Status Quo

Een literatuurstudie naar gezondheidsdeterminanten van ongedocumenteerde migranten in Europa en hun toegang tot zorg in Nederland

DOKTERS VAN DE WERELD

Colofon

Auteurs:
Ineke van Beijnum, Myrthe van Midde, Iris Neevel, Marieke Oostvogels, Sophie Schimmel, Sabine Roëll en Koen Vleugels.

© Médecins du Monde the Netherlands / Dokters van de Wereld
Amsterdam, december 2016

Nieuwe Herengracht 20 | 1018 DP Amsterdam
info@doktersvandewereld.org | T: 020 - 465 2866

Status Quo

Een literatuurstudie naar gezondheidsdeterminanten van ongedocumenteerde migranten in Europa en hun toegang tot zorg in Nederland

Inhoudsopgave

Lijst van afkortingen 6

Verantwoording 7

Samenvatting 8

1 Inleiding 10
1.1 Relevantie 10
1.2 Uitgangspositie 11
1.3 Afbakening 12
1.4 Definities 13
1.4.1 Ongedocumenteerde migrant 13
1.4.2 Gezondheid 13
1.5 Juridische context 14
1.5.1 De Koppelingswet 14
1.5.2 Financiële regelgeving 15
1.5.3 Medisch noodzakelijke zorg 15
1.6 Probleem-, doel-, en vraagstelling 16
1.7 Inkadering van de vraagstelling 17
1.8 Leeswijzer 17

2. Onderzoeksmethodologie en conceptuele modellen 18
2.1 Zoekstrategie 18
2.2 Conceptuele modellen en interpretatie 21
2.2.1 Het Gezondheidsdeterminantenmodel 22
2.2.2 Het AAAQ-raamwerk 23

3. Literatuuranalyse 25
3.1 Levensomstandigheden 25
3.2 Algemene gezondheidsproblemen 28
3.2.1 Veel voorkomende ziektebeelden 28
3.2.2 Subjectieve gezondheidsbeleving 29
3.2.3 Zorgzoekend gedrag 30
3.2.4 Algemene toegankelijkheid van zorg in Nederland 30
3.3 Veel voorkomende infectieziekten 34
3.3.1 SOA 34
3.3.2 TBC 36
3.3.3 Overige infectieziekten 37
3.3.4 Toegankelijkheid van zorg bij infectieziekten in Nederland 37
3.4 Seksuele en reproductieve gezondheid 38
3.4.1 Anticonceptie 38
3.4.2 Ongeplande zwangerschap en abortus provocatus 38
3.4.3 Toegankelijkheid van seksuele en reproductieve gezondheidszorg in Nederland 39

3.5 Zwangerschap en bevalling **39**
3.5.1 Gezondheid en complicaties tijdens de zwangerschap 40
3.5.2 Prenatale zorg 40
3.5.3 Tijdens en na de bevalling 41
3.5.4 Toegankelijkheid van verloskundige zorg in Nederland 42
3.6 Kinderen en minderjarigen **43**
3.6.1 Specifieke levensomstandigheden 43
3.6.2 Toegankelijkheid van zorg voor ongedocumenteerde minderjarigen in Nederland 44
3.7 Geestelijke gezondheid **44**
3.7.1 Maatschappelijke, sociale en psychische problematiek 44
3.7.2 Arts-patiënt relatie 45
3.7.3 Toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg in Nederland 46

4. Conclusie **47**
4.1 Algemene conclusie **47**
4.2 Conclusie met betrekking tot vraagstelling A **47**
4.3 Conclusie met betrekking tot vraagstelling B **49**

5. Discussie en aanbevelingen **51**

Referentielijst **54**

Lijst van figuren

Figuur 1 Selectie van de geanalyseerde literatuur 20
Figuur 2 Aantal studies over de gezondheidssituatie en de toegang tot gezondheidszorg voor ongedocumenteerden per lidstaat van de Europese Unie en/of Europese Vrijhandelsassocoiatie 21
Figuur 3 Schematische weergave van het gezondheidsdeterminantenmodel (gebaseerd op Dahlgren & Whitehead, 1991) 22
Figuur 4 Het AAAQ-model (Kähler, 2015) 24

Lijst van tekstboxen

Box 1 Dokters van de Wereld - toegang tot zorg voor ongedocumenteerde migranten 11
Box 2 Numerieke omvang van ongedocumenteerden in Nederland 12
Box 3 Zoektermen 18
Box 4 Maatschappelijke opvattingen en beleid in Europese landen 26
Box 5 Uitstel van vertrek vanwege medische redenen 32
Box 6 Financiële regelingen met betrekking tot SRG in 2016 39
Box 7 Rechten van het Kind 43

Lijst van afkortingen

AAAQ	Availability, Accessibility, Acceptability & Quality *(Beschikbaarheid, toegankelijkheid, aanvaardbaarheid & kwaliteit)*
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BMA	Bureau Medische Advisering
CRC	Convention on the Rights of the Child *(Verdrag inzake de Rechten van het Kind)*
CTI	Chlamydia Trachomatis Infectie
CvZ	College voor Zorgverzekeringen
ESC	European Social Charter *(Europees Sociaal Handvest)*
EU	Europese Unie
EVA	Europese Vrijhandelsassociatie
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidzorg
HIV	Human Immunodeficiency Virus
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ICESCR	International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights *(Internationaal Convenant inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten)*
IND	Immigratie- en Naturalisatiedienst
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
NGO	Niet-Gouvernementele Organisatie
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoening
SRG	Seksuele en Reproductieve Gezondheid
TBC	Tuberculose
UNCESCR	United Nations Commission on Economic, Social and Cultural Rights *(Verenigde Naties Commissie inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten)*
WHO	World Health Organization (*Wereldgezondheidsorganisatie*)
ZiNL	Zorginstituut Nederland

Verantwoording

In 2016 heeft een werkgroep van Dokters van de Wereld een studie verricht naar literatuur over ‘ongedocumenteerde migranten’ en ‘gezondheid’. De aanleiding voor deze studie was een behoefte aan theoretische onderbouwing van bevindingen uit de praktijk. Deze bevindingen wijzen op een breed scala aan gezondheidsproblemen en zorgbarrières waar ongedocumenteerde migranten mee worden geconfronteerd.

Het doel van de studie was, in eerste instantie, gericht op de onderbouwing van hulpverleningsactiviteiten van- en communicatie over het programma Zorgrecht van Dokters van de Wereld. Naarmate het onderzoeksproces vorderde is besloten om de resultaten ook als extern document beschikbaar te stellen.

Hopelijk zal deze literatuurstudie bijdragen aan kennis over bestaand onderzoek naar gezondheidsdeterminanten en toegang tot zorg voor mensen zonder geldige verblijfspapieren in Nederland en elders in Europa.

Dokters van de Wereld streeft naar een periodieke actualisatie van voorliggende literatuurstudie. Voor suggesties, aanvullingen of vragen over dit document kunt u contact opnemen via onderzoek@doktersvandewereld.org.

Samenvatting

Ongedocumenteerde migranten in Nederland worden uitgesloten van sociale voorzieningen, zoals betaalde arbeid, het huren van een woning of het afsluiten van een zorgverzekering. Als uitzondering hierop is wettelijk vastgelegd dat onderwijs voor minderjarigen, juridische bijstand en medisch noodzakelijke zorg toegankelijk moeten zijn. Toch signaleren maatschappelijke organisaties gezondheidsachterstanden en belemmeringen in de toegang tot medische zorg. De onderbouwing van deze praktijkervaringen kent echter beperkingen. Om een overzicht te krijgen van relevante literatuur heeft Dokters van de Wereld de voorliggende literatuurstudie verricht. De studie kent twee vraagstellingen, te weten A) *Wat is er bekend in de institutionele en wetenschappelijke literatuur over de gezondsheidsdeterminanten van ongedocumenteerde migranten in Europa?* en *B) Welke problemen worden er in de institutionele en wetenschappelijke literatuur gesignaleerd in de toegang tot reguliere medische zorg voor ongedocumenteerde migranten in Nederland?*

Om deze vragen te beantwoorden zijn medische databases doorzocht op wetenschappelijke artikelen over de gezondheid van ongedocumenteerden in Europa. Geïncludeerd werden 65 artikelen die zijn gepubliceerd tussen 2006 en 2015. De beschreven studies varieerden van systematic reviews tot case studies. Wetenschappelijke literatuur werd aangevuld met 52 institutionele documenten, met name beleidsstukken en projectrapportages. Om de informatie te kaderen werd gebruik gemaakt van het gezondheidsdeterminantenmodel van Dahlgren & Whitehead (1991) en het AAAQ-raamwerk (2007) dat wordt gehanteerd door de WHO.

Op basis van de literatuur kan worden geconcludeerd dat ongedocumenteerde migranten in Europa een verhoogd risico hebben op gezondheidsproblemen. Naast een slechtere subjectieve gezondheidsbeleving blijkt uit de voorliggende resultaten dat met name infectieziekten, gynaecologische aandoeningen, psychosociale en psychiatrische aandoeningen en zwangerschapsgerelateerde problematiek vaak voorkomen in vergelijking met verschillende controlegroepen. Het overgrote deel van de problematiek is te herleiden tot een combinatie van complexe leefomstandigheden en uitgestelde of ontoegankelijke medische zorg.

Verschillende barrières belemmeren de toegang tot reguliere medische zorg voor ongedocumenteerde migranten in Nederland. Ongedocumenteerde patiënten en zorgverleners zijn onvoldoende op de hoogte van zowel het recht op medische zorg voor eerstgenoemde als mogelijkheden voor financiële compensatie voor laatstgenoemde. Ook de angst voor arrestatie, (vrees voor) hoge zorgkosten vormen barrières in de weg naar de zorg. Daarnaast kan de zorgtoegankelijkheid negatief worden beïnvloed door miscommunicatie tussen arts en patient, als gevolg van taal- en cultuurverschillen, een discrepantie tussen de verwachtingen van de patiënt en de zorgverlener, wantrouwen en vooroordelen.

In een groot deel van de onderzoeken worden factoren die samenhangen met de juridische status, aangewezen als een belangrijke determinant voor de gezondheid van ongedocumenteerde migranten. De resultaten bevestigen de vooronderstelling dat de juridische status een negatieve determinant is voor zowel de gezondheid als de toegankelijkheid van zorg. Uit de resultaten blijkt dat er sprake is van een negatieve interactie tussen de gezondheidsdeterminanten, het zorgzoekend gedrag, de zorgtoegankelijkheid en de individuele gezondheid.

De beschikbare literatuur kent een wisselende methodologische kwaliteit en is gefragmenteerd aanwezig. Het merendeel van de onderzoeken beperkt zich tot een bepaald aspect van de gezondheidszorg of een geografisch gebied. Slechts in een klein deel van de onderzoeken wordt de problematiek besproken binnen een bredere context van zorg en gezondheid.

Op basis van de bevindingen doet de werkgroep een drietal algemene aanbevelingen. De eerste aanbeveling is om de vraagstelling te plaatsen in een bredere migratie-context, waardoor de bevindingen beter in perspectief kunnen worden geplaatst. De tweede aanbeveling is om bevindingen ten aanzien van gezondheidsdeterminanten en zorgtoegankelijkheid te onderzoeken vanuit een positieve interactie tussen factoren die van invloed zijn op gezondheid. Mogelijk leidt het bestuderen van positieve gezondheidsdeterminanten, effectief zorgzoekend gedrag en goed toegankelijke zorg op de individuele gezondheid en de sociale, juridische en economische implicaties hiervan, tot aanvullende inzichten. De derde aanbeveling is het structureel registreren van toegangsproblemen in de zorg voor ongedocumenteerde migranten door middel van een landelijk meldpunt.

1. Inleiding

1.1 Relevantie

Het bestaan zonder (geldige) verblijfspapieren dwingt veel ongedocumenteerde migranten om in de marges van de Nederlandse samenleving te leven. Een ongedocumenteerd persoon heeft geen geldige verblijfstitel voor het land waar deze verblijft. Dit kan leiden tot detentie en uitzetting naar land van herkomst. Zonder verblijfstitel kan in Nederland geen Burger Service Nummer worden verkregen en dus kan geen aanspraak worden gemaakt op sociale voorzieningen zoals bijstand of een pensioen. Ook andere (sociale) voorzieningen zoals het afsluiten van een zorgverzekering, een arbeidscontract, huurcontract of bankrekening zijn niet toegankelijk voor ongedocumenteerde migranten. De uitsluiting van sociale basisvoorzieningen heeft nadelige consequenties zoals armoede, uitzichtloosheid, wantrouwen, afhankelijkheid van anderen, angst en eenzaamheid (Bakker *et al.,* 2012, p. 11). De minderbedeelde positie waarin veel ongedocumenteerde migranten zich bevinden kent grote risico's voor hun welbevinden en gezondheid. Sommigen verrichten arbeidsuitbuitende of seksuele diensten in ruil voor onderdak of andere levensbehoeften (Grove & Zwi, 2006, p. 1933). Tevens heeft de voortdurende angst voor arrestatie en uitzetting een uiterst beperkende invloed op het onderhouden van een sociaal netwerk. Ongedocumenteerden bewegen zich in de publieke ruimte bij voorkeur onopvallend en missen de mogelijkheid om via een werksituatie hun netwerk uit te breiden (Staring & Aarts, 2010; Rechel *et al.,* 2011).

Ieder mens, en daarmee ook de ongedocumenteerde migrant, heeft recht op toegang tot medisch noodzakelijke zorg. Dit is uitgewerkt in het Internationale Convenant inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (ICESCR, 1966, art. 12) en gebaseerd op de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (Verenigde Naties, Algemene Vergadering, 1948, art 25), In de afgelopen jaren zijn er in Nederland op dit vlak enkele positieve ontwikkelingen gesignaleerd, zoals de herziening van een financiële regeling in 2009 die de doorstroming van ongedocumenteerde patiënten naar de tweedelijnszorg beter toegankelijk maakte (Cossack, 2009). Desondanks bestaan er nog steeds grote structurele problemen in de toegang tot zorg voor onverzekerbare vreemdelingen (Reijven *et al.,* 2014). Onervarenheid met de regeling zorgt ervoor dat medische zorgverleners administratieve rompslomp vrezen. Voorgeschreven medicijnen blijken lang niet altijd te worden afgehaald omdat er een eigen bijdrage van 5 euro wordt gevraagd. De grootste knelpunten werden waargenomen in de psychische zorg, geriatrie, fysiotherapie, tand- en mondheelkundige zorg en preventieve zorg. Verder werd gewezen op de negatieve effecten van het ontbreken van sociale determinanten, zoals onderdak en gezonde voeding op de gezondheidssituatie van ongedocumenteerden in Nederland.

De opeenstapeling van marginale levensomstandigheden heeft een negatief effect op de gezondheidssituatie van ongedocumenteerde migranten (Sousa *et al.,* 2010). Verschillende onderzoeken (onder meer Nørredam *et al.,* 2009 en Teunissen *et al.,* 2015) laten zien dat de somatische en psychische gezondheidssituatie en -beleving van ongedocumenteerde migranten slechter is dan die van autochtone populaties. Dit geldt met name wanneer uitgeprocedeerde asielzoekers te maken hebben gehad met traumatische ervaringen in het land van herkomst of tijdens de migratie. Al in 2010 werd geconstateerd dat deze ervaringen vaker leiden tot de ontwikkeling van somatische of psychische problemen (Van Oort *et al.,* 2001, p. 10). Zodoende is de toegang tot medische zorg, van levensbelang.

1.2 Uitgangspositie

In Nederland richten verschillende niet-gouvernementele organisaties [ngo] zich op de problematische leefomstandigheden, waaronder gezondheidsaspecten en de toegang tot medische zorg, van ongedocumenteerde migranten. Een laagdrempelige aanpak van dergelijke organisaties maken de situatie van een veelal 'onzichtbare' groep inzichtelijk. De gegevensverzameling kent echter beperkingen, zowel in praktisch als organisatorisch oogpunt. Te denken valt aan locaties, openingstijden, beschikbare vrijwilligers, beschikbare technische middelen, et cetera. Dergelijke factoren zijn medebepalend voor de omvang, kwaliteit en validiteit van de verkregen gegevens.

BOX 1 DOKTERS VAN DE WERELD - TOEGANG TOT ZORG VOOR ONGEDOCUMENTEERDE MIGRANTEN

Dokters van de Wereld baseert haar activiteiten op het recht op gezondheid zoals omschreven in de Universele Mensenrechtenverklaring Verenigde Naties, Algemene Vergadering, 1948, art 25. Middels het programma Zorgrecht werkt Dokters van de Wereld sinds 2005 aan het signaleren, bemiddelen en oplossen van problemen in de toegankelijkheid van medische zorg voor ongedocumenteerde migranten.[1] Activiteiten zijn onder meer het organiseren van spreekuren en voorlichtingsbijeenkomsten over het recht op zorg in Nederland. Voorlichtingen zijn gericht op de aspecten van het Nederlandse zorgsysteem en het voorkómen van gezondheidsproblemen.
In 2015 werden ongeveer 1.600 ongedocumenteerde migranten bereikt bij groepsvoorlichtingen in buurthuizen, kerken en moskeeën. In datzelfde jaar werd Dokters van de Wereld 1.375 keer individueel geconsulteerd door ongedocumenteerde migranten met vragen, problemen of meldingen van gevallen waarin de zorg onvoldoende toegankelijk werd ervaren. De spreekuren vinden wekelijks plaats in Amsterdam en Den Haag, zowel telefonisch als op locatie. Sinds december 2015 wordt gebruik gemaakt van de 'Zorgbus' met een mobiele spreekuurruimte. De spreekuren zijn voornamelijk gericht op het signaleren en monitoren van toegangsproblemen tot medische zorg. Hier worden zorgzoekenden adequaat toegeleid naar de reguliere gezondheidszorg, of wordt individueel aangepaste voorlichting gegeven.[2]
Frequent geconstateerde belemmeringen in de toegang tot zorg betreffen onvoldoende kennis van het Nederlandse zorgsysteem en –recht en angst voor arrestatie met mogelijke (gedwongen) uitzetting naar het land van herkomst als gevolg. Daarnaast leiden hoge rekeningen tot belemmering in de toegang tot (verdere) medische zorg. In 2015 deed Dokters van de Wereld meer dan 200 keer navraag bij een Nederlandse zorginstelling over meldingen van toegangsproblemen door ongedocumenteerde migranten. Voorbeelden hiervan zijn het afzeggen van een consult of behandeling of het weigeren van een inschrijving bij een huisartspraktijk om redenen die niet medisch van aard zijn. De gemelde toegangsproblemen hebben betrekking op zowel de eerste- als tweedelijns zorg.

Via de hierboven beschreven projectactiviteiten verzamelt Dokters van de Wereld structureel en anoniem kwalitatieve en kwantitatieve gegevens over gezondheidsproblemen in brede zin en barrières in de toegankelijkheid van zorg.

1 Dokters van de Wereld is onderdeel van het internationale netwerk van *Médecins du Monde*.

2 Dokters van de Wereld wijst patiënten alleen door naar reguliere en in het BIG-geregistreerde medisch-professionele zorgverleners. Alternatieve zorg en geneeswijzen vallen hierdoor buiten de reikwijdte van deze studie.

1.3 Afbakening

De omvang van de eerder geschetste problemen rond de gezondheid en toegankelijkheid van zorg zijn niet volledig in kaart te brengen. De term 'ongedocumenteerd' houdt impliciet in dat het aantal personen dat zonder geldige verblijfstitel in Nederland verblijft, niet exact is vast te stellen (zie Box 2). Er kunnen dus geen sluitende beweringen worden gedaan over de omvang van de gezondheidsproblematiek en mogelijke barrières in de toegang tot medische zorg. Een recent gepubliceerd onderzoek van het Internationale netwerk van Dokters van de Wereld, de European Observatory, gaat in op de beweegreden van migratie naar Europa - waaronder naar Nederland (Chauvin *et al.,* 2015). Van de ongedocumenteerde migranten die in Nederlander verbleven, is 42% geëmigreerd vanwege (oorlogs-)geweld, familieruzies en -conflicten of strafrechtelijke vervolging op basis van politieke, religieuze, seksuele oriëntatie of etnische afkomst. Ook een financieel tekort voor zichzelf of hun kinderen in het land van herkomst geldt als een belangrijke drijfveer voor de migratie (39%). Andere belangrijke redenen voor migratie naar Nederland zijn vrienden- of familiehereniging (15%), het ontkomen aan familieconflicten (12%) of persoonlijke gezondheidsredenen 7%. (Chauvin *et al.,* 2015, p. 25). De groep in Nederland verblijvende ongedocumenteerde migranten omvat, voor zover valt vast te stellen, een heterogene populatie die op basis van uiteenlopende motieven naar Nederland is geëmigreerd.[3]

BOX 2 – NUMERIEKE OMVANG VAN ONGEDOCUMENTEERDEN IN NEDERLAND

Schattingen over de omvang en samenstelling van de groep ongedocumenteerden in Nederland van de laatste decennia lopen sterk uiteen. In 2002 werd het aantal ongedocumenteerden nog geschat op ruim 125.000 (Engbersen *et al*., 2002, p. 62), waaronder 30.000 kinderen (Mensinga *et al.,* 2010, p. 5). Deze schatting daalde in 2009 naar 97.000. De meest recente studie schat het aantal ongedocumenteerden in Nederland in 2012 tussen de 22.000 en 48.000 (van der Heijden *et al.*, 2015, p. i). Voor deze studie is gebruik gemaakt van andere bronnen om het aantal ongedocumenteerden in te schatten. Bovendien vallen arbeidsmigranten afkomstig uit de nieuwe EU-lidstaten, sinds de uitbreidingen van de Europese Unie [EU] in 2004 en 2007, niet meer binnen de categorie ongedocumenteerde migranten.

