen spoed. Iedereen heeft recht op ambulancezorg, ook als je niet verzekerd bent.

Spoedeisende hulp

Op de spoedeisende hulp komen de meeste arbeidsmigranten binnen als zelfverwijzer (zonder doorverwijzing). Hier vallen ook de zelfverwijzers van de huisartsenspoedpost onder, maar overdag komen deze rechtstreeks bij de spoedeisende hulp terecht. Na 17.00 uur worden zelfverwijzers getrieerd bij de huisartsenspoedpost. Als blijkt dat huisartsenzorg nodig is, wordt een consultplek gezocht. De spoedeisende hulp benoemt het plaatsen van arbeidsmigranten bij een huisarts als een worsteling die veel tijd kost. Huisartsenpraktijken waar voorheen een lijntje mee was, nemen de patiënten nu niet meer aan. Daarnaast nemen de aantallen arbeidsmigranten toe.

“Met de huisartsen komen we niet verder. Soms gaat het goed, soms ook niet. Het geeft een boel werk.”

– Spoedeisende hulp

Het is een worsteling waar we inzitten. We zien de aantallen toenemen. En er zijn veel landen waar het logisch is dat je met klachten naar de SEH gaat.

– Spoedeisende hulp

“Acute zorg wordt wel opgelost, dat is niet het probleem, maar de gewone zorg. Een probleem met komen naar de SEH is dat het je eigen risico kost.”

– Spoedeisende hulp

Bij de SEH (Spoedeisende Hulp) bestaan zorgen over het leveren van vervolgzorg. Veel vervolgzorg wordt normaal gesproken uitgevoerd door huisartsen. Omdat er in het geval van arbeidsmigranten vaak geen huisarts is om naartoe te verwijzen, wordt op de SEH in sommige gevallen vervolgzorg geleverd vanuit het gevoel van verantwoordelijkheid. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om het verwijderen van hechtingen.

Huisartsenspoedpost

De huisartsenspoedpost behandelt na het sluiten van de huisartsenpraktijken enkel spoedvragen. Iedereen die spoedzorg nodig heeft, ook als je niet verzekerd bent, wordt geholpen. Wanneer iemand niet verzekerd is, volgt wel een factuur. De arbeidsmigrant ontvangt de factuur op het bekende adres en ontvangt 2 herinneringen wanneer de factuur niet betaald wordt. Wanneer geen adres bekend is en de factuur na 3 maanden niet is betaald, wordt de factuur ingediend bij het [CAK](#) (Centraal Administratie Kantoor). Op de huisartsenspoedpost komt het voor de arbeidsmigranten weglopen wanneer zij horen dat ze de factuur zelf moeten betalen (onverzekerd). Bij de huisartsenspoedpost word je echter nooit weggestuurd wanneer sprake is van spoed. Er wordt rekening gehouden met een financiële pot onvoorzien die passend is voor dit soort situaties.

Wanneer geen sprake is van spoed krijgen patiënten een zelfzorgadvies of een vangnet mee en worden patiënten verzocht om naar de huisarts te gaan. Hier loopt de huisartsenspoedpost tegen het probleem aan dat dit laatste bij veel arbeidsmigranten niet mogelijk is, omdat er bij veel huisartsenpraktijken sprake is van een patiëntenstop. De huisartsenspoedpost ervaart een gevoel van verantwoordelijkheid, aangezien de arbeidsmigranten komen met serieuze vragen. Echter kan de huisartsenspoedpost deze zorg niet (altijd) leveren omdat de druk op de triagist en dienstdoende huisarts al hoog is met spoedvragen. Triagisten worden getraind om met deze situaties om te gaan, maar het wordt

als lastig ervaren als een patiënt met een serieus probleem niet doorverwezen kan worden naar een huisarts in de dagpraktijk. Een recente ontwikkeling van de openingen van twee regio huisartsenpraktijken zorgt ervoor dat de huisartsenspoedpost nu meer mogelijkheid heeft om arbeidsmigranten te verwijzen naar een huisarts. Meer informatie over de regio huisartsenpraktijken is terug te vinden onder het hoofdstuk 'Best practices'.

“Daar zit dus het probleem bij de arbeidsmigranten, dan kunnen we ze naar niemand verwijzen. Hebben we toch een gevoel van verantwoordelijkheid, maar aan de andere kant denk je, dat kan niet bij ons, want de druk is echt heel hoog op de triagist en op de huisarts die bij ons diensten draaien.”

– Huisartsenspoedpost

In het afgelopen jaar kwamen er bij de huisartsenspoedposten Bergen op Zoom, Roosendaal en Breda 228 arbeidsmigranten als passant bij de huisartsenspoedpost langs. Hiervan bleek slechts 15% daadwerkelijk om spoedvragen te gaan. 73 van de passanten zijn zelfverwijzers die zonder telefonisch contact met de triage bij de huisartsenspoedpost binnen zijn komen lopen. Een groot deel van de 73 zelfverwijzers krijgt een consult.

“Wat we ook heel veel zien, is dat ze om 17.00 uur stipt bij ons bellen, maar in nog meer gevallen stipt om 17.00 uur of later op de stoep staan. Dus heel veel van onze binnenlopers. [Dit gebeurt niet enkel bij arbeidsmigranten maar ook bij andere patiënten die geen eigen huisarts hebben waar ze terecht kunnen.”

– Huisartsenspoedpost

6.3.8 Onverzekerd

Het merendeel van de arbeidsmigranten dat werkt, is verzekerd. Wanneer arbeidsmigranten enkel in Nederland wonen en niet werken, zijn zij verzekeringsplichtig vanaf 4 maanden. In de praktijk blijkt een grote groep arbeidsmigranten geen zorgverzekering te hebben. Arbeidsmigranten kunnen ook onverzekerd raken wanneer zij uit dienst gaan. De collectieve zorgverzekering wordt hierbij beëindigd. De arbeidsmigrant moet dan zelf een zorgverzekering gaan afsluiten. Voorwaarde hiervoor is dat de arbeidsmigrant staat ingeschreven met een adres in de BRP. Bij veel arbeidsmigranten is dit niet het geval. Het afsluiten van een zorgverzekering is bij werkloosheid ook mogelijk met een briefadres, recente loonstrook of een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank ([SVB](#)). Hoewel werkgevers en zorgverzekeraars aangeven de arbeidsmigrant hierop te attenderen, blijkt in de praktijk dat arbeidsmigranten vaak geen eigen zorgverzekering afsluiten. De betaalbaarheid kan hiervoor een reden zijn.

De groep arbeidsmigranten zonder verzekering heeft recht op medisch noodzakelijke zorg. Medisch noodzakelijke zorg is alle basispakketzorg die verzekerden [ook krijgen](#). Het is voor onverzekerden echter lastig om op consult bij de huisarts te komen. Wanneer het tot consult komt, moet de arbeidsmigrant dit direct na het consult betalen. Een consult kan in de honderden euro's lopen, geld dat een arbeidsmigrant vaak niet heeft. Dit kan zorgen voor financiële problemen of het uitstellen van zorg.

Het zien van onverzekerde patiënten is om financiële redenen ook een drempel voor huisartsen. Hoewel er regelingen zijn om deze consulten te declareren, zijn niet alle praktijken hiermee bekend. Daarnaast wordt aangegeven dat de tijdsinvestering van het gebruik maken van de regeling onverzekerden van het CAK niet opweegt tegen de uitbetaling van de declaratie.

Voor praktijken betekent dit een kostenpost. Om zorgverleners te helpen de zorg aan onverzekerden te declareren, is de Wegwijzer [Zorg aan onverzekerden ontwikkeld](#). Via een stroomschema wordt de hulpverlener naar de juiste regeling verwezen voor vergoeding of declaratie van de kosten.

“Dat was heel schrijnend vond ik en de huisarts vond het ook heel schrijnend want die had zoiets van deze persoon is hartstikke diabeet, daar moet insuline, maar dat is niet te betalen.”
– Huisartsenpraktijk

“Ik denk dat die route [CAK]... deze route ken ik eigenlijk niet zo goed. En dat kan dat gelijk ook een reden zijn om te zeggen: dat kan hier niet hoor, dat geeft gedoe.”
– Huisartsenpraktijk

“Het vraagt veel van huisartsen, de drempel om het in te regelen wordt hoger. Als je niet betaalt wordt voor de verrichtingen die je doet, dan zeg je, de buurman moet het doen.”
– Huisartsenpraktijk

Kleine zorgen worden grote zorgen

Het komt voor dat arbeidsmigranten ontslagen worden omdat zij langdurig ziek zijn. Dit zijn arbeidsmigranten die zorg nodig hebben, maar hier geen mogelijkheid meer toe hebben, omdat zij niet langer verzekerd zijn. De problemen zullen voor deze groep nog groter worden. Soms kan ook gestarte zorg hierdoor niet gecontinueerd worden. Uitzendbureaus geven aan werknemers te adviseren een eigen zorgverzekering af te sluiten in geval van langdurige ziekte.

6.3.9 Reproductieve zorg

Met name op het terrein van het verstrekken van anticonceptie raakt de reproductieve zorg aan de zorg van de huisarts. Op het gebied van reproductieve zorg zijn meerdere knelpunten vergelijkbaar aan de beschreven knelpunten met betrekking tot de toegang tot huisartsenzorg. Ook culturele aspecten komen hierin nadrukkelijk naar voren. In verdieping 2 'reproductieve zorg arbeidsmigranten' wordt hier op ingegaan en wordt ook de rol van de coördinator zwangerenzorg beschreven.



6.4 Welke oplossingsrichtingen en best practices zijn er al?

6.4.1. Landelijk

Aanbevelingen aanjaagteam

Om de bescherming van arbeidsmigranten te verbeteren heeft het [Aanjaagteam](#) aanbevelingen opgesteld voor ieder onderdeel van de keten.

Domeinoverstijgend werken verbetert de situatie van arbeidsmigranten

- Betere beheersing van de uitzendsector
- Zicht krijgen op arbeidsmigratie
- Meer en betere huisvesting voor arbeidsmigranten
- Gezondheid en welzijn van arbeidsmigranten
- Betere handhaving en toezicht
- Institutionele inbedding van arbeidsmigranten

De verschillende domeinen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Het Rijk werkt aan wet- en regelgeving en afspraken op al deze domeinen. In dit onderzoek richten we ons vooral op Gezondheid & Welzijn van arbeidsmigranten waarbij we waar nodig de connectie maken met andere domeinen. Een belangrijke basis voor Gezondheid & Welzijn is bijvoorbeeld inschrijving in de BRP op woonadres.

