

Monitoring van de gezondheidstoestand van illegalen

H. Verkleij

22 juni 1999

DIA/RIVM

De Dienst Informatie en Analyse (DIA) ondersteunt de inhoudelijke informatievoorziening van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De werkzaamheden worden uitgevoerd door medewerkers van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

DIA, Ministerie VWS, Postbus 20350, 2500 EJ Den Haag
Telefoon: 070-3407100, Fax: 070-3405240, e-mail: dia@minvws.nl

Inhoud

Kernboodschap	5
1 Inleiding	7
1.1 Doel	7
1.2 Werkwijze	7
1.3 Begrippen	8
1.4 Inhoud rapportage	10
2 Aantal en sociaal-demografische kenmerken van illegalen in Nederland	11
2.1 Aantal illegalen	11
2.2 Sociaal-demografische kenmerken van illegalen	12
3 Gezondheidstoestand van illegalen	13
3.1 Inleiding	13
3.2 Tuberculose	15
3.3 Zwangerschap	17
3.4 Abortus	19
3.5 Spoedeisende gezondheidsproblemen	22
3.6 Algemene gezondheidstoestand	23
3.7 Sterfte	25
4 Monitoring: overzicht GGD-onderzoeken onverzekerden/illegalen	27
5 Monitoringstrategie	29
5.1 Inleiding	29
5.2 Criterium beleidsdoelen met betrekking tot de gezondheidszorg voor illegalen	29
5.3 Criterium omvang, ernst en specificiteit van gezondheidsproblemen onder illegalen	30
5.4 Bijkomend criterium opvullen van leemtes in kennis	32
5.5 Bijkomend criterium praktische haalbaarheid	32
6 Concrete voorstellen voor monitoring van de gezondheidstoestand van illegalen	35
6.1 Tuberculose en andere infectieziekten	35
6.2 Zwangerschap, abortus, moeder- en kindzorg en jeugdgezondheidszorg	35
6.3 Spoedeisende gezondheidsproblemen	36
6.4 Algemene gezondheidstoestand	36
6.5 Vroegtijdige sterfte	37
6.6 Omvang en samenstelling illegalen populatie	37
6.7 Inpassing in ander onderzoek	38
7 Conclusies	39
Literatuur	41
Lijst van afkortingen	44

Bijlagen

1	Plaats van de vraagstelling	45
2	Soorten kwantitatieve epidemiologische beschrijvingen	46
3	Schatting van aantal en sociaal-demografische samenstelling illegalen	47
4	Vergelijking morbiditeitspatroon van illegalen/onverzekerden en de algemene bevolking in registraties van huisartsenconsulten.	48

Kernboodschap

In dit rapport is, in opdracht van de afdeling Maatschappelijke Opvang van het Ministerie van VWS, nagegaan wat er in kwantitatieve zin bekend is over een aantal aspecten van de gezondheidstoestand van illegalen (tuberculose, zwangerschap, abortus, spoedeisende hulp, algemene gezondheidstoestand en sterfte). Daarnaast wordt beschreven welke monitoring- en onderzoeksactiviteiten ondernomen worden door de GGD-en in de vier grote steden en worden ideeën voor een monitoringstrategie ontwikkeld.

Monitoring van de gezondheidstoestand van illegalen is zeer complex. Dit komt mede door de grote onzekerheden over het aantal illegalen en hun sociaal-demografische samenstelling (*de epidemiologische noemer*) en door het grote aantal gezondheidsklachten (en zorgvoorzieningen) waarnaar gekeken kan worden (*de epidemiologische teller*).

Er blijkt dan ook weinig in kwantitatieve zin bekend over de gezondheidstoestand van illegalen. En wat bekend is blijft vaak beperkt tot een schatting van het absolute aantal gepresenteerde klachten in een aantal zorgvoorzieningen in de grote steden (met name Amsterdam) en een zeer globale indruk van het ziektepatroon en de ernst van de aandoeningen in vergelijking met de algemene bevolking. Alleen voor tuberculose (ca. 50 gevallen per jaar) en abortus (ca. 250 gevallen per jaar) is een *landelijke* schatting bekend en is een (zeer) ruwe schatting van het *relatieve risico* in vergelijking met de algemene bevolking te maken.

Om toch een beter beeld te krijgen van de gezondheidstoestand van illegalen is het voor de toekomst van meer belang om een paar gezondheidsaspecten goed te monitoren of periodiek te onderzoeken dan veel gezondheidsaspecten fragmentarisch. Nadenken over welke aspecten daarbij prioriteit verdienen, en op welke gronden, is een eerste vereiste om tot een meer succesvolle monitoringstrategie van de *gezondheidstoestand* van illegalen te komen.

Concreet wordt onder andere geadviseerd om:

1. In onderzoeksopdrachten met het oog op het verlenen van medisch noodzakelijke zorg en preventie niet alleen nadruk te leggen op het verkrijgen van inzicht in de *absolute* omvang van gezondheidsproblemen van illegalen, maar ook in de *relatieve omvang, de ernst, specifieke aard en achtergronden* van deze gezondheidsproblemen *in vergelijking met een relevante vergelijkingsgroep*.
2. Na te gaan of het mogelijk is om gedurende een bepaalde periode een *landelijke* consultregistratie in huisartspraktijken op te zetten naar de gezondheidstoestand van illegalen die de huisarts consulteren (met de mogelijkheid deze studie over een aantal jaren weer te herhalen).
3. Met de GGD-en uit de grote steden een pragmatisch traject uit te zetten voor de verbetering van de monitoring waarbij een groot accent wordt gelegd op de eigen keuzes en mogelijkheden van de GGD-en.

4. Actief belangstelling uit te spreken voor onderzoek naar de bredere sociale achtergronden van de illegalenproblematiek en er bij betrokken ministeries op aan te dringen zo goed mogelijke schattingen te verkrijgen omtrent omvang en sociaal-demografische samenstelling van de illegalen populatie in Nederland.

Tot slot past bescheidenheid. Omdat illegalen zo veel mogelijk uit de Nederlandse samenleving worden geweerd zullen zij, als zij hulp zoeken, dit zoveel mogelijk doen zonder hun illegaliteit bekend te maken. Het monitoren van de gezondheidstoestand van een dergelijke 'niet gewenste' groep kan wel verbeterd worden, maar zal daardoor altijd met veel onzekerheden omgeven blijven.

1 Inleiding

1.1 Doel

Door het Ministerie van VWS is aan de Tweede Kamer een evaluatie van de gevolgen van de Koppelingswet voor de verlening van gezondheidszorg aan illegalen toegezegd. Deze wet is bedoeld om illegalen onder andere uit te sluiten van de toegang tot de Ziekenfondswet en de AWBZ. Tevens is toegezegd een overzicht te geven van hetgeen bekend is over de gezondheidstoestand van illegalen en een visie te ontwikkelen op de monitoring van de gezondheidstoestand van illegalen. Ter onderbouwing van de laatste twee toezeggingen heeft de Afdeling Maatschappelijke Opvang van de Directie GVM van het Ministerie van VWS aan DIA verzocht een onafhankelijke rapportage te maken. De onderhavige rapportage gaat in op de volgende vragen:

1. Wat is in kwantitatieve zin bekend over de gezondheidstoestand van illegalen in Nederland? Welke (ernstige) gezondheidsproblemen komen onder illegalen voor (in vergelijking met de algemene bevolking)?
2. Welke monitoring-activiteiten voeren de GGD-en in de vier grote steden momenteel uit met betrekking tot de gezondheidstoestand van illegalen?
3. Welke mogelijkheden zijn denkbaar om de monitoring van de gezondheidstoestand van illegalen, via GGD-en of anderszins, stapsgewijs te verbeteren?

Deze notitie gaat bewust niet in op de problemen die zorgverleners ervaren bij het bieden van hulp aan illegalen. Daarvoor loopt in opdracht van VWS bij TNO-PG een apart (onderzoeks)traject (TNO98).

Om dit rapport te kunnen plaatsen in de discussies rond de illegalenproblematiek wordt in *bijlage 1* een overzicht gegeven van de vragen die gewoonlijk gesteld worden in discussies rond dit onderwerp.

1.2 Werkwijze

Om antwoord te geven op de gestelde vragen zijn relevante GGD-rapporten en andere onderzoeksrapporten over de gezondheidszorg en gezondheidstoestand van illegalen bestudeerd en is (onder andere op basis van huisartsenregistraties) de vergelijkbaarheid beoordeeld van de lokale gegevens over de gezondheidstoestand van illegalen met landelijke gegevens over de gezondheidstoestand van de algemene bevolking in Nederland. Ook is een korte zoektocht in de internationale medische literatuur (Medline) uitgevoerd.

Berekeningen zijn uitgevoerd om een schatting te maken of en in welke mate tuberculose en abortus onder illegalen meer voorkomen dan in de autochtone en allochtone bevolking. Daarnaast zijn met behulp van een aantal aannames theoretische schattingen gemaakt van het absolute aantal zwangerschappen en sterfgevallen onder illegalen.

Daarnaast is een inhoudelijke en pragmatische denklijn ontwikkeld voor een verbeteringstraject van monitoring van de gezondheidstoestand van illegalen. Daarvoor zijn ook relevante beleidsnota's over de Koppelingswet, de rapportage en onderzoeksvoorstellen van de LVGGD en TNO-PG over monitoring van de gevolgen van de invoering van de

koppelingswet en andere relevante literatuur zoals het standpunt van de Vereniging van Volksgezondheid en Wetenschap over Zorg aan Illegalen bestudeerd.

1.3 Begrippen

Gezondheidstoestand, zorgbehoefte en (geregistreerd) zorggebruik

Conceptueel is er een duidelijk onderscheid tussen gezondheidstoestand, zorgbehoefte en zorggebruik. Noodgedwongen worden gezondheidstoestand en zorgbehoefte vaak geoperationaliseerd met behulp van gegevens over in de praktijk gerealiseerd zorggebruik. Niet elk gezondheidsprobleem leidt echter tot zorgbehoefte en vervolgens tot (geregistreerd) zorggebruik (POS97). Er zijn verschillende 'filters' die er voor zorgen dat een ervaren gezondheidsprobleem in de algemene bevolking en zeker onder illegalen niet tot zorggebruik leidt. Financiële en culturele drempels voor illegalen hebben als gevolg dat het feitelijk zorggebruik niet overeenstemt - en vermoedelijk in een aantal gevallen lager is - dan de zorgbehoefte. Bovendien is het te verwachten dat het *geregistreeerde* zorggebruik van illegalen niet overeenstemt met het feitelijk zorggebruik. In de loop van dit rapport zullen diverse registratieproblemen aan de orde komen.

Kengetallen om de gezondheidstoestand van illegalen weer te geven

Om een antwoord te kunnen geven op de vraag hoe de gezondheidstoestand is van een bepaalde bevolkingsgroep, is het onvoldoende om alleen te kijken naar het absolute aantal personen uit die bevolkingsgroep met een bepaald gezondheidsprobleem (bijvoorbeeld tuberculose). Voor sommige doeleinden - zoals een globale inschatting van de daarmee gepaard gaande kosten - is het wellicht voldoende. De gezondheidstoestand van een bevolkingsgroep, in dit geval illegalen, komt echter pas in perspectief te staan als vergeleken wordt met een andere groep, dus op het moment dat de vraag gesteld wordt of het gezondheidsprobleem in die bevolkingsgroep vaker of minder vaak voorkomt dan in een andere bevolkingsgroep.

Om na te gaan of bepaalde gezondheidsproblemen disproportioneel voorkomen onder illegalen in Nederland zijn epidemiologische kengetallen zoals prevalentie- en incidentiecijfers nodig, dat wil zeggen gegevens over het aantal illegalen met gezondheidsklachten (*de epidemiologische teller*) gedeeld door de omvang van deze bevolkingsgroep (*de epidemiologische noemer*) in vergelijking met de verhouding onder de algemene bevolking. In het rapport zal duidelijk worden dat er zowel aanzienlijke problemen zijn in de epidemiologische teller, de epidemiologische noemer als in de vergelijking met de algemene bevolking. In principe zou een steekproefonderzoek onder illegalen ook kunnen volstaan, maar het samenstellen van een steekproef van illegalen lijkt in de praktijk niet haalbaar.

In *bijlage 2* worden negen epidemiologische maten genoemd, waarmee de gezondheidsproblematiek onder illegalen kan worden weergegeven, en die ter onderbouwing successievelijk steeds meer informatie vergen. In de onderzochte literatuur komt men over het algemeen niet verder dan de eerste vijf daarvan.

Vaststelling van illegaliteit

Illegaliteit, ofwel onrechtmatig verblijf, is een gecompliceerd begrip dat bovendien verandert als gevolg van wijzigingen in de Vreemdelingenwet. Zorgverleners hoeven in het kader van de behandeling de juridische (il)legale status van hulpvragers niet vast te stellen.

In (registratie-)onderzoek in de gezondheidszorg wordt eerder het onverzekerd zijn dan de (il)legale aanwezigheid in Nederland vastgelegd. In het geval dat dit laatste wel gebeurt wordt de vaststelling (en daarmee de operationele definitie) overgelaten aan de zorgverleners, zodat er geen garantie voor uniformiteit en vergelijkbaarheid is. Het kan dus voorkomen dat de vaststelling van de (il)legale status niet klopt en dat iemand waarvan vermoed wordt dat deze illegaal is in feite wel een rechtmatige verblijfsstatus heeft en omgekeerd.

Keuze van vergelijkingsgroepen

Bij onderzoek onder illegalen stelt zich de vraag naar de gewenste vergelijkingsgroep. Zijn dat de inwoners van het land van herkomst, de in Nederland legaal verblijvende allochtonen, en/of de autochtone bevolking? Al de genoemde vergelijkingsgroepen zijn in principe denkbaar en zinvol, afhankelijk van de precieze onderzoeksvraag.

In de praktijk van de rapportages over de gezondheidstoestand van illegalen worden soms vergelijkingen tussen gezondheidsproblemen *binnen* de groep van illegalen zelf gemaakt en daarnaast (heel) soms met de totale Nederlandse bevolking.

Hoewel weinig bekend is over de samenstelling naar leeftijd en geslacht en andere sociaal-demografische kenmerken van de illegalen populatie, is het aannemelijk dat deze aanzienlijk zal verschillen van de algemene bevolking. Omdat ook gezondheidsproblemen verschillen tussen jongeren en ouderen en tussen mannen en vrouwen, moet hiermee bij de vergelijking van de gezondheidstoestand van bevolkingsgroepen rekening gehouden worden, bijvoorbeeld door de vergelijking te beperken tot de relevante geslachts- en leeftijdsgroep of door middel van de een of andere standaardisatiemethode. Bij de beoordeling van de abortusproblematiek onder illegalen zal blijken hoe belangrijk dit is en hoe de problematiek gemakkelijk onder- of overschat kan worden als hier geen rekening mee gehouden wordt.

Ook de constatering in diverse rapporten dat illegalen relatief jong zijn en (dus) weinig gezondheidsproblemen kennen, kan gemakkelijk verkeerd geïnterpreteerd worden. Er wordt dan vaak alleen gedoeld op de *absolute* omvang van de gezondheidsproblemen of op het aandeel in het totale aantal gezondheidsproblemen in Nederland. Dat geeft echter geen uitsluitsel op de vraag of de gezondheidstoestand van deze jonge illegalen *relatief* beter is dan van hun legale leeftijdgenoten in Nederland. Soms wordt dit laatste expliciet gesuggereerd op grond van de aanname dat vooral *gezonde* jongeren uit hun land van *herkomst* illegaal naar Nederland proberen te komen, terwijl a) die aanname niet goed onderzocht is en gemakkelijk foutief kan zijn en b) dat nog niets zegt of hun gezondheidstoestand dan ook daadwerkelijk beter is dan die van jongeren in het '*gastland*'.

1.4 Inhoud rapportage

Deze rapportage gaat achtereenvolgens in op:

- Schattingen van het aantal illegalen in Nederland en hun sociaal-demografische samenstelling;
- Een beschrijving van een aantal aspecten van de gezondheidstoestand van illegalen op geleide van beschikbare registraties en onderzoeken;
- Monitoring- en onderzoeksactiviteiten van GGD-en;
- Een voorstel op hoofdlijnen voor een denkbare inhoudelijke monitoringstrategie.

2 Aantal en sociaal-demografische kenmerken van illegalen in Nederland

2.1 Aantal illegalen

De wat oudere schattingen omtrent het aantal illegalen in Nederland variëren tussen de 50.000 en 200.000. Dit is 0,33-1,33% van de Nederlandse samenleving. De meeste illegalen leven in de grote steden. In Amsterdam wonen volgens die schattingen tussen de 20.000 en 40.000 illegalen, in Rotterdam circa 30.000. Bij benadering is dit zo'n 5% van het aantal inwoners in deze steden (EPE97). In Den Haag wordt het aantal geschat op 20.000, circa 4,5% van de plaatselijke bevolking (MOU98). In de stad Utrecht wordt het aantal illegalen geschat op 1.500. Dit komt neer op 0,6% van het aantal inwoners (EPE97).

Dit zijn zeer grove schattingen die onderling moeilijk te vergelijken zijn door de verschillen in schattingsmethoden en doordat in de onderzochte literatuur vaak uit de tweede of derde hand wordt geciteerd. Als de vier schattingen bij elkaar opgeteld worden, verblijven er circa 71.500 - 91.500 illegalen in de vier grote steden tezamen. Afhankelijk van de gekozen schatting van het totaal aantal illegalen in Nederland (50.000 - 200.000) verblijven dus álle illegalen in Nederland in de grote steden of minder dan de helft (91.500 gedeeld door 200.000).

Een recent en systematisch onderzoek om tot een gefundeerde en herhaalbare schatting te komen van het aantal illegalen in de vier grote steden is het onderzoek van van der Leun et al (LEU98). Zij hebben de dossiers van alle 6.000 migranten die in 1995 in de vier grote steden door de politie en vreemdelingendienst aangehouden zijn en die op het moment van aanhouding niet beschikten over een geldige verblijfsvergunning onderzocht. De redenen voor aanhouding waren verschillend en liepen uiteen van concrete verdenking van criminaliteit, illegaal werk en zwartrijden tot aanhoudingen tijdens verkeerscontroles.

Via een pakkansschatting (uitgaande van verschillende pakkansen voor verschillende subgroepen) is een schatting van de omvang van de totale groep illegalen gemaakt. Op grond van hun onderzoek komen zij tot een totaal aantal illegalen in de vier grote steden in 1995 van 40.000 personen (18.000 in Amsterdam, 11.000 in Rotterdam, 8.400 in Den Haag en 2.600 in Utrecht), wat overeenkomt met 7% van de migrantenpopulatie in de vier grote steden.

Dit is duidelijk lager dan de eerdere, bovengenoemde schattingen. Zelf verklaren de auteurs dit doordat het onderzoek betrekking heeft op illegalen die in principe het hele jaar aan te houden zijn en die zich op grond van hun gedrag blootstellen aan aanhouding. Daarmee zijn bepaalde groepen illegalen uitgesloten en wordt verklaard dat de schatting van het aantal illegale vrouwen, jongeren en ouderen laag is. Ook werd de keuze gemaakt Oost-Europeanen en West-Europeanen buiten beschouwing te laten. Op basis van het onderzoek van van der Leun et al is geen schatting mogelijk van het totaal aantal illegalen in heel Nederland. In kranten interviews noemen de auteurs een huidig aantal van 100.000 in Nederland aanwezige illegalen mogelijk (MUL99).

In de berekeningen die door ons gemaakt zijn is steeds uitgegaan van de nieuw schatting van 40.000 - 100.000 illegalen, tenzij uitdrukkelijk anders vermeld.

2.2 Sociaal-demografische kenmerken van illegalen

Voor het bepalen van de *relatieve* omvang van gezondheidsproblemen in een bevolkingsgroep zijn ook gegevens over de sociaal-demografische samenstelling van die bevolkingsgroep noodzakelijk, minimaal naar leeftijd en geslacht, en liefst ook naar land van herkomst.

Het hoeft geen betoog dat deze gegevens in nog mindere mate beschikbaar zijn dan die over de omvang van de bevolkingsgroep. Diverse auteurs zijn het erover eens dat het merendeels mannen in de jongere leeftijdsgroepen betreft. Voor zo ver ons bekend geven alleen van der Leun et al. (LEU98) naast een beschrijving in algemene termen ook een kwantitatieve tabel van de sociaal-demografische samenstelling van de groep illegalen (*zie bijlage 3*).

Op grond van die tabel valt te berekenen dat naar hun schatting in de vier grote steden 75% tot 85% van de illegalen mannen zijn (en dus maar 15 tot 25% vrouwen), bijna 70% tussen de 20 en 40 jaar is, en dat 30% uit Turkije, 15% uit Noord-Afrika en 20% uit Suriname afkomstig is.

3 Gezondheidstoestand van illegalen

3.1 Inleiding

In 1995 rapporteerde de Nationale Raad voor de Volksgezondheid dat de feitelijke gezondheidssituatie van illegale vreemdelingen voor een groot deel onbekend is. Op een enkel oriënterend onderzoek naar de leefsituatie van illegalen na, kan alleen maar afgegaan worden op wat zich bij de gezondheidszorg aandient (NRV95). Sindsdien zijn er enkele nieuwe onderzoeken verricht, die echter ook gebaseerd zijn op illegalen die hulp zoeken bij de zorgverlening.

In het kader van de VTV-97 is op basis van kwalitatief literatuur-onderzoek een samenvatting gemaakt van wat min of meer de 'common wisdom' is over de gezondheidstoestand van illegalen, namelijk dat de gezondheidsklachten vooral infectieziekten en psychische problemen betreffen. De meest genoemde lichamelijke klachten zijn SOA, TBC, aandoeningen van de ademhalingswegen, huidziekten en letsel na ongevallen. De belangrijkste psychische klacht is decompensatie. Daarnaast maken de auteurs melding van angsten, slapeloosheid, nervositeit en verslavingsproblemen. De gepresenteerde ziekteproblemen zijn bovendien van acute, of hetzij van psychosomatische aard. De problemen zijn vaak ernstiger dan bij andere patiënten (BRO97). Kwantitatieve gegevens worden echter niet gemeld.

Een korte zoektocht door de internationale medische literatuur via Medline over de periode 1991-1999 met als trefwoorden 'illegal immigrants' leverde niet meer dan 18 buitenlandse artikelen over de gezondheid(szorg) met betrekking tot illegalen op. Daarvan gingen er vijf over tuberculose, drie over toegankelijkheid van zorg, twee over malaria, en steeds één over de volgende onderwerpen: babysterfte, sterfte door treinongevallen, spoedeisende hulp, HIV/Aids, infectieziekten, geestelijke gezondheid en onderzoek.

In overleg met de afdeling Maatschappelijke Opvang van het Ministerie van VWS is besloten in recent Nederlands onderzoek na te gaan wat er in kwantitatieve zin in (zorg)registraties bekend is over het (relatieve) voorkomen van tuberculose, zwangerschap, abortus, acute gezondheidsproblemen, algemene gezondheidstoestand (huisartsengegevens) en sterfte onder illegalen in Nederland. Bij deze keuze zijn vier criteria gehanteerd:

1. het erkende of mogelijke belang van de gezondheidsproblemen vanuit het perspectief van geboorte en levensbedreiging (tuberculose, zwangerschap, abortus, acute gezondheidsproblemen, sterfte);
2. het belang van de volksgezondheid (tuberculose);
3. de rol van de huisarts als poortwachter in de gezondheidszorg (algemene gezondheidsproblemen);
4. de aanwezigheid van gegevens (tuberculose, abortus en in zekere zin algemene gezondheidstoestand).

Schattingen van het aantal illegalen lopen, zoals hierboven gezien, een factor vier uiteen. Alleen al daardoor zullen schattingen van de relatieve omvang van gezondheidsproblemen onder illegalen een factor vier verschillen. Onduidelijkheid over de leeftijd- en geslachtssamenstelling voegt daar nog een extra onzekerheid aan toe.

Om toch tot een vergelijking te komen kan men het relatieve aandeel van illegalen in het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen vergelijken met het relatieve aandeel van illegalen in de bevolking (0,25% - 0,66%), waarbij is uitgegaan van respectievelijk 40.000 en 100.000 illegalen in Nederland. Als er een groot verschil is tussen deze twee cijfers duidt dit op een relatief hoger of lager zorggebruik onder illegalen. Vanwege de genoemde 'filters' die er liggen tussen zorgbehoefte en (geregistreerd) zorggebruik kan dit hooguit een zeer grove indicatie geven over verschillen in gezondheidstoestand.

3.2 Tuberculose

Gegevensbron

Sinds 1982 is tuberculose een aangifteplichtige B-ziekte welke door de behandelend arts binnen 24 uur aan de GGD gemeld moet worden. De GGD geeft de aangifte door aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De GGD-en verzamelen van ieder tuberculosepatiënt gegevens over achtergrondskenmerken, diagnose, behandeling en begeleiding. De gegevens komen tezamen in het Nederlands Tuberculose Register waarvan de Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot Bestrijding der Tuberculose de houder is.

Er wordt bijgehouden tot welke risicogroep de tuberculose-patiënten behoren: asielzoekers, illegalen, immigranten, gedetineerden, verslaafden, dak- en thuislozen, zeevarenden en/of aidspatiënten. De aangifteplichtige registratie van de incidentie van tuberculose in Nederland wordt zeer betrouwbaar geacht (VEE97b).

Gegevens

De Nota infectieziektenbestrijding beschrijft dat het aantal jaarlijks gemelde tuberculose patiënten zich gestabiliseerd heeft rond de 1.500. Daarvan zijn ongeveer 400 patiënten duidelijk besmettelijk of besmettelijk geweest ('open tuberculose') (VWS97a). Daarnaast waren nog ruim 400 patiënten in beperkte mate besmettelijk (geweest) (KNC99).

Jaarlijks wordt bij circa 50 illegalen tuberculose vastgesteld (VEE97a). Op een totaal aantal van 1.500 is dit 3%. Aannemend dat illegale tuberculose patiënten minder in contact komen met de zorg dan andere bevolkingsgroepen en er meer illegalen niet als illegaal worden herkend dan andersom is dit vermoedelijk een onderschatting. Een nog niet gepubliceerd valideringsonderzoek onder 38 GGD-en over de jaren 1996-1997 schat het aandeel van illegalen onder tuberculosepatiënten op 4% (*persoonlijke mededeling J. Broekmans, KNCV*).

De door ons samengestelde *tabel 3.1* geeft op basis van de beschikbare gegevens een grove schatting van de vastgestelde incidentie van tuberculose onder illegalen, autochtonen en allochtonen.

Tabel 3.1: Grove schatting van de vastgestelde incidentie van tuberculose onder illegalen, autochtonen en allochtonen

	Illegalen	Autochtonen	Allochtonen
Aantal tuberculose patiënten in 1994 ^a	45 ^b	865	820 ^c
Omvang bevolkingsgroep	40.000-100.000	14 miljoen	1,4 miljoen ^d
Incidentie van tuberculose per 1.000 personen	0,45-1,12	0,06	0,58

a. Bron: Nederlands Tuberculose Register (VEE97ab).

b. Op een totaal aantal van 1.730 geregistreerde tuberculosepatiënten in 1994 is het aandeel van illegalen 2,6%.

- c. Schatting op basis van het gegeven dat het aandeel van Nederlanders en niet-Nederlanders beide 50% bedraagt en het totaal aantal geregistreerde gevallen in 1994 van longtuberculose 1216 en van tuberculose elders in het lichaam 514 bedroeg (excl. dubbeltellingen). De tuberculose-registratie maakt een onderscheid tussen Nederlanders en niet-Nederlanders, en niet tussen autochtonen en allochtonen (VEE97a).
- d. Beperkte definitie van allochtonen, incl. rijke landen per 1 januari 1992. Bron: CBS (BEE95).

Op basis hiervan is vast te stellen dat de vastgestelde tuberculose incidentie onder illegalen verhoogd is ten opzichte van de autochtone bevolking (relatief risico ligt met een grote onzekerheidsmarge tussen 7 en 19). Indien het aantal illegalen geschat wordt op 50.000 - 200.000 ligt dit relatieve risico lager, namelijk tussen 4 en 16. Of de incidentie onder illegalen verhoogd is ten opzichte van de allochtone bevolking is moeilijker te zeggen, allereerst omdat de onzekerheidsmarge rond de tuberculose-incidentie onder illegalen overlapt met de incidentie onder allochtonen, en op de tweede plaats omdat een groot deel van de allochtone tuberculosepatiënten afkomstig is uit de groep asielzoekers die allen bij aankomst in Nederland op tuberculose onderzocht worden. Een lagere incidentie lijkt echter onwaarschijnlijk. Zeker is dat het aandeel van besmettelijke longtuberculose (direct positief sputum) onder illegalen hoger is dan onder de algemene bevolking, namelijk 49% versus 24% in 1997 (KNC99).

Het aantal nieuwe gevallen van tuberculose is sinds de jaren vijftig eerst zeer sterk gedaald. In 1950 waren er nog 15.000 nieuwe gevallen van tuberculose, in 1967 nog 2.400 en in 1987 nog maar 1.100. In de periode 1987-1994 is de incidentie van het aantal nieuwe gevallen weer toegenomen, namelijk met 50% tot circa 1.700. Na 1995 daalt de incidentie weer. In 1997 zijn 1.500 gevallen geregistreerd (KNC99).

Het aantal Nederlanders met tuberculose blijkt vrijwel continu te dalen, terwijl het aantal niet-Nederlanders met tuberculose sinds 1988 sterk is gestegen, zodanig dat het aantal tuberculosepatiënten onder Nederlanders en niet-Nederlanders in 1994 ongeveer gelijk lag. In 1997 was het aandeel van niet-Nederlandse tuberculosepatiënten nog verder, namelijk tot 56%, gestegen (KNC99).

Het genezingspercentage onder illegalen is 64%. Dit is vergelijkbaar met drugsverslaafden en dak- en thuislozen, maar lager dan onder asielzoekers en immigranten (83%) (VEE97a).

Conclusie met betrekking tot tuberculose

Jaarlijks wordt bij circa 50 illegalen tuberculose vastgesteld. Naar schatting maken illegalen tussen 2,6% en 4% uit van het totaal aantal tuberculose patiënten. Op basis van de beschikbare gegevens kan geschat worden dat de vastgestelde tuberculose-incidentie onder illegalen een factor 7-19 verhoogd is ten opzichte van de autochtone bevolking in Nederland.

Er is bij ons weten geen enkele andere aandoening in Nederland, waarbij zo systematisch als in de tuberculose-registratie gebeurt, *landelijk* wordt bijgehouden of patiënten illegaal in Nederland verblijven.

3.3 Zwangerschap

Gegevensbron

Alleen in de rapporten over het Amsterdamse monitoringproject onverzekerden (en de Utrechtse GG&GD enquête zijn gegevens te vinden die enig inzicht in het aantal zwangerschappen (inclusief complicaties) onder illegale vrouwen geven.

Gegevens

In Utrecht werkten in 1996 28 verloskundigen in 6 groepspraktijken. Door deze 28 verloskundigen werden in 1996 13 tot maximaal 16 zwangere illegale vrouwen begeleid. Op een totaal aantal van 2.635 cliënten komt dit neer op een aandeel van 0,5-0,6%. In de stad Utrecht wordt door de huisartsen in principe geen verloskundige zorg meer verleend. Op een enkele uitzondering na zagen de verloskundigen geen specifieke problemen bij illegale vrouwen en hun pasgeborenen (EPE97).

In Amsterdam werden in 1996 in drie verloskundige praktijken 89 onverzekerde cliënten begeleid waarvan 83% illegaal was. Bij 38% van deze cliënten waren er - niet nader genoemde - complicaties. Bij 3 patiënten was er sprake van een spontane abortus. Bij 30% van de cliënten is het contact vóór de bevalling afgebroken en heeft de verloskundige de bevalling niet begeleid (ERK98). In 1997 deed nog maar één verloskundige praktijk aan het registratieproject mee. Deze registreerde 5 illegale cliënten (ERK99). Generalisaties naar de totale Amsterdamse situatie worden in de rapportages niet gemaakt en lijken ook niet verantwoord.

Gesteld dat illegale vrouwen een zelfde vruchtbaarheidscijfer hebben als Nederlandse vrouwen en het aantal illegale vrouwen in Nederland ongeveer 10.000 bedraagt, namelijk een kwart van de 40.000 illegalen in Nederland (*zie bijlage 3*) (LEU98), dan worden er jaarlijks 500 'illegale' baby's in Nederland geboren. Is het aantal illegalen in Nederland niet 40.000 maar 100.000, dan bedraagt de schatting 1.250 geboorten. Voor de berekening zie *tabel 3.2*.

Tabel 3.2: Grove schatting van het aantal geboorten onder illegale vrouwen in Nederland

	Schatting aantal illegale vrouwen in Nederland ^a	Vruchtbaarheidscijfer per 1.000 vrouwen in Nederland in 1997 ^b	Schatting absoluut aantal geboorten onder illegale vrouwen
15- 20 jaar	1.250	4	5
21-30 jaar	4.000	65	260
31-40 jaar	2.750	85	232
41-50 jaar	1.400	4	5
<i>Totaal</i>	<i>9.400</i>		<i>502</i>

a. Bron: LEU98. Onder de aanname dat de leeftijdsverdeling onder vrouwen en mannen gelijk is en dat het totaal aantal vrouwen onder illegalen 25% is. Er is bovendien van de vermoedelijk onjuiste veronderstelling

uitgegaan dat alle illegale vrouwen onder de 20 jaar uit het onderzoek van van der Leun tussen de 15 en 20 jaar oud zijn. Zie ook *bijlage 3*.

- b. Bron: CBS99. Het CBS geeft vruchtbaarheidscijfers in vijfjaars leeftijdsklassen. Om tot tienjaars leeftijdsklassen te komen is het gemiddelde genomen van twee vijfjaars leeftijdsklassen.

Conclusie met betrekking tot zwangerschap

Op basis van de twee genoemde onderzoeken zijn geen verantwoorde kwantitatieve uitspraken mogelijk over het percentage, het totaal aantal zwangerschappen en complicaties tijdens de zwangerschap onder illegale vrouwen in Nederland.

Een eerste, zeer grove en theoretische schatting van het jaarlijkse aantal geboorten onder illegale vrouwen komt uit op een aantal dat ligt tussen 500 en 1.250.

3.4 Abortus

Gegevensbron

De Landelijke Abortusregistratie registreert circa 80% van alle in Nederland uitgevoerde zwangerschapsonderbrekingen (anno 1991). De registratie bevat gegevens van 16 abortusklinieken en 75 ziekenhuizen (anno 1991) (IGZ98).

Om leemtes in de kennis op te vullen is op verzoek van het Ministerie van VWS door het NISSO het onderzoek 'Abortus in Multicultureel Nederland' uitgevoerd. De opzet van het onderzoek was als volgt: de abortusklinieken is verzocht om van medio mei tot en met september 1997 op een apart formulier een aantal gegevens vast te leggen bij abortuscliënten uit de categorie 'overige landen'. Van de 17 abortusklinieken deden er 15 mee aan het onderzoek. Er zijn over 576 cliënten formulieren ontvangen. Dit is door de onderzoekers als een voldoende representatieve steekproef beschouwd (MOU98).

Gegevens

In Nederland werden in 1997 ruim 22.000 geregistreerde abortusingrepen uitgevoerd bij in Nederland wonende vrouwen (inclusief vrijwillige opgaven van overtijdbehandelingen) (IGZ98). In het begin van de jaren negentig was ruim 40% van deze vrouwen allochtoon (volgens de brede definitie). Het abortuscijfer van in Nederland woonachtige vrouwen die afkomstig zijn uit Marokko, Turkije, Suriname of de Nederlandse Antillen is 4 tot 10 maal zo hoog als dat van autochtone Nederlandse vrouwen (MOU98).

Daarnaast werden in 1997 5.800 geregistreerde abortusingrepen uitgevoerd bij niet in Nederland woonachtige vrouwen. Daarvan kwamen er 2.400 uit Duitsland, 1.800 uit België en Luxemburg en bijna 2.600 uit 'overige landen' (IGZ98). Van de vrouwen uit de categorie 'overige landen' blijken er circa 250 (10%) illegaal in Nederland te zijn (MOU98). Uit te rekenen valt dat dit circa 1% van alle in Nederland 'woonachtige' abortuscliënten is.

Op basis van de beschikbare gegevens hebben wij in onderstaande *tabel 3.3* een grove schatting gemaakt van het voorkomen van abortus onder illegalen, autochtonen en allochtonen.

Tabel 3.3: Grove schatting van de kans op abortus onder illegalen, autochtonen en allochtonen.

	Illegalen	Autochtonen	Allochtonen
Aantal abortuscliënten	250 ^a	13.200	8.800 ^b
Omvang bevolkingsgroep (vrouwen 20-45 jaar)	8.000-20.000 ^c	2,5 miljoen	0,4 miljoen ^d
Aantal abortuscliënten per 1.000 vrouwen 20-45 jaar	12-31	5	22

Bronnen: Landelijke Abortus Registratie (IGZ98); Abortus in multicultureel Nederland (MOU98)

a. circa 10% van 2.500 abortuscliënten uit de categorie 'overige landen'.

b. aantal abortussen onder in Nederland woonachtige allochtonen.

- c. bron: LEU98. Onder de aanname dat de leeftijdsverdeling onder vrouwen en mannen gelijk is en dat het totaal aantal vrouwen onder illegalen 25% is. Het totaal aantal illegalen is geschat op 40.000 - 100.000.
- d. beperkte definitie van alloctonen, incl. rijke landen per 1 januari 1997. Bron. CBS98, p.72.

Het aantal abortuscliënten bedraagt volgens onze berekening op basis van de beschikbare gegevens 12-31 per 1.000 illegale vrouwen. Hierbij is uitgegaan van 8.000 - 20.000 illegale vrouwen in de leeftijd van 20-45 jaar. Als het aantal in Nederland aanwezige illegale vrouwen dubbel zo hoog zou zijn, dus 16.000 - 40.000, dan bedraagt het aantal abortuscliënten per 1.000 illegale vrouwen de helft minder, namelijk 6-15.

Deze getallen lijken een aanwijzing dat het aantal abortussen onder illegale vrouwen hoger ligt dan onder autochtone vrouwen. Vanwege de grote onzekerheidsmarges kan niet geconcludeerd worden of het aantal abortussen onder illegale vrouwen hoger of lager is dan dat van allochtone vrouwen.

De onzekerheidsmarges van de *leeftijdspecifieke* abortuskansen onder illegalen zijn nog groter. Het lijkt zinvol om de vergelijking te beperken tot alleen de leeftijdsgroep van 20-29 jarigen. Het is de NISSO-onderzoekers immers opgevallen dat het merendeel (ruim driekwart) van de abortuscliënten die illegaal in Nederland verblijven tussen de 20 en 29 jaar oud is. Bij de totale groep van abortuscliënten is dit percentage veel lager, namelijk circa. 25% (MOU98).

Gesteld dat er circa 200 abortussen onder illegale vrouwen in de leeftijd van 20-29 jaar plaatsvinden en er circa 4.000 illegale vrouwen in die leeftijdsgroep in Nederland aanwezig zijn (een eerste schatting op grond van de gegevens van van Leun et al (LEU98), onder de aanname dat de man/vrouw verhouding in alle leeftijdsgroepen gelijk is), dan is het relatieve risico op abortus onder deze groep ongeveer 50 (wat in dat geval hoger is dan onder allochtone vrouwen).

Om te illustreren dat een dieptestudie extra informatie oplevert die het probleem in perspectief kan zetten worden hieronder nog enige andere resultaten uit het NISSO-onderzoek vermeld. De abortuscliënten in het NISSO-onderzoek zijn afkomstig uit 93 landen. Onder de Chinese groep abortuscliënten komt een relatief hoog percentage illegale vrouwen voor, onder de vrouwen uit het Midden- en Verre-Oosten echter nauwelijks (MOU98).

Verder valt het hoge percentage ongehuwden in de groep illegale abortuscliënten op, bijna vier vijfde. Een en ander betekent dat het bij deze abortuscliënten vooral gaat om ongehuwde vrouwen tussen de 20 en 29 jaar. Ruim de helft heeft nog geen kind(eren). De meeste vrouwen uit de groep illegalen wonen in Zuid- en Noord-Holland. Zij bezoeken ook vooral klinieken in deze provincies. Bijna 60% van de abortuscliënten uit deze groep woont zelfstandig, hetzij met partner hetzij alleen (MOU98).

Met name onder de illegaal in Nederland verblijvende vrouwen bevinden zich vrouwen die zonder verwijzing naar een abortuskliniek zijn gegaan (bijna drie op de tien) tegen twee op de tien uit de totale groep 'overige landen' en slechts een op de veertig abortuscliënten uit asielzoekerscentra. Opvallend is dat slechts twee derde van hen zegt voldoende sociale steun uit de eigen sociale omgeving ervaren te hebben. In 14,5% van de gevallen vindt de behandeling plaats binnen de vijf dagen wachttijd (versus 8,2% in de totale

groep). De vrouwen uit deze groep maken in het halfjaar voor de abortus relatief vaak gebruik van een condoom: ruim een derde, versus iets meer dan een vijfde die de pil gebruikte. Op al deze drie punten is de situatie van de illegale vrouwen volgens de onderzoekers het meest ongunstig (MOU98).

Ook uit het Amsterdamse ‘GGD-monitoringproject onverzekerden’ is iets over ongewenste zwangerschap onder marginale groepen zoals onverzekerden en illegalen bekend. In 1994 kwamen bij de Witte Jas 22 van de 276 vrouwen tussen de 15 en 45 jaar voor hulp in verband met ongewenste zwangerschap. Bij de Witte Jas komen met name mensen om hulp die onverzekerd zijn. Hoeveel daarvan illegalen zijn, is onbekend (ERK98).

Conclusie met betrekking tot abortus

Op basis van het eenmalige onderzoek van het NISSO kan berekend worden dat naar schatting 1% van de totale groep abortuscliënten in Nederland in 1997 illegaal in Nederland verbleef. Dit zou dan gaan om circa 250 vrouwen. De door ons gemaakte berekeningen op basis van de beschikbare gegevens suggereren dat illegale vrouwen eerder in omstandigheden verkeren die tot abortus leiden, dan autochtone vrouwen. Mogelijk is dit ook het geval in vergelijking met allochtone vrouwen. De (leeftijdspecifieke) onzekerheidsmarges zijn echter zeer groot.

Een diepte-onderzoek als dit levert veel belangrijke informatie voor beleid op, niet alleen over de incidentie, maar ook over allerlei andere relevante achtergronden van de problematiek.

3.5 *Spoedeisende gezondheidsproblemen*

Gegevensbron

De informatie uit deze paragraaf is gebaseerd op de vier GGD-rapporten (EPE97, ERK98, LIE94, MAA98).

Gegevens

Eerste Hulp afdelingen van ziekenhuizen zijn bedoeld voor spoedeisende hulp, en zijn vrij, dus zonder verwijzing, toegankelijk. Veel van de hulp wordt poliklinisch verleend, maar een deel van de patiënten wordt met spoed opgenomen op een klinische afdeling. Over spoedeisende *opnamen* bij illegalen staan in de bestudeerde onderzoeksrapporten in het geheel geen gegevens. Over de *poliklinische* spoedeisende hulp bij illegalen is dit nauwelijks beter.

In Amsterdam zijn in vier van de zeven ziekenhuizen over 1996 een aantal gegevens over de Afdelingen voor Eerste Hulp beschikbaar. Deze vier Eerste Hulpposten registreerden in totaal 829 onverzekerde patiënten: 70% van de patiënten was man, en meer dan de helft was tussen de 20 en 34 jaar oud. Hoeveel daarvan autochtonen, allochtonen, illegalen of toeristen betrof is niet bekend. Bij 55% (421) van de consulten werd helemaal geen diagnose ingevuld. Bij de overige 351 patiënten zijn één of meer consultredenen ingevuld. De meest genoemde redenen zijn ongevallen en letsels (samen 40%) en algemene symptomen (12%). Onder algemene symptomen vallen onder meer flauwvallen koorts en algehele malaise (ERK98).

De Rotterdamse onderzoekers rapporteren dat de (poliklinische) spoedeisende hulp van het Dijkzigt ziekenhuis voornamelijk bezocht wordt door jonge verslaafde illegalen. Ze zijn vaak uitgehongerd en hebben een zeer slechte conditie wanneer ze zich melden. In het Havenziekenhuis bestaat de groep illegale patiënten vooral uit zeelieden die in Nederland willen blijven. Over hun gezondheidstoestand wordt in het rapport niets gemeld (LIE94).

De Amsterdamse onderzoekers beschrijven dat de Afdelingen voor Eerste Hulp voor een deel bezocht worden door patiënten die eigenlijk naar een huisarts zouden moeten gaan, maar dat om allerlei redenen niet doen (bijvoorbeeld omdat zij geen huisarts hebben, geen afspraak willen maken, of niet van hun werk willen verzuimen).

De Utrechtse onderzoekers beschrijven dat zij dit voor Utrecht met betrekking tot illegalen niet kunnen bevestigen. De Utrechtse EHBO's hebben nauwelijks te maken met onverzekerde illegalen (EPE97).

Over de omvang van acute gezondheidsproblemen van illegalen op basis van registratiegegevens in huisartspraktijken zijn geen kwantitatieve gegevens beschikbaar.

Conclusie met betrekking tot spoedeisende gezondheidsproblemen

De drie GGD-onderzoeken zijn op het punt van spoedeisende gezondheidsproblemen zeer verschillend opgezet en leiden tot fragmentarische informatie. In het geval dat gezondheidsklachten zijn geregistreerd laten deze (zonder een vergelijklingsgroep) geen enkele conclusie toe over de relatieve prevalentie en ernst van de spoedeisende gezondheidsproblemen onder illegalen.

3.6 Algemene gezondheidstoestand

Gegevensbron

De hier gepresenteerde gegevens zijn afkomstig uit twee plaatselijke GGD-registraties onder huisartsen (ERK98, MAA97/98), twee plaatselijke GGD-enquêtes onder alle huisartsen (EPE97, LIE94) en een landelijke studie van het NIVEL onder een steekproef van huisartsen in achterstands- en andere gebieden (VER98).

Gegevens

Aantal consulten

Omdat er weinig gegevens zijn over de gezondheidsklachten waarmee illegalen bij huisartsen om hulp vragen, wordt als eerste indicatie van de omvang van de algemene gezondheidsproblematiek ingegaan op het aantal huisartsconsulten van illegalen.

Door Rotterdamse huisartsen werden in 1993 in totaal naar schatting 1.250 consulten voor illegalen verricht. In Amsterdam werden in 1995 door de Kruispost, de Witte Jas en drie huisartsen ruim 7.000 *onverzekerde* consulten geregistreerd (resp. 5.200, 1.700 en 115). Daarbij is echter niet duidelijk hoe groot het aandeel van illegalen is, en evenmin is een schatting gemaakt voor heel Amsterdam. In Utrecht ligt het aantal huisartsconsulten voor illegalen in de periode 1995-1997 tussen de 200 en 450 (EPE97). Voor Den Haag is de schatting dat het totaal aantal huisartsconsulten afkomstig van illegalen in 1997 minder is dan 1.000 (MAA97).

Door de grote onzekerheid over de omvang van het aantal illegalen is niet na te gaan of illegalen meer of minder vaak de huisarts consulteren dan legale autochtonen en allochtonen.

De meest verantwoorde bron omtrent het aantal huisartsconsulten onder illegalen lijkt de NIVEL/TNO-PG studie over de werkbelasting van huisartsen in achterstandsgebieden te zijn. Daarin is ook een vraag meegenomen welk aandeel van de huisartsconsulten bestaat uit consulten van illegalen. Dit rapport gaat weliswaar in op een groot aantal aspecten van de werkbelasting, maar slechts zeer beperkt op de werkbelasting als gevolg van de hulp aan illegalen. Het enige dat daarin staat is dat de huisartsen in achterstandsgebieden aangeven dat 2% van hun consulten illegalen betreft (VER98). Nadere analyse op dit materiaal zou een eerste grove schatting kunnen opleveren of illegalen de huisarts vaker of minder vaak bezoeken dan de algemene bevolking.

TNO-PG voert momenteel op het materiaal van de NIVEL/TNO-PG studie een nadere analyse uit, waarin wel in iets meer detail op de zorg voor illegalen wordt ingegaan. Met name is die analyse gericht op de vraag hoe de zorg aan illegalen is gespreid over huisartsen en over Nederland. Dit is van belang bij het opzetten van vervolgonderzoek in de huisartspraktijk.

Aard en ernst van de gezondheidsklachten

In de diverse GGD-onderzoeken onder huisartsen wordt geconstateerd dat huisartsen bij illegalen vooral geconfronteerd worden met aandoeningen van de luchtwegen, infecties, parasitaire aandoeningen, maag- en darmklachten, urogenitale klachten, aandoeningen van het bewegingsapparaat, huidklachten en psychische en psychosociale problematiek (EPE97).

In het Rotterdamse onderzoek werd gevonden dat de gezondheidsproblemen waarmee illegalen de huisarts bezoeken ernstiger zijn dan die van de algemene bevolking. In het Utrechtse onderzoek werd dit niet gevonden (EPE97). Uit de eerste resultaten van de registratie onder een viertal huisartspraktijken in Den Haag trekken de onderzoekers de conclusie dat de aard van de morbiditeit onder illegalen niet veel lijkt te verschillen van die van de algemene patiëntenpopulatie in de huisartspraktijk, maar dat in individuele gevallen soms zeer schrijnende problemen bestaan. Het aantal verwijzingen ligt relatief hoog en in sommige gevallen zijn dure medisch noodzakelijke behandelingen nodig (MAA98).

Omdat in de GGD-onderzoeken geen vergelijking wordt gemaakt met de algemene bevolking, kan geen uitspraak gedaan worden of deze ziekten en aandoeningen vaker onder illegalen voorkomen dan onder de algemene bevolking.

Een eigen poging om de gegevens van de GGD-onderzoeken onder huisartsen over onverzekerden/illegalen te vergelijken met die van de algemene bevolking uit de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk van het NIVEL (VEL91) stuitte onder andere op het probleem van verschillen in de manieren waarop naar gezondheidsproblemen is gevraagd en de wijze waarop de gezondheidsproblemen in de rapportages worden onderverdeeld (zie bijlage 4). Ook een vergelijking met in VTV-97 gepresenteerde morbiditeitscijfers bleek niet mogelijk.

Conclusie met betrekking tot algemene gezondheidstoestand

De huisartsen-onderzoeken laten geen conclusie toe of de consultfrequentie onder illegalen hoger of lager is dan onder de algemene bevolking.

Omdat in de onderzoeken geen vergelijking wordt gemaakt met de algemene bevolking, kan evenmin een uitspraak gedaan worden óf en welke ziekten en aandoeningen vaker onder illegalen voorkomen dan onder de algemene bevolking.

De diverse GGD-onderzoeken zijn niet eensluidend of de algemene gezondheidsproblemen onder illegalen waarvoor zij de hulp van de huisarts inroepen ernstiger zijn dan onder de algemene bevolking. Er is echter geen enkel onderzoek dat stelt dat de gezondheidsklachten lichter zijn.

3.7 Sterfte

Gegevensbron

Indien iemand in Nederland overlijdt dient door de behandelend arts of gemeentelijke lijkschouwer in geval van een *natuurlijke* doodsoorzaak een verklaring van overlijden en een doodsoorzakenformulier aan de afdeling Burgerlijke Stand van de gemeente van overlijden te worden overhandigd. De doodsoorzaakverklaringen en de persoonskaart worden, in verband met de anonimiteit, gescheiden doorgegeven aan het CBS voor statistische doeleinden (BON85, GHI94).

Het CBS houdt op basis van de verkregen gegevens zowel een sterftestatistiek als een doodsoorzakenstatistiek bij. In beide statistieken neemt het CBS echter alleen personen op die op het tijdstip van overlijden in Nederland woonachtig zijn, d.w.z. volgens het GBA (gemeentelijke basis administratie) in Nederland *als ingezetene* staan ingeschreven (BON85).

Het CBS *krijgt* dus in principe wel de doodsoorzaakformulieren van in Nederland overleden buitenlanders (*niet-ingezetenen*), maar neemt deze niet op in de doodsoorzakenstatistiek. Ook illegalen komen dus om die reden niet terecht in de doodsoorzaakstatistiek van het CBS.

Het is bovendien niet mogelijk door nader onderzoek van de aanwezige formulieren van overleden niet-ingezetenen een schatting te maken van sterfgevallen onder illegalen, omdat de reden en de rechtmatigheid van het verblijf van deze personen (toerist, zakenbezoek, illegaal) niet worden geregistreerd.

Als de gemeentelijke lijkschouwer meent dat de doodsoorzaak *niet-natuurlijk* is, brengt hij verslag uit aan de officier van Justitie. De officier van Justitie laat nader onderzoek instellen door de politie. De bevindingen van dat onderzoek zijn terug te vinden in de dossiers op de parketten van de Officieren van Justitie. Statistisch onderzoek naar de omvang van niet-natuurlijke dood beperkt zich echter tot ingezetenen in Nederland (BER98).

Gegevens

Er zijn dus geen empirische gegevens, en zelfs geen empirische schattingen van sterfgevallen van illegalen in Nederland beschikbaar.

Wel is er een rekenkundige schatting te maken, uitgaande van aannames over het aantal illegalen in Nederland en het sterfterisico. Als er 40.000 illegalen in Nederland verblijven, voornamelijk in de leeftijd van 1-45 jaar, waarvan 75% mannen, en hun sterfterisico is gelijk aan dat van de inwoners in Nederland, dan valt theoretisch te berekenen dat er jaarlijks circa 35 illegalen in Nederland overlijden. Als het aantal illegalen in Nederland 100.000 bedraagt, dan komt het geschatte, theoretische aantal uit op circa 85 overlijdensgevallen onder illegalen in Nederland. Voor de leeftijdspecifieke sterfterisico's van de algemene bevolking is gebruik gemaakt van (intrapolaties van) CBS-gegevens over 1997 (CBS98).

Het dichtst bij een mogelijke empirische schatting komt het onderzoek dat in Amsterdam wordt uitgevoerd naar sterfgevallen onder in Amsterdam verblijvende kinderen.

De Sector Jeugdgezondheidszorg (JGZ) van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG&GD) Amsterdam onderzoekt al enkele tientallen jaren de doodsoorzaken van Amsterdamse kinderen om te achterhalen of een deel van de sterfte te vermijden is. In dat kader wordt van alle kinderen die bij de JGZ (consultatiebureau of schoolgezondheidszorg) staan ingeschreven en waarvan de JGZ een overlijdensbericht krijgt (via lijsten van de burgerlijke stand, via de ouders of de school) nagevraagd wat de doodsoorzaak is.

In een enkel geval gebeurt het dan dat een overleden kind niet als overlijdensgeval bekend blijkt te zijn bij de burgerlijke stand van de gemeente. Op een totaal van 229 op deze manier onderzochte overlijdensgevallen die bij de afdeling JGZ van de GG&GD Amsterdam over een reeks van jaren bekend waren, waren dit er 13 (5,7%) (WAL96). Dit zijn er één tot enkele per jaar, waarbij het meestal een kind betreft dat in het buitenland is overleden (*mondelijke mededeling M.L. van Weert-Waltman, GG&GD Amsterdam*).

In een nog kleiner deel was het kind niet bij de gemeente als ingezetene bekend en rijst het vermoeden van illegaliteit. Dat een kind niet als ingezetene bij de gemeente bekend is, betekent echter nog niet automatisch dat het een illegaal kind is. Het kan ook in een andere gemeente staan ingeschreven (*mondelijke mededeling M.F. van der Wal, GG&GD Amsterdam*).

Conclusie met betrekking tot sterfte

Er zijn geen kwantitatieve gegevens over sterfgevallen van illegalen in Nederland beschikbaar. Er is geen schatting bekend van het *aantal* sterfgevallen en er is dus ook geen schatting of het *sterfterisico* onder illegalen anders is dan onder autochtonen of allochtonen.

Als er 40.000 illegalen in Nederland verblijven, voornamelijk in de leeftijd van 0-45 jaar, waarvan 75% mannen, en hun sterfterisico is gelijk aan dat van de inwoners in Nederland, dan valt theoretisch te berekenen dat er jaarlijks circa 35 illegalen in Nederland overlijden.

4 Monitoring: overzicht GGD-onderzoeken onverzekerden/illegalen

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van GGD-onderzoeken in de vier grote steden naar de gezondheidszorg voor illegalen.

Het cijfermatige beeld van de gezondheidstoestand en de gezondheidszorg voor illegalen, komt vooral tot stand door de inspanningen van GGD-en, met name die in de vier grote steden. De onderzoeksactiviteiten van de GGD-en zijn gebaseerd op twee motieven: de algemene taak van GGD-en om de gezondheidstoestand van de bevolking te monitoren en de directe hulpverlenende en preventieve taken die de GGD-en op een aantal terreinen uitvoeren.

Tabel 4.1 geeft een overzicht van de GGD-onderzoeken naar zorggebruik (en/of gezondheidstoestand) van illegalen in de vier grote steden.

Tabel 4.1: Overzicht GGD-onderzoeken naar zorggebruik (en/of gezondheidstoestand) van onverzekerden/illegalen

	Amsterdam (ERK98)	Rotterdam (LIE94)	trecht (EPE97)	Den Haag (MAA98)
<i>Doelgroep onderzoek</i>	onverzekerden	illegalen	onverzekerde illegalen	illegale onverzekerden
Huisartsen/specifieke voorzieningen	3 onderzoeken vanaf 1988; peilstations vanaf 1995; vooral Witte Jas en Kruispost	enquête alle huisartsen in 1994	enquête alle huisartsen in 1996/97	peilstations oktober 1996 - april 1997
<i>Wat is via huisartsen onderzocht?</i>	Patiëntengroep consulten klachten/diagnoses	patiëntengroep consulten gezondheidsproblemen verwijzingen financiering registratievorm	patiëntengroep consulten gezondheidsproblemen verwijzingen financiering problemen hulpverlening hulpzoekgedrag zwangerschap	patiëntengroep consulten diagnoses vervolgtraject kosten therapie (problemen hulpverlening)
Vroedvrouwen	peilstations	<i>niet onderzocht</i>	enquête alle vroedvrouwpraktijken	<i>niet onderzocht</i>
Ziekenhuizen (incl. EHBO)	registraties	interviews (financieel gericht)	interviews	<i>niet onderzocht</i>
Basisgezondheidszorg	diverse registraties	<i>niet onderzocht</i>	interviews	<i>niet onderzocht</i>
Ziekenfondsen	<i>niet onderzocht</i>	interviews	interviews	<i>niet onderzocht</i>
Sociale dienst	<i>niet onderzocht</i>	analyse aanvragen	<i>niet onderzocht</i>	<i>niet onderzocht</i>

Uit de tabel blijkt allereerst dat de onderzoeksactiviteiten zich in een geval (met name in het monitoring-project in Amsterdam) meer op onverzekerden richten (waarvan illegalen dan een subgroep vormen) en in de andere gevallen (met name in enquête-onderzoek) meer op illegalen.

Met betrekking tot de *basisgezondheidszorg* bestrijkt het Amsterdamse GGD-onderzoek een aantal zorgvoorzieningen (ERK98):

1. Tuberculosebestrijding,
2. Polikliniek geslachtsziektenbestrijding,
3. Infectieziektenbestrijding,
4. Jeugdgezondheidszorg (met name PGO 0-4 jarigen),
5. Prostitutie en passantenpolikliniek,
6. Ziekenhuisproject voor drugsgebruikers
7. Advisering Gemeentelijke Sociale Dienst (*functie is vervallen*)
8. Ambulancedienst

Van enkele andere basisgezondheidszorg voorzieningen in Amsterdam waren in 1996 géén of nauwelijks gegevens beschikbaar. Dit betrof de wijkposten van de Drugsafdeling en de afdeling Vangnet en Advies en de Eerste Hulp bij Ziekten spreekuren van de divisie Geneeskundige Hulp en Rampenbestrijding (GHR).

Zoals uit *tabel 4.1* blijkt bestaat alleen in Amsterdam een samenstel van continue registraties (onder peilstations van huisartsen, laagdrempelige, ambulante voorzieningen voor marginale groepen, vroedvrouwen, ziekenhuizen, en diverse onderdelen van de basisgezondheidszorg) waarin naast de verzekeringsstatus (en soms illegaliteit) ook de *gezondheidsklachten* van de patiënten worden geregistreerd. Het Rotterdamse onderzoek was eenmalig en concentreerde zich voor een groot deel alleen op huisartsen, terwijl de basisgezondheidszorg daarin niet is meegenomen. In het Utrechts onderzoek, dat ook eenmalig was, zijn alle huisartsen geënquêteerd en hebben daarnaast alleen enkele gesprekken met hoofden van afdelingen van de GG & GD plaatsgevonden, waaruit bleek dat er nauwelijks registraties van onverzekerden, laat staan van illegalen, aanwezig zijn. In Den Haag is - mede met het oog op de oprichting van het zogenaamde Koppelingsfonds - een pilot registratiesysteem ontstaan bij een viertal huisartspraktijken dat een half jaar heeft gedraaid, maar nu stil ligt.

De vormgeving van de monitoring- en onderzoeksactiviteiten tussen de GGD-en verschilt dus aanzienlijk. Het is verklaarbaar dat deze (en toekomstige) activiteiten niet gemakkelijk te harmoniseren zijn vanwege de complexe aard van de problematiek van illegalen, de lokale verschillen in organisatie van GGD-taken, de verschillen in het geschatte aantal illegalen in de vier grote steden en de daaruit voortvloeiende verschil in interesses bij GGD-en.

5 Monitoringstrategie

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een denkbare voor een monitoringstrategie ontwikkeld met betrekking tot de gezondheidstoestand van illegalen. Dit wordt in een breder kader gezet, namelijk in het kader van het overheidsbeleid met betrekking tot de gezondheidszorg van illegalen. Ook de praktische haalbaarheid wordt in de beschouwing betrokken.

Er zijn een groot aantal mogelijkheden om de monitoring van de *gezondheidstoestand* van illegalen te verbeteren. Om uit al die mogelijkheden een keuze te maken en een prioriteitsvolgorde vast te leggen is het van belang om de uitgangspunten van de monitoringstrategie te verhelderen en in een bredere context te plaatsen: hoe belangrijk is monitoring van de gezondheidstoestand van illegalen in verhouding tot andere vraagstukken zoals bijvoorbeeld de monitoring van de toegankelijkheid van zorg voor illegalen, met welk doel wil de overheid de gezondheidstoestand van illegalen monitoren, is dat doel de bevordering van de gezondheidstoestand van illegalen op een zelfde manier als bij de algemene bevolking, welke aspecten van de gezondheidstoestand (en welke bijbehorende determinanten) verdienen prioriteit, hoe belangrijk is in dit verband een zo goed mogelijke schatting van de omvang en sociaal-demografische samenstelling van de groep illegalen, en tenslotte: hoeveel inzicht is vanuit het perspectief van monitoring van de gezondheidstoestand van illegalen gewenst in de achtergronden van illegalen en het illegalenvraagstuk?

Criteria om tot een keuze te komen zullen allereerst ontleend moeten worden aan de officiële beleidsdoelen van de overheid met betrekking tot de *gezondheidszorg* van illegalen. De gezondheidstoestand van illegalen speelt daarin een rol, maar op een andere manier dan bij de algemene bevolking.

Een tweede set van criteria kan ontleend worden aan de (geschatte) omvang, ernst en specificiteit van gezondheidsproblemen onder illegalen.

Twee bijkomende criteria zijn de al aanwezige kennis (bij nieuwe initiatieven zal relatief meer nadruk liggen op bestaande lacunes in de kennis) en de haalbaarheid van de monitoring in de praktijk (monitoring van gezondheidsproblemen waarvoor illegalen hulp van zorgverleners zoeken heeft bijvoorbeeld meer kans van slagen dan het opzetten van gezondheidsonderzoek onder een steekproef van illegalen).

Deze vier criteria worden hier onder verder uitgewerkt.

5.2 Criterium beleidsdoelen met betrekking tot de gezondheidszorg voor illegalen

De belangrijkste officiële Nederlandse beleidsdoelen met betrekking tot de gezondheidszorg voor illegalen zijn het waarborgen van de toegang tot medisch noodzakelijke zorg voor illegalen en de bescherming van de volksgezondheid. Het verbeteren van de gezondheidstoestand van illegalen als doel op zichzelf is echter (in tegenstelling tot bij de legale bevolking) geen officieel beleidsdoel.

Onder medisch noodzakelijke zorg in enge zin wordt verstaan (VWS97b):

- zorg verleend in situaties van levensbedreiging of blijvend verlies van essentiële functies of verleend ter voorkoming van bedreiging van het leven of van essentiële functies;
- zorg ter voorkoming van gevaar voor derden zoals bij infectieziekten en psychische stoornissen met agressief gedrag;
- zorg voor en tijdens de geboorte;
- preventieve jeugdgezondheidszorg en vaccinaties.

In het kamerdebat over de Koppelingswet, recent nog eens bevestigd in een brief van de Minister van VWS over het vluchtelingenbeleid aan de Tweede Kamer (VWS99), is duidelijk geworden dat het begrip medisch noodzakelijke zorg breed moet worden uitgelegd, breder zelfs dan bovenstaande opsomming en dat er slechts enkele uitzonderingen zijn:

“In de koppelingswet wordt uitdrukkelijk de omschrijving ‘medisch noodzakelijke zorg’ gehanteerd. De invulling van dit begrip is aan de beoordeling van de arts of hulpverlener. Alleen voor cosmetische operaties en genderoperaties, die ook van de ziektekostenverzekering van asielzoekers zijn uitgesloten, wordt een uitzondering gemaakt“ (VWS99).

Uit de officiële beleidsdoelen zou men de volgende prioriteitenvolgorde voor een monitoringstrategie van de gezondheidszorg voor illegalen kunnen afleiden:

1. monitoring van de toegankelijkheid van medisch noodzakelijke zorg (*waarbij ook de planning van de omvang van de benodigde zorg en de financiering daarvan een rol speelt*),
2. monitoring van de bedreigingen die de gezondheidstoestand van illegalen voor de volksgezondheid kan hebben,
3. de monitoring van de gezondheidstoestand van illegalen zelf (*als afgeleid* doel van de eerste twee prioriteiten en niet als onderdeel van een monitoringstrategie gericht op de bevordering van de algemene gezondheidstoestand van deze groep zoals bij de legale bevolking).

Dit laatste zou kunnen inhouden dat het in de officiële overheidsvisie voor de hand ligt om van de verschillende typen determinanten van gezondheidsproblemen die in het algemeen onderscheiden worden (erfelijke en verworven eigenschappen, fysieke en sociale omgeving, leefstijl, en zorg en preventie) in het geval van illegalen slechts enkele als beleidsmatig relevant te beschouwen, met name de oorzaken van illegaliteit en de toegankelijkheid van de zorg. Vanuit een wetenschappelijk en public health perspectief is echter een breder perspectief dat gericht is op *alle* determinanten van de gezondheidstoestand van illegalen, voorstelbaar.

5.3 Criterium omvang, ernst en specificiteit van gezondheidsproblemen onder illegalen

Als besloten is om aspecten van de gezondheidstoestand onder illegalen te monitoren dan dient dit nader geoperationaliseerd te worden: welke ziekten, aandoeningen of andere gezondheidsaspecten dienen gemonitord te worden, en welke bijbehorende determinanten? De officiële beleidsdoelen van de overheid met betrekking tot de toegankelijkheid van

gezondheidszorg voor illegalen (*zie boven*) duiden erop dat in principe *de volle breedte* van alle mogelijke gezondheidsklachten in aanmerking komt en dat geen ziekten of aandoeningen worden uitgezonderd.

Dit betekent dat het opzetten van monitoringactiviteiten in de voorzieningen waar illegalen naar verwachting het eerst een beroep doen bij algemene gezondheidsproblemen (zogenaamde 'poortwachtersvoorzieningen') zoals de *huisartspraktijk* zeker in aanmerking hoort te komen. Huisartsen zien immers een breed scala aan gezondheidsproblemen en huisartsen in achterstandsgebieden geven aan dat 2% van hun contacten illegalen *betreft* (*zie paragraaf 4.4*). In sommige plaatsen zijn specifieke *eerstelijns voorzieningen voor 'marginale' groepen* opgezet zoals bijvoorbeeld de Witte Jas in Amsterdam, die evenzeer in aanmerking komen. Niet alle illegalen zullen als vanzelfsprekend eerst naar de huisarts gaan, zoals voor grote delen van de algemene bevolking wel geldt. Daarnaast functioneren de *eerste hulp afdelingen* van ziekenhuizen volgens enkele rapporten ook als algemene eerstelijns voorziening voor illegalen.

Huisartsen zien echter lang niet alle gezondheidsproblemen. Er bestaan dan ook binnen zeer veel zorgvoorzieningen (ziekenhuizen, abortusklinieken, ambulante voorzieningen voor 'marginale' groepen, et cetera) afzonderlijke registraties waarin op de een of andere manier gezondheidsproblemen of indicatoren voor de gezondheidstoestand worden geregistreerd. Het is praktisch en financieel onmogelijk om al die gezondheidsindicatoren ook met betrekking tot illegalen te monitoren.

Naast het '*volle breedte*' criterium ligt als tweede criterium bij de keuze van gezondheidsindicatoren de *ernst* van gezondheidsproblemen voor de hand. De specifieke gezondheidsaspecten die in beleidsnota's rond het begrip noodzakelijke zorg worden genoemd (*zie eerder*), kunnen hierbij goede diensten bewijzen. Vanuit dit criterium geredeneerd komen het meten en monitoren van ontijdige sterfte, spoedeisende gezondheidsproblemen, gezondheidsproblemen van zwangere vrouwen, baby's en kinderen, en gezondheidsproblemen die een bedreiging vormen voor de volksgezondheid (infectieziekten, psychische stoornissen met agressief gedrag) in aanmerking voor een hoge prioriteit.

Monitoring van deze (of andere) gezondheidsproblemen zal gericht dienen te zijn op de beantwoording van een of meer van de volgende vragen:

1) wat is de absolute omvang van de gezondheidsproblematiek van illegalen in Nederland (*in verband met het planningsaspect*).

2) zijn de gezondheidsproblemen van illegalen *frequenter, ernstiger en of anders van aard* dan die van een relevant geachte *vergelijkingsgroep* zoals bijvoorbeeld de algemene bevolking. Hierbij is het achterliggend motief dat de antwoorden op deze vraag kan helpen de oorzaken te vinden van die verschillen en de hulpverlening te verbeteren.

Dit laatste idee kan men ook terugvinden in het standpunt van de Vereniging van Volksgezondheid en Wetenschap, waarin staat: "een actief beleid impliceert ten minste als onderdeel het verkrijgen van inzicht in aard en omvang van de gezondheidsproblematiek bij illegalen door een actief systeem van monitoring. Uit de monitoring kan worden afgeleid of de doelgroep voldoende tijdig met de goede hulpverlening in aanraking komt" (V&W96).

Ook hier wordt dus verondersteld dat de monitoring van gezondheidsproblemen indicaties kan opleveren van problemen in de hulpverlening, en vervolgens tot verbeteringen kan leiden.

5.4 Bijkomend criterium opvullen van leemtes in kennis

Het ligt voor de hand om de rij van gezondheidsaspecten die met behulp van het eerste criterium geselecteerd zijn, in het geval van nieuwe monitoring initiatieven in te perken tot die gezondheidsaspecten waar belangrijke leemtes in kennis bestaan. Er kunnen daarbij leemtes in kennis onderscheiden worden op drie niveaus: de gezondheidsproblemen van illegalen, de omvang en sociaal-demografische samenstelling van de illegalen populatie en de bredere sociale context van de illegalen problematiek.

Allereerst bestaat er zeer weinig kwantitatief inzicht in de gezondheidsproblemen van illegalen, enkele hier besproken uitzonderingen zoals tuberculose en abortus daargelaten. Het valt onder andere op hoe weinig er in kwantitatieve zin bekend is over het voorkomen van *ernstige* ziekten, vroegtijdige sterfte en over psychische en psychiatrische problematiek.

Daarnaast heeft echter een groot deel van de onzekerheid over de *relatieve* omvang van de gezondheidsproblematiek onder illegalen, zoals in dit rapport blijkt, te maken met de onzekerheid over het aantal en de sociaal-demografische samenstelling van de illegalen populatie. Er is meer inzicht nodig in de verschillende subgroepen die binnen de totale illegalen populatie te onderscheiden zijn. Het maakt veel verschil of men bijvoorbeeld geïnteresseerd is in de gezondheidstoestand van ‘witte’ illegalen en de gevolgen van hongerstakingen voor de gezondheidstoestand van deze groep, of van illegalen die pas het land zijn binnengekomen vanuit oorlogsgebieden en géén asiel aanvragen, of van illegalen die in het land verblijven op zoek naar (seizoens)arbeid.

De illegalenproblematiek verandert snel. Nieuwe (sub)groepen komen en andere gaan. Levensomstandigheden veranderen mede als gevolg van nieuwe wetgeving. Daarom is het - ook voor het begrijpen van de gezondheidsproblematiek en het leveren van adequate hulp vanuit de gezondheidszorg aan illegalen - van belang om inzicht te hebben in de bredere sociale processen die rondom illegaliteit spelen.

5.5 Bijkomend criterium praktische haalbaarheid

Het Ministerie van VWS heeft de afgelopen jaren met betrekking tot de monitoring van de zorg aan illegalen in grote lijnen de aanbevelingen uit het standpunt van de Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap (V&W) gevolgd.

In dat standpunt wordt de peilstationmethode zoals die door de GG&GD Amsterdam ontwikkeld is als model gesteld, ook al wordt onderkend dat ook zo'n systeem nooit een volledig inzicht in de zorgvraag bij illegalen zal opleveren. Die registraties zouden volgens het V&W-standpunt in ieder geval ook in de andere grote steden moeten worden opgezet, op zodanige wijze dat de gegevens onderling vergelijkbaar zijn zodat een landelijk beeld kan worden verkregen. De GGD-en zouden de registraties moeten uitvoeren (V&W96).

In de afgelopen jaren heeft VWS (overeenkomstig dit V&W-standpunt) aan de LVGGD gevraagd een plan te maken voor standaardisatie van de monitoring onder illegalen.

Uit een pilotstudie die door de LVGGD en TNO-PG is uitgevoerd is gebleken dat dit een uiterst omvangrijke, dure en moeizame weg is (REI98). Ook de ten behoeve van dit rapport uitgevoerde vergelijking van de GGD-onderzoeken (*zie paragraaf 4.1*) in samenhang van de geschetste lacunes in de kennis over de gezondheidstoestand van illegalen bevestigen dit. Dit betekent dat een andere, meer pragmatische invalshoek gekozen zal moeten worden, waarbij aan de haalbaarheid van monitoringvoorstellen grote aandacht besteed dient te worden.

In de praktijk blijkt dat een continue registratie van consulten van onverzekerden en/of illegalen alleen enige kans van slagen heeft als onverzekerde/illegale personen in een bepaalde zorgvoorziening een duidelijke doelgroep vormen of het aandeel van deze groep voldoende groot is om te rechtvaardigen dat een extra item in de al bestaande contactregistratie van de zorgverleners wordt opgenomen (ERK99).

Vanuit de haalbaarheid geredeneerd is het verder voor de hand liggend bij eerdere initiatieven van GGD-en aan te sluiten en een groeipad te volgen. GGD-en kunnen volgens de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid aangesproken worden op een aantal functies, waarvan in dit kader de belangrijkste zijn (VWS90): monitoring van de volksgezondheid in brede zin, en de (monitoring van) preventieve zorgactiviteiten die GGD-en zelf uitvoeren. Dat laatste betreft onder andere infectieziekten (tuberculose, SOA's en AIDS) en gezondheidsrisico's voor jeugdigen vanaf 4 jaar. Daarnaast zijn de GGD-en de laatste jaren steeds meer actief betrokken bij het opzetten van ambulante zorgvoorzieningen voor marginale groepen.

Er valt aan te denken dat het Ministerie van VWS de eigen prioriteiten met betrekking tot de (monitoring van) de gezondheidszorg van illegalen duidelijk maakt en aan de GGD-en in de vier grote steden verzoekt aan te geven hoe zij rekening houdend met die prioriteiten de verbetering van de monitoring binnen de eigen GGD-regio vorm willen geven en op welke punten zij samenwerking met andere GGD-en nuttig en mogelijk achten. De GGD-en zouden binnen de landelijke beleidsprioriteiten zelf hun eigen prioritering en operationalisatie kunnen aanbrenge.

Niet alleen vanuit het perspectief van het landelijke overheidsbeleid, maar ook vanuit het perspectief van het leveren van toegankelijke en adequate zorg aan illegalen is het voorstelbaar dat ook binnen de GGD-en de eerste prioriteit zal liggen bij de monitoring van problemen in de zorgverlening en de bedreigingen voor de volksgezondheid en daarna en in samenhang daarmee pas op de monitoring van de gezondheidstoestand van illegalen. Op dit moment kijken de GGD-en bij hun eventuele monitoringplannen met betrekking tot bijvoorbeeld de huisartsenzorg aan illegalen ook naar de mogelijkheden om bij verantwoordings-eisen van het Koppelingsfonds en de daarbij behorende regionale samenwerkingsverbanden aan te sluiten. Om een beroep op het Koppelingsfonds te kunnen doen is immers ook een zekere verantwoording vereist (VWS99).

Gegeven de hierboven al genoemde criteria lijken de volgende onderwerpen wellicht goede opties voor verbetering van de monitoring van de gezondheidsproblematiek onder illegalen door GGD-en:

1. binnen de monitoring van de *eigen* preventieve en zorgtaken: vaccinatiegraad onder kinderen, gezondheidsklachten van illegalen die beroep doen op ambulante zorgvoorzieningen voor 'marginale' groepen, ernstige infectieziekten en SOA's,

2. binnen de *algemene* monitoring-taak: gezondheidsklachten van illegalen die een beroep doen op huisartsenzorg en door GGD-en zelf gekozen gezondheids(zorg)aspecten (bijvoorbeeld gezondheidsproblemen van illegalen die een beroep doen op verloskundige zorg, spoedeisende hulp, verslavingszorg en/of geestelijke gezondheidszorg).

Deze opties zijn nog niet door middel van overleg met GGD-en op concrete haalbaarheid getoetst. Zoals uit het door LVGGD en TNO-PG verrichte vooronderzoek (REI98) blijkt mogen de verwachtingen niet al te hoog gesteld worden. Bij het opzetten van nieuwe initiatieven zal ook, waar dat mogelijk is, aangesloten moeten worden bij de (voorlopige) resultaten van het nu lopende TNO-PG onderzoek (TNO98). Dat onderzoek richt zich met name op de toegankelijkheid van de zorg, maar er zijn toch zeker raakvlakken met de hier gedane onderzoeksvoorstellen die gericht zijn op de gezondheidstoestand van illegalen.

Omdat er bij het Ministerie van VWS de behoefte bestaat om ook inzicht te krijgen in de *landelijke* situatie (zoals bij de tuberculose-registratie en het abortusonderzoek), en dus ook te kijken naar hetgeen buiten de grote steden plaatsvindt zal er in een aantal gevallen afstemming moeten plaatsvinden tussen de monitoringactiviteiten van de GGD-en in de grote steden en die van landelijke instanties. Dat speelt met name bij het opzetten van landelijke monitoring binnen peilstations van huisartsen, maar daarnaast ook bij verloskundige zorg en spoedeisende hulp een rol.

Bij een zo complex verschijnsel als de monitoring van de gezondheidstoestand van illegalen is het belangrijk om allereerst zo goed mogelijk onderbouwde kwalitatieve inzichten over knelpunten in de zorgverlening en de omvang, ernst en specificiteit van gezondheidsproblematiek te verzamelen bij zorgverleners die relatief vaak zorg aan illegalen verlenen en pas daarna naar kwantitatieve registraties van gezondheidsproblemen te streven.

6 Concrete voorstellen voor monitoring gezondheidstoestand illegalen

Op grond van de bevindingen in dit rapport en de algemene beschouwing over een monitoringstrategie worden in dit hoofdstuk enkele min of meer concrete ideeën voor monitoring van de gezondheidstoestand van illegalen beschreven. Deze hebben enerzijds betrekking op de zes gezondheidsindicatoren die behandeld zijn (tuberculose, zwangerschap, abortus, spoedeisende gezondheidsproblemen, algemene gezondheidstoestand, vroegtijdige sterfte) en anderzijds op de omvang en samenstelling van de illegalen populatie. Deze worden wel steeds in een iets bredere context getrokken. Uitgaande van het feit dat de monitoring zich vanwege haalbaarheidsredenen vooral op enquêtes onder zorgverleners en (periodieke of continue) contactregistraties in de zorg zal (moeten) richten, wordt in de kopjes boven de alinea's niet altijd naar gezondheidsproblemen maar soms ook aan zorgvoorzieningen gerefereerd.

6.1 Tuberculose en andere infectieziekten

Tuberculose neemt een bijzondere positie in binnen de infectieziekten. Het is de enige ziekte waarvoor wettelijk in bepaalde gevallen gedwongen isolatie mag plaatsvinden. De tuberculoseregistratie lijkt met betrekking tot illegalen al redelijk goed. Het lijkt dan ook redelijk om het initiatief ter verbetering van de registratie in eerste instantie bij de Tuberculoseregistratie zelf te leggen (VWS97c). In de nieuwe Infectieziektenwet die per 1 april 1999 is ingegaan, is het aantal aangifteplichtige infectieziekten teruggebracht (VWS97c). Dat zal wellicht de mogelijkheden om registraties op te zetten voor infectieziekten die nu niet meer aangifteplichtig zijn, verminderen.

Vanuit de gedachte dat immigranten (en toeristen) besmettelijke ziekten in Nederland kunnen brengen die een bedreiging voor de volksgezondheid vormen, lijkt het redelijk bij de monitoring van infectieziekten ook de migrantstatus (en daarbij ook het eventuele extra gevaar dat illegale immigranten met zich meebrengen) te registreren en dus ook ideeën omtrent onderzoek en registratie omtrent illegaliteit bij deze ziekten te ontwikkelen.

Nagegaan zou kunnen worden of er op grond van de gegevens van de medische keuring van immigranten en asielzoekers en het wetenschappelijk onderzoek dat naar de herkomst van infectieziekten plaatsvindt, aanleiding is om bij bepaalde ziekten ook extra op het aspect illegaliteit te letten. Het valt echter buiten het kader van deze rapportage om meer concrete aanbevelingen te doen.

6.2 Zwangerschap, abortus, moeder- en kindzorg en jeugdgezondheidszorg

Een landelijke enquête onder verloskundigen zou enig inzicht kunnen verschaffen in het aantal zwangerschappen en complicaties onder illegale vrouwen in Nederland.

Het eenmalige NISSO-onderzoek naar abortus onder de groep allochtone vrouwen uit 'overige landen' zou over een aantal jaren herhaald kunnen worden.

In de moeder- en kindzorg komt met betrekking tot de GGD-en allereerst het periodiek geneeskundig onderzoek onder 0-4 jarigen (waaronder de vaccinatietoestand) en daarna het periodiek geneeskundig onderzoek onder 5-19 jarigen in aanmerking voor monitoring. De GGD-Amsterdam zou kunnen worden gevraagd om in het onderzoek naar kindersterfte ook het aspect illegaliteit op te nemen.

6.3 Spoedeisende gezondheidsproblemen

De beschikbare gegevens over de gezondheidsproblemen waarvoor illegalen eerste hulpposten van ziekenhuizen bezoeken zijn fragmentarisch. De gegevens worden in de praktijk eerder gebruikt om een indruk te krijgen van (on)eigenlijk gebruik van deze zorgsoort dan over de gezondheidstoestand van illegalen. De toegankelijkheid van de poliklinische eerste hulp lijkt volgens de GGD-onderzoeken redelijk gewaarborgd. Desalniettemin zijn er incidenten waarin zorg geweigerd wordt.

De aanbeveling is om op dit punt eerst preciezer de doelstelling van de monitoring vast te stellen: gaat het allereerst om de toegankelijkheid (d.w.z. het weigeren van hulp) te onderzoeken, of gaat het om onderzoek naar het oneigenlijk gebruik van eerste hulp voorzieningen (d.w.z. voor gezondheidsproblemen die in de eerste lijn thuishoren), of gaat het om het verkrijgen van inzicht in de vraag hoe vaak en welke acute gezondheidsproblemen onder illegalen voorkomen en op welke hulpvoorziening zij dan een beroep doen?

6.4 Algemene gezondheidstoestand

Door ons is nagegaan of het mogelijk is om in de zogenaamde contactregistratie van de Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk i. o. ook de contacten met illegalen te registreren. Omdat in die studie wordt beoogd ook de diagnose te registreren die de huisarts stelt zou dit het inzicht in de gezondheidsproblematiek waarvoor illegalen hulp zoeken aanzienlijk kunnen verbeteren. Het NIVEL heeft vanwege haalbaarheidsredenen echter besloten om alleen contacten te registreren van patiënten die in de betreffende huisartspraktijken staan ingeschreven.

Het Ministerie van VWS zou als 'next best' alternatief kunnen stimuleren, of de opdracht geven, tijdelijk een zogenaamd contactregistratie-onderzoek uit te voeren in een aantal huisartspraktijken die relatief veel zorg aan illegalen verlenen en die geselecteerd zouden kunnen worden op basis van de landelijke studie die NIVEL en TNO-PG hebben uitgevoerd naar de werkbelasting van huisartsen naar achterstandsgebieden (of een update daarvan). Over een aantal jaren zou dat landelijke contactregistratie-onderzoek dan (gedeeltelijk) herhaald kunnen worden om trends in de tijd te monitoren.

Voordat zo'n tijdelijke registratie in een landelijke steekproef van huisartspraktijken met veel illegalen van start kan gaan, moet eerst nagegaan worden of de geselecteerde huisartsengroep niet teveel overlapt met de huisartsen die meedoen aan de contactregistratie van onverzekerden/illegalen in Amsterdam of aan registratie initiatieven die in het kader van (de evaluatie van) het Koppelingfonds worden opgezet.

6.5 Vroegtijdige sterfte

Onderzoek naar sterfte onder illegalen dient gelegitimeerd te worden door een duidelijke (beleids)doelstelling. De meest voor de hand liggende legitimatie zou zijn, als het onderzoek gericht zou zijn op het voorkomen van vroegtijdige sterfte.

Op dit moment is er geen enkel inzicht in vroegtijdige sterfte onder illegalen. Het opzetten van dergelijk onderzoek begint dus bij nul en dient te starten bij het nagaan wat bestaande gegevensbronnen kunnen betekenen. Het Ministerie van VWS zou bijvoorbeeld kunnen laten nagaan hoe sterfte en doodsoorzaken onder buitenlanders (niet-ingezetenen) geadmistreerd wordt in de vier grote steden, bij het CBS en bij andere instanties (GHI, Justitie), en of op grond daarvan minimum- of maximumschattingen te maken zijn van sterfgevallen onder illegalen. Dit kan leiden tot suggesties om bestaand materiaal op enkele plekken toegankelijk te maken voor analyses. Op grond van die analyses zouden dan in een later stadium voorstellen voor verbetering van de sterfteregistratie onder illegalen gedaan kunnen worden. Het Ministerie van VWS kan bijvoorbeeld overwegen:

1. een analyse te laten maken van de doodsoorzaakformulieren van niet-ingezetenen die bij het CBS aanwezig zijn;
2. een analyse te laten maken van de dossiers van de niet-natuurlijke doodverklaringen van niet-ingezetenen van het pakker van de Officieren van Justitie;
3. de GHI een register aan te laten leggen van meldingen van sterfgevallen onder illegalen;
4. de afdeling JGZ van de GGD-Amsterdam verzoeken in hun onderzoek naar de doodsoorzaken van Amsterdamse kinderen voor statistische doeleinden in het vervolg ook het (vermoeden op) illegale aanwezigheid in Nederland van het gestorven kind te registreren.

De eerste twee voorbeelden overstijgen overigens duidelijk het belang van de illegalenproblematiek: het is merkwaardig dat er zo weinig bekend is over de (achtergronden van) sterfgevallen van niet-ingezetenen, zeker met het oog op het toenemende internationale reizigersverkeer.

6.6 Omvang en samenstelling van de illegalen populatie

Gegevens over gezondheidsklachten van illegalen zijn van beperkt nut als ook niet een inschatting gemaakt kan worden van de absolute en relatieve omvang van deze gezondheidsklachten. Het is daarom belangrijk dat er periodiek duidelijke schattingen gemaakt worden van het aantal, de verblijfplaats en de sociaal-demografische samenstelling van illegalen in Nederland.

VWS kan de daarvoor verantwoordelijke ministeries verzoeken zo goed mogelijke cijfers over de aantallen illegalen en hun sociaal-demografische kenmerken te leveren (leeftijd, geslacht, nationaliteit, verblijfplaats in Nederland). In het verlengde van deze gedachtelijn zou het Ministerie van VWS zijn belangstelling kunnen laten blijken voor (of participeren in) de aanbesteding van (universitair) onderzoek met betrekking tot de bredere

sociale achtergronden van de illegalen problematiek, en daarin bovendien kunnen bepleiten dat gezondheidsaspecten worden meegenomen.

6.7 Inpassing in ander onderzoek

In veel gevallen zal onderzoek naar de gezondheidstoestand van illegalen alleen haalbaar zijn als het onderdeel uitmaakt van ander, breder onderzoek. Aansluiting bij onderzoek naar de gezondheidstoestand van allochtonen, bij onderzoek naar de gezondheidstoestand van marginale groepen, bij onderzoek naar de gezondheidszorg in achterstandswijken en bij onderzoek naar de sociale achtergronden van illegalen ligt daarbij het meest voor de hand.

7 Conclusies

Wat is in kwantitatieve zin bekend over de gezondheidstoestand van illegalen in Nederland?

Nagegaan is wat er in kwantitatieve zin bekend is over zes aspecten van de gezondheidstoestand van illegalen: tuberculose, zwangerschap, abortus, spoedeisende gezondheidsproblemen, algemene gezondheidstoestand en sterfte. Er zijn slechts met betrekking tot tuberculose en abortus op *landelijk* niveau een aantal kwantitatieve gegevens over de gezondheidstoestand van illegalen aanwezig.

Over de algemene gezondheidstoestand van illegalen, gemeten aan de hand van huisartsconsulten, zijn in enkele grote steden enkele kwantitatieve gegevens beschikbaar. Over spoedeisende gezondheidsproblemen, zoals gemeten aan de hand van het zorggebruik zijn slechts zeer fragmentarische gegevens beschikbaar. Over sterfte onder illegalen zijn in het geheel geen gegevens beschikbaar.

De beschikbare gegevens laten géén - of slechts voor een enkele aandoening en dan nog met veel onzekerheden omgeven - een antwoord toe op de vraag of de gezondheidsproblemen van illegalen *omvangrijker, ernstiger of anders van aard* zijn dan die van de algemene Nederlandse of autochtone bevolking.

Welke monitoring-activiteiten voeren de vier grote GGD-en momenteel uit met betrekking tot de gezondheidstoestand van illegalen?

De monitoring-activiteiten die de GGD-en in de vier grote steden uitvoeren verschillen sterk van elkaar en zijn in twee steden (Rotterdam en Utrecht) beperkt tot eenmalige enquêtes onder een aantal zorgvoorzieningen. De Haagse GGD heeft begin 1997 - mede in verband met het tot stand komen van het Koppelingsfornds - een half jaar lang een pilot registratie-onderzoek onder enkele huisartspraktijken uitgevoerd naar de zorg aan onverzekerde illegalen. De Amsterdamse GG&GD kent de langste traditie en voert al een aantal jaren onder diverse zorgvoorzieningen in de basisgezondheidszorg en in de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg een registratie-onderzoek uit naar de zorgverlening aan onverzekerden.

Welke mogelijkheden zijn er denkbaar om de monitoring van de gezondheidstoestand van illegalen in Nederland te verbeteren?

Bij het opzetten of verbeteren van specifieke monitoringprojecten naar de gezondheidstoestand van illegalen dienen de doeleinden eerst zo duidelijk mogelijk omschreven te worden: gaat het vooral om een oplossing te vinden voor vraagstukken rond kosten, planning of toegankelijkheid van de zorg, bedreigingen voor de volksgezondheid, of de verbetering van de gezondheidstoestand van illegalen of subgroepen daarvan.

Waarborging van de toegankelijkheid van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen is een belangrijke richtsnoer van het beleid van het Ministerie van Volksgezondheid. Het begrip

medisch noodzakelijke zorg is zo breed gedefinieerd dat in principe *alle* gezondheidsproblemen voor monitoring in aanmerking komen.

De monitoring van gezondheidsproblemen onder illegalen dient gelegitimeerd te worden door de wens medische zorg te leveren die in overeenstemming is met de specifieke *omvang, ernst en aard* van de gezondheidsproblematiek onder illegalen, en daar dan ook op gericht te zijn.

Onderzoek naar de gezondheidstoestand van illegalen zal uit praktische implementatie overwegingen zoveel mogelijk dienen ingepast te worden in ander onderzoek met een bredere doelstelling.

Concreet wordt onder andere geadviseerd om:

1. In onderzoeksopdrachten met het oog op het verlenen van medisch noodzakelijke zorg en preventie niet alleen nadruk te leggen op het verkrijgen van inzicht in de *absolute* omvang van gezondheidsproblemen van illegalen, maar ook in de *relatieve omvang, de ernst, specifieke aard en achtergronden* van deze gezondheidsproblemen *in vergelijking met een relevante vergelijkingsgroep*.
2. Na te gaan of het mogelijk is om gedurende een bepaalde periode een *landelijke* consultregistratie in huisartspraktijken op te zetten naar de gezondheidstoestand van illegalen die de huisarts consulteren (met de mogelijkheid deze studie over een aantal jaren weer te herhalen).
3. Met de GGD-en uit de grote steden een pragmatisch traject uit te zetten voor de verbetering van de monitoring waarbij een groot accent wordt gelegd op de eigen keuzes en mogelijkheden van de GGD-en.
4. Actief belangstelling uit te spreken voor onderzoek naar de bredere sociale achtergronden van de illegalenproblematiek en er bij betrokken ministeries op aan te dringen zo goed mogelijke schattingen te verkrijgen omtrent omvang en sociaal-demografische samenstelling van de illegalen populatie in Nederland.

Literatuur

- CBS98 CBS, Ministerie VWS. Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland. 's Gravenhage, Sdu/uitgeverij, 1998.
- CBS99 CBS. Geboorte 1993-1997. Mndstat bevolking 1999/2, 15-16.
- BEE95 Beer J de. Hoeveel alloctonen zijn er in Nederland? CBS. Mndstat bevolk, 95/7, 9-12.
- BER98 Berg W van den. Niet-natuurlijke dood in Nederland, 1996. Mndber gezondheid (CBS) 98/06, 4-8.
- BON85 Bonte JTP, Friden LM, Berg JWH van den. De statistiek van de doodsoorzaken. Ned Tijdschr Geneesk 1985, 129, 1421-1429.
- BRO97 Brok B den. De gezondheidstoestand van vluchtelingen, asielzoekers en illegalen. In: Mackenbach J, Verkleij (red). Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Deel II. Gezondheidsverschillen. Bilthoven/Maarssen, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/Elsevier/De Tijdstroom, 1997, 225-240.
- CBS98 Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland 1998. Den Haag, Sdu Uitgeverij, 1998.
- EPE97 Epema. Illegaal: een zorg(e)loos bestaan? Een inventariserend onderzoek naar de hulpverlening aan illegalen in Utrecht. Utrecht, Afdeling Maatschappelijke Gezondheidsbevordering en Zorg, GGD, 1997.
- ERK98 Erkens CGM, Sminia A, Pot E. Onverzekerden in Amsterdam IV. Verslag van het monitoringproject onverzekerden 1996. Amsterdam, Afdeling Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering, GG en GD, 1998.
- ERK99 Erkens CGM, Pot E. Onverzekerden in Amsterdam V. Verslag van het monitoringproject onverzekerden 1997. Amsterdam, Afdeling Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering, GG en GD, 1999.
- GHI94 GHI bulletin. Informatie voor artsen met betrekking tot de Wet op de Lijkbezorging 1991. Rijswijk, Staatstoezicht op de Volksgezondheid, 1994.
- IGZ98 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Jaarverslag 1997. Rijswijk, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 1998.
- KNC98 Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot Bestrijding der Tuberculose. Jaarverslag 1997. Den Haag, KNcV, 1998.
- KNC99 Index Tuberculosis 1997. Den Haag, KNCV, 1999.
- LEU98 Leun J van der, Engbersen G, Heijden P van der. Illegaliteit en criminaliteit: schattingen, aanhoudingen en uitzettingen. Rotterdam. Faculteit der Sociale Wetenschappen/Sociologie, Erasmus Universiteit, 1998.
- LIE94 Liefhebber S, Linders B. Illegalen in de Rotterdamse Gezondheidszorg. Een inventariserend onderzoek naar de hulpverlening aan illegalen gegeven door Rotterdamse huisartsen en ziekenhuizen en de financiering hiervan. Rotterdam, Dienst Sociale Zaken, 1994.
- MAA97 Maat TGM van der. Illegalen en gezondheidszorg in Den Haaf. Epidemiologisch bulletin., 1997, 32, nr. 4, 1-4.
- MAA98 Maat TGM van der. Registratie hulpverlening aan illegale onverzekerden. Sheets periode oktober 1996 - april 1997. STIOM & GGD Den Haag.

- MOU98 Mouthaan I, Neef M de, Rademakers J. Abortus in multicultureel Nederland. NISSO studies nr. 21. Delft, Uitgeverij Eburon, 1998.
- MUL99 Müller H. Illegalen zijn het nieuwe proletariaat. Volkskrant, 1 juni 1999.
- NRV95 Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Gezondheidszorg voor illegaal verblijvende vreemdelingen. Zoetermeer, NRV, 1995.
- POS97 Post D, Stokx LJ (red.). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. Deel VI. Zorgbehoefte en zorggebruik, Bilthoven/Maarssen, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- REI98 Reijneveld SA, Dols WPM. De haalbaarheid van monitoring van medische zorg voor en gezondheid van illegalen. Resultaten van het vooronderzoek 'monitoring van de gevolgen van invoering van de koppelingswet'. Leiden/Utrecht. TNO Preventie en Gezondheid/Landelijke Vereniging voor GGD'en, 1998.
- TNO98 Onderzoeksvoorstel Toegankelijkheid voor illegalen van de Nederlandse gezondheidszorg. Leiden. TNO-PG, 12 oktober 1998.
- TK94/95 Tweede Kamer der Staten-Generaal. Wetsontwerp Koppelingswet. Tweede Kamer, 1994-1995, 24233, nrs. 1-3 +A.
- VEE97a Veen J. Tuberculose. In: Meer J van der, Schouten JSAG (red.). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. Deel V. Effecten van zorg, Bilthoven/Maarssen, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/Elsevier/De Tijdstroom, 1997, 41-63.
- VEE97b Veen J. Tuberculose. In: Maas IAM, Gijsen R, Lobbezoo IE, Poos MJJC (red.). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. Deel I. De gezondheidstoestand: een actualisering. Bilthoven/Maarssen, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/Elsevier/De Tijdstroom, 1997, 145-159.
- VEL91 Velden J van der, Bakker DH de, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1991.
- VER98 Verheij RA, Reijneveld SA, Bakker DH de. Identificatie van stedelijke achterstandsgebieden. Evaluatie van een systematiek voor de verdeling van extra middelen aan huisartsen. Utrecht/Leiden, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)/TNO Preventie en Gezondheid, 1998.
- V&W96 Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap. Zorg aan illegalen. Notitie en standpunt van de Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap, Utrecht, VVW, 1996.
- VWS90 Ministerie VWS. Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (incl. wijzigingen). Nederlandse Staatswetten. Editie Schuurman & Jordens. Zwolle. W.E.J. Tjeenk Willink, 1994, 437-486.
- VWS95 Ministerie VWS. Nota Gezond en Wel. Rijswijk, 1995.
- VWS97a Ministerie VWS. Nota infectieziektenbestrijding, Rijswijk, 1997
- VWS97b Ministerie VWS. Brief aan de NVGGZ, LVGGD, VNG, LHV en Vaste Commissie voor VWS van de Tweede Kamer, getiteld 'Basistekst voorlichting illegalenfonds'. Rijswijk, Ministerie VWS, 14 februari 1997.
- VWS97c Ministerie VWS. Infectieziektenwet (inclusief Memorie van Toelichting). Rijswijk, 1997.

- VWS99 Ministerie VWS. Brief aan de Tweede Kamer, getiteld 'Vluchtelingenbeleid', Den Haag, Ministerie VWS, TK 19637, nr. 428, 17 maart 1999.
- WAL96 Wal MF van der, Weert-Waltman ML van, Reijneveld SA. Doodsoorzaken van in het buitenland overleden Amsterdamse kinderen, 1982-1993; mogelijkheden voor preventie. Ned Tijdschr Geneeskd 1996, 140, 777-781.

Met dank aan dr. S.A. Reijneveld (TNO-PG) voor zijn kritisch commentaar op een eerdere versie van dit rapport .

Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
DIA	Dienst Informatie en Analyse
GVM	Directie Geestelijke gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke
GGD	Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst
JGZ	Jeugd Gezondheidszorg
KNCV	Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot Bestrijding der Tuberculose
LVGGD	Landelijke Vereniging van GGD-en
NIVEL	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SOA	Sexueel overdraagbare aandoeningen
TBC	Tuberculose
TNO-PG	Nederlandse Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek - Preventieve en Gezondheid
VTV	Voksgezondheid Toekomst Verkenning
V&W	Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Bijlage 1: Plaats van de vraagstelling

Hieronder worden een aantal vragen opgesomd die in de discussie rond de gezondheidszorg en gezondheidsproblematiek van illegalen vaak worden gesteld. In dit rapport staan de laatste twee vragen op de voorgrond.

1. Hoeveel kost de gezondheidszorg voor illegalen en is de gezondheidszorg voor illegalen betaalbaar?
2. Leveren sommige zorgvoorzieningen een relatief groot aandeel in de betaalde of onbetaalde zorg voor illegalen?
3. Welke (besmettelijke) ziekten nemen illegalen met zich mee die een bedreiging vormen voor de volksgezondheid en tot kleine of grotere epidemieën of tot gevaar voor derden of overlast kunnen leiden?
4. Is de toegankelijkheid van de zorg voor illegalen gewaarborgd zoals verplicht is volgens door Nederland ondertekende internationale verdragen?
5. Is de toegankelijkheid van de zorg ook in ruimere zin dan volgens de verdragen is vereist gewaarborgd, omdat - al naar gelang partijpolitieke en persoonlijke overtuigingen - op humanitaire gronden illegalen alle zorg behoren te krijgen die zij nodig hebben?
6. Zijn er voor illegalen speciale maatregelen binnen zorgvoorzieningen nodig omdat zij vanwege hun specifieke gezondheidsproblemen of andere redenen specifieke zorg vereisen?
7. Op welke wijze is de gezondheidstoestand van illegalen (ook door maatregelen buiten de gezondheidszorg) te verbeteren?

Bijlage 2: Soorten kwantitatieve epidemiologische beschrijvingen

Deze bijlage geeft een overzicht van kwantitatieve epidemiologische maten waarmee de gezondheidstoestand van illegalen beschreven kan worden. Daaruit wordt duidelijk dat met een algemeen verzoek om de gezondheidstoestand van illegalen te beschrijven nog onduidelijk blijft welke gegevens en met welke diepgang verzameld moeten worden.

De epidemiologische maten in de bovenste rijen van de tabel vereisen de minste informatie. Ze zijn het gemakkelijkst te verzamelen, maar daardoor vaak ook minder bruikbaar. Echter, als er nog geen gegevens zijn, vormt dit vaak wel de eerste stap.

In de praktijk van het illegalen onderzoek komt men vaak niet verder dan de eerste vijf lagen, terwijl voor de inschatting van de gezondheidstoestand zelf volgens de normen die voor de algemene bevolking gelden niveau 9 vereist is.

Epidemiologische maat

1. het absolute aantal illegale patiënten in een zorgvoorziening in een bepaalde gemeente.
2. de sociaal-demografische samenstelling van de illegale patiënten met een bepaalde ziekte in een bepaalde zorgvoorziening in een bepaalde gemeente
3. schatting van het absolute aantal illegale patiënten met een bepaalde ziekte in een bepaalde gemeentes.
4. schatting van het absolute aantal illegale patiënten met een bepaalde ziekte in heel Nederland.
5. het aandeel van illegalen in het totale aantal patiënten met een bepaalde ziekte in Nederland.
6. het risico op ziekte .. onder illegalen.
7. omvang van een bepaalde ziekte in de algemene bevolking van Nederland.
8. het relatieve risico op een bepaalde ziekte onder de algemene bevolking
9. het relatieve risico op een bepaalde ziekte onder illegalen vergeleken met de algemene bevolking

Epidemiologische beschrijving

1. in de registratie van zorgvoorziening .. in gemeente .. zijn in het jaar illegalen gevonden met ziekte ...
2. van de illegale patiënten met ziekte .. in zorgvoorziening .. in de gemeente .. zijn er .. vrouwen en .. mannen in leeftijdsgroep ...
3. er zijn in het jaar illegalen met ziekte .. in gemeente .. geconstateerd.
4. er zijn jaarlijks .. illegalen bij wie in heel Nederland ziekte .. wordt vastgesteld.
5. illegale maken ..% van het totaal aantal patiënten met ziekte .. per jaar.
6. per jaar wordt in ..% van de illegalen in Nederland ziekte .. vastgesteld.
7. per jaar worden bij .. mensen in Nederland ziekte .. vastgesteld.
8. per jaar wordt in % van de bevolking in Nederland tuberculose vastgesteld
9. de kans op ziekte .. is onder illegalen .. maal zo groot als onder de algemene bevolking

Bijlage 3: Schatting van aantal en sociaal-demografische samenstelling illegalen

Tabel: Resultaten van de schatting van het aantal illegalen vreemdelingen in de vier grote steden, exclusief West- en Oost-Europeanen (van der Leun et al, 1998).

	Absolute aantallen					Percentages				
	A'dam	R'dam	Den Haag	Utrecht	Totaal	A'dam	R'dam	Den Haag	Utrecht	Totaal
<i>Leeftijd</i>										
<20	2226	1639	1005	331	5201	12,5	14,8	11,9	12,4	13,0
21-30	7330	4758	2930	973	15991	41,0	43,0	34,8	36,3	39,9
31-40	5395	2833	2135	718	11081	30,2	25,6	25,3	26,8	27,7
41-50	2653	1568	875	555	5651	14,8	14,2	10,4	20,7	14,1
>51	141	150	259	62	612	0,8	1,4	3,1	2,3	1,5
Onbekend	130	121	1222	38	1511	0,7	1,1	14,5	1,4	3,8
Totaal	17875	11069	8426	2677	40047	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Geslacht</i>										
Man	13924	7493	6650	2150	30217	77,9	67,7	78,9	80,3	75,5
Vrouw	256	3575	1776	527	6134	1,4	32,3	21,1	19,7	15,3
Onbekend	3695	0	0	0	3695	20,7	0,0	0,0	0,0	9,2
Totaal	17875	11068	8426	2677	40046	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Land van herkomst</i>										
Turkije	6088	2237	2819	854	11998	34,1	20,2	33,5	31,9	30,0
Noord-Afrika	2052	2809	863	395	6119	11,5	25,4	10,2	14,8	15,3
Rest Afrika	1719	1131	1412	320	4582	9,6	10,2	16,8	12,0	11,4
Suriname	4129	2960	661	447	8197	23,1	26,7	7,8	16,7	20,5
Azie	2758	1311	2122	520	6711	15,4	11,8	25,2	19,4	16,8
Zuid-Amerika	1034	451	506	122	2113	5,8	4,1	6,0	4,6	5,3
Onbekend	95	170	43	19	327	0,5	1,5	0,5	0,7	0,8
Totaal	17875	11069	8426	2677	40047	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Bijlage 4: Vergelijking morbiditeitspatroon van illegalen/onverzekerden en de algemene bevolking in registraties van huisartsenconsulten.

In deze bijlage wordt allereerst een vergelijking gemaakt van de manier waarop het morbiditeitspatroon in huisartsenonderzoeken onder onverzekerden en/of illegalen en in huisartsenonderzoek onder de landelijke bevolking wordt vastgesteld. Daarna worden enkele oriënterende inhoudelijke uitkomsten gepresenteerd. De achterliggende vraag is of op grond van het tot nu toe verrichte onderzoek enige indruk te verkrijgen is of illegalen voor een *ander* patroon van gezondheidsklachten en ziekten de huisarts consulteren dan de algemene bevolking.

Vergelijking van de opzet van de onderzoeken

De onderzoeken worden vergeleken op de volgende punten: opzet (registratie of enquête), gebruikte epidemiologische maat (hebben de gepresenteerde gegevens betrekking op eerste consulten (incidentie) of alle consulten), ziekte-classificatie (ICPC of ICD), en de presentatievorm van de uitkomsten (volgorde, samenvoegingen en naamgeving van ziekten).

In het NIVEL-onderzoek heeft een landelijke steekproef van huisartsen drie maanden lang de aan de huisarts gepresenteerde problemen van de algemene bevolking geregistreerd en deze gecodeerd volgens de ICPC-classificatie (met presentatie in ICPC-hoofdstukken). Voor ons doel vormen de incidentie ziektegevallen, dat wil zeggen het aantal eerste consulten waarin patiënten voor een bepaald probleem de huisarts raadplegen, het beste uitgangspunt om een vergelijking te maken (VEL91).

In Amsterdam zijn in de drie meewerkende huisartspraktijken alle consulten met onverzekerden geregistreerd en ingedeeld volgens de ICPC-hoofdgroepen. De presentatievolgorde en naamgeving zijn echter deels anders dan in het NIVEL-onderzoek, en de categorieën 'verrichtingen' en 'alternatieve geneeswijzen' zijn toegevoegd (ERK98).

In Den Haag zijn in de vier meewerkende huisartspraktijken (8 huisartsen) de contacten van illegale onverzekerden geregistreerd en zijn deze gecodeerd volgens de ICPC-hoofdgroepen. In de presentatie zijn een aantal hoofdgroepen samengenomen (psychosociaal, algemeen, meerdere diagnoses en diversen), zijn enkele probleemgroepen op een lager niveau gepresenteerd (SOA) en is de naamgeving soms afwijkend. De presentatie beperkt zich tot de eerste contacten die de huisarts met een patiënt had in een periode van 6 maanden (MAA98).

In Rotterdam is in de huisartsen-enquête aan alle huisartsen gevraagd hoe vaak illegalen de afgelopen 12 maanden het spreekuur bezochten. Hen werd een lijst voorgelegd met de 17 hoofdgroepen van gezondheidsproblemen uit de ICD-classificatie, waarbij zij per hoofdgroep drie antwoordmogelijkheden werden voorgelegd (nooit, soms, en vaak) waaruit zij per groep van ziekten moesten kiezen (LIE94).

In Utrecht is dezelfde procedure en vraagstelling gehanteerd als in Rotterdam behalve dat de drie antwoordmogelijkheden verschilden: nooit, minder dan één keer per maand, en meer dan één keer per maand. In de presentatie van de resultaten is bovendien anders dan in

het Rotterdamse onderzoek niet de ICD-volgorde, maar de frequentievolgorde van de gezondheidsproblemen gebruikt (EPE97).

Uit dit overzicht wordt duidelijk dat een directe vergelijking van de verschillende studies onmogelijk is door verschillen in onderzoeksopzet, onderzoeksgroepen, vraagstellingen, classificaties, epidemiologische maten en presentatievormen. Dit wordt nog versterkt door de variatie in resultaten tussen verschillende jaren. Zo werd in de drie Amsterdamse huisartspraktijken in 1996 in 10% van de consulten huidandoeningen vastgesteld, terwijl dat percentage het jaar daarvoor 20% bedroeg (ERK98).

Resultaten

De beschikbare en bewerkte gegevens van de vijf studies zijn vermeld in onderstaande tabel.

Tabel: Gezondheidsklachten onverzekerden en/of illegalen volgens huisartsenonderzoeken verricht door GGD-en vergeleken met een onderzoek onder de landelijke bevolking

Nationale Studie (VEL91, p.46) 102 huisartspraktijken algemene bevolking consultregistratie ICPC			Amsterdam (ERK98, p.80) drie huisartspraktijken* onverzekerden consultregistratie ICPC			Den Haag (MAA98) vier huisartspraktijken illegale onverzekerden consultregistratie ICPC		
	<i>incidentie per 1.000 patiënten</i>	<i>relatief aandeel</i>		<i>aantal consulten</i>	<i>%</i>		<i>aantal eerste consulten</i>	<i>%</i>
algemeen	33,6	7,4	algemeen	6	4,2	diversen	20	22,5
bloed	4	0,9	bloed	0	0,0	luchtwegen	9	10,1
maag/darm	36,9	8,1	spijsvertering	12	8,4	huid	9	10,1
oog	15,7	3,5	zenuwstelsel	12	8,4	zwangerschap	9	10,1
oor	25,5	5,6	psychisch	1	0,7	maag/darm	6	6,7
hartvaat	16,8	3,7	alcohol/drugs	0	0,0	hart	6	6,7
bewegings- apparaat	81,1	17,9	luchtwegen	22	15,4	urinewegen	5	5,6
zenuwstelsel	10	2,2	huid	15	10,5	oog	5	5,6
psyche	22,6	5,0	endocrien	8	5,6	SOA	5	5,6
ademhaling	84,5	18,6	urogenitaal	24	16,8	traumata	5	5,6
huid	64,8	14,3	zwangerschap	4	2,8	vrouwelijke geslachts- organen	4	4,5
endocrien	4,9	1,1	sociaal	0	0,0	hormonaal	3	3,4
urinewegen	14,4	3,2	bewegings- apparaat	4	2,8	spieren en gewrichten (incl. neuro- logie).	3	3,4
zwangerschap	12,8	2,8	hart verrichtingen	8	5,6			
vrouwelijke geslachts- organen	16,2	3,6		21	14,7			
mannelijke geslachts- organen	3,5	0,8	alternatieve geneeswijzen	0	0,0			
sociale problemen	7	1,5	onbekend	6	4,2			
Totaal	454,3	100		143	100,0		89	100,0

* exclusief Kruispost en Witte Jas

Vervolg tabel: Gezondheidsklachten onverzekerden en/of illegalen volgens huisartsenonderzoeken verricht door GGD-en vergeleken met een onderzoek onder de landelijke bevolking

	Rotterdam (LIE94, p.58) enquête alle huisartsen (respons 55%, n=141 ICD-9 aantal huisartsen			Utrecht (EPE97, p.78) enquête alle huisartspraktijken respons 64%, n=72 ICD-9 aantal huisartsen*	
	% vaak	% soms	% beide		% ooit*
infectieziekten	20	29	49	16	72,7
nieuwvormingen	0	6	6	4	18,2
endocrien	1	10	11	3	13,6
bloed	1	12	13	4	18,2
psychisch	12	32	44	17	77,3
zenuwstelsel	1	15	16	9	40,9
hart	1	20	21	8	36,4
ademhaling	11	42	53	16	72,7
spijsvertering	8	36	44	18	81,8
urogenitaal	4	31	35	14	63,6
zwangerschap	1	26	27	8	36,4
huid	5	29	34	8	36,4
bewegingsstelsel	9	26	35	12	54,5
congenitaal	0	4	4	2	9,1
perinataal	0	5	5	1	4,5
symptomen	12	28	40	13	59,1
ongevallen	1	16	17	8	36,4
				Totaal	22
					100,0

* met minstens 1 contact in 12 maanden

Ondanks al de genoemde problemen is een oriënterende poging gewaagd een vergelijking te maken van het *relatieve aandeel van enkele ziektegroepen in het aantal eerste (resp. alle) consulten* zoals deze in de huisartspraktijken onder onverzekerden en/of illegalen en de algemene bevolking is vastgesteld. De vergelijking beperkt zich tot de Nationale Studie aan de ene en het Amsterdamse en Haagse onderzoek aan de andere kant, omdat in deze onderzoeken (in de verte) nog enigszins vergelijkbaar is geregistreerd, geanalyseerd en gerapporteerd. Gekozen is voor de drie ziektegroepen die in de drie Amsterdamse huisartspraktijken het meest onder onverzekerden en/of illegalen werden vastgesteld (urinewegen, luchtwegen en huid). Daarna is nog gekeken naar hart/vaatziekten en zwangerschap.

Als in de tabel een vergelijking wordt gemaakt van het relatieve aandeel van deze drie diagnosegroepen, blijkt dat er in de 'onverzekerden/illegalenregistraties' géén sterk afwijkende percentages worden gevonden in vergelijking met de landelijke registratie van de algemene bevolking. Het relatief aandeel van luchtwegaandoeningen in de landelijke 'incidentie'-consulten bedroeg 19%. In het Amsterdamse onverzekerden-onderzoek bedroeg het aandeel van luchtwegaandoeningen 15% van alle huisartsconsulten met onverzekerden. In het Haagse illegalen-onderzoek bedroeg het aandeel van luchtwegaandoeningen 10% van alle eerste contacten van huisartsen met onverzekerden illegalen. Bij huidklachten zijn de drie

respectievelijke percentages 14%, 10% en 10%. Bij klachten van de urinewegen zijn de percentages nog het meest verschillend: 3%, 17% en 6%.

Het aandeel van hart/vaatziekten in de landelijke 'incidentie'-consulten bedroeg 4%, in het Amsterdamse onverzekerden-onderzoek 6% en in het Haagse illegalen-onderzoek 7% van de huisartsconsulten in de betrokken huisartspraktijken. Dit zijn geen grote verschillen.

Het aandeel van zwangerschappen in de 'incidentie'-consulten van de algemene bevolking bedroeg 3%. In het Amsterdamse onverzekerden-onderzoek werd hetzelfde percentage (3%) gevonden. In het Haagse onderzoek onder illegale onverzekerden was het percentage duidelijk hoger, namelijk 10% van de huisartsconsulten in de betrokken huisartspraktijken.

Vanwege de al vermelde methodologische problemen en het feit dat de twee besproken onderzoeken zeer kleine aantallen onverzekerden en/of illegalen betreffen, mogen aan deze vergelijking echter géén inhoudelijke conclusies worden verbonden. Ook is het niet verantwoord om op basis van deze gegevens de beschrijvingen in de literatuur dat "de gezondheidsproblemen van illegalen hetzij van acute aard (infectieziekten, ongevallen, huidziekten, psychische decompensatie), hetzij van psychosomatische aard zijn en dat het morbiditeitspatroon daarmee afwijkt van het patroon van de Nederlandse bevolking in het algemeen, dat gekenmerkt wordt door aandoeningen van vooral chronische aard" (V&W96, BRO97), te bevestigen of te ontkennen.