

Gezondheidsklachten van illegalen

**Een landelijk onderzoek onder huisartsen
en Spoedeisende Hulpafdelingen**

M. van Oort
I. Kulu Glasgow
M. Weide
D. de Bakker

Utrecht, 2001

Nivel, Drieharingstraat 6, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

ISBN 90-6905-536-8

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Nivel te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
1 Inleiding	7
1.1 Inleiding	7
1.2 Aanleiding en doel van het onderzoek	7
1.3 Samenvatting van de onderzoeksresultaten van de eerste fase	9
1.4 Aanleiding en uitwerking van de vraagstellingen van het onderzoek	10
1.5 Opbouw van het rapport	13
2 Methoden	15
2.1 Werving	15
2.1.1 Werving van huisartsen en Spoedeisende Hulpafdelingen	15
2.1.2 Inclusiecriteria van patiënten	16
2.1.3 Vergelijking van onderzoeksgegevens met referentiegegevens	17
2.2 De registratieformulieren	18
2.3 Respons	21
2.4 Codering en categorisering van gegevens	25
2.5 Analyse van gegevens	26
3 Contactregistratie: huisartsen	27
3.1 Inleiding	27
3.2 Patiëntgegevens	27
3.3 Consultkenmerken	29
3.4 Contactredenen voor het bezoek aan de huisarts en gestelde diagnose	30
3.5 Ernst en aard van de klacht	34
3.6 Therapeutische en diagnostische interventies	38
3.7 Bijzonderheden en verzwarende omstandigheden	40
3.8 Samenvatting	41
4 Resultaten: Spoedeisende Hulpafdelingen	43
4.1 Inleiding	43
4.2 Patiëntgegevens	43
4.3 Redenen voor het bezoeken van de Spoedeisende Hulpafdelingen	45
4.4 Therapeutische en diagnostische verrichtingen	51
4.5 Bijzonderheden en verzwarende omstandigheden	53
4.6 Samenvatting	53

5	Samenvatting en conclusies	55
5.1	Inleiding	55
5.2	Doel van het onderzoek	55
5.3	Uitkomsten	56
5.4	Beschouwing	58
5.5	Conclusies en aanbevelingen voor onderzoek	61

	LITERATUUR	63
--	-------------------	-----------

BIJLAGEN

1.	Registratieformulier huisarts	65
2.	Registratieformulier Spoedeisende Hulpafdelingen	67
3.	Registratieformulier voor reguliere patiëntencontacten	69
4.	Registratieformulier voor Haagse huisartsen ten behoeve van declaraties	71
5.	Verificatiegegevens verkregen van de GGD Den Haag	73

Voorwoord

Met de invoering van de zogenoemde 'Koppelingswet' per 1 juli 1998, is het recht op collectieve verzekeringen gekoppeld aan de verblijfsrechtelijke status. Illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen zijn sindsdien niet meer verzekerd tegen ziektekosten. In gevallen waar hulp 'medisch noodzakelijk' is, hebben illegalen wél recht om eventueel kosteloos gebruik te maken van medische voorzieningen. Nochtans kan de onverzekerde status van de illegalen en onduidelijkheden over wat 'medisch noodzakelijk' is, een belangrijke drempel zijn voor de toegang van illegalen tot gezondheidszorgvoorzieningen. Verondersteld kan worden dat illegalen, meer dan andere patiënten, eerst zullen proberen hun gezondheidsklachten zelf op te lossen, voordat ze naar de hulpverleners stappen. Echter ontbreken hierover concrete gegevens. In feite is het dus niet goed mogelijk op basis van de onderzoeken die tot nu toe zijn uitgevoerd over de gezondheidssituatie van illegalen duidelijke uitspraken te doen. Doel van dit onderzoek is daarom een beeld te schetsen van de aard en de ernst van de klachten waarmee illegalen naar de huisartsen en Spoedeisende Hulpafdelingen van ziekenhuizen gaan en de daaraan gerelateerde zorgverlening die zij ontvangen. Het rapport is gebaseerd op de gegevens die huisartsen en medewerkers van Spoedeisende Hulpafdelingen registreerden van deze groep patiënten op speciaal hiervoor ontwikkelde formulieren. Dit rapport is een vervolg op het rapport dat in december 2000 is verschenen waarin is ingegaan op de toegankelijkheid van en knelpunten in de gezondheidszorg voor illegalen na de invoering van de Koppelingswet.

Het Nivel, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg heeft dit onderzoek uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ten behoeve van het onderzoek is een begeleidingscommissie samengesteld die bestaat uit:

- Dhr. drs. F. Clabbers, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- Dhr. dr. H. Verkleij, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu;
- Dhr. F. de Voeght, Hoofd Spoedeisende Hulpafdeling, Medisch Centrum Haaglanden, Locatie Westeinde;
- Mw. M. drs. van den Muijsenbergh, huisarts.

Wij willen hen op deze plaats bedanken voor hun deskundige en kritische begeleiding van het onderzoek. Wij willen ook de heer T. Stam van de Stichting Koppeling bedanken voor zijn bijdrage aan Hoofdstuk 1 van dit rapport. Daarnaast willen wij de huisartsen en de hoofden en medewerkers van Spoedeisende Hulpafdelingen die aan dit onderzoek meededen bedanken voor hun inzet. Zonder hen was dit onderzoek niet mogelijk geweest.

Utrecht, augustus 2001

Maureen van Oort
Isik Kulu Glasgow
Marga Weide
Dinny de Bakker

1 Inleiding

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt in paragraaf 1.2 ingegaan op de aanleiding en doel van het onderzoek 'Gezondheidsklachten van illegalen en knelpunten in de zorg'. Het gehele onderzoek is in twee delen onderverdeeld. In fase I is de toegankelijkheid van de zorg voor illegalen (beleid zorgverleners bij aanmelding en zorgverlening) en de knelpunten die zich bij de zorgverlening voordoen (inhoudelijk en financieel) onderzocht. Het rapport hiervan met als titel 'Illegalen aan de poort van de gezondheidszorg' is in december 2000 verschenen. In fase II zijn de gezondheidsproblemen van illegalen onderzocht; de resultaten daarvan zijn in het onderhavige rapport weergegeven. Het rapport is gebaseerd op contactregistraties van huisartsen en medewerkers van Spoedeisende Hulpafdelingen met illegalen. De aanleiding en het doel van het onderhavige onderzoek wordt in paragraaf 1.2 beschreven. Om de lezer enig inzicht te geven in de achtergronden van het onderzoek wordt in paragraaf 1.3 een samenvatting gegeven van de eerste fase van het onderzoek alvorens verder ingegaan wordt op fase II. In paragraaf 1.4 worden de vraagstellingen van het onderzoek uitgewerkt.

1.2 Aanleiding en doel van het onderzoek

Om verschillende redenen komen buitenlanders naar Nederland om zich tijdelijk of blijvend hier te vestigen. Hun motieven zijn van sociaal-economische, politieke of humanitaire aard. Gezinshereniging, gezinsvorming en asielaanvraag scoren het hoogst (Reijneveld en Van Hertem, 2000; Estveld et al. 1995).

Volgens de Nederlandse Vreemdelingenwet moet elke vreemdeling (dat wil zeggen iemand die niet de Nederlandse nationaliteit heeft), ongeacht de reden en de verblijfsduur, een geldig visum of een verblijfsvergunning hebben om in Nederland legaal te kunnen verblijven.

Volgens een algemene definitie is iedereen illegaal die langer dan drie maanden in Nederland verblijft zonder een geldige verblijfsvergunning. Tot deze groep behoren onder meer illegale arbeidsmigranten, afgewezen asielzoekers en mensen die zich hier bij hun familie hebben gevoegd, terwijl ze geen (recht op een) verblijfsvergunning hebben (Kruyswijk & Hoekstra, 1995). De groep is zeer heterogeen en bestaat zowel uit mensen met een uitgebreid sociaal netwerk die een relatief geïntegreerd bestaan leiden, als uit mensen die zich in de marge van de samenleving bevinden.

Zowel omvang als samenstelling van deze groep zijn onbekend. Schattingen met betrekking tot de omvang lopen uiteen van 50.000 tot 200.000 (Verkleij, 1999). Volgens 'grove' schattingen woont bijna de helft van de illegalen in de vier grote steden (Verkleij, 1999). Tussen de 75% en 85% zijn mannen (Van der Leun et al., 1998). Ook op schattingen berust dat rond de 70% van de illegalen tot de leeftijdsgroep 20 tot 40 jaar behoort, en dat 30% uit Turkije, 15% uit Noord Afrika en 20% uit Suriname afkomstig is (Van der Leun et al., 1998).

Het 'illegalenvraagstuk' staat al jaren op de politieke agenda. De politieke discussies gaan vooral over de striktheid van het toelatingsbeleid. De overheid wil de komst en de aanwezigheid van illegalen in de Nederlandse samenleving ontmoedigen. Per 1 juli 1998 is de wijziging van de vreemdelingenwet (1 april 2001 opnieuw gewijzigd) en enige andere wetten van kracht geworden. Deze wet koppelt het recht op collectieve voorzieningen aan de verblijfsrechtelijke status van vreemdelingen en is bekend als de 'Koppelingswet'. Door invoering van deze Koppelingswet zijn illegalen in principe uitgesloten van collectieve voorzieningen op het gebied van arbeid en sociale zekerheid, waaronder de ziektekostenverzekering (ziekenfonds en AWBZ [Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten]). Zij kunnen echter nog altijd een beroep doen op hulpverlening vanuit de gezondheidszorg wanneer er sprake is van 'medisch noodzakelijke zorg' (VWS, 1995). Tot deze 'medisch noodzakelijke zorg' behoort in ieder geval:

- S** zorg in geval van levensbedreiging of verlies van essentiële functies;
- S** zorg waarin zich een gevaar voordoet voor derden, zoals bij infectieziekten of psychische stoornissen die gepaard gaan met agressief gedrag;
- S** zorg voor en tijdens de geboorte;
- S** preventieve jeugdgezondheidszorg en vaccinaties (VWS, 1997).

In de toelichting bij de Koppelingswet wordt de vraag of zorg 'medisch noodzakelijk' is aan het oordeel van de arts overgelaten. Artsen en hulpverleners beschikken over deskundigheid om deze beoordeling uit te voeren. Humanitaire, ethische en verdragsrechtelijke gronden verplichten tot het verlenen van 'medisch noodzakelijke zorg' (VWS, 1999). Artsen en hulpverleners in de eerstelijnszorg, maar ook instellingen die vanuit de AWBZ worden gefinancierd, die 'medisch noodzakelijke' zorg hebben verleend aan illegale patiënten kunnen een beroep doen op de Regeling Stichting Koppeling (ook wel Koppelingsfonds of Illegalenfonds genoemd) voor een financiële vergoedingen (Stichting Koppeling, 1998).

Door het ontbreken van een adequate verzekering tegen ziektekosten, bestaat er voor illegalen een drempel om van de reguliere gezondheidszorg gebruik te maken. Een problematische toegang tot de reguliere gezondheidszorg kan voor illegalen belangrijke gezondheidsrisico's inhouden. Daarnaast bestaat er ook een gezondheidsrisico voor de algemene bevolking, bijvoorbeeld als er sprake zou zijn van verspreiding van infectieziekten die niet op tijd onderkend worden (V&W, 1996). Het is daarom van belang vast te stellen of er inderdaad sprake is van een gebrekkige toegang tot de gezondheidszorg. Huisartsen, Spoedeisende Hulpafdelingen van ziekenhuizen en verloskundigen leveren zorg aan de 'poort' van het gezondheidszorg-systeem. De huisarts is veelal de eerste zorgverlener waar een patiënt contact mee heeft. Voor acute hulp kan men echter ook rechtstreeks naar de Spoedeisende Hulpafdeling gaan. Zwangere vrouwen, tenslotte, kunnen via de huisarts naar een verloskundige verwezen worden, maar hier ook rechtstreeks contact mee zoeken. De eerste contacten van illegalen met de reguliere gezondheidszorg vinden dus voornamelijk via deze drie lijnen plaats.

In het kader van de evaluatie van deze Koppelingswet heeft het Ministerie van VWS het Nivel gevraagd een onderzoek uit te voeren waarin een **landelijk** beeld wordt geschetst van:

- 1) de toegankelijkheid van de zorg voor illegalen en de mogelijke knelpunten daarin, en
- 2) de gezondheidsproblemen bij deze groep.

De toegankelijkheid van de zorg alsmede de knelpunten daarin stonden centraal in de eerste fase van het onderzoek. Deze eerste fase is inmiddels afgesloten. In de tweede fase, waarvan het voorliggende rapport verslag doet, staan de gezondheidsproblemen van illegalen centraal. Alvorens wordt ingegaan op de tweede fase, worden eerst de resultaten van de eerste fase samengevat.

1.3 Samenvatting van de onderzoeksresultaten van de eerste fase

Om vast te stellen of hulpverleners knelpunten ervaren in de hulpverlening aan onverzekerde illegalen en wat de rol van de Koppelingswet is bij deze knelpunten heeft het Nivel in opdracht van het ministerie van VWS een onderzoek uitgevoerd onder huisartsen, verloskundigen en Spoedeisende Hulpafdelingen. Ook is hierbij de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor illegalen onderzocht. De resultaten zijn verschenen in het rapport: Illegalen aan de 'poort' van de gezondheidszorg. Voor dit onderzoek werden schriftelijke enquêtes gehouden onder de bovengenoemde hulpverleners. De enquête werd ingevuld door landelijk representatieve groepen van 245 huisartsen, 110 verloskundigen en 72 Spoedeisende Hulpafdelingen (waarbij de enquête door het hoofd van de afdeling werd ingevuld). In deze paragraaf worden de uitkomsten van de eerste fase van het onderzoek besproken.

Frequentie van illegalen aan de 'poort'

De cliëntenpopulatie van huisartsen, verloskundigen en de bezoekerspopulatie van Spoedeisende Hulpafdelingen met betrekking tot onverzekerden en illegalen (asielzoekers/vluchtelingen) varieert sterk. Bij al deze groepen hulpverleners zien we dat de percentages van de bezoeken door illegalen, asielzoekers/vluchtelingen in stedelijke gebieden met veel allochtonen gemiddeld veel hoger liggen. Van alle ondervraagde huisartsen zegt 15% illegalen in de praktijk te hebben; iets meer huisartsen (16%) zeggen onverzekerden in de praktijk te hebben. Een veel groter deel van de praktijken heeft asielzoekers/vluchtelingen (67%) in de praktijk. Meestal is het percentage van de praktijkpopulatie van deze afzonderlijke groepen minder dan 2%. Voor onverzekerden en asielzoekers/vluchtelingen liggen deze percentages op respectievelijk 4% en 20%. Uit een vergelijking tussen het onderhavige onderzoek met een landelijk onderzoek dat in 1997 onder huisartsen werd uitgevoerd lijkt het erop dat sinds 1997 de frequentie van contacten van illegalen met huisartsen is toegenomen (Verkleij et al, 1998; Reijneveld en Van Herten, 2000). Van de verloskundigen heeft een kwart illegalen in de praktijk (gehad). Bijna één op de tien zegt dat meer dan 2% van hun cliënten illegaal is. Veel meer verloskundigen (80%) hebben asielzoekers/vluchtelingen in de praktijkpopulatie. De meeste hoofden van Spoedeisende Hulpafdelingen (60%) wisten niet of zij bezocht werden door illegale patiënten of dachten dat dit niet voorkwam. Naar schatting van de hoofden van Spoedeisende Hulpafdelingen die het wel wisten was 1% van de bezoekers van die afdeling illegaal. De variatie is groot van helemaal geen illegalen tot 10% van het aantal bezoekers. Van de verloskundigen en Spoedeisende Hulpafdelingen zijn geen onderzoeksresultaten beschikbaar waarmee kan worden vergeleken.

Hulpzoekgedrag van illegalen en sociale netwerken

Vaak komen illegale patiënten via familie of vrienden bij de huisarts, verloskundigen of Spoedeisende Hulpafdelingen terecht. Vaak ook wordt men vergezeld door de partner, een familielid of vriend. De meerderheid van de huisartsen, verloskundigen en hoofden van Spoedeisende Hulpafdelingen vindt de klachten van illegalen even ernstig als van andere patiënten.

Het beleid dat huisartsen, verloskundigen en Spoedeisende Hulpafdelingen voeren ten aanzien van hulp aan illegale patiënten

De meerderheid van de huisartsen (62%) en van de verloskundigen (90%) zegt illegalen te behandelen als elke andere patiënt/cliënt. De overige huisartsen/verloskundigen sturen illegalen door naar collega's of geven alleen noodzakelijke hulp. Redenen hiervoor zijn werklast en financiële overwegingen. Alle Spoedeisende Hulpafdelingen zeggen direct hulp te verlenen aan illegalen ongeacht of een vergoeding wordt gegarandeerd. Dit geldt volgens de meesten ook voor de nazorg. De grote meerderheid van de Spoedeisende Hulpafdelingen behandelt illegalen als elke andere patiënt.

Zorginhoudelijke en financiële knelpunten

Ruim de helft van de huisartsen en verloskundigen met illegalen in de praktijk ervaart problemen bij de hulpverlening aan illegalen. Meest genoemd zijn communicatieproblemen en financiële problemen. Ook wordt de extra werkdruk die het met zich meebrengt, de complexiteit van de door illegalen gepresenteerde gezondheidsproblemen en problemen bij de verwijzing naar de tweede lijn regelmatig genoemd. De meerderheid van de Spoedeisende Hulpafdelingen ervaart problemen in de zorg voor illegalen. Het gaat daarbij met name om communicatieproblemen. Financiële problemen, extra werkdruk en complexe gezondheidsproblemen worden ook genoemd.

Koppelingswet

De meeste hulpverleners zijn van mening dat de voorlichting rond de invoering van de Koppelingswet niet voldeed. Verschuivingen in de aantallen contacten met illegalen of verandering in de houding van hulpverleners in de zorgverlening door illegalen zijn er volgens de hulpverleners niet geweest.

Gezondheidsklachten bij illegale onverzekerde patiënten die een aan het onderhavige onderzoek deelnemende huisartsenpraktijk hebben bezocht

Aan de huisartsen is gevraagd hoe ernstig zij de klachten van illegalen vinden ten opzichte van reguliere patiënten. De meningen hierover zijn verdeeld. De meerderheid van de huisartsen (68%) vindt dat, naar hun ervaring, de gezondheidsklachten van de onverzekerde illegale patiënten even ernstig zijn als die van verzekerde legale patiënten. Bijna één op de vier huisartsen (23%) geeft echter aan dat de klachten van illegale patiënten ernstiger zijn. Volgens sommigen komt dit door uitstelgedrag. Zij vinden dat illegalen vaak te laat naar de huisarts komen, pas als het niet meer anders kan. Op basis van de gegevens uit de eerste fase (en op basis van ander onderzoek) is het niet mogelijk harde uitspraken te doen over de aard en ernst van de gezondheidsklachten van illegale patiënten; ten eerste gaat het om retrospectieve schattingen van hulpverleners. In het geval van de Spoedeisende Hulpafdelingen gaat het nog indirecter om de inschatting van afdelingshoofden die zelf geen direct contact met de patiënten hebben. Ten tweede zijn de meningen van deze hulpverleners over de aard en ernst van de klachten ook nog eens verdeeld.

Hoofconclusie is dat de gezondheidszorg redelijk toegankelijk is voor illegalen maar dit gaat gepaard met problemen in de communicatie en van financiële aard.

1.4 Aanleiding en uitwerking van de vraagstellingen van het onderzoek

Gebrek aan inzicht in de gezondheidsproblemen van illegalen

Over de gezondheidstoestand van illegale patiënten, als bepalende factor voor hun zorgbehoefte, is relatief weinig bekend (Reijneveld en Van Herten, 2000). Wat bekend is blijft vaak beperkt tot een schatting van het absolute aantal gepresenteerde klachten in een aantal zorgvoorzieningen in de grote steden. Daarnaast bestaat er een zeer globale indruk van het ziektepatroon en de ernst van de aandoeningen in vergelijking met de algemene bevolking (Verkleij, 1999). Landelijke cijfers zijn alleen maar beschikbaar over het voorkomen van tuberculose en van abortus provocatus bij ongewenste zwangerschap (Reijneveld en Van Herten, 2000; Verkleij, 1999). Er zijn wel resultaten bekend over gezondheidsklachten voortvloeiend uit een lokaal onderzoeksprogramma in de stad Rotterdam dat op 1 oktober 1993 werd gestart (Burgers en Engbersen, 1999). Uit dit onderzoek dat gebaseerd is op de informatieverstrekking van 141 in Rotterdam praktiserende huisartsen blijkt dat infectie- en parasitaire ziekten de meest voorkomende gezondheidsproblemen van illegalen zijn. Daarnaast wordt genoemd dat grofweg de helft van het aantal klachten waarmee illegalen naar het spreekuur komen in relatie staat met psychosociale oorzaken. Mogelijk zijn de gezondheidsklachten die illegalen presen-

teren bij huisartsen na invoering van de Koppelingswet veranderd. Over de gezondheidsklachten waarmee patiënten naar de Spoedeisende Hulpafdeling (SEH) gaan is tot dusver weinig bekend.

Uit de eerste fase van dit onderzoek kwam zoals in de voorgaande paragraaf bleek naar voren dat:

- S** huisartsen en hoofden van SEH-afdelingen de klachten van illegalen niet als duidelijk zwaarder of lichter ervaren dan die van andere patiënten;
- S** er in dit beeld sinds de Koppelingswet weinig is veranderd.

Het gaat hier echter om inschattingen van hulpverleners. Het doel van de tweede fase van het onderzoek is om hardere gegevens boven tafel te krijgen over de contacten van hulpverleners met illegale patiënten. Het onderzoek beperkt zich tot huisartsen en Spoedeisende Hulpafdelingen. De verloskundigen zijn in dit rapport overigens verder uit praktische overwegingen (geringe aantallen illegale patiënten per hulpverlener) buiten beschouwing gelaten.

Basale gegevens als leeftijd, geslacht en herkomst van illegale patiënten zijn niet of nauwelijks voor handen. De eerste vraag van het onderzoek richt zich daarom daarop. Aansluitend daarop wordt de vraag gesteld in hoeverre de samenstelling van illegale hulpzoekers afwijkt van die van doorsnee patiënten:

- 1a *'Hoe is de populatie illegale patiënten, die de huisarts/Spoedeisende Hulpafdeling bezoekt, sociaal-demografische samengesteld?'*
- 1b *'In hoeverre verschilt de samenstelling van illegale patiënten die de huisarts/Spoedeisende Hulpafdeling bezoeken met die van doorsnee bezoekers van de huisarts c.q. de Spoedeisende Hulp?'*

De tweede vraag richt zich op de aard van de door illegalen gepresenteerde gezondheidsproblemen. Hier is in feite nog niets over bekend. In vergelijking tot doorsnee hulpzoekenden is het interessant na te gaan of het patroon van gepresenteerde gezondheidsproblemen afwijkend is. Het is bijvoorbeeld vanuit het oogpunt van algemene volksgezondheid van belang om te weten of illegalen relatief vaak infectieziektes hebben.

- 2a *'Welke gezondheidsproblemen presenteren illegalen aan de huisarts/Spoedeisende Hulpafdeling?'*
- 2b *'In hoeverre verschilt de aard van de gezondheidsproblemen waarmee illegalen naar de huisarts/Spoedeisende Hulpafdeling gaan met die van doorsnee bezoekers van de huisarts c.q. de Spoedeisende Hulp?'*

Het feit dat illegalen in de meeste gevallen (behalve wanneer zij particulier verzekerd zijn wat haast niet voorkomt) niet verzekerd zijn tegen ziektekosten, heeft zoals hiervoor reeds aangegeven, mogelijk gevolgen voor hun toegang tot de zorg. Verondersteld kan worden dat illegalen, meer dan andere patiënten, eerst zullen proberen hun gezondheidsklachten zelf op te lossen, voordat ze naar de huisarts stappen. Financiële overwegingen en angst om het land uitgezet te worden kunnen redenen voor het 'zelf dokteren' zijn. Hierdoor kunnen illegalen het contact zoeken met de hulpverlening (te) lang uitstellen met mogelijk negatieve gevolgen voor de eigen gezondheid. Het is dus van belang om na te gaan in hoeverre men de gang naar de hulpverlening uitstelt dan wel dat men met ernstigere klachten komt.

Uit eerder onderzoek en ook uit de eerste fase van dit onderzoek komen weliswaar aanwijzingen naar voren dat dit het geval is, maar onderzoeken spreken elkaar op dit punt tegen (Den Brok et al., 1997). Deze uitspraken zijn echter niet gebaseerd op cijfers maar op inschattingen. De tweede fase van het onderzoek moet daar meer duidelijkheid over verschaffen. De volgende onderzoeksvraag vloeit hieruit voort:

3 *'Is er bij illegalen in vergelijking tot reguliere patiënten sprake van ernstigere klachten of van meer uitstellen van het invoeren van medische hulp?'*

In het algemeen kunnen we zeggen dat de uitsteluur bepaald wordt door de kenmerken van de patiënt en diens omgeving, kenmerken van de klacht en kenmerken van de arts en diens praktijkvoering (Neven, 1980). Uitsteluur kan gedefinieerd worden als de tijdsduur tussen het moment waarop men een gevoel van onwelzijn respectievelijk een ziekteverschijnsel voor het eerst waarneemt, en het moment waarop daarvoor de hulp van de huisarts (c.q. andere hulpverleners) wordt ingeroepen (Neven, 1980). In dit rapport zal worden bekeken of illegalen bij gezondheidsklachten langer wachten met het invoeren van medische hulpverlening dan de algemene bevolking. Een problematische toegang tot de reguliere gezondheidszorg kan voor illegalen belangrijke gezondheidsrisico's inhouden. Daarnaast bestaat er ook een gezondheidsrisico voor de algemene bevolking, bijvoorbeeld als er sprake zou zijn van verspreiding van infectieziekten die niet op tijd onderkend worden (V&W, 1996). Het is daarom van belang om vast te stellen of illegalen inderdaad uitstelgedrag vertonen bij het invoeren van medische hulp.

Hoewel uit kwalitatief onderzoek naar voren komt dat hulpverleners soms knelpunten ervaren in de zorgverlening aan illegalen (bijvoorbeeld bij het verwijzen), is niet duidelijk in hoeverre de zorgverlening zich daaraan aanpast. Onbekend is bijvoorbeeld of men gegeven de ernst van de problematiek minder snel verwijst omdat men problemen verderop vermoedt. Een sub-optimale zorgverlening aan illegalen kan mogelijk negatieve consequenties hebben voor hun gezondheidssituatie. De eerste fase van dit onderzoek geeft tegenstrijdige signalen. De meeste hulpverleners zeggen dezelfde zorg te bieden als aan iedere andere patiënt, maar aan de andere kant wordt geregeld aangegeven dat men afziet van een noodzakelijk geachte verwijzing omdat de patiënt (bijvoorbeeld uit angst voor uitzetting) dat niet wil of omdat men zelf problemen verwacht.

Bovenstaande leidt tot de volgende onderzoeksvragen:

- 4a *'Welke zorgverlening vindt plaats in contacten tussen illegale patiënten en hulpverleners?'*
- 4b *'In hoeverre verschilt de zorgverlening van hulpverleners aan illegalen van die aan de algemene bevolking?'*

Onderzoeksvragen

Puntsgewijs worden de gestelde onderzoeksvragen geresumeerd:

- 1a Hoe is de populatie illegale patiënten, die de huisarts/Spoedeisende Hulpafdeling bezoekt, sociaal-demografisch samengesteld?
- 1b In hoeverre verschilt de samenstelling van illegale patiënten die de huisarts/Spoedeisende Hulpafdeling bezoeken met die van doorsnee bezoekers van de huisarts c.q. de Spoedeisende Hulpafdeling?
- 2a Welke gezondheidsproblemen presenteren illegalen aan de huisarts/Spoedeisende Hulpafdeling?
- 2b In hoeverre verschilt de aard van de gezondheidsproblemen waarmee illegalen naar de huisarts/Spoedeisende Hulpafdeling gaan met die van doorsnee bezoekers van de huisarts c.q. de Spoedeisende Hulpafdeling?
- 3 Is er bij illegalen in vergelijking tot reguliere patiënten sprake van ernstigere klachten of van meer uitstellen van het invoeren van medische hulp?
- 4a Welke zorgverlening vindt plaats in contacten tussen illegale patiënten en hulpverleners?
- 4b In hoeverre verschilt de zorgverlening van hulpverleners aan illegalen van die aan de algemene bevolking?

1.5 Opbouw van het rapport

Dit rapport is gebaseerd op registratieformulieren die ingevuld zijn door huisartsen en medewerkers van Spoedeisende Hulpafdelingen naar aanleiding van contacten met illegalen. De methode van onderzoek staat centraal in hoofdstuk 2. In de hoofdstukken 3 en 4 wordt ingegaan op de resultaten van de contactgegevens van de illegale patiënten die door huisartsen en Spoedeisende Hulpafdelingen geregistreerd zijn op een registratieformulier. In het afsluitende hoofdstuk (hoofdstuk 5) worden de belangrijkste resultaten van dit onderzoek besproken.

2 Methoden

Het onderzoek richt zich op de registratie van gezondheidsklachten en zorgverlening aan illegalen in huisartsenpraktijken en op Spoedeisende Hulpafdelingen (SEH). Deze hulpverleners te weten, huisartsen en medewerkers van de Spoedeisende Hulpafdelingen registreerden de contacten met illegale onverzekerde patiënten. In dit hoofdstuk wordt er ingegaan op:

- S de werving van huisartsen en Spoedeisende Hulpafdelingen;
- S de registratieformulieren;
- S de respons;
- S de codering en categorisering van gegevens;
- S de referentiegegevens;
- S de vergelijking van gegevens;
- S de verwerking van de data.

2.1 Werving

2.1.1 Werving van huisartsen en Spoedeisende Hulpafdelingen

Huisartsen

De huisartsenpraktijken zijn op vier manieren geselecteerd. Ten eerste zijn huisartsenpraktijken benaderd via de 15 regionale samenwerkingsverbanden die in 1998 en 1999 een beroep hebben gedaan op het Koppelingsfonds. Deze samenwerkingsverbanden zijn landelijk gespreid. Daarnaast zijn huisartsen geselecteerd op basis van gegevens die zijn verkregen uit de enquête die gehouden is in de eerste fase van het onderzoek. Het gaat hierbij om een enquête onder 550 Nederlandse huisartsen waarin vragen werden gesteld over de toegankelijkheid van huisartsenzorg voor illegalen. Alle huisartsen die aan hebben gegeven tenminste acht contacten per maand met illegalen te hebben, is gevraagd of zij bereid zijn hun contacten te registreren. Verder is een oproep voor deelname aan dit registratie-onderzoek geplaatst in Medisch Contact, waarop huisartsen hebben kunnen reageren. Het uitgangspunt was om een aantal van 500-1000 ingevulde registratieformulieren te ontvangen van de aan het onderzoek participerende huisartsen.

Declaratiegegevens van huisartsen via de GGD Den Haag

Omdat gedurende de registratieperiode bleek dat het beoogde aantal te registreren contacten door huisartsen niet zou worden gehaald, zijn aanvullend gegevens verkregen van de GGD Den Haag. Het zijn door zes huisartsen in Den Haag geregistreerde gegevens betreffende contacten met illegale patiënten waarvoor in de periode januari 1998- mei 2001 een beroep is gedaan op het Koppelingsfonds. Het gaat hierbij om declaratieformulieren die huisartsen in Den Haag dienen in te vullen wanneer zij de kosten van een consultatie door een illegale patiënt willen declareren bij het Koppelingsfonds (Bijlage 4). De coördinatie voor de registratie van de huisartsen in Den Haag werd gedaan door de GGD Den Haag. Omdat het doel van deze registratie anders was dan dat van het onderhavige onderzoek en het registratieformulier afwijkt, zijn deze gegevens alleen ter verificatie op de uitkomsten van de via het eigen onderzoek verkregen gegevens gebruikt.

Spoedeisende Hulpafdelingen

Bij Spoedeisende Hulpafdelingen heeft de selectie plaatsgevonden op basis van het aantal contacten met illegalen dat in de enquête uit deel 1 van dit project ingevuld is door de SEH-afdelingen. In eerste instantie werkten vier Spoedeisende Hulpafdelingen van ziekenhuizen mee aan het registratie-onderzoek. Na verloop van een half jaar zijn nog zes andere Spoedeisende Hulpafdelingen benaderd, omdat het aantal ingezonden registratieformulieren door de vier ziekenhuizen naar verwachting niet tot een voldoende aantal voor analyse zou leiden.

2.1.2 Inclusiecriteria van patiënten

Het onderzoek is gericht op de (mogelijk) onverzekerde illegalen die één van de aan het onderzoek deelnemende huisartsen of Spoedeisende Hulpafdelingen bezochten. Het was de bedoeling dat na ieder contact dat één van de medische hulpverleners met een (mogelijk) illegale patiënt had een registratieformulier ingevuld werd door de desbetreffende hulpverlener (Bijlage 1 en 2). Alle hulpverleners hebben vooraf aan het onderzoek een instructie gehad waarin is omschreven van welke patiënten de contacten dienen te worden geregistreerd voor het onderzoek. Hieronder wordt de inhoud van deze inclusiecriteria beschreven.

Zoals eerder vermeld zijn illegalen 'vreemdelingen die zonder toestemming van de Nederlandse overheid in Nederland verblijven'. Soms bestaat ten onrechte de indruk dat iedere vreemdeling die onverzekerd is, ook illegaal in Nederland verblijft. Hieronder volgt een overzicht van groepen onverzekerde illegale vreemdelingen, waarvoor dus een registratieformulier ingevuld dient te worden:

- S** *Toeristen zonder geldig visum*: als buitenlanders na afloop van de visumperiode van drie maanden hier blijven, behoren ze tot de groep illegalen. Soms kunnen 'toeristen' ook al illegaal, dat wil zeggen zonder visum, naar Nederland komen. Het illegaal verblijf kan verschillende redenen hebben zoals arbeid, huwelijk, of gezinshereniging.
- S** *Verblijfsvergunning beëindigd of negatieve beschikking op aanvraag tot verblijfsvergunning*: personen die voor een bepaalde tijd recht hebben gehad in Nederland te verblijven (bijvoorbeeld vanwege werk of scholing) of personen waarvan de aanvraag tot verblijfsvergunning definitief is afgewezen behoren tot de groep illegalen als ze na de beëindiging van de verblijfsvergunning/procedure nog in Nederland blijven (Stam, 2000). Tot deze groep behoren ook Turkse of Marokkaanse vrouwen die na een eventuele echtscheiding illegaal worden omdat zij indertijd op de verblijfsvergunning van hun man naar Nederland waren gekomen (Van den Muijsenbergh, 1999). Deze groep mensen heeft geen recht op sociale ziektekostenverzekeringen.
- S** *Uitgeprocedeerde asielzoekers*: elke vreemdeling die in Nederland asiel aanvraagt, krijgt binnen 24 uur na aanmelding bericht. De aanvraag wordt óf als kansloos beoordeeld óf verder in behandeling genomen. De asielzoekers waarvan de aanvraag als kansloos is beoordeeld (ook na een bezwaar procedure) of geweigerd wordt, moeten Nederland verlaten. De uitgeprocedeerde asielzoekers die toch in Nederland blijven behoren ook tot de groep illegalen en hebben ook geen toegang tot de sociale ziektekostenverzekeringen.

Aan de andere kant kunnen er ook (mogelijk) onverzekerde legale vreemdelingen in Nederland verblijven waarvoor de contacten dus niet geregistreerd dienden te worden:

- S** *Toeristen met een geldig visum*: buitenlanders (buiten de lidstaten van de Europese Unie), mogen met een geldig visum tot drie maanden in Nederland blijven. Een deel van deze groep is weliswaar voldoende verzekerd via een reisverzekering terwijl een ander deel niet of onvoldoende verzekerd is. Deze toeristen hebben over het algemeen geen toegang tot de sociale ziektekostenverzekeringen in Nederland.
- S** *Vreemdelingen in procedure voor een verblijfsvergunning (exclusief asielzoekers)*: deze

groep bestaat vooral uit vreemdelingen die naar Nederland (willen) komen in het kader van gezinshereniging of huwelijk. Volgens de Vreemdelingenwet moet een ingezetene van Nederland aan bepaalde eisen voldoen om een (toekomstige) partner of familielid voor gezinshereniging te kunnen importeren. Deze eisen hebben betrekking op huisvesting, minimum inkomen en graad van verwantschap. De potentiële migrant moet in het eigen land in het Nederlandse consulaat een verblijfsvergunning aanvragen. Bijvoorbeeld, als een ingezetene van Nederland met een buitenlander wil trouwen, krijgt de potentiële migrant alleen een verblijfsvergunning als de ingezetene voor de kosten van het levensonderhoud zorg draagt (Reijneveld en Van Herten, 2000). Deze potentiële migranten mogen de behandeling van hun aanvraag in Nederland afwachten, maar hebben door de Koppelingswet geen toegang tot de overheidsvoorzieningen, waaronder sociale ziektekostenverzekeringen. Afgezien van een medische selectie en afhankelijk van het acceptatiebeleid van de verzekeringsmaatschappij, kunnen zij een particuliere ziektekostenverzekering afsluiten (Stam, 2000).

- S** 'Dublin-claimanten: bij de zogenoemde 'Dublin-claimanten' gaat het om een bijzondere groep asielzoekers. In 1999 besloten de Europese-Unie landen in Dublin dat asielzoekers slechts in het land van aankomst asiel mogen aanvragen. Reizen ze door naar een ander Europese-Unie land (in dit geval naar Nederland), dan stellen de betrokken landen in onderling overleg vast in welk land asiel mag worden aangevraagd. Tot duidelijk wordt naar welk ander Europees land zij mogen (of via het land van herkomst naar eigen land), moeten ze in Nederland blijven. In die tijd zijn ze echter uitgesloten van centrale opvang en alle sociale verzekeringen. Deze asielzoekers zijn afhankelijk van de hulp van maatschappelijke organisaties, kerken en particulieren. Hoewel deze groep in dezelfde positie verkeert als illegalen, verblijven zij legaal in Nederland, vandaar dat zij buiten beschouwing zijn gelaten in dit rapport.

Ook contacten met asielzoekers wiens aanvraag in behandeling is behoeft niet te worden geregistreerd. Deze groep krijgt opvang via het Centraal Orgaan Asielzoekers (COA). Ze vallen gedurende de behandeling van hun aanvraag onder de Ziektekostenregeling Asielzoekers (ZRA) die COA met zorgverzekeraar VGZ in Nijmegen afgesloten heeft. De centraal opgevangen asielzoekers/vluchtelingen met een Voorlopige Vergunning Tot Verblijf (VVTV) vallen onder de opvangregeling van de gemeente en zijn in de meeste gevallen ondergebracht bij ziektekostenverzekering het Zilveren Kruis (Stam, 2000).

Vermoedelijk illegaal

Voor hulpverleners blijkt het niet altijd eenvoudig te achterhalen wie al dan niet illegaal is. Met name op de Spoedeisende Hulpafdelingen bestaat uit privacy-overwegingen terughoudendheid om direct aan de patiënt te vragen of hij/zij illegaal is. In de huisartsenpraktijk speelt dit punt minder: de huisarts vraagt het of de patiënt geeft het zelf aan. Voor het geval dat een medisch hulpverlener niet zeker weet of een patiënt illegaal is, maar hierover wel een sterk vermoeden heeft, is de rubriek vermoedelijk illegaal op het registratieformulier vermeld.

2.1.3 Vergelijking van onderzoeksgegevens met referentiegegevens

Huisartsen

Dit onderzoek richt zich op de vraag in hoeverre gezondheidsproblemen van illegalen en daarop volgende acties van hulpverleners afwijken van 'reguliere patiënten'. Voor wat betreft de 'reguliere patiënten' is gebruik gemaakt van algemeen voor handen zijnde referentiegegevens.

- 1 de eerste Nationale Studie (NS1), die is verricht in 1988 door het Nivel om een totaal-overzicht van de patiëntenpopulatie van de huisarts en het huisartsgeneeskundig handelen te creëren. Voor deze studie hebben 161 huisartsen gedurende drie maanden gegevens gere-

gistreerd van elk contact met hun patiënten. Het daarbij gebruikte formulier is het uitgangspunt geweest voor de contactregistratie bij illegalen en daardoor goed vergelijkbaar. Uit de database van de eerste Nationale Studie is een set van vergelijkingsgegevens gecreëerd: geselecteerd zijn alle huisartscontacten (contacten van de praktijkassistente zijn buiten beschouwing gelaten) die een consult of een visite betreffen (zie verder NS1 Basisrapport verrichtingen, Groenewegen e.a., 1992). De gegevens uit de eerste Nationale Studie zijn alleen gebruikt indien er geen andere referentiegegevens voor handen waren.

- 2 Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) is een landelijk netwerk van geautomatiseerde huisartsenpraktijken dat continu, representatieve informatie omtrent de door Nederlandse huisartsen verleende zorg genereert. Concreet gaat het daarbij om: gegevens als verwijzingen, contacten en medicijnvoorschriften; informatie rondom specifieke onderwerpen als de NHG-standaarden (Nederlands Huisartsen Genootschap) en preventieve programma's in de huisartsenpraktijk (zie verder LINH jaarrapport, Bakker et al, 2000). Een gegevens-set is gecreëerd die betrekking heeft op het jaar 2000; het betreft eveneens consulten en visites van de huisarts. Bovendien is geselecteerd op praktijken die de diagnose in de vorm van een ICPC-code (International Classification of Primary Care) in meer dan 80% van de contacten vastleggen. Dat betreft 19 praktijken die 159.480 patiëntcontacten in 2000 registreerden. Daarvan waren er 126.041 gecodeerd met een ICPC-code.

Voor wat betreft de rubriek uitstelgedrag en de ernst van de klacht is besloten om een additionele set van referentiegegevens te creëren, deze gegevens zijn van groot belang voor het onderzoek. Voor uitstelgedrag was geen goed vergelijkingsmateriaal voor handen en de gegevens uit de eerste Nationale Studie zijn meer dan 10 jaar oud. Dit heeft als additioneel voordeel dat éénzelfde groep huisartsen inschattingen van ernst en uitstelgedrag heeft gemaakt voor zowel reguliere als illegale patiënten. Aan de 16 aan het onderzoek participerende huisartsen is gevraagd om achtereenvolgens 12 contacten met reguliere patiënten (geen illegalen) gegevens te registreren op een doordeweekse dag (niet maandag) in juni 2001. Hieraan is meegewerkt door 13 van de 16 huisartsen. Daarmee is een referentiegroep gecreëerd van 156 contacten met reguliere patiënten die gebruikt is voor de vergelijking met de gegevens van illegale patiënten.

Spoedeisende Hulpafdelingen

Voor de Spoedeisende Hulpafdelingen is met behulp van gegevens uit het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Stichting Consument en Veiligheid een referentiegroep samengesteld. In het LIS staan patiënten geregistreerd die zijn behandeld op een Spoedeisende Hulpafdeling van een selectie van ziekenhuizen in Nederland met een continu bezette SEH-afdeling. Het gaat om 12 Academische en Algemene ziekenhuizen waar zowel letsel-patiënten als niet-letselpatiënten geregistreerd worden. Deze ziekenhuizen vormen een representatieve steekproef van ziekenhuizen in Nederland met een continu bezette SEH-afdeling. Het bestand is samengesteld op basis van gegevens uit 1999. De diagnoses zijn gegroepeerd volgens de ICD9-codering (International Classification of Diseases). In tabel 2.1 wordt weergegeven welke patiënt- en contactgegevens van de groep illegale patiënten vergeleken kunnen worden met die van de reguliere patiënten die een SEH-afdeling bezoeken.

2.2 De registratieformulieren

Huisarts

Het gebruikte registratieformulier voor de huisartsenpraktijk is hoofdzakelijk gebaseerd op een soortgelijk formulier dat werd gebruikt in de eerste Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Een rubriek over uitstelgedrag bij het zoeken van medische hulp is afgeleid van een onderzoek naar uitsteluur en praktijkvoering in een aantal

huisartsenpraktijken (Neven,1980). Het doel hiervan is om te kijken of illegalen langer wachten met het inroepen van medische hulp dan reguliere patiënten.

Bij de registratie door de huisartsen is in acht genomen (het formulier is opgenomen in bijlage 1):

- 1 patiëntkenmerken: geslacht, leeftijd, illegaal of vermoedelijk illegaal, bekend of onbekend bij de huisarts, herkomstland en uitstelgedrag;
- 2 consultkenmerken: duur van het contact, aard contact, consultvorm (spreekuur/visite) en tijdstip contact;
- 3 kenmerken van de klacht: contactreden, aard van de klacht, mate waarin de aandoening levensbedreigend en invaliderend is, somatisch-psychosociaal, diagnose;
- 4 resultaat van het consult: eventueel aanvullende therapeutische of diagnostische verrichtingen en eventuele verwijzing naar;
- 5 bijzonderheden of verzwarende omstandigheden.

De zes huisartsenpraktijken in Den Haag, die in verband met de declaratie van de consultaties door illegalen bij het Koppelingsfonds hun contacten met illegale patiënten hebben geregistreerd, gebruikten andere registratieformulieren (Bijlage 4). Het grootste deel van de rubrieken sluit aan bij die op het gebruikte registratieformulier in het kader van het onderzoek. Enkele rubrieken, met name die rond de ernst van de klachten en uitstelgedrag ontbreken.

Voor de diverse referentiegroepen zijn steeds andere gegevens beschikbaar. Indien mogelijk is gebruik gemaakt van referentiegegevens uit het LINH-bestand omdat deze veel recenter zijn (2000), in een aantal gevallen is noodzakelijkerwijs gebruik gemaakt van referentiegegevens uit de eerste Nationale Studie (gegevens uit 1987/1988). In specifieke gevallen is aangevuld met de referentiegegevens van reguliere patiënten van huisartsen die de contacten met illegalen registreerden. Vastgelegd werden bij deze patiënten leeftijd, geslacht, uitstelgedrag, mate waarin de klacht invaliderend en levensbedreigend is (bijlage 3). In tabel 2.1 is door middel van bullets een overzicht gegeven welke patiënt- of contactgegevens van welke bron gebruikt zijn.

Tabel 2.1 Overzicht van de gebruikte patiënt- en consultgegevens en de klachten per patiëntengroep van huisartsen

gegevens die vergeleken zijn	illegalen		reguliere patiënten		
	dit onderzoek	GGD Den Haag	dit onderzoek	LINH 2000	NS1 1987/1988
<i>patiëntgegevens:</i>					
S geslacht	!	!		!	
S leeftijd	!	!		!	
S land van herkomst	!	!			
S patiënt is bekend/niet bekend					
S bij huisarts	!				
S patiënt vertoont wel/geen					
S uitstelgedrag	!		!		
<i>gegevens over de inhoud van het consult:</i>					
S type consult	!	!		!	
S contactduur van het consult	!				!
S tijdstip van het consult	!				
S aantal deelcontacten	!	±			!
S herhaal contact- eerste contact	!				!
<i>klachten van de patiënt:</i>					
S aard van de klacht					
S psychosociaal-somatisch	!	!			!
S type aandoening					
S aandoening levensbedreigend -/+	!		!		
S aandoening invaliderend -/+	!		!		
S diagnose die gesteld is bij de patiënt	!	!		!	
<i>resultaat van het consult:</i>					
S verwijzing	!	!		!	
S laboratoriumaanvraag	!	±			!
S voorschrift geneesmiddelen	!	!		!	!
S medicatie zonder recept	!				
S medisch technische verrichtingen	!	±			!
S röntgenfoto/echo	!	±			!
S opname	!	±			!
S resultaat anders	!	±			!

± de gegevens zijn in verband met de wijze van registreren niet in alle gevallen te vergelijken

Spoedeisende hulp

Het registratieformulier voor de Spoedeisende Hulpafdelingen is qua structuur vergelijkbaar met dat wat voor de huisartsen is gebruikt. Het is in overleg met de spoedeisende hulpverlening aangepast aan de situatie zodat het zo weinig mogelijk interfereert met bestaande routines.

Bij de registratie door de Spoedeisende Hulpafdelingen is in acht genomen (Bijlage 2):

S patiëntkenmerken: geslacht, leeftijd, illegaal of vermoedelijk illegaal, bekend of onbekend, herkomstland en uitstelgedrag;

- S** contactkenmerken: wijze waarop de patiënt binnen is gekomen en tijdstip contact;
- S** kenmerken van de klacht: contactreden, aard van de klacht, is de aandoening acuut of niet acuut en diagnose;
- S** resultaat van het consult: eventuele therapeutische of diagnostische verrichtingen en eventuele verwijzing naar;
- S** bijzonderheden of verzwarende omstandigheden.

Het overzicht welke gegevens op de Spoedeisende Hulpafdelingen van de contacten met illegalen werden geregistreerd en welke gegevens uit het LIS als referentie beschikbaar zijn geeft tabel 2.2.

Tabel 2.2 Overzicht van de aanwezige patiënt- en consultgegevens en de klachten per patiëntengroep van Spoedeisende Hulpafdelingen

gegevens die vergeleken zijn	(vermoedelijk) illegale patiënten die een SEH-afdeling bezochten	reguliere patiënten die een SEH-afdeling bezochten
<i>patiëntgegevens;</i>		
S geslacht	!	!
S leeftijd	!	!
S land van herkomst	!	
S patiënt vertoont wel/geen uitstelgedrag	!	
<i>gegevens over de inhoud van het consult:</i>		
S wijze van binnenkomst	!	!
S tijdstip van het consult	!	
<i>klachten van de patiënt:</i>		
S aard van de klacht psychosociaal-somatisch	!	!
S type aandoening	!	
<i>resultaat van het consult:</i>		
S diagnose die gesteld is bij de patiënt	!	!
S verwijzing	!	
S voorschrift geneesmiddelen	!	
S medicatie zonder recept	!	
S medisch technische verrichtingen	!	
S röntgenfoto/echo	!	
S opname	!	
S resultaat anders	!	

2.3 Respons

Huisartsen

Het onderzoek werd uitgevoerd met medewerking van 16 huisartsenpraktijken die verspreid over het land zijn gelegen. De registratie door huisartsen heeft gedurende een jaar plaatsgevonden in het tijdsbestek 1 mei 2000 tot 1 mei 2001. Verwacht werd om in deze periode tussen de 500-1000 contacten te registreren, een aantal van 409 contacten werd bereikt. Daarvan gaat het in 84% van de contacten om illegalen en in 16% om vermoedelijk illegale patiënten.

Figuur 1a: Spreiding van huisartsen die in het kader van het onderzoek deelnamen aan de registratie van klachten van illegale patiënten



Figuur 1b: Spreiding van huisartsen die registreren in het kader van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (referentiegroep)



In figuur 1 is te zien dat er een spreiding over het land is van de huisartsen die in het kader van het onderzoek contacten met illegale patiënten hebben geregistreerd. De spreiding van de huisartsen die voor het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg patiëntencontacten registreren is groter vanwege het groter aantal registrerende huisartsen.

Naast de registratieformulieren van de 16 huisartsenpraktijken die in het kader van het onderzoek contacten registreerden zijn 722 registratieformulieren gebruikt van zes Haagse huisartsenpraktijken. De Haagse huisartsen registreren contacten met illegalen in het kader van het Koppelingsfonds. De registratie van de huisartsen ten behoeve van de GGD Den Haag heeft betrekking op een langere periode, te weten vanaf januari 1998 tot mei 2001.

Spoedeisende Hulpafdelingen

Het onderzoek werd uitgevoerd met medewerking van tien Spoedeisende Hulpafdelingen van ziekenhuizen die verspreid over het land zijn gelegen. De registratie op de Spoedeisende Hulpafdelingen duurde in principe een half jaar. De SEH-afdelingen die later zijn geworven omdat een onvoldoende aantal registraties dreigde te worden gehaald hebben korter geregistreerd maar tenminste twee maanden. Wat betreft de Spoedeisende Hulpafdelingen, is het aantal geregistreerde contacten minder dan bij de huisartsen omdat er minder participanten zijn. Het gaat om 119 registraties die in de voorliggende rapportage zijn verwerkt. Daarvan gaat het in 42% van de contacten om illegalen en in 58% om vermoedelijk illegale patiënten.

Figuur 2a: Spreiding van SEH-afdelingen die in het kader van het onderzoek deelnamen aan de registratie van klachten van illegale patiënten



Figuur 2b: Spreiding van de SEH-afdelingen die de referentiegegevens hebben geleverd



In figuur 2 is te zien dat er zowel voor de aan het onderzoek participerende ziekenhuizen als voor de ziekenhuizen die de referentiegegevens leverden een spreiding is over het land. Deze spreiding is voor de aan het onderzoek participerende ziekenhuizen kleiner dan voor de referentie ziekenhuizen. De aan het onderzoek participerende ziekenhuizen zijn meer gelegen in stedelijke gebieden.

Illegale patiënten bij huisartsenpraktijken

De steekproef is gebaseerd op gegevens van 233 patiënten die één van de aan het onderzoek deelnemende huisartsen hebben bezocht. Gemiddeld hebben de patiënten uit de onderhavige onderzoekspopulatie 1,8 keer de huisarts bezocht binnen de registratieperiode.

Tabel 2.3 Verdeling van aantal patiënten en patiëntencontacten over de deelnemende huisartsenpraktijken

huisartsenpraktijk	totaal aantal patientencontacten	aantal verschillende patiënten die de praktijk bezochten	gemiddeld aantal keer dat één patiënt dezelfde huisartsen- praktijk bezocht	maximaal aantal keer dat dezelfde patiënt de praktijk heeft bezocht
1	2	1	2	2
2	10	10	1	1
3	4	4	1	1
4	3	3	1	1
5	17	10	1,7	4
6	4	2	2	3
7	69	31	2,2	8
8	11	4	2,8	5
9	5	5	1	1
10	122	56	2,2	23
11	37	27	1,4	3
12	35	26	1,3	5
13	64	40	1,6	5
14	13	5	2,6	7
15	10	6	1,7	3
16	3	3	1	1
totaal	409	233		

In tabel 2.3 is te zien dat de contactgegevens die voor het onderhavige onderzoek zijn gebruikt in een aantal gevallen betrekking hebben op dezelfde patiënt. Gemiddeld heeft de illegale patiënt vaker dan 1 keer dezelfde huisartsenpraktijk bezocht. Het maximaal aantal keren dat één patiënt naar dezelfde huisartsenpraktijk is gegaan betreft 23 keer.

Illegale patiënten bij Spoedeisende Hulpafdelingen

De op de Spoedeisende Hulpafdelingen geregistreerde contacten hebben betrekking op ongeveer 106 patiënten die één van de aan het onderzoek deelnemende Spoedeisende Hulpafdelingen hebben bezocht. Het aantal verschillende patiënten is niet precies te berekenen, omdat op sommige registratieformulieren onvoldoende patiëntgegevens waren ingevuld om het aantal contacten te kunnen aggregeren tot patiëntniveau. Gemiddeld hebben de patiënten uit de onderhavige onderzoekspopulatie niet veel vaker dan 1 keer de SEH-afdeling bezocht binnen de registratieperiode.

Tabel 2.4 Verdeling van aantal patiënten en patiëntencontacten over de deelnemende Spoedeisende Hulpafdelingen

Spoedeisende Hulpafdeling	totaal aantal patiëntencontacten	aantal verschillende patiënten die de SEH bezochten
1	1	1
2	60	±54
3	2	2
4	32	30
5	3	3
6	1	1
7	5	-
8	8	8
9	2	2
10	5	5
totaal	119	106

- niet na te gaan

In tabel 2.4 is te zien dat de contactgegevens die voor het onderhavige onderzoek zijn gebruikt in de meeste gevallen betrekking hebben op verschillende patiënten.

2.4 Codering en categorisering van gegevens

Huisartsen

Het land van herkomst van de patiënt is gecodeerd op basis van de internationale landencoderingslijst (KPN, 2001) de acht landen waar de meeste illegalen vandaan kwamen zijn weergegeven. Daarnaast zijn de landen gegroepeerd in vijf hoofdgroepen: 1) Marokko-Turkije, 2) Noord en Zuid-Amerika, Suriname en de Nederlandse Antillen, 3) Europa buiten de Europese Unie en Zuid Flank oude Rusland, 4) Nabije Oosten en Verre Oosten 5) Afrika (zonder Marokko). De contactreden(en) en de diagnose(s) die de huisarts op het registratieformulier in tekst heeft vermeld zijn gecodeerd volgens de ICPC (International Classification of Primary Care). De diagnoses zijn door de wijze van codering vergelijkbaar met de referentie gegevens, zijnde gegevens uit de eerste Nationale Studie (NS1) en uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH).

De therapeutische en diagnostische interventies zijn niet gecodeerd, omdat deze zijn onderverdeeld in 12 hoofdcategorieën die indien van toepassing door de huisarts aangekruist konden worden. Indien er bijzonderheden of verzwarende omstandigheden aanwezig waren konden deze omschreven worden. De hieruit voortvloeiende informatie is in categorieën onderverdeeld. De overige gegevens zijn weergegeven in dichotome of ordinale antwoordschalen.

Spoedeisende Hulpafdelingen

De patiëntgegevens, 'het land van herkomst' en de 'contactreden', zijn op dezelfde wijze gecodeerd als de huisartsen-registratieformulieren. De diagnose is gecodeerd volgens de ICD9 (International Classification of Diseases). Hiervoor is gekozen omdat de gegevens goed vergelijkbaar dienen te zijn met referentie-gegevens, waarbij de ziekten/aandoeningen/letsel ook volgens de ICD9 geassocieerd zijn. Er is hierbij een onderscheid gemaakt tussen letsel en ziekte/aandoening. De therapeutische en diagnostische interventies zijn evenals bij het huisartsen registratieformulier niet gecodeerd, er is gebruik gemaakt van nominale

antwoordschalen. Bijzonderheden of verzwarende omstandigheden zijn op dezelfde wijze verwerkt als bij het huisartsen registratieformulier

2.5 Analyse van gegevens

In eerste instantie worden rechte tellingen weergegeven zodat een indruk kan worden verkregen van de gegevens die verzameld zijn. De gegevens worden veelal weergegeven in de vorm van percentages. De percentages zijn berekend op het aantal bekende gegevens. Het aantal ontbrekende antwoorden wordt wel genoemd, maar wordt buiten beschouwing gelaten bij het berekenen van de percentages. De referentiegegevens zijn gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht naar de leeftijdsgeslachts-verdeling van de groep illegalen. Dit omdat bleek dat de groep illegalen op deze kenmerken sterk afwijkt van de doorsnee bezoekers van de huisartsenpraktijk c.q. de Spoedeisende Hulpafdeling. In sommige gevallen zijn ook op patiëntniveau geaggregeerde gegevens gepresenteerd. Dit omdat anders bijvoorbeeld in de presentatie van tabellen per diagnose een enkele patiënt die voor een bepaalde aandoening een aantal keren is geweest erg zwaar zou doortellen.

Waar mogelijk zijn statistische toetsen uitgevoerd om na te gaan of de kenmerken van de contacten met illegalen statistisch significant afwijken van contacten met reguliere huisartsbezoekers. Twee typen toetsen zijn gehanteerd:

- 1 Bij vergelijking van percentages zijn toetsen voor verschil in proportie uitgevoerd.
- 2 Bij vergelijking van ordinale schalen (zoals de mate waarin de klacht levensbedreigend is) zijn chi-kwadraat toetsen voor een lineair verband uitgevoerd.

3 Contactregistratie: huisartsen

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de contactregistratie door huisartsen van 16 over Nederland verspreide huisartsenpraktijken beschreven, zoals die gehouden is gedurende één jaar. De resultaten zijn gebaseerd op gegevens die door huisartsen zijn ingevuld op registratieformulieren naar aanleiding van contacten met (mogelijk) onverzekerde illegalen. Een aantal formulieren is ter illustratie uitgewerkt in de vorm van casussen. In dit hoofdstuk wordt waar mogelijk vergeleken met gegevens van 'reguliere' patiënten die de huisarts bezochten. Het doel hiervan is, in kaart te brengen of er verschil is in klachtenpatroon en het invoeren van medische hulp tussen de doorsnee huisartsenbezoekers en illegalen. Vanwege de grote verschillen in leeftijd en geslacht tussen de populatie illegale en reguliere patiënten is er voor de gezondheidsklachten geen goede vergelijking mogelijk tussen deze groepen. Om deze reden zijn de gegevens van de 'reguliere' patiënten, waar relevant, gestandaardiseerd naar de leeftijd- en geslachtsverdeling van de groep illegalen.

Omdat het onderzoek een beperkt aantal huisartsenpraktijken betreft zijn de uitkomsten geverifieerd. Hiervoor zijn gegevens van de GGD Den Haag van huisartscontacten met illegale patiënten gebruikt. Het gaat om consulten die Haagse huisartsen in de periode januari 1998 - mei 2001 declareerden bij het Koppelingsfonds. Het gebruikte formulier kwam op een aantal punten zoals bijvoorbeeld klacht en diagnose overeen. Voor de in dit hoofdstuk gevonden verschillen is nagegaan of deze ook bestonden voor de gegevens van wat wij verder zullen aanduiden als de 'Haagse huisartsen'. De gegevens van de Haagse huisartsen zijn opgenomen in bijlage 5.

De opbouw van het hoofdstuk is als volgt: in paragraaf 3.2 wordt eerst ingegaan op kenmerken van invloed op de geleverde huisartsenzorg als leeftijd, geslacht en herkomst van de illegalen die een contact hadden met de huisarts. Vervolgens komen in paragraaf 3.3 de consultkenmerken aan de orde zoals het type consult (spreekuur/visite) en de contactduur. In paragraaf 3.4 is gerapporteerd met welke redenen illegalen de huisarts consulteerden. Hierbij aansluitend komen de diagnoses die de huisartsen stelden bij illegalen aan bod. Een vitaal punt van het onderzoek, namelijk ernst en aard van gezondheidsklachten staat in paragraaf 3.5 centraal. Interventies in contacten van de huisarts met illegalen worden besproken in paragraaf 3.6. Eventuele bijzonderheden of verzwarende omstandigheden die zich hebben voorgedaan tijdens het consult zijn te lezen in paragraaf 3.7. Het hoofdstuk wordt afgesloten in paragraaf 3.8 met een samenvatting, waarin de belangrijkste resultaten op een rij worden gezet.

3.2 Patiëntgegevens

In 16 huisartsenpraktijken zijn gegevens geregistreerd van 409 patiëntencontacten, welke betrekking hebben op 233 verschillende patiënten. Dit betekent dat een patiënt gemiddeld 1,8 keer dezelfde huisarts bezocht tijdens de registratieperiode. Van de illegale patiënten die de huisarts bezochten was 68% al een bekende voor de huisarts. Berekend op het aantal ingevulde antwoorden betreft 84% illegale patiënten en 16% vermoedelijke illegalen en van 11% is de verblijfsstatus niet ingevuld door de huisarts.

Tabel 3.1 geeft een aantal kenmerken van de illegalen die de huisarts bezochten tijdens de registratieperiode. De leeftijd en het geslacht van de patiënten zijn berekend op basis van het aantal patiëntencontacten (n=409), zoals bij de referentiegroep de berekening heeft plaatsgevonden. Het herkomstland wordt weergegeven op patiëntniveau (n=233).

Iets meer dan de helft van de illegale patiënten is van het mannelijk geslacht. De meeste illegalen vallen in de leeftijdsgroep 20-39 jaar. De leeftijd-geslachtsopbouw verschilt aanzienlijk van die van de doorsnee bezoekers van de huisarts waar 60% van het vrouwelijk geslacht is en het percentage ouderen veel hoger is. Uit de toets voor verschil in proporties bij het vergelijken van percentages blijkt dat de verschillen statistisch significant zijn.

Tabel 3.1 Patiëntenkenmerken van illegale en reguliere patiënten van huisartsen op basis van het aantal contacten (herkomstland op patiëntniveau) (gepercenteerd op het aantal bekende gegevens)

leeftijd, geslacht en herkomstland	illegalen	'reguliere' huisartsbezoekers (n= 159.480 LINH)
<i>geslacht:</i>		
	<i>illegalen (n=409)</i>	<i>reguliere huisartsbezoekers</i>
man	54% *	39%
vrouw	46% *	61%
onbekend	(3%)	(0%)
<i>leeftijd:</i>		
	<i>illegalen (n=409)</i>	<i>reguliere huisartsbezoekers</i>
0 -19	9% *	14%
20 -39	59% *	25%
40 -59	25%	28%
60 -79	6% *	26%
80-<	1% *	8%
onbekend	(3%)	(0%)
<i>herkomstland:</i>		
	<i>illegalen (n=233 patiëntniveau)</i>	
Marokko	19%	
Turkije	10%	
Algerije	8%	
Nigeria	6%	
Ghana	5%	
Suriname	4%	
Egypte	4%	
Irak	3%	
Iran	2%	
Overige landen	35%	
onbekend	(4%)	

* Uit de toets voor verschil in proportie bij het vergelijken van percentages blijkt een statistisch significante afwijking aanwezig van reguliere huisartsbezoekers, $p < .05$

In verband met de culturele achtergrond en eventuele import-ziekten is het van belang enig zicht te hebben op het land van herkomst van illegale patiënten. De culturele achtergrond kan bepalend zijn voor het hulp-zoekgedrag van patiënten. De 8 herkomstlanden waar de meeste illegalen vandaan komen worden in de tabel weergegeven. De meeste illegalen zijn afkomstig uit Marokko (19%) en Turkije (10%), dit blijkt nog sterker uit de gegevens van de Haagse huisartsen. Over het algemeen genomen is er een sterke spreiding van landen waar illegalen vandaan komen. In de onderzoekspopulatie bevonden zich illegalen uit 44 verschillende landen.

Wanneer de herkomstlanden worden onderverdeeld naar herkomstgebieden, blijkt de grootste groep illegalen afkomstig te zijn uit Afrika (zonder Marokko 39%), Turkije en Marokko zijn samen goed voor (32%), het Midden en Verre Oosten (13%), Europa buiten de Europese Unie en de Zuid-flank Oude Rusland (8%) en de Nederlandse Antillen, Suriname en Noord-en Zuid-Amerika ook (8%). De verdeling over de herkomstgebieden is redelijk vergelijkbaar met de Haagse huisartsen. Verschillen zijn er wel bij de herkomstgebieden (Turkije en Marokko) waar nog een groter aandeel van illegale patiënten vandaan komt en bij (Afrika zonder Marokko) waar een kleiner deel vandaan komt dan bij de onderzoekspopulatie. Relatief weinig illegalen komen uit Latijns-Amerika. Bekend is dat vanuit Latijns-Amerika er een aanzienlijke stroom illegale arbeidsmigranten naar de Verenigde Staten gaat.

3.3 Consultkenmerken

De aard van het consult (zoals de duur ervan, en of het een spreekuurconsult of een visite betreft) hangt met meerdere factoren samen. Het heeft te maken met de werkwijze van de huisarts, de aard van de klacht, de patiënt en zijn/haar gedrag, de verzekeringsvorm van de patiënt, de ingeboekte tijd van het consult en de werkdruk die de huisarts ervaart. Om na te gaan wat de verschillen zijn tussen consultaties door illegale patiënten en door reguliere patiënten, wordt een aantal consultkenmerken vergeleken. De gegevens hiervan zijn te zien in de hierna komende tabellen.

Tabel 3.2 Type consult waarvan de patiënt gebruik heeft gemaakt

soort contact*	aantallen (contacten met illegalen)	contacten met illegale patiënten (n=409)	contacten met reguliere patiënten** (n= 159.480 LINH)
visite	6	2%	4%
spreekuurcontact**	285	98%	96%
totaal	291	100%	100%
niet ingevuld	(118)	(30%)	(0%)

* gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht van illegale patiënten

** spreekuurcontact is inclusief telefonisch consult (deze zijn heel weinig voor gekomen)

Uit tabel 3.2 blijkt dat de meest voorkomende contactsoort een spreekuurcontact betreft. De verhouding consult/visite ligt (na standaardisatie voor leeftijd en geslacht) voor de illegale contacten die door de huisartsen zijn geregistreerd in dezelfde orde van grootte als bij reguliere huisartsbezoekers. De Haagse huisartsen registreerden aanzienlijk meer visites (10% van de

contacten met illegale patiënten). Bedacht moet hierbij worden dat het in Den Haag om declaratiegegevens gaat (die wellicht in het geval van 'dure' visites goed worden geregistreerd) terwijl het in het registratie onderzoek om vrijwillige registraties gaat (waarbij mogelijk eerder wordt vergeten visites te registreren). Ook blijkt uit analyses dat het hoge percentage visites bij de Haagse huisartsen grotendeels wordt bepaald door één praktijk waarvan 35% van de contacten een visite betreft. Wanneer deze praktijk buiten beschouwing gelaten werd, lag het percentage visites nog op 5% (zie bijlage 5).

Tabel 3.3 Contactduur dat het consult tussen de huisarts en de patiënt in beslag neemt

contactduur van het consult	contacten met illegale patiënten (n=409)*		reguliere patiëntencontacten** (n=285.917 NS1 1987/1988)
	aantal	percentage	percentage
1-5 minuten	22	6%	18%
6-10 minuten	195	50%	55%
11-15 minuten	138	35%	19%
16-20 minuten	32	8%	4%
21-40 minuten	2	1%	2%
langer dan 40 minuten	1	0%	0%
totaal	390	100%	
niet ingevuld	(19)	(5%)	(2%)
gemiddelde consultduur:		10,5 minuten	8,6 minuten

* statistisch significant langere contactduur dan bij reguliere patiëntcontacten ($p < .05$)

** gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht van illegale patiënten

Tabel 3.3 maakt duidelijk dat contacten tussen de huisarts en illegale patiënten gemiddeld langer duren dan de contacten tussen de huisarts en reguliere patiënten, respectievelijk 10,5 en 8,6 minuten. Van de contacten met illegalen duurt 44% langer dan 10 minuten en van de reguliere patiënten is dat 25%. Van alle geregistreerde contacten tussen huisartsen en illegalen vond 98% tijdens kantooruren plaats en 2% tijdens de diensten.

3.4 Contactredenen voor het bezoek aan de huisarts en gestelde diagnoses

Patiënten gaan naar de huisarts met een contactreden, ook wel gedefinieerd als: "De weergave van de reden waarom iemand het gezondheidszorgsysteem met een vraag om hulp betreedt (NHG, 2000)." Het kan ook zo zijn dat patiënten meer dan één reden hebben om naar de huisarts te gaan. Wanneer deze contactredenen betrekking hebben op dezelfde aandoening / letsel dan gaat het om één deelcontact met meerdere klachten aan de hand van de desbetreffende aandoening. Daarnaast is het mogelijk dat de patiënt klachten heeft die voortvloeien uit een geheel andere aandoening of letsel, er is dan sprake van een tweede deelcontact in één consult. In het onderhavige onderzoek zijn de gegevens van maximaal twee deelcontacten per consult verwerkt. En per deelcontact zijn maximaal drie contactredenen opgenomen.

In 83% van de consulten gaat het om 1 deelcontact en in 17% gaat het om twee deelcontacten. In totaal bestaan de 409 contacten uit 478 deelcontacten. In de hierna volgende tabellen in dit hoofdstuk worden gegevens op het niveau van deelcontacten gepresenteerd. Gezien het feit dat het percentage patiënten in de verschillende leeftijdsklassen niet overeen komt tussen de groep illegale patiënten en reguliere patiënten, zijn de gegevens van de referentiegroep in de hierna gepresenteerde tabellen gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht. Contactredenen en diagnoses zijn gecodeerd met behulp van de International Classification of Primary Care (ICPC) (NHG, 2000). De resultaten worden per ICPC-hoofdstuk gepresenteerd (de ICPC-hoofdstukken verwijzen grotendeels naar de lokalisatie van de klacht). Daarnaast worden er top-10's van de meest voorkomende contactredenen en diagnoses weergegeven. Op basis van de klachten van de patiënt en het verrichtte onderzoek, stelt de huisarts een diagnose. Soms, als nog niet duidelijk is wat de diagnose zal zijn, zal de klacht dezelfde zijn als de diagnose, een zogenaamde symptoomdiagnose. Vergeleken wordt met gegevens uit LINH en de eerste Nationale Studie (NS1), de vergelijkingsgroepen zijn in de tabellen vet gedrukt.

In tabel 3.4 wordt duidelijk dat we bij illegalen statistisch significant meer contactredenen uit de hoofdstukken 'psychische problemen', 'huid en subcutis', 'spijsverteringsorganen', 'stofwisseling', 'urinewegen', 'zwangerschap/bevalling/anticonceptie' en 'sociale problemen' zien. We zien aan de andere kant statistisch significant minder contactredenen in relatie tot het bewegingsapparaat en de luchtwegen. Deze verschillen worden voor het grootste deel bevestigd door de gegevens van de Haagse huisartsen (bijlage 5). Alleen met betrekking tot luchtwegen, huidproblemen, zwangerschap e.a. en sociale problemen wezen de verschillen bij de Haagse huisartsen wel dezelfde richting uit maar waren niet statistisch afwijkend van de landelijke referentiegroep.

Op het niveau van de diagnose van de huisarts komt het grootste deel van deze problemen terug: we zien statistisch significant meer psychische problemen, meer stofwisselingsproblemen en problemen met betrekking tot de urinewegen en 'zwangerschap/ bevruchting/anticonceptie'. Aan de andere kant zien we minder hart-vaatproblemen, problemen met betrekking tot het bewegingsapparaat, luchtwegproblemen en problemen met het zenuwstelsel bij illegale patiënten. Alleen het minder voorkomen van diagnoses uit het hartvaatstelsel zagen we niet bij de contactredenen. Hier worden vier van de acht gevonden significante afwijkingen bevestigd door de Haagse gegevens.

Als een extra controle (een enkele patiënt met veel contacten van een bepaalde aandoening zou tot vertekening kunnen leiden) zijn de gegevens in de tabel voor de illegalen ook op patiënt-niveau weergegeven. De verschuivingen hierdoor zijn echter gering.

Tabel 3.4 Contactredenen en diagnoses per ICPC-hoofdstuk als percentage van het aantal deelcontacten (n.b. per deelcontact konden 3 contactredenen en 1 diagnose worden aangegeven, de percentages komen hierdoor boven de 100 uit)

ICPC-hoofdstuk	contactredenen van patiënten (percentage van deelcontacten)	diagnoses (percentage patiënten)	gestelde diagnoses bij patiënten (percentage van deelcontacten)		
	deelcontacten met illegalen (n=478)	NS1** (n=308.515 deelcontacten)	illegale patiënten (n=233)		
			deelcontacten met illegalen (n=478)		
			LINH** (n=126.041 deel- contacten)		
A algemeen en niet gespecificeerd	10%	10%	4%	3%*	6%
B bloed en bloedvormende organen	0%	1%	1%	1%	1%
D spijsverteringsorganen	12%*	8%	10%	8%	7%
F oog	3%	3%	4%	3%	3%
H oor	4%	4%	3%	3%	4%
K hartvaatstelsel	6%	6%	3%	3%*	7%
L bewegingsapparaat	15%*	23%	9%	9%*	19%
N zenuwstelsel	3%	5%	1%	1%*	4%
P psychische problemen	17%*	5%	10%	12%*	8%
R luchtwegen	10%*	14%	11%	9%*	15%
S huid en subcutis	16%*	10%	14%	15%	15%
T stofwisseling	9%*	2%	6%	7%*	3%
U urinewegen	5%*	1%	5%	6%*	2%
W zwangerschap/bevalling/ anticonceptie	8%*	4%	8%	7%	4%
X geslachtsorganen en borsten vrouw	4%	3%	3%	3%	3%
Y geslachtsorganen man	1%	1%	2%	1%	1%
Z sociale problemen	5%*	2%	3%	2%	1%
onbekend	1%	0%	3%	7%	0%

* statistisch significant afwijkend van reguliere patiënten (p<.05)

** gegevens zijn gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht van illegale patiënten

Aantal contactredenen waarmee illegale patiënten de huisarts bezoeken

Drie kwart van de patiënten komt in het eerste deelcontact met één contactreden bij de huisarts. Ruim een kwart heeft twee contactredenen en 6% van de patiënten heeft drie contactredenen tijdens het consult.

In tabel 3.5 is te lezen dat de tien meest voorkomende contactredenen voor illegalen duidelijk verschillen van die van reguliere huisartsbezoekers. Alleen hoesten, koorts, buikpijn en rugklachten komen in beide top-10's voor. Opvallend is het relatief vaak voorkomen van de vraag om medicatie (voor psychische problemen) en de vraag om onderzoek (in verband met stofwisselingsstoornissen). Het laatste staat in verband met het voorkomen van de diagnose diabetes mellitus als contactreden. Bij ulcus cruris wordt het cijfer vertekend door een enkele patiënt die zeven keer is geweest. Verder valt op dat we bij illegalen geen contactredenen uit het bewegingsapparaat in de top-10 zien. Dit sluit aan bij wat we eerder op hoofdstukniveau

zagen. Controles van hartpatiënten (functieonderzoek hart) komen bij illegalen weinig voor.

Als we naar de diagnoses kijken dan zien we dat diabetes mellitus, infectie bovenste luchtwegen, ulcus cruris, urineweginfectie en crisis/voorbijgaande stressreactie het meest voorkomen. Kanttekening hierbij is dat een enkele patiënt met veel contacten voor een bepaalde aandoening de resultaten kan vertekenen. We noemden in dit verband ulcus cruris al. Verder valt op te merken dat het bij diabetes slechts negen patiënten betreft die variëren in contactfrequentie van 1 tot 16. Bij infectie bovenste luchtwegen gaat het om 11 patiënten. Dit speelt natuurlijk ook bij de referentiegroep.

Ook hier zijn er duidelijke verschillen tussen illegalen en reguliere huisartsbezoekers. Bovenste luchtweginfectie, eczeem, hypertensie en lage rugpijn zonder uitstraling komen in beide top-10's voor. Bij illegalen zien we verder twee diagnoses uit het hoofdstuk 'psychische problemen', te weten 'crisis/voorbijgaande stressreactie' en 'drugsmisbruik'. Dit beeld wordt bevestigd door de gegevens van de GGD Den Haag.

Tabel 3.5 Meest voorkomende contactredenen en diagnoses op deelcontactniveau (gepercentageerd op het aantal bekende antwoorden)

illegalen contactredenen (n=478)		Nationale Studie 1 contactredenen (n=308.515)		
1	R05 hoesten	5%	1 K39 functieonderzoek hart	6%
2	T90 diabetes mellitus	4%	2 R05 hoesten	6%
3	P50 medicatie voor psychische problemen	3%	3 L02 rugklachten	4%
4	T31 lich. onderzoek stofwisseling	3%	4 A04 moeheid	3%
5	S97 ulcus cruris	3%	5 N01 hoofdpijn	3%
6	A03 koorts	3%	6 A03 koorts	3%
7	S02 pruritus / jeuk	2%	7 D01 buikpijn	3%
8	D01 buikpijn	2%	8 R21 keelklachten	2%
9	L02 rugklachten	2%	9 L17 klachten voet	2%
10	D02 maagpijn	2%	10 L12 klachten hand	2%

illegalen diagnoses (n=478)		LINH diagnoses (n=126.041)		
1	T90 diabetes mellitus	6%	1 K86 ongecompliceerde hypertensie	3%
2	R74 acute infectie bovenste luchtwegen	3%	2 R74 acute infectie bovenste luchtwegen	3%
3	S97 ulcus cruris	3%	3 L03 lage rugpijn zonder uitstraling	3%
4	U71 cystitis/urineweginfectie	2%	4 S74 dermatomycose	2%
5	P02 crisis/voorbijgaande stressreactie	2%	5 A97 geen ziekte	2%
6	S88 contacteczeem/ander eczeem	2%	6 S88 contacteczeem/ander eczeem	2%
7	K86 ongecompliceerde hypertensie	2%	7 W11 anticonceptie	2%
8	L03 lage rugpijn zonder uitstraling	2%	8 R05 hoesten	2%
9	P19 drugsmisbruik	2%	9 R96 astma	2%
10	W78 zwangerschap bevestigd	2%	10 R97 hooikoorts/allergische rhinitis	2%

* gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht van de illegale patiënten

3.5 Ernst en aard van de klacht

Zoals in de inleiding vermeld kan een problematische toegang tot de reguliere gezondheidszorg voor illegalen belangrijke gezondheidsrisico's inhouden. De toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor illegalen is mede bepalend voor de kenmerken van de klacht. Vragen die dan opkomen zijn, wat is de ernst van de gezondheidsklachten van illegalen en stelt men hulp zoeken onverantwoord lang uit. Uit de eerste fase van dit onderzoek blijkt dat de meerderheid van de huisartsen (68%) vindt dat, naar hun ervaring, de gezondheidsklachten van de onverzekerde illegale patiënten even ernstig zijn als die van verzekerde legale patiënten. Bijna één op de vier huisartsen (23%) geeft echter aan dat de klachten van illegale patiënten ernstiger zijn. Volgens sommigen komt dit door uitstelgedrag. Bijna één op de tien huisartsen vindt dat de gezondheidsproblemen van illegale patiënten eigenlijk minder ernstig zijn (Kulu Glasgow et al, 2000). Deze uitspraken zijn gebaseerd op individuele schattingen van huisartsen. Er zijn echter aanwijzingen dat illegalen voor hun gezondheidsproblemen vaak rechtstreeks naar SEH-afdelingen gaan en daarbij de huisarts passeren (Liefhebber & Linders, 1994). In het registratieonderzoek zijn per consult een aantal kenmerken geregistreerd door de huisartsen die betrekking hebben op de aard en de ernst van de klacht. In de hierna volgende tabellen worden deze weergegeven. Ter referentie wordt weer gebruik gemaakt van gegevens uit de eerste Nationale Studie. Omdat deze gegevens meer dan tien jaar oud zijn en op één onderdeel (uitstelgedrag) helemaal geen vergelijkingsgegevens voor handen zijn, is een aanvullende set van referentiegegevens gecreëerd. Aan de 16 huisartsen die hebben meegedaan aan de registratie van contacten met illegale patiënten is gevraagd ook gedurende één doordeweekse dag 12 contacten met 'reguliere' patiënten te registreren. Hieraan is door 13 van de 16 huisartsen meegedaan.

Tabel 3.6 De mate waarin de aandoening(en) waarvoor de (illegale) patiënt de huisarts bezoekt levensbedreigend is (gepercenteerd op het aantal deelcontacten)

De mate waarin de aandoening(en) levensbedreigend (is) zijn	Illegalen		reguliere huisarts-bezoekers		NS1***
	aantal	percentage*	aantal	percentage*	
	dit onderzoek (n=478)**		dit onderzoek (n=156)***		(n=308.515)
niet levensbedreigend	283	64%	112	72%	89%
nauwelijks levensbedreigend	59	13%	28	18%	3%
mogelijk levensbedreigend	78	17%	12	8%	2%
levensbedreigend	14	3%	3	2%	1%
zeer levensbedreigend	11	3%	1	0%	1%
totaal	445	100%	156	100%	100%
niet ingevuld	(33)	(7%)	(0)	(0%)	(5%)

* percentages zijn berekend op basis van het aantal ingevulde antwoorden

** statistisch significant meer levensbedreigend t.o.v. reguliere patiënten uit beide referentiegroepen

*** gegevens zijn gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht van illegale patiënten

In tabel 3.6 is te lezen dat de klachten van de illegale patiënten over het algemeen statistisch

significant meer levensbedreigend zijn dan de klachten van de algemene patiëntenpopulatie, zowel als wordt vergeleken met gegevens uit de eerste Nationale Studie als wanneer wordt vergeleken met reguliere patiënten van de huisartsen die contacten met illegale patiënten registreerden. Van de illegalen komt 6% met levensbedreigende of zeer levensbedreigende klachten naar de huisarts en in de algemene patiëntenpopulatie komt dat minder voor (2%). Van de illegale patiënten komt 77% met niet of nauwelijks levensbedreigende klachten en van de algemene patiëntenpopulatie is dat 90%. Het verschil met gegevens uit de eerste Nationale Studie is echter aanzienlijk groter dan het verschil met reguliere patiënten uit dezelfde praktijken die contacten met illegalen registreerden. Dat kan liggen aan het feit dat de gegevens uit de eerste Nationale Studie inmiddels meer dan 10 jaar oud zijn. En ook aan het feit dat de praktijken die contacten registreerden met illegalen zijn gelegen in steden waar het mogelijk is dat de ernst van de problematiek uitstijgt boven het landelijk gemiddelde.

Overigens zijn er duidelijke verschillen tussen huisartsen in de mate waarin zij diagnoses als levensbedreigend beschouwen. Het hoge percentage patiënten met levensbedreigende klachten wordt voornamelijk veroorzaakt door twee huisartsen. Door te vergelijken met contacten van patiënten uit dezelfde huisartsenpraktijken wordt daarmee rekening gehouden. Het is niet zo dat de resultaten worden vertekend door een enkele patiënt die vaak met levensbedreigende klachten is geweest. Aggregatie op patiëntniveau leverde een vergelijkbare frequentieverdeling op.

Ter illustratie een casus van een illegale patiënt met een levensbedreigende aandoening:

“Een patiënt komt met een levensbedreigende klacht naar de huisarts”

Patiënt: een 80 jarige man afkomstig uit de Kaap Verdische eilanden die illegaal in Nederland verblijft wordt voor de eerste keer door de huisarts gezien. De patiënt komt tijdens kantooruren op spreekuurcontact. Het contact duurt 6-10 minuten.

Contactreden: de patiënt is een diabeet en heeft pijn bij het plassen.

Diagnose: diabetes mellitus en urineweginfectie.

De klacht is volledig somatisch. De huisarts vindt het terecht dat de patiënt nu komt en beschouwt de klacht als zeer levensbedreigend. Het consult resulteert in het voorschrijven van een geneesmiddel.

Tabel 3.7 De mate waarin de aandoening(en) waarvoor de (illegale) patiënt de huisarts bezoekt invaliderend is (gepercenteerd op deelcontactniveau)

mate waarin de aandoening(en) invaliderend (is) zijn	Illegalen		reguliere huisarts- bezoekers		NS1*** (n=308.515)
	aantal	percentage*	aantal	percentage*	
niet invaliderend	191	54%	64	41%	77%
nauwelijks invaliderend	54	15%	44	28%	11%
mogelijk invaliderend	66	19%	26	17%	5%
invaliderend	22	6%	16	10%	2%
zeer invaliderend	19	5%	5	3%	1%
totaal	352	100%	156	100%	100%
niet ingevuld	(126)	(26%)	(0)	(0%)	(5%)

* percentages zijn berekend op basis van het aantal ingevulde antwoorden

** mate van waarin klachten invaliderend zijn verschilt niet statistisch significant van reguliere patiënten van dezelfde huisartsen, maar wel van Nationale Studie 1

*** gegevens zijn gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht van illegale patiënten

In tabel 3.7 is te lezen dat illegalen over het algemeen niet met aandoeningen naar de huisarts komen die in hogere mate invaliderend of zeer invaliderend zijn, dan de aandoeningen waarmee reguliere patiënten uit dezelfde praktijken naar de huisarts gaan. Van de illegale patiënten is wél een hoger percentage van de aandoeningen invaliderend of zeer invaliderend in vergelijking tot de eerste Nationale Studie. Hierbij moet weer bedacht worden dat het verschil met name wordt veroorzaakt door twee huisartsen met veel (illegale en reguliere) patiënten met (zeer) invaliderende klachten. Ook hier verandert het beeld niet na aggregatie op patiëntniveau.

Tabel 3.8 De aard van de klacht van patiënten die de huisarts consulteren (gepercenteerd op deelcontactniveau)

aard klacht	illegalen* (n=478)		reguliere patiënten** NS1 (n=308.515)
	aantal	percentage	percentage
geheel somatisch	294	67%	68%
grotendeels somatisch	38	9%	8%
zowel somatisch/psychosociaal	29	7%	10%
grotendeels psychosociaal	27	6%	3%
geheel psychosociaal	54	12%	8%
totaal	442	100%	100%
niet ingevuld	(37)	(8%)	(3%)

* statistisch significant meer psychosociaal dan NS1, $p < .05$

** gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht van illegale patiënten

Uit tabel 3.8 blijkt dat ongeveer tweederde van de klachten van zowel illegale als reguliere patiënten geheel somatisch is. Bij illegalen is echter een hoger percentage van de klachten grotendeels of geheel psychosociaal van aard. Het percentage van de klachten dat op het psychosociale vlak gelegen is, ligt bij de illegale patiënten 7% hoger dan bij de reguliere patiënten. Het verschil is in vergelijking tot de gegevens uit de eerste Nationale Studie statistisch significant. Dit sluit aan bij wat we eerder op hoofdstukniveau zagen in het meer voorkomen van contactredenen en diagnoses uit het hoofdstuk 'psychische problemen'.

Ter illustratie wordt een casus geschetst van een patiënt met klachten die geheel op een psychosociale vlak zijn gelegen.

“ Psychosociale problemen van een illegale patiënt in Nederland”

Patiënt: een 35 jaar oude man uit Irak die vermoedelijk illegaal in Nederland verblijft.

De patiënt werd door deze huisarts voor de eerste keer gezien.

De contactduur van het consult is 1-5 minuten en dit vond plaats tijdens kantooruren.

Contactredenen: *ernstige slaapstoornissen door trauma.*

Diagnose: *slaapstoornissen*

De aard van de klacht is geheel psychosociaal.

Het consult resulteert in het voorschrijven van een geneesmiddel. De aandoening is niet levensbedreigend en niet invaliderend. De huisarts acht het wel terecht dat de patiënt nu komt. Er zijn verder geen bijzonderheden vermeld.

Uitstelgedrag bij illegale patiënten

De 16 aan het onderzoek deelnemende huisartsenpraktijken registreerden van illegale en reguliere patiënten in hoeverre zij uitstelgedrag vertoonden bij het inroepen van medische hulp. Deze twee groepen patiënten worden in de hieronder staande tabel met elkaar vergeleken op het vertonen van uitstelgedrag.

Tabel 3.9 Uitstelgedrag bij illegale patiënten in vergelijking met 'reguliere' patiënten

Uitstelgedrag	illegalen (n=478)*		reguliere patiënten (n=156)**	
	aantal	percentage	aantal	percentage
patiënt moest eerder komen	49	11%	13	9%
patiënt komt terecht nu	337	77%	93	60%
patiënt had kunnen wachten	54	12%	48	31%
totaal	438	100%	154	100%
niet ingevuld	(38)	(8%)	(2)	(0%)

* statistisch significant meer uitstelgedrag t.o.v. reguliere patiënten van dezelfde huisartsen, $p < .05$

** gegevens zijn gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht van de onderzoekspopulatie

In tabel 3.9 is te zien dat illegale patiënten iets vaker te lang wachten met het consulteren van de huisarts dan reguliere patiënten, respectievelijk 11% en 9%. Het verschil is aanzienlijker als we het percentage illegale en reguliere patiënten dat had kunnen wachten om met hun klacht naar de huisarts te gaan met elkaar vergelijken. De resultaten tonen dat reguliere patiënten vaker hadden kunnen wachten om met hun aandoening de huisarts te consulteren dan illegalen, respectievelijk 31% en 12%. Toetsen we de hele verdeling op een lineair verband dan blijkt het verschil statistisch significant.

Ter illustratie wordt een casus geschetst van een vrouw die had kunnen wachten om met haar klacht naar de huisarts te gaan

“ de patiënt kon nog wachten om met de aandoening naar de huisarts te gaan”

Een 22-jarige vrouw uit Somalië die illegaal in Nederland verblijft. De patiënt is al bekend bij de huisarts.

De contactduur van het consult is 1-5 minuten en dit vond plaats tijdens kantooruren.

Contactredenen: *droge voeten met eeltplekken.*

Diagnose: *eeltknobbels.*

De aard van de klacht is geheel somatisch. Het betreft het eerste contact hierover. Het resultaat van het consult is een voorschrift van een geneesmiddel. De patiënt wordt niet verwezen en er is niet aangeduid of de aandoening levensbedreigend of invaliderend is. De huisarts is van mening dat de patiënt eigenlijk nog kon wachten om met deze klacht naar de huisarts te gaan. Ook bij de bijzonderheden vermeldt de arts dat het niet noodzakelijk is om met deze klacht naar het spreekuur te gaan.

Behalve gezondheidsrisico's voor zichzelf zouden illegalen mogelijk ook gezondheidsrisico's voor de algemene bevolking met zich mee kunnen brengen als zij ernstige infectieziekten

zouden 'importeren'. Om na te gaan in hoeverre dat speelt is in tabel 3.10 de prevalentie van de 5 meest voorkomende infectieziekten gepresenteerd, waarmee illegalen de huisarts bezochten. Ter referentie zijn cijfers uit LINH er naast gezet.

Tabel 3.10 Prevalentie van de vijf meest voorkomende infectieziekten (diagnoses)

infectieziekten*	illegalen (n=478)		reguliere huisartsbezoekers LINH (n=126.041)	
	aantal	percentage	aantal	percentage
1 R74 bovenste luchtweg infectie	14	3%	3915	3,1%
2 R80 influenza	6	1%	165	0,1%
3 X84 vaginitis (door chlamydia)	4	1%	124	0,1%
4 X72 candidiasis urogenitale	3	0,6%	397	0,3%
5 S72 scabies/andere aandoening door mijten	2	0,4%	24	0%
6 Overige overdraagbare infectieziekten	7	1,5%	-	-
totaal:	36	7,5%		

* ziekten die overdraagbaar zijn via respiratoir, seksueel of direct contact

In de tabel is te zien dat de huisarts relatief weinig infectieziekten diagnostiseert bij illegalen. De meest voorkomende overdraagbare infectieziekten zijn overdraagbaar via het respiratoir contact. Wanneer de prevalentie van de in tabel 3.10 staande infectieziekten bij illegalen wordt vergeleken met reguliere patiënten, dan is te zien dat deze ziekten bij illegalen iets vaker voorkomen. Als opmerking hierbij moet gemaakt worden dat deze gegevens alleen de infectieziekten tonen die geconstateerd zijn, over andere mogelijke infectieziekten bij illegalen is niets bekend.

3.6 Therapeutische en diagnostische interventies

Tijdens het consult kan de arts besluiten therapeutische of diagnostische interventies plaats te laten vinden. Sommige interventies zoals het voorschrijven van een geneesmiddel kan de arts zelf uitvoeren, voor anderen zoals het laten maken van een röntgenfoto moet een verwijzing plaatsvinden. De interventies in deelcontacten van de huisarts met illegalen staan in tabel 3.11. In Tabel 3.12 wordt een overzicht van de bestemming van verwijzingen van de patiënt door de huisarts met de bijbehorende frequenties getoond. Met verwijzen wordt bedoeld het schrijven van een verwijskaart. Onduidelijk blijft echter of het om een gerealiseerde verwijzing gaat.

Tabel 3.11 Interventies in deelcontacten

verrichting	illegalen (n=478)		reguliere huisartsbezoekers **	
	aantal	percentage	bron	percentage
voorschrift geneesmiddel	214	46%*	LINH	65%
medicatie zonder recept	15	3%	NS1	3%
medisch technische verrichtingen	26	6%	NS1	8%
laboratoriumaanvraag	38	8%*	NS1	4%
röntgenfoto/echo	13	3%	NS1	3%
verwijzing	87	18%*	LINH	6%
opname	2	0,4%	-	-
andere verrichtingen	130	28%	-	-

* statistisch significant verschillend van vergelijkingpopulatie, $p < .05$

** gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht van illegale patiënten

- geen vergelijkingsmateriaal beschikbaar

In tabel 3.11 is te zien dat er in contacten met reguliere patiënten meer wordt voorgeschreven, maar dat in contacten met illegalen er meer laboratoriumdiagnostiek wordt aangevraagd en vooral meer wordt verwezen. De verwijzingen zijn verder naar bestemming uitgesplitst in tabel 3.12.

Tabel 3.12 Een onderverdeling in het type verwijzingen die de huisarts aan de patiënt voorschrijft gepercenteerd op deelcontactniveau

Verwijzingen	Illegalen (n=478)		reguliere patiënten LINH (n=126.041)
	aantal	percentage	percentage
verwijzing medisch specialist	32	7%	5%
verwijzing verloskundige	4	1%	-
verwijzing fysiotherapeut	4	1%	1%
verwijzing GGZ	7	2%*	0%
verwijzing anders:	20	4%	-
abortuskliniek	5		
tandarts	4		
GGD	4		
verslavingszorg	4		
maatschappelijk werk	2		
asielzoekerscentrum	1		
verwijsbestemming onbekend	20	4%	

* statistisch significant afwijkend van LINH, $p < .05$

- informatie is niet beschikbaar

We zien hier dat het verschil in aantal verwijzingen niet zozeer zit in het aantal verwijzingen naar de medisch specialist of de fysiotherapeut. We zien wél statistisch significant meer verwijzingen naar de GGZ. Daarnaast zien we verwijzingen naar abortusklinieken, de GGD, verslavingszorg en maatschappelijk werk. Dit sluit aan bij het gegeven dat illegalen relatief vaak met psychosociale problemen bij de huisarts komen.

De tandartsverwijzingen hebben mogelijk te maken met het feit dat illegalen niet altijd weten dat men in Nederland met kiespijn naar een tandarts gaat. Aangetekend moet verder worden dat de verwijsbestemming in een groot aantal gevallen onbekend was. Een voorbeeld van een verwijzing van een illegale patiënt door de huisarts wordt in de volgende casus weer gegeven.

“een patiënt wordt verwezen door de huisarts”

Patiënt: een 31 jaar oude vrouw uit Bosnië die illegaal in Nederland verblijft.

Het is niet bekend of de patiënt bekend is bij de huisarts. De contactduur van het consult is 11-15 minuten en dit had plaats tijdens kantooruren.

Contactreden: *ongewenste zwangerschap.*

Diagnose: *ongewenste zwangerschap.*

De aard van de klacht is geheel psychosociaal

De aard van het contact betreft het eerste contact. De huisarts doet verder niets met de klacht en verwijst de patiënt door naar de abortuskliniek. De aandoening wordt door de huisarts als niet levensbedreigend en mogelijk invaliderend aangeduid. De huisarts acht het terecht dat de patiënt nu komt. Er zijn verder geen bijzonderheden vermeld.

3.7 Bijzonderheden en verzwarende omstandigheden

Indien de arts te maken had met bijzonderheden of verzwarende omstandigheden dan kon dat op het formulier vermeld worden. Door huisartsen zijn opmerkingen gemaakt die zeer uiteenlopend zijn. Een aantal opmerkingen die vaker voorkwamen zijn:

Prostitutie:

“Illegaal in Nederland verblijvende prostituee” “(vrouwenhandel)”

Angst bij het zoeken naar hulp:

“Drempel bij het gaan naar de dokter, redenen hiervoor zijn: bang dat niemand zal helpen, regelmatig geweigerd door artsen, financiën”

Traumatische ervaringen:

“Belastende psychosociale voorgeschiedenis: emotioneel door 10 maanden onschuldig gevangen te hebben gezeten, verblijft tussen zwervers die drugs gebruiken en stelen, moeilijk om als dakloze vrouw te toiletteren”

Opvoeden kinderen:

“Problemen met jonge kinderen”

Financiën:

“Wil op andermans verzekeringspasje zorg, wil bemiddeling voor financiën voor behandeling bij de specialist, zou terugkomen met geld maar is niet meer terug gekomen”

Huisarts is van mening niet op de juiste manier door de patiënt geconsulteerd te worden:

“Het is niet noodzakelijk om met de klacht naar de huisarts te gaan”

“Medicijnmisbruik”

“Huisarts vindt het lastig om de patiënt (gratis) te helpen, vanwege het gevoel uitgebuit te worden, arts vertrouwt patiënt niet”

Communicatie tussen arts en patiënt:

“Problemen met de communicatie: alleen gebarentaal, spreekt slechts een paar woorden Nederlands”

3.8 Samenvatting

Illegalen die de huisarts bezoeken zijn veel vaker dan doorsnee huisartsbezoekers van het mannelijk geslacht en uit de leeftijdsgroep van 20 tot 40 jaar. Ouderen treffen we onder illegale huisartsbezoekers nauwelijks aan. De meest voorkomende herkomstlanden zijn de 'traditionele' immigratielanden Turkije en Marokko. Daarnaast komen substantiële aantallen uit (de rest van Afrika) het Midden- en het Verre Oosten en uit Oost Europa c.q. de voormalige Sowjet-republieken. Contacten met illegalen betreffen niet duidelijk vaker of minder vaak consulten dan wel visites, maar ze duren gemiddeld wél langer dan die van 'reguliere' patiënten. In twee derde van de contacten was de huisarts al bekend met de (illegale) patiënt. Een derde deel van de patiënten presenteerde meer dan één gezondheidsprobleem in het contact.

Redenen om contact te zoeken met de huisarts betreffen bij illegalen relatief vaak psychische problemen, spijsverterings- dan wel stofwisselingsproblemen, sociale problemen en problemen met betrekking tot de urinewegen, zwangerschap en huid. Relatief minder vaak presenteren zij problemen met betrekking tot het bewegingsapparaat en de luchtwegen. Bezien we de door de huisarts gestelde diagnoses dan komen onder illegalen relatief vaak diagnoses die betrekking hebben op psychische problemen, stofwisseling en urinewegen voor. Diagnoses met betrekking tot het bewegingsapparaat, de luchtwegen, het hart vaatstelsel en zenuwstelsel komen minder vaak voor bij illegalen. Deze verschillen gelden als rekening wordt gehouden met de afwijkende leeftijd- en geslachtsamenstelling van de illegalen.

De problemen die illegalen presenteren zijn gemiddeld van ernstiger aard in vergelijking tot doorsnee huisartsbezoekers. Het gaat met name vaker om levensbedreigende aandoeningen. Tenslotte zien we dat illegalen iets vaker uitstellen om naar de huisarts te gaan en komen minder vaak bij de huisarts wanneer het nog niet nodig, dan bij reguliere het geval is. Illegalen worden relatief vaak verwezen en er wordt ook relatief vaak laboratoriumonderzoek aangevraagd. Er worden echter minder vaak geneesmiddelen voorgeschreven. Verwijzingen zijn er relatief veel naar de GGZ en andere instellingen die zich richten op psychische en sociale problematiek.

4 Resultaten: Spoedeisende Hulpafdelingen

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de gezondheidsklachten waarmee illegalen Spoedeisende Hulpafdelingen bezochten weergegeven. De resultaten zijn gebaseerd op gegevens die door medewerkers van tien Spoedeisende Hulpafdelingen (SEH-afdelingen) zijn ingevuld op registratieformulieren naar aanleiding van contacten met onverzekerde illegalen. In dit hoofdstuk wordt ook een vergelijking gemaakt met de gezondheidsklachten waarmee reguliere patiënten de SEH-afdeling bezochten op basis van gegevens uit het Letsel Informatie Systeem (LIS). Het doel hiervan is om te kijken of de mate van ernst en de aard van de klachten van illegalen anders zijn dan die van de algemene bevolking. Om een beeld weer te geven van de situaties waarin illegalen de SEH-afdeling bezoeken wordt gerelateerd aan bepaalde onderwerpen een aantal casussen gepresenteerd van patiëntencontacten.

De opbouw van het hoofdstuk is als volgt: in paragraaf 4.2 wordt verder ingegaan op kenmerken van invloed op de hulpverlening op de SEH-afdeling als leeftijd, geslacht en herkomst van de illegalen die de SEH-afdeling bezochten. In paragraaf 4.3 wordt gerapporteerd met welke redenen illegalen de SEH-afdeling bezochten. Hierbij aansluitend komen de diagnoses die de hulpverleners stelden aan bod. Interventies in contacten van hulpverleners op de SEH-afdeling met illegalen worden besproken in paragraaf 4.4. Het hoofdstuk wordt afgesloten in paragraaf 4.5 met een samenvatting, waarin de belangrijkste resultaten op een rij worden gezet.

4.2 Patiëntgegevens

Op tien SEH-afdelingen zijn gegevens geregistreerd van 119 patiëntencontacten. Na aggregatie van de gegevens op basis van de patiëntkenmerken: geboortedatum, geslacht en herkomstland, blijkt dat het in de onderzoekspopulatie om 106 verschillende patiënten gaat (doordat van een aantal patiënten persoonskenmerken ontbreken is niet met zekerheid te bepalen om hoeveel patiënten het gaat). Dit betekent dat de contactfrequentie van illegalen gedurende de registratieperiode nagenoeg op 1 ligt en het dus vrijwel altijd om éénmalige contacten gaat. Van de illegale patiënten die een SEH-afdeling bezochten was 5% al bekend op de SEH-afdeling, kwam 19% voor het eerst en van 77% zijn deze gegevens niet bekend. Van alle patiënten waar in het kader van het registratie-onderzoek gegevens zijn verzameld, is 42% illegaal en 58% vermoedelijk illegaal in Nederland.

Tabel 4.1 geeft een aantal kenmerken van illegalen die een SEH-afdeling bezochten tijdens de registratieperiode. Het geslacht, de leeftijd en het herkomstland van de patiënten zijn berekend op basis van het aantal patiëntencontacten, zoals de berekening bij de referentiegroep ook heeft plaatsgevonden.

Het merendeel van de patiënten is van het mannelijk geslacht, dit geldt zowel voor de illegalen als voor de algemene patiëntenpopulatie. Van de illegalen is driekwart van de patiënten man en van de reguliere patiënten 56%. Illegalen zijn dus in vergelijking tot de 'reguliere' patiënten vaker van het mannelijke geslacht en vaker uit de leeftijdscategorie 20-39 jaar. Ouderen treffen we onder de illegalen nauwelijks aan en kinderen relatief weinig. In verband met de culturele

achtergrond, het sociale netwerk en eventuele importziekten van patiënten is het belangrijk enig zicht te hebben op het land van herkomst van de illegale patiënten. In de hierna komende tabel is te zien dat er grote diversiteit is in land van herkomst van de illegalen. De acht herkomstlanden waar de meeste illegalen vandaan komen worden in de tabel weergegeven. De grootste groep illegalen is afkomstig uit Turkije (20%). Verder zijn de illegalen afkomstig uit een groot aantal verschillende landen. In de onderzoekspopulatie bevonden zich illegalen uit 29 verschillende landen. Wanneer de landen in herkomstgebieden worden onderverdeeld zijn er vijf grote groepen te onderscheiden waarvan de grootste groepen Marokkanen en Turken (27%) en illegalen afkomstig uit het midden en verre Oosten (23%) betreffen, zij vormen ieder ongeveer een kwart van de illegalen die de SEH-afdeling bezochten. In iets mindere mate komen illegalen uit overig Afrika (18%), Oostblok landen (15%), de Nederlandse Antillen, Suriname en Noord- en Zuid-Amerika (5%) en uit overige landen komt (12%).

Tabel 4.1 Patiëntenkenmerken van illegale en reguliere patiënten die een SEH-afdeling bezochten op basis van het aantal contacten

leeftijd, geslacht en herkomstland	illegalen (N=119)	algemene patiëntenpopulatie (n=158.810)
<i>geslacht:</i>		
man	77% *	56%
vrouw	23% *	44%
onbekend	(2%)	
<i>leeftijd:</i>		
0 -19	9% *	24%
20 -39	73% *	32%
40 -59	16%	20%
60 -79	2% *	16%
80 -<	0% *	6%
onbekend	(8%)	
<i>Herkomstland:</i>		
		geen vergelijkingsmateriaal beschikbaar
Turkije	20%	
India	8%	
Marokko	7%	
Algerije	7%	
China	7%	
Polen	7%	
Bulgarije	4%	
Frankrijk	4%	
Overige landen	35%	
Totaal	100%	
onbekend	(35%)	

* Uit de toets voor verschil in proporties bij het vergelijken van percentages blijkt een statistisch significante afwijking aanwezig te zijn van reguliere patiënten, $p < 0.05$

4.3 Redenen voor het bezoeken van de Spoedeisende Hulpafdeling

Illegalen kunnen om verschillende redenen een SEH-afdeling bezoeken. Voor de meeste gezondheidsproblemen is de huisarts de eerst aangewezen hulpverlener. Er zijn echter aanwijzingen dat illegalen met hun gezondheidsproblemen in sterkere mate dan reguliere patiënten rechtstreeks naar SEH-afdelingen gaan en daarbij de huisarts passeren (Liefhebber & Linders, 1994). Ook een aantal medewerkers van SEH-afdelingen van de aan het onderzoek deelnemende ziekenhuizen hebben het idee dat de SEH-afdeling laagdrempeliger en bekender is voor illegalen dan de huisartsenpraktijk. Dit kan tot gevolg hebben dat illegalen met klachten die eigenlijk door bijvoorbeeld een huisarts behandeld zouden moeten worden, naar de SEH-afdeling gaan. Ook kan het zijn dat illegalen met ernstigere klachten komen omdat zij een bezoek aan gezondheidszorgvoorzieningen zoveel mogelijk proberen te voorkomen uit angst om uitgezet te worden. Inzicht in de redenen van het contact en de mate van ernst en spoed van de hulpvraag zijn daarom van belang.

Patiënten kunnen op verschillende wijzen binnen komen op de SEH-afdeling. Soms is het hun eigen initiatief om met hun klacht naar de SEH-afdeling te gaan, maar soms ook komen ze daar omdat iemand anders ze daar naar heeft verwezen of gebracht, zoals bijvoorbeeld de huisarts. In de hierna komende tabel wordt een vergelijking gemaakt van de wijze van binnenkomst van illegale en reguliere patiënten op de SEH-afdeling.

Tabel 4.2 Patiënten behandeld op een SEH-afdeling naar wijze van binnenkomst (gepercentageerd op het aantal bekende gegevens)

wijze van binnenkomst in het ziekenhuis	Illegalen (n=119)	LIS (n=158.810)
op eigen initiatief	74% *	54%
huisarts	3% *	28%
ambulance	17% *	4%
anders	6%	8%
totaal	100%	
onbekend: 19	(16%)	(4%)

* Uit de toets voor verschil in proporties bij het vergelijken van percentages blijkt een statistisch significante afwijking aanwezig te zijn van reguliere patiënten, $p < 0.05$

In tabel 4.2 is te zien dat illegale patiënten vaker op eigen initiatief naar de SEH-afdeling komen, dan reguliere patiënten. Veel minder illegale dan reguliere patiënten worden door de huisarts naar de SEH-afdeling verwezen, respectievelijk 3% en 28%. In vergelijking tot reguliere patiënten worden illegalen relatief vaak met de ambulance binnengebracht. Bij illegalen die op een andere wijze de SEH-afdeling zijn binnen gekomen kunnen als voorbeeld genoemd worden via vriend, onwel geworden in politie-auto tijdens een arrestatie, via politie-arts, verwezen door Schiphol of via een Stichting die zich bezig houdt met bemiddeling van gezondheidszorg voor illegalen.

Dagdeel waarop het bezoek aan de SEH-afdeling plaatsvond

Twee derde van alle patiënten kwam buiten kantooruren naar de SEH-afdeling en van 9% zijn deze gegevens niet bekend. In het algemeen zal de SEH-afdeling buiten kantooruren toegankelijker overkomen dan de huisartsenpraktijk omdat daar immers dag en nacht iemand

aanwezig is. Zeker als men geen eigen huisarts heeft is het gemakkelijker daar naar toe te gaan dan een dienstdoend huisarts te vinden.

Acute en niet acute klachten

Ziekenhuizen hebben geregistreerd of de klacht waarmee illegale patiënten naar de SEH-afdeling gingen acuut of niet acuut was. In 54% van de gevallen betrof het een acute klacht, in 46% ging het niet om een acute klacht. Vergelijkingsmateriaal van het LIS is hierover niet voor handen. Ter illustratie worden twee casussen geschetst, het gaat om één patiënt die met een acute klacht naar de SEH-afdeling komt en één patiënt die niet met een acute klacht naar de SEH-afdeling komt.

“Patiënt komt met acute klacht naar de SEH-afdeling”

Patiënt: een Chinese vrouw van onbekende leeftijd die vermoedelijk illegaal in Nederland verblijft. Het is niet bekend of de patiënt al vaker op de SEH-afdeling geweest is. De patiënt is buiten kantooruren met de ambulance bij de SEH-afdeling binnen gebracht.

Contactredenen: patiënt is door een auto geschept.

Diagnose: bekkenfractuur, bloeding links frontaal in de hersenen en stase van galwegen. De aandoening is door de medewerker van de SEH-afdeling als acuut gecodeerd en de patiënt is op het juiste moment op de SEH-afdeling binnen gekomen. Het resultaat van het contact is een laboratoriumaanvraag, de aanvraag van een CT-scan en er zijn medisch technische verrichtingen toegepast. In het ziekenhuis wordt besloten om de patiënt op te laten nemen op de afdeling High Care.

Bijzonderheden/verzwarende omstandigheden: patiënte wilde niet in ziekenhuis blijven. Ze zei dat er niets aan de hand was en ze zou wel naar een Chinese dokter gaan.

“Patiënt komt met een niet acute klacht naar de SEH-afdeling”

Patiënt: een 52 jarige vrouw uit Ethiopië die illegaal in Nederland verblijft bezoekt de SEH-afdeling. Ze komt tijdens kantooruren op eigen initiatief naar de SEH-afdeling. Het is niet bekend of ze al vaker op de betreffende SEH-afdeling is geweest.

Contactredenen: geen geld voor medicijnen.

Diagnose: er is geen diagnose gesteld.

Het bezoek wordt door de medewerker van de SEH-afdeling als niet acuut gecodeerd en de vrouw wordt gezien als een medisch toerist. Er wordt geen geneesmiddel verstrekt en de patiënt verlaat de SEH-afdeling weer.

In tabel 4.3 wordt weergegeven wat de contactredenen zijn van illegale patiënten om de SEH-afdeling te bezoeken. Per patiëntencontact kunnen maximaal drie contactredenen worden gecodeerd, zoals bijvoorbeeld paniek en hyperventilatie als twee afzonderlijke contactredenen zijn gecodeerd, die overigens wel met elkaar verband kunnen houden. Dit betekent dat het percentage op kan lopen tot boven de 100%. In dezelfde tabel is ook te zien wat de gestelde diagnoses zijn. Bij 100 van de 119 patiëntbezoeken is een diagnose gesteld, daarom is het percentage berekend op n=100. Per patiëntbezoek is maximaal één diagnose gerapporteerd door de medewerkers op de SEH-afdeling. Referentiegegevens van contactredenen en diagnoses ingedeeld per ICPC-hoofdstuk zijn niet aanwezig.

Tabel 4.3 Contactredenen en diagnoses per ICPC-hoofdstuk als percentage van het aantal contacten (n=119 voor contactredenen en n=100 voor diagnose, omdat er maar 100 diagnoses zijn gesteld)

ICPC-hoofdstuk	percentage illegale patiënten dat met betreffende contactredenen naar de SEH-afdeling komt	diagnoses (percentage contacten)
A Algemeen en niet gespecificeerd	22%	9%
B Bloed en bloedvormende organen	0%	2%
D Spijverteringsorganen	20%	10%
F Oog	2%	1%
H Oor	4%	2%
K Hartvaatstelsel	2%	2%
L Bewegingsapparaat	32%	16%
N Zenuwstelsel	4%	2%
P Psychische problemen	11%	3%
R Luchtwegen	13%	11%
S Huid en subcutis	27%	30%
T Endocriene klieren/metabolisme/voeding	2%	4%
U Urinewegen	1%	0%
W Zwangerschap/bevalling/anticonceptie	2%	4%
X Geslachtsorganen en borsten vrouw	0%	3%
Y Geslachtsorganen en borsten man	3%	2%
Z Sociale problematiek	9%	2%

In tabel 4.3 is te lezen dat de drie meest voorkomende contactredenen verband houden met problemen aan het bewegingsapparaat (32%), de huid en subcutis (27%) de spijsverteringsorganen (20%) en niet classificeerbare contactredenen (22%). Onder klachten aan het bewegingsapparaat zijn ook snijwonden aan ledematen meegerekend. Veel diagnoses zijn te classificeren in de hoofdstukken huid en subcutis (30%) en in mindere mate in de hoofdstukken die verband houden met klachten aan het bewegingsapparaat (16%), de luchtwegen (11%) en de spijsverteringsorganen (10%).

Naast de weergave van diagnoses naar ICPC-hoofdstuk is een opsplitsing gemaakt in twee hoofdcategorieën, letselpatiënten en niet-letsel patiënten, zoals dat bij de referentie-groep ook gebeurd is. Dit maakt het mogelijk om een vergelijking te maken met reguliere patiënten. Letselpatiënten zijn: al die patiënten die één of meerdere letsels hebben opgelopen als gevolg van één van de volgende letseloorzaken: verkeersongeval, arbeidsongeval, sportblessure, privé-ongeval, geweld, automutilatie en poging tot zelfdoding, oorlogshandelingen en genees- en heelkundige behandeling (Dekker et al, 2000). Daarnaast zijn als additionele inclusiecriteria voor letsel gehanteerd:

- 1 het letsel is niet ouder dan 24 uur;
- 2 wanneer er lichamelijke of geestelijke klachten ontstaan door inname van chemische stoffen valt dat onder ziekte/aandoening, mits er sprake is van intoxicatie.

Niet-letselpatiënten zijn patiënten die zich voor behandeling melden met bijvoorbeeld een ziekte/aandoening of die zich moeten melden voor controle (ook klachten naar aanleiding van oud letsel worden hiertoe gerekend).

Tabel 4.4 Patiënten behandeld op een SEH-afdeling behandeld naar type ziekte en letsel

Type ziekte of aandoening	illegalen aantal (n=119)	percentage	reguliere patiënten (n=158.810)
<i>ziekten:</i>			
ziekten van de tractus circulatorius	3	3% *	8%
ziekten van de tractus digestivus	8	7%	6%
ziekten van de tractus respiratorius	6	5%	4%
ziekten van huid en subcutis	11	9% *	2%
infectieuze en parasitaire ziekten	13	11% *	2%
ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	6	5% *	1%
ziekten van het oog	1	1%	1%
ziekte van bloed en bloedbereidende organen			
en immuniteitsstoornissen	1	1%	1%
ziekten van het oor	2	2%	1%
bevallingen en complicaties van zwangerschap en puerperium	3	3%	0%
psychische stoornissen	1	1%	0%
onvolledig omschreven diagnose	17	14% *	0%
oud letsel	3	3%	-
overig gespecificeerd	1	1% *	10%
totaal ziekte/aandoening	77	65% *	33%
<i>letsel:</i>			
open wond	21	18% *	10%
vergiftiging	6	5% *	1%
fractuur	5	4% *	15%
overig letsel	10	8% *	31%
totaal letsel	42	35% *	57%
<i>controle</i>	1	1%	5%

* significant verschil tussen onderzoekspopulatie en controlegroep

Uit tabel 4.4 blijkt dat illegalen aanzienlijk vaker met een ziekte/aandoening naar de SEH-afdeling gaan dan met letsel of vergiftiging. Bij de reguliere patiënten is dit omgedraaid, zij gaan vaker met lichamelijk letsel of vergiftiging naar de SEH-afdeling. De opmerking die hierbij past is dat illegale patiënten soms komen met bijvoorbeeld een infectie als gevolg van verwaarlozing van een wond. In die gevallen is gecodeerd op basis van de primaire klacht infectie en komt daardoor in de categorie ziekten/aandoeningen. Een ander voorbeeld is een psychose naar aanleiding van cocainegebruik. Ook dit is gerekend onder ziekten/aandoeningen. De meest voorkomende ziekten bij illegale patiënten hebben betrekking op infectieuze of parasitaire ziekten (11%) en bij reguliere patiënten is dat 2%. Bij reguliere patiënten komen ziekten gerelateerd aan de tractus circulatorius het meest voor (8%) en bij illegalen is dat 3%.

In tabel 4.5 zijn de gestelde diagnoses met betrekking tot letsel ingedeeld in respectievelijk licht, middel of zwaar letsel. Hierbij is naast de diagnose in acht genomen of dat het om een acute zorgvraag gaat, wat het resultaat van het contact is en eventuele verwijzingen.

De categorieën kunnen als volgt gedefinieerd worden:

licht letsel: letsel dat niet of nauwelijks levensbedreigend en/of invaliderend is;

middel ernstig letsel: letsel dat mogelijk levensbedreigend en/of invaliderend is;

zwaar letsel: letsel dat in hoge mate levensbedreigend/en of invaliderend kan zijn.

Als kanttkening moet hierbij vermeld worden dat de informatie op de registratieformulieren niet altijd toereikend was om precies te bepalen in welke categorie het letsel ingedeeld zou kunnen worden. In deze situaties is het letsel ingedeeld in de meest voor de hand liggende categorie op grond van de voor handen zijnde gegevens. Het gaat er om een globaal beeld weer te geven van de mate waarin de patiënten met levensbedreigend en of invaliderend letsel naar de SEH-afdeling komen. Wanneer de ernst van het letsel niet duidelijk was is het letsel ingedeeld in de categorie letsel van onbekende ernst.

Tabel 4.5 Patiënten behandeld op de SEH-afdeling naar mate van de ernst van het letsel (gepercenteerd op het totaal aantal geregistreerde contacten op de SEH-afdeling n=119)

ernst van het letsel	aantal illegale patiënten (n=119)	percentage illegale patiënten
<i>licht letsel (niet of nauwelijks levensbedreigend)</i>	25	21%
oppervlakkige schot- steek en snijwonden	13	
inname chemische stoffen zonder (ernstige) intoxicatie	3	
huidcontact met chemisch middel	1	
lichte contusie, distorsie, luxatie of fractuur	8	
<i>middel ernstig letsel (mogelijk levensbedreigend)</i>	8	7%
inname chemische stoffen met intoxicatie	1	
schot- steek- en glaswonden	4	
hondenbeten	1	
fractuur	2	
<i>zwaar letsel (levensbedreigend of zeer levensbedreigend)*</i>	6	5%
obstructie ileus (i.v.m. bolletjes cocaïne)	2	
steekwond met inwendig letsel	3	
inwendige bloeding	1	
inname chemische stoffen met mogelijk gevaar voor leven	1	
<i>(mogelijk) letsel van onbekende ernst</i>	3	2%
mishandeld	2	
anders	1	
<i>totaal</i>	42	35%

* al de patiëntcontacten die ingedeeld zijn in de categorie levensbedreigend of zeer levensbedreigend letsel resulteerden in een klinische opname

In tabel 4.5 is te zien dat het in de meeste gevallen om licht letsel gaat (21%) waarvan schot-, steek- of snijwonden het grootste deel vormen. In een klein deel van de gevallen (5%) is de patiënt met zwaar letsel naar de SEH-afdeling gekomen, bij de patiënten met zwaar letsel werd altijd een klinische opname geïndiceerd.

Hierbij worden twee casussen geïllustreerd van letselpatiënten, één met licht letsel en één met zwaar letsel:

“een patiënt met licht letsel”

Patiënt: een 31 jarige man bij wie het land van herkomst onbekend is. De patiënt verblijft illegaal in Nederland. De patiënt is buiten kantooruren op eigen initiatief naar de SEH-afde-

ling gekomen.

Contactreden: de patiënt zou overvallen zijn, is onder invloed van drugs, geeft geen gegevens/papieren, vriendin komt dhr. halen, geeft aan dat dhr. hier illegaal is.

Diagnose: kneuzing enkel.

De klacht wordt door de medewerkers op de SEH-afdeling als niet-acuut gecodeerd. Zij vinden dat de patiënt gerust later had kunnen komen. Het consult resulteert in het aanbieden van een steunkous en er vindt geen verwijzing plaats.

"patiënt met zwaar letsel"

Patiënt: een 45-jarige man bij wie het land van herkomst onbekend is. De patiënt verblijft vermoedelijk illegaal in Nederland. De patiënt is tijdens kantooruren met de ambulance op de SEH-afdeling binnen gebracht.

Contactreden: Steekwond buik.

Diagnose: observatie scherp buiktrauma.

Het letsel wordt door de medewerkers van de SEH-afdeling als acuut gecodeerd. Zij vinden het terecht dat de patiënt nu komt. Het contact resulteert in een laboratoriumaanvraag en röntgenfoto en een verwijzing naar een Academisch Ziekenhuis. Als bijzonderheid is vermeld dat de patiënt niet coöperatief is.

In de hierna komende tabel wordt de prevalentie van infectieziekten gepresenteerd. Het gaat hierbij alleen om infecties die overdraagbaar zijn via respiratoir, seksueel of direct contact. Alleen aandoeningen die op normale wijze via direct contact overdraagbaar zijn maken deel uit van de overdraagbare infectieziekten. Een ulcus cruris wordt hierbij niet meegeteld, omdat het hier om een wond gaat, waarbij besmetting onwaarschijnlijk is.

Tabel 4.6 Gestelde diagnoses bij illegalen behandeld op de SEH-afdeling naar infectieziekten (gepercenteerd op het totaal aantal geregistreerde diagnoses op de SEH-afdeling n=100)

Overdraagbare* infectieziekten	aantallen	percentage op het totaal aantalgestelde diagnoses
1 X74 ontsteking kleine bekken (door chlamydia)	3	3%
2 R74 acute infectie bovenste luchtwegen	2	2%
3 R80 influenza	2	2%
4 B90 HIV	1	1%
5 R70 tuberculose luchtwegen	1	1%
6 R83 andere infectie luchtwegen	1	1%
Totaal:	10	10%

* Deze infectieziekten zijn overdraagbaar via direct contact, respiratoir contact en/of seksueel contact

In tabel 4.6 is te zien dat het bij 10% van de gestelde diagnoses om een overdraagbare infectieziekte gaat. De helft van de geconstateerde infectieziekten zijn overdraagbaar via respiratoir contact.

Uitstelgedrag bij illegale patiënten

De tien aan het onderzoek deelnemende SEH-afdelingen registreerden van illegale patiënten in hoeverre zij uitstelgedrag vertoonden bij het inroepen van medische hulp. Tabel 4.7 geeft aan dat het merendeel van de illegalen de SEH-afdeling op het juiste moment consulteert (63%).

Bijna een kwart van de patiënten had kunnen wachten om met hun klacht naar de SEH-afdeling te gaan en 8% van de patiënten had eerder moeten komen. De medewerkers op de SEH-afdeling zijn van mening dat 5% van de illegalen een medisch toerist is. Ook hier is geen vergelijkingsmateriaal voor handen.

Tabel 4.7 "Uitstelgedrag" van illegalen bij het bezoeken van de SEH-afdeling (n=119)

moment waarop de patiënt de SEH-afdeling bezoekt	contacten gepercenteerd op het aantal bekende antwoorden (n=96)
patiënt moest eerder komen	8%
patiënt had kunnen wachten	24%
de patiënt komt op het juiste moment	63%
medisch toerist	5%
totaal	100%
onbekend: 23	(19%)

Hierbij worden twee casussen geïllustreerd van patiënten die met ziekte/aandoening naar de SEH-afdeling komen, één met een lichte aandoening en één met een ernstige aandoening

" een patiënt met een lichte aandoening"

Patiënt: een 20 jarige man bij wie het land van herkomst onbekend is. De patiënt verblijft illegaal in Nederland, maar wil geen adres geven. De patiënt is buiten kantooruren op eigen initiatief naar de SEH-afdeling gekomen.

Contactredenen: paniek en hyperventilatie.

Diagnose: er is geen diagnose gesteld.

De klacht wordt door de medewerkers op de SEH-afdeling als niet acuut gecodeerd en men is van mening dat de patiënt nog had kunnen wachten met het bezoeken van de SEH. Er gebeurt verder niets op de SEH-afdeling en de patiënt is op eigen initiatief weggelopen.

"Een patiënt met een ernstige aandoening"

Patiënt: een 27 jarige man uit India. De patiënt blijft illegaal in Nederland. De patiënt is buiten kantooruren op de SEH-afdeling gekomen, niet aangegeven is volgens welke wijze van binnenkomst.

Contactredenen: sinds 2 dagen pijn in de onderbuik.

Diagnose: appendicitis acuta.

De klacht wordt door de medewerkers op de SEH-afdeling als acuut gecodeerd en men vindt het terecht dat de patiënt nu komt. Het contact resulteert in een laboratoriumaanvraag, röntgenfoto en in een klinische opname.

4.4 Therapeutische en diagnostische verrichtingen

Tijdens de consultatie op de SEH-afdeling kan het nodig zijn dat er therapeutische en diagnostische verrichtingen plaatsvinden. Het resultaat van het contact van de illegale patiënt met de hulpverleners op de SEH-afdeling wordt in tabel 4.8 en 4.9 weergegeven. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de therapeutische en diagnostische verrichtingen en het type verwijzingen

Tabel 4.8 Therapeutische en diagnostische verrichtingen die uitgevoerd worden bij illegale patiënten op de SEH-afdeling (n=119) (gepercenteerd op het aantal patiëntencontacten)

therapeutische en diagnostische verrichtingen	Illegalen (n=119)
voorschrift geneesmiddel	20%
medicatie zonder recept	14%
laboratorium aanvraag	32%
röntgenfoto/echo	31%
medisch technische verrichtingen	28%
andere verrichtingen	32%
verwijzing*	70%

* met verwijzing wordt bedoeld, het schrijven van een verwijskaart. Onduidelijk blijft echter of het om een gerealiseerde verwijzing gaat

In tabel 4.8 is te zien dat bij illegalen die de SEH-afdeling bezoeken laboratoriaaanvragen en röntgenfoto/echo de meest uitgevoerde diagnostische verrichtingen zijn. In eenderde van de gevallen wordt er medicatie verstrekt (met en zonder recept). In 32% worden er andere verrichtingen uitgevoerd zoals bijvoorbeeld een verpleegkundig onderzoek en/of telefonisch overleg met de arts. Van de patiënten die de SEH-afdeling bezoeken wordt 70% verwezen naar een andere hulpverlener. In de volgende tabel wordt een specificatie gegeven van het type verwijzingen.

Tabel 4.9 Specificatie van het type verwijzingen (gepercenteerd op het aantal bekende antwoorden (n.b. onderstaande gegevens betreffen de registraties in één ziekenhuis)

specificatie van het type verwijzingen gepercenteerd op het aantal bekende antwoorden	illegalen die verwezen worden op de SEH-afdeling
polikliniek	24%
huisarts	15%
opname	15%
anders	23%
geen verwijzing	22%
totaal	100%
onbekend	(15%)

Uit tabel 4.9 blijkt dat er voor het laten doen van een therapeutische of diagnostische verrichting in 70% van de gevallen een verwijzing plaatsvindt waarvan het meest wordt verwezen naar de polikliniek 24%.

Bij de verwijzing anders kan genoemd worden, ander ziekenhuis vanwege specialisme, tandarts, ander land, asielzoekerscentrum, daklozenopvangcentrum, GGD, RIAGG, politie (indien de patiënt door de politie is binnen gebracht).

4.5 Bijzonderheden en verzwarende omstandigheden

Wanneer zich bijzonderheden voordeden tijdens de behandeling op de SEH-afdeling kon de verpleegkundige deze noteren op het formulier. In de meeste gevallen zijn er geen bijzonderheden gerapporteerd. De bijzonderheden die zich voordeden hebben vooral betrekking op sociale en gedragsproblemen van de patiënt. Hieronder staan de belangrijkste bijzonderheden gerubriceerd.

Angst om het land uit gezet te worden:

"Patiënt wilde niet in het ziekenhuis blijven, was niets aan de hand, ging wel naar Chinese dokter"

Onverzekerde status:

"Patiënt zegt op vakantie te zijn?, maar heeft geen adres en geen verzekering", "ziekenfondspasje verwisseld"

Houding van de patiënt:

"Patiënt wil niet meewerken", "patiënt is weggelopen"

Verslavingsproblematiek:

"Cocaine verslaafd", "drugsgebruiker en HIV+", "patiënt vraagt om opiaten"

Sociale problemen:

"Patiënt heeft familiale problemen en heeft suicidepoging gedaan", "patiënt is dakloos"

4.6 Samenvatting

De populatie illegale patiënten die de SEH-afdeling bezoekt bestaat even als bij de populatie reguliere patiënten voor het grootste gedeelte uit mannen en veelal uit de leeftijdscategorie 20-39 jaar. Van de illegale patiënten kwamen de meesten voor het eerst op de desbetreffende SEH-afdeling. De herkomstlanden van de illegale patiënten zijn divers, vele illegalen komen uit Turkije. Het Nabije en Verre Oosten, Afrika en Oost Europa zijn herkomstgebieden waar vele illegalen vandaan komen. Illegalen komen relatief vaker op eigen initiatief en relatief vaker met de ambulance naar de SEH-afdeling. Daarentegen worden illegalen minder vaak dan reguliere patiënten door de huisarts verwezen. De meeste illegale patiënten (tweederde) hebben buiten kantooruren de SEH-afdeling bezocht. In iets meer dan de helft van de gevallen kwamen ze met een acute klacht. De meest voorkomende contactredenen hebben betrekking op problemen met het bewegingsapparaat (32%) en de huid en subcutis (27%). In meer dan de helft van de gevallen (63%) is de illegale patiënt op het juiste moment naar de SEH-afdeling gekomen, 8% had eerder moeten komen, 24% had nog kunnen wachten en 5% wordt gezien als een medisch toerist. Illegalen komen in vergelijking met reguliere patiënten relatief vaak met ziekte/aandoening en relatief weinig met letsel naar de SEH-afdeling. Bij de ziekten en aandoeningen waarmee illegalen de SEH-afdeling bezochten betrof het in 10% een infectie die overdraagbaar is via direct, respiratoir of seksueel contact. Wanneer illegalen met letsel naar de SEH-afdeling kwamen, ging het in de meeste gevallen om licht letsel, waarvan vooral oppervlakkige schot-, steek- en snijwondingen. In die gevallen dat illegalen met zwaar letsel naar de SEH-afdeling kwamen, werd in alle gevallen een opname geïndiceerd. Het contact tussen medewerkers op de SEH-afdeling en illegalen leidde in 70% van de gevallen tot een verwijzing, waarvan het meest naar de polikliniek. In 15% van de gevallen leidde het tot een opname in het ziekenhuis. Daarnaast werden er op de SEH-afdeling therapeutische en/of diagnostische verrichtingen uitgevoerd of aangevraagd, waarvan een laboratoriumaanvraag de meest voorkomende is. De bijzonderheden die zich voordeden rondom het bezoek door de illegale patiënt op de SEH-afdeling, hebben veelal betrekking op de sociale en gedragsproblemen van de patiënt.

5 Samenvatting en conclusies

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen van het onderzoek besproken. Het onderzoek richt zich op de gezondheidsklachten die illegalen bij hulpverleners presenteren en de daarop volgende zorgverlening. Huisartsen en medewerkers van de Spoedeisende Hulpafdelingen (SEH-afdelingen) registreerden gezondheidsklachten en zorgverlening in contacten met illegale patiënten. Aan het onderzoek hebben 16 huisartsenpraktijken meegedaan en 10 SEH-afdelingen. Deze zijn verspreid over Nederland gelegen. De hulpverleners hebben contacten met illegale patiënten geregistreerd voor tenminste 2-6 maanden (SEH-afdelingen) en 1 jaar (huisartsen). Na afloop van deze registratieperiode zijn 409 registratieformulieren van huisartsen en 119 formulieren van SEH-afdelingen ontvangen. Aanvullend zijn gegevens gebruikt van de GGD Den Haag van huisartscontacten met illegale patiënten die Haagse huisartsen in de periode januari 1998 - mei 2001 declareerden bij het Koppelingsfonds. Deze gegevens zijn gebruikt ter verificatie van de gegevens van de in het onderzoek participerende huisartsen. Op basis van de ingevulde registratieformulieren van de verschillende hulpverleners is het onderhavige rapport geschreven. Daarnaast zijn referentiegegevens van 'reguliere', niet illegale patiënten gebruikt. Voor de huisartsen zijn hiervoor drie bronnen gebruikt: de eerste Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk, het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) en de huisartsenpraktijken zelf die ook de contacten met illegalen registreerden. Voor de SEH-afdelingen zijn referentiegegevens gebruikt uit het Letsel Informatie Systeem (LIS).

5.2 Doel van het onderzoek

Met de invoering van de zogenoemde Koppelingswet (waarin het recht op collectieve voorzieningen gekoppeld werd aan de wettelijke verblijfsstatus) per 1 juli 1998 worden personen die zonder geldige verblijfsvergunning in Nederland verblijven uitgesloten van toegang tot het sociale verzekeringsstelsel, waaronder dus ook de ziektekostenverzekering. De gezondheidszorg is, naast het onderwijs, één van de terreinen geweest waarvoor de wetgever een uitzondering heeft gemaakt. Gezondheidszorg mag namelijk wel geboden worden in situaties waarin de zorg 'medisch noodzakelijk' is. De verantwoordelijkheid voor het bepalen van wat onder 'medisch noodzakelijke zorg' valt is bij de behandelend medicus gelegd. Voor de financiële afwikkeling van de consult- en andere kosten die hulpverleners maken tijdens de medische hulpverlening en die zij niet betaald krijgen door de patiënt zelf, kunnen zij gebruik maken van twee regelingen. Ten eerste is het zogenoemde Koppelingsfonds met de invoering van de Koppelingswet ingesteld. Bij dit fonds kunnen behandelende hulpverleners in de eerste lijn en de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) voor onverzekerde illegalen gemaakte zorgkosten, onder bepaalde voorwaarden, declareren. Ten tweede kunnen ziekenhuizen en ambulancediensten gebruik maken van de daar reeds op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) gehanteerde beleidsregel 'dubieuze debiteuren'. Deze beleidsregel wordt door de instelling zelfstandig uitgevoerd en maakt het mogelijk om oninbare kosten in het budget onder te brengen en daarover jaarlijks met de ziektekostenverzekeraar afspraken te maken (ministerie van VWS, 2001).

Een problematische toegang tot de gezondheidszorg voor illegalen kan belangrijke gezondheids-

risico's inhouden voor zowel illegalen zelf als de algemene bevolking, bijvoorbeeld als er sprake zou zijn van verspreiding van infectieziekten die niet op tijd onderkend worden of van psychiatrische stoornissen die met agressief gedrag gepaard gaan (V&W, 1996). Over de gezondheidstoestand van illegale patiënten, als bepalende factor voor hun zorgbehoefte, is relatief weinig bekend. Daarnaast bestaat er slechts een zeer globale indruk van het ziektepatroon en de ernst van de aandoeningen in vergelijking met de algemene bevolking. Basale gegevens als leeftijd, geslacht en herkomst van illegale patiënten zijn niet of nauwelijks voorhanden. Het is daarom van belang meer inzicht te verkrijgen in de samenstelling van de populatie illegalen die de huisarts en SEH-afdeling bezoekt en in de aard en ernst van de klachten die zij presenteren.

Doel van dit onderzoek is dus het in kaart brengen van eventuele belangrijke gezondheidsrisico's voor illegalen als gevolg van een problematische toegang tot de reguliere gezondheidszorg. Daarnaast staan eventuele gezondheidsrisico's voor de algemene bevolking centraal. Daartoe zijn een aantal deelvragen geformuleerd die in de volgende paragraaf 5.3 aan de hand van de uitkomsten van het onderzoek worden beantwoord. In paragraaf 5.4 worden de hoofdconclusies van het onderzoek weergegeven, daarbij terugkomend op de doelstelling van het onderzoek. In paragraaf 5.5 wordt een beschouwing op het gehele onderzoek gegeven. Het hoofdstuk wordt in paragraaf 5.6 afgesloten met algemene aanbevelingen, waaronder ook aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

5.3 Uitkomsten

1 *'Hoe is de sociaal-demografische samenstelling van de populatie illegale patiënten die de huisarts/SEH-afdeling bezoekt en wat zijn de verschillen met de reguliere patiënten?'*

Huisartsen

De sociaal-demografische samenstelling van illegale patiënten die gezondheidsklachten in de huisartsenpraktijk presenteren wijkt sterk af van die van reguliere patiënten. Onder illegalen zijn mannen in de middenleeftijdscategorie (20-39 jaar) sterk oververtegenwoordigd, dit in tegenstelling tot reguliere huisartsbezoekers waar vrouwen en de leeftijdscategorie 40-59 jaar het sterkst zijn vertegenwoordigd. Verder zien we onder illegale huisartsbezoekers nauwelijks patiënten van ouder dan 60 jaar. Vanwege dit grote verschil is in de verdere vergelijkingen tussen illegalen en reguliere huisartsbezoekers gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht van illegale patiënten. De herkomst van illegalen is zeer divers. De grootste groep patiënten in de onderzochte huisartsenpraktijken komt uit Marokko en Turkije. Verder komen er ook veel patiënten uit Afrikaanse landen (beneden de Sahara) en in mindere mate uit het Midden- en Verre Oosten en Oost-Europa c.q. voormalige Sowjet-republieken. Illegalen uit de Nederlandse Antillen, Suriname en Noord-en Zuid-Amerika worden relatief weinig op het spreekuur gezien door huisartsen.

Spoedeisende Hulpafdelingen

Hetzelfde patroon als bij de huisartsen is waarneembaar op de SEH-afdelingen. Ook hier zijn illegalen voornamelijk van het mannelijk geslacht en is de leeftijdscategorie (20-39 jaar) zwaar oververtegenwoordigd. Ouderen (>60 jaar) worden onder de illegale patiënten nauwelijks aangetroffen en kinderen relatief weinig. Dit in tegenstelling tot reguliere patiënten waarvan een kwart jonger dan 19 jaar en een vijfde ouder dan 60 jaar is.

Wat betreft het land van herkomst van de illegalen is er eveneens een grote diversiteit. De grootste groepen illegale patiënten van de onderzochte SEH-afdelingen zijn afkomstig uit Turkije en Marokko en het Midden- en Verre Oosten. Het was niet mogelijk de LIS-gegevens te standaardiseren naar de leeftijd-/geslachtsamenstelling van de illegalen. Standaardisatie is daarom hier achterwege gebleven.

2 *'In hoeverre verschillen de gezondheidsproblemen die illegalen presenteren aan de huisarts en op SEH-afdelingen van die van reguliere patiënten?'*

Huisartsen

In twee derde van de contacten was de huisarts reeds bekend met de illegale patiënt. Gemiddeld werden in een jaar 1,8 contacten per patiënt geregistreerd.

Illegalen komen het meest naar de huisarts met contactredenen die betrekking hebben op psychische problemen, huidklachten, klachten aan het bewegingsapparaat en de spijsverteringsorganen. Psychische problemen, klachten over de huid en de spijsverteringsorganen komen als contactredenen statistisch significant vaker voor bij illegalen dan bij reguliere huisartsbezoekers (na standaardisatie op leeftijd en geslacht). Dat geldt ook voor stofwisselingsproblemen, sociale problemen en problemen met de urinewegen. Problemen met betrekking tot het bewegingsapparaat en de luchtwegen worden juist statistisch significant minder vaak gepresenteerd door illegalen.

Gezien de verschillen in contactredenen is te verwachten dat de bij illegalen gestelde diagnoses afwijken van die bij reguliere huisartsbezoekers. Dit blijkt het geval te zijn ook als rekening wordt gehouden met verschillen in leeftijd en geslacht. De meest gestelde diagnoses bij illegalen betreffen aandoeningen aan de huid en subcutis, psychische en luchtwegen problemen. Met name diagnoses met betrekking tot psychische problemen worden aanzienlijk en statistisch significant vaker gesteld bij illegalen. Gevonden werd dan ook dat aan de door illegale gepresenteerde problemen vaker een psychosociale component verbonden was. Ook diagnoses met betrekking tot de urinewegen en de stofwisseling worden vaker gesteld bij illegalen. Diagnoses met betrekking tot het hart vaatstelsel, het bewegingsapparaat, het zenuwstelsel en de luchtwegen worden statistisch significant minder vaak gesteld bij illegalen.

Spoedeisende Hulpafdelingen

Op de SEH-afdeling komen illegalen relatief vaker met ziekten/aandoening (65%) dan met letsel/vergiftigingen (35%) in vergelijking tot reguliere SEH-bezoekers die in meerderheid met letsel/vergiftigingen komen. Binnen de groep ziekten/aandoeningen zijn het met name de infectieuze en parasitaire ziektes die bij illegalen vaker voorkomen. In een aantal gevallen (10%) gaat het hier om overdraagbare aandoeningen, waarvan een drietal ernstig was. Illegalen komen in vergelijking tot reguliere SEH-bezoekers wel vaker met 'vergiftigingen'. Hieronder valt ook drugsgebruik. Binnen de groep letsel/vergiftigingen zijn het met name open wonden, fracturen en oppervlakkig letsel waar illegalen relatief weinig mee komen. In de meerderheid van de gevallen lijkt het om licht letsel te gaan.

3 *'In hoeverre zijn er verschillen in de mate waarin het zoeken van hulp wordt uitgesteld tussen illegalen en reguliere patiënten?'*

Huisartsen

In 11% van de contacten komt de illegaal naar het oordeel van de huisarts te laat met de klacht naar het spreekuur. Bij reguliere patiënten ligt dit percentage op 9%, een betrekkelijk gering verschil dus. Wél geven huisartsen bij illegalen aanzienlijk minder vaak dan bij reguliere huisartsbezoekers aan dat zij hadden kunnen wachten om naar de huisarts te gaan (respectievelijk 31% en 12%). Men komt dus, volgens inschatting van de huisarts, in vergelijking tot reguliere patiënten vaker op het juiste moment.

Het uitstellen van huisartsbezoek kan leiden tot ernstigere klachten. Illegalen blijken vaker dan reguliere patiënten met levensbedreigende klachten bij de huisarts te komen. Het verschil is aanzienlijk als vergeleken wordt met de landelijke gegevens uit de eerste Nationale Studie en kleiner maar nog wel duidelijk en statistisch significant als vergeleken wordt met gegevens van

reguliere patiënten van de huisartsen die voor dit onderzoek contacten met illegalen registreerden. Over de mate waarin de klachten invaliderend zijn kunnen geen eenduidige uitspraken worden gedaan, omdat de twee referentiegroepen verschillende uitkomsten laten zien. De klachten van illegalen zijn vergeleken met de gegevens uit de eerste Nationale Studie meer invaliderend. Dit is daarentegen niet het geval wanneer vergeleken wordt met reguliere patiënten uit de huisartsenpraktijken die ook klachten van illegalen registreerden.

Spoedeisende Hulpafdelingen

Meer dan de helft van de illegale patiënten komt op het juiste moment op de SEH-afdeling, in bijna een kwart van de gevallen had de patiënt kunnen wachten en in 8% van de consulten deed de patiënt er verstandig aan eerder te komen. De aandoening waar illegalen mee komen is in meer dan de helft van de gevallen acuut (54%). Twee derde van de illegalen kwam buiten kantooruren naar de SEH-afdeling en veelal op eigen initiatief (74%). Daarentegen komen reguliere patiënten minder op eigen initiatief (54%), maar worden relatief vaker door de huisarts verwezen.

4 'In hoeverre verschilt de inhoud van de zorgverlening aan illegalen en reguliere patiënten?'

Huisartsen

Het consult van huisartsen met illegale patiënten duurt gemiddeld langer dan consultatie door reguliere patiënten. De verhouding tussen aantal consulten en aantal visites wijkt voor illegalen niet eenduidig af van reguliere patiënten. In het onderhavige registratie-onderzoek was het verschil tussen illegalen en reguliere huisartsbezoekers in dit opzicht klein. In de verificatiegegevens van de GGD Den Haag waren er relatief meer visites bij illegale patiënten.

De meest voorkomende interventies in contacten van de huisarts met illegalen zijn het voorschrijven van een geneesmiddel (46%) en het verwijzen van de patiënt (18%), waarvan het meest naar de medisch specialist. Reguliere patiënten krijgen vaker een geneesmiddel voorgeschreven (65%), worden minder vaak verwezen (6%) en er wordt minder vaak laboratoriumdiagnostiek aangevraagd. Ook hier is gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht.

Spoedeisende Hulpafdelingen

Bij illegalen die de SEH-afdeling bezoeken worden iets meer diagnostische dan therapeutische interventies toegepast. Vaak wordt er een laboratoriaanvraag ingediend (32%) en bijna even vaak wordt er een röntgenfoto of echo gemaakt (31%). Medisch technische verrichtingen zijn de meest voorkomende therapeutische verrichtingen (28%), minder vaak wordt een geneesmiddel voorgeschreven (20%). Van de illegalen die de SEH-afdeling bezochten tijdens de registratieperiode werd 70% verwezen, waarvan het meest naar de polikliniek (30%). In 15% van de verwijzingen leidde dit tot een opname in het ziekenhuis.

5.4 Beschouwing

Beperkingen van het onderzoek

Het onderzoek is uitgevoerd na de invoering van de Koppelingswet. Of de gevonden resultaten een effect zijn van de Koppelingswet of dat hetzelfde patroon zich al voor die tijd voordeed is dus niet te zeggen. Ook is niet te zeggen of het aantal contacten voor die tijd hoger dan wel lager zou zijn geweest.

Het onderzoek beperkt zich tot de door illegalen aan de hulpverlening gepresenteerde klachten. Op basis hiervan kan geen uitspraak worden gedaan over de gezondheidstoestand van illegalen in vergelijking tot Nederlanders in het algemeen. Daarvoor zouden ook illegalen die niet naar de huisarts gaan onderzocht moeten worden.

Het is mogelijk dat in het onderzoek onder-registratie van problemen heeft plaatsgevonden. Onder-registratie is een bekend fenomeen in registratie-onderzoek. Contacten met illegale patiënten komen bovendien op het totaal aantal contacten weinig voor. Zowel huisartsen als SEH-afdelingen hebben betrekkelijk weinig voorkomende gebeurtenissen moeten registreren. Het is niet uitgesloten dat hierdoor vergeten is een aantal contacten te registreren. Hoe hoog de onder-registratie is, is moeilijk te zeggen. Er werden aanzienlijk minder contacten geregistreerd dan de huisartsen en SEH-afdelingen vooraf hadden ingeschat. Het is echter goed mogelijk dat deze inschattingen aan de hoge kant zijn geweest. Een aanvullend probleem hierbij is dat het soms lastig is om vast te stellen of een patiënt illegaal is. Dat geldt met name op de SEH-afdelingen waar het personeel het vaak moeilijk vindt om dat direct te vragen als er een gewonde patiënt wordt binnengebracht. Ook speelt hier dat illegalen soms op de ziekenfondskaart van iemand anders bij de hulpverlening komen en daardoor niet als illegaal worden geïdentificeerd. De vraag is in hoeverre mogelijke onder-registratie de resultaten van dit onderzoek vertekent. Zo zou het kunnen zijn dat onschuldiger klachten eerder worden vergeten te registreren dan ernstige of in het oog springende klachten. Aan de andere kant kan juist de ernst van de situatie er aanleiding toe geven dat snel tot behandeling wordt overgegaan en het registratieformulier er bij inschiet. Het blijft dus speculeren in hoeverre de mogelijke onder-registratie de resultaten vertekent.

Een kanttekening dient verder te worden geplaatst bij de aantallen hulpverleners die aan het onderzoek hebben meegewerkt. Doordat deze aantallen beperkt zijn en ook het aantal ingevulde formulieren per hulpverlener of instelling sterk verschilde kunnen plaatselijke en/of hulpverlenergebonden bijzonderheden een rol spelen bij de uitkomsten. Dit geldt met name voor vragen op het formulier die ruimte overlaten voor interpretatie zoals uitstelgedrag en mate van levensbedreigend zijn van de klachten. Dit is opgelost door in het onderzoek, waar daartoe aanleiding was ook per hulpverlener te analyseren. Bovendien is met betrekking tot uitstelgedrag en mate van levensbedreigend en invaliderend zijn van de klachten aan de hulpverleners die aan het illegalenonderzoek hebben meegedaan gevraagd om ook een aantal contacten met reguliere patiënten te registreren.

Tenslotte dient een opmerking te worden gemaakt over de referentiegegevens. Voor wat betreft de eerste Nationale Studie zijn deze verouderd (1987/1988). Er zijn aanwijzingen dat sindsdien met name de consultduur is toegenomen. Goede recentere referentiegegevens over de consultduur zijn niet voor handen. Er moet daarom rekening worden gehouden met het feit dat het verschil in consultduur kleiner is dan dit onderzoek laat zien.

Verificatie met gegevens GGD Den Haag

Mede vanwege deze kanttekeningen is het belangrijk op te merken dat door de huisartsen geregistreerde gegevens zijn geverifieerd door de uitkomsten te vergelijken met gegevens van de GGD Den Haag van door 6 Haagse huisartsen gedurende 3,5 jaar bij het Koppelingsfonds gedeclareerde contacten met illegale patiënten. Het patroon van de op deze declaratieformulieren aangegeven contactredenen en diagnoses kwam sterk overeen met het in het onderhavige onderzoek gevonden patroon. De gevonden verschillen in aard van de klachten en aandoeningen met reguliere huisartsbezoekers kunnen daarom stevig worden genoemd. Een verschil was er alleen in die zin dat in de Haagse gegevens een hoger percentage visites werd geregistreerd. Dat kan te maken hebben met het declaratiekarakter van de Haagse registratie maar ook met het feit dat één enkele registrerende arts in Den Haag een zeer hoog percentage visites had.

Vergelijking SEH/huisarts

Op een aantal punten kunnen de uitkomsten van de registratie door de huisartsen met die van de SEH-afdelingen met elkaar worden vergeleken. De leeftijd- en geslachtsamenstelling en herkomst van de illegalen zijn in grote lijnen vergelijkbaar. Er zijn wel wat verschillen in

herkomst. Zo zijn er op de SEH in vergelijking tot bij de huisarts relatief meer Turken en minder Marokkanen.

De aard van de klachten is gezien de verschillen in aard van de voorziening en wijze van coderen moeilijker te vergelijken, maar er zijn wel enkele parallellen. Het gegeven dat er in de huisartsenpraktijk weinig klachten met betrekking tot het bewegingsapparaat zijn komt op de SEH terug in het geringe aandeel van letselpatiënten. Aan de andere kant zien we bij de huisarts juist weer relatief veel huidklachten, terwijl men wellicht eerder zou verwachten dat juist op de SEH relatief meer huidklachten worden gezien dan bij de huisarts.

Een andere parallel zit in het feit dat zowel de huisarts als de SEH in een aantal gevallen worden geconfronteerd met hulpvragen waarvoor het binnen de Nederlandse context ongebruikelijk is om die betreffende voorziening te bezoeken. Een goed voorbeeld is kiespijn wat zowel op de SEH als bij de huisarts wel eens voor kwam als contactredenen van illegalen. Het relatief hoge aantal verwijzingen bij de huisarts moet daar deels aan worden toegeschreven. Op de SEH is al een bekend fenomeen dat men ook door reguliere patiënten vaak met hulpvragen wordt geconfronteerd die eigenlijk bij de huisarts thuishoren. Het relatief hoge aandeel van niet-letselpatiënten op de SEH wijst erop dat dat bij illegalen nog vaker voorkomt.

Een belangrijke parallel is tenslotte dat ernstige infectieuze aandoeningen die mogelijk een bedreiging vormen voor de volksgezondheid door SEH's en huisartsen weinig gezien worden. Weliswaar komen er op de SEH relatief veel illegalen met infectieuze klachten, maar dit betrof geen ernstige, de volksgezondheid bedreigende infecties.

Vergelijking met de enquêtegegevens uit de eerste fase van dit onderzoek

Voorafgaand aan de registratieperiode is in de eerste fase van dit onderzoek een schriftelijke enquête gehouden. De conclusies die op basis van schriftelijke enquêtes onder huisartsen en hoofden van SEH-afdelingen werden getrokken kunnen soms worden bevestigd. Op andere punten is verfijning mogelijk of is bijstelling noodzakelijk.

De eerste opmerking is dat de schattingen van de aantallen contacten met illegale patiënten die op basis van de resultaten van de enquêtes gemaakt zijn, waarschijnlijk naar beneden bijgesteld moeten worden. Zo rapporteerde 2% van de huisartsen in de eerste fase dat meer dan 2% van hun praktijkpopulatie illegaal is. De huisarts die de meeste contacten registreerde in deze fase van het onderzoek registreerde 122 contacten met illegalen. Uitgaande van een contactfrequentie van 4 is dat op een normpraktijk van 2350 patiënten iets meer dan 1% van het totaal aantal contacten. Zelfs als er in het registratie-onderzoek sprake is van onderregistratie zullen de geschatte aantallen nog te hoog zijn.

De conclusies met betrekking tot de ernst van de klachten waren op basis van de eerste fase niet eenduidig. De meeste huisartsen en SEH-afdelingen vonden de klachten van illegale en reguliere patiënten even ernstig; een minderheid sprak van ernstiger klachten en over uitstelgedrag onder illegalen. De resultaten van deze fase geven in dit opzicht meer specifieke informatie. De klachten van illegale patiënten zijn gemiddeld genomen ernstiger dan bij reguliere huisartsbezoekers in dezelfde praktijken en er zijn ook aanwijzingen voor meer uitstelgedrag (vooral in de zin dat men in mindere mate 'te snel' bij de huisarts komt). Ernstige, levensbedreigende of zeer levensbedreigende klachten vormen een betrekkelijk klein deel van het totaal aantal contacten van illegale patiënten (6% bij de huisarts). Dit is echter wel drie keer zoveel als bij reguliere patiënten in de praktijken die contacten met illegalen registreerden en zes keer zoveel als in een algemene referentiepopulatie. Ernstige, infectieuze overdraagbare aandoeningen komen nauwelijks voor. De conclusie die kan worden getrokken is dat de klachten van illegale patiënten ernstiger in de zin van vaker levensbedreigend zijn dan van reguliere patiënten.

Een derde opvallende conclusie uit de eerste fase waar nadere precisering mogelijk is, betreft de verwijzing door de huisarts. In de eerste fase rapporteerden huisartsen dat in een vijfde van de

gevallen waar de huisarts een verwijzing van een illegale patiënt naar de tweede lijn noodzakelijk achtte deze niet werd gerealiseerd. De uitkomsten van de tweede fase laten zien dat illegale patiënten relatief vaak worden verwezen. In 18% van de contacten vindt een verwijzing plaats, aanzienlijk meer dan bij reguliere patiënten. Voor een deel speelt hier dat illegale patiënten bij de huisarts komen voor klachten die daar niet thuis horen, zoals met kiespijn. Voor een deel kan hier ook spelen dat de huisartsen die hebben meegewerkt aan dit onderzoek een groep 'illegaalvriendelijke' hulpverleners betreft die langzamerhand bekend zijn geraakt met kanalen waarlangs de zorg voor illegalen kan worden georganiseerd. Gezien het feit dat de contactfrequentie tussen illegale patiënten en de participerende huisartsen op 1.8 ligt, ontstaat de indruk dat deze huisartsen voor de categorie illegalen de deur niet dichthouden.

5.5 Conclusies en aanbevelingen voor onderzoek

De aanleiding tot dit onderzoek was de zorg dat de problematische toegang van de gezondheidszorg voor illegalen mogelijk gezondheidsrisico's zou inhouden voor illegalen zelf en mogelijk ook voor de algemene bevolking.

De conclusie moet luiden dat voor zover het de waarneming van huisartsen en SEH-afdelingen betreft dit meevalt.

Bezien we eerst de gezondheidsrisico's die illegalen zelf lopen dan kunnen we constateren dat uitstelgedrag in de zin van te laat met bepaalde klachten bij de huisarts komen nauwelijks vaker voorkomt dan bij de reguliere populatie. De klachten die illegalen hebben zijn gemiddeld genomen wel ernstiger, maar het is niet gezegd dat dat veroorzaakt wordt door de problematische toegang tot de zorg.

Het is bekend dat in achterstandswijken en onder allochtonen de gezondheidstoestand minder goed is dan onder de algemene bevolking. Men zou daarom kunnen verwachten dat de verschillen in ernst van de gezondheidsproblemen van illegalen vergeleken met bewoners van achterstandswijken of allochtonen geringer zijn dan met de autochtone bevolking. Dit onderzoek geeft hier wel enige aanwijzing voor. Het verschil in ernst van problemen van illegalen met de algemene populatie van huisartsenbezoekers is namelijk groter dan met de populatie van bezoekers van huisartsen die contacten met illegalen hebben geregistreerd. Het betreft hier in het laatste geval vaak praktijken in achterstandswijken van grote steden. Wat overigens wél duidelijk is dat illegalen een specifiek en van reguliere bezoekers van de hulpverlening afwijkend klachtenpatroon hebben en ook dat illegalen relatief vaak worden verwezen.

Het risico voor de algemene bevolking moet op basis van de resultaten van dit onderzoek als gering worden ingeschat. Het aantal illegalen dat bij de hulpverlening komt is al geringer dan op basis van eerder onderzoek werd verwacht. En onder de aan de hulpverlening gepresenteerde gezondheidsproblemen bevinden zich weinig of geen importziekten of andere aandoeningen die een risico voor de algemene bevolking vormen.

Nog eens met nadruk dient gezegd te worden dat deze conclusies zich beperken tot het perspectief van de hulpverlening. Over de gezondheidsproblemen van illegalen die niet bij de huisarts komen, zegt dit onderzoek niets. Aangenomen moet worden dat als onder de illegale bevolking echt veel ernstiger aandoeningen zouden voorkomen dit toch tenminste gedeeltelijk bij de hulpverlening terecht zou moeten komen. Niettemin moet het doen van onderzoek onder illegalen die de hulpverlening niet bezoeken als een optie voor verder onderzoek worden aangemerkt. Al is het alleen maar om ook het perspectief van de illegaal een keer voor het voetlicht te krijgen. Dergelijk onderzoek zal moeilijk zijn op te zetten, waarvoor specifieke onderzoeksmethoden, zoals bijvoorbeeld de sneeuwbalmethode, dienen te worden ingezet. Samenwerking met organisaties die zich op illegalen richten is daarbij van belang.

Een tweede aanbeveling voor onderzoek is het met een zekere regelmaat herhalen van het

onderhavige onderzoek. Dit omdat we te maken hebben met een dynamische situatie met mogelijke veranderingen in de instroom van illegalen, veranderende wet- en regelgeving (zoals de nieuwe Vreemdelingenwet) en tekorten in het hulpverleningsaanbod. Zo constateerden we naar aanleiding van de eerste fase van dit onderzoek dat de hulpverlening van illegalen afhankelijk was van een beperkte groep van illegaal-vriendelijke huisartsen die vanwege hun gevestigd zijn in achterstandswijken al een meer dan gemiddelde werklast hebben. Bij herhaling van dit onderzoek zou meer aandacht gegeven kunnen worden aan het verwijstraject en het verdere verloop van de gezondheidsklachten van patiënten bij wie een verwijzing noodzakelijk werd geacht. Dit vanwege het enerzijds moeizaam tot stand komen van een verwijzing en het anderzijds vaak voorkomen van de behoefte te verwijzen.

Literatuur

- Abram S, Benenson (editor). *Control of Communicable Diseases in man*. Washington: The American Public Health Association 1985.
- Bakker D. de, Jabaaïj L., Abrahamse H., Hoogen H. van den, Braspenning J, Althuis T van, Rutten R, Tacken M. *Jaarrapport LINH 2000*. Utrecht: Nivel, 2001.
- Bakker D. de, Weide M., Delnoij D. *Huisartsenzorg aan asielzoekers: naar een monitoring systeem*. Utrecht: Nivel, 2000.
- Böcker A. *Turkse migranten en sociale zekerheid: van onderlinge zorg naar overheidszorg?* Amsterdam: Amsterdam University Press, 1994.
- Burgers J., ten Dam J. Gezondheid en zorg. In: J. Burgers en G. Engbergsen (red.) *De Ongekende Stad, deel 1: Illegale vreemdelingen in Rotterdam*. Amsterdam: Boom, 1999.
- College voor Zorgverzekeringen. *Tussentijdse evaluatie uitvoeringsaspecten Koppelingswet*. Amstelveen, 2000.
- Dam J. ten, De Ceuninck van Capelle C. *Het ergste leed*. TGP, 3-5, april 1995.
- Dekker R., Pruyboom C., Toet H. *LIS Jaaroverzicht 1998*. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid, 2000.
- Den Brok B. *De gezondheidstoestand van vluchtelingen, asielzoekers en illegalen*. In Mackenbach J. en H. Verkleij (red.) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Deel II. Gezondheidsverschillen*. Bilthoven/Maarssen: RIVM/Elsevier/De Tijdstroom, 225-240, 1997
- De Ceuninck van Capelle C. *Onverzekerden in Amsterdam: een inventariserend onderzoek naar het aantal onverzekerden in de medische hulpverlening en de knelpunten bij de zorg*. Amsterdam: GG&GD, 1991.
- Erkens C.G.M., Sminia A., Pot E. *Onverzekerden in Amsterdam IV -verslag van het monitoringsproject onverzekerden 1996*. Amsterdam: GG&GD, 1998.
- Erkens C.G.M. *Zorg aan illegale vreemdelingen in Nederland: de resultaten van een kwalitatieve inventarisatie van problemen en knelpunten bij zorg- en hulpverleners en andere betrokkenen*. In: Johannes Wier Stichting, *Kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor illegalen*. Verslag Symposium 21 januari 2000, Amersfoort.
- Esveldt I., Kulu-Glasgow I., Schoorl J., van Solinge I. *Migratiemotieven, migratienetwerken en partnerkeuze van Turken en Marokkanen in Nederland*. Den Haag: NIDI Rapport no.43, 1995.
- Groenewegen P.P., Bakker D.H. de, Velden J. van der. *Basisrapport verrichtingen in de huisartspraktijk*. Utrecht: Nivel, 1992.
- Johannes Wier Stichting voor Mensenrechten en Gezondheidszorg. *Illegale Vreemdelingen op uw spreekuur: gezondheidszorg voor illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen*. Amersfoort, 1999.
- Johannes Wier Stichting voor Mensenrechten en Gezondheidszorg. *Kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor illegalen*. Amersfoort: Verslag symposium 21 januari 2000, 2000.

- Kruiswijk M., Weert H. van en J. Hoekstra. *Populatie en morbiditeit binnen een centrum voor onverzekerden*. Huisarts en Wetenschap 40(1):14-17, 1997
- Kruiswijk M., Hoekstra J. *Illegaal, onverzekerd*. TGP, 17-19, juni 1995.
- Kulu Glasgow I., Bakker D.H. de, Weide M., Arts S. *Illegalen aan de 'poort' van de gezondheidszorg: toegankelijkheid en knelpunten in de zorg van huisartsen, verloskundigen en spoedeisende hulpafdelingen*. Utrecht: Nivel, 2000.
- Leun J. van der, Engbergsen G., Heiden P. van der. *Illegaliteit en criminaliteit: schattingen, aanhoudingen en uitzettingen*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, Faculteit der Sociale Wetenschappen, 1998.
- 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. Utrecht/Rotterdam : Universiteit Utrecht/Sociale Zaken en Werkgelegenheid Rotterdam, 1994.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Nota Gezond en Wel. Rijswijk, Min.VWS, 1997.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Nota aan de Tweede Kamer: *Koppelingsfonds en monitoring zorg aan vreemdelingen zonder wettig verblijf*. Min.VWS, 1999.
- Muisenbergh M.E.T.C. van. *'Illegalen', over wie hebben wij het?* Leefomstandigheden, gezondheidsrisico's. In: Johannes Wier Stichting voor Mensenrechten en Gezondheidszorg. *Illegale Vreemdelingen op uw spreekuur: gezondheidszorg voor illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen*. Amersfoort, 1999.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. *ICPC-1, met Nederlandse subtitels*. Amsterdam, 2000.
- Neven E.J.J. *Uitstelduur en praktijkvoering: Een onderzoek in een aantal huisartsenpraktijken*. Asten: Proefschrift Rijksuniversiteit Limburg, 1980.
- Reijneveld S.A., Herten L.M. van. *Toegankelijkheid van zorg voor illegalen*. Leiden: TNO, 2000
- Staring R. *Migratiescenario's: de overkomst van illegale migranten*. In: J. Burgers en G. Engbergsen (red.) *De Ongekende Stad, deel 1: Illegale vreemdelingen in Rotterdam*. Amsterdam: Boom, 1999.
- Stam T. *Wettelijke en feitelijke mogelijkheden tot zorg (voor illegalen) op dit moment*. In: *Kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor illegalen*. Verslag symposium 21 januari 2000. Johannes Wier Stichting voor Mensenrechten en Gezondheidszorg. Werkgroep Gezondheidszorg en illegalen. Amersfoort, 2000.
- Stichting Consument en Veiligheid. *Patiënten op de Spoedeisende Hulpafdeling. cijfers uit (LIS)*. Amsterdam, 2001.
- Stichting Koppeling. *Financiering van de zorg*. Amsterdam: Stichting Koppeling, 1998.
- Verheij R.A., Reijneveld S.A., Bakker D.H. de. *Identificatie van stedelijke achterstandsgebieden*. Utrecht/Leiden: NIVEL/TNO, 1998.
- Verkleij H. *Monitoring van de gezondheidstoestand van illegalen*. DIA/RIVM, 1999.