Landelijk overleg zorg en welzijn arbeidsmigranten

In het landelijk overleg Zorg en Welzijn, begeleidt door Pharos, werkt een brede groep betrokkenen vanuit onder andere ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Volksgezondheid Welzijn en Sport, Vereniging

Nederlandse Gemeenten, Stichting Barka, Vereniging Valente, FNV (Federatie Nederlandse Vakbeweging), zorgverzekeraars, Algemene Bond Uitzendondernemingen, Tilburg University, en GGD aan versterking van het netwerk gericht op het verbeteren van zorg en welzijn voor arbeidsmigranten. Daarnaast worden thematisch kennis en goede voorbeelden zoals bijvoorbeeld over de onverzekerdenzorg, informatievoorziening, gezond aan het werk gebundeld en gedeeld.

Beschikbare tools en methodieken

Pharos heeft een [infosheet](#) ontwikkeld met praktische gesprekstips voor een respectvolle en cultuur sensitieve aanpak voor onverzekerden. Dit helpt om drempels te verlagen en vertrouwen op te bouwen, zodat zorg beter aansluit bij de persoonlijke situatie van de patiënt. De infosheet is geschreven voor zorgverleners en ook bruikbaar voor baliemedewerkers. Daarnaast kan de website [Huisarts Migrant](#) worden gebruikt om antwoord te vinden op vragen over zorg en gezondheid gericht op persoonsgerichte en cultuur sensitieve zorg voor iedereen.

De academie van de Landelijke Huisartsen Vereniging heeft een e-learning uitgebracht voor Aios, doktersassistent, huisarts in loondienst, praktijkhouder, praktijkmanager en waarnemer gericht op zorg voor onverzekerden in de [huisartsenpraktijk](#) (1 accreditatiepunt).

6.4.2 Regionaal

Regionaal afsprakenkader

Het [Afsprakenkader](#) arbeidsmigranten regio West-Brabant 2021, benadrukt de gezamenlijke verantwoordelijkheid van werkgevers, uitzendbureaus en huisvesters voor het welzijn van arbeidsmigranten. Gemeenten zorgen voor aansluiting op gemeentelijke basisvoorzieningen zoals taal, onderwijs,

gezondheid, vrije tijd en werk & inkomen, passend bij de status en wensen van de arbeidsmigrant.

WIN-punt

Om de toegang tot informatie aan arbeidsmigranten een impuls te geven zijn er vanuit het ministerie van SZW in 2023 WIN-punten (WorkInNL informatiepunt) gestart. Provincie Noord-Brabant was pilotgebied met 5 WIN-punten verdeeld over de provincie. Inmiddels is besloten tot landelijke uitrol van de WIN-punt voorziening: een regulier informatiepunt voor arbeidsmigranten op het gebied van werken, wonen en leven. Het WIN-punt West-Brabant ondersteunt arbeidsmigranten in de Roemeense, Poolse of Bulgaarse taal.

De wijze van ondersteuning van het WIN-punt is zeer divers. Ze zijn op verschillende vaste locaties in de regio aanwezig (Breda, Roosendaal) voor vragen. Daarnaast gaan de WIN-punt medewerkers naar 'mobiele punten' om ook de rest van de regio te bedienen. De medewerkers van het WIN-punt wijzen arbeidsmigranten in de juiste richting en/of sturen ze naar de juiste instantie of organisatie.

Naast de persoonlijke ondersteuning van arbeidsmigranten, gaan medewerkers van het WIN-punt ook bij uitzendbureaus langs om voorlichting te geven over onderwerpen waar vragen over bestaan. Dit kan zowel vraaggericht als aanbodgericht. Bepaalde veel voorkomende vragen kunnen vast aanbod zijn. Het geven van informatie over het vinden van een huisarts is een veel voorkomende vraag waaraan tijdens een voorlichting aandacht kan worden besteed. WIN-punt medewerkers helpen ook bij het vinden van een huisarts en het vertalen van een consult. Het voordeel van het gebruik van het WIN-punt, is dat er een fysieke plek is waar arbeidsmigranten met hun vragen terecht kunnen.

Pilot Heroes

De WIN-punten hebben een digitale assistent geïntroduceerd. Tijdens de presentatie van het AI-model in de gemeente Breda vertelde een medewerker van het WIN-punt dat arbeidsmigranten zich goed geholpen voelen door de digitale assistent. Zij hebben deze uitgetest met een WIN-punt medewerker. Mensen die verschillende talen spreken en niet kunnen lezen, kunnen de digitale assistent vragen stellen over bijvoorbeeld de huisartsenzorg.

Informatie online of via AI wordt vaak genoemd als vorm van informatievoorziening. Echter blijkt uit onderzoek dat ook arbeidsmigranten goed kunnen verbloemen dat zij [laaggeletterd](#) zijn of digitaal niet vaardig. Informatievoorziening en toegang tot zorg via enkel online wegen, is niet passend om alle groepen arbeidsmigranten te bereiken en zouden daarom aangevuld moeten worden met andere vormen van [voorlichting](#).

6.4.3 Lokale best practices West-Brabant

Samenwerking met vaste huisartsen

Om ervoor te zorgen dat medewerkers de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben, zijn er uitzendbureaus die gericht samenwerking zoeken met een huisarts. Dit is toereikend voor een deel van de arbeidsmigranten. Voor veel arbeidsmigranten is deze mogelijkheid er niet. Zeker wanneer arbeidsmigranten verbonden zijn aan kleine werkgevers of uitzendbureaus, zijn de mogelijkheden en verbindingen vaak kleiner. Arbeidsmigranten zijn hierbij erg afhankelijk van de moeite die werkgevers en uitzendbureaus hierin kunnen en willen steken.

Digitale en hybride huisartsenpraktijken

In West-Brabant zijn lokale initiatieven opgezet waar inwoners en arbeidsmigranten zich kunnen inschrijven wanneer zij geen eigen huisarts hebben. Een voorbeeld hiervan is Thuisdok in Breda. Dit is een digitale huisartsenpraktijk waar met behulp van deelnemende praktijken geprobeerd wordt, zoveel mogelijk patiënten toch (fysiek) te zien. Hoewel het systeem nadelen kent als een digitale triage en het niet hebben van een vaste huisarts, vormt het een deeloplossing voor inwoners zonder huisarts.

Verzekerde arbeidsmigranten zonder vaste huisarts hebben daarnaast de mogelijkheid zich in te schrijven bij de digitale huisarts Arene. Bij Arene wordt zorg digitaal geleverd door te bellen of beeldbellen met een huisarts. Ook wordt er gebruik gemaakt van de Arene app (Uwzorgonline app) waar via e-consulten vragen te stellen zijn en herhaalrecepten aangevraagd kunnen worden. Arene benoemt dat inmiddels 85% van de vragen digitaal beantwoord kan worden. Voor de overige 15% moet een bezoek gebracht worden aan een fysieke huisarts. Hiervoor heeft Arene beoogd samen te werken met lokale huisartsenpraktijken. Er zijn hierover heldere afspraken met de deelnemende praktijken. Praktijken vinden om deel te nemen, wordt soms wel als lastig ervaren.

Regio huisartsenpraktijk Brabantse Wal en Het Huisartsenteam De Uiterwaard

Een recente ontwikkeling (eind november 2025) is de start van twee regio huisartsenpraktijken. Hier kunnen inwoners zonder huisarts zich inschrijven op naam. Bij deze huisartsenpraktijken wordt gewerkt met een hybride vorm van zorgverlening. Dit houdt in: een online triage, deels digitale zorg en indien nodig een fysiek consult bij een huisarts die is aangesloten bij Huisartsen Groep Eendracht of het Huisartsenteam. Zeker van Zorg is nauw betrokken bij de opzet van beide praktijken. Inschrijving is mogelijk voor die inwoners

die verblijven binnen het verzorgingsgebied van beide huisartsengroepen. Het verzorgingsgebied Brabantse Wal omvat Bergen op Zoom, Tholen en Roosendaal. Het verzorgingsgebied van Huisartsenteam de Uiterwaard richt zich op (delen van) gemeenten Halderberge, Moerdijk, Etten-Leur, Rucphen, Zundert en Breda.

Naast de regiopraktijken die al zijn opgezet, werken ook andere huisartsengroepen aan het opzetten of vormgeven van (hybride) huisartsenpraktijken voor doelgroepen die nu moeilijk of niet tot toegang tot huisartsenzorg komen.

6.4.4 Lokale best practices Midden- en Oost-Brabant

In het Midden en Oosten van Brabant zijn voorbeelden bekend van praktijken met als doelgroep anderstaligen. Uit het voorbeeld van de andere praktijken blijkt dat wachtlijsten voor huisartsen afnemen na de komst van de regiopraktijk. De regiopraktijken hebben verschillende constructies, zoals uitgelicht in de tabel. In het onderzoek wordt de wens voor een dergelijke praktijk ook voor de regio West-Brabant door verschillende professionals benoemd.

“Ik zou zeggen, maak ergens een loket voor de migranten waar ze overdag gewoon terecht kunnen met hun medische vragen. En dat van daartoe gekeken wordt, wat is er dan nodig. Dat vangt al zoveel af.”
– Huisartsenspoedpost

6.5 Welke kansen liggen er?

Kijkend naar het model van [toegang tot zorg van Pharos](#), heeft het tekort aan huisartsen vooral betrekking op het onderdeel beschikbaarheid van zorg. Het verbeteren van andere aspecten in de toegang tot huisartsenzorg heeft pas echt zin als de basis (de beschikbaarheid) op orde is. Hiermee wordt bedoeld dat o.a. de informatievoorziening over de toegang tot huisartsenzorg concreet kan worden uitgewerkt als duidelijk is hoe er wanneer en door wie daadwerkelijk verwezen kan worden.

6.5.1 Systeem passende zorg voor arbeidsmigranten

Het huidige systeem om tot huisartsenzorg te komen werpt drempels op in de toegang voor arbeidsmigranten. Een model dat aansluit bij de behoefte en mogelijkheden van arbeidsmigranten kan bijdragen aan het leveren van passende zorg. Dit houdt in: zorg op het juiste moment, op de juiste plek en door de juiste professional. Hiervoor is samenwerking tussen verschillende domeinen van belang.

Diverse huisartsengroepen zien een kans in het opzetten van een regiopraktijk. Hier zouden alle inwoners zonder huisarts zich in kunnen schrijven.

Onder huisartsengroepen heerst het gevoel dat het instromen van alle arbeidsmigranten in de reguliere praktijken onder de huidige omstandigheden niet de passende oplossing is. Er is daarom meer geloof in het opzetten van een regiopraktijk. Het centraliseren van zorg naar een regioniveau biedt verschillende voordelen. Zo kan er meer ingeregeld worden op het gebied van intercultureel werken, taal en doorverwijzingen voor anderstaligen. Fonkelzorg en Primacura zijn voorbeelden van dergelijke regiopraktijken. Deze initiatieven zijn ontstaan door signalen van huisartsengroepen over problemen rondom de toegang tot zorg voor arbeidsmigranten bij de zorgverzekeraar.