De exacte omvang van het aantal ongedocumenteerden is onmogelijk te bepalen. Kenmerkend aan deze groep mensen is dat zij niet worden geregistreerd als burger. Door het gebrek aan officiële statistieken worden uitspraken over de omvang van deze populatie gebaseerd op indirecte metingen, waardoor de validiteit en representativiteit van de data afneemt. Zo zijn de schattingen bijvoorbeeld gebaseerd op 'vang-en-hervang' cijfers van gearresteerde ongedocumenteerde personen door de politie.

3 Deze studie limiteert zich in geografisch opzicht tot migratie naar het *land Nederland* en niet het *Koninkrijk der Nederlanden*, wat inhoudt dat Aruba, Curaçao en Sint Maarten in het Caraïbische gebied van deze studie worden geëxcludeerd. Voorts zijn de bijzondere gemeenten Sint Eustatius, Saba, en Bonaire, hoewel deze formeel wel tot het land Nederland toebehoren, ook geëxcludeerd.

Ten slotte vermelden we dat de Nederlandse vreemdelingendetentie buiten de strekking van deze studie valt. Hoewel vreemdelingendetentie specifiek gericht is op het vasthouden en uitzetten van ongedocumenteerde migranten naar het land van herkomst, valt de toegang tot medische zorg in een vrijheidsbeperkende instelling binnen een andere context. Over de medische- en gezondheidsproblematiek die hieruit voortvloeit zijn recentelijk verschillende rapporten verschenen (Amnesty International, Dokters van de Wereld & Stichting LOS, 2014; 2015; 2016).

1.4 Definities

1.4.1 Ongedocumenteerde migrant

De status als ongedocumenteerde in Nederland kan een gevolg zijn van inreizen met valse identificatie- of reispapieren, een eerdere asielaanvraag in een ander EU-land, de afwijzing of het verlopen van een verblijfsvergunning, machtiging tot voorlopig verblijf of visum waarna geen gehoor wordt gegeven aan de juridische verplichting terug te keren naar het land van herkomst. De strafbaarstelling van onrechtmatig verblijf in Nederland is lange tijd een thema van politieke discussies geweest, maar momenteel wordt het leven zonder verblijfspapieren in Nederland niet als misdaad aangemerkt. In de resterende regeerperiode van het kabinet-Rutte II (uiterlijk maart 2017) zullen ook geen (nieuwe) wetsvoorstellen worden ingediend die deze situatie zal veranderen (Klompenhouwer, 2014).

Van deze migrantenpopulatie bestaat geen eenduidige omschrijving, en als gevolg daarvan zijn er veel synoniemen voor de aanduiding. In dit onderzoek is doelbewust gekozen voor de term ‘ongedocumenteerd(e migranten)’ wegens de neutrale toon van het begrip (Vogel & Jandl, 2008, p. 7). Veelgebruikte andere termen in de internationale literatuur, maar ook in mediakanalen en politieke debatten, zijn *‘illegal migrants’, ‘irregular migrants’, ‘unauthorised migrants’, ‘illicit migrants’, ‘clandestine migrants’, ‘illegal aliens’* en *‘unwanted migrants’.* Aan deze definities kleven sociaal-politieke connotaties van migratie met criminaliteit. Dergelijke verbanden zijn echter nooit wetenschappelijk aangetoond (Staring & Aarts, 2010, p. 11). Door het gebrek aan nuance, neutraliteit en onpartijdigheid kan het gebruik van deze termen leiden tot stigmatisering van migranten in het algemeen, polarisering van het politieke klimaat en verharding van het publieke debat jegens ongedocumenteerden (*Undocumented Worker Transitions*, 2008, p. 4). In de zoekstrategie is echter gebruik gemaakt van verschillende (ook ongunstige) aanduidingen om de literatuur zo breed mogelijk te kunnen ontsluiten (zie ook Box 3).

1.4.2 Gezondheid

In deze literatuurstudie staat gezondheid centraal. De World Health Organization omschrijft gezondheid als een ‘toestand van volledig fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en niet slechts de afwezigheid van ziekte of gebreken’ (WHO, 1948). Deze omschrijving geeft aan dat lichamelijke, geestelijke en sociale gezondheid onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden. Volgens de WHO is het streven naar dit ideaal geen individuele zaak, maar kent een gezamenlijk belang. De verspreiding van ziekte houdt verband met armoede en sociaal onrecht. Gezondheidsongelijkheid tussen mensen of groepen kan een samenleving destabiliseren met grote gevolgen voor vrede en veiligheid. Dit geldt niet alleen voor gezondheidsongelijkheden op nationaal niveau, maar ook tussen landen en volken onderling (Grad, 2002). Het doet een beroep op regeringen om voorwaarden te scheppen voor gelijke toegang tot kennis over gezondheid en tot basisgezondheidszorg. De WHO roept op om gezondheid niet te laten begrenzen door politiek of economie.

In Nederland is gezondheid opnieuw geconceptualiseerd als "*het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven*" (Hubert, 2014, p. 40), waarbij de nadruk wordt gelegd op veerkracht en verantwoordelijkheid. Omdat de geselecteerde (institutionele) literatuur is gebaseerd op de oorspronkelijke omschrijving van gezondheid door de WHO uit 1948, vormt deze definitie tevens het uitgangspunt voor dit literatuuronderzoek.

1.5 Juridische context

Binnen de Nederlandse wet- en regelgeving zijn vier elementen cruciaal: het recht op toegang tot medische zorg, de vergoeding van de gemaakte kosten en de definiëring van het begrip 'medisch noodzakelijke zorg'.

1.5.1 De Koppelingswet

In het Nederlandse medische zorgrecht is de zogenoemde Koppelingswet in relatie tot de Vreemdelingenwet uiterst relevant. Deze eerstgenoemde wet is sinds 1 juli 1998 van kracht en heeft tot doel onrechtmatig in Nederland verblijvende vreemdelingen uit te sluiten van de voorzieningen die de Nederlandse verzorgingsstaat te bieden heeft (Engbersen & Burgers, 1999, pp. 244-245). De Koppelingswet komt tot uiting in verschillende separate wetten en reguleringen, bijvoorbeeld de Vreemdelingenwet, de Huisvestingswet, de Werkloosheidswet, en de Algemene Bijstandswet et cetera. en sluit in essentie onrechtmatig in Nederland verblijvende vreemdelingen uit gebruik te maken van zowel de huisvestings- als arbeidsmarkt en het sociale verzorgingsstelsel (Staring & Aarts, 2010, p. 13). Dit zou het onrechtmatig verblijf van mensen in Nederland ontmoedigen (Meerens, 2006, p. 26; Grit *et al.,* 2012). Echter, een zwaarwegende randvoorwaarde bij de formulering van de Koppelingswet was dat juridische rechtsbijstand, onderwijs en medisch noodzakelijke zorg, vanuit een humanitair en mensenrechtelijk oogpunt, gewaarborgd zouden blijven. Zo vormen de *Universal Declaration of Human Rights (*1948), het European *Social Charter* [ESC] (1961) en het *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* [ICESCR] (1966) drie belangrijke morele pijlers. Het zijn mondiale juridische standaarden die de minimumvoorwaarden voor het algemeen welzijn van het individu voorschrijven (VN-Algemene Vergadering, 1966; p. 8; UNCESCR, 2000, pp. 4-5). Nederland heeft deze verdragen geratificeerd en is daarmee internationale wettelijke verplichtingen aangegaan om zorg te dragen voor de noodzakelijke medische zorg voor allen die zich binnen haar landsgrenzen bevinden (Grit *et al.,* 2012, p. 55). Deze verplichtingen hebben hun uitwerking gehad op de Koppelingswet en het gevoerde overheidsbeleid. Zo verklaarde het kabinet-Balkenende II in de *Illegalennota* (2004) bijvoorbeeld het volgende:

[…] vanuit humanitaire overwegingen illegalen [*sic*] het recht behouden op een menswaardige behandeling. Dat betekent dat het basale recht op onderwijs en gezondheidszorg niet wordt aangetast als gevolg van de wens van de overheid om illegaliteit te bestrijden. Elk leerplichtig kind – legaal of illegaal – heeft recht op onderwijs. […] Ook hebben illegalen toegang tot medische zorg. […] Medische hulp aan kinderen en medische zorg rond geboorte en zwangerschap behoort altijd te worden verleend. (Verdonk, 2004, p. 3)

Kortom, ondanks de toenemend strikte wetgeving blijft de toegang tot medisch noodzakelijke zorg voor ongedocumenteerde migranten in Nederland grondwettelijk verankerd (Rechel *et al.,* 2011, p. 63).

1.5.2 Financiële regelgeving

Sinds de implementatie van de Koppelingswet in 1998 zijn er financiële regelingen getroffen die de toegang tot medische zorg voor ongedocumenteerde migranten moeten waarborgen. Deze regelingen binnen het vreemdelingenbeleid zijn bedoeld om financiële schade voor zorgverleners te voorkomen, wanneer zij een ongedocumenteerde patiënt in behandeling nemen. Bij de inwerkingtreding van de Koppelingswet in 1998 werd het Koppelingsfonds ingesteld: dit fonds werd beheerd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS]. Eerstelijns zorgverleners konden via gemeentelijke gezondheidsdienstkantoren [GGD] een vergoeding aanvragen voor verleende medische zorg die binnen het basispakket van de zorgverzekering viel.

Medische zorg in de tweede- en derde lijn werd destijds niet uit het Koppelingsfonds vergoed, maar viel onder de kostenpost 'dubieuze debiteuren' van zorginstellingen. In 2006 kondigde de toenmalige Minister van VWS, Hoogervorst, een hervorming aan van de financiele regeling die op 1 januari 2009 van kracht werd. De aangepaste regeling werd opgenomen in Artikel 122a van de Zorgverzekeringswet en uitgevoerd door het Zorginstituut Nederland [ZiNL].[4] Dit is een zelfstandig bestuursorgaan dat, onder meer, verantwoordelijk is voor de informatieverstrekking, implementatie en monitoring van de regeling die de (toegang tot) medische zorg voor ongedocumenteerde migranten garandeert.

In het kort houdt de huidige regeling in dat er voor alle zorgniveaus een jaarlijks budget wordt ingecalculeerd ter compensatie van onbetaalde verleende medisch noodzakelijke zorg (Schoevers *et al.,* 2010a, p. 422). Door zich te beroepen op de bovenstaande maatregelen kunnen zorginstellingen 80 tot 100% van de (oninbare) zorgkosten declareren bij zorgverzekeraars (Biswas *et al.,* 2012, p. 52). Van ongedocumenteerden wordt een coöperatieve houding verwacht bij het opmaken van een betalingsregeling. Het structureel en beleidsmatig verlenen van 'gratis' medische zorg aan onrechtmatig in Nederland verblijvende vreemdelingen kan op weerstand stuiten (Cossack, 2009). Deze weerstand is hoofdzakelijk politiek van karakter. De medische zorg voor ongedocumenteerden migranten kost jaarlijks een fractie van het Nederlandse zorgbudget – in 2013 bijvoorbeeld € 29,8 miljoen van de € 92,7 miljard (0,0005%) (Macherey *et al.,* 2015, p. 79).

Medische behandelingen en ingrepen die buiten het vastgestelde basispakket van zorgverzekeringen liggen, bijvoorbeeld de vergoeding van anticonceptiemiddelen of odontologische (tand- en mondheelkunde), worden alleen vergoed in speciale gevallen en voor minderjarigen (Björngren-Cuadra, 2010). Voor dergelijke specifieke zorgbehoeften bestaan geen wettelijke mogelijkheden om aanvullende regelingen af te sluiten.

1.5.3 Medisch noodzakelijke zorg

Onduidelijkheid over de definitie van medisch noodzakelijke zorg leidde aanvankelijk tot een spanningsveld. Enerzijds zijn er de strikte wetgeving en beleidsrichtlijnen, anderzijds de medisch-professionele beroepsrichtlijnen met daaruit voortvloeiende ethische overwegingen van individuele zorgverleners (Bollen *et al.,* 2008, pp. 12-13). De term 'noodzakelijk' blijkt voor verschillende uitleg vatbaar. In de praktijk heeft dit geregeld het weigeren van niet-acute medische gevallen tot gevolg (Dorn *et al.,* 2011, p. 192). Praktijkervaring van Dokters van de Wereld leert dat deze verwarring nog steeds bestaat onder medische zorgverleners. Echter, de Commissie Medische zorg (2007) interpreteert medisch noodzakelijke zorg als volgt:

4 Per februari 2017 wordt de financiële regeling uitgevoerd door het CAK.

‘Medisch noodzakelijke zorg’ dient naar het oordeel van de commissie als ‘verantwoorde en passende medische zorg’ te worden gedefinieerd. Deze zorg is doeltreffend en doelmatig, wordt patiëntgericht verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. […] Als echter de duur van het verblijf in Nederland onduidelijk of langdurig is, is de continuïteit van adequate medische zorg belangrijker en dient de medische zorg gelijk te zijn aan de reguliere basiszorg voor verzekerden (Klazinga *et al.,* 2007, p. 9).

Sinds 2009 is bovenstaande uitwerking van de definitie geïntegreerd in de uitvoering van de financiële regeling van het ZiNL. De beslissing of zorg medisch gezien ‘noodzakelijk’ is voor een potentiele patiënt kan alleen door een medisch-professionele zorgverlener worden gemaakt, zonder onderscheid des (ongedocumenteerd) persoons. Dit geldt ook voor het oordeel of de patiënt een potentieel gevaar vormt voor de collectieve volksgezondheid (Macherey *et al.,* 2015, p. 82). Aan zorgverleners wordt een relatief hoge mate van professionele autonomie en discretie toegekend (Grit *et al.,* 2012, p. 63). Maatschappelijke instituties dringen aan op de monitoring van maatregelen die gericht zijn op de toegankelijkheid van zorg (de Nationale Ombudsman, Adviescommissie Vreemdelingenzaken & College voor de rechten van de Mens, 2015).

1.6 Probleem-, doel-, en vraagstelling

Over de toegang tot zorg voor (ongedocumenteerde) migranten in Europa zijn de afgelopen decennia diverse wetenschappelijke studies gepubliceerd, de meeste met een exploratief of beschrijvend karakter. De systematische bundeling van deze literatuur blijkt nog beperkt. Suess *et al*. (2014) wijten dit aan enerzijds de grote variaties binnen rapportages, papers en andere publicaties met betrekking tot de rechten op medische zorg voor ongedocumenteerden tussen Europese landen en anderzijds aan de inadequate onderzoeks-methodologische kwaliteit. Gil-González *et al*. (2015) verklaren de diversiteit aan literatuur aan het brede scala van factoren die barrières tot medische gezondheidszorg voor ongedocumenteerde migranten opwerpen. Voor zover bekend is de scoping review van Woodward *et al*. (2014) de eerste poging om de beschikbare Europese literatuur van de afgelopen twee decennia in kaart te brengen. Met een scoping review kan een brede onderzoeksvraag worden beantwoord, terwijl de beoordeling van de kwaliteit van primaire onderzoeken achterwege wordt gelaten (Arksey & O’Mally, 2005). Het artikel biedt een overzicht van de omvang, aard, spreiding van en algemene bevindingen uit de literatuur over gezondheid en toegang tot zorg voor ongedocumenteerde migranten in de EU tot en met 2012. De sterk uiteenlopende aard en methodologie van de beschikbare literatuur maken een systematische kwaliteitsbeoordeling van geïncludeerde (primaire) studies echter problematisch (Woodward *et al.,* 2014).

Het doel van voorliggende onderzoek is het verkrijgen een overzicht en analyse van de recente literatuur, waarmee de onderstaande vraagstellingen worden beantwoord:

Vraagstelling A: *Wat is er bekend in de institutionele en wetenschappelijke literatuur over de gezondsheidsdeterminanten van ongedocumenteerde migranten in Europa?*

Vraagstelling B: *Welke problemen worden er in de institutionele en wetenschappelijke literatuur gesignaleerd in de toegang tot reguliere medische zorg voor ongedocumenteerde migranten in Nederland?*

1.7 Inkadering van de vraagstelling

De keuze om vraagstelling A ('gezondheidsdeterminanten') te betrekken op Europa vloeit voort uit de volgende afwegingen. Ten eerste is sprake van een hoge mate van internationale transmigratie (doorreizen naar verschillende landen) van ongedocumenteerde migranten (Schuster, 2005, p. 757). Het is aannemelijk te stellen dat de grenzen binnen de EU, en in minder mate tussen andere Europese staten, relatief makkelijk te overbruggen zijn, terwijl intercontinentale transmigratie (bijvoorbeeld van Australië naar Europa) lastiger te realiseren is. Een andere aanname is dat dit ook geldt voor tenminste een deel van de factoren die bepalend zijn voor de gezondheid. Ten tweede zijn oorzaak en gevolg van gezondheidsdeterminanten en de daaruit voortvloeiende problemen doorgaans diffuus. De mate van volks- en patiëntgezondheid wordt beïnvloed door verschillende determinanten (ofwel factoren). Gezondheidsdeterminanten variëren in schaalniveaus van individu, lokale gemeenschappen tot grotere overkoepelende sociaaleconomische, culturele en ecologische omgevingsfactoren. Deze drie schaalniveaus (micro, meso en macro) overlappen en beïnvloeden elkaar (Dahlgren en Whitehead, 1991). Een significant causaal verband tussen het verblijf in een bepaald Europees land en gezondheidsdeterminanten is dan ook moeilijk of in het geheel niet aan te tonen (Larchanché, 2012, p. 861).

Bij vraagstelling B ('toegang tot zorg') wordt de Nederlandse wet- en regelgeving als uitgangspunt genomen. Hoewel het Nederlands zorgrecht niet los staat van internationale juridische kaders, wordt de specifieke context van andere Europese landen buiten beschouwing gelaten wanneer het gaat om de zorgtoegankelijkheid in Nederland. De argumentatie hiervoor berust op het feit dat de juridische kaders voor de financiering (en daarmee samenhangende toegankelijkheid) tot medische zorg per Europees land sterk uiteenlopen (Macherey *et al.,* 2015).

1.8 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk worden de methodologische aspecten van het onderzoek belicht, zoals de gevolgde zoekstrategie en de toegepaste conceptuele modellen. In het derde hoofdstuk komen de resultaten aan bod. Er wordt stil gestaan bij de actuele gepubliceerde stand van de gezondsheidsdeterminanten van ongedocumenteerde migranten binnen Europa (vraagstelling A). Vervolgens wordt de stand van zaken met betrekking tot de toegankelijkheid van medische zorg voor ongedocumenteerden in Nederland beschreven (vraagstelling B). Afsluitend volgen een conclusie en een discussie over de bevindingen.

2. Onderzoeksmethodologie en conceptuele modellen

2.1 Zoekstrategie

Dokters van de Wereld signaleert een groeiende behoefte aan overzicht van bevindingen in de literatuur op het gebied van gezondheid en de toegang tot zorg voor ongedocumenteerden. Voor het uitvoeren van een literatuurstudie naar dit onderwerp werd in het najaar van 2015 een werkgroep opgezet, bestaande uit (onbetaalde) medewerkers en studenten. Een tropenarts en verpleegwetenschapper, beiden actief in de spreekuren van Dokters van de Wereld in Amsterdam en Den Haag, selecteerden de definitieve database.

Het verzamelen van literatuur werd afgesloten in januari 2016. De catalogi van met name PubMed/Medline en CINAHL leverden de meeste resultaten op, aangevuld met Cochrane, Science Direct en PLoS.

BOX 3 – ZOEKTERMEN

Voorbeeld van een zoekopdracht voor vraagstelling A: migrant OR immigrant OR emigrant OR transient OR alien als *major subject*; gecombineerd met (AND): undocumented OR illegal OR irregular OR unauthorized in *abstract AND health OR healthcare in *subject*. De aanvullende gebruikte zoektermen voor vraagstelling B waren accessibility OR acceptability OR availability OR "quality of care" OR "unmet needs" [OR "health seeking strategies" in *abstract*. In Pubmed werden bijbehorende MeSH-termen gebruikt.**

*** Ten behoeve van een zo volledig mogelijke zoekstrategie zijn verschillende synoniemen voor 'ongedocumenteerd(en)' gebruikt voor het ontsluiten van internationale academische literatuur (zie ook Definities van ongedocumenteerde migranten in hoofdstuk 1)**

Over de zoektermen die werden gebruikt voor de tweede onderzoeksvraag ('toegang tot zorg') valt op te merken dat de eerste vier concepten gelijk zijn aan de toegangsaspecten zoals die worden gebruikt door de World Health Organisation [WHO] (2007), de 'AAAQ'. Op advies van deskundigen werkzaam bij Dokters va de Wereld werden de termen 'unmet needs' en 'health seeking strategies' aan de zoekstrategie toegevoegd, met een klein aantal aanvullende artikelen als resultaat. Waar relevant werden literatuursuggesties van gebruikte databanken opgevolgd en de sneeuwbalmethode toegepast. Dit leverde ruim honderdvijftig artikelen op, die op basis van het abstract werden beoordeeld voor inclusie. De artikelen die werden geïncludeerd dienden wetenschappelijk onderzoek te beschrijven of een review daarvan én betroffen de gezondheids- of zorgsituatie van ongedocumenteerde migranten in Europa. Artikelen gepubliceerd vóór 1 januari 2006 werden geëxcludeerd, evenals artikelen die waren geschreven in andere talen dan Engels en Nederlands. Hoewel publicaties zijn geincludeerd vanaf 2006, wordt in sommige onderzoeken data gebruikt van voor die tijd.

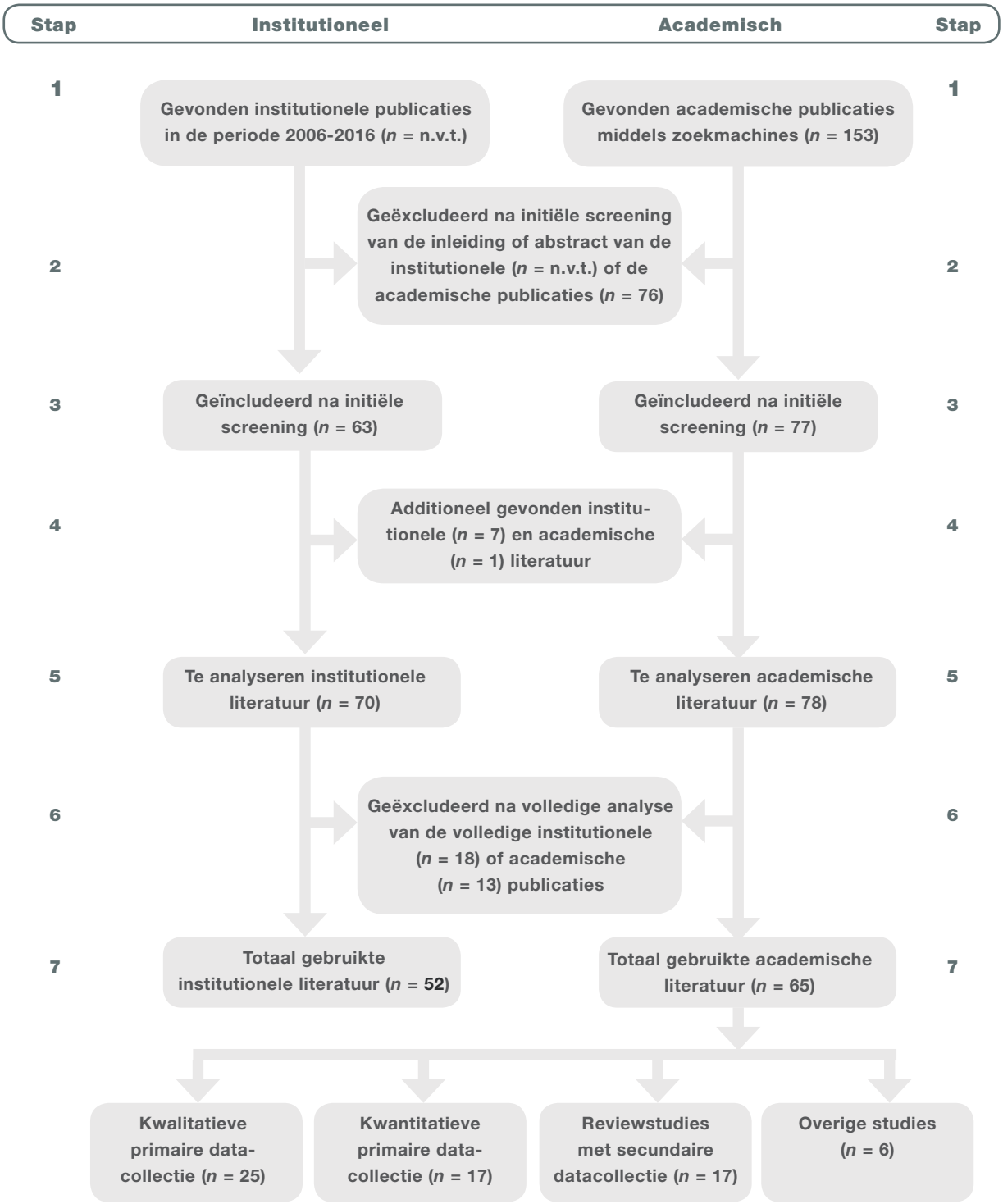
Om de tweede onderzoeksvraag over de toegang tot zorg in Nederland goed te kunnen beantwoorden, werden artikelen die de Nederlandse gezondheidszorg betreffen handmatig

gesorteerd uit de gehele selectie. Acht publicaties richtten zich geheel op de Nederlandse situatie (Schoevers *et al*. 2009a,b; Schoevers *et al*. 2010a,b; De Jonge *et al*. 2011; Dorn *et al*. 2011; Teunissen *et al*. 2012; Teunissen *et al*. 2015). Eén artikel analyseerde de factoren die van invloed zijn op het toegangsbeleid tot zorg van zowel het Verenigd Koninkrijk als Nederland (Grit *et al*. 2012). In twee onderzoeken werden België en Nederland vergeleken, door Keygnaert *et al*. (2012) op het gebied van externe gezondheidsbeïnvloedende factoren en op het gebied van gezondheidsgedrag door Keygnaert *et al*. (2014). Twaalf publicaties betroffen de situatie in Europa, in acht daarvan komt de toegang tot zorg in Nederland expliciet aan bod (Lindert *et al.,* 2008; Basile *et al.,* 2011; Priebe *et al.,* 2011; Björngren-Cuadra, 2012; Priebe *et al.,* 2012; Straßmayr *et al.,* 2012; Sandhu *et al.,* 2013; Woodward *et al.,* 2014).

De selectie afkomstig uit wetenschappelijke databases werd aangevuld met een selectie uit institutionele literatuur. Dit betrof hoofdzakelijk publicaties van overheidsrapporten, ad hoc surveys, (persoonlijke) commentaren, discussiepapers, boeken en dissertaties. Hiervan zijn uiteindelijk 52 publicaties in de literatuuranalyse verwerkt. De bevindingen uit de wetenschappelijke database werden vergeleken met datgene wat er in institutionele literatuur beschreven is. De institutionele literatuur voorzag hiermee in aanvullende informatie op wat in de academische literatuur is geschreven. Nederlandstalige institutionele literatuur over de financiële compensatieregeling tot en met 2008 (het Koppelingsfonds) is veelal buiten beschouwing gelaten. De reden hiervoor is dat deze regeling per 1 januari 2009 is gewijzigd en werd uitgevoerd door het ZiNL (destijds: College voor Zorgverzekeringen; per 1 januari 2017 wordt de regeling uitgevoerd door het CAK).

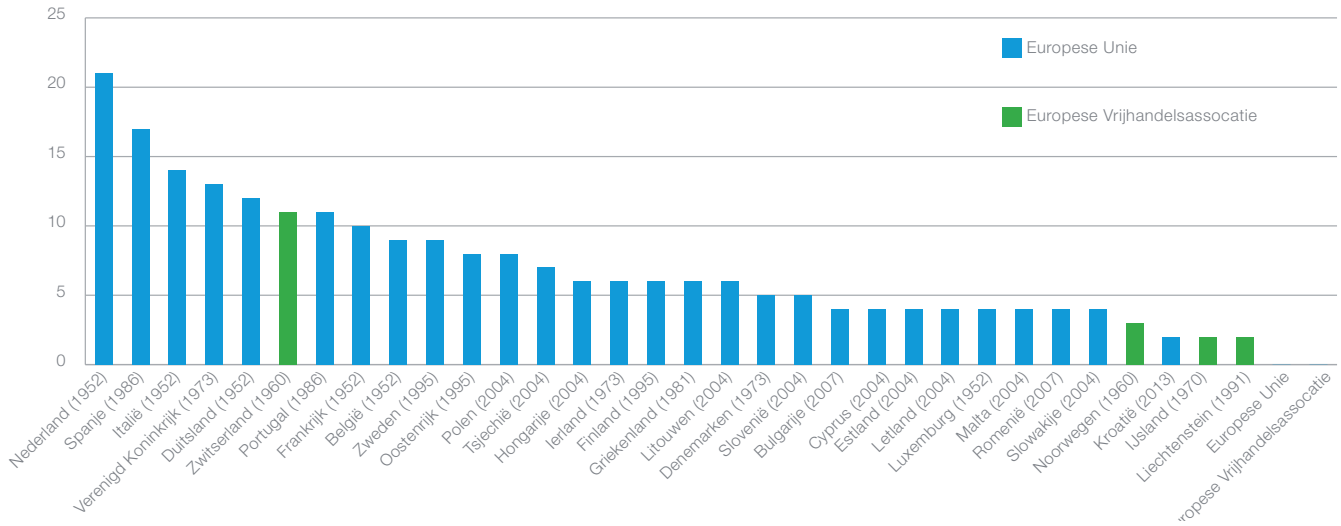
Een groot deel van de institutionele literatuur is afkomstig uit het (sinds 2006 handmatig aangevulde) archief van van Dokters van de Wereld. Ook werden relevante documenten gevonden bij (internationale) organisaties die zich bezighouden met migratie, zoals *Clandestino* (onderdeel van de *European Commission-United Nations Joint Migration and Development Initiative), ISTAL* (onderdeel van *European Union Agency for Fundamental Rights), European network to reduce vulnerabilities in health* en *Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM*).

Daarnaast bevinden zich in het Nederlandse netwerk van Dokters van de Wereld verschillende organisaties die beschikken over praktijkkennis op het gebied van de gezondheid van ongedocumenteerden. Belangrijke vindplaatsen voor websites, achtergrondinformatie en institutionele publicaties waren Stichting LOS, Lampion, GGD-Nederland, de Johannes Wier Stichting, Pharos en *Defence for Children*. Om eventuele tot nu toe nog onbekende organisaties of documentatie op dit gebied te vinden, bijvoorbeeld academische dissertaties, werd de sneeuwbalmethode toegepast door de literatuurverwijzingen in gevonden documenten te screenen op nieuwe relevante titels.



Figuur 1: Stroomdiagram van de selectie van de geanalyseerde literatuur. Een 'initiële' screening werd beoordeeld of aan de gesteld inclusiecriteria werd voldaan. Een 'volledige' screening betreft een extensieve lezing en analyse van de publicatie.

In Figuur 1 is de gevolgde werkwijze nader gevisualiseerd; Figuur 2 toont de nominale verdeling van gebruikte academische publicaties (n = 65) per land (n = 32).
Hoewel niet naar alle artikelen actief wordt gerefereerd in deze literatuurstudie, is de selectie in zijn geheel bewaard en toegankelijk via Mendeley.



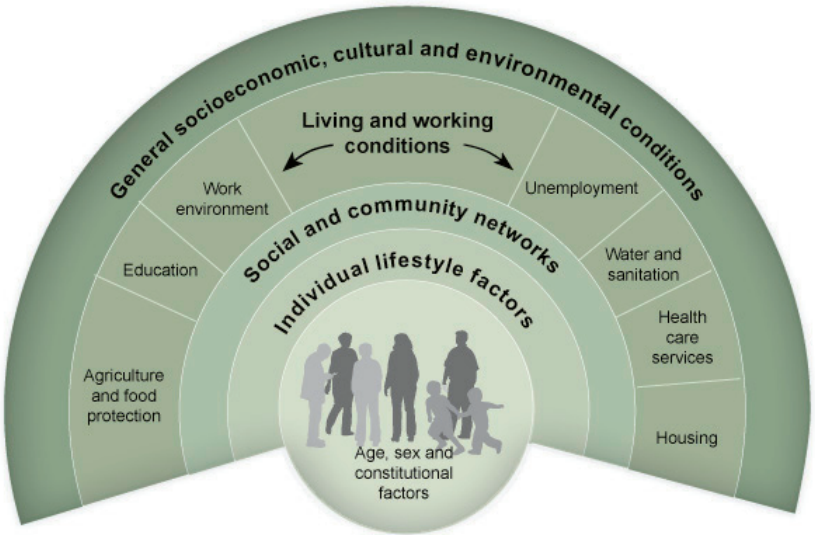
Figuur 2: Aantal studies over de gezondheidssituatie en de toegang tot gezondheidszorg voor ongedocumenteerden per lidstaat van de Europese Unie en/of Europese Vrijhandelsassociatie (*n*=32). Inclusief vermelding van het jaar van toetreding tot één van deze organisaties. Gemiddeld omvat elke academische publicatie (*n*=65) ≈ 3,6 EU- en/ of EVA-lidstaten. De non-EU- of non-EVA-lidstaten Albanië, Andorra, Azerbeidzjan, Bosnië-Herzegovina, Georgië, Kosovo, Macedonië, Moldavië, Oekraïne, Rusland, Turkije, Servië, Vaticaanstad en Wit-Rusland worden niet behandeld deze studie, omdat ze niet expliciet worden genoemd in de 65 geïncludeerde academische publicaties.

2.2 Conceptuele modellen en interpretatie

Om bevindingen uit de literatuur gestructureerd weer te kunnen geven wordt gebruik gemaakt van twee conceptuele modellen. Voor de beschrijving van determinanten van gezondheid (vraagstelling A) wordt gebruik gemaakt van de waaier van Dahlgren & Whitehead uit 1991. Voor beschrijving van zorgtoegankelijkheid (vraagstelling B) hanteren we de concepten van het AAAQ-raamwerk van de WHO (2007). Hoewel beide modellen mogelijk wat gedateerd zijn, zijn ze internationaal bekend en werden in de periode dat de bestudeerde artikelen werden geschreven, volop gebruikt. Modellen worden gemaakt als construct van de werkelijkheid, maar blijven statisch en slechts van toepassing op het afgebakende concept dat ze beschrijven. Zowel het gezondheidsdeterminantenmodel van Dahlgren & Whitehead als het AAAQ-raamwerk kennen daarom onvermijdelijk beperkingen. In deze studie worden ze gebruikt als hulpmiddel om de literatuur te begrijpen en de samenhang van concepten te herkennen.

2.2.1 Het Gezondheidsdeterminantenmodel

Het model van Dahlgren en Whitehead (1991) wordt veel toegepast binnen de internationale public health sector. Een belangrijke verdienste van het model is dat het helpt om gezondheidsongelijkheid beter te begrijpen. Het model laat zien hoe vele niet-medische factoren en condities van invloed zijn op de gezondheid van een individu. Het geeft inzicht in de verbanden en invloeden die er bestaan tussen de verschillende determinanten, op verschillende niveaus.



Figuur 3: Schematische weergave van het gezondheidsdeterminantenmodel (gebaseerd op Dahlgren & Whitehead, 1991).

Op microniveau, waarbij het individu centraak staat, op dit niveau wordt onderscheid gemaakt tussen endo- en exogene factoren. Endogene factoren betreffen de invloeden van biologisch bepaalde, erfelijke of in de levensloop verworven eigenschappen op de gezondheidssituatie van de ongedocumenteerde migrant. Voorbeelden hiervan zijn het geslacht, de leeftijd, en de genetische vatbaarheid voor bepaalde pathologische aandoeningen (Jüngen & Zaagman-van Buuren, 2006, p. 25). Exogene factoren hebben betrekking op invloeden van de persoonlijke leefstijl op de gezondheidssituatie. Voorbeelden hiervan zijn de verkregen vaccinaties, hoeveelheid lichaamsbeweging, slaapritme, voeding, de mate van roken, drinken, alcohol- en/of drugsgebruik, en veilig geslachtsverkeer (Jüngen & Zaagman-van Buuren, 2006, p. 26). Het verschil tussen deze factoren is dat endogene factoren nauwelijks zijn te beïnvloeden, exogene leefstijlfactoren daarentegen juist wel (Popay *et al.,* 1998, p. 622).

Het mesoniveau betreft de sociale omgeving waarin een individu leeft, onder meer het gezin, familie en vrienden, school, werk en buurt. Er bestaat een algemene consensus dat een bevredigende werkomgeving (het gedane werk brengt voldoening en sociale interactie, het salaris vormt een garantie voor besteedbaar inkomen, de werktijden zorgen voor een routine, etc.), een collectieve gemeenschapszin met voldoende sociaal kapitaal en scholing essentiële lokale omgevingsfactoren zijn voor de gezondheidssituatie van het individu (Hanlon, 2013, p. 11). Tot de leef- en werkfactoren behoren onder andere toegang tot bijvoorbeeld onderwijs, werk, gezondheidszorg, welzijnsfaciliteiten, huisvesting, openbaar vervoer, gezonde voeding en stromend water, kleding en brandstof.

Het macroniveau omvat de (inter)nationale maatschappelijke context, dus grotere sociaal-economische, culturele en milieufactoren (Dahlgren & Whitehead, 1991, p. 12; Wagemakers & Vaandager, 2007, p. 7). Sociaaleconomische omgevingsfactoren betreffen de invloed van de overkoepelende maatschappelijke en politieke context op de gezondheidssituatie van het individu. Voor ongedocumenteerde migranten zijn bijvoorbeeld de werkgelegenheid, het politieke debat en publieke sentiment jegens migranten in het algemeen van belang: in tijden van economische laagconjunctuur en toename van werkloosheid steken onderbuikgevoelens met betrekking tot stereotypen en xenofobie herhaaldelijk de kop op. In dergelijke tijden maakt deze, reeds gemarginaliseerde, groep nog minder kans op adequate medische zorg, bijvoorbeeld door de aanname van exclusieve wetten en bezuinigingen op sociale zekerheid en gezondheidszorg (Chauvin *et al.,* 2013, p. 28). Culturele omgevingsfactoren betreffen de invloed van de overkoepelende culturele context op de gezondheidssituatie van het individu. Relevante culturele elementen zijn het gangbare normen- en waardenpatroon, sociale hiërarchie en de sociale mobiliteit die gelden in een land. Tenslotte betreffen milieufactoren de invloed van de natuur en het klimaat op de gezondheidssituatie van het individu (Dahlgren & Whitehead, 1991). Voorbeelden hiervan zijn (de vervuiling van) lucht, water en bodem.

2.2.2 Het AAAQ-raamwerk

Eén van de determinanten uit het hiervoor besproken model van Dahlgren & Whitehead is de toegang tot zorgfaciliteiten. Dit concept staat centraal in vraagstelling B. Om de aspecten van zorgtoegankelijkheid verder te expliciteren is gekozen voor het AAAQ-raamwerk (WHO, 2007). Dit raamwerk beschrijft vier elementen die essentieel zijn voor adequate zorgverlening. Het betreft *Availability, Accessibility, Acceptability* en *Quality*. Door sommige wetenschappers wordt het model nog verder uitgesplitst in onder meer *Affordability, Approachability, Appropriateness & Accomodation* (Levesque *et al.,* 2013). Hoewel deze verdere uitsplitsing kan helpen om de elementen van zorgtoegankelijkheid te begrijpen, is in deze studie gekozen voor het raamwerk dat tot nu toe door de WHO wordt gehanteerd (UNCESCR, 2000; WHO, 2007). Veel van de geïncludeerde artikelen sluiten aan op dit raamwerk en werd toegepast op het recht op de hoogst haalbare standaard van gezondheid (Jensen *et al.,*2014; Kähler, 2015). Het AAAQ-raamwerk wordt daarnaast gebruikt door pleitbezorgers, wetenschappers, juristen, beleidsmakers en politici, als uitwerking van enkele mensenrechten zoals beschreven in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens. De vier elementen van adequate zorg worden door de WHO als volgt omschreven:

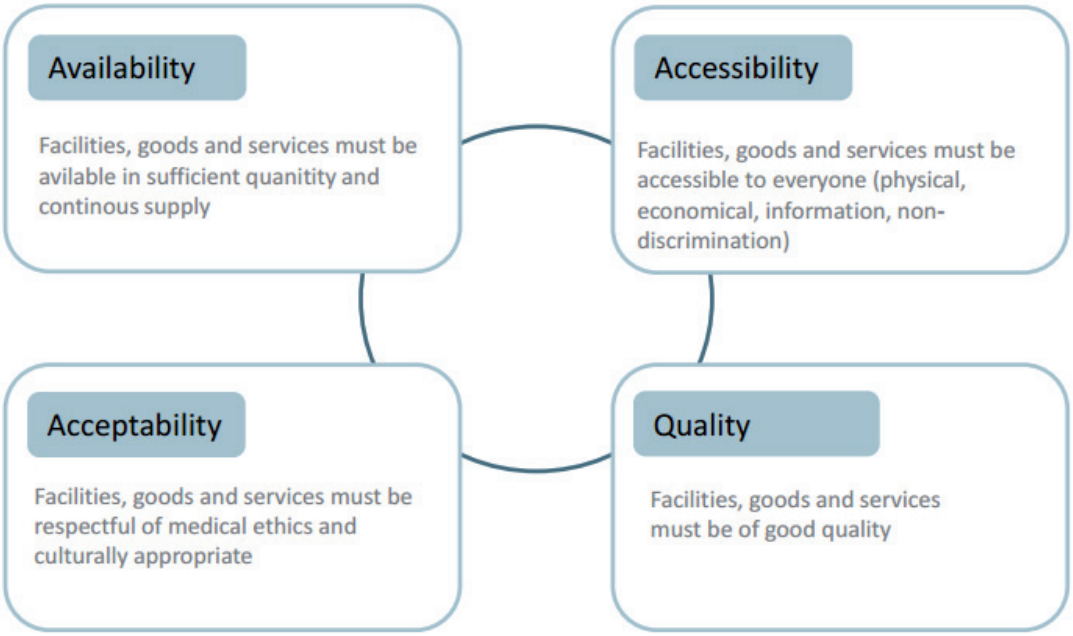
Availability: Functionerend gezondheidszorgsysteem en bijbehorende voorzieningen, goederen en diensten, evenals voldoende programma's voor de publieke gezondheid.

Accessibility: Gezondheidszorgvoorzieningen, goederen en diensten zijn voor iedereen toegankelijk binnen de nationale wetgeving. Toegankelijkheid heeft vier overlappende dimensies: non-discriminatie, fysiek toegankelijk, economisch toegankelijk, toegankelijke informatie.

Acceptability: Alle medische voorzieningen, goederen en diensten werken vanuit medische ethiek, passen bij de cultuur, gender en levensfase.

Quality: Gezondheidsvoorzieningen, goederen en diensten moeten wetenschappelijk en medisch geschikt zijn en van goede kwaliteit.

Figuur 4: Het AAAQ-model (Kähler, 2015).



3. Literatuuranalyse

Welke factoren, die van invloed zijn op de gezondheid van ongedocumenteerde migranten in Europa, werden gevonden in de literatuur? De paragrafen in dit hoofdstuk behandelen gezondheidsdeterminanten en zijn gecategoriseerd aan de hand van thema's in de gevonden academische literatuur. Iedere paragraaf begint met een samenvatting van de gevonden resultaten en eindigt (met uitzondering van 3.1, Levensomstandigheden) met bevindingen over de toegang tot zorg op het betreffende thema voor ongedocumenteerde migranten in Nederland. Bevindingen worden in een Europese en, indien mogelijk, in een Nederlandse context geplaatst.

3.1 Levensomstandigheden

Als inleidende paragraaf staan de levensomstandigheden van ongedocumenteerde migranten in Nederland centraal. Achtereenvolgens worden arbeidsomstandigheden, huisvesting, voeding, middelengebruik en geweld besproken.

Ten eerste behandelen we de invloed die het verrichten van arbeid onder bepaalde omstandigheden heeft op de gezondheidssituatie. In het geval van arbeidsverrichtingen door ongedocumenteerden is, als gevolg van de Koppelingswet, altijd sprake van arbeid in het niet geregistreerde arbeidscircuit. Uit de literatuur wordt weinig bekend van de arbeidsomstandigheden waarin ongedocumenteerde migranten zich bevinden. Beschikbare literatuur spreekt met name over ongedocumenteerden werkzaam bij (welgestelde) particulieren en in het midden- en kleinbedrijf. Er zouden meer mannen dan vrouwen ongedocumenteerd in Nederland verblijven, in een verhouding van 85% tot 15% (Van der Leun & Ilies, 2008). Het uitbetaalde loon kan sterk verschillen, in een Spaans onderzoek varieerde het maandelijkse loon van € 300 tot € 1200 (Ahonen *et al.,* 2009). Wolff *et al.* (2008a) melden bijvoorbeeld dat 70% van de ongedocumenteerde vrouwen in Genève werkt tegen 40% van het minimumloon. Het is, in de perceptie van veel migranten, geen goede afspiegeling van het uitgevoerde werk of hun eerder opgedane scholing in het land van herkomst. Wel beschikken ongedocumenteerden als gevolg van de migratie over relatief veel internationale contacten waarmee onder andere via illegale uitzendbureau's in werkgelegenheid wordt voorzien (Reijneveld & Van Herten, 2000, p. 14; Meerens, 2006, p. 49).

De arbeidsomstandigheden zijn dikwijls uitbuitend van aard. Vrouwen gaven aan hun werkzaamheden te ervaren als als monotoon en geestelijk vermoeiend (Geddie *et al.,* 2007; Ahonen *et al.,* 2009). Mannen gaven met name aan vaak te kampen met fysiek ergonomische gezondheidsklachten, zoals de onbeschermde blootstelling aan chemicaliën, geluid, hitte, stof en het tillen van (te) zware objecten (Pikhart *et al.,* 2010).8 Ongedocumenteerden in de (illegale) seksindustrie – hoofdzakelijk vrouwen, maar ook mannen –staan structureel bloot aan specifieke gezondheidsrisico's, in het bijzonder seksueel overdraagbare aandoeningen [SOA] en fysiek geweld (van den Muijsenbergh, 2006; Ross *et al.,* 2012).

De rechteloze positie hindert ongedocumenteerden in het veranderen van een slecht betalende of ziekmakende arbeidssituatie. Door hun status kunnen ongedocumenteerden geen aanspraak maken op (collectieve) arbeidsverzekeringen en bouwen ze geen pensioen op. Belangrijk in het kader van mensenrechten is het feit dat ongedocumenteerden, ondanks de Koppelingswet, wel aanspraak kunnen maken op formele Nederlandse arbeidsrechten, zoals lidmaatschap van een vakbond en verlofrecht (Cremers *et al.,* 2009). Initiatieven om deze

informatie te verspreiden en mensen te verenigen worden slechts op kleine schaal uitgevoerd. Bovendien merken Ahonen *et al*. (2009) op dat veel ongedocumenteerden hun rechteloze positie zien als inherent aan hun sociaaleconomische status als 'migrant' en zich hierbij neerleggen (zie ook Box 4). Een epidemiologische studie in Spanje (Torres-Cantero *et al.,* 2007) concludeerde dat meer dan 12 jaar scholing, het hebben van een universitair diploma, een stabiel sociaal netwerk, en langer dan vier jaar woonachtig op één locatie belemmeringen in de toegang tot medische zorg substantieel doen verminderen. De literatuur spreekt niet specifiek over de relatie tussen arbeidsverrichtingen en de toegankelijkheid van medische zorg in Nederland, behalve dat bovengenoemde risico's die worden geassocieerd met het verrichten van arbeid waarschijnlijk te generaliseren zijn naar andere Europese landen.

BOX 4 – MAATSCHAPPELIJKE OPVATTINGEN EN BELEID IN EUROPESE LANDEN

Verschillende studies gaan in op de beleidsmatige belemmeringen van de zorgtoegankelijkheid voor ongedocumenteerde migranten in Europese landen. Deze literatuur richt zich met name op het samenspel van de politiek, maatschappelijke respons, institutioneel beleid en de administratieve regulering van de medische zorg aan ongedocumenteerde migranten in Europa (Björngren-Cuadra, 2012; Da Lomba, 2014; Smit & LeVoy, 2016). Dergelijke studies noemen Nederland niet specifiek, behalve dat Nederland, met Den Haag als internationale stad van vrede en (mensen)rechten, een relatief progressief, universeel en non-discriminatoir zorgrecht voor ongedocumenteerden kent in vergelijking met andere Europese landen (Björngren-Cuadra, 2012).
Nationaal gezondheidsbeleid in Europese landen concentreert zich op het waarborgen van medische zorg aan personen met geldige verblijfspapieren. Landen als Bulgarije, Finland, Ierland, Letland, Malta en Roemenië kennen de meest restrictieve wetgeving en hanteren een sober vreemdelingenbeleid met een minimale zorgtoegang, meestal louter bij levensbedreigende situaties. Dit beleid vloeit voort uit maatschappelijke ontevredenheid, vaak in tijden van recessies, die van invloed is op een politiek debat. Het leidt tot opvattingen waarin ongedocumenteerden als groep de medische zorg niet 'verdienen' en 'onwaardig zijn', met regelrechte intimidatie van ongedocumenteerde migranten in zorginstellingen tot gevolg (Larchanché, 2012). Da Lomba (2014), Huschke (2014) en Fang *et al*. (2015) verklaren deze structurele belemmeringen in de toegang tot zorg met de constructie van termen als 'undeservingness', 'othering', 'minoritizing' en 'unentitlement' jegens (ongedocumenteerde) migranten als 'non-burgers'. Met deze, bewuste of onbewuste, opvattingen worden ongedocumenteerden door sommigen beleidsmatig omschreven en in de media vertoond als asociale 'free riders' die een bedreiging vormen voor de staatssoevereiniteit, landgrenzen, werkgelegenheid, nationale veiligheid en financiële houdbaarheid van de sociale verzorgingsstaat (Fang *et al*., 2015; Gil-González *et al*., 2015; Kuehne *et al*., 2015).
De afschildering van ongedocumenteerden als een ongewenste last kan leiden tot de weigering van medische zorg, hoewel deze studies Nederland niet specifiek noemen. Uiteindelijk heeft de stigmatisering en discriminatie – 'de pathologie van een minderheid' (Fang *et al*., 2015) – ook een negatieve invloed op de zelf-perceptie van de ongedocumenteerden ten aanzien van het recht op medische zorg, en daarmee haast onvermijdelijk een verslechtering van de individuele gezondheidssituatie tot gevolg (Huschke, 2015; Smit & LeVoy, 2016)

Ten tweede de gezondheidsdeterminant huisvesting. Ongedocumenteerde migranten zijn door de Koppelingswet grotendeels uitgesloten van de koop- en huurwoningenmarkt. Hierdoor wonen ze wisselend op hun (informele) werkplek, in kraakpanden, bij vrienden, familieleden of kennissen, in particuliere huurwoningen of op straat (van der Meiden, 2011, p. 6). De doelgroep kan over het algemeen geen aanspraak maken op huurbescherming en is daardoor afhankelijk van de grillen van de huisbaas, werkgever en/of gastheer. Voorzieningen zoals sanitair en verwarming zijn niet altijd voldoende aanwezig (van den Muijsenbergh, 2006, p. 3). Volgens de meest recente cijfers van het European Observatory verbleef ruim 77% van de ongedocumenteerde respondenten via Dokters van de Wereld in Nederland in onderkomens die werden geclassificeerd als 'onstabiele en tijdelijke accommodaties' en ruim een kwart beoordeelde hun onderkomens als schadelijk voor de gezondheid van hun kinderen (Chauvin *et al.,* 2015, pp. 64-66). Wolff *et al*. (2008a) rapporteerde dat van de ongedocumenteerde zwangere vrouwen in Geneve 60% een kamer deelde met gemiddeld twee andere personen. Chauvin *et al*. (2015) stellen overigens dat mannen statistisch gezien een significant grotere kans hebben om sociaal geïsoleerd te raken in vergelijking met hun vrouwelijke lotgenoten.

Ten derde behandelen we de gezondheidsdeterminant voeding. Meerens (2006, p. 46) wijst op de grote invloed van een veelzijdig voedingspatroon en vast voedingsritme op de gezondheid, met name wanneer sprake is van een zwangerschap of een chronische aandoening. Daarnaast kunnen specifieke chronische aandoeningen -zoals diabetes of een voedselallergie- de kosten voor levensmiddelen aanzienlijk opdrijven. De afhankelijkheidspositie waar veel ongedocumenteerden zich in bevinden werkt belemmerend voor het aanhouden vaan een gezond voedingspatroon en -ritme. Omdat veel ongedocumenteerden met een tijdelijk onderkomen zich al tot last voelen bij kennissen, vrienden of familieleden, durven zij niet te vragen om andere maaltijden of aangepaste eettijden (Meerens, 2006). In 2014 gaf 35,7% van de ondervraagde bezoekers van Dokters van de Wereld in acht Europese landen aan ooit honger te hebben geleden. Ruim 40% van hen had honger geleden in het land van verblijf (Chauvin *et al.,* 2015, pp. 38).

Ten vierde behandelen we het gebruik van verdovende middelen. In de literatuur wordt geen directe relatie gelegd tussen middelengebruik en het niet hebben van een verblijfsstatus. Alleen Selten *et al*. (2007) wijdt uit over het gebruik van verdovende, stimulerende en/ of hallucinogene middelen, zoals alcohol, roken en soft- en harddrugs. Hoewel het migranten in een bredere zin betreft, beschrijft het artikel de Nederlandse situatie waaruit blijkt dat gemarginaliseerde bevolkingsgroepen, zoals migranten, vatbaarder zijn voor van alcohol- en drugsverslaving (Selten *et al.,* 2007). Dit onderzoek spreekt nauwelijks specifiek over de toegankelijkheid van medische zorg en rehabilitatie in Nederland, maar signaleert wel dat verslavingsproblematiek onder migranten zich vaker pas ontwikkelt na aankomst in Nederland en dat weinigen hiervoor hulp zoeken bij een behandelkliniek. De achterliggende oorzaken zijn niet nader bestudeerd, maar culturele weerstand, een laag opleidingsniveau en het veronderstelde beperkte sociale netwerk worden gesuggereerd als mogelijkheden waarom migranten relatief weinig hun toevlucht zoeken tot directe verslavingszorg en ontwenningsklinieken (Selten *et al.,* 2007). In sommige Europese landen waaronder Duitsland, is drugsverslaving een legale reden om migranten het land uit te zetten. Deze dreiging zal belemmerend werken bij het erkennen van eigen verslaving en het zoeken van hulp (Lindert *et al,* 2008). Drugsgebruik is een groot risico bij het overbrengen van infectieziekten zoals HIV, tuberculose en Hepatitis B en C (Manirankunda *et al,* 2012; Coppola *et al,* 2015), in het bijzonder voor daklozen (Collinson & Ward, 2010).

Tenslotte laat de literatuur zien dat ongedocumenteerden relatief vaak te maken krijgen met geweld. Huiselijk geweld en seksueel misbruik is volgens meerdere studies een veelvoorkomend onzichtbaar probleem binnen huiselijke kringen (Geddie *et al.,* 2007; Schoevers *et al.,* 2010b; Larchanché, 2012). Volgens Wolff *et al.* (2008a) ervoer ruim één op de tien (zwangere) ongedocumenteerde vrouwen in Genève fysiek, mentaal en/ of seksueel geweld tegenover 1% van de vrouwen in de controlegroep. Uit de European Observatory (2015) blijkt dat onder respondenten via van de spreekuren van Dokters van de Wereld in acht Europese landen, waaronder Nederland, 84,4% heeft geleden onder geweld in het land van herkomst, tijdens de migratie en/of in het land van verblijf (Chauvin *et al.,* 2015, pp. 38).

3.2 Algemene gezondheidsproblemen

Omdat gezondheidsklachten in de regel niet acuut levensbedreigend van aard zijn, staat vooral de rol van de eerste lijn (de huisarts en andere vrij toegankelijke zorgverleners) in deze paragraaf centraal. Daarnaast wordt specifiek aandacht geschonken aan tandheelkundige en gynaecologische gezondheidsproblemen. De eerstgenoemde vanwege recent veranderde Nederlandse wet- en regelgeving inzake dit onderwerp en de laatstgenoemde wegens het genderspecifieke karakter van de zorg.

3.2.1 Veel voorkomende ziektebeelden

Wolswinkel (2009) schetst een bondig beeld van de gegeven zorg door Nederlandse huisartsen aan ongedocumenteerden. Uit cijfers blijkt dat ervaren gezondheidsklachten en gediagnosticeerde symptomen meestal infectieus, cardiovasculair, odontologisch, respiratief, gynaecologisch, dermatologisch, digestief of musculoskeletaal van aard zijn.[5] Onderzoeken door Schoevers *et al.* (2010b) in Nederland en Kvamme en Ytrehus (2015) in Noorwegen bevestigen dit beeld. Volgens Wolswinkel (2009) werd bij ruim een kwart van de ongedocumenteerden in Nederland één of meerdere chronische somatische aandoeningen geregistreerd. 20% van de ongedocumenteerde patiënten in Nederland werd doorverwezen naar specialistische zorgverleners.

Tandheelkundige zorg

Naast pijnklachten en gebitsproblemen kunnen tandheelkundige problemen leiden tot negatieve interacties met andere aandoeningen, waaronder diabetes mellitus type 2, hart- en vaatziekten, auto-immuunziekten, maag-darmproblemen en mogelijk zelfs zwangerschapscomplicaties (Nesse *et al.,* 2006, Thomas *et al*. 2015). Een kwalitatief onderzoek uitgevoerd door Dokters van de Wereld beschrijft het hulpzoekende gedrag van ongedocumenteerden met tandheelkundige problemen (Zonneveld, 2010). De resultaten laten zien dat hulp vooral wordt gezocht in het sociale netwerk van de migrant zelf. Dit alternatief op geïnstitutionaliseerde medische zorg in Nederland is echter niet voor iedereen beschikbaar en kan bovendien mogelijk leiden tot seksuele- en/ of arbeidsuitbuitende situaties, schulden, middelenverslaving en sociale isolatie. Hoewel niet specifiek genoemd in dit onderzoek zouden er in Nederland ook illegale tandartspraktijken te bestaan die tegen een laag tarief vanuit koffiehuizen tewerk gaan, wat in sommige gevallen de klachten zelfs verergert (Kooistra, 2006). Zonneveld (2010) concludeerde dat de meeste ongedocumenteerden niets (kunnen) aanvangen met hun tandheelkundige klachten en er zogezegd ‘mee proberen te leren leven’.

5 De onderzoekspopulatie bestond uit alle ongedocumenteerde patiënten (n=1147) die tussen 1 mei 2008 en 1 mei 2009 minstens eenmaal contact gehad hebben met één van de 11 deelnemende huisartsenpraktijken in Rotterdam, Den Haag, Leiden, Amsterdam, Utrecht en Nijmegen.

Gynaecologische zorg

Vrouwelijke ongedocumenteerden kennen naast de bovengenoemde gezondheidsklachten ook veel genderspecifieke problemen. Wolswinkel (2009) meldt dat vrouwelijke patiënten weinig gebruik maken van anticonceptiemiddelen en veel vragen hebben met betrekking tot (ongewenste) zwangerschappen tijdens consulten (zie ook paragraaf 3.4.1). Ander onderzoek (Schoevers *et al*., 2010b) laat zien dat deze groep disproportioneel last heeft van gezondheidsklachten gerelateerd aan gynaecologie en de urinewegen in vergelijking tot controlegroepen. Zo gaf 70% van de respondenten aan één of meerdere gynaecologische klachten te hebben: het betrof lage buikpijn (42%), vaginale afscheiding of jeuk (29%), urine-incontinentie (29%) en menstruele problemen (20%). 14% van de ongedocumenteerde respondenten gaf aan problemen te hebben van seksuele aard, zoals verminderd libido en onvermogen tot geslachtsgemeenschap.

Schoevers *et al.* (2010b) benadrukken tevens dat seksueel en fysiek geweld jegens (zwangere) ongedocumenteerden wijdverspreid is. Huisartsen moeten zich realiseren dat vrouwen vaak niet in de gelegenheid te zijn dit te melden, indien ze worden vergezeld door iemand of er een tolk aanwezig is bij het consult. Chauvin *et al.* (2015) benadrukken de urgentie van dit verschijnsel. Onderzoek van Schoevers *et al.* (2010b) wijst uit dat 69% van de vrouwen die vanwege hun leeftijd (30 tot 64 jaar) in aanmerking kwamen voor een preventief onderzoek op baarmoederhalskanker, hier nooit op waren onderzocht, terwijl andere onderzoeken dat migranten met een laag inkomen juist een hoger risico lopen op baarmoederhalskanker. Wolff *et al.* (2008a) bevond de kans op het uitblijven van screening van de baarmoederhals bij ongedocumenteerde migranten zesmaal zo hoog als bij gedocumenteerde vrouwen in Genève, en bij borstkanker zelfs tienmaal zo hoog.

3.2.2 Subjectieve gezondheidsbeleving

Meerdere studies spreken over het bestaan van een sterk causaal verband tussen ervaren gezondheid en morbiditeit. Een slechte individuele ervaren gezondheid is geregeld een reflectie van een onderliggende ziekte, een ontoereikend dieet, te weinig lichaamsbeweging of veel stress (Schoevers *et al.,* 2009b; Jackson *et al.,* 2010; 2012).

Literatuur waarin de gezondheidsbeleving van ongedocumenteerde migranten in Europa wordt genoemd – in termen als ‘self-rated’, ‘self-perceived’ en ‘self-reported’ health – kent methodologische beperkingen. In hoofdzaak betreft dit een niet-representatieve hoeveelheid respondenten en sterk variërende meetindicatoren. Bij een studie naar de incidentie van infectieziekten onder ongedocumenteerden in Genève ervoer 24,9% van de respondenten de gezondheid als ‘slecht’, 49,2% als ‘matig’ en 25,9% ‘goed’ tot ‘zeer goed’ (Jackson *et al.,* 2010). Wanneer werd gevraagd naar een retrospectieve vergelijking tussen de huidige en premigratie gezondheidsbeleving gaf 24,8% aan dat het slechter ging in het land van aankomst, 32,1% ervoer geen verschil, en 43,1% ondervond een verbetering in de ervaren gezondheid sinds de migratie (Jackson *et al.,* 2012). In andere studies werd eenzelfde vraag bestudeerd, waarbij een andere (eveneens relatief kleine) groep respondenten werd ondervraagd. Dokters van de Wereld in Nederland beoordeelde 35% de ervaren fysieke gezondheidsbeleving als ‘goed’, 41% als ‘matig’ en 24% als ‘slecht’ en 1% als ‘zeer goed’ Met betrekking tot de ervaren mentale gezondheidsbeleving beoordeelde 37% deze als ‘goed’, 32% als ‘matig’, 23% als ‘slecht’ en 5% als ‘zeer slecht’ (Chauvin *et al.,* 2015, p. 92). In een onderzoek van Schoevers *et al.* (2009b) onder ongedocumenteerde volwassen vrouwen in Nederland labelde 65% van de 100 respondenten de subjectieve gezondheid als ‘slecht tot matig’, tegenover 19%

van een controlegroep bestaande uit legale vrouwelijke migranten in Nederland. Met name ongedocumenteerden waarvan het verzoek tot asielverlening was afgewezen ervoeren de gezondheid als erg gebrekkig. Een studie uit Tsjechië met 258 respondenten concludeerde dat ongedocumenteerde migranten een significant grotere kans hebben op een slechter ervaren gezondheid dan gedocumenteerde migranten. En binnen deze groep ervaren vrouwen hun gezondheid slechter dan mannen die ervaren (Pikhart *et al.,* 2010).

Spaans onderzoek naar het verband tussen werk en mentale gezondheidsbeleving onder ongedocumenteerden claimt dat de algehele bestaansonzekerheid waarin deze groep leeft tot chronische psychosociale stress leidt. Dit beïnvloedt de eigen beoordeling van de mentale gezondheid substantieel (Robert *et al.,* 2014). Ten slotte tonen Kuehne *et al.* (2015) in een *mixed-method* studie onder 147 respondenten in Berlijn aan dat de zelfbeoordeelde gezondheidsbeleving hoger wordt ingeschat naarmate een ongedocumenteerde langer op één plek verblijft. Aangedragen suggesties voor deze hogere waardering zijn het zich eigen maken van een nieuwe routine, het vertrouwd raken met de directe omgeving, het leren van de taal, het vinden van een baan, huisvestiging, et cetera.

3.2.3 Zorgzoekend gedrag

Om te begrijpen hoe ongedocumenteerde migranten omgaan met ziekte in relatie tot het zorgsysteem, wordt de situatie bekeken vanuit een breder perspectief. Volgens Wattjer (2016) nemen veel studies alleen het reguliere medische zorgsysteem als uitgangspunt om de gezondheidssituatie en zorgtoegankelijkheid in kaart te brengen. Vanuit het perspectief van de ongedocumenteerde patiënt blijken juist de verschillende contextuele factoren van grote invloed voor het verkrijgen van toegang tot zorg.

Zorgzoekend gedrag worden mede gevormd door het afwegen van (vermeende) risico's of voordelen in een bepaalde situatie. Daarnaast wordt het zorgzoekend gedrag beïnvloed door eerdere (negatieve) ervaringen met medische zorg (Wattjer, 2016). Veel ongedocumenteerden zijn niet op de hoogte van hun rechten, plichten en mogelijkheden wat betreft zorg in Nederland. Angst voor afwijzing door zorgpersoneel vanwege het gebrek aan een zorgverzekering en financiële middelen of angst voor arrestatie en uitzetting spelen een grote rol in de zorgtoegankelijkheid, omdat patiënten hierdoor de stap naar de zorg niet durven zetten (Bollen *et al.,* 2008, p. 5). In het onderzoek van Wattjer (2016) werden sociale contacten, vooral door deelname aan een religieuze gemeenschap, genoemd als een belangrijk houvast bij het omgaan met psychische problemen en stressvolle situaties. Opvallend is dat voor stress-gerelateerd klachten vrijwel geen hulp werd gezocht in het reguliere circuit, ondanks de bevinding dat respondenten stress zagen als oorzaak van andere gezondheidsklachten.

3.2.4 Algemene toegankelijkheid van zorg in Nederland

Ten tijde van het onderzoek werden Nederland, samen met Italië, Spanje[6], Portugal, Frankrijk beschouwd als een 'full acces country' met betrekking tot de juridische kaders en medische richtlijnen, wat betekent dat ongedocumenteerden, (althans op papier) van dezelfde zorgrechten genieten als alle andere Nederlanders (Straßmayr *et al.,* 2012).

De jaarlijkse gemiddelde consultfrequentie van huisartsen is echter lager bij ongedocumenteerde patiënten (3,2 consulten) in vergelijking met reguliere patiënten (4,2 consulten) (Wols-

6 Bezuinigingsmaatregelen van de Spaanse overheid in 2012 leidden echter tot een wetswijziging waarmee ongedocumenteerde migranten formeel werden uitgesloten van (financiële) toegang tot zorg (Macherey et al. 2015, p. 89-90).

winkel, 2009). Deze hogere zorgdrempel vormt een probleem om tenminste twee redenen: ten eerste leiden de verschillende barrières, zoals ontoereikende preventie en hoogdrempelige eerste zorgverlening, tot een langer *patient delay* – het tijdsinterval tussen het moment wanneer de patiënt het eerste symptoom ervaart en het moment waarop de patiënt voor het eerst in contact komt met een medisch zorgverlener (Pedersen et al., 2011) – onder ongedocumenteerden, met verslechtering van symptomen tot gevolg. Ten tweede vormt het een potentiele belasting voor zorgverleners. Italiaans onderzoek (Buja et al., 2014) benadrukt dat te weinig gebruik van preventieve en eerstelijnszorg kan leiden tot te veel gebruik van specialistische zorg, bijvoorbeeld ongedocumenteerde patiënten die zich met digestieve en gynaecologische klachten melden bij de spoedeisende of trauma-afdeling van ziekenhuizen. Relatief eenvoudige oorzaken, zoals de korte tijdsduur van een afspraak op het huisartsenspreekuur, de kantoortijden, een maximaal aantal inschrijvingen of het ontbreken van een woonadres, kunnen al een grote belemmering vormen voor ongedocumenteerden om huisartsenzorg te ontvangen. Ongedocumenteerden bezoeken bijvoorbeeld disproportioneel vaker ziekenhuizen dan gedocumenteerden omdat deze 24 uur per dag geopend zijn (Dias et al., 2011). Anderzijds zijn veel huisartsen en andere zorgverleners in de eerste lijn onvoldoende op de hoogte van hun professionele verantwoordelijkheden en de financiële regeling met betrekking tot de zorgverlening voor ongedocumenteerden (Bollen et al., 2008, p. 12). Ook in Nederland is dit 'waterbedeffect' een bekend verschijnsel. Het Ministerie van VWS stuurt sinds het advies hierover van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in 2010 bewust op het versterken van de eerste lijn (Vos, 2010). Naast een lager aantal huisartsconsulten worden barrières geconstateerd in medicijngebruik. Op basis van de uitgaven aan medicatie door het ZiNL in 2012 schat de Nationale Ombudsman dat slechts 7,5% van de ongedocumenteerde patiënten gebruik maakte van voorgeschreven middelen. Ter vergelijking maakte in 2008 38,5% van de Nederlandse bevolking hier gebruik van (de Nationale Ombudsman, 2013, p. 55)

In de marginale leefsituatie waarin ongedocumenteerden zich geregeld bevinden, leidt de relatief rechteloze positie (de ongeldige verblijfstitel) tot een voortdurende angst voor arrestatie en deporatie naar het land van herkomst (Straßmayr *et al.,* 2012). De combinatie van onwetendheid en angst voor uitzetting leidt ertoe dat de meerderheid – 70% in Nederland tegenover een Europees gemiddelde van 52% (Chauvin *et al.,* 2015, p. 81) van de ongedocumenteerden – denkt dat een Nederlandse huisarts hen aan zal geven bij autoriteiten. Dit kan een reden zijn waarom deze groep louter een hulpverlener bezoekt als de klacht of de kwaal het overleven in de Nederlandse samenleving sterk bemoeilijkt (Wolswinkel, 2009).

Hoewel er weinig geschreven is over de Nederlandse situatie met betrekking tot dit onderwerp, concludeerden Jensen *et al*. (2011) dat Deense zorgverleners in de regel de medische situatie gescheiden houden van de verblijfstatus van hun patiënt, simpelweg omdat het irrelevant is voor hun rol als zorgverlener, maar ook omdat de Deense richtlijnen inzake de medische zorgverlening aan ongedocumenteerden vaag zijn gedefinieerd. In de zeldzame casussen waarin zorgverleners de autoriteiten wel inschakelden ging het dan ook niet om de validiteit van de verblijfstitel, maar wegens vermoedens dat de (ongedocumenteerde) patient betrokken was bij criminele activiteiten, er andere mensenlevens op het spel stonden, of wanneer postume identificatie vereist was (Jensen *et al.,* 2011). Biswas *et al*. (2012) refereren naar dit verschijnsel als een verondersteld spanningsveld van 'duale loyaliteit' of 'gemixt agentschap' onder zorgverleners als zijnde een chronisch werkdilemma tussen de strikte beleidsprotocollen van de zorginstelling en de individuele ethische verplichtingen als medicus. In studies naar het behandelgedrag van Nederlandse medici (Grit *et al.,* 2012; Teunissen

et al., 2014; 2015) stellen de onderzoekers dat het overgrote deel van de zorgverleners en behandelaars integere intenties hebben: Nederlandse zorgverleners interpreteren de definitie van 'medisch noodzakelijk zorg' vrij breed met als doel financiële barrières in de behandeling te voorkomen en tegemoet te kunnen komen aan de gezondheidsproblemen van hun ongedocumenteerde patiënten. In de *European Observatory* werd vastgesteld dat discriminatie onder Nederlandse zorgverleners met 2% – tegenover een Europees gemiddelde van 4,5% en Turkije met 38,7% als extreme uitschieter – een kleine barrière vormt in de toegankelijkheid van medische zorg (Chauvin *et al.,* 2015, p. 80).

BOX 5 – UITSTEL VAN VERTREK VANWEGE MEDISCHE REDENEN

Artikel 64 van de huidige Vreemdelingenwet stelt dat de uitzetting van onrechtmatig in Nederland verblijvende vreemdelingen achterwege blijft zolang het gelet op de gezondheidstoestand van de vreemdeling of die van één van zijn gezinsleden niet verantwoord is om te reizen. Voor het beantwoorden van de vraag of er sprake is van een dergelijke gezondheidstoestand kan advies worden gevraagd aan een medicus van het Bureau Medische Advisering [BMA], onderdeel van de IND. Het BMA adviseert de IND desgevraagd over medische aspecten die verband houden met het nemen van een besluit op grond van de Vw 2000 (de Nationale Ombudsman, 2015, p. 5).

Wanneer er beroep wordt gedaan op Artikel 17 mag de patiënt maximaal één jaar (in exceptionele casussen maximaal vijf jaar) in Nederland verblijven, op voorwaarde van een werkverbod ("Vreemdelingenwet 2000", 2015, p. 16). Opschorting van de uitzetting onder Artikel 64 voor bijvoorbeeld zwangerschappen en gedwongen psychiatrische opnames geldt in principe voor maximaal zes maanden, maar kan onbeperkt worden verlengd. De IND kan deze procedure starten zonder een (geldig) identiteitsbewijs te overleggen; een verklaring van bijvoorbeeld een gynaecoloog of verloskundige is in principe voldoende (Macherey *et al*., 2015, p. 86).
Uit cijfers blijkt dat 620 van de 670 ingediende verzoeken tot opschorting van uitzetting op medische gronden zijn afgewezen in de periode januari 2010-maart 2013, hoofdzakelijk op basis van onvolledige, inconsistente of verouderde documentatie in de aanvraag, omdat de aangeboden gezondheidszorg in het land van herkomst als voldoende werd beoordeeld door het BMA, of omdat het BMA de aanvraag niet tijdig wist te verwerken (Macherey *et al*., 2015, p. 87). De Nationale Ombudsman heeft, naar aanleiding van deze cijfers, stevige kritieken geuit op de beoordelingsprocedures door het BMA, onder meer op de attitude van BMA-artsen in de vaststelling van de 'medische noodzakelijkheid' om de uitzetting op te schorten (de Nationale Ombudsman, 2015).

Grit *et al.* (2012) rapporteren echter anekdotes waarbij ziekenhuizen in de Randstad – een conurbatie met een relatief hoge concentratie ongedocumenteerden (Van der Heijden *et al.,* 2015) – een vergoeding van € 100 eisten voordat de ongedocumenteerde patiënt kon worden geholpen. Recente institutionele literatuur spreekt van soortgelijke verhalen, met name over de weigering van zorg aan ongedocumenteerde zwangere vrouwen (Macherey *et al.,* 2015, p. 84). Daarnaast blijkt uit cijfers zoals gepresenteerd in de *European Observatory* dat medische zorgverlening in Nederland aan ruim 11% van de bezoekers van Dokters van de Wereld was geweigerd in 2014, tegenover een Europees gemiddelde van 15% (Chauvin *et al.,* 2015, pp. 78-79). De opbouw van dit percentage werd echter niet gegeven in het onderzoek.

De toegankelijkheid van tandheelkundige zorg voor ongedocumenteerde migranten in Nederland verdient nadere aandacht, omdat de nationale wet- en regelgeving hierover recent ingrijpend is veranderd. Sinds de laatste wijziging van de Zorgverzekeringswet in 2009 is het declareren van tandheelkundige zorg voor betalingsonmachtige ongedocumenteerde patiënten van 18 jaar en ouder niet meer mogelijk. Uitzonderingen hierop zijn een gedeeltelijke compensatie voor de gemaakte kosten voor volledig uitneembare protheses en voor bijzondere tandheelkunde. Deze verandering heeft ertoe geleid dat het aantal tandheelkundige behandelingen voor ongedocumenteerden sterk is gedaald sinds 2009 (Breed Medisch Overleg, 2010). Zo tonen schattingen van de GGD en betrokken particuliere instellingen bijvoorbeeld aan dat het aantal behandelingen in Amsterdam tussen 2008 en 2009 zijn gedaald van 3.710 naar ongeveer 100. Tevens werd in Rotterdam in 2008 nog circa € 270.000 aan odontologische behandelingen gedeclareerd bij het Koppelingsfonds, terwijl in 2009 dit € 6000 betrof, een afname van 4.400%. Deze cijfers wijzen erop dat sinds 2009 slechts een fractie van het aantal ongedocumenteerde patiënten met tand- en mondheelkundige problemen toegang krijgt tot deze zorg. Institutioneel kwalitatief onderzoek laat zien dat de toegankelijkheid tot tandzorg moeilijk tot onmogelijk is voor ongedocumenteerde migranten in Nederland (Kaspers & Verdoold, 2010). Uit een analyse van diepte-interviews met 15 ongedocumenteerden komt naar voren dat het maken van een tandartsafspraak veel obstakels met zich meebrengt, terwijl de medische zorgbehoefte wel degelijk reëel is. Dit geldt voor alle ongedocumenteerde patiënten met tandzorgbehoeften, ondanks dat behandelingen voor patiënten tot 18 jaar voor 80% worden vergoed door het ZiNL. Een kritische kanttekening bij het onderzoek van Kaspers en Verdoold (2010) is dat geen van de 150 aangeschreven tandartspraktijken respondeerde op de ingestuurde vragenlijst, waardoor er weinig informatie bekend is over mogelijke factoren die de toegankelijkheid voor ongedocumenteerden beïnvloeden vanuit het perspectief van de tandzorgverleners.

De ernst van de huidige situatie inzake tandheelkundige problemen werd bevestigd door een werkgroep bestaande uit maatschappelijke organisaties (Breed Medisch Overleg, 2009). Deze werkgroep stelt dat tandheelkundige problemen en bijbehorende pijn ondraaglijk zijn en het daarom medisch noodzakelijk is deze klachten adequaat en tijdig te behandelen. Bovendien kunnen gebitsproblemen consequenties hebben voor het gehele lichaam en het is in het belang van de algemene gezondheid van de patiënt om op tijd te behandelen. Niet-westerse migranten hebben regelmatig extra behoefte aan tandheelkundige zorg, omdat de mondverzorging in de jeugd, die van invloed is op de gebitsgezondheid op latere leeftijd, geregeld te wensen overlaat. Concluderend stelt deze werkgroep dan ook dat de invoering van Artikel 122a in de Zorgverzekeringswet ervoor heeft gezorgd dat tandheelkundige zorg voor volwassenen vrijwel ontoegankelijk is geworden voor degenen die de rekening niet zelf kunnen betalen (Breed Medisch Overleg, 2010). Bovendien hadden particuliere initiatieven, die in sommige gevallen worden aangesproken om tandheelkundige noden van betalingsonmachtige patiënten te verlichten, te kampen met onvoldoende structurele en financiële capaciteit.

Tot slot wordt benadrukt dat er formeel geen duidelijk beeld bestaat van de werkelijke omvang van de problematiek rond tandheelkundige zorg aan betalingsonmachtige ongedocumenteerde patiënten. De jaarlijkse monitoring van het College voor Zorgverzekeringen (sinds 2014: ZiNL), wordt beperkt tot het aantal doorverwijzingen naar kaakchirurgen. Het laat de groep patiënten die zorg van tandartsen behoeven, maar niet ontvangen, buiten beschouwing (CvZ, 2010).

3.3 Veel voorkomende infectieziekten

Literatuur over infectieziekten bij ongedocumenteerde migranten richt zich met name op SOA's (waaronder chlamydia, hepatitis en HIV/AIDS) en tuberculose [TBC].[7] De gevonden literatuur lijkt niet representatief voor de ongedocumenteerde populatie in Nederland gezien de relatief kleine onderzoekspopulaties in combinatie met een uiteenlopend bereik van factoren, bijvoorbeeld het land van herkomst, geslacht, werkzaamheden en culturele opvattingen over seksualiteit. Het gebrek aan gedegen informatie hierover is opmerkelijk omdat de onderzoeken die wel beschikbaar zijn, laten zien dat ongedocumenteerde migranten een sterk verhoogd risico lopen op een infectieziekte of de symptomen daarvan.

3.3.1 SOA

Uit onderzoek naar Nederlandse huisartspraktijken bleek dat van ruim 95% van de ongedocumenteerde patiënten niet bekend was of zij (eerder) waren onderzocht op infectieziekten (Wolswinkel, 2009). Dit is opvallend omdat het aantal positieve uitslagen – in het bijzonder Hepatitis B, Hepatitis C en HIV/AIDS – van degenen die wel waren getest, hoger was dan die van de algemene Nederlandse bevolking. Uit onderzoek van Wolff *et al*. (2008b) blijkt ook dat ongedocumenteerden minder gebruik maken van anticonceptiemiddelen (zie hiervoor ook paragraaf 3.4 *Seksuele & reproductieve gezondheid*). In een andere studie naar het vóórkomen van SOA's onder ongedocumenteerden woonachtig in Genève gaf 26% van de vrouwen (met name van Latijns-Amerikaanse afkomst) en 10% van de mannen aan dat zij op enig moment in hun leven last hadden van één of meerdere SOA's (Sebo *et al.,* 2010).[8] Van dezelfde populatie gaf 65% van de vrouwen en 28% van de mannen aan in de afgelopen week last te hebben van urogenitale klachten, waaronder lage buikpijn, ongewone afscheiding uit vagina of penis, vaak moeten plassen en/ of pijn bij het plassen. Of een SOA hiervan de oorzaak was werd in het artikel niet bekend gemaakt.

Chlamydia

Chlamydia Trachomatis is één van de meest voorkomende SOA's onder mannen en vrouwen ter wereld, en de meest voorkomende in Europa (Wolff *et al.,* 2008b).[9] De ziekte is afdoende te behandelen met een antibioticakuur, maar een late diagnose of onbehandelde infectie kan leiden tot permanente onvruchtbaarheid, chronische bekkenpijn, bekken- en eileiderontsteking en buitenbaarmoederlijke zwangerschappen (Wolff *et al.,* 2008b). Wolf *et al.* (2008b) stellen dat ongedocumenteerde vrouwen drie keer zo veel risico lopen op een Chlamydia-infectie in vergelijking met vrouwen met een verblijfsvergunning. Volgens Jackson *et al.* (2010) lopen ongedocumenteerden jonger dan 25 jaar bovendien een viermaal zo grote kans op Chlamydia als ongedocumenteerden boven de 25 jaar (Jackson *et al.,* 2010).

Hepatitis B en C

In verschillende artikelen worden hepatitis B en C zijdelings besproken. Eén van de artikelen gaat specifiek in op de prevalentie van hepatitis onder ongedocumenteerde migranten in

---

7 In verschillende onderzoeken wordt geen helder onderscheid gemaakt tussen HIV (het virus) en AIDS (de ziekte), daarom is hier gekozen om het bredere spectrum van gezondheidsrisico's en -klachten van HIV en AIDS als één onderwerp te behandelen.

8 Primaire datacollectie van deze studie vond plaats in de periode november 2007-februari 2008.

9 Prospectief cohortonderzoek naar vrouwen die in de periode maart 2005-oktober 2006 een *abortus provocatus* ondergingen in een ziekenhuis in Genève (CHE). Hierbij werden ongedocumenteerde vrouwen (n=175), waarvan 78% afkomstig uit Latijns-Amerika, vergeleken met de controlegroep bestaande uit vrouwen met de Zwitserse nationaliteit dan wel verblijfsvergunning (*n* =208), die in dezelfde periode dezelfde kliniek bezochten.

Zuid-Italië (Coppola *et al.,* 2015)[10]. Van de onderzochte populatie bleek 9% HBsAG positief, ofwel er was sprake van een actieve Hepatitis B-infectie. Uitgesplitst in herkomstregio was de prevalentie het hoogst bij respondenten afkomstig uit sub-Sahara Afrika (14%), gevolgd door respondenten uit Oost-Europa (6%), Bangladesh, Pakistan, India en Sri Lanka (3%) en Noord-Afrika (2%). Van degenen die geen actieve infectie doormaakten werd bij 47% anti-HBc in het bloed aangetroffen, duidend op een eerder doorgemaakte, maar inmiddels 'geklaarde' Hepatitis B-infectie. De respondenten gaven aan niet te zijn gevaccineerd tegen Hepatitis B.

Wanneer er sprake is (geweest) van een infectie met Hepatitis C worden antistoffen (anti-HCV) in het bloed aangetoond. Hoewel 20% zonder medische interventie van het virus herstelt, ontwikkelt 80% een actieve infectie die zich uit in een chronische leveraandoening met een verhoogd risico op levercirrose en -kanker *(Médecins du Monde*, 2015, p. 3). Anti-HCV werd bij 4% van de respondenten aangetroffen en relatief vaker bij respondenten afkomstig uit Oost-Europa (Coppola *et al,* 2015). Om een actieve infectie met Hepatitis C aan te kunnen tonen is aanvullend onderzoek noodzakelijk. Respondenten werden hiervoor doorverwezen naar specialistische zorg voor verdere diagnostiek; de uitslagen vielen echter buiten bereik van de studie. Er bestaat geen preventief vaccin tegen Hepatitis C, maar in sommige gevallen is de ziekte te behandelen middels zodanig prijzige medicatie – gemiddeld € 41.000 per antibioticakuur – dat de behandeling voor veel mensen buiten bereik ligt (*Médecins du Monde*, 2015).

Uit het hierboven genoemde onderzoek van Coppola *et al*. bleek dat in 1% van de gevallen sprake was van een (mogelijk actieve) Hepatitis B of C-infectie in combinatie met HIV. De onderzoekers stellen dat de geïnfecteerde respondenten over het algemeen vaker mannen waren, relatief laaggeschoold en afkomstig uit sub-Sahara Afrika.

HIV/AIDS

De gevonden literatuur over HIV/AIDS is te onderscheiden in primaire onderzoeken onder ongedocumenteerden, zorgverleners of medewerkers van Europese ngo's (Coppola *et al.,* 2013; Manirankunda *et al.,* 2012; Whyte *et al.,* 2015) en secundaire onderzoeken (reviews) met betrekking tot HIV/AIDS en ongedocumenteerde migratie (Deblonde *et al.,* 2015; Ross *et al.,* 2012; Guionnet *et al.,* 2014; Mylius & Frewer, 2015). Deblonde *et al*. (2015) gaan uit van een totaal van 8700 gediagnosticeerde HIV-patiënten binnen de EU in 2012, hoewel deze aantallen waarschijnlijk hoger liggen wegens onderrapportage.

De meeste migranten lopen een infectieziekte op in Europa en niet, zoals vaak wordt verondersteld, in het land van herkomst (Deblonde *et al.,* 2015). Coppola *et al*. (2015) vonden een prevalentie van 2% onder ongedocumenteerde migranten die klinieken in Zuid-Italië bezochten, maar maken de belangrijke kanttekening dat de prevalentie per onderzoek sterk verschilt. Een gebrek aan een consistente onderzoekspopulatie en de onmogelijkheid om structurele data te verzamelen is hier mede debet aan. Ross *et al.* (2012) vonden dat ongedocumenteerden die werkzaam zijn in de illegale seksbranche geen grotere kans lopen op een besmetting met HIV/AIDS in vergelijking met andere prostituees.

Vakliteratuur wijst erop dat talloze factoren de weg naar dergelijke adequate medische zorg belemmeren. Voor ongedocumenteerde migranten zijn (de angst voor) stigmatisering en on-

10 Prospectief cohortonderzoek uitgevoerd in vier klinieken in Zuid-Italië (Napels en Caserta) tussen januari 2012 en juni 2013. In totaal werden 882 migranten (waarvan 72% mannen en 28% vrouwen) gescreend op HBsAG, anti-HBc, anti-HCV en anti-HIV. Het merendeel (71%) was ongedocumenteerd en 29% had een vluchtelingenstatus.

zekerheid over de mogelijkheden voor testen en antiretrovirale medicamenten belangrijke redenen om geen stappen te zetten richting de gezondheidszorg (Whyte *et al.,* 2014; Deblonde *et al,* 2015). In de beleving van de migrant loopt hijzelf, vaak tegen beter weten in, geen risico op HIV/AIDS – 'dat overkomt anderen'. Indien het testresultaat toch positief blijkt te zijn, gebeurt het regelmatig dat de patiënt geen zorg zoekt omdat hij discriminatie vreest en verstoting uit de gemeenschap, werkvloer en familie (Guionnet *et al.,* 2014). De vrees voor sociale uitsluiting en 'laag risico perceptie' werd ook gevonden onder respondenten uit onderzoek van Manirankunda *et al.,* (2012), waarvan de meesten afkomstig uit Sub-Sahara Afrika. Bovendien was sprake van een gebrek aan preventieve gewoonten en aan kennis over HIV-screening. Opvallend is dat de migranten behoefte hadden aan advies van zorgverleners, wiens adviezen zij hoog achtten. Om het perspectief van de zorgverleners hierop te belichten zal het onderzoek van Manirankunda in paragraaf 3.3.4 opnieuw aan de orde komen.

3.3.2 TBC

De behandeling van TBC heeft grote sprongen voorwaarts gemaakt van een nauwelijks behandelbare ziekte in premoderne Europese tijden naar een vrijwel volledig uitgebannen hedendaags ziektebeeld, hoewel de multidrugresistentie in veel Oost-Europese landen aan het toenemen is (WHO, 2008). Ondanks de sterk toegenomen behandelmogelijkheden werden er in 2014 ruim 9,6 miljoen gevallen van actieve TBC gerapporteerd met 1,5 miljoen doden tot gevolg, waarvan 95% in de armste ontwikkelingslanden (Hollo & Dadu, 2014, p.186). Volgens Bodenmann *et al*. (2009) wordt migratie beschouwd als één van de belangrijkste oorzaken van verspreiding van TBC in Europa. Aan de behandeling van TBC kunnen hoge zorgkosten verbonden zijn wegens langdurige medicamenteuze behandeling en, in ernstige gevallen, verregaande isolatiemaatregelen die moeten worden getroffen.

Van het totaal aantal TBC-geïnfecteerden in Nederland in 2010 was bijna driekwart (73,2%) migrant (Hollo & Dadu, 2014, p. 186). Specifiek met betrekking tot ongedocumenteerde migranten laten vakliteratuur en institutionele literatuur tegenstrijdige resultaten zien. De recentste gegevens uit de Nederlandse Rijksmonitor registreerde 18 ongedocumenteerden van de totale geregistreerde populatie (n = 823) met een TBC-infectie (Slump *et al.,* 2015, p. 25). Schoevers *et al.* (2011) tonen aan dat een registratie van 18 personen een teken van onderrapportage is.

In Nederland worden reguliere migranten en asielzoekers preventief gescreend op TBC (Slump *et al,* 2015, p. 26). Logischerwijs vindt een soortgelijke structurele screening niet plaats bij de groep 'onzichtbare' ongedocumenteerde migranten die in Nederland verblijven en die geen asielprocedure hebben doorlopen. Bovendien kan een latente TBC infectie tot wel vijf jaar na de infectieoverdracht actief worden (Chauvin *et al,* 2015), waardoor een enkele screening op het moment van aankomst onvoldoende zou zijn om het risico op verdere verspreiding uit te sluiten. Hoewel migranten -in het onderzoek gaat het om zowel ongedocumenteerden als asielzoekers en regulieren migranten- tijdens de eerste 2,5 jaar na aankomst in Nederland worden beschouwd als een risicogroep, komen de meeste besmettingen na deze periode voor (Slump *et al.,* 2015, p. 20-21).

3.3.3. Overige infectieziekten

Uit de literatuur komt naar voren dat infecties van Helicobacter Pylori (H. pylori) en de Ziekte van Chagas – respectievelijk een bacterie die zich in het maagslijmvlies nestelt en, indien onbehandeld, maagzweren kan veroorzaken, en een tropische vectorziekte die indien onbehandeld tot (dodelijke) cardiovasculaire, neurologische en digestieve gezondheidsklachten kan leiden– relatief vaak voorkwamen, met name onder respondenten uit Oost-Azië (H. pylori) en Zuid-Amerika (Chagas) (Wolswinkel, 2009; Basile *et al.,* 2011; Jackson *et al.,* 2012).

3.3.4 Toegankelijkheid van zorg bij infectieziekten in Nederland

Gevonden onderzoek over de toegankelijkheid van zorg bij infectieziekten in Nederland betreft vooral de preventieve screening. Chauvin *et al.* (2015) geven aan dat de mate van toegankelijkheid van screening op HIV, Hepatitis B en C en TBC in Nederland voor ongedocumenteerden hoger ligt dan in andere EU-landen. Het gaat hier om screenings die worden uitgevoerd door de GGD. Zo wist 94% van de respondenten in Nederland waar ze zich konden laten testen (of had zich al laten testen) tegenover 8% die zich nog wenste te laten testen (Chauvin *et al.,* 2015, p. 114). Toch blijkt uit andere onderzoeken dat er problemen bestaan met de toegankelijkheid van preventieve zorg. Zo is het percentage van testen dat door huisartsen wordt uitgevoerd, met positief resultaat -de patiënt is besmet met HIV- hoger onder ongedocumenteerden dan onder andere patiënten (Wolswinkel, 2009; Coppola *et al.,* 2015). Mensen die besmet zijn met HIV en die niet in contact staan met hulpverleners lopen het grootste risico om het virus ongewild verder te verspreiden (Deblonde *et al.,* 2015). Echter, in de praktijk blijken Nederlandse huisartsen relatief weinig testen uit te voeren bij ongedocumenteerde patiënten (Wolswinkel, 2009; Schoevers *et al.,* 2009b).

Om de bovenstaande bevinding verder uit te diepen wordt gebruik gemaakt van onderzoek door Manirankunda *et al*. (2012) onder huisartsen en internisten in Belgisch Vlaanderen. Evenals in Nederland worden HIV-testen uitgevoerd op initiatief van de patiënt, terwijl internisten een HIV-test uitvoeren op basis van symptomen gerelateerd aan HIV of AIDS. Alleen in geval van zwangerschap wordt routinematig een HIV test aangeboden. Huisartsen noemden bezwaren tegen het actief aanbieden van een HIV test. Men was bang de patiënt ongewild te stigmatiseren. Ook bleef de relevantie van pre-test counselling onduidelijk voor hen en misten zij expertise om seksualiteit adequaat bespreekbaar te maken. Deze beroepsinhoudelijke bezwaren werden genoemd naast de algemene, zoals taalbarrière, tijdgebrek en afwezigheid van nationaal/regionaal beleid (Manirankunda *et al.,* 2012). Een andere oorzaak van het lage aantal screenings, in verhouding tot het hoge aantal positieve testen, was dat ongedocumenteerde patiënten vaker kortdurend in beeld zijn bij hun huisarts. De kortdurende contactmomenten tussen arts en patiënt staan adequate screening in de weg (Wolswinkel, 2009). Manirankunda *et al*. (2012) bevestigen dit met de bevinding dat de vertrouwensrelatie een essentiële voorwaarde is voor het aanbieden van een HIV-test en het opvolgen van een eventuele behandeling.

In navolging van bovenstaande onderstrepen verscheidende studies (Wolswinkel, 2009; Collinson & Ward, 2010; Coppola *et al.,* 2015, Schoevers *et al.,* 2009b) het belang van adequate en structurele preventieve screening van infectieziekten onder deze groep. Tevens pleiten Schoevers *et al.* (2010b) voor een actieve(re) rol van Nederlandse huisartsen, verloskundigen en andere zorgverleners met betrekking tot het verhoogde risico op SOA bij ongedocumenteerden.

3.4 Seksuele en reproductieve gezondheid

In dit hoofdstuk worden respectievelijk het gebruik van anticonceptie en ongeplande zwangerschap en abortus provocatus besproken. Voor een compleet beeld van de literatuur met betrekking tot seksuele en reproductieve gezondheid [SRG] en de zorgtoegankelijkheid voor ongedocumenteerde migranten wordt verwezen naar hoofdstuk 3.3 Infectieziekten (waaronder SOA) en 3.5 Zwangerschap. De onderzoekspopulaties van deze hieronder vermelde studies zijn meestal klein en bestaan uit een overwegend homogene groep (zoals ongedocumenteerde Latijns-Amerikaanse vrouwen in Genève). De bevindingen zijn daarom niet representatief voor de ongedocumenteerde migrantenpopulatie in Nederland. Wel kan een algemeen beeld worden geschetst van de seksuele en reproductieve gezondheidssituatie en -problematiek.

3.4.1 Anticonceptie

Verschillende studies naar de seksuele en reproductieve gezondheid laten zien dat ongedocumenteerde migranten relatief weinig gebruik maken van veilige anticonceptiemiddelen. Volgens Schoevers *et al.* (2010b) gaf 29% van de vrouwelijke ongedocumenteerde respondenten in een Nederlands onderzoek aan dat zij geen anticonceptie gebruikten, terwijl hier wel behoefte aan was. Onderzoek van Wolswinkel (2009) laat zien dat 8,9% van de vrouwen tussen de 20 en 39 jaar een vorm van anticonceptie gebruiken (voor zover bekend bij de huisarts), terwijl onder de Nederlandse bevolking 41% van de vrouwen tussen de 18 en 49 jaar orale anticonceptie gebruikt. In twee studies werd een overwegend Latijns-Amerikaanse populatie in Geneve onderzocht. Sebo *et al.* (2011) constateerden dat ongeveer 50% van hen in het afgelopen jaar een condoom had gebruikt. Tijdens het laatste seksuele contact gebruikte 33,1% van de vrouwen en 41,4% van de mannen geen voorbehoedsmiddel. Wolff *et al.* (2008b) vonden dat ongedocumenteerde vrouwen minder vaak anticonceptie gebruiken dan vrouwen met een verblijfsvergunning (alle vrouwen uit dit onderzoek hadden een *abortus provocatus* ondergaan). Meermaals werd een toevlucht gezocht in goedkopere maar risicovolle anticonceptiemiddelen zoals de kalendermethode en coitus interruptus. Relevant te vermelden is dat Wolff *et al.* condoomgebruik classificeren als een risicovol voorbehoedsmiddel. De achterliggende reden wordt niet in het artikel beschreven.

De meest voorkomende redenen voor het hebben van onveilige seksuele contacten zijn een gebrek aan financiële middelen en gebrekkige kennis over het zorgsysteem, en angst voor afwijzing door zorgpersoneel en angst voor arrestatie (Schoevers *et al.,* 2010, Wolff *et al.,* 2008b, Sebo *et al.,* 2011; Barona-Vilar *et al.,* 2013). De respondenten uit het onderzoek van Wolff *et al*. (2008b), die allen een abortus ondergingen, noemden hiervoor de volgende redenen: het hebben van onregelmatig seksueel contact, kortdurende onderbreking van pilgebruik (pil raakte op, bijwerkingen, geen geld om nieuwe pillen te kopen), het idee hebben onvruchtbaar te zijn, het weigeren van condoomgebruik door de partner, gebrek aan kennis over voorbehoedsmiddelen, niet weten waar anticonceptie verkrijgbaar is. Sommige vrouwen uit het onderzoek gaven aan dat zij latent wel een kinderwens hadden, maar dit nog niet concreet hadden gepland.

3.4.2 Ongeplande zwangerschap en abortus provocatus

Uit Italiaans onderzoek waarbij ziekenhuisopnames retrospectief werden geanalyseerd blijkt dat ongedocumenteerde vrouwen vaker te maken kregen met tienerzwangerschappen, miskramen en *abortus provocatus* dan reguliere migranten en Italiaanse vrouwen (Fedeli *et al.,* 2010). Uit een studie van Wolff *et al.* (2008a) blijkt dat 75% van de (voornamelijk Latijns-Ame-

rikaanse) respondenten onbedoeld zwanger was geraakt, tegen 21% in de controlegroep bestaande uit vrouwen met een verblijfsvergunning. Van de ongedocumenteerde vrouwen was 61% niet op de hoogte van het bestaan van de morning after pil, tegen 9% van de vrouwen uit dezelfde controlegroep. Van de overwegend Latijns-Amerikaanse respondenten in Geneve uit het onderzoek van Sebo *et al.* (2011) heeft ongeveer de helft een abortus ondergaan. Tijdens het verblijf in Nederland onderging 18% (n=14) van de ongedocumenteerde respondenten uit het onderzoek van Schoevers *et al.* (2010a) een abortus. Twee vrouwen gaven aan dat zij een abortus hadden laten plegen omdat zij de kosten voor de verloskundige zorg niet konden opbrengen. Drie vrouwen gaven aan dat zij door hun partner of een steunorganisatie werden gedwongen om het kind te laten weghalen.

In de studies wordt zijdelings ingegaan op genderpatronen bij SRG. Een andere respondent uit het onderzoek van Schoevers *et al.* (2010a) vertelde dat haar echtgenoot haar verbood om anticonceptie te gebruiken. Latijns-Amerikaanse vrouwen die in Spanje verbleven, gaven aan dat het initiatief en de beslissing over anticonceptie vaak door hun mannelijke partner(s) werd genomen. De zwangerschap, bevalling en zorg voor de kinderen daarentegen werd ervaren als een verantwoordelijkheid die vrijwel geheel bij de vrouw ligt. Volgens de onderzoekers was dit één van de redenen waarom veel respondenten hun zwangerschap als ongewenst beschouwden (Barona-Vilar *et al.,* 2013).

3.4.3 Toegankelijkheid van seksuele en reproductieve gezondheidszorg in Nederland

In bovenstaande tekst worden de barrières besproken die ongedocumenteerden ervaren voor zij zich melden bij een zorginstelling. Over potentiele barrières die worden opgeworpen door zorgverleners en instellingen in Nederland is geen vakliteratuur bekend. In onderstaande Box 6 worden bestaande financiële barrières met betrekking tot SRG beknopt weergegeven.

BOX 6 – FINANCIËLE REGELINGEN MET BETREKKING TOT SRG IN 2016

Volgens de Nederlandse wetgeving bestaan zeer beperkte vergoedingsmogelijkheden voor wangerschapsbeeindiging voor ongedocumenteerde vrouwen. Anticonceptie en de morning after pil vallen tot de leeftijd van 21 jaar binnen het basispakket van de zorgverzekering en daarmee binnen de vergoedingsmogelijkheden van het ZiNL. Vanaf 21 jaar moeten deze middelen zelf worden bekostigd (website ZiNL). *Abortus provocatus* wordt vergoed op grond van de Wet Langdurige Zorg (Macherey *et al.* 2015, p. 81). Ongedocumenteerde vrouwen kunnen hier geen aanspraak op maken en moeten de behandeling zelf betalen, een bedrag dat, afhankelijk van het aantal weken zwangerschap, varieert van zo'n € 400 tot € 950.

3.5 Zwangerschap en bevalling

De gevonden literatuur schetst een beeld betreffende de problematiek waarmee zwangere ongedocumenteerde vrouwen in Europa. Daarnaast is literatuur gevonden die de specifieke zorgsituatie in Nederland belicht. Omdat het gaat om slechts enkele artikelen, moeten de resultaten steeds met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

3.5.1 Gezondheid en complicaties tijdens de zwangerschap

Informatie over de algehele gezondheidssituatie van zwangere ongedocumenteerde vrouwen in Nederland is schaars. Uit een kwalitatief onderzoek van Barona-Vilar *et al.* (2013) kwam naar voren dat ongedocumenteerde vrouwen in Spanje – voornamelijk afkomstig uit Ecuador, Colombia, Bolivia en Argentinië, hun zwangerschap zo lang mogelijk verborgen hielden voor hun werkgever en in sommige gevallen door bleven werken tot het moment van de bevalling. Een bevinding uit een studie van Wolff *et al.* (2008a) onder ongedocumenteerde zwangere respondenten in Zwitserland is dat 11,2%, met name degenen die ongepland zwanger waren geraakt, te maken hadden met verbaal, fysiek of seksueel geweld. Bij de controlegroep, bestaande uit vrouwen met een verblijfsvergunning, was het percentage 1,3%.

In een onderzoek van De Jonge *et al.* (2011)[11] werd geconstateerd dat er veel vaker sprake was van psychosociale problemen bij ongedocumenteerde zwangere vrouwen (45%) dan bij de controlegroep (20,6%). Onder psychosociale problemen werd, naast psychologische en psychiatrische problemen, ook verstaan: relatieproblemen, huiselijk geweld, oorlogstrauma, ander sexueel geweld, huisvestings- en financiële problemen. De onderzoekers vermeldden een gegrond vermoeden van onderrapportage van de psychosociale problemen van ongedocumenteerde zwangeren.

Het onderzoek laat geen significant verschil zien in leeftijd en het vóórkomen van SOA en bloedarmoede bij ongedocumenteerde zwangere vrouwen in Nederland. Ook zou er geen verschil bestaan in het voorkomen van alcohol- en drugsverslaving. Twee andere onderzoeken laten zien dat ongedocumenteerde vrouwen juist relatief weinig tabak, alcohol en drugs gebruiken (Casillas *et al.,* 2015; Wolff *et al.,* 2008a).[12] Gegeven het feit dat deze problematiek in mindere mate wel voorkomt, is het volgens de onderzoekers raadzaam dat zorgverleners alert blijven op symptomen van verslavingsproblematiek.

Over de vraag of ongedocumenteerde vrouwen vaker zwangerschapscomplicaties ondervinden is de literatuur verdeeld. Volgens de eerder genoemde studie van Wolff *et al*. (2008a) verschilden complicaties voor, tijdens en na de bevalling niet significant met de controlegroep in Genève. Uit Italiaans onderzoek, waarbij dossiers van ziekenhuisopnames werden geanalyseerd door Fedeli *et al*. (2010)[13], blijkt echter dat ongedocumenteerde vrouwen vaker te maken kregen met tienerzwangerschappen, *abortus provocatu*s, miskramen en zwangerschapscomplicaties vergeleken met reguliere migranten en Italiaanse vrouwen, terwijl juist minder keizersnedes werden uitgevoerd bij ongedocumenteerde vrouwen. De onderzoekers vermoeden dat deze uitkomst gerelateerd is aan de jongere leeftijd van de ongedocumenteerde zwangeren in deze studie. Omdat niet alle zwangerschapscomplicaties tot een ziekenhuisopname leiden –zeker niet in het geval van toegangsproblematiek- vermoeden de onderzoekers tevens dat er sprake is van onderrapportage van de casuïstiek. Dit vermoeden wordt versterkt door het feit dat armoede als een onafhankelijke voorspeller van zwangerschapscomplicaties wordt beschouwd (Fideli *et al.,* 2010).

3.5.2 Prenatale zorg

De gezondheidsrisico's voor zwangeren zijn groter door het gegeven dat deze groep bekend is met een hoog *patient delay*. Van de onderzoekspopulatie uit een Nederlandse studie van

11 Primaire datacollectie van studie vond plaats in de periode januari 2005-medio 2006. De controlegroep bestaat uit reguliere migranten met een vergelijkbare afkomst (geclusterd per regio).

12 Beide studies maakten gebruik van de dataset van Wolff et al., (2008b).

13 Primaire datacollectie van plaats in de periode 2006-2007.

Schoevers *et al.* (2010b)[14] waren 27 respondenten zwanger, waarvan er vijf gedurende de hele zwangerschap geen prenatale screening ondergingen. Drie van hen kwamen pas in hetderde trimester van de zwangerschap in zorg. Volgens de Jonge *et al.* (2011) kwamen ongedocumenteerde zwangere vrouwen, vergeleken met migranten die een verblijfsvergunning hadden, vijf weken later in hun zwangerschap voor het eerst bij de -Nederlandse- verloskundige.

Bovenstaande is vergelijkbaar met resultaten van een onderzoek uitgevoerd in Genève, waar ongedocumenteerde vrouwen de verloskundige ruim vier weken later consulteerden dan een controlegroep bestaande uit vrouwen met een verblijfstatus die in het ziekenhuis bevielen. Bij 63% vond het eerste consult plaats in het eerste trimester van de zwangerschap (vergeleken met 96% van de controlegroep). De voornaamste reden voor deze vertraging waren financiële barrières en angst voor ontdekking. Bovendien is een veelgehoorde opvatting dat men alleen een huisarts of gynaecoloog bezoekt als er iets mis is, met als gevolg dat 37% van de zwangere vrouwen pas tijdens het tweede of derde trimester in het zorgsysteem belandden (Wolff *et al.,* 2008a). In een kwalitatief onderzoek naar zwangere ongedocumenteerden in Spanje stellen Barona-Vilar *et al.* (2013) dat vrouwen die eerder kinderen hadden gekregen in Latijns-Amerika, bewust in een laat stadium verloskundige zorg opzoeken. Zo gaf een vrouw aan dat ze zich pas na acht maanden bij een verloskundige had gemeld omdat haar vorige zwangerschap op die manier ook goed was verlopen. Intensieve prenatale controles werden geassocieerd met een problematische zwangerschap, en om die reden niet nodig gevonden. In sommige gevallen werd de behandelrelatie tijdens de zwangerschap door de patiënt onderbroken zonder dat een medische overdracht plaatsvond. De Jonge *et al.* (2011) ondervonden dat 10,6% van de ongedocumenteerde vrouwen migreerde naar het buitenland (versus 2,9% van de controlegroep). In 7,1% van de gevallen verdween de vrouw geheel uit beeld bij de zorgverlener, terwijl dit bij de controlegroep niet voorkwam.

Daarnaast stellen vrouwen consultatie van medici uit wegens angst voor arrestatie of inkomensverlies. Volgens Barona-Vilar *et al.* (2013) speelt voor ongedocumenteerde vrouwen die werkzaam zijn in de Spaanse huishouding, de angst voor verlies van een baan mee in de afweging om (tijdig) naar prenatale controles te komen. Bovendien illustreren hun omstandigheden dat de mogelijkheden tot (al dan niet betaald) zwangerschaps- en moederschapsverlof en het geven van borstvoeding, afhangen van de welwillendheid van de werkgever.

3.5.3 Tijdens en na de bevalling

Als gevolg van een gebrek aan kennis van de werking van nationale zorgsystemen in Europese landen en angsten om niet te worden geholpen wegens gebrek aan financiële middelen of arrestatie, plegen sommigen een abortus of wekken middels medicatie een miskraam op (Fedeli *et al.,* 2010; Sebo *et al.,* 2011). Er bestaat casuïstiek van zwangere ongedocumenteerden die willen remigreren naar het land van herkomst om daar te bevallen uit geldgebrek (Schoevers *et al.,* 2010b, p. 260). Pogingen om een hoge ziekenhuisrekening te voorkomen kunnen grote gevolgen hebben. Zo zijn er in het Verenigd Koninkrijk gevallen beschreven waarin zwangere vrouwen zich bij het ziekenhuis meldden onder de naam van iemand anders. Een mogelijk gevolg hiervan zijn foutieve medicatievoorschriften of bloedtransfusies (Wiseman, 2011).
De Jonge *et al*. (2011) vonden geen significante verschillen in complicaties en medische ingrepen tijdens de bevalling. Hoewel sommige verloskundigen verondersteldden dat ongedocu-

14 Voor dit Nederlandse onderzoek zijn gestructureerde vragenlijsten en semigestructureerd interviews afgenomen. Deze studie onderscheidt zich van anderen omdat de respondenten, volgens de onderzoekers, niet eerder in contact stonden met zorgverleners.

menteerde vrouwen tijdens de bevalling vaker naar het ziekenhuis worden verwezen vanwege complicaties, wordt deze aanname niet door het onderzoek bevestigd. Volgens Wolff *et al.* (2008a) komt een vroegtijdige bevalling niet significant vaker voor bij ongedocumenteerde vrouwen in Zwitserland. Ook zou er geen significant verschil zijn in het aantal pasgeborenen met een te laag geboortegewicht (onder 2,5 kg). Echter, de Nederlandse studie van de Jonge *et al.* (2011) weerspreekt deze bevindingen. Onder de respondenten zou vroeggeboorte bij 12,6% van de ongedocumenteerde voorkomen, versus 3,1% van de controlegroep bestaande uit reguliere migranten. Een te laag geboortegewicht kwam voor bij 14,7% van de baby's van ongedocumenteerde vrouwen vergeleken met 4,7% van de controlegroep. De onderzoekers van beide studies suggereren dat de sociale situatie van vrouwen die uit de zorg verdwenen (zoals eerder beschreven) relatief ongunstig was en vermoeden dat er sprake is van onderrapportage van complicaties voor, tijdens en na de bevalling.
Een Spaans onderzoek wijst uit dat gebrek aan een sociaal netwerk en financiële druk er geregeld toe leiden dat de moeder vlak na de bevalling weer aan het werk gaat (Martelli, 2009). Barona-Vilar *et al.* (2013) constateert een gebrek aan toegankelijke kinderopvang in Spanje waardoor moeders zich onvoldoende in staat voelen om in financieel opzicht voor hun kinderen te zorgen. Onderzoek naar de postnatale situatie van ongedocumenteerde vrouwen in Nederland is niet gevonden.

3.5.4 Toegankelijkheid van verloskundige zorg in Nederland

De vakliteratuur wijdt redelijk uit over de medische zorgtoegankelijkheid van zwangere ongedocumenteerden in Nederland, ook al blijven aantallen onduidelijk. Schoevers *et al.* (2010b) schatten dat er 25.000 tot 50.000 ongedocumenteerde vrouwen zijn en de Jonge *et al.* (2011) schatten het jaarlijks aantal geboren kinderen van ongedocumenteerden tussen de 1.200 en 2.000. De Jonge *et al.* (2011) concluderen dat verloskundigen geen andere richtlijnen hanteren voor ongedocumenteerden dan voor verzekerde vrouwen: verloskundigen gaven bovendien aan geen problemen tegen te komen bij doorverwijzing naar het ziekenhuis indien sprake was van een medische complicatie. Zoals eerder vermeld wordt de veronderstelling van sommige verloskundigen, dat ongedocumenteerde vrouwen vanwege complicaties tijdens de bevalling vaker naar het ziekenhuis worden verwezen, door het onderzoek weerlegd.

Ongedocumenteerde vrouwen bevielen vaker thuis (24,2%) dan reguliere migranten (13%). Thuisbevalling in Nederland is – bij het uitblijven van medische complicaties – een gangbare en geaccepteerde praktijk, mede omdat verzekerden vrij zijn om te bepalen waar zij willen bevallen. Echter, omdat het vermijden van een ziekenhuisrekening regelmatig de achterliggende reden leek te zijn voor een thuisbevalling werden ongedocumenteerde vrouwen in deze keuze beperkt. Een dergelijke situatie wordt helemaal problematisch wanneer de thuissituatie niet geschikt is voor een veilige bevalling (de Jonge *et al.,* 2011). In de periode na de bevalling ontving 56% van de ongedocumenteerde vrouwen (versus 79,9% van de reguliere migranten) kraamzorg. Van de ongedocumenteerde vrouwen ontving 12,1% geen kraamzorg (versus 0% van de reguliere migranten). Van overige respondenten waren deze gegevens niet bekend (de Jonge *et al.,* 2011).

3.6 Kinderen en minderjarigen

Over minderjarige ongedocumenteerden is een klein aantal (institutionele) publicaties gevonden. Specifieke risico's met betrekking tot de gezondheid en toegang tot zorg voor kinderen worden hieronder benoemd. De algehele omvang en context blijven echter nog onderbelicht.

3.6.1 Specifieke levensomstandigheden

De meest recente, hoewel inmiddels gedateerd en gelimiteerd tot de vier grote steden van Nederland, schatting van het aantal ongedocumenteerde kinderen en minderjarigen in Nederland ligt rond de 30.000 (Mensinga *et al.,* 2010; Kromhout *et al.,* 2014). Zie voor achtergrondinformatie over dergelijke schattingen box 2. Ongedocumenteerde kinderen lopen als groep een grotere kans dan ongedocumenteerde volwassenen op fysieke mishandeling, verwaarlozing, seksueel misbruik en psychisch geweld. Soms reageren ouders hun frustraties en verdriet als gevolg van migratieproblematiek af op kinderen (Kalverboer & Zijlstra, 2006). Cossack (2009) en Søvig (2011) brengen het moreel-ethische argument naar voren dat ongedocumenteerde kinderen niet op dezelfde manier kunnen worden behandeld als hun volwassen lotgenoten, onder meer omdat de optie om te migreren naar Europa in de regel niet aan kinderen wordt voorgelegd. Kinderen zijn tot hun achttiende levensjaar in verschillende opzichten afhankelijk van hun ouders. In deze kwetsbare staat zijn de ouders voor het kind doorgaans wel de meest zekere basis en is er veel aan gelegen de onderlinge relatie zorgvuldig te bewaren (zie ook Box 7).
Hieraan gerelateerd is de observatie dat ouders in sommige gevallen hopen of verwachten dat de geboorte van een kind (op Nederlands grondgebied) uiteindelijk zal leiden tot een permanente verblijfstitel voor het gehele gezin (Søvig, 2011). Pejoratieve termen die in deze context frequent worden gebruikt zijn 'ankerkind', 'paspoortkind' of 'geboortetoerist' (Chavez, 2013, p. 203). Volgens onderzoek van Kromhout *et al*. (2014) groeit een groot deel van de ongedocumenteerde kinderen in Nederland op onder schrijnende armoede en kleine behuizing. Vaak is er gebrek aan de meest elementaire zaken, zoals schoolspullen of een gezond dieet. In sommige gevallen is sprake van blootstelling aan geweld en parentificatie (het op zich nemen van de ouderrol), bijvoorbeeld door het gemis van een vaderfiguur.

BOX 7 – Rechten van het Kind

Het onderscheid tussen minder- en meerderjarige ongedocumenteerden maakt de nationale, Europese wet- en regelgeving, naast de Dublin-II verordening, het ESC en ICESRC, nog complexer wegens de *Convention on the Rights of the Child* [CRC]. Het CRC is gebaseerd op het ICESRC en specifiek toegespitst op de kinderrechten en de non-discriminatoire behandeling van minderjarigen. Het CRC waarborgt in theorie de toegang tot medische zorg voor minderjarige ongedocumenteerden, inclusief ongeboren leven en de moeder, maar de uitwerking hiervan verschilt enorm per Europees land wanneer samengevoegd met de financiering van medische zorg (Søvig, 2011).

3.6.2 Toegankelijkheid van zorg voor ongedocumenteerde minderjarigen in Nederland

In de literatuur wordt gesproken van zowel goede ervaringen met zorgtoegankelijkheid als signalen dat kinderen -en hun ouders- wel degelijk toegangsproblemen ervaren. Uit institutioneel onderzoek bleek dat er geen problemen werden gesignaleerd in de toegankelijkheid van spoedeisende zorg aan ongedocumenteerde kinderen (Cossack, 2009). Drie Europese studies (Søvig, 2011; Biswas *et al.* 2012; Enskär *et al.*, 2012) naar de verrichtte zorg aan ongedocumenteerde kinderen concluderen dat zorgverleners vrijwel unaniem bereid zijn om hun minderjarige patiënten van de best mogelijke medische zorg te voorzien, maar dat zij kampen met fricties tussen nationale wet- en regelgeving en het internationale CRC. Hierdoor vallen kinderen tussen wal en schip, met name minderjarigen die kampen met trauma's en psychosociale gezondheidsproblemen (Enskär *et al.*, 2012). Uit institutioneel onderzoek naar de toegang tot gezondheidszorg voor kinderen blijkt dat kinderen (en hun ouders) te maken kregen met afwijzingen van ziekenhuisbaliemedewerkers en ernstige vertraging van de zorgverlening die kunnen leiden tot complicaties – zoals de casus waarbij een jongen drie weken moest wachten op een herhaalrecept voor medicatie tegen epilepsie (Mensinga *et al.*, 2010). Recenter onderzoek spreekt niet van concrete casuïstiek waarbij de zorg niet toegankelijk was (Kromhout *et al*., 2014, p. 10). In 2009 werd de Nederlandse Staat volgens Søvig (2009) op de vingers getikt door de Europese Commissie van Mensenrechten inzake de naleving van het CRC. Hierbij werd gesteld dat de Nederlandse overheid zich onvoldoende inzette voor de waarborging van basale medische zorg voor ongedocumenteerde kinderen. Biswas *et al.* (2012) noemen specifiek de toegang tot vaccinaties voor kinderen problematisch doordat GGD-uitnodigingen niet aankomen wegens het ontbreken van een vaste woon- of verblijfplaats of vanwege administratieve problemen bij het inschrijven van het kind in het gemeentelijke basisadministratiesysteem. Mede hierom doen Kromhout *et al*. (2014) meerdere aanbevelingen voor gemeenten om het recht op medisch noodzakelijke zorg voor ongedocumenteerde kinderen te respecteren en de opbouw van een sociaal netwerk van vrijwilligers en andere actieve burgers -al dan niet met een professionele achtergrond als onderwijzer of medisch hulpverlener- te stimuleren.

3.7 Geestelijke gezondheid

De geestelijke gezondheid van ongedocumenteerde migranten is een veelbesproken thema binnen de academische literatuur. Tegelijkertijd benadrukken vrijwel alle studies dat deze vorm van medische zorgverlening een lastig te bestuderen categorie betreft wegens 1) het specifieke onderwerp in combinatie met de heterogene sociaal-demografische opbouw van de doelgroep, 2) het gebrek aan controlegroepen, 3) een lage representatie van de gehele ongedocumenteerde populatie in Europa, en 4) de wisselende terminologie tussen 'ongedocumenteerden', 'arbeidsmigranten', 'asielzoekers' en 'vluchtelingen' (Keygnaert *et al.,* 2014).

3.7.1 Maatschappelijke, sociale en psychische problematiek

In bredere maatschappelijke zin spreken sommige studies over de chronische blootstelling aan het 'illegalensyndroom' – een concept bedacht door Castañeda (2009) – en 'de sociale nederlaag' (Selten *et al.,* 2007; Dorn *et al.,* 2011; Straßmayr *et al.,* 2012), twee niet-medische termen die worden gebruikt om de problematiek van de ongedocumenteerde migranten te omschrijven. Deze studies noemen factoren als sociale marginalisatie en isolement, structurele armoede, druk als gevolg van culturele aanpassing, vatbaarheid voor middelenverslaving, inadequate huisvestiging, werkloosheid, communicatieproblemen, traumatische ervaringen en gevoelens van schaamte, angst, woede en depressie die tot grote psychosociale stress kun-

nen leiden. Deze levensomstandigheden, gecombineerd met het taboe dat kan heersen op mentale gezondheidsproblemen en het innemen van psychofarmaca, maakt ongedocumenteerde migranten met geestelijke gezondheidsklachten extra vatbaar voor de manifestatie van psychosociale problematiek.

Volgens Heeren *et al.* (2014)[15] komen depressie, post-traumatische stress- en angststoornissen in hoge mate voor onder verschillende migrantengroepen, maar lopen ongedocumenteerde migranten met name een hoger risico op angststoornissen en depressie. Opvallend is dat de juridische status een belangrijke voorspeller blijkt te zijn van psychische problematiek. De epidemiologische studies bevestigen allen dat ongedocumenteerde migranten in alle Europese landen een significant hogere kans op een psychiatrische morbiditeit hebben in vergelijking met andere populaties in dezelfde landen. De combinatie van factoren als onbehandelde trauma's in het land van herkomst, de migratie en de marginale levensomstandigheden in Europa is hier debet aan. De psychische gezondheidszorg voor ongedocumenteerden wordt gekenmerkt door een substantieel lagere kans op doorverwijzing naar psychische tweede- en derdelijns zorgverlening, *patient delay*, het risico om (herhaaldelijk) te worden vastgezet in vreemdelingendetentie als gevolg van gedwongen psychiatrische opname, en -mogelijk als gevolg van deze factoren- een lager gebruik van psychotherapeutische behandeling- en rehabilitatieprogramma's in vergelijking met autochtonen.

3.7.2 Arts-patiënt relatie

In geval van psychische problematiek spelen taal en communicatie tussen de arts en ongedocumenteerde patiënt een nog prominentere rol dan bij somatische gezondheidsklachten (Castañeda, 2012). Problemen hierbij wijten artsen voornamelijk aan culturele verschillen en de verwachtingen die de patiënt heeft van de zorgverlener. Psychische klachten kunnen door patiënten worden ontkend wegens culturele stigma's. Psychische klachten krijgen meermaals vorm als buik-, hoofd- en rugklachten die moeilijk te diagnosticeren zijn en nog moeilijker te behandelen. Europese zorgverleners, ook Nederlandse, hebben geregeld geen oog voor dergelijke reële angsten, schaamte of cultureel-bepaalde invloeden, bijvoorbeeld de diepgaande psychosociale en relationele problemen die gepaard gaan met vrouwenbesnijdenis (Vloeberghs *et al.,* 2012). De onderzoekers adviseren zorgverleners beter alert te zijn op signalen die chronische problemen indiceren. Ook zouden zorgverleners er goed aan doen om hun interculturele communicatievaardigheden in relatie tot deze problemen te verbeteren.

Het komt voor dat ongedocumenteerden niet verschijnen bij opvolgende consulten, terwijl dit juist van belang is bij psychotherapeutische behandelingen. Dit kan te maken hebben met onbekendheid met het Nederlandse zorgsysteem, culturele gewoonten en praktische bezwaren. Wanneer een beëdigde tolk niet beschikbaar is of kan worden betaald, wordt bij gebrek aan beter vaak een familielid, kennis of kind gebruikt als vertaler. Het is van belang dat zorgverleners zich realiseren dat de aanwezigheid van een derde persoon de arts-patiëntrelatie en het verloop van de psychotherapeutische behandelingen kan beïnvloeden, zeker wanneer dit een informele tolk betreft. Priebe *et al*. (2012) noemt verstrekkende gevolgen: zo bestaat het risico op een selectieve vertaling, een incoherente en oppervlakkige samenvatting of regelrechte censuur.

15 Patiënt controle studie onder vluchtelingen (*n*=65), asielzoekers (*n*=34), arbeidsmigranten in bezit een geldig visum (*n*=26), reguliere migranten (*n*=56) en ongedocumenteerde migranten (*n*=21) in Zwitserland.

3.7.3 Toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg in Nederland

Prominente barrières in de geestelijke gezondheidszorg worden gesignaleerd door huisartsen en psychiaters bij patiënten met complexe en cultureel sensitieve psychopathologie, in het bijzonder met migranten uit conflictgebieden. Hieraan ten grondslag ligt vaak een gebrek aan capaciteit van Nederlandse zorginstellingen hiermee om te gaan, zoals ontoereikende behandelingen, nazorg, dagbesteding en de algehele zorgcoördinatie (Straßmayr *et al.,* 2012).

Sandhu *et al.* (2013) en Smit en LeVoy (2016) vragen bovendien aandacht voor een opmerkelijke barrière, namelijk een ontoereikend inlevingsvermogen, wereldbeeld en empathie van (sommige) Nederlandse zorgverleners voor deze patiëntengroep. Deze barrière wordt in feite tijdens de opleiding tot medicus gecreëerd doordat medische opleidingsinstellingen, in het bijzonder universiteiten en academische ziekenhuizen, weinig tot geen aandacht besteden aan het multiculturele karakter van (psychische) zorgverlening. Een belangrijke consequentie hiervan is dat Nederlandse behandelaars weinig oog hebben voor de presentatie van mentale problemen in de vorm van somatoforme symptomen (een lichamelijke uiting van psychische klachten) en de lage prioriteit die sommige ongedocumenteerde patiënten geven aan de psychische gezondheidsklachten. Anderzijds verklaren Teunissen *et al.* (2014; 2015) dat Nederlandse huisartsen in het geval van administratieve barrières zelf benzodiazepines en antidepressiva voorschrijven om zo hun patiënt van enige kalmerende medicatie te voorzien.

In de studie van Straßmayr *et al.* (2012) wijzen zorgverleners op sociale determinanten van de patiënt die ten grondslag liggen aan barrières in de toegang tot zorg. Wanneer deze factoren niet worden aangepakt, blijven barrières in de toegankelijkheid van zorg bestaan. Ook een ondersteunend netwerk blijkt van groot belang voor de toegankelijkheid van zorg en het verloop van de behandeling. Meerdere studies benadrukken dat de toegevoegde waarde van ngo's en vrijwilligers (die laagdrempelige en vrijblijvende hulp bieden bij de toegang tot psychologische hulp, vertalingen, culturele mediatie, juridische rechtsbijstand, informatievoorzieningen, etc.) niet mag worden onderschat door officiële zorgkanalen, maar waarschuwen tevens voor het ontstaan van parallelle en officieuze zorgnetwerken. Ngo's actief in op dit terrein zijn zich bewust van deze waarschuwingen, enerzijds omdat ze geen deel uitmaken van geïnstitutionaliseerde zorgkanalen, en anderzijds omdat dergelijke activiteiten de zichtbaarheid van de problematiek aan het politieke oog en maatschappelijk debat kunnen onttrekken (Reijven *et al.,* 2014).

4. Conclusie

De probleemstelling die ten grondslag ligt aan deze literatuurstudie is een gesignaleerd gebrek aan een systematische verzameling van kennis over de gezondheidssituatie van en toegankelijkheid van zorg voor ongedocumenteerde migranten. Het doel van de voorliggende studie is het verkrijgen van een inzicht in de stand van zaken met betrekking tot de gezondheidssituatie van ongedocumenteerde migranten, en de toegankelijkheid van zorg voor deze groep, middels een analyse van de beschikbare institutionele en wetenschappelijke literatuur. Aan de hand van de bovenstaande probleem- en doelstellingen werden de volgende twee vraagstellingen geformuleerd:

Vraagstelling A: *Wat is er bekend in de institutionele en wetenschappelijke literatuur over de gezondsheidsdeterminanten van ongedocumenteerde migranten in Europa?*

Vraagstelling B: *Wat is er bekend in de institutionele en wetenschappelijke literatuur over de toegang tot reguliere medische zorg voor ongedocumenteerde migranten in Nederland?*

In totaal zijn 65 academische en 52 institutionele publicaties gebruikt om de beide vraagstellingen te beantwoorden. Per deelvraag is tevens gebruikt gemaakt van twee modellen om de resultaten beter te kunnen begrijpen, namelijk het gezondheidsdeterminantenmodel van Dahlgren & Whitehead (1991) en het AAAQ-raamwerk (2007) dat ook door de WHO wordt gebruikt en de uitgangspunten van het recht op toegang tot zorg beschrijft.

4.1 Algemene conclusie

De resultaten uit deze literatuurstudie bevestigen de vooronderstelling dat de juridische status als 'ongedocumenteerd persoon' een belangrijke, en in veel opzichten negatieve, determinant is voor zowel de gezondheid als de toegankelijkheid van zorg. Factoren van structurele sociale en maatschappelijke uitsluiting worden in vrijwel alle bestudeerde literatuur genoemd als van wezenlijke invloed op de gezondheidssituatie van ongedocumenteerde migranten. Een patroon dat uit de bestudeerde literatuur naar voren komt is het risico op het ontstaan van een vicieuze cirkel, waarbij verschillende determinanten (waaronder de toegankelijkheid van de zorg en het zorgzoekende gedrag van het individu) een negatieve uitwerking hebben op de gezondheid van een ongedocumenteerde patiënt. In de volgende twee paragrafen, waarin de bevindingen uit de literatuur beknopt worden weergegeven, komt dit patroon herhaaldelijk naar voren.

4.2 Conclusie met betrekking tot vraagstelling A

Allereerst is relevant te benoemen dat bij de beantwoording van vraagstelling A factoren werden gesignaleerd die ertoe leiden dat een patiënt geen of ineffectieve stappen onderneemt om tijdig adequate zorg te ontvangen. Zorgzoekend gedrag van de patiënt is mede bepalend bij het verkrijgen van toegang tot medische zorg. Literatuur benoemt meermaals dat fricties en *patient delay* in medische zorgtoegankelijkheid vanuit de ongedocumenteerde patiënt te herleiden zijn tot laaggeletterd- en/ of -gecijferdheid, een minimale beheersing van de taal, culturele taboes, angst voor arrestatie en/of uitzetting naar het land van herkomst, vrees voor hoge zorgkosten, wantrouwen jegens zorgverleners ondanks het medisch beroepsgeheim en discrepanties tussen de verwachtingen van de patiënt en de zorgverlener.

De contextuele gezondheidsdeterminanten omtrent de levensomstandigheden waarin ongedocumenteerden in 32 Europese landen (EU en/ of EVA-lidstaten) zich bevinden zijn overwegend deplorabel: huisvesting en bijbehorende accommodatiefaciliteiten zijn vaak ongezond en onveilig, gevarieerde voeding en middelen voor persoonlijke verzorging liggen buiten bereik. Er is sprake van een continue interactie tussen verschillende gezondheidsdeterminanten, zoals gebrek aan financiële middelen en structurele blootstelling aan arbeidsuitbuiting en diverse vormen van geweld. Ook is het sociale netwerk van ongedocumenteerden vaak beperkt als gevolg van taalbarrières, uitsluiting op verschillende sociale en maatschappelijke niveau's en angst voor arrestatie en uitzetting.

Dergelijke leefomstandigheden komen de gezondheidssituatie logischerwijs niet ten goede, zowel in medisch-professionele zin als in de subjectieve gezondheidsbeleving van de ongedocumenteerde zelf. Veel genoemde gezondheidsklachten en symptomen onder ongedocumenteerden zijn cardiovasculair, digestief, dermatologisch, musculoskeletaal, respiratief, odontologisch, of gynaecologisch van aard. In de meeste somatische casussen zijn deze ziektebeelden te herleiden tot een accumulatie van (te lang) uitgestelde medische zorg in combinatie met slechte leefomstandigheden.

Onderzoeken uit verschillende Europese landen wijzen uit dat ongedocumenteerde migranten een sterk verhoogd risico hebben op een infectie met chlamydia, hepatitis B/C en HIV en tuberculose in vergelijking tot autochtone populaties of vergeleken met migranten met een verblijfsvergunning. De meeste HIV-infecties worden opgelopen na aankomst in Europa.

Specifiek is onderzocht dat ongedocumenteerde vrouwen drie maal zoveel kans lopen op een chlamydia infectie dan vrouwen met een verblijfsvergunning, en dat jongeren onder de 25 jaar een viermaal zo grote kans lopen op chlamydia dan ongedocumenteerden ouder dan 25. Ongedocumenteerden die besmet zijn geraakt met hepatitis B of C zijn relatief vaker laaggeschoolde mannen afkomstig uit Sub Sahara Afrika. Onderzoek naar HIV laat zien dat ongedocumenteerde prostituees geen verhoogd risico lopen op infectie vergeleken met andere prostituees. In veel gevallen zijn patiënten zelf terughoudend om (preventieve) zorg te zoeken in verband met HIV/AIDS vanwege het grote stigma op de aandoening en de angst verstoten te worden uit de sociale- en/of werkkring. In tegenstelling tot wat vaak wordt verondersteld, vinden de meeste HIV-infecties plaats na aankomst in Europa en niet in het land van herkomst. Ook besmetting met TBC onder migranten (waaronder zowel reguliere migranten, asielzoekers en ongedocumenteerden) vindt in veel gevallen plaats ná de risicoperiode van 2,5 jaar na aankomst in Nederland. Of de infectie in Nederland plaatsvond wordt uit de literatuur niet bekend. Hoewel een onderrapportage wordt vermoed van het aantal TBC-infecties onder ongedocumenteerden, bestond in 2010 bijna driekwart van alle patiënten uit migranten.

Verschillende studies benadrukken dat het gebruik van veilige voorbehoedsmiddelen onder ongedocumenteerde mannen en vrouwen laag is. Ongedocumenteerde vrouwen raken vaker ongepland zwanger en gaan vaker over tot een abortus.

Enkele opvallende bevindingen hadden betrekking op zwangere vrouwen. Zo blijkt uit een van de onderzoeken dat ongedocumenteerde zwangeren minder verdovende middelen gebruiken dan reguliere migranten. Ongedocumenteerde zwangeren rapporteerden wel significant vaker psychosociale problemen. Zorgwekkend is de bevinding dat ongedocumenteerde vrouwen in Nederland gemiddeld vijf weken later voor het eerst bij een verloskundige komen dan regulie-

re migranten. De prenatale zorg wordt vaker afgebroken, bijvoorbeeld door migratie naar een andere stad of land. In sommige gevallen verdwijnen vrouwen in Nederland geheel uit beeld van de verloskundige, waarbij het vermoeden bestaat dat professionele geboortezorg achterwege blijft. Hoewel verschillende Europese studies elkaar tegenspreken, laat een Nederlands onderzoek zien dat er is sprake van een groter risico op een te laag geboortegewicht, vroeggeboorte en zwangerschapscomplicaties bij ongedocumenteerde migranten in vergelijking met de controlegroep bestaande uit reguliere migranten. Van een hoger aantal complicaties tijdens de bevalling is volgens dit onderzoek echter geen sprake. Alle onderzoekers van eerder vermelde studies vermoeden echter dat er sprake is van onderrapportage van complicaties voor, tijdens en na de bevalling.

Hoewel cijfers niet worden genoemd, concluderen onderzoekers dat kinderen een relatief grote kans lopen op mishandeling of misbruik. In veel gezinnen is de vader afwezig. Door de armoede waarin ongedocumenteerde kinderen opgroeien is er nauwelijks toegang tot elementaire behoeften als een gezond dieet of schoolspullen. Over dit onderwerp bleek relatief weinig literatuur voorhanden te zijn.

Met betrekking tot de geestelijke gezondheid benadrukt de literatuur dat de opeenstapeling van slechte leef- en werkomstandigheden, geen veilig sociaal netwerk en ongezonde leefstijlfactoren, vaak gevoed door traumatische ervaringen in het land van herkomst, leidt tot een aanmerkelijk hogere kans op psychische problematiek. Nog sterker dan in de somatische zorgverlening kunnen culturele invloeden, sociale taboes, wantrouwen van zorgverleners door de patiënt of het gebruik van niet-beëdigde tolken de behandeling negatief beïnvloeden.

4.3 Conclusie met betrekking tot vraagstelling B

Het Nederlandse zorgsysteem kent, ondanks strikte nationale wet- en regelgeving op het gebied van migratie, een relatief universeel karakter op het gebied van toegankelijkheid en preventieve zorgverlening. Over het algemeen wordt het begrip ‘medisch noodzakelijke zorg’ door Nederlandse artsen ruim geïnterpreteerd. Bovendien blijkt uit eerder onderzoek door het internationale netwerk van Dokters van de Wereld dat discriminatie relatief weinig voorkomt binnen de Nederlandse zorgcontext, vergeleken met andere Europese landen.

Fricties in de toegankelijkheid van de zorg zijn meermaals te herleiden tot het feit dat (eerstelijns)zorgverleners niet op de hoogte zijn van hun medisch-professionele verantwoordelijkheden jegens de ongedocumenteerde patiënt en van de financiële regeling uitgevoerd door het ZiNL. Bovendien dekt de regeling niet alle vormen van medisch noodzakelijke zorg als ze niet voorkomen in het basispakket van de Nederlandse zorgverzekering, zoals tandheelkundige zorg voor volwassenen. Vergeleken met de reguliere Nederlandse populatie maken ongedocumenteerde migranten minder frequent gebruik van huisartszorg. Miscommunicatie, als gevolg van taalbarrière, en een gebrek aan inlevingsvermogen van de zorgverlener in het ‘culturele ziektebeeld’ van de patiënt, vormen additionele problemen de arts-patiëntrelatie die kunnen leiden tot therapieontrouw, *patient delay* en chroniciteit van gezondheidsklachten. Daarbij komt dat de zorgvraag zich verplaatst naar meer specialistische (en daardoor duurdere) niveaus wanneer de toegang tot de eerste lijn problematisch is.

Met betrekking tot infectieziekten (HIV/AIDS, chlamydia, TBC en hepatitis B en C) wordt geconstateerd dat screening hiervan in Nederland toegankelijker is dan in veel andere Europese landen. Problemen worden echter ook geconstateerd. Zo blijkt het aantal positieve testresul-

taten van infectieziekten, dat door huisartsen wordt uitgevoerd, hoger te liggen bij ongedocumenteerde patiënten dan bij reguliere migranten en Nederlandse patiënten. Ondanks deze bevinding blijkt ook dat ongedocumenteerden relatief weinig worden getest. Onderzoekers pleiten dan ook voor een actieve rol van zorgverleners bij het aanbieden van preventieve screening van infectieziekten. Vlaams onderzoek toont aan dat huisartsen in veel gevallen niet overgaan op het actief aanbieden van HIV-testen aan ongedocumenteerde patiënten wegens tijd- en financiële beperkingen, taal- en cultuurbarrières, en doorgaans kortdurende arts- patiëntcontacten. Voor het actief aanbieden van een HIV-test is de vertrouwensrelatie van cruciaal belang. Opvallend is de vooronderstelling van verloskundigen dat ongedocumenteerde vrouwen *tijdens de bevalling* vaker worden doorverwezen wegens complicaties. Uit onderzoek blijkt dat dit niet het geval is: tijdens de bevalling hebben zwangere ongedocumenteerden ongeveer even vaak last van complicaties als zwangere migranten met een verblijfsvergunning. Hoewel ongedocumenteerde vrouwen minder vaak worden verwezen naar de tweede lijn, geven verloskundigen aan geen barrières te ondervinden bij een eventuele verwijzing. Wel bevallen ongedocumenteerde vrouwen relatief vaker thuis (mogelijk om oplopende kosten te vermijden) en blijkt de toegang tot kraamzorg vaak niet toereikend.

Naast de eerder genoemde bevindingen over infectieziekten en zwangerschap, kan over de seksuele en reproductieve gezondheid worden gezegd dat de financiële toegang tot anticonceptie en abortus problematisch is.

Minderjarige ongedocumenteerden komen dezelfde problemen tegen in de toegang tot zorg als volwassenen. Zorgverleners tonen zich gemotiveerd om kinderen van gepaste zorg te voorzien; toch krijgen sommige kinderen, met name wanneer het gaat om psychische problematiek, geen toegang tot adequate middelen. Daarnaast worden sommige kinderen niet preventief gevaccineerd omdat het woonadres onbekend is, waardoor de GGD hen niet kan traceren. Onderzoekers pleiten voor het stimuleren van een sociaal netwerk.

Tenslotte worden toegangsproblemen gesignaleerd met betrekking tot geestelijke gezondheidszorg. Met name ongedocumenteerden die lijden aan complexe of specifieke cultureel-sensitieve problematiek kunnen worden getroffen door tekortschietende capaciteit van zorgaanbieders. In sommige gevallen schrijven huisartsen zelf psychiatrische medicatie voor als alternatief wanneer een gedegen behandeling voor de patiënt niet toegankelijk is. Daarnaast rapporteren onderzoekers de observatie dat soms sprake is van een gebrek aan inlevingsvermogen, empathie en een onrealistisch wereldbeeld van zorgverleners. De betreffende onderzoekers pleiten voor meer aandacht voor internationale aspecten van de (geestelijke) gezondheidszorg. Tot slot wordt gewezen op het belang van een sociaal netwerk, onder andere bestaande uit vrijwilligers en ngo's voor het verkrijgen van toegang tot zorg en het soepel verlopen van de medische behandeling

5. Discussie en aanbevelingen

Deze studie werd uitgevoerd door een werkgroep verbonden aan Dokters van de Wereld, bestaande uit mensen met verschillende academische en professionele achtergronden variërend van antropologie, sociale geografie, psychologie, verpleegkunde en geneeskunde. In deze discussie worden aandachtspunten besproken met betrekking tot de onderzoeksmethodologie en bevindingen, en worden enkele suggesties gedaan voor verder onderzoek door Dokters van de Wereld.

Limitaties aan deze studie zijn de taal, uiteenlopende definities, de categorisering van thema's uit de literatuur en het gebrek aan een kwaliteitsbeoordeling van de literatuur. Vrijwel alle literatuur is afkomstig uit West-Europa - mogelijk als gevolg van het selectiecriterium dat de literatuur Nederlands of Engelstalig dient te zijn. In de gevonden literatuur wordt gebruikt gemaakt van verschillende termen om de onderzochte populatie aan te geven. Naast 'ongedocumenteerden' als onderzoekspopulatie, maken ongedocumenteerden ook vaak deel uit van onderzoekspopulaties aangeduid als bijvoorbeeld '(arbeids)migranten', 'asielzoekers' en 'vluchtelingen'. Sommige, maar lang niet alle, studies geven een heldere definitie van de gebruikte termen. De beschikbare onderzoeken zijn gecategoriseerd in hoofdthema's, wat vervolgens als basis diende voor de hoofdstukopbouw. Deze opbouw legde grote verschillen bloot in onderzoeksopzet, omvang en focus van de onderzoeken en maakte tevens duidelijk dat per hoofdthema slechts enkele onderzoeken beschikbaar waren om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Deze afspiegeling van de literatuur moet worden gezien als een kwalitatieve interpretatie door de werkgroep. Een belangrijke limitatie aan deze literatuurstudie is het feit dat de gevonden literatuur niet is beoordeeld op kwaliteit. Gezien de grote bronvariatie en verschillen in onderzoeksmethodiek is een systematische screening van (primaire) onderzoeken niet mogelijk. Bevindingen moeten dan ook met voorzichtigheid en binnen de context van deze studie worden geïnterpreteerd.

Als antwoord op vraagstelling A (*Wat is er bekend in de institutionele en wetenschappelijke literatuur over de gezondsheidsdeterminanten van ongedocumenteerde migranten in Europa?)* laten de resultaten een breed spectrum zien van thematiek rond gezondheidsdeterminanten voor ongedocumenteerde migranten. Op basis van de literatuur kan een algemeen beeld worden geschetst. Tevens bevestigen de resultaten dat een Europa-brede zoekopdracht nodig is om specifieke informatie te verkrijgen over de gezondheidsstatus van ongedocumenteerde migranten die in Nederland verblijven. Bovendien vermoeden verschillende onderzoekers dat er sprake is van onderrapportage van gezondheidsproblemen. Beide punten kunnen worden verklaard door het feit dat een structurele monitoring van de gezondheid (en zorgtoegankelijkheid) voor ongedocumenteerde migranten ontbreekt.

De beantwoording van vraagstelling B (*Welke problemen worden er in de institutionele en wetenschappelijke literatuur gesignaleerd in de toegang tot reguliere medische zorg voor ongedocumenteerde migranten in Nederland?*) leidde tot een uitgebreid overzicht van problemen in de zorgtoegankelijkheid. Met behulp van de beschikbare literatuur kon echter geen actueel en gedetailleerd beeld worden geschetst van de dynamiek en ontwikkelingen rond zorgtoegankelijkheid van verschillende soorten zorg in Nederland. Een structureel monitoringsysteem waarmee de status quo van zorgtoegankelijkheid voor ongedocumenteerde migranten kan worden bepaald en vergeleken is niet voorhanden.

Op basis van de bevindingen kan worden gesteld dat literatuur over zowel de gezondheid als de toegankelijkheid van zorg voor ongedocumenteerde migranten schaars en versnipperd is. De aard, focus, omvang en methodiek van de onderzoeken lopen sterk uiteen. Een groot deel van de onderzoeken beperkt zich tot een bepaald aspect van de gezondheidszorg, een geografisch gebied, een relatief kleine of zeer specifieke (deel)populatie waardoor de resultaten niet representatief zijn voor de populatie ongedocumenteerden die zich in Europa of, specifieker, in Nederland bevindt. Een voorbeeld hiervan is het onderwerp seksueel overdraagbare aandoeningen, waarvoor een groot deel van de data was verzameld onder ongedocumenteerde vrouwen uit Latijns-Amerika in Genève. Opvallend is dat de problematiek rond gezondheid en (toegang tot) zorg zelden wordt besproken binnen een bredere sociaal-maatschappelijke context. Een uitzondering hierop vormde de literatuur met betrekking tot geestelijke gezondheidszorg. Tegelijkertijd benadrukken vrijwel alle studies dat de geestelijke gezondheid(szorg) voor ongedocumenteerde migranten een lastig te bestuderen categorie betreft, vanwege de heterogene sociaal-demografische opbouw van de doelgroep en het gebrek aan controlegroepen in dergelijke studies. Ook hier is sprake van een lage representatie van de gehele ongedocumenteerde populatie in Europa en wisselend gebruik van terminologie om de onderzoekspopulatie aan te duiden.

De werkgroep is zich ervan bewust dat zowel de beschreven literatuur als voorliggende literatuurstudie geen uitputtend overzicht bevatten van de onderwerpen die aan de vraagstelling gerelateerd zijn. Aan de hand van de gevolgde methode is het blootleggen van ‘hiaten’ in de literatuur dan ook niet mogelijk. Wel doet de werkgroep op basis van de resultaten enkele algemene suggesties.

Ten eerste heeft de focus op ongedocumenteerde migranten in dit onderzoek als gevolg dat een bredere migratie-context onderbelicht blijft. Deze literatuurstudie biedt geen inzicht in aandachtspunten, prioriteiten en trends ten aanzien van de gezondheidssituatie en de toegankelijkheid van zorg voor migranten in bredere zin. Sommige resultaten kunnen hierdoor niet in een groter perspectief worden geplaatst en de relatieve verhoudingen tussen verschillende subgroepen is in dit onderzoek niet behandeld. Zo bleek uit sommige bestudeerde artikelen dat ook migranten mét een verblijfsvergunning op verschillende vlakken een aanzienlijke gezondheidsachterstand hadