

De onzichtbare prijs van goedkope arbeid

Wie vangt de
arbeidsmigrant op als het
misgaat?

18 JUNI 2025

Rosie Sikkel

Citeer dit artikel als:

Ned Tijdschr Geneeskd. 2025;169:C5840



Een zoektocht langs crisisdiensten, inloophuizen en

zorginstellingen laat zien hoe het systeem kraakt op de zwakste schakel. ‘Wij krijgen hier de hete aardappels die niemand wil oppakken.’

ARTIKEL

‘Nee, niet familie bellen’ zei mijn patiënt resoluut. Zijn gezin, dat nog in zijn land van herkomst verbleef, mocht niet weten dat hij de nacht in een isoleercel van de crisisdienst in Amsterdam had doorgebracht. Met holle ogen keek hij mij aan vanaf de plakkerige plastic mat waarop hij had geprobeerd te slapen.

Vorig jaar slachtte hij in een abattoir nog het vlees dat de Nederlanders wel wilden eten maar niet zelf wilden produceren. Het merendeel van het loon dat hij ermee verdiende, stuurde hij naar zijn vrouw en kinderen. Die geldstroom kwam tot stilstand nadat hij zijn baan verloor. Met het verliezen van zijn baan, raakte hij ook zijn woning en zorgverzekering kwijt. En langzamerhand ook het contact met zijn gezin.

Op straat kleurden zijn voetzolen zwart en hoopte het vuil zich op onder zijn nagels. In de nacht schreeuwde hij soms omdat hij angstig en wanhopig was, tot de politie hem deze keer aanhield. Nu vroeg hij me of hij niet nog een nachtje bij de crisisdienst kon blijven, maar een opname in een psychiatrische kliniek was ook goed. Die avond liep ik in de supermarkt langs het kiloknallervak en dacht aan de

arbeidsmigranten die de kipfilets in zijn plaats hadden geslacht.

Hoe langer ik als basisarts op de meldkamer van de crisisdienst in Amsterdam werkte, hoe duidelijker ik zag dat mijn patiënt niet uniek was. Op den duur kon ik de verhalen uittekenen: arbeidsmigrant raakt baan kwijt in bouw, distributiecentrum of kwekerij; verliest woning; geen sociaal vangnet, verslaafd, angstig, somber of psychotisch. Ze blijven onder de radar totdat ze overlast veroorzaken op straat en pas dan wordt duidelijk: dit is de werkelijke prijs die we betalen voor 'goedkope' arbeid door migranten.

Crisisdienst

Het schrijnende is dat kwetsbare arbeidsmigranten vaak pas in beeld komen bij de crisisdienst wanneer er sprake is van ernstig maatschappelijk verval of acuut gevaar, vertelt psychiater Eefje Suk. Zij superviseerde destijds sommige van mijn diensten op de meldkamer van spoedeisende psychiatrie in Amsterdam. In het jaar erna spreken we elkaar opnieuw voor het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.

‘Schijnbaar kunnen mensen toch lang verward zijn zonder dat anderen er last van hebben. Het sociale systeem rondom deze patiënten is vaak heel beperkt. Over het algemeen zijn het alleenstaande mannen die naar Nederland afgereisd zijn en dan is er niemand die in een vroeger stadium kan alarmeren.’

Daarom vinden de beoordelingen van de Amsterdamse crisisdienst

vooral plaats op de cellencomplexen, schat Suk in. ‘Meestal zitten ze daar voor lichte vergrijpen die ze onder invloed van alcohol of drugs hebben gepleegd. Iemand die een spiegel van een auto heeft afgetrapt bijvoorbeeld. En soms spat de psychiatrie er ook niet vanaf en gaat het hoofdzakelijk om verslavingsproblematiek. Als psychiater denk ik: daar kunnen we niet de hele kliniek mee vol leggen. Maar als mens heb ik soms wel het gevoel ze tekort te doen.’

Wanneer er een vermoeden bestaat van psychiatrische pathologie bij migranten zonder vaste woon- of verblijfplaats, kiest Suk vaak laagdrempelig voor een opname in een van de klinieken van de crisisdienst. ‘Als je ze ambulant probeert te behandelen, glippen ze snel uit je handen. Er is niet altijd sprake van acuut gevaar, maar op basis van maatschappelijke teloorgang kies ik soms toch voor een gedwongen opname. Tijdens een opname kunnen we samen met de patiënt ook makkelijker een repatriëring naar het thuisland regelen. Daar is de kans op slagen van behandeling groter dan in een land waar ze de taal niet of nauwelijks spreken, en waar geen familie is om een oogje in het zeil te houden.’

Psychotische stoornissen

Op basis van een eenmalige beoordeling is het niet altijd makkelijk om de psychiatrisch zieke populatie eruit te filteren, legt Suk uit. En dat geldt zeker als er geen familieleden of vrienden zijn om het beloop of toedracht van de klachten te duiden. Suk ziet soms dat arbeidsmigranten zodanig geïsoleerd leven dat alleen de werkgever daar zicht op heeft. ‘Ik zit nog altijd met een casus in mijn hoofd van

een psychotische man die hier op afdeling verbleef, met zijn werkgever als enige contactpersoon. Die werkgever was opvallend betrokken, maar ik heb me altijd afgevraagd wat haar belang hierbij nou was. Had ze het beste met hem voor? Of wilde ze vooral voorkomen dat er iets aangekaart zou worden?’

De arbeidsmigranten die worden behandeld bij de crisisdienst kampen met name met psychotische stoornissen, vaak in combinatie met cannabisgebruik. Dat is althans Suks inschatting, maar dat beeld is mogelijk vertekend doordat andere psychiatrische problematiek wordt gemist. ‘Misschien hebben we de depressieve stoornis onder arbeidsmigranten te weinig onderkend, doordat we het telkens heel invoelbaar vinden dat zij zich in hun situatie somber voelen of eenzaam zijn. Tegelijkertijd wil je niet alles pathologiseren en hebben ze soms meer aan ondersteuning vanuit maatschappelijke instanties, zoals AMOC.’

Inloophuis

Het is een druilige maandagochtend als de eerste migranten om negen uur voor de deur van het Amsterdamse inloophuis [AMOC](https://www.deregenboog.org/nl/locaties/amoc-west) (<https://www.deregenboog.org/nl/locaties/amoc-west>) samendrommen. Zo’n twintig doorleefde mannen van Oost- en Centraal-Europese afkomst proberen een plek dicht bij de deur te bemachtigen. Hun bezittingen dragen ze mee in plastic tassen. Ik kom voor een interview met een van de maatschappelijk werkers en ben per ongeluk achter in de wat chaotische ‘rij’ terechtgekomen. Af en toe roept iemand iets in een taal die ik niet herken.

Als programmacoördinator Michael Sprokkereef de deur opent, verstomt het geroezemoes. De wachtenden snappen: binnen geldt de regel van relatieve rust. Je bent welkom om te eten, douchen, een computer te gebruiken, een nieuwe set kleding te krijgen of te praten met een hulpverlener, maar je dient je ook te gedragen.

In de grote binnenhal nemen de Europeanen plaats aan een van de grijze kantinetafeltjes. Uit grote metalen ketels wordt koffie getapt. Maar de kalmte hier is niet altijd vanzelfsprekend, vertelt Sprokkereef. ‘De problematiek die wij op ons bord krijgen is eigenlijk te zwaar voor ons. De opkomst van bemoeizorg biedt ondersteuning, maar toch staan we vaak met lege handen bij ernstige psychiatrische problematiek. We hebben weleens mensen gehad die uit het raam probeerden te springen, maar als we dan met de crisisdienst belden verwezen ze ons naar de politie. En de politie verwees weer terug naar de crisisdienst. Maar die komt niet zonder meer als iemand zegt: ik zie het leven niet meer zitten. Ze zullen eerder zeggen: je zit in een shitsituatie, en als dat verandert heb je geen suïcidale neigingen meer, dus het is een maatschappelijk probleem.’

Sprokkereef heeft de indruk dat zorgverlenende organisaties regelmatig onverzekerde EU-burgers weren. Instanties verwijzen naar elkaar, of stellen toelatingscriteria waar Sprokkereef niet meteen aan kan voldoen. ‘Voor ons voelt het zo bureaucratisch. Veel organisaties zeggen van tevoren al: we gaan deze patiënt niet aannemen, want als we hem ontslaan belandt hij toch weer op straat. En zo krijgen wij hier de hete aardappels die niemand

eigenlijk wil oppakken.’

Wachttijd

Het regelen van maatschappelijke opvang is voor AMOC inmiddels een grote uitdaging. Voor dag- en nachtopvang geldt inmiddels een gemiddelde wachttijd van vier tot zes maanden. Daarnaast bleek uit onderzoek van de Gemeente Amsterdam, de GGD en de Regenbooggroep dat een veel grotere groep EU-burgers recht heeft op opvang dan aanvankelijk gedacht. Op basis van hun werkeloosheid werden Europese daklozen geweigerd voor maatschappelijke opvang, terwijl degenen die minder dan een half jaar geleden ontslag kregen, meer dan een jaar hebben gewerkt, of zelfs zicht hebben op werk, ook recht hebben op opvang onder de WMO. [Naar schatting](https://www.deregenboog.org/sites/default/files/2024-12/rapport-eu-burgers-drg_en_gemeente_amsterdam.pdf) (https://www.deregenboog.org/sites/default/files/2024-12/rapport-eu-burgers-drg_en_gemeente_amsterdam.pdf) gaat het in Amsterdam om 1800 tot 2400 extra dakloze EU-burgers die voor opvang in aanmerking komen.

Sprokkereef krijgt veel van de hulpbehoevenden die zich bij AMOC melden nu al niet geplaatst. ‘Het systeem zit helemaal verstopt, ook omdat de uitstroom van maatschappelijke opvang hapert, doordat er niet genoeg woningen beschikbaar zijn en ook niet genoeg woonbegeleiding. De wachtlijsten nemen toe, en in de tussentijd moet iemand het gewoon zelf uitzoeken. Die belanden uiteindelijk gewoon op straat. En nu is er dus een hele nieuwe groep die ook recht heeft op maatschappelijke opvang. Ja, hoe ga je daarmee om?

Er moet landelijk echt wat gaan gebeuren.'

Kruispost

Met het verlies van een inschrijfadres vervalt ook de zorgverzekering van arbeidsmigranten. Hoewel zorg alsnog bekostigd kan worden op basis van [de landelijke Regeling onverzekerden](https://www.hetcak.nl/onverzekerden/) (<https://www.hetcak.nl/onverzekerden/>) vanuit het CAK, ervaren hulpverleners die met onverzekerden werken dat zorginstellingen regelmatig een strikt deurbeleid hanteren. Dat merkt niet alleen Michael Sprokkereef van AMOC, maar ook Estevany Narveaz Puertas die als POH-GGZ bij de kruispost in Amsterdam werkt.

Toch maakt Puertas geen ontmoedigde indruk als ik haar spreek op de post op de wallen van Amsterdam. Als dochter van een Ecuatoriaanse arbeidsmigrante zag zij zelf hoe haar moeder soms worstelde om haar plek in Nederland te vinden. Nu verleent Puertas psychosociale zorg aan met name de Spaans- en Portugeestalige ongedocumenteerden die zich bij de kruispost melden. Zij ziet voornamelijk arbeidsmigranten uit Colombia en Brazilië, maar ook uit Spanje.

Als Puertas plaatsneemt in het kleine keukentje achter in het pand, heeft ze net zitten bellen om een aanmelding bij een verslavingszorginstelling voor een van haar patiënten te regelen. 'Je moet precies de goede woorden kiezen en de juiste aspecten belichten om de medische noodzaak duidelijk te maken. Helaas ondervinden we nog steeds veel weerstand vanuit de specialistische

ggz. Soms zien we ook dat huisartsen geen onverzekerde patiënten willen aannemen omdat de declaratie te veel administratietijd in beslag neemt. Ja, soms is het wel echt een uitdaging.'

Onmogelijke eisen

Ze wijst naar haar notitieblok waarin ze de criteria opschreef die de medewerker van de verslavingszorginstelling stelde: niet onder behandeling bij een crisisdienst, dagbesteding, perspectief op vervolgzorg, geen taalbarrière, vaste verblijfplek. Als ik zeg dat ik ervan schrik omdat het me geen realistische eisen lijken, begint Puertas te lachen. 'Lieverd, je wilt niet weten, deze lijst valt nog mee! Ik weet waar ik moet wezen en wat ik moet doen. Dan regel ik toch gewoon een dagbesteding bij een Zorgboerderij en iemand die kan tolken. Wij zeggen: kom maar hier, je hebt zorg nodig dus we gaan zorg voor je regelen!'

Plotselinge dakloosheid door tijdelijke arbeidscontracten ziet Puertas vooral bij Spaanse patiënten. Uitzendorganisaties rekruteren Spaanse jongvolwassenen om voor een minimumloon te komen werken in distributiecentra. 'Het zijn vaak relatief jonge, kwetsbare mensen die alleen naar Nederland komen en de taal niet spreken. Nadat ze hun werk en inwoning verliezen, glijden ze zonder vangnet snel af in de maatschappij'.

Ze vertelt over een van haar Spaanse patiënten die naar Nederland kwam via een uitzendorganisatie om bij een postorderbedrijf te werken. Toen zijn contract afliep en hij op straat belandde begon het

middelengebruik. Eerst alcohol en cannabis, daarna ging hij over op crystal meth. ‘Door de ontstekingen in zijn mond had hij uiteindelijk nog maar drie tanden over, maar hij wilde geen implantaat want daarvoor vond hij zichzelf te jong. Hij was nog maar dertig. Terug naar Spanje was voor hem lang geen optie, hij had daar niets. Hij was opgegroeid in een gezin met huiselijk geweld en verslavingsproblematiek, dus er was geen vangnet. Uiteindelijk is hij toch teruggegaan.’

Zorgtoeleiding

‘De stad Amsterdam heeft een magische aantrekkingskracht op veel mensen’, zegt Hendrik Boon terwijl hij een sigaret opsteekt. Zittend langs de kade aan het IJ vertelt hij over de vele jonge Europeanen die hij in de stad bekneld ziet raken tijdens hun zoektocht naar een betere toekomst. Als sociaal psychiatrisch verpleegkundige bij Arkin spreekt hij hen dagelijks, in de inloophuizen of hierachter, op het Centraal Station. Zo probeert hij de meest kwetsbaren in beeld te krijgen, en hen als het nodig is ‘toe te leiden’ naar psychiatrische zorg.

In de afgelopen jaren zag hij de daklozenpopulatie drastisch veranderen. EU-migranten vormen inmiddels de overgrote meerderheid; in Amsterdam maar liefst 80% van de mensen die op straat slapen (zie kader 1). Het valt Boon op dat het steeds vaker begin-twintigers zijn, met een belast verleden: ‘In het land van herkomst is er soms al een psychiatrische diagnose gesteld, zoals schizofrenie, een bipolaire stoornis of autisme, of er is sprake van

een licht verstandelijke beperking. Ze kampen vaak al met verslavingen, of beginnen in Amsterdam te gebruiken.'

'Van elke tien die hier komen op zoek naar werk, onderdak of geluk, zijn er drie eigenlijk te kwetsbaar', zegt Boon. 'Die redden het hier niet en zakken uiteindelijk door hun hoeven. Steeds vaker zie ik jonge jongens van nog geen 25 jaar oud. Als ze er door hun werkgever uitgeknikkerd worden, gaan ze door alcohol- of drugsgebruik compleet teloor. Ze lopen rond op blote voeten, ernstig verwaarloosd. Meestal duiken ze weg in de hoeken en gaten van de stad. Maar er zijn er ook die overlast veroorzaken door agressief bedelen of aanstootgevend gedrag.'

Ingang vinden

Zijn vaste plekken afstruinend, zoekt Boon voorzichtig contact met de meest kwetsbaren. Dat begint met een laagdrempelig gesprekje, of het aanbieden van 'een peuk' of een kopje koffie. Professioneel normaal doen, noemt Boon dat zelf. 'Het is geen kunstje, het is oprechte interesse hebben in hoe iemand erbij zit. Veel mensen willen gewoon hun verhaal doen, en vertellen over hoe waardeloos hun situatie is. Als je daarop invoegt en de tijd neemt, vind je altijd wel een ingang. Dan ben ik misschien die lul van de psychiatrie, maar ik luister wél naar ze.'

Dat psychiatrische zorginstellingen in hun aannamebeleid sociale randvoorwaarden stellen, vindt Boon begrijpelijk. Immers, zo oordeelt hij, zonder sociale inbedding kán psychiatrische zorg niet

effectief zijn. ‘Want wat ben je anders aan het doen? Je moet alle levensgebieden aanpakken. Dus als werk er niet in zit, er geen inkomen is, en iemand ook nooit ergens stabiel en duurzaam kan wonen... Dan ga je iemand eens per maand achter z’n voddën zitten om ergens een prikkie met antipsychotica in te jassen, en that’s it.’ Net als psychiater Eefje Suk benadrukt hij dat soms de beste oplossing is om iemand te repatriëren. ‘Als iemand echt niet in staat is om hier een duurzaam bestaan op te bouwen, is diegene uiteindelijk beter af in zijn land van herkomst.’

Optimistisch

Ondanks alle schrijnende verhalen die Estevany Narveaz Puertas bij de Amsterdamse kruispost ziet, blijft ze optimistisch. Het zal je verbazen hoe creatief en vol doorzettingsvermogen en daadkracht mensen kunnen zijn, benadrukt ze. ‘Ja ze zijn kwetsbaar, maar streetwise zijn ze óók. En ik ben zelf kind van een moeder die een betere toekomst kwam zoeken. Dus ik weet hoe belangrijk het is dat zorgverleners echt naar je luisteren. En ik weet dat er ook succesverhalen zijn. Mijn moeder heeft haar doel bereikt en ik heb hier een heel mooi bestaan kunnen opbouwen.’

REACTIEKADER



Reactie Arkin, Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam

Wij herkennen het machteloze gevoel dat veel hulpverleners delen in dit artikel. Zo voelen wij dat zelf ook. Voor elke medewerker van onze crisisdienst geldt dat hij of zij de beste zorg wil verlenen aan eenieder die onze zorg nodig heeft. Tegelijkertijd hebben wij te maken met allerlei regels en afspraken met bijvoorbeeld de gemeente en zorgverzekeraars. Dat zorgt ervoor dat wij soms ook lastige keuzes moeten maken wie we wel of niet in behandeling kunnen nemen en dat we in sommige gevallen ook moeten doorverwijzen naar andere hulpverleners.

Een concreet voorbeeld hiervan is dat wij bij de crisisdienst geen toestemming hebben om in geval van spoed om het drukke stadsverkeer heen te rijden via bijvoorbeeld de trambaan. We hebben geen eigen herkenbare auto's met sirenes en zwaailichten. Dat is de reden dat wij bij acute levensbedreigende situaties adviseren om eerst 112 te bellen, omdat zij simpelweg sneller ter plaatse kunnen zijn.

Je kreeg dit artikel gratis van NTVG.

Altijd toegang tot alle publicaties van het NTVG?

Abonneer vandaag nog!

- ✓ 12 weken kennismaken met het NTVG
- ✓ Online toegang tot alle artikelen
- ✓ Eén geaccrediteerde toets maken bij een nascholingsartikel
- ✓ Het tijdschrift 3 keer in de bus
- ✓ Onbeperkt luisteren naar de NTVG-podcast
- ✓ Gepersonaliseerde alerts voor artikelen en dossiers
- ✓ Antwoorden op al je vragen via de AI-toepassing 'Ask NTVG'

Neem het kennismakingsabonnement
€ 33,95 voor 12 weken!

IK WIL KENNISMAKEN



ARTIKELINFORMATIE



18 juni 2025

Citeer dit artikel als: **Ned Tijdschr Geneeskd. 2025;169:C5840**

VAKGEBIED

GGZ

Zorgorganisatie

AUTEURSINFORMATIE



Rosie Sikkel, MSc, redacteur, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Amsterdam.

Contact: R. Sikkel (r.sikkel@ntvg.nl)

Belangenverstrengeling

Belangenconflict en financiële ondersteuning: Rosie Sikkel werkte in 2024 als arts niet in opleiding tot specialist bij de crisisdienst in Amsterdam

REACTIES