Fonkelzorg	Primacura
Locaties in 4 steden in Brabant	Werken vanuit 1 locatie in Tilburg
Gefinancierd met 2 subsidies vanuit Zorgverzekeraars CZ/VGZ	In gesprek met Zorgverzekeraar CZ/VGZ ontstaan
Samenwerking met uitzendbureaus en werkgevers	Doel: werkgevers die hun werknemers hierover informeren
Nederlandse zorgverzekering is vereist	
Welkomsttelefoontje naar nieuwe patiënten	
Assistentes die 6 talen spreken	Assistentes die 16 talen spreken
Medisch contactcentrum waar alle lijnen van de Fonkelzorg locaties binnenkomen	Contact via extern triagecentrum in samenwerking met Healthcare for Internationals
Bereik: 30 minuten vanaf een Fonkelzorg locatie	
Patiënten worden ingeschreven op naam. Inschrijftarief is nodig voor structurele borging en doorontwikkeling	Patiënten worden niet ingeschreven op naam (als passant)
Bij hoge nood onverzekerden zien	Zien sporadisch onverzekerden (kostenpost die niet gedeclareerd kan worden). Gevaar hierdoor kopje onder te gaan (want geen inschrijftarief)

Tabel 1. Kenmerken Fonkelzorg & Primacura

Met name uitzendbureaus zien kans is het opzetten van een medisch centrum op een grote huisvestingslocatie. Het brengt hulp en ondersteuning binnen fysieke bereikbaarheid van arbeidsmigranten en kan worden ingericht naar de behoeften van arbeidsmigranten. Zo kunnen assistentes of artsen die de taal spreken worden ingezet om het consult of de triage in eigen taal te kunnen voeren. Het geeft de uitzendbureaus daarnaast zekerheid dat hun medewerkers de beschikking hebben over de juiste zorg.

6.5.2 Samenwerking verbeteren en van elkaar leren

Het verbeteren van de toegang tot huisartsenzorg voor arbeidsmigranten is een complexe opgave waarbij veel partijen betrokken zijn. Samenwerking om alle domeinen is van belang op stappen vooruit te zetten. Iedere partij beschikt over kennis en ervaring en het is kansrijk om deze kennis te bundelen en van elkaar te leren.

**“Je merkt dat praktijken heel vol zijn:
we moeten het gezamenlijk oplossen.”**

- Spoedeisende hulp

Er liggen volgens meerdere stakeholders kansen voor het ondervangen van vragen aan de voorkant van de keten in samenwerking tussen het medisch en sociaal domein. Welzijns- en maatschappelijk werkers kunnen een belangrijke rol vervullen om de niet medische vragen op te vangen. Om de huisarts te ontlasten is het belangrijk dat er meer aandacht voor preventie komt en de voorkant van de zorgketen ook meer in contact met de arbeidsmigranten komt. Daar ligt ook een kans in het informeren over het Nederlandse zorgsysteem en de rol en verwachting bij bezoek aan een huisarts.

Informatie kan gaan over de rol als poortwachter voor een verwijzing naar een specialist en het niet direct voorschrijven van antibiotica. Voorbeelden voor het leggen van deze connectie zijn brugfunctionarissen voor preventie en niet medische vragen op het gebied van zorg & ondersteuning. Dit kan gekoppeld aan een huisartsenpraktijk maar ook in nauwe ketensamenwerking met het voorliggend veld. Het vraagt samen nadenken over deze puzzel waarbij het belangrijk is dat arbeidsmigranten deelnemen aan dit gesprek.

6.5.3 Informatievoorziening verbeteren

Voor informatievoorziening is het essentieel dat informatie zowel proactief als vraag gestuurd plaatsvindt. Dit betekent dat relevante en betrouwbare informatie op strategische momenten actief wordt aangeboden, én dat arbeidsmigranten de mogelijkheid hebben om deze informatie zelfstandig op te zoeken wanneer de behoefte ontstaat. De informatie moet beschikbaar zijn via betrouwbare kanalen en afgestemd op de verschillende fasen van de reis: van vertrek uit het thuisland tot en met het langdurige verblijf op locatie.

Daarnaast is het van belang dat communicatie zowel fysiek op relevante locaties als digitaal toegankelijk is. Deze combinatie vergroot het bereik, versterkt het vertrouwen en zorgt ervoor dat informatie aansluit bij de diverse behoeften en contexten van de doelgroep.

Er zijn al veel informatiebronnen beschikbaar om informatie in eigen taal aan anderstaligen aan te bieden waaronder:

- [Infographic eerstelijnszorg - Pharos](#) – versie voor arbeidsmigranten (Beschikbaar in 10 talen) © Pharos
- [Zanzu](#): Begrijpelijke voorlichting over seksuele gezondheid (beschikbaar in 16 talen, o.a. Pools, Bulgaars, Roemeens) © Zanzu, Rutgers, Sensoa
- Sleutelpersonen en voorlichters: [Sleutelpersonen - Pharos](#)

- WorkInNL: [Werken en wonen in Nederland | Work in NL](#)
- Zo werkt zorg in Nederland: [Zo werkt de Zorg - Voorlichters Gezondheid](#)
- Inspiratiegids arbeidsmigranten gezond aan het werk: [Arbeidsmigranten gezond aan het werk - Pharos](#)
- Informatie en vragen over de zorgverzekering in Nederland: [SKGZ](#)
- [Wegwijzer van VNG \(Vereniging van Nederlandse Gemeenten\) en Pharos](#)

Naast deze bestaande informatie is veel informatie beschikbaar voor de groep nieuwkomers. We zien het als kans om deze informatie toegankelijk te maken voor de arbeidsmigranten. Een voorbeeld hiervan zijn de animatievideo's gemaakt over gezondheidsthema's door [Hello Breda](#).

Netwerken benutten

Effectieve communicatie vraagt om een geïntegreerde aanpak waarin zowel formele als informele netwerken worden benut. Informatie moet niet alleen via officiële kanalen beschikbaar zijn, maar ook via vertrouwde sociale netwerken van arbeidsmigranten.



7. Reflectie



Tijdens het onderzoek is gesproken met een grote verscheidenheid aan organisaties en professionals. Steeds ontstonden nieuwe lijntjes, of kwamen nieuwe partijen, organisaties en inzichten op ons pad. De toegang tot huisartsenzorg voor arbeidsmigranten heeft te maken met veel complexe factoren.

Er is sprake van veel verschillende routes tot zorg met verschillende besluitvormingsprocessen. Ook zijn er landelijk al grote ontwikkelingen gaande waaraan de resultaten op te hangen zijn en waar aanknopingspunten liggen. We stippen dit aan in de rapportage, maar het vraagt om vervolg om hier verdere verbanden te leggen.

We zijn er ons van bewust dat er geen verzadiging is opgetreden in het onderzoek en weten dat we door de grootte van het vraagstuk niet volledig kunnen zijn. Het onderzoek is daardoor eerder een serieuze verkenning. De omvang van de opdracht is niet in balans met de omvang van de opgave, het onderzoek is een deelstap richting verbetering van de toegang tot huisartsenzorg voor arbeidsmigranten.

Daarnaast hebben we aandacht voor het feit dat niet enkel arbeidsmigranten tegen extra drempels aanlopen bij de toegang tot huisartsenzorg. Zo ontvangen we ook signalen van knel in toegang tot zorg van statushouders.

Hoewel de brede groep anderstaligen buiten de scope van het onderzoek vallen, is het van belang hier bredere aandacht voor te hebben. Voor dit onderzoek is niet gesproken met werkgevers (geen uitzendbureaus) die arbeidsmigranten inlenen. Uit de praktijk komt wel naar voren dat er sprake is van een uiteenlopende rolopvatting van inleners in de toegang tot zorg. Dit komt beperkt in de rapportage terug. De uitwerking van de rol en verantwoordelijkheid van werkgevers hierin vraagt extra aandacht.

8. Conclusie en aanbevelingen

Uit de gevoerde gesprekken blijkt dat veel partijen zich inzetten om de toegang tot huisartsenzorg voor arbeidsmigranten geregeld te krijgen. Echter, de routes variëren per gemeente/ per (deel)regio, per huisartsengroep(en)/solopraktijk/ huisartsenpraktijk, per werkgever/uitzendbureau. Criteria voor toelaten tot toegang kunnen ook verschillend zijn. Dit maakt het binnen de omvang van deze opdracht niet mogelijk tot een totaaloverzicht te komen. Organisaties/professionals hebben zicht op een deel van de toegankelijkheid. Het komen tot een gedetailleerde routekaart van de regio vraagt heel specifiek uitzoekwerk waarbij veel aandacht nodig is voor het ‘up to date’ houden van informatie.

Unaniem is iedereen het erover eens dat het voor de arbeidsmigrant heel lastig en complex is om uit te zoeken wat een route kan zijn.



8.1 Collectieve versus individuele aanpak

De maatschappij verandert snel en gezondheidsproblemen worden complexer. Tegelijkertijd wordt van mensen verwacht dat zij meer eigen regie nemen over hun gezondheid en zorgkeuzes. Voor mensen in kwetsbare posities is dat vaak lastig. Juist zij ondervinden de meeste hinder van beperkte beschikbaarheid en [toegankelijkheid van zorg](#).

Daarom is het belangrijk om gezondheid te benaderen vanuit het perspectief van **rechtvaardigheid**. Dit betekent dat we niet alleen kijken naar het gedrag van het individu, maar vooral naar de omstandigheden waarin mensen leven: armoede, huisvesting, scholing en sociale veiligheid. Deze factoren bepalen in grote mate iemands kansen op een gezond leven. Dit vraagt om een collectieve aanpak waarin we het systeem meer inrichten op arbeidsmigranten in plaats van focus op een individuele benadering waarin we proberen arbeidsmigranten in het bestaande (voor hen vaak onbekende en ontoegankelijke) systeem te voegen. Zie verdieping 1 voor meer informatie over o.a. de collectieve benadering in het terugdringen van gezondheidsverschillen.

8.1.1 Advies centrale regionale huisartsenvoorziening

Op basis van het onderzoek is het advies daarom het organiseren van een **centrale regionale huisartsenvoorziening** gericht op anderstaligen waar arbeidsmigranten en mogelijk andere nieuwkomers fysiek op consult kunnen komen wanneer dit nodig is. Het fysieke consult draagt bij aan de vertrouwensband tussen patiënt en huisarts. Door op regionale schaal te werken ontstaan andere mogelijkheden. Zo is er wellicht meer mogelijk op het gebied van intercultureel werken. Het is van meerwaarde als de triage in eigen taal plaats kan vinden.



Daarnaast heeft het voor zowel patiënt als huisartsenpraktijk voordelen om patiënten in te schrijven op naam en niet te zien als passant. Voor een patiënt is zo altijd duidelijk bij welke huisarts hij terecht kan. Ook is het mogelijk om een medisch dossier aan te leggen, waardoor chronische zorg opgevolgd kan worden. Voor de huisartsenpraktijk geeft inschrijven op naam meer zekerheid. Het inschrijftarief zorgt ervoor dat de praktijk structureel inkomsten heeft om bijvoorbeeld het personeelsbestand en het gebouw te kunnen financieren. Ook zorgt het inschrijven van patiënten voor een gemakkelijker proces rondom declaraties. Wanneer patiënten onverzekerd als passant langskomen, is dit een risico op inkomstenderving.

Een aandachtspunt rondom de constructie van een regionale huisartsenvoorziening gericht op anderstaligen is dat integratie hierdoor niet gestimuleerd wordt. Toch lijkt het momenteel de meest realistische oplossing. Het niet hebben van een vast woonadres, het vele verhuizen en het niet hebben van een inschrijfmogelijkheid maken de reguliere weg naar huisartsenzorg voor een groot deel van de arbeidsmigranten praktisch niet haalbaar. Het is daarom vooral een oplossingsrichting voor een overbruggingsperiode. In het gewenste scenario worden alle arbeidsmigranten uiteindelijk (proactief) ingeschreven bij een huisarts. In het vormgeven van de regionale huisartsenpraktijk wordt dan ook specifiek aandacht gevraagd voor de doorstroom naar reguliere huisartsenpraktijk wanneer arbeidsmigranten zich langer in Nederland vestigen. Wanneer iemand door kan stromen en op welke wijze vraagt verdere uitwerking.

Uit het onderzoek blijkt ook dat het meer preventief verbinden van ondersteuning op het gebied van (informatie) over welzijn en gezondheid door brugfunctionarissen/ondersteuners/maatschappelijk werk aan een huisarts de druk op de huisarts zou kunnen verlagen. Het is een kans om te onderzoeken of zij aan de voorkant een rol kunnen spelen in het afvangen van niet

medische vragen en uitleg over het Nederlandse zorgsysteem. Bovenstaand hoofdadvis is besproken in een duidingssessie met een vertegenwoordiging van de volgende stakeholders: zorgverzekeraar, huisartsengroepen, WIN-punt medewerkers, Pharos, gemeenten en uitzendbureau. De partijen onderschrijven allen nut en noodzaak voor de ontwikkeling van een dergelijke regionale huisartsenvoorziening.

De volgende randvoorwaarden voor de regiovoorziening kwamen hierin terug:

Randvoorwaarden voor de regiovoorziening

- Inschrijving op naam
- Bereikbaarheid en nabijheid
- Verkleinen of wegnemen van de taalbarrière
- Aansluiten bij ontwikkeling van de toekomst: digitale zorg
- Doorstroom naar een reguliere huisartsenpraktijk

Aandachtspunten voor de regiovoorziening

- Inzet op preventie en het voorliggend veld/sociaal domein
- Aandacht voor de achterkant van het zorgsysteem bijvoorbeeld verwijsmogelijkheid mentale gezondheid anderstaligen.
- Aandacht voor kwetsbare groepen waaronder de groep onverzekerden. Zo wordt in de voorgestelde voorziening gefocust op de groep verzekerden. Hiermee blijven onverzekerden buiten beeld.
- Juiste, duidelijke en eenduidige informatievoorziening

De uitwerking van deze punten komen in grote mate terug in de volgende paragrafen. Voor toelichting op de randvoorwaarden en aandachtspunten zie het verslag van de duidingssessie in [verdieping 3](#). Uit de duidingssessie werd geconcludeerd dat verschillende huisartsengroepen reeds stappen zetten om de toegang tot huisartsenzorg te verbeteren. Hiervoor zijn er meerdere (sub)regionale voorzieningen in ontwikkeling. Er is behoefte aan samenwerking en verbinding met als concrete behoefte een 'paraplu' die boven de verschillende regionale initiatieven hangt voor de juiste verwijzing. Voordelen van de samenwerking die worden genoemd zijn het hebben van een uniforme werkwijze, het opbouwen van expertise, door ontwikkelen op sociaal, medisch en publiek domein en het uitwisselen van kennis (bijvoorbeeld over intercultureel werken). Partijen hebben in de duidingssessie aangegeven deze zogenoemde 'paraplu' gezamenlijk verder te willen uitwerken. Een centrale route naar inschrijving en verdeling over de verschillende huisartsenpraktijken is onderdeel van deze uitwerking. De zorgverzekeraar neemt initiatief tot een eerste gezamenlijk overleg met alle huisartsengroepen uit de regio.

8.2 Gezondheidsvaardigheid verbeteren

Veel organisaties, waaronder de gesproken stakeholders, staan voor de uitdaging om begrijpelijker en toegankelijker te worden voor kwetsbare groepen zoals anderstaligen en laaggeletterden. Pharos heeft hiervoor een model ontwikkeld wat bouwstenen biedt.

[Model: 10 kenmerken van een gezondheidsvaardige organisatie.](#)

Daarnaast kan ook worden gewerkt aan het versterken van de gezondheidsvaardigheden van arbeidsmigranten, onder andere door rekening te houden met:

- Veel arbeidsmigranten missen kennis over het Nederlandse zorgsysteem en hun rechten.

- Onvoldoende bewustzijn van symptomen en gezondheidsrisico's leidt tot uitstel van zorg.
- Laaggeletterdheid en beperkte digitale vaardigheden bemoeilijken het vinden van betrouwbare informatie.
- Gerichte voorlichting en ondersteuning kunnen bijdragen aan tijdige zorg en betere gezondheid.
- Stimuleren deelname aan taalcursussen.

Het spreken van de taal maakt onderdeel uit van het verbreden van gezondheidsvaardigheden. Uit het onderzoek blijkt dat weinig gebruik wordt gemaakt van het aanbod van taalcursussen vanuit uitzendbureaus. Toch kunnen werkgevers een belangrijke rol spelen in het integreren van hun werknemers en leren van de [taal](#). Dit kan zowel uit bestaande fondsen als uit eigen initiatief. Het leren van de taal, helpt arbeidsmigranten om gemakkelijker zelf de weg te vinden in de Nederlandse samenleving. Voorbeelden hiervan zijn te vinden in de [wegwijzer van VNG en Pharos](#).

In de regio West-Brabant wordt in de periode oktober 2025 tot en met april 2026 het project 'Samen gezond leven makkelijk maken in West-Brabant' uitgevoerd door onder andere Pharos, Stichting Huh, wat bedoelt u, GGD West-Brabant, Surplus Welzijn, Wij zijn en Taal West-Brabant. Dit project heeft als doel om in West-Brabant een beweging te starten naar een meer gezondheidsvaardige regio. Concreet houdt dit het volgende in:

- Dat goed inzicht is in de wensen en behoefte aan zorg en ondersteuning van personen in kwetsbare sociaaleconomische omstandigheden.
- Dat het aanbod in zorg en welzijn toegankelijk en persoonsgericht is.
- Dat gewerkt wordt aan collectieve oplossingen.
- Dat alle partners in het sociaal, fysiek en medisch domein zich inspannen om discriminatie en sociale uitsluiting tegen te gaan.

Het uiteindelijke doel is om gezondheidsverschillen te verkleinen doordat gezondheid wordt benaderd als een collectieve en sociale opgave, die vooral gericht is op omstandigheden en context en niet op gedragsverandering van het individu.

8.3 Informatievoorziening gezamenlijk organiseren

Verschillende partijen zijn aan de slag met het verbeteren van de informatievoorziening. Het advies is om dit in gezamenlijkheid te organiseren waarbij ook gekeken wordt naar wie de meest logische afzender is van de informatie. Mogelijk volstaat één communicatiemiddel voor alle partijen.

Als alle betrokken partijen meer samenwerken, kunnen we (meer) kennis verbinden, elkaar (beter) begrijpen en eenduidige informatie verstrekken die aankomt bij de ontvanger.

Het is helpend wanneer informatie gekoppeld kan worden aan daadwerkelijke beschikbaarheid. Op korte termijn is het verbeteren van en het breed informeren over de bestaande lokale en sub-regionale routes voor arbeidsmigranten om tot huisartsenzorg te komen iets waar huisartsen(groepen), gemeenten en andere stakeholders gezamenlijk aan kunnen werken om de toegang tot huisartsenzorg voor arbeidsmigranten te verbeteren.

Informatiebijeenkomsten via uitzendbureaus en werkgevers om kennis te vergroten

Een uitzendbureau kan verplichte fysieke bijeenkomsten organiseren waarin informatie wordt gedeeld. Een randvoorwaarde is wel dat de lijn naar zorg ook is uitgezet. Buiten deze bijeenkomsten, kunnen medewerkers gewezen worden op schriftelijke documenten en organisaties als het WIN-punt en voorliggend veld. Het meedenken en verwijzen naar de ondersteuning is een rol die door uitzendbureaus en werkgevers gepakt kan worden.

Verantwoordelijkheid arbeidsmigranten om goed voorbereid naar Nederland te komen

Naast het belang om arbeidsmigranten van de juiste informatie te voorzien en het bieden van ondersteuning bij de toegang tot huisartsenzorg benadrukken stakeholders ook het belang van nemen van eigen verantwoordelijkheid door arbeidsmigranten. Zij zijn medeverantwoordelijk om voorbereid naar Nederland te komen. Het gaat hierbij om het opzoeken van informatie over o.a. het zorgsysteem maar ook het toepassen hiervan of ondersteuning vragen indien nodig. Het is belangrijk dat er bewustzijn bij de arbeidsmigranten is dat de zorg niet één op één hetzelfde geregeld is als in het thuisland, zeker voor de mensen die met een bestaande zorgvraag naar Nederland komen.

Vergroten van kennis rondom vergoedingsregelingen voor onverzekerden

Naast informatie voor arbeidsmigranten, zijn er ook stappen te zetten in de informatievoorziening voor professionals. Een concrete aanbeveling is beter informeren over de vergoedingsregelingen voor onverzekerden bij zorgverleners. Uit de gesprekken blijkt dat de regelingen niet bij iedereen goed bekend zijn, wat kan resulteren in onterechte rekeningen voor de arbeidsmigranten. De wegwijzer Zorg voor onverzekerden kan gebruikt worden om organisaties beter bekend te maken met de mogelijkheden.

8.4 Verbinding domeinen

Als handvat voor meer integrale samenwerking op gezondheid en welzijn is het van belang om gezondheid met een brede blik te bekijken. Naast mentale en fysieke gezondheid, laat het [model van positieve gezondheid](#) zien dat meedoen, zingeving, kwaliteit van leven en dagelijks functioneren belangrijk dimensies zijn die van invloed zijn op gezondheid. Dit vraagt om samenwerking tussen verschillende domeinen met in het bijzonder samenwerking tussen sociaal en medisch domein.

Conclusie en aanbevelingen



Meer inzet op preventie en inzet op laagdrempelige ondersteuning bij bijvoorbeeld mentale klachten, stress en middelengebruik kan eraan bijdragen dat deze vragen niet vooral bij de huisarts terecht komen. Het is belangrijk te kijken waar de vraag op de juiste plek terecht komt. Waar en bij wie ontstaan handelingsperspectieven? Inzet van een [brugfunctie](#) tussen huisartsenzorg en het sociaal domein kan hierbij helpen. Dit is een verbindende functie van een professional die zich richt op het bevorderen en ondersteunen van samenwerking, verbinding en communicatie tussen het medisch domein en professionals uit het sociaal domein waaronder welzijnsorganisaties. Zo kunnen de niet medische vragen mogelijk opgevangen worden door partijen in het voorliggend veld. Momenteel is er binnen de welzijnsorganisaties in West-Brabant nog geen specifiek aanbod voor mensen met een migratieachtergrond. In het reguliere aanbod worden arbeidsmigranten in heel beperkte mate gezien. Hier ligt een kans meer in verbinding te komen met de arbeidsmigranten. Daarnaast liggen er kansen op het gebied van meer intercultureel werken en aandacht hebben voor het werken met medewerkers of vrijwilligers met een interculturele achtergrond of interculturele ervaring.

“Als er goed voor de arbeidsmigranten wordt gezorgd, komen ze minder met mentale problemen. Het is een dagtaak om psychologen te vinden die de taalspreken. Een wond is goed te doen, maar hier valt winst te behalen. We kunnen het wel hier oplossen aan het einde [bij de huisarts], maar beter aan de voorkant inrichten.”

- Huisartsengroep



Conclusie en aanbevelingen

Ook binnen de huisartsenpraktijken wordt er gekeken naar het differentiëren van taken. Zo zijn er naast praktijkondersteuners en doktersassistentes bijvoorbeeld ook Welzijn op recept-coaches aanwezig in huisartsenpraktijken. Deze professionals kunnen mogelijk verschillende binnenkomende vragen opvangen als deze ondersteuning meer intercultureel wordt.

Het bouwen aan en verbeteren van samenwerking zowel binnen het medisch en sociaal domein is gewenst op zowel lokaal als regionaal niveau. Het opzetten van een regionale samenwerking kan voordelen hebben door de schaalvergroting. Denk hierbij aan de inzet van interculturele medewerkers die voor meerdere gemeenten inzetbaar zijn, maar ook het vergroten van doorverwijsmogelijkheden voor anderstaligen en inzet van AI en de tolktelefoon.

Meer doorverwijsmogelijkheden voor anderstaligen

Doorverwijsmogelijkheden voor anderstaligen zijn beperkt. Zo staan er in de VNG-wegwijzer bijvoorbeeld mogelijkheden om te komen tot psychische hulp, alleen is dit niet toereikend. Deze geringe verwijsmogelijkheden geven extra druk in de eerste lijn.

Er is meer zicht nodig op verwijs- en ondersteuningsbehoeften rondom veelvoorkomende hulpvragen van arbeidsmigranten om geschikt aanbod te kunnen ontwikkelen. Mogelijk vraagt dit om een aanpak overstijgend aan de regio West-Brabant. Een voorbeeld van een aanpak is [LOOP Oekraïne](#), waarin de psychosociale hulp binnen de opvang van Oekraïners landelijk is georganiseerd. Een doorontwikkeling hierop kan zijn om te kijken of een dergelijke aanpak mogelijk is voor de bredere groep nieuwkomers.

“Maar ik weet een ding zeker, het is mijn vak niet. Dus die patiënt krijgt gewoon niet de zorg die hij nodig heeft, omdat die bij mij zit. Dat is heel frustrerend, want ik wil die man wel helpen, maar ik ben geen psychiater.”

– Huisartsenpraktijk

Meer inzet van de tolktelefoon en AI om de taalbarrière te verlagen

Taalbarrière blijft een drempel in de toegang tot zorg. Er zijn steeds meer mogelijkheden om consulten en triages te vertalen. Zo kan vaker gebruik worden gemaakt van de tolktelefoon. Daarnaast zijn er steeds meer mogelijkheden rondom het gebruik van AI. Momenteel worden er systemen getest waarin anderstaligen hun vragen kunnen stellen en in eigen taal antwoord krijgen. Dit bevordert het juist over kunnen brengen van de zorgvraag en juist stellen van een diagnose. Ook wordt er al gebruik gemaakt van zorgconsulenten die in verschillende talen een consult kunnen uitvoeren. Momenteel zijn zorgconsulenten beschikbaar voor Arabische talen. Het is een kans om dit uit te breiden naar talen die gesproken worden door arbeidsmigranten. Het wordt als meerwaarde genoemd in de eigen taal gezien en gehoord te worden.

Verzoek vanuit zowel arbeidsmigranten als professionals is de inzet van de tolktelefoon of AI om de taalbarrière te verlagen. Er worden verschillende AI en vertalingstools ingezet (Global talk, Vasco, Google Translate), maar de ervaringen hiermee zijn wisselend. Het vraagt om meer eenduidigheid en meer training. Zo is er nu vanuit de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) de [Leidraad Meer Tijd voor de Patiënt opgesteld](#). In deze leidraad staat beschreven hoe de huisarts ervoor kan zorgen dat patiëntengroepen die de Nederlandse of Engelse taal nog niet goed machtig zijn en/of waar sprake is van culturele verschillen extra tijd kunnen krijgen voor een consult. Daarnaast heeft Pharos de richtlijn '[Omgaan met taalbarrières in de zorg en het sociaal domein](#)' uitgebracht. De richtlijn geeft professionals aanbevelingen om met taalbarrières om te gaan. Zo helpt een beslisboom of bijvoorbeeld een tolk, een digitaal hulpmiddel of een ander optie ingezet kan worden. Wanneer een situatie in de huisartsenzorg vraagt om inzet van een tolk, kan de tolk vergoed worden via het [regionale achterstandsfonds](#). Er zijn veel mogelijkheden om de taalbarrière te verlagen, echter is het nog een uitdaging om het benut te krijgen.

8.5 Ondersteuning bij uit dienst of ontslag

Na uit dienst treden of ontslag wordt veel van de zelfredzaamheid van de arbeidsmigrant verwacht. Er moeten zaken geregeld worden op het gebied van huisvesting, werk en bijvoorbeeld zorgverzekering. Om de arbeidsmigrant hier beter in te ondersteunen is het van belang om publiek en privaat samen te werken. Aandacht voor sociaal beheer en sociaal werkgeverschap zijn noodzakelijk om de situatie van arbeidsmigranten te verbeteren, juist in een heel kwetsbaar moment bij uit dienst treden of ontslag. Dit moment is onder andere kwetsbaar omdat dakloosheid dreigt en met het stoppen van een baan ook de zorgverzekering stopt.

Dit onderwerp is onder de aandacht van de regio West-Brabant.

Op 29 september 2025 hebben de Regio West-Brabant, Het WIN-punt West-Brabant en het regionaal werkcentrum West-Brabant in oprichting een WIN-WIN werkbijeenkomst georganiseerd met de titel 'Naar een waardevol perspectief voor arbeidsmigrant en werkgever. Er is nagedacht over 'van werk naar werk' en over 'van dakloos naar werk'.

Resultaten van de bijeenkomst worden gedeeld vanuit de voorzitter van de kopgroep arbeidsmigranten Regio West-Brabant en de voorzitter van de arbeidsmarktregio West-Brabant. Het is een kans voor zorg en welzijn om actief betrokken te raken bij de opvolging naar aanleiding van de resultaten van deze bijeenkomst.

Landelijk biedt het Convenant publieke en private ondersteuning EU-arbeidsmigranten mooie bouwstenen zoals het voorbeeld van een '[Van werk naar werk traject](#)'. Dit traject begeleidt arbeidsmigranten naar werk, bijvoorbeeld wanneer zij op straat belanden.

Landelijk wordt ook een impuls gegeven aan de opvang van dak- en [thuisloze arbeidsmigranten](#).

Op het moment van het uitbrengen van deze conceptrapportage is ons nog niet bekend of regio West-Brabant tot een van de toegewezen regio's behoort.

9. Bijlagen



Lijst van afkortingen



BMIP	Brabants Migratie Informatiepunt
BRP	Basisregistratie Personen
CAK	Centraal Administratie Kantoor
HAP	Huisartsenspoedpost
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
NNZ	Nu Niet Zwanger
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
RAV	Regionale Ambulancevoorziening
RNI	(Registratie Niet-Ingezetenen)
SEH	Spoedeisende Hulp
SVB	Sociale Verzekeringsbank
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
WIN-punt	WorkInNL informatiepunt
3D	Dirty, Dangerous, Degrading

- Aanjaagteam Bescherming arbeidsmigranten (2020). **Geen tweederangsburgers: Aanbevelingen om misstanden bij arbeidsmigranten in Nederland tegen te gaan.** [Geen tweederangsburgers](#)
- ABU, Pharos, NBBU & Trimbos Instituut. (2025). **Inspiratiegids arbeidsmigranten: Gezond aan het werk** [Pharos.nl/wp-content/uploads/2025/03/Inspiratiegids-arbeidsmigranten-gezond-aan-het-werk.pdf](#)
- Algemene Rekenkamer. (2024). **Inschrijving huisartsenpraktijk.** Den Haag: Algemene Rekenkamer. [Rekenkamer.nl/webrapport/huisartsen/tekort-aan-huisartsen/inschrijving-huisartsenpraktijk](#)
- **AtlasTi.** Een analyseprogramma voor het coderen en analyseren van interviews, rapporten en andere documenten.
- Arbeidsmigratiecijfers in Brabant [research.tilburguniversity.edu/en/publications/de-woon-werk-en-leefsituatie-van-arbeidsmigranten-in-nederland-de/](#)
- Bergsma, Z. & Dozeman, E. (2021). **Onderzoek naar arbeidsmigranten en de gezondheidszorg.** Wise up Consultancy & Healthcare for internationals (H4i).
- Batenburg, R., Flinterman, L., Vis, E., van Schaaik, A., de Geit, E., Kenens, R. J., & Duijkers, B. (2022). **Cijfers uit de Nivel-registratie van huisartsen en huisartsenpraktijken: Een actualisering voor de periode 2020-2022.** Utrecht: Nivel. [Nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004340.pdf](#)
- CBS Polis. (2022).
- Cremers, J. (2021). **INT-AR Paper 1 - Definitie arbeidsmigrant.** Het Kenniscentrum Arbeidsmigranten. <https://www.tilburguniversity.edu/sites/default/files/download/INT-AR-Paper-1-Definitie-arbeidsmigrant.pdf>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). **Policies and strategies to promote social equity in health.** Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Decisio. (2024). **Regiorapportage Noord-Brabant: Monitor Internationals 2024.** [Etil.blob.core.windows.net/media/regiorapportage-noord-brabant-monitor-internationals-2024.pdf](#)
- Huber, M., et al. (2011). **How should we define health?** BMJ, 343, d4163.
- **KBA Nijmegen.** (2023). Enquête uitzend-organisaties 2023. Onderdeel van het onderzoek naar arbeidsmigranten in Nederland, gebaseerd op CBS-polisbestanden en een representatieve enquête onder ABU- en NBBU-leden.
- Johannes Wier Stichting. (2025). **Zo schakelt u een tolk in.** [Zoschakeltueentolkin.nl/](#)
- KBA Nijmegen. (2023). **Enquête uitzend-organisaties 2023.** Onderdeel van het onderzoek naar arbeidsmigranten in Nederland, gebaseerd op CBS-polisbestanden en een representatieve enquête onder ABU- en NBBU-leden.
- Het Kenniscentrum arbeidsmigranten. (2021). **Hoe denken arbeidsmigranten over gezondheid en zorg in Nederland? De resultaten van het 2de arbeidsmigrantenpanel.** [Research.tilburguniversity.edu/en/publications/eindrapport-hoe-denken-arbeidsmigranten-over-gezondheid-en-zorg-i/](#)
- Het Kenniscentrum Arbeidsmigranten. (2023). **De woon-, werk- en leefsituatie van arbeidsmigranten in Nederland: Eindrapport.** [Hetkenniscentrumarbeidsmigranten.nl/wp-content/uploads/2023/05/Eindrapport-De-woon-werk-en-leefsituatie-van-arbeidsmigranten-in-Nederland.pdf](#)

- Landelijke Huisartsen Vereniging. (z.d.). **E-learning zorg voor onverzekerden in de huisartsenpraktijk.** Academie.lhv.nl/nascholing/e-learning-zorg-voor-onverzekerden-in-de-huisartsenpraktijk/
- Landelijke Huisartsen Vereniging. (z.d.). **Leidraad: Meer tijd voor de patiënt.** lhv.nl/product/leidraad-meer-tijd-voor-de-patient/
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). **Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations.** International Journal for Equity in Health, 12(18). doi.org/10.1186/1475-9276-12-18
- Lieshout, H. van (2020). **Aansluiting vinden bij en ondersteuning bieden aan Poolse arbeidsmigranten in Nederland. Een exploratieve studie met een aantal aanbevelingen voor sociaal werk.** Lectoraat Sociale Veerkracht. Fontys Hogescholen Sociale Studies (FHSS).
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid/Alliantie Work in NL. (2025). **Convenant publiek-private ondersteuning EU-arbeidsmigranten.**
- **Nederlandse Gezondheidszorg.** Het Kenniscentrum arbeidsmigranten. (2021). Hoe denken arbeidsmigranten over gezondheid en zorg in Nederland? De resultaten van het 2de arbeidsmigrantenpanel.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (z.d.). **Wat zijn de regels voor het passantenconsult?** Nederlandse Zorgautoriteit. Nza.nl/vraag-en-antwoord/huisartsenzorg/wat-zijn-de-regels-voor-het-passantenconsult
- Nivel. (2025). **De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2024.** Nivel.nl/sites/default/files/bestanden/13164.pdf
- **Model van positieve gezondheid.** Huber, M., et al. (2011). How should we define health? BMJ, 343, d4163.
- Pharos. (2022). **Zorg en voor arbeidsmigranten: Rapport Pharos.** Utrecht: Pharos. Pharos.nl/wp-content/uploads/2022/04/Zorg-en-voor-arbeidsmigranten-rapport-Pharos.pdf
- Pharos (2023). **Mentale gezondheid: kijken door de ogen van de mensen om wie het gaat.** Een verkenning naar de mentale gezondheid van mensen in een kwetsbare sociaaleconomische positie. www.pharos.nl/kennisbank/mentale-gezondheid-kijken-door-de-ogen-van-de-mensen-om-wie-het-gaat/
- Pharos. (2024). **Checklist 4x toegang: Toegankelijkheid zorg en ondersteuning.** Pharos. Pharos.nl/wp-content/uploads/2024/08/Checklist-4x-toegang_toegankelijkheid-zorg-en-ondersteuning_082024.pdf
- Pharos. (2025). **Interactieve handreiking brugfuncties huisartsenzorg en sociaal domein.** Pharos.nl/wp-content/uploads/2025/07/Interactieve-handreiking-brugfuncties-huisartsenzorg-en-sociaal-domein_072025-SZ.pdf
- Pharos. (z.d.). **Programma eHealth4ALL.** Pharos.nl/over-pharos/programmas-pharos/ehealth4all/
- Pharos. (z.d.). **Sensitief in gesprek met onverzekerden.** Pharos.nl/infosheets/sensitief-in-gesprek-met-onverzekerden/

- Pharos. (z.d.). **Model: 10 kenmerken van een gezondheidsvaardige organisatie.**
[Pharos.nl/kennisbank/model-10-kenmerken-van-een-gezondheidsvaardige-organisatie/](https://pharos.nl/kennisbank/model-10-kenmerken-van-een-gezondheidsvaardige-organisatie/)
- Pharos. (z.d.). **Taalbarrières.**
[Pharos.nl/infosheets/taalbarrieres/](https://pharos.nl/infosheets/taalbarrieres/)
- Provincie Noord-Brabant. (2020). **Afsprakenkader arbeidsmigranten West-Brabant.** 's-Hertogenbosch: Provincie Noord-Brabant.
[Brabant.nl/publish/pages/9915/afsprakenkader_arbeidsmigranten_west-brabant.pdf](https://brabant.nl/publish/pages/9915/afsprakenkader_arbeidsmigranten_west-brabant.pdf)
- Rijksoverheid. (2025). **In meer steden komt een daklozenopvang voor arbeidsmigranten.** Den Haag: Rijksoverheid.
[Rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2025/05/08/in-meer-steden-komt-een-daklozenopvang-voor-arbeidsmigranten](https://rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2025/05/08/in-meer-steden-komt-een-daklozenopvang-voor-arbeidsmigranten)
- SCP (2023). **Gezien, gehoord en geholpen willen worden.** Ervaringsverhalen uit het sociaal domein over gemiste ondersteuning & Pharos (2022). **In gesprek met...: Ervaringen van zorggebruikers met toegang tot zorg, gezond leven en de zorgverzekering.**
www.scp.nl/documenten/2023/08/25/gezien-gehoord-en-geholpen-willen-worden
- Seidler, Y., Van Leeuwen, R., De Boom, J., Wiczorek, B., Serafin, O., Van der Schans, K., Van Wensveen, P., & Weltevrede, A. M. (2024). **Zicht op arbeidsmigranten: Een belevingsonderzoek naar de positie van EU-arbeidsmigranten, derdelanders en ontheemde Oekraïners in Nederland.** Rotterdam: Risbo/Erasmus Universiteit Rotterdam.
[Risbo.nl/en/media/2024-11-rapportrisbozichtoparbeidsmigranten](https://risbo.nl/en/media/2024-11-rapportrisbozichtoparbeidsmigranten)
- SKGZ. (z.d.). **Ben je niet ingeschreven bij je gemeente? Zo sluit je een zorgverzekering af zonder adres.**
[Skgz.nl/zorgverzekering-afsluiten/ben-je-niet-ingeschreven-bij-je-gemeente-zo-sluit-je-een-zorgverzekering-af-zonder-adres](https://skgz.nl/zorgverzekering-afsluiten/ben-je-niet-ingeschreven-bij-je-gemeente-zo-sluit-je-een-zorgverzekering-af-zonder-adres)
- SKGZ, Pharos, CAK & Stichting Nederlandse Straatdokters Groep. (2025). **Wegwijzer Zorg aan Onverzekerden.** De Argumentenfabriek.
[Skgz.nl/nieuws/nieuwe-wegwijzer-ondersteunt-zorgaanbieders-bij-zorg-aan-onverzekerden](https://skgz.nl/nieuws/nieuwe-wegwijzer-ondersteunt-zorgaanbieders-bij-zorg-aan-onverzekerden)
- **Van werk naar werk traject.** Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid/Alliantie Work in NL. (2025). Convenant publiek-private ondersteuning EU-arbeidsmigranten.
- WIN-punt. (z.d.) **Ook voor huisvestingsvragen weten arbeidsmigranten WIN-punt te vinden.**

Verdiepingen



Het terugdringen van gezondheidsverschillen, wat werkt in de aanpak

In West-Brabant bestaan aanzienlijke gezondheidsverschillen tussen inwoners. Deze verschillen hangen sterk samen met sociaaleconomische status en migratieachtergrond. Inwoners met een laag inkomen en een laag opleidingsniveau leven gemiddeld zes jaar korter en vijftien jaar minder lang in goede gezondheid. Ze hebben vaker te maken met chronische ziekten en psychische klachten.

Ondanks jarenlange inspanningen zijn deze verschillen nauwelijks afgenomen. Dit vraagt om een bredere kijk op gezondheid. Gezondheid wordt immers niet alleen bepaald door lichamelijke factoren en toegang tot zorg, maar ook door sociale, psychologische en omgevingsfactoren zoals armoede, schulden, stress en laaggeletterdheid.

Complexiteit en rechtvaardigheid

De maatschappij verandert snel en gezondheidsproblemen worden complexer. Tegelijkertijd wordt van mensen verwacht dat zij meer eigen regie nemen over hun gezondheid en zorgkeuzes. Voor mensen in kwetsbare posities is dat vaak lastig. Juist zij ondervinden de meeste hinder van beperkte beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Daarom is het belangrijk om gezondheid te benaderen vanuit het perspectief van rechtvaardigheid. Dit betekent dat we niet alleen kijken naar het gedrag van het individu, maar vooral naar de

omstandigheden waarin mensen leven: armoede, huisvesting, scholing en sociale veiligheid. Deze factoren bepalen in grote mate iemands kansen op een gezond leven.

Het model van [Dahlgren en Whitehead](#) laat zien dat gezondheid beïnvloed wordt door meerdere lagen: van individuele leefstijl tot bredere sociale en omgevingsfactoren. Door voorbij het individu te kijken, kunnen professionals en beleidsmakers bijdragen aan structurele verbeteringen en meer kansengelijkheid.

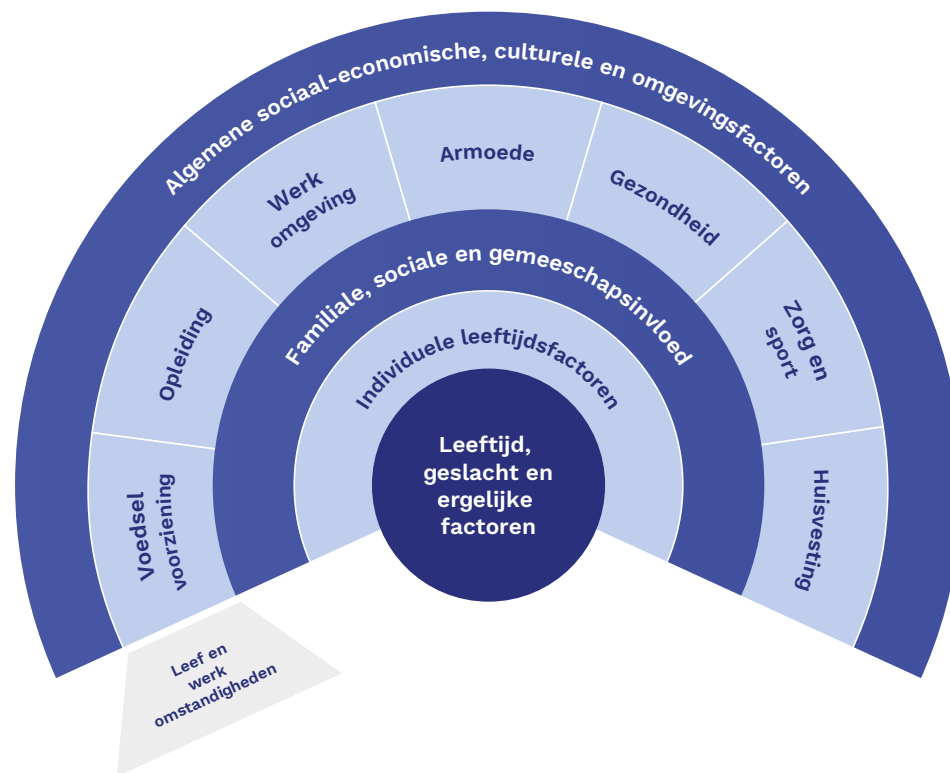
Verdieping 1 - Aanpak van gezondheidsverschillen



Wat werkt in de aanpak?

Bij het terugdringen van gezondheidsverschillen zijn de volgende uitgangspunten belangrijk:

- **Collectieve benadering:** Richt je op groepen en gemeenschappen, niet alleen op individuen.
- **Leefomstandigheden centraal:** Verbetering van huisvesting, scholing, werk en sociale veiligheid draagt bij aan gezondheid.
- **Toegankelijke zorg:** Zorg moet bereikbaar en begrijpelijk zijn, zeker voor mensen met een migratieachtergrond.
- **Versterken van gezondheidsvaardigheden:** Veel mensen, waaronder arbeidsmigranten, missen kennis over het zorgsysteem, herkennen symptomen niet of weten niet waar ze terecht kunnen. Dit leidt tot uitstel of vermindering van zorg.
- **Culturele sensitiviteit:** Zorgprofessionals moeten rekening houden met verschillen in zorgverwachtingen en communicatie.
- **Behoeften als vertrekpunt:** In de aanpak is het essentieel om uit te gaan van de leefwereld, behoeften en mogelijkheden van bijvoorbeeld arbeidsmigranten.



Gezondheidsdeterminanten model.

Bron: Dahlen en Whitehead

Reproductieve gezondheid arbeidsmigranten

In deze verdieping schetsen we het beeld dat naar voren komt vanuit een projectgroep van het Nu Niet Zwanger Team (NNZ Team), Stichting Barka, GGD (OGGZ en JGZ) rondom het thema reproductieve gezondheid. Omdat toegang tot anticonceptie in Nederland voor een deel via de huisarts verloopt en ervaringen hiermee vanwege de aard van het onderwerp niet snel door arbeidsmigranten zelf in gesprekken naar boven komen is er gekozen om de verslagen van de projectgroep Nu Niet Zwanger & Arbeidsmigranten te analyseren op dit gebied en aan te vullen met informatie uit de interviews met professionals. Op het onderwerp geboortezorg wordt ook aangevuld vanuit interviews met arbeidsmigranten zelf.

Seksuele gezondheid en (toegang tot) anticonceptie

Uit de gespreksverslagen van de projectgroep NNZ & arbeidsmigranten komt een aantal punten naar voren op het gebied van seksuele gezondheid en anticonceptie:

- Hulpverleners krijgen het signaal van vrouwelijke arbeidsmigranten dat de hulp ontoegankelijk is wat het moeilijk maakt om aan anticonceptie te komen. Vanuit een huisarts wordt aangegeven dat zij aan passanten alleen acute zorg leveren. Het verstrekken van anticonceptie of chronische zorg valt daar dus niet onder.
- Er is verder weinig bekend over kennis die aanwezig is bij arbeidsmigranten over anticonceptie en de betaalbaarheid van anticonceptie voor arbeidsmigranten.

- Het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid vraagt om een cultuur sensitieve aanpak met oog voor culturele context en individuele ervaringen, zorgen en overtuigingen waarbij vertrouwen een belangrijke basis vormt.
- Een thema dat ook naar voren komt in de verslagen is veiligheid en seksueel misbruik. Er zijn signalen dat vrouwelijke arbeidsmigranten zich niet veilig voelen op de woon- of werklocaties en lastiggevallen worden.

Uit de verslagen kwam naar voren op welke wijze er gewerkt wordt aan de informatievoorziening te weten:

- Vanuit het informatiepunt WB wordt samen opgetrokken in het verstrekken van flyers op woonlocaties en het geven van voorlichting. Er werd in de gespreksverslagen aangegeven dat er behoefte was aan goede informatiematerialen en producten. Uit de gesprekken blijkt dat er inmiddels folders NNZ zijn ontwikkeld inclusief een QR code voor snelle toegang/contact.
- WIN-punt medewerkers en GGD-professionals trekken samen op in verband met interculturele ondersteuning en taalbarrière. Er wordt gebouwd aan een sociale kaart, er vinden gezamenlijke bezoeken aan (woon)locaties plaats waarbij ook successen en knelpunten worden opgehaald. In de gesprekken met professionals wordt wel aangegeven dat het nog steeds moeilijk is om echt in gesprek te komen. De bezoeken stranden bij de receptie of coördinator. Wel komt in de gesprekken met professionals naar voren dat er steeds meer contact is vanuit team NNZ met professionals die om arbeidsmigranten heen staan om hen te informeren over het belang van kinderwens-herkenning. Hierdoor komen er ook meer aanmeldingen binnen.
- De Zanzu app van Rutgers biedt informatie over seksuele gezondheid in 17 talen.
- Er wordt samengewerkt met een aantal woonlocaties/bedrijven als het gaat over het verstrekken van informatie en het betrekken van bewoners/werknemers.

Op het gebied van onbedoelde zwangerschappen vangt het team signalen op over toenames in aantal adopties onder arbeidsmigranten van organisaties die hier ondersteuning bij bieden en woonlocaties. Vanuit het team NNZ werd de volgende ontwikkelstap aangegeven 'het versterken van de informatievoorziening en ondersteuningsmogelijkheden rondom onbedoelde zwangerschap' waarbij ingangen bij werkgevers en woonlocaties belangrijk zijn. Een van de suggesties die in de gesprekken naar voren komt is dat het verkrijgen van anticonceptie via andere routes dan de huisarts zou moeten verlopen (vrij verkrijgbaar).

Geboortezorg voor arbeidsmigranten

Is de zwangere arbeidsmigrant in beeld?

In de verslagen van het team NNZ wordt aangegeven dat er vanuit een organisatie op het gebied van ongewenste zwangerschappen het signaal komt dat arbeidsmigranten vaak pas na de bevalling in beeld komen en er geen verloskundige controles hebben plaatsgevonden. Redenen voor het verzwijgen van een zwangerschap zijn dat huisvesting gekoppeld is aan werk, zij zorgdragen voor familie in het thuisland. Ook uit de interviews komt naar voren dat angst voor verlies van baan en woning een belangrijke reden is om een zwangerschap te verzwijgen. Er wordt zowel in de verslagen als in de interviews aandacht gevraagd voor het belang van het (eerder) bereiken van vrouwen om zwangerschappen te voorkomen of het proces rond de zwangerschap en keuzes hieromtrent beter te kunnen begeleiden.

Ook wordt er in de verslagen casuïstiek besproken n.a.v. bezoeken aan woonlocaties. Medewerkers of beheerders schetsen de volgende situaties waarin zwangerschappen zijn ontstaan.

- Op dit moment woont daar één zwangere vrouw die nog niet bij een arts of verloskundige is geweest, maar wel de wens uitspreekt om dat wel te doen.
- De eigenaresse had dit seizoen één vrouw die zwanger raakte, maar al is teruggekeerd naar haar land.
- Als we vertellen dat we verpleegkundigen zijn met ons verhaal over NNZ dan zegt hij 1 x een zwangere dame te hebben gekend die voor de bevalling naar Roemenië is gegaan. Dit is de regel in Roemenië... je helpt elkaar altijd in nood.
- De afgelopen maanden waren er 2 zwangere vrouwen, één van hen keerde terug naar Polen en de ander onderging een abortus.

In één geval werd er tijdens het bezoek aan een van de locaties een zwangere vrouw gesproken waarvan het de beheerder niet bekend was.

- We spreken de moeder aan en ze komt uit Litouwen en verblijven op de camping. Ze is hier samen met haar man en baby van 8 maanden en is 6 maanden zwanger. In het gesprek laat ze weten dat ze zorgen heeft over haar verzekering... haar man komt erbij staan en het gesprek gaat verder over de verzekering.

Ondersteuning zwangeren

Uit de interviews komt naar voren dat in de regio West-Brabant West er vanuit de coördinator zwangerenzorg specifiek aandacht is voor zwangere arbeidsmigranten. Er wordt geprobeerd bij alle arbeidsmigranten die voor het eerst een kind krijgen in Nederland op huisbezoek te gaan. Hierin wordt ook gekeken of woonomstandigheden geschikt voor een kind. Daarnaast kan op dat moment samen met de toekomstige ouder gekeken worden wat er in Nederland geregeld moeten worden wanneer je een kind verwacht. Alles is nieuw, de arbeidsmigranten zijn de taal vaak niet machtig, het is dan fijn als iemand met je mee kan kijken. Zo krijgen de toekomstige ouders informatie over kraamzorg of het consultatiebureau. Deze ondersteuning en opvolging

staat los van het hebben van een huisarts. Het niet hebben van een huisarts wordt pas een echt probleem nadat het kind geboren is. Het vermoeden is dat ouders dan naar de huisartsenspoedpost rijden wanneer hun kind zorg nodig heeft.

In de **interviews met arbeidsmigranten**, sleutelfiguren en de observaties op de WIN-punten en woonlocaties kwam ook het thema geboortezorg ter sprake. Een klein deel van de respondenten maakte in Nederland een zwangerschap en/of geboorte mee. Hieronder volgen belemmerende en bevorderende punten rondom geboortezorg die benoemd worden door de arbeidsmigranten zelf of sleutelfiguren:

- Bezoek verloskundige voor controles deels in onbetaald verlof.

Tolk: “Toen zij erachter kwamen dat ze hoge bloeddruk had tijdens zijn zwangerschap moesten ze wekelijks zich melden voor om haar bloeddruk op te meten. En dat heeft haar best veel moeite gekost omdat ze elke keer gewoon weg van het werk moest en dat was weer onbetaald.”

- Medewerkers van Stichting Barka of het WIN-punt merken op dat vrouwen soms weinig kennis hebben over anticonceptie en zwangerschap. Ook wordt aangegeven dat er veel misinformatie over deze onderwerpen gegeven wordt op Social Media. Er is een brochure ontwikkeld met informatie over elk trimester in de zwangerschap.
- De taalbarrière kan een probleem zijn bij het voorlichten en informeren van vrouwen over anticonceptie of wat je moet regelen wanneer je zwanger bent.

“Ze hadden een Poolse verloskundige. Daarom had ze het gevoel dat alles goed geregeld was omdat de verloskundige Pools sprak.”

- Financiering van de zorg, zowel voor bevalling als voor abortus.

“Mijn baby kon wel naar ziekenhuis maar we hadden hiervoor een rekening gekregen van 2000 euro. We hadden geen geld en konden dit ook niet betalen en als ik dit wist was ik naar Roemenië gegaan om te bevallen.”

“Daarnaast was er ook een Poolse vrouw die 24 weken zwanger was maar een abortus wou. Ze was echter niet verzekerd en het was daardoor erg problematisch voor [naam medewerker] om dit voor haar te regelen. De Poolse vrouw had al 7 kinderen en wou er niet nog een. [naam medewerker] moest toen ook 3 dagen met haar ziekenhuis gaan en van gynaecoloog tot verloskundige iedereen erbij betrekken en uiteindelijk ook financiering proberen te regelen hiervoor.”

Verdieping 3 - Duidingssessie regionale huisartsenvoorziening anderstaligen



Uit zowel de enquête over het advies een regionale voorziening voor anderstaligen in te richten, als de duidingssessie komt naar voren dat dit advies onderschreven wordt door de aanwezige partijen. Door de partijen worden aandachtspunten en randvoorwaarden meegegeven. Deze worden hieronder toegelicht.

Randvoorwaarden regiovoorziening

Inschrijving op Naam

Deelnemers aan de duidingssessie geven de voorkeur aan inschrijven op naam boven gebruik van het passantentarief. Dit heeft verschillende voordelen. Zo kan door inschrijving een medisch dossier bijgehouden worden om continuïteit van zorg te borgen. Partners in het zorgdomein hebben de mogelijkheid het dossier in te zien bij een verwijzing. Ook helpt het inschrijftarief bij het structureel borgen van een praktijk.

Bereikbaarheid en nabijheid

Bij het opzetten van een regionale voorziening kan vervoer voor problemen zorgen. Arbeidsmigranten beschikken vaak niet over eigen vervoer en openbaar vervoer is ook niet altijd toereikend. Aandacht voor nabijheid is van belang. Een suggestie die hiervoor wordt gegeven zijn locaties verspreid over de regio.

Verkleinen of wegnemen van de taalbarrière

Er worden verschillende suggesties gedaan hoe beter ingespeeld kan worden op anderstaligen. Zo wordt er gesproken over huisartsen die de eigen

taal spreken, informatie die in eigen taal beschikbaar is, centrale triage in verschillende talen en inzet van digitale hulpmiddelen.

Aansluiten bij ontwikkeling van de toekomst: digitale zorg

Digitale zorg biedt veel mogelijkheden, zoals het vertalen tijdens een consult. Er wordt aangegeven dat digitale zorg in de toekomst verder wordt ingezet. Het lijkt niet realistisch hierin voor arbeidsmigranten een uitzondering te maken. Houdt rekening met mensen die minder digitaal vaardig zijn, maar kijk ook wat nog meer uit digitale zorg gehaald kan worden.

Doorstroom naar een reguliere huisartsenvoorziening

Het organiseren van een regio huisartsenpraktijk voor anderstaligen bevordert de integratie in Nederland niet. Er zijn arbeidsmigranten die kort in Nederland verblijven, maar ook arbeidsmigranten die langer blijven. Aandacht voor doorstroom naar een reguliere huisartsenvoorziening bij langer verblijf in Nederland is van belang. Het moet blijven gaan om een tijdelijke inschrijving.

Regiovoorziening aansluiten op andere vormen van zorg en ondersteuning Inzet op preventie en het voorliggend veld/sociaal domein

Tijdens de duidingssessie wordt aangegeven dat wanneer inleners goed

Verdieping 3 - Duidingssessie regionale huisartsenvoorziening anderstaligen



omgaan met arbeidsmigranten, er minder gezondheidsproblemen ontstaan. Er ligt hiervoor verantwoordelijkheid bij inleners.

Daarnaast kan inzet van preventie door bijvoorbeeld interventies of ondersteuning van het voorliggend veld en sociaal domein problemen of het verergeren van problemen voorkomen. En koppeling van de regio voorziening met het voorliggend en sociaal domein is van belang. Niet medische vragen kunnen opgepakt worden in het voorliggend veld of sociaal domein. Hiervoor kan reeds bekeken worden wat er op de sociale kaart beschikbaar is voor arbeidsmigranten. Gemeenten kunnen een rol spelen in verbinding leggen met het sociaal domein en vormgeven van aanbod voor arbeidsmigranten.

Aandacht voor de achterkant van het zorgsysteem

Naast aandacht voor het voorliggend veld/sociaal domein en de huisartsenzorg zelf, wordt aangegeven dat er ook aandacht moet zijn voor de achterkant van het systeem. Er moet vanuit de regio voorziening een koppeling worden gemaakt met vervolgzorg. Niet iedereen is namelijk geholpen met enkel een consult bij de huisarts.

Aandacht voor kwetsbare groepen

Primair richt de regionale voorziening zich op verzekerden. Daarmee kunnen groepen buiten beeld en buiten bereik van zorg blijven. Bij het oprichten van een regio voorziening moet daarom extra aandacht zijn voor de groep arbeidsmigranten die maar kort in Nederland verblijft. Het gaat hierbij met name om **de groep zonder woonadres**. Deze groep heeft minder mogelijkheden in de toegang tot zorg. Daarnaast wordt aangegeven dat aandacht voor **arbeidsmigranten zonder zorgverzekering** meegenomen moet worden in de ontwikkeling van de regiovoorziening. Het bieden van mogelijkheden voor een passantenconsult voor deze groep behoort tot de mogelijkheden. Tevens wordt aandacht gevraagd voor **arbeidsmigranten die uitdienst gaan of ontslagen** worden. Ook voor deze groep moet opvang en zorg plaats kunnen vinden. Dit

geldt ook voor arbeidsmigranten die **niet staan ingeschreven en geen BSN hebben**.

Informatievoorziening

Juiste, duidelijke en eenduidige informatie over de regio praktijk is van belang. Er worden verschillende routes aangedragen voor het laten lopen van de informatievoorziening. Zo kan het WIN hierin een belangrijke rol vervullen. Daarnaast kunnen uitzendbureaus folders maken en verspreiden. Ook is inschrijving in de RNI of BRP een goed moment om informatie met arbeidsmigranten te delen. Verder worden de huisartsenspoedposten en spoedeisende hulp als partijen waar alle zorggroepen bij elkaar komen. Hierdoor zou een rol in eenduidige informatievoorziening mogelijk passend zijn. Tot slot is koppeling en samenwerking met ketenpartners van belang. Wanneer zij op de hoogte zijn van de regio praktijk, is er mogelijkheid om hiernaar door te leiden. Communicatie over de patiëntreis richting deze partijen is belangrijk.

In deze uitwerking is extra aandacht nodig voor het **bereiken van arbeidsmigranten**. Hoe raken arbeidsmigranten bekend met de regio voorziening? Nadruk hierbij ligt op de groep arbeidsmigranten die niet in beeld zijn. De omvang van de groep arbeidsmigranten is naar verwachting veel groter dan wat nu geschat wordt. Het is helpend als er meer zicht komt in de omvang van de groep. Er wordt een rol gezien voor de gemeenten als het gaat om in- en uitschrijving.

Samenwerking en verbinding in de regio

Huisartsengroepen in de regio kunnen voor het uitwerken van het advies samenwerking en verbinding zoeken. Het hebben van één werkwijze voor de hele regio is helpend voor patiënten. Veel huisartsengroepen hebben al een voorziening opgericht of zijn hiermee bezig. Een gezamenlijke wens is om dit

Verdieping 3 - Duidingssessie regionale huisartsenvoorziening anderstaligen



samen te brengen en hier een gezamenlijke 'paraplu' boven te hangen voor de juiste verwijzing. Er wordt duidelijke behoefte uitgesproken om samen te werken en waar mogelijk de krachten te bundelen. Voordelen die worden genoemd zijn het hebben van een uniforme werkwijze, het opbouwen van expertise, door ontwikkelen op sociaal, medisch en publiek domein en het uitwisselen van kennis (bijvoorbeeld over intercultureel werken). Een eerste stap is een overleg met de zorgverzekeraar en alle huisartsengroepen uit de regio waarin de zogenaamde 'paraplu' en de samenwerking verder wordt uitgewerkt. Voor dit overleg neemt de zorgverzekeraar het initiatief.

Toegang tot huisartsenzorg voor arbeidsmigranten

Geschreven door

Manon Leemans, Daniëlle Steenberg, Caroline Kruyt, GGD West-Brabant

Datum

Februari 2026

Vormgeving en opmaak

Buro Tweevoud, Team Communicatie GGD West-Brabant

In opdracht van

De gemeenten in de regio West-Brabant

©Copyright GGD West-Brabant, 2026

Met dank aan de begeleidingsgroep gemeenten

- Sven van den Beemt, gemeente Woensdrecht
- Jody van Eijnatten, gemeente Drimmelen
- Dimphie Meij, gemeente Oosterhout
- Marlou van der Pot-van Schendel, gemeente Steenberg

Uitgave

GGD West-Brabant, team onderzoek en team beleid

Bijzondere dank aan alle mensen die hebben meegewerkt aan dit onderzoek waaronder de mensen die wij gesproken hebben die als arbeidsmigrant werkzaam (geweest) zijn en de verschillende stakeholders en sleutelfiguren vanuit de domeinen zorg, werk en welzijn. Daarnaast bedanken we graag de collega's en stagairs die hebben bijgedragen aan de organisatie en uitvoering van het onderzoek waaronder Ohinya Wattimena, Tess Christensen en Erman Keles.

Contact

Beleid@GGDwestbrabant.nl / onderzoek@ggdwestbrabant.nl

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar worden gemaakt door middel van druk, fotokopie, geluidsband, elektronisch of op welke wijze dan ook, zonder schriftelijke toestemming van de uitgever.



Wij maken
samen
gezond
gewoon

GGD West-Brabant
088 639 2000
info@ggdwb.nl
www.ggdwb.nl



West-Brabant