



## UvA-DARE (Digital Academic Repository)

### Gezondheidszorg voor illegale vreemdelingen in Nederland

Devillé, W.L.J.M.

**Publication date**

2010

**Document Version**

Final published version

**Published in**

Het Medisch Jaar

[Link to publication](#)

**Citation for published version (APA):**

Devillé, W. L. J. M. (2010). Gezondheidszorg voor illegale vreemdelingen in Nederland. *Het Medisch Jaar, 2009/2010*, 31-36, 45-46.

**General rights**

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

**Disclaimer/Complaints regulations**

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

## INLEIDING VAN DE REDACTIE

Iedere arts legt bij het artsexamen de eed van Hippocrates af, waarbij hij belooft iedereen, zonder aanzien des persoons, geneeskundige hulp te verlenen. In de *Universele Verklaring van de Rechten van de Mens* (1948) staat dat 'ieder mens recht heeft op geneeskundige verzorging en de noodzakelijke sociale diensten, alsmede het recht op voorziening in geval van werkloosheid, ziekte, invaliditeit, overlijden van de echtgenoot, ouderdom of een ander gemis aan bestaansmiddelen, ontstaan ten gevolge van omstandigheden onafhankelijk van zijn wil'. In de westerse landen, waaronder ook Nederland, is die verzorging voor de meeste inwoners goed geregeld met een al of niet verplichte ziektekostenverzekering. Toch zijn er ook mensen voor wie de toegang tot de medische zorg niet vanzelfsprekend is omdat zij niet officieel de status van inwoner van Nederland hebben. Dat zijn onder anderen de 'illegaal' in ons land verblijvende vluchtelingen, de asielzoekers zonder verblijfsvergunning. Voor hen die tijdelijk in asielzoekerscentra (AZC) wonen, is er een basisverzekering via één zorgverzekeraar, maar deze regeling geldt niet voor vluchtelingen zonder status die niet wettelijk in Nederland verblijven. Zij zijn onder andere aangewezen op artsen en zorgverleners die hun hulp vrijwillig aanbieden. Zo kent Amsterdam de 'Kruispost' waar vluchtelingen terecht kunnen voor medische zorg. Verder is Pharos het landelijke kenniscentrum dat gespecialiseerd is op het gebied van de gezondheidsbevordering van vluchtelingen en nieuwkomers, de toegankelijkheid en de aansluiting en kwaliteit van zorg voor deze groepen en interculturalisatie van de zorg. Zij verzorgen ook trainingen voor zorgverleners. De kosten van de zorg werden tot eind 2008 voor een deel geregeld via een speciaal fonds. Vanaf 1 januari 2009 is er een wijziging in de Zorgverzekeringswet aangebracht die de terugbetaling van onkosten voor zorg aan illegalen regelt, zowel voor de eerste en tweede lijn als voor de farmaceutische kosten.

Omdat iedere arts in Nederland te maken kan krijgen met de hulpvraag

van vluchtelingen, heeft de redactie de volgende vragen aan een aantal deskundigen voorgelegd.

- 1 *Hoe groot is het probleem van de medische zorg aan illegale vluchtelingen? Om hoeveel mensen gaat het?*
- 2 *Welke rechten op medische zorg hebben illegale vluchtelingen in Nederland momenteel en wat moet er of gaat er veranderen?*
- 3 *Hoe is deze zorg in andere Europese landen geregeld?*
- 4 *Hoe is de financiering van de zorg, van medisch onderzoek en bij ziekenhuisopname geregeld?*

## § I Gezondheidszorg voor illegale vreemdelingen in Nederland

W.L.J.M. DEVILLÉ, arts-epidemioloog

'Illegalen', 'niet-gedocumenteerden' of 'sans-papiers'

Dit zijn drie synoniemen om al dan niet politiek correct mensen te omschrijven die zich in dezelfde penibele onwettige situatie bevinden. Om verschillende redenen komen buitenlanders naar Nederland om zich hier tijdelijk of blijvend te vestigen. Hun motieven zijn van sociaaleconomische, politieke of humanitaire aard. Gezinshereniging, gezinsvorming en asielaanvraag scoren het hoogst.<sup>[1]</sup> Volgens een algemene definitie is iedereen 'illegaal' die langer dan drie maanden in Nederland verblijft zonder een geldige verblijfsvergunning. Tot deze groep behoren onder meer illegale arbeidsmigranten, afgewezen asielzoekers en mensen die zich hier bij hun familie hebben gevoegd, terwijl ze geen (recht op een) verblijfsvergunning hebben.<sup>[2]</sup> Sinds de strengere Vreemdelingenwet van 2001 komen meer asielzoekers in de illegaliteit terecht. Zowel omvang als samenstelling van deze groep is onduidelijk en lastig in te schatten. In 2006 kwam een schatting op basis van een politieregistratiesysteem op

een aantal van 88.116 illegale niet-Europeanen en 40.791 Europese illegale vreemdelingen. Deze laatste groep laat een sterke daling zien, die door de recente uitbreiding van de Europese Unie nog verder zal doorzetten.<sup>[3]</sup> Uit een lopend onderzoek van het NIVEL blijkt dat 30% van de 229 responderende huisartsen ervaring heeft met illegale vreemdelingen. Gemiddeld hebben deze praktijken twaalf illegale patiënten gehad in 2007.

Sinds 2006 moet iedereen die legaal in Nederland verblijft zich verplicht verzekeren tegen ziektekosten. Door het veelal ontbreken van een adequate verzekering tegen ziektekosten bestaat er voor illegale vreemdelingen een drempel om van de reguliere gezondheidszorg gebruik te maken. Dit werd eerder al versterkt door de invoering van de zogenoemde Koppelingswet per 1 juli 1998. Was een deel van de illegalen daarvoor nog verzekerd via hun werk of uitkering, met deze wet werd die mogelijkheid afgesloten. Illegalen behouden echter wel toegang tot gezondheidszorg als ze de kosten zelf betalen of als de zorg 'medisch noodzakelijk' wordt geacht.

### Medisch noodzakelijke zorg in Nederland

In 2007 herformuleerde de Commissie Medische Zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen (de commissie-Klazinga) de definitie van medisch noodzakelijke zorg in het rapport *Arts en Vreemdeling*.<sup>[4]</sup> Naar het oordeel van de commissie moet 'medisch noodzakelijke zorg' gedefinieerd worden als 'verantwoorde en passende medische zorg': 'Deze zorg is doeltreffend en doelmatig, wordt patiëntgericht verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt...' (...) 'Zij kunnen bij zorg die uitgesteld kan worden in combinatie met de verwachting van kort verblijf in Nederland, de behandeling beperkt houden of afzien van de behandeling'. De commissie erkent verder dat indien dit laatste onduidelijk of langdurig is, de continuïteit van adequate medische zorg belangrijker is. Hoe het er in de praktijk aan toegaat, is nog onduidelijk. In een onderzoek dat we in 2008-2009 bij het NIVEL lieten uitvoeren, blijkt dat meer dan 90% van de huisartsen die ervaring hebben met het leveren van zorg aan illegale vreemdelingen deze patiënten net zo behandelt als alle andere patiënten en alleen bij uitzondering onder de bijkomende voorwaarde van contante betaling.

### Nederland in vergelijking met andere Europese landen

Gezien de heel verschillende regelingen in Europa is het lastig om de landen in categorieën onder te verdelen, waar het de toegang tot de zorg voor 'illegalen' betreft. PICUM (Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (UDM), gefinancierd door de Europese Commissie) heeft toch een onderscheid kunnen maken in vijf verschillende categorieën:<sup>[5]</sup>

- 1 Landen waar alle zorg enkel tegen betaling wordt geleverd, zoals Oostenrijk en Zweden. Voor specifieke groepen of in specifieke situaties maakt men echter een uitzondering: in Zweden worden de kosten gemaakt voor de gezondheidszorg van kinderen of afgewezen asielzoekers vergoed; in Oostenrijk is de behandeling voor infectieziekten zoals tuberculosis vrij toegankelijk.
- 2 Een tweede groep landen biedt gratis gezondheidszorg in een zeer beperkt aantal gevallen, zoals Hongarije en Duitsland. In Duitsland echter moeten overheidsambtenaren, die te maken hebben met gezondheidsdossiers van illegale vreemdelingen, deze aangeven. Dit geldt ook voor de sociale dienst.
- 3 Een derde categorie landen biedt een iets ruimere mogelijkheid tot gezondheidszorg maar de regelgeving is toch eerder restrictief, ambigu en laat veel ruimte voor onzekerheid (Verenigd Koninkrijk en Portugal).
- 4 Andere landen, zoals België en Frankrijk, hebben net als Nederland een parallel administratief en financieringssysteem opgezet, terwijl illegale vreemdelingen toegang hebben tot de reguliere gezondheidszorg.
- 5 Ten slotte bieden Italië (tot nog toe) en Spanje de ruimste toegang tot de gezondheidszorg. Zeker in Spanje is het in de geest van de wet om iedereen universele toegang te geven tot de gezondheidszorg, inclusief illegale vreemdelingen. Het onderzoek van PICUM toonde ook aan dat de uitvoering van veel regelgevingen uiteindelijk tot de bevoegdheden van lokale autoriteiten behoort. Dit leidt vaak tot grote verschillen in interpretatie en toepassingen door gebrek aan specifieke kennis van mogelijkheden en rechten van illegale vreemdelingen. Rechten worden vaak slechts gewaarborgd en beschermd op initiatief en onder druk van specifieke belangenorganisaties.

## Financiering van de zorg aan illegalen vanaf 2009

Op 22 april 2008 heeft de Tweede Kamer ingestemd met wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met de verstrekking van bijdragen aan zorgaanbieders die inkomsten mislopen ten gevolge van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan bepaalde groepen vreemdelingen en van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) met het oog op verzekering van bepaalde groepen minderjarige vreemdelingen.<sup>[6]</sup> Samengevat komt de Wetswijziging hier op neer dat er één financieringsfonds komt voor alle medisch noodzakelijke zorg aan illegalen, dat beheerd zal worden door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Uitgangspunt blijft dat de illegale patiënt zelf dient te betalen voor de aan hem/haar verleende zorg en van de zorgverlener wordt verwacht dat deze de rekening aan de patiënt voorlegt. Als de kosten niet betaald kunnen worden, wordt er onderscheid gemaakt tussen directe zorg (geen verwijzing nodig) en indirecte zorg, en ook tussen acute zorg en planbare zorg. Acute zorg kan door elke zorginstelling verleend worden, planbare zorg en farmaceutische zorg kunnen enkel door gecontracteerde instellingen en apotheken worden verleend. Verloskundige zorg en zorg door gecontracteerde instellingen worden voor 100% vergoed, de overige zorg maar voor 80%. Bij het vaststellen of het om planbare en dus uitstelbare zorg gaat, moet ook de te verwachten duur van het verblijf van de patiënt afgewogen worden.

Tot 1 januari 2009 konden artsen en hulpverleners in de eerstelijnszorg, maar ook instellingen die vanuit de AWBZ werden gefinancierd, die medisch noodzakelijke zorg hadden verleend aan illegale patiënten, een beroep doen op de Regeling Stichting Koppeling (ook wel Koppelingsfonds of Illegalenfonds genoemd) voor een financiële vergoeding.<sup>[7]</sup> Algemene ziekenhuizen en ook ambulancediensten, die onder het regime van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) vallen, konden tot 1 januari geen beroep doen op het Koppelingsfonds. Binnen het kader van de WTG-richtlijnen hadden deze instellingen de mogelijkheid om een vergoeding te krijgen voor hun onbetaalde rekeningen via de budgetpost afschrijving kosten 'dubieuze debiteuren'. Daar is dus sinds januari 2009 verandering in gekomen. (zie ook: [http://www.cvz.nl/default.asp?verwijzing=/financiering/zorg\\_aan\\_illegalen/](http://www.cvz.nl/default.asp?verwijzing=/financiering/zorg_aan_illegalen/))

## Actuele situatie

Zoals eerder werd aangegeven, kunnen illegalen dus in geval van bepaalde gezondheidsproblemen een beroep doen op de gezondheidszorg. Voor de meeste gezondheidsproblemen is de huisarts de eerst aangewezen hulpverlener. Illegalen gaan echter voor hun gezondheidsproblemen vaak rechtstreeks naar spoedeisendehulpafdelingen en passeren daarbij de huisarts.

Uit onderzoek in de vier grote steden blijkt dat er veelal sprake is van een concentratie van hulpvragen bij enkele huisartsen.<sup>[8]</sup> Een onderzoek onder landelijke (koepel)organisaties van zorgverleners en zorginstellingen heeft dit ook bevestigd.<sup>[1]</sup> Vooral huisartsen in achterstandswijken blijken verhoudingsgewijs veel contacten met illegale patiënten te hebben.<sup>[1]</sup> Dit kan leiden tot veel extra werk voor deze hulpverleners, waarvoor zij veelal geen vergoeding krijgen. Dit heeft mogelijk consequenties voor hun beleid ten aanzien van deze groep. Wat de spoedeisendehulpafdelingen van ziekenhuizen betreft, is het van belang om erachter te komen wat het huidige beleid is wanneer illegale patiënten met minder ernstige klachten bij de afdeling binnenkomen in vergelijking met het jaar 2000, zeker ook in het licht van de ingevoerde identificatieplicht. In welke mate dit beleid dan weer zijn weerslag heeft op het gebruik van huisartsenposten door deze doelgroep is helemaal onbekend.

Vrouwen zonder verblijfsvergunning weten vaak niet dat zij recht hebben op verloskundige zorg en kraamzorg, met als gevolg dat tot 60% geen kraamzorg had, 30% uit de zwangerschapscontrole verdwijnt voordat ze bevallen zijn.<sup>[2,9,10]</sup> Er zijn aanwijzingen dat ziekenhuizen steeds minder bereid zijn om in niet-levensbedreigende situaties onverzekerden te behandelen en op te nemen. Verschillende recente berichten in de media en publicaties in medische tijdschriften<sup>[8,11]</sup> lijken erop te wijzen dat het voor illegale, niet verzekerde vreemdelingen steeds moeilijker wordt om toegang te krijgen tot het ziekenhuis, zeker sinds de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet in 2006. De invoering van de nieuwe wijzigingen in de financiering met gecontracteerde zorg in de tweede lijn zou deze processen kunnen beïnvloeden. Aan de andere kant wil de illegale patiënt zelf vaak niet verwezen worden, of geen gebruik maken van de verwijzing, wat weer nadelige gevolgen kan hebben voor de gezondheidssituatie van de betrokkene. Het kan een huisarts dus veel tijd en energie kosten om een illegale patiënt te verwijzen. Bij verloskundi-

gen kunnen de mogelijke kosten van verwijzing nu leiden tot uitstelgedrag in twijfelgevallen. Tot 30% van de zwangeren kon niet doorverwezen worden naar de huisarts.<sup>[12]</sup>

Daarnaast spelen kosten een rol wanneer het gaat om het voorschrijven van medicijnen of het aanvragen van laboratoriumonderzoek. Uit onderzoek komt naar voren dat huisartsen hier verschillend mee omgaan.<sup>[13]</sup> Sommige huisartsen schrijven een recept uit op naam van een verzekerd familielid. Anderen doen dit uit principe niet en gaan ervan uit dat de patiënt de kosten zelf betaalt. Sommige huisartsen geven artsenmonsters mee. In het geval van dure medicijnen en laboratoriumonderzoek kan dit echter een knelpunt zijn. Ook voor verloskundigen spelen kosten een rol in geval van diagnostische verrichtingen (bijvoorbeeld uitgebreid bloedonderzoek) en het laten maken van een echo. Ook bij de spoedeisende hulp doen zich dergelijke problemen voor. Hierbij betreft het vooral het verlenen van noodzakelijke nazorg, zoals opname in de kliniek of het regelen van thuiszorg.

Algemeen kunnen we stellen dat de financiering van de zorg voor illegalen in de eerste lijn redelijk geregeld is in vergelijking met veel andere Europese landen. Problemen deden (of doen) zich vooral voor in de continuïteit en de verwijzing naar de tweede lijn. Als de invoering van de nieuwe wet leidt tot een behoorlijke nationale dekking van gespecialiseerde en farmaceutische zorg door het voldoende contracteren van deze zorg, dan zou een deel van deze problemen opgevangen kunnen worden.

Het is noodzakelijk dat de invoering van de nieuwe wet, de uitvoering daarvan op het terrein van de gezondheidszorg en de gevolgen voor de toegankelijkheid daarvan voor deze kwetsbare groep goed worden opgevolgd. Daarom heeft het NIVEL eind 2008-begin 2009 een meting uitgevoerd onder huisartsen, verloskundigen, huisartsenposten en spoedeisendehulpafdelingen a'vorens de wetswijziging van start ging. De resultaten zullen vóór de zomer van 2009 gepubliceerd worden.

## § 2

### Hulp aan de zieke vluchteling

P. LENS, huisarts

- 1 *Hoe groot is het probleem van de medische zorg aan illegale vluchtelingen? Om hoeveel mensen gaat het?*
- 4 *Hoe werken instellingen als de 'Kruispost', wie werken er en met welke hulpvragen komen de bezoekers?*
- 5 *Hoe is de financiering van de zorg, van medisch onderzoek en bij ziekenhuisopname geregeld?*

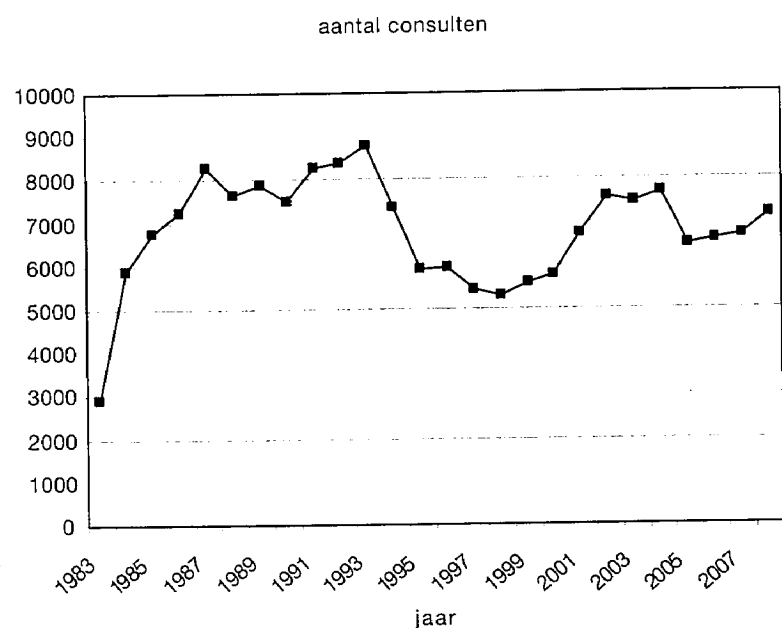
*Het is een vreemdeling zeker die verdwaald is zeker, ik zal eens even vragen naar zijn naam.*

Hij heet America en komt uit Siërra Leone. Hij heeft pijn op de borst, spierpijn, hoofdpijn, last van nachtmerries en slapeloosheid. Hij vertelt in gebrekkig Engels: 'Mijn ouders zijn vermoord en mijn dorp is platgebrand. Ik werd meegenomen door de rebelen en gedwongen zware munitie te dragen. Ik was toen 13 jaar, of zo iets, want ik weet mijn geboortjaar niet. Na twee jaar wist ik te ontsnappen, om kort daarop weer opgepakt te worden. Voor straf werd ik gemarteld. Brandend plastic werd op mijn borstkas gedrukt'. Patiënt toont de littekens, veel keloid en een tepel die verdwenen is. 'Toen ik een tweede keer wist te ontsnappen, ben ik naar mijn geboortedorp teruggegaan. Mijn broertjes en zusjes waren verdwenen. Niemand wist waar ze waren. In Siërra Leone heb ik niets meer te zoeken. In Nederland ben ik niet echt welkom.' America huilt, hij ziet geen toekomst meer. Hij zou er wel een eind aan willen maken. Afrika huilt.

Hoe het met America zal aflopen weten we nog niet. De rechter heeft gemeend dat hij wel naar het land van herkomst terug kan. Zijn advocaat is in beroep gegaan, psychiatrische hulp is vergeefs door ons gevraagd. 'We beginnen niet aan patiënten van wie de verblijfsstatus zo onzeker is', aldus de benaderde instelling. Van Siërra Leone naar de Kruispost in Amsterdam is een lange reis.

Uiteindelijk wisten vreemdelingen uit 62 landen ons in 2008 te vin-

den. Het aantal Nederlandse patiënten is dalende en bedraagt nu ongeveer 5%. Het aandeel illegale asielzoekers is 95%. De artsen handelden in 2008 7164 consulten af (figuur 2.1). Dit aantal wisselt sterk: van de start in 1983 met 2900 consulten tot een uitschieter in 1993 met 8779.



Figuur 2.1 Aantal consulten Kruispost, 1983-2008.

De Kruispost verleent medische en psychosociale hulp aan onverzekerden uit Amsterdam. Bij het sluiten van het Binnengasthuis in 1981 ontstond bij de bewoners in het centrum van Amsterdam het idee dat een eerstehulp post ter plekke wenselijk was. De communautaire gemeenschap Oudezijds 100 n:m onder leiding van de charismatische Ds. Rolf Boiten het initiatief en stichtte de Kruispost. Hij ondervond daarbij steun van de Johanniter Orde en de Malthezer Orde, twee adellijke genootschappen stammend uit de middeleeuwen. De leden leggen een gelofte af het goede te zullen nastreven. Voor zover we weten is de Kruispost de enige vrijwillige organisatie in Nederland die op grote schaal medische hulp aan vluchtelingen verleent.

Is de Kruispost een huisartsenpraktijk? Als we de aangeboden morbiditeit vergelijken met de huisartsenpraktijk, ja (tabel 2.1).

ICPC-code	omschrijving	aantal Kruispost	% Kruispost	% huisartsenpraktijk
A	niet gespecificeerd, missing	838	11,4	4,7
B	bloed en bloedvormende organen	85	1,2	0,9
D	spijsverteringsorganen	699	9,5	7,0
F	oog	184	2,5	3,0
H	oor	166	2,3	4,5
K	hart- en vaatstelsel	863	11,8	6,7
L	bewegingsapparaat	656	8,9	15,6
N	zenuwstelsel	152	2	2,9
P	psychische problemen	411	5,5	4,9
R	luchtwegen	866	11,8	12,5
S	huid	979	13,4	14,2
T	hormonen en stofwisseling	358	4,9	2,9
U	urinewegen	251	3,4	2,5
W	zwangerschap, bevalling, anticonceptie	727	10,0	7,7
X	geslachtsorganen vrouw	411	5,6	6,9
Y	geslachtsorganen man	185	2,5	2,1
Z	sociale problemen	154	2,1	1,0

Tabel 2.1 Morbiditeit Kruispost 2008 in vergelijking met doorsnee huisartsenpraktijk (Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk – NIVEL/RIVM).<sup>[14]</sup>

De frequenties van de aandoeningen verschillen: Luchtweginfecties komen meer voor, evenals huidaandoeningen en ziekten van hart- en vaatstelsel. Dit is al jaren zo. De oorzaak is onbekend. Een ander verschil met de huisartsenpraktijk is het geringe aantal jonge kinderen en bejaarden. De voorwaarden voor hen om te vluchten zijn kennelijk niet aanwezig. Veel mensen vluchten binnen de regio. Veel problemen zijn psychosociaal en hangen samen met de vlucht. Moorden, brandstichten en verkrachten zijn vaste thema's in de vluchtverhalen. Niet dat migranten hierover gemakkelijk praten. Ze zijn eerder terughoudend en schamen zich, zeker de vrouwen die verkracht zijn. Als ze zwanger zijn, vragen ze meestal een abortus. Eenmaal in Nederland is een bron van stress de onzekerheid of ze wel mogen blijven.

Mevrouw Nusaba komt uit Azerbeidzjan. Ze is 26 jaar. Via Georgië is ze in Turkije terechtgekomen, daar heeft ze de oversteek naar Europa gemaakt. Haar man was lid van een oppositiepartij, werd een paar keer gearresteerd en besloot daarna onder te duiken. Ze weet niet of hij nog in leven is. Deze informatie komen we te weten via de tolkentelefoon. Mevrouw vraagt of het mogelijk is bij het volgende gesprek een vrouwelijke tolk in te schakelen. Het lukt om dit te organiseren. In dat gesprek zegt patiënte door de politie, die nog steeds op zoek is naar haar man, driemaal verkracht te zijn. Ze wilde dit niet nog eens meemaken en besloot te vluchten. Tijdens de lange tocht naar Turkije is ze ook door de chauffeurs verkracht. Als ze niet bereid was geweest aan de wensen van deze mannen te voldoen, zou ze zijn achtergelaten. In Nederland aangekomen heeft ze asiel aangevraagd. Ze bleek zwanger te zijn; van wie was na de vele verkrachtingen niet duidelijk. Ze vraagt om een abortus. Deze is elders verricht en er is toen een IUD geplaatst. Ze komt nu op het spreekuur omdat ze vloeit. Ze heeft last van slapeloosheid en nachtmerries. Vindt zichzelf een last voor iedereen. 'Was ik maar dood.' Ze logeert bij een vriendin. 'Die wordt helemaal gek van mij, ik moet daar weg. Maar waar naartoe?'

## De problemen

Problemen die we op de Kruispost ondervinden bij het bieden van hulp:

1. De meeste patiënten zijn onverzekerd (tabel 2.2). Op de Kruispost betalen ze over het algemeen 5 euro. Dat is voor de meesten nog wel op te brengen. Mocht zelfs 5 euro te veel zijn, dan is hulp gratis. Moeilijker wordt het als patiënten naar een ziekenhuis worden verwezen. In acute situaties wordt altijd wel een ziekenhuis gevonden dat bereid is een ernstig zieke patiënt op te nemen. Sinds 1 januari 2009 is er een nieuwe financiering van deze hulp die de kosten grotendeels dekt (zie elders in dit hoofdstuk). De baten bestonden in 2008 voor 55% uit giften, subsidies (18%) en bijdragen van patiënten (27%). Dat is 5 euro per patiënt. De uitgaven bestonden in 2008 voor 55% uit salarissen voor de fulltime medisch coördinator en het maatschappelijk werk. 22% werd besteed aan patiëntenzorg en 10% aan huisvesting. Uitein-

delijk resulteert een negatief saldo. Dit wordt naar wij hopen door het Koppelingsfonds weggewerkt.

status Kruispost:

verzekerde Nederlanders	44
onverzekerde Nederlanders	286
verzekerde buitenlanders	144
onverzekerde buitenlanders	6690
<b>totaal:</b>	<b>7164</b>

Tabel 2.2 Verzekeringsstatus bezoekers Kruispost 2008.

Een patiënt afkomstig uit Iran kon, nadat hij in september 2007 door de politie is afgerammeld, zijn linkerbeen niet meer belasten. Ondanks zijn handicap ontvluchtte hij zijn land. Omdat hij onverzekerd was, durfde hij in Nederland niet naar een arts te gaan. De fysiotherapeut die hem behandelde, vertrouwde het niet en verwees hem in januari 2008 naar de Kruispost. Bij onderzoek bleek er een beenverkorting en crepiteren bij flexie van de heup. Alles wees op een collumfractuur. In het ziekenhuis werd dit bevestigd. De patiënt kreeg een nieuwe heup, kosten 15.000 euro. Er werd een afbetalingsregeling getroffen. De patiënt loopt weer.

2. De continuïteit van zorg is een groot probleem. De Kruispost is op werkdagen open van 10:00 uur tot 12:30 uur en van 19:00 uur tot 21:30 uur. Buiten die uren zijn de patiënten aangewezen op de reguliere zorg. Telkens twee artsen hebben op de Kruispost dienst. De kans om bij een vervolconsult dezelfde arts te treffen is klein, er werken immers 45 artsen bij toerbeurt. Van afspraken met patiënten voor een vervolconsult komt vaak weinig terecht. Elke patiënt heeft een dossier. Dit is niet elektronisch, om twee redenen: veel oudere artsen zijn onhandig met de computer en patiënten wantrouwen een elektronisch dossier, ook als we zeggen dat de politie van ons geen informatie krijgt. Om de zorg op elkaar af te stemmen, is afgesproken de NHG-richtlijnen te volgen.
3. Het vinden van een patiëntenkaart stelt de receptionisten soms voor grote problemen:

- De naam klopt niet door transcriptie van het Arabisch in het Nederlands.
  - De naam is bewust veranderd door de patiënt.
  - De geboortedatum klopt niet; patiënt weet de datum niet.
  - Patiënt heeft geen vast adres.
  - Patiënt is analfabeet.
4. Soms is er een taalbarrière. Met de tolktelefoon (Landelijk Tolk- en Vertaal Centrum (TVCN) tel. 074 255222) is dit bijna altijd op te lossen. Vaak komt er een familielid mee dat Nederlands spreekt, vaak een dochter. Plat Amsterdams klinkt dan vanachter een sluiër. Als de taalbarrière te groot is, proberen we met gebarentaal en lichamelijk onderzoek tot een diagnose te komen. Soms nemen we onze toevlucht tot laboratoriumonderzoek. Niet *lege artis*, maar het komt voor dat zo een thalassemie of een hepatitis wordt ontdekt.
  5. Onze patiënten hebben een groot vertrouwen in antibiotica. Het kost de nodige overtuigingskracht om uit te leggen dat deze bij virale infecties geen zin hebben. Soms wordt een ‘total body scan’ gevraagd. Dit wordt niet gehonoreerd.
  6. Patiënten met een islamitische achtergrond hebben soms een sterk schaamtegevoel. De vrouwelijke patiënt vraagt de man die haar begeleidt toestemming voor een lichamelijk onderzoek. De man wendt de blik af en gaat achter het scherm staan. Als een vrouwelijke arts aanwezig is, zal die bij voorkeur het onderzoek verrichten.
  7. Het verwijzen naar de tweede lijn is vooral bij psychiatrische problematiek moeilijk. Omdat de verblijfsstatus van de vluchteling vaak onzeker is, neemt een ggz-instelling liever geen illegale vluchtelingen in therapie. Noodgedwongen nemen artsen en maatschappelijk werk van de Kruispost deze taak dan op zich.

### Het maatschappelijk werk

Het maatschappelijk werk vormt een belangrijke steun voor patiënten op de Kruispost. Zij zijn op de hoogte van de wet- en regelgeving rond de migratieproblematiek, behartigen de belangen van de hulpvragers bij instanties en bemiddelen of verwijzen de hulpvragers door naar de juiste instantie voor onder andere werk, huisvesting of opvang als dat nodig is. Zij benaderen de advocatuur, voeren steunende gesprekken en maken de

patiënt wegwijs in de Nederlandse gezondheidszorg (zie tabel 2.3). Dit werk wordt verricht door vijf maatschappelijk werkers, 1,5 fte betaald, de rest op vrijwillige basis. De Kruispost zou zonder de grote inzet van het maatschappelijk werk niet kunnen functioneren.

### De receptionisten

De receptionisten vormen de eerste opvang van de zieke vluchteling. Ze schrijven de patiënt in en proberen hem gerust te stellen door uit te leggen dat de gegevens vertrouwelijk zijn. Na afloop van het consult nemen zij de donatie in ontvangst. De belangrijkste eigenschappen benodigd om dit werk te kunnen doen zijn compassie met de patiënten en overzicht in chaotische situaties: soms zijn de patiënten agressief door drank of drugs, of menen zij met voorrang behandeld te moeten worden. Helaas is er een tekort aan baliemedewerkers.

### De artsen op de Kruispost

Op het ogenblik werken er 45 artsen als vrijwilliger. De meesten zijn huisarts of gepensioneerd huisarts. Maar een chirurg, een psychiater, een sociaal geneeskundige, een longarts en een geriater werken er ook. De motivatie om dit werk te doen, naast een drukke baan in een ziekenhuis of een huisartsenpraktijk, wisselt. De meeste artsen zeggen dat ze het doen omdat deze speciale patiëntenpopulatie hen trekt. De 65-plussers vinden dat ze nog te jong en te vitaal zijn om ermee op te houden. Behalve de artsen die de reguliere spreekuren draaien, zijn er enkele consultatieve artsen: een dermatoloog, een chirurg en sinds kort een tandarts. Met de GG en GD, het crisiscentrum en daklozenopvang bestaat nauw contact. Voor de coördinatie van al deze werkzaamheden is een vaste arts in dienst die hier een dagtaak aan heeft.

Oud-huisartsen leveren het leeuwendeel van de zorg. Een zorgelijke ontwikkeling is de verplichte periodieke registratie als arts in het BIG-register. Deze herregistratie zal op 1 januari 2010 ingaan. Om voor registratie in aanmerking te komen, moet de arts in vijf jaar minimaal 2080 uur patiëntgebonden werkzaamheden hebben verricht. Dat komt neer op acht uur per week. De meeste gepensioneerde artsen zullen dat niet ha-



	2008	2009
aantal hulpvragers op psychosociale hulp	320	317
daarvan nieuwe aanmeldingen	258	264
aantal (directe) contacten hulpvragers met hulpverleners	1961	1669
aantal (indirecte) contacten	1404	–
aantal vrouwen	125	120
aantal mannen	195	197
<i>Contactduur</i>		
eenmalige contacten	43,75%	42%
korte begeleiding (tot drie maanden)	25,94%	32%
langdurige begeleiding (langer dan drie maanden)	30,31%	26%
<i>Hulpvraag*</i>		
lichamelijke gezondheid	54	39
maatschappelijke zorg	190	174
psychische spanning	59	72
huisvesting	3	9
inkomen	10	16
relatieproblemen	2	4
besteding	2	2
arbeid/overige		
<i>Dienstverlening**</i>		
steungesprekken, counseling	239	194
informatie- en adviesgesprekken	268	283
bemiddeling bij medische hulp	160	121
bemiddeling bij rechtshulp	114	116
bemiddeling bij remigratie	13	16
bemiddeling richting CWI, DWI, SVB e.d.	41	45
schuldsanering	59	56
hulp bij vinden van nachtopvang, huisvesting e.d.	58	65
overige (waaronder overleg ziektekostenverzekering, jeugdzorg)	47	62

\* De eerste hulpvraag wordt weergegeven, één hulpvraag per hulpvrager.

\*\* Genoteerd zijn één of meer diensten verleend per hulpvrager.

Tabel 2.3 Kruispost Maatschappelijk Werk Statistiek 2008.

len. Dat betekent dat zij bijvoorbeeld geen recepten meer mogen ondertekenen. Het ontnemen van de bevoegdheden en de titel 'arts' stuit op groot verzet bij de artsen.<sup>[15]</sup>

Voor de Kruispost betekent dit het einde.

## Nabeschouwing

Veel vluchtelingen beginnen de tocht naar Europa met het idee dat ze het hier zullen gaan maken. Soms worden aanzienlijke bedragen bijeenge spaard om een familielid in staat te stellen de reis te maken. Eenmaal in Nederland komen ze in de administratieve molen, om soms na jaren te horen dat ze terug moeten naar het land van herkomst. Ze weten de terugkeer te traineren en blijven. Dat betekent de status van illegaal, geen inkomen, geen dak boven het hoofd en een voortdurende dreiging om opgepakt te worden en alsnog uitgezet.

Zo lang de rijkdom op deze aarde zo slecht verdeeld is, zullen de vluchtelingen blijven komen en zal het werk op de Kruispost nodig blijven.

## LITERATUUR

- 1 Reijneveld S, Herten L van. Toegankelijkheid van zorg voor illegalen. Leiden: TNO, 2000.
- 2 Muijsenbergh M van den. Ziek en geen papieren. Gezondheidszorg voor mensen zonder geldige verblijfpapieren. Utrecht: Pharos, 2004.
- 3 Heijden PGM van der, Gils G van, Cruijff M, Hessen D. Een schatting van het aantal in Nederland verblijvende illegale vreemdelingen in 2005. Utrecht: IOPS-Utrecht, 2006.
- 4 Klazinga NS, Bloemen EJJM, Buuren JJM van, et al. Arts en vreemdeling. Rapport van de Commissie medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen. Utrecht: Pharos, 2007.
- 5 PICUM: Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants. Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe. Brussels: PICUM, 2007.

- 6 Tweede Kamer. Wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met de verstrekking van bijdragen aan zorgaanbieders die inkomsten derven ten gevolge van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan bepaalde groepen vreemdelingen en van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten met het oog op verzekering van bepaalde groepen minderjarige vreemdelingen. Voorstel van Wet. Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, 31 249, nr 2.
- 7 Stichting Koppeling. Koppelingswet en Stichting Koppeling. <http://www.stichting-koppeling.nl> 17-06-2008.
- 8 Kok M, Sikken F. Tweedeling op straat. Medisch contact 2006;61:843.
- 9 Kraus S. Leven zonder vangnet. De gevolgen van de Koppelingswet voor vrouwen en meisjes. Den Haag: E-Quality, 2000.
- 10 Duim O. Vrouwen zonder verblijfsvergunning en het recht op gezondheidszorg. Doctoraalscriptie Open Universiteit Nederland, 2002.
- 11 Otter JJ den, Tavenier D. Gelijke rechten op gezondheidszorg. Medisch contact 2006;61:1316-8.
- 12 Oort M van, Kulu-Glasgow I, Weide M, Bakker D de. Gezondheidsklachten van illegalen. Een landelijk onderzoek onder huisartsen en Spoedeisende Hulpafdelingen. Utrecht: NIVEL, 2001.
- 13 Burgers J, Dam J ten. Gezondheid en zorg. In: Burgers J, Engbersen G (red.), De ongekende stad: Illegale vreemdelingen in Rotterdam. Amsterdam: Boom, 1999.
- 14 Linden M van der, Schellevis F, Westert G. Morbidity in the population and in general practice. In: Westert GP, Jabaaij L, Schellevis FG, eds. Morbidity, performance and quality in primary care. Oxford: Radcliffe Publishing, 2006.
- 15 Lutke Schipholt I. De houdbaarheid van de dokter. Medisch Contact 64;9:365-7.