

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTVG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTVG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Gezondheidsproblemen van migranten zonder geldige verblijfsvergunning

Somatische en psychiatrische klachten bij migranten die vragen om onderdak

Michiel P. Rietveld, Thijs J.L. Fassaert, Christel J.M. Grimbergen, John J.G. Bombeeck en Matty A.S. de Wit

Samenvatting

Doel

Veel zorgverleners krijgen in hun praktijk te maken met migranten zonder geldige verblijfsvergunning. Met dit onderzoek willen wij meer inzicht bieden in de gezondheidsproblemen en het zorggebruik van deze groep.

Opzet

Retrospectief dossieronderzoek.

Methode

Gegevens werden ontleend aan de dossiers die de GGD-artsen opstellen bij medische screening van mensen zonder geldige verblijfsvergunning die zich melden bij de gemeente met een vraag voor 24-uursonderdak op basis van hun gezondheidstoestand. Klachten en aandoeningen werden gecodeerd volgens de International Classification of Primary Care (ICPC), medicatiegebruik volgens de Anatomisch Therapeutisch Chemisch Classificatie (ATC).

Resultaten

De studiepopulatie bestond uit 356 personen, voor het grootste deel mannen, met een gemiddelde leeftijd van 39 jaar (uitersten: 18-80 jaar). Ten opzichte van de totale populatie mensen zonder geldige verblijfsvergunning die zich bij de gemeente meldden ($n = 1010$) was er in de studiepopulatie een oververtegenwoordiging van vrouwen (25,6%) en personen in de leeftijdscategorieën boven de 45 jaar (32,0%). Ten tijde van de screening had 45,2% een reguliere, vaste verblijfsplaats. De meeste mensen zonder geldige verblijfsvergunning (98,6%) rapporteerden een of meerdere gezondheidsklachten. Psychische klachten als stress (78,5%), slapeloosheid (69,7%) en somberheid (66,7%) voerden de boventoon. Tegelijkertijd bleek een groot deel van de mensen zonder geldige verblijfsvergunning in medische zorg te zijn (86,8%).

Conclusie

Het grootste deel van de mensen zonder geldige verblijfsvergunning die zich melden met een vraag om 24-uursonderdak heeft gezondheidsklachten. Stress en andere psychische klachten voeren de boventoon. Tegelijkertijd blijkt een groot deel voldoende in zorg te zijn, zodat het met de barrières tot zorg – althans in Amsterdam – mee lijkt te vallen.

In veel westerse landen bevinden zich migranten zonder geldige verblijfsvergunning. Schattingen van de omvang van deze groep lopen sterk uiteen, variëren in onderzoeksmethodiek en zijn veelal verouderd. De recentste schatting gaat uit van 35.530 mensen zonder geldige verblijfsvergunning in Nederland.¹ Het grootste deel van hen verblijft in een van de vier grootste steden.² Veel zorgverleners, met name in grotere steden, krijgen dan ook te maken met migranten zonder geldige verblijfsvergunning. Cijfers over hun gezondheidsproblemen zijn echter schaars en vaak gedateerd. Op basis van het weinige onderzoek dat er is, zijn er bovendien zorgen over de gezondheidssituatie van deze groep. In Europees onderzoek onder mensen zonder geldige verblijfsvergunning die zich meldden met zorgvragen, kwam een grote verscheidenheid aan gezondheidsproblemen naar voren.³ De meest voorkomende klachten betroffen hypertensie, diabetes, rugklachten, tand- en tandvleesproblemen, abdominale pijn en depressie- en angstklachten. De klachten van deze mensen waren op het moment dat zij bij de zorgverlener kwamen vaak ernstiger dan bij de reguliere bevolking.^{3,4} Zorgen zijn er ook over de toegang tot de gezondheidszorg, in het bijzonder de voorzieningen in de tweede en derde lijn.⁴

Als mensen zonder geldige verblijfsvergunning er niet in slagen om via het eigen netwerk huisvesting te organiseren, zijn zij in Nederland aangewezen op de zogenoemde 'bed-bad-brood' (BBB)-opvang van gemeenten. Op dit moment zijn er circa 30 gemeenten met een BBB-regeling, die sterk varieert in grootte, intensiteit en organisatie.⁵ Eind november 2018 werd bekend dat er, na jaren van onderhandelingen, een akkoord is gesloten tussen het kabinet en de gemeenten over de financiering van een proef met 5

landelijke BBB-locaties. Dit aantal zou in de toekomst uitgebreid kunnen worden naar 8.

Amsterdam biedt naast de reguliere 17-uursopvang een volledige opvang van 24 uur per dag voor mensen die om somatische of psychische redenen niet in staat zijn overdag op straat te verblijven. De GGD stelt de indicatie voor toegang tot de 24-uursopvang, wat haar in de gelegenheid stelt om systematisch gegevens over de gezondheidssituatie en het zorgkader te verzamelen bij migranten zonder geldige verblijfsvergunning die vragen om aanvulling van de opvang tot 24 uur per dag. Tegen deze achtergrond behandelen wij in dit artikel 4 onderzoeksvragen:

- (a) Welke kenmerken hebben mensen zonder geldige verblijfsvergunning die zich melden met een vraag om 24-uursopvang?
- (b) Welke gezondheidsklachten heeft deze groep?
- (c) Wat is het actuele zorgkader van deze groep?
- (d) Welke kenmerken en gezondheidsklachten hangen samen met afgifte van een indicatie voor 24-uursopvang?

Methode

Setting en onderzoekspopulatie

Het onderzoek besloeg de periode oktober 2015-februari 2017. Om in die periode in Amsterdam in aanmerking te komen voor 24-uursopvang konden mensen verwezen worden naar de GGD of zichzelf aanmelden voor screening bij de GGD. Artsen van de GGD voeren de screening uit aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst waarmee problemen op verschillende leefgebieden worden geïnventariseerd. Tevens wordt, als de betrokkene daarvoor toestemming geeft, informatie opgevraagd bij andere hulpverleners. Op basis van deze informatie wordt in een multidisciplinair overleg een advies uitgebracht of iemand voldoet aan de criteria voor 24-uursopvang.

In de studieperiode meldden 1010 mensen zonder geldige verblijfsvergunning zich met een verzoek om onderdak, hulp bij het creëren van een toekomstperspectief of ondersteuning bij terugkeer naar het land van herkomst. Van deze groep meldden 405 personen (35,2%) zich tevens voor 24-uursopvang, die allen werden uitgenodigd voor screening door de GGD. Alle 356 personen (87,9%) met een volledig dossier werden geïncludeerd in dit onderzoek. De 49 overige dossiers waren onvolledig door 'no-show' of omdat de screening bij de beëindiging van de onderzoeksperiode nog niet was afgerond.

Dossieronderzoek

De eerste auteur (MR) verzamelde per cliënt kerngegevens uit de dossiers, zoals achtergrondgegevens (geslacht, leeftijd, land van herkomst, tijd sinds aankomst in Nederland, woonsituatie), de actuele gezondheid (somatische en psychiatrische klachten, middelengebruik) en het zorgkader (inschrijving bij huisarts, actuele behandelaar, medicatiegebruik). Alle somatische en psychische klachten werden gecodeerd volgens de 'International classification of primary care' (ICPC).⁶ Psychiatrische stoornissen werden ingedeeld volgens DSM-IV-codering, maar uitsluitend als de diagnose door een externe, gespecialiseerde GGZ-instelling gesteld was. De GGD classificeerde psychiatrische stoornissen niet zelf. Medicatie werd gecodeerd volgens de Anatomisch Therapeutisch Chemisch Classificatie (ATC; WHO). Van de dossiers werd 10% (n = 36) beoordeeld door een tweede beoordelaar (CG), zodat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid kon worden vastgesteld voor enkele sleutelvariabelen. De proportie ruwe overeenstemming (% overeenkomst) was 85% voor somatische aandoeningen, 88% voor de medicatie voor somatische aandoeningen, 83% voor psychische aandoeningen en 91% voor de medicatie voor psychische klachten.

Analyses

Beschrijvende statistiek werd uitgevoerd met SPSS (IBM, versie 21, 2012). Statistische significantie bij onderlinge verschillen tussen subgroepen (met en zonder indicatie voor 24-uursopvang) werd bepaald met de χ^2 -toets, met uitzondering van de leeftijd, waarvoor een t-toets werd uitgevoerd.

Resultaten

De studiepopulatie (n = 356) bestond voor het grootste deel uit mannen (tabel 1). De gemiddelde leeftijd was 39 jaar (uitersten: 18-80 jaar). Ten opzichte van de totale populatie migranten zonder geldige verblijfsvergunning die zich meldden (n = 1010) is er in de onderzoeksgroep een oververtegenwoordiging van vrouwen en personen in de leeftijdscategorieën boven 45 jaar. De grootste groep kwam oorspronkelijk uit West-Afrika (landen als Nigeria, Ghana en Sierra Leone), maar ook landen in Oost-Afrika en Noord-Afrika kwamen relatief vaak voor. Hoewel zij de gemeente om onderdak vroegen, gaf 45,2% (n = 159) op het moment van screenen aan dat zij een reguliere, vaste verblijfsplaats hadden. Te denken valt aan een eigen woning of huurwoning, maar meestal ging het om verblijf bij familie, vrienden of kennissen. Daarbij was het verblijf in sommige gevallen waarschijnlijk instabiel en dreigde het verblijf in andere gevallen te eindigen. 17,0% (n = 60) had onconventionele huisvesting. Een groep van 133 personen (37,8%) had

geen vaste woon- of verblijfsplaats.

kenmerk	totale populatie; n (%) (n = 1010)	populatie gescreend voor 24-uursopvang; n (%) (n = 356)	proportie van totaal; %
geslacht			
man	704 (82,7)	265 (74,4)	37,6
vrouw	147 (17,3)	91 (25,6)	61,9
onbekend	159 (15,7)	-	
leeftijdsgroep			
< 25 jaar	100 (9,9)	28 (7,9)	28,0
25-44 jaar	638 (63,2)	214 (60,1)	33,5
45-54 jaar	271 (26,8)	114 (32,0)	42,1
onbekend	1 (0,1)	-	-
regio van herkomst			
Noord-Afrika	145 (14,4)	33 (9,2)	22,8
Oost-Afrika	185 (18,3)	64 (18,0)	34,6
West-Afrika	167 (16,5)	138 (38,8)	82,6
overig Afrika	103 (10,2)	16 (4,5)	15,5
rest van de wereld	223 (22,1)	103 (28,9)	46,2
onbekend	187 (18,5)	-	-
huisvesting (%)			
vaste verblijfsplaats	onbekend	159 (45,2)	-
onconventionele huisvesting*	onbekend	60 (17,0)	-
dakloos†	onbekend	133 (37,8)	-

- = niet van toepassing.

* Onconventioneel verblijf: verblijf in een ruimte die niet bedoeld is voor wonen, zoals een garagebox, tuinhuisje of de kantine van een sportclub.

† Dakloos: hieronder vallen de buitenslapers, mensen die gebruikmaken van nachtopvang, 'bed-bad-brood'(BBB)-opvang en winterkoude-opvang (vormen van opvang waarbij iemand overdag naar buiten moet), en mensen die wisselen tussen verblijf op straat, bij vrienden en in de BBB-opvang.

Tabel 1
Kenmerken van migranten zonder geldige verblijfsvergunning met een hulpvraag

De populatie betreft personen die zich in de periode oktober 2015-februari 2017 meldden bij de gemeente Amsterdam

Verreweg de meeste mensen zonder geldige verblijfsvergunning rapporteerden 1 of meer gezondheidsproblemen (tabel 2); slechts 5 personen (1,4%) meldden tijdens de screening geen enkele klacht. Een ruime meerderheid van 91,0% meldde 2 of meer gezondheidsklachten. Veel klachten hadden betrekking op hart en vaten (hartkloppingen, pijn toegeschreven aan het hart en verhoogde bloeddruk). Daarnaast kwamen klachten van het zenuwstelsel (hoofdpijn), bewegingsapparaat, endocriene klachten en psychische klachten vaak voor.

Binnen de categorie psychische klachten was 'stress' de meest genoemde klacht (78,2%). Andere veelgenoemde klachten waren somberheid (66,7%) en slaapproblemen (69,5%). Doodsgedachten, suïcidegedachten of suïcideplannen kwamen bij 37,6% voor. Problematisch alcoholgebruik (gedefinieerd als meer dan 2 eenheden alcohol per dag), softdrug- en harddruggebruik werd door respectievelijk 9,6%, 8,8% en 3,4% gerapporteerd. Bijna de helft (49,2%) van de onderzoekspopulatie meldde dat zij een vorm van geweld hadden meegemaakt in het land van herkomst. Meer dan de helft van de studiepopulatie (54,4%) had minimaal 1 diagnose volgens de DSM-IV-classificatie. Bij de meeste betrokkenen (38,2%) betrof het posttraumatische stressstoornis (PTSS), maar ook depressie (25%) en alcohol- en druggerelateerde stoornissen kwamen vaak voor (respectievelijk 7 en 5%).

klachten en diagnoses (ICPC)	totaal; % (n = 356)	meest voorkomende klachten*	totaal; % (n = 356)
algemeen	31,1	moeheid/zwakte	24,2
		generaliseerde pijn	4,5
bloed en lymfe	12,4	hiv-infectie	8,7
maag-darmstelsel	37,9	obstipatie	10,4
		maagpijn	9,0
		flatulentie/meteorisme/boeren	5,3
		andere gelokaliseerde buikpijn	3,7
		hepatitis	3,7
oog*	7,3		
oor*	3,7		
hart-vaatstelsel	64,7	hartkloppingen/bewust van hartslag	43,8
		pijn toegeschreven aan het hart	21,3
		verhoogde bloeddruk	20,2
		hemorroïden	4,8
bewegingsapparaat	45,2	knieklachten	11,2
		rugklachten	9,3
		schouderklachten	7,6
		lage rugpijn zonder uitstraling	7,0
		neklachten	5,9
		been/dijbeenklachten	3,1
zenuwstelsel	70,9	hoofdpijn	86,6
		vertigo/duizeligheid	9,6
		epilepsie	2,0
psychische klachten	94,4	crisis/voorbijgaande stressreactie	78,2
		down/depressief gevoel	66,7
		slapeloosheid of andere slaapstoornis	69,5
		angstig/nerveus/gespannen	32,5
		geheugen/concentratieproblemen	12,0
luchtwegen	15,0	hoesten	3,9
		astma	3,4
huid*	8,5		
endocrien	45,5	verminderde eetlust	28,9
		diabetes mellitus†	9,0
		adipositas	3,9
		vetstofwisselingsstoornis	2,8
urienewegen	11,0	pijnlijke mictie	3,1
DSM-IV-classificatie◊			
geen	47,3		
PTSS	38,2		
depressie	24,7		
angst	2,8		
psychotische stoornissen	3,7		
alcoholafhankelijkheid of -misbruik	7,3		
drugsafhankelijkheid of -misbruik	4,5		
overige stoornissen	5,1		
uitgesteld	1,7		

PTSS = posttraumatisch stresssyndroom.

* Hiermee bedoelen we klachten die bij ten minste 3% van de migranten voorkwamen. Er waren geen oog-, oor- of huidklachten die bij meer dan 3% van de migranten voorkwamen.

† Van deze personen had er 1 diabetes mellitus type 1.

◊ Alleen diagnoses die waren gesteld bij een tweede- of derde-lijns GGZ-instelling werden meegeteld; bij 1 persoon kunnen meerdere stoornissen gediagnosticeerd zijn.

Tabel 2
Bijna alle migranten zonder geldige verblijfsvergunning hebben psychische klachten

Gezondheidsproblemen en meest voorkomende klachten onder migranten die zich in Amsterdam in de periode oktober 2015-februari 2017 meldden voor 24-uursopvang

In de onderzochte populatie bleek dat 82,5% gebruikmaakte van eerstelijns zorg (tabel 3). Een meerderheid (n = 208; 59,8%) was in zorg bij een huisarts, 22,7% (n = 79) ontving zorg via de Dr. Valckenier-praktijk van de GGD of via de Kruispost.^{7,8} Daarnaast ontving 31,2% (n = 111) somatische zorg in de tweede lijn en 33,6% (n = 119) psychiatrische zorg in de tweede lijn; 80,9% (n = 288)

gebruikte medicatie. Slechts 13,2% (n = 47) maakte geen gebruik van enige vorm van zorg. Op basis van de klachten die in de screening waren vastgesteld, verwees de GGD ongeveer een derde van de gescreende cliënten (20,8% naar een huisarts, 10,7% naar specialistische GGZ, 0,8% naar somatische zorg in de tweede lijn en 0,8% overige verwijzingen).

zorgkader	n (%)	binnen groep met DSM-diagnose; %
huisarts		
geen	61 (17,5)	
reguliere huisarts	208 (59,8)	
Dr Valckenier*	7 (2,0)	
Kruispost*	72 (20,7)	
onbekend	8 (2,2)	
actuele behandeling somatiek		
geen	68	19,3
1e lijn	176	49,4
2e lijn	111	31,4
onbekend	1	0,3
actuele behandeling psychiatrie		
geen	221 (62,1)	31,4
basis-GGZ of huisarts	16 (4,5)	4,9
gespecialiseerde psychiatrie	119 (33,3)	63,8
* De Dr. Valckenier-praktijk van de GGD en Kruispost bieden medische en psychosociale eerstelijns zorg aan mensen die in de reguliere zorg geen hulp kunnen vinden.		

Tabel 3
Van welke zorg maken migranten zonder geldige verblijfsvergunning gebruik?

Actueel zorgkader van de migranten die zich in Amsterdam meldden voor 24-uursopvang (n = 356)

De mensen zonder geldige verblijfsvergunning die zich meldden, deden dit vooral naar aanleiding van somatisch of psychiatrisch lijden. Uiteindelijk kreeg 35,1% (n = 125) van de onderzochte populatie de indicatie voor tijdelijke 24-uursopvang (tabel 4). Deze groep vormde 12,4% van alle migranten zonder verblijfsvergunning die zich bij de gemeente Amsterdam gemeld hadden (n = 1010). Kenmerken die vaker voorkwamen bij mensen zonder geldige verblijfsvergunning met een indicatie voor 24-uursopvang waren bijvoorbeeld de aanwezigheid van urologische klachten, het gebruik van verschillende typen medicatie voor zowel psychische als somatische aandoeningen en aanwijzingen voor een lichte verstandelijke beperking. Andere kenmerken kwamen juist minder vaak voor in de groep met een indicatie, bijvoorbeeld psychische klachten, alcohol- en drugsproblematiek en slapeloosheid.

kenmerk	wel indicatie; n (%) (n = 125)*	geen indicatie n (%) (n = 229)*	p-waarde†	kenmerk	wel indicatie; n (%) (n = 125)*	geen indicatie n (%) (n = 229)*	p-waarde‡
klachten				dermatologie	30 (24,0)	25 (10,9)	< 0,01
algemeen	51 (40,8)	59 (25,8)	< 0,01	urogenitaal/geslachts- organen	43 (34,4)	99 (43,2)	> 0,10
bloed- en lymfesysteem	23 (18,4)	21 (9,2)	< 0,01	systemisch	11 (8,8)	6 (2,6)	< 0,01
maag-darmstelsel	52 (41,6)	82 (35,8)	> 0,10	hormoonpreparaat◊			
ogen	11 (8,8)	15 (6,6)	> 0,10	anti-infectie	17 (13,6)	21 (9,2)	> 0,10
oren	4 (3,2)	9 (3,9)	> 0,10	antineoplastische en immunomodulerende stoffen	2 (1,6)	1 (0,4)	> 0,10
hart- en vaatstelsel	86 (68,8)	143 (62,4)	> 0,10	bewegingsapparaat	16 (12,8)	19 (8,3)	> 0,10
beweging	56 (44,8)	104 (45,4)	> 0,10	zenuwstelsel	57 (45,6)	74 (32,3)	< 0,05
zenuwstelsel	94 (75,2)	157 (68,6)	> 0,10	ademhalingssysteem	22 (17,6)	31 (13,5)	> 0,10
psychisch	112 (89,6)	222 (96,9)	< 0,01	zintuigen	6 (4,8)	5 (2,2)	> 0,10
luchtwegen	19 (15,2)	34 (14,8)	> 0,10	leeftijd; gemiddeld, in jaren	42	37	< 0,01
huidaandoeningen	8 (6,4)	22 (9,6)	> 0,10	woonsituatie			< 0,01
endocrien	66 (52,8)	95 (41,5)	< 0,05	dakloos	31 (25,2)	102 (44,5)	
urinewegen	24 (19,2)	15 (6,6)	< 0,01	onderdak, tijdelijk	79 (64,2)	80 (34,9)	
geslachtsorganen	2 (1,6)	2 (0,9)	> 0,10	onconventionele huis- vesting#	13 (10,6)	47 (20,5)	
stressequivalent	101 (80,8)	176 (76,9)	> 0,10	suïcidedreiging			> 0,10
slapeloosheid	74 (59,2)	172 (75,1)	< 0,01	geen	76 (62,8)	134 (60,1)	
acute somatisch problemen	13 (10,4)	5 (2,2)	< 0,01	doodsgedachten	16 (13,2)	36 (16,1)	
problemen alcohol/drugs	9 (7,4)	33 (15,6)	< 0,05	suïcidedgedachten of -plannen	29 (24,0)	53 (23,8)	
DSM-IV-classificatie				vermoeden van lichte verstandelijke beperking	12 (10,4)	9 (4,1)	< 0,05
depressie	34 (27,2)	53 (23,1)	> 0,10	zelfredzaamheid§			
psychotische stoornissen	8 (6,4)	5 (2,2)	< 0,05	onvoldoende (lichamelijk)	17 (13,6)	2 (0,9)	< 0,01
angststoornissen	4 (3,2)	6 (2,4)	> 0,10	onvoldoende (geestelijk)	42 (33,6)	21 (9,2)	< 0,01
PTSS	52 (41,6)	83 (36,2)	> 0,10	steunsysteem			> 0,10
medicatie (psychiatrisch)				geen	29 (25,9)	51 (25,0)	
antipsychotica	30 (24,0)	28 (12,2)	< 0,01	familie/vrienden	59 (52,7)	110 (53,9)	
anxiolytica	7 (5,6)	14 (6,1)	> 0,10	vrijwilligers/instanties/ WAH	24 (21,4)	43 (21,1)	
hypnotica/sedativa	8 (6,4)	13 (5,7)	> 0,10				
antidepressiva	42 (33,6)	42 (18,3)	< 0,01				
medicatie (somatisch)							
spijsvertering/metabool	81 (64,8)	110 (48,0)	< 0,01				
bloed en bloedvormende organen	72 (57,6)	92 (40,2)	< 0,01				
cardiovasculair systeem	58 (46,4)	70 (30,6)	< 0,01				

PTSS = posttraumatische stressstoornis; WAH = vluchtelingencollectief 'We Are Here'.

* Van 2 personen was de indicatie niet bekend.

† P-waarden gebaseerd op een univariate χ^2 -kwadraattoets, met uitzondering van leeftijd, waarvoor een t-toets is uitgevoerd. Statistisch significante verschillen in kenmerken zijn in rood weergegeven.

◊ Exclusief insuline en geslachtshormonen.

Onconventioneel verblijf: verblijf in een ruimte die niet bedoeld is voor wonen, zoals een garagebox, tuinhuisje of de kantine van een sportclub.

§ Zelfredzaamheid bepaald met de Zelfredzaamheid-Matrix.¹⁴

Tabel 4
Wat is kenmerkend voor personen met een indicatie voor 24-uursonderdak?

Vergelijking van migranten zonder geldige verblijfsvergunning met en zonder indicatie

Beschouwing

Deze kleinschalige studie geeft inzicht in een aantal demografische kenmerken, gezondheidsproblemen en zorggebruik van migranten zonder geldige verblijfsvergunning in Amsterdam die zich melden met een vraag om 24-uursonderdak. Dit onderzoek bevestigt deels het zorgelijke beeld dat eerder naar voren kwam in het onderzoek dat al onder deze doelgroep werd verricht.^{3,4}

Vrijwel alle gescreende mensen zonder geldige verblijfsvergunning rapporteerden gezondheidsproblemen en bij meer dan 90% van

hen was sprake van multiproblematiek. Met name stress en daaraan gerelateerde somatische klachten, zoals hartkloppingen en pijn op de borst, kwamen vaak voor. De mate van stress en de aanwezigheid van lichamelijke stress-equivalenten vallen op, maar komen overeen met eerdere resultaten.^{9,10} De hoge prevalentie is te begrijpen tegen de achtergrond en persoonlijke situatie van de betrokkenen. Zo komen onstabiele huisvesting, financiële problemen, een gebrek aan sociale steun en het ervaren van geweld veel voor.³

Een aantal van deze sociale en medische kenmerken bleek van invloed op het toekennen van een indicatie voor 24-uursopvang. De variabelen verklaarden samen echter minder dan de helft van de indicaties. Mogelijk spelen ook andere, casusspecifieke variabelen die niet zijn gemeten, een rol. Navraag onder betrokkenen bevestigt dat en leert dat het kan gaan om een veelheid aan overwegingen, zoals het feit dat betrokkene medicatie gebruikt die in een koelkast moet worden bewaard, de noodzaak voor de betrokkene om in de nabijheid van een toilet te verkeren of het gegeven dat voor het opstarten dan wel intensiveren van sommige therapieën – met name voor PTSS – een tijdelijke stabiele woonsituatie een vereiste is.

Met de grote variatie aan problematiek kan de noodzaak voor individuele screening en multidisciplinaire bespreking worden onderbouwd. Ook heeft individuele screening door een medisch professional als positief bijeffect dat het kan leiden tot nadere zorgtoeleiding, zoals ook bleek uit onze resultaten.

Toegankelijkheid tot de zorg

Mensen zonder geldige verblijfsvergunning hebben in Nederland, conform internationale afspraken, recht op medisch noodzakelijke zorg (zorg uit het basispakket). Dit is uitgewerkt in het rapport van de commissie Klazinga, waarvan de aanbevelingen door het beroepsveld en beleidsmakers worden gevolgd.⁴ De resultaten van ons onderzoek suggereren dat mensen zonder geldige verblijfsvergunning hier ook daadwerkelijk gebruik van maken als zij klachten hebben. De meeste mensen zonder geldige verblijfsvergunning stonden immers in contact met een zorgverlener in de eerste of tweede lijn.

Eerder onderzoek uit 2012 wees al uit dat de toegankelijkheid van met name eerstelijns zorg voor mensen zonder geldige verblijfsvergunning in Nederland redelijk is.¹¹ Uit datzelfde onderzoek bleek echter dat de toegang tot tweedelijns zorg als beperkt werd ervaren. In ons huidige onderzoek bleek een groot deel van de mensen zonder geldige verblijfsvergunning juist wel toegang te hebben tot tweedelijns zorg. Een mogelijke verklaring is dat er door de hoge concentratie mensen zonder geldige verblijfsvergunning in Amsterdam veel partijen zijn die opkomen voor de belangen van mensen zonder geldige verblijfsvergunning. Mogelijk is daarnaast de toegankelijkheid van tweede- en derdelijns voorzieningen de laatste jaren daadwerkelijk verbeterd, doordat nieuwe financieringsmogelijkheden zijn geïntroduceerd en doordat meer bekendheid is gegeven aan deze mogelijkheden. Zonder zorgverzekering zijn mensen zonder geldige verblijfsvergunning immers zelf verantwoordelijk voor de kosten die gemoeid zijn met hun zorg, die zij in de praktijk vaak niet kunnen betalen. Vanaf 1 januari 2009 kunnen zorgverleners financieel gecompenseerd worden als een patiënt zonder geldige verblijfsvergunning de rekening niet kan betalen (zie bijvoorbeeld de [‘Regeling onverzekerbare vreemdelingen’](#)).¹²

Aan de andere kant zeggen de resultaten niets over de kwaliteit van zorg die mensen zonder geldige verblijfsvergunning ontvangen. In de literatuur komt naar voren toe dat er knelpunten kunnen bestaan ten aanzien van toegang tot en kwaliteit van zorg. Deze knelpunten hebben betrekking op zowel de migrant zonder geldige verblijfsvergunning (onder andere een gebrek aan kennis en administratieve vaardigheden, taalproblemen en de angst om aangegeven te worden) als de zorgprofessional (onder andere interpretatie van ‘medisch noodzakelijke zorg’, onzekerheid over een naderend vertrek of uitzetting, en eveneens de taalbarrière).^{3,13} Het verblijven in een instabiele woonsetting is eerder ook genoemd als mogelijke negatieve factor voor het ontvangen van geestelijke gezondheidszorg.⁹

Beperkingen van dit onderzoek

Een belangrijke beperking van dit onderzoek is dat de onderzoekspopulatie bestaat uit mensen zonder geldige verblijfsvergunning die zichzelf meldden voor 24-uursopvang. Het is de verwachting dat mensen zonder geldige verblijfsvergunning zich minder snel zullen melden voor opvang zolang zij geen gezondheidsklachten of andere persoonlijke problemen hebben, waarmee de huidige onderzoekspopulatie niet representatief is voor de totale populatie in Nederland of Amsterdam. De onderzochte groep vormt echter wel 35% van alle mensen zonder geldige verblijfsvergunning die zich melden met allerlei soorten vragen, los van gezondheidsproblemen. Van deze 35% heeft 91% meervoudige klachten. Zelfs als de groep die zich niet meldt helemaal geen gezondheidsproblemen heeft, betekent dit nog steeds dat 32% van de gehele groep meervoudige gezondheidsklachten heeft. Een andere beperking is dat een deel van de gegevens gebaseerd is op informatie uit zelfrapportage. Zorgverleners die de betrokkenen screenen houden daar rekening mee bij de indicatiestelling, maar desondanks moet rekening gehouden worden met simulatie, aggraving en overrapportage van klachten, omdat de beoordeling plaatsvond om te bepalen of iemand een intensievere

vorm van onderdak nodig heeft. Aan de andere kant moeten we ook rekening houden met de mogelijkheid van onderrapportage vanwege bijvoorbeeld het taboe dat in sommige culturen rust op specifieke gezondheidsproblemen.

Ten slotte betreft dit onderzoek een momentopname, terwijl bekend is dat de populatie van migranten zonder geldige verblijfsvergunning met de tijd sterk varieert in grootte en samenstelling, afhankelijk van internationale gebeurtenissen, afspraken en actuele migratiestromen.

Conclusie

Het grootste deel van een populatie migranten zonder geldige verblijfsvergunning die vroegen om aanvullend onderdak (24-uursopvang) heeft gezondheidsklachten. Stress en de aanwezigheid van lichamelijke stress-equivalenten voeren de boventoon. Tegelijkertijd blijkt een groot deel van hen al zorg te ontvangen. Daarom lijkt het met de barrières in de toegankelijkheid van de zorg – althans in Amsterdam – mee te vallen.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D3729
- GGD, Amsterdam: drs. M.P. Rietveld, aios (thans: psychiater bij Arkin, Amsterdam); dr. T.J.L. Fassaert en dr. M.A.S. de Wit, epidemiologen; drs. C.J.M. Grimbergen, psychiater; J.J.G. Bombeeck, veldregisseur.
- Contact: T.J.L. Fassaert (tfassaert@ggd.amsterdam.nl)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Aanvaard op 12 juni 2019
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2019;163:D3729

Literatuur

1. Van der Heijden PGM, Cruyff MJLF, van Gils GHC. [Schattingen illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen 2012-2013](#). Utrecht: Utrecht University Repository; 2015.
2. Leerkes A, van San M, Engbersen GBM, Cruyff MJLF, Van der Heijden PGM. [Wijken voor illegalen. Over ruimtelijke spreiding, huisvesting en leefbaarheid](#). Den Haag: Sdu Uitgevers; 2004.
3. Chauvin, P. Simonnot, N. [Access to healthcare of excluded people in 14 cities of 7 European countries. Final report on social and medical data collected in 2012](#). Parijs: Medecins du Monde/Doctors of the World International Network; 2013.
4. Klazinga NS, Bloemen EJJM, van Buuren JJM, et al. [Arts en vreemdeling. Rapport van de commissie Medische zorg voor \(dreigend\) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen](#). Utrecht: Pharos; 2007.
5. Vriesema I. Niet gewenst in Nederland en toch maar opgevangen. NRC Handelsblad, 17 januari 2017.
6. Lambert H, Woods M. [The International Classification of Primary Care \(ICPC\)](#). Oxford: Oxford University Press; 1987.
7. Van Laere IR, Buster MC. [Gezondheidsproblemen van daklozen op zogenaamde dr. Valckenier-sprekuren in Amsterdam](#). Ned Tijdschr Geneeskd. 2001;145:1156-60 [Medline](#).
8. Kruispost, Oudezijds 100. www.oudezijds100.nl/over-ons/kruispost, geraadpleegd op 7 april 2019.
9. Dokters van de Wereld. [De deur naar zorg. Het recht op gezondheid en zorg voor ongedocumenteerde migranten](#). Amsterdam: Dokters van de Wereld; 2018.
10. [Verloren tijd. Advies over dagbesteding in de opvang voor vreemdelingen](#). Den Haag, ACVZ; 2013.
11. Bakker PF, Henneman L, Devillé WLJM. [De toegang tot gezondheidszorg voor ongedocumenteerden onder artikel 122a](#). Amsterdam/Utrecht: VUmc en Nivel; 2012.
12. CAK. Regeling onverzekerbare vreemdelingen. www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen, geraadpleegd op 7 april 2019.
13. Hacker K, Anies M, Folb BL, Zallman L. Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. Risk Manag Healthc Policy. 2015;8:175-83. [doi:10.2147/RMHP.S70173](https://doi.org/10.2147/RMHP.S70173). [Medline](#)
14. Fassaert T, Lauriks S, van de Weerd S, de Wit M, Buster M. [Ontwikkeling en betrouwbaarheid van de Zelfredzaamheid-Matrix](#). TSG. 2013;91:169-77.

Kernpunten

- Veel zorgverleners krijgen te maken met migranten zonder geldige verblijfsvergunning.
- Er is weinig bekend over gezondheidsproblemen van deze groep mensen.
- Mensen zonder geldige verblijfsvergunning die in Amsterdam 24-uursonderdak zoeken, melden met name stress en andere psychische klachten.
- Het merendeel van de migranten zonder geldige verblijfsvergunning lijkt de weg binnen de Nederlandse gezondheidszorg wel te vinden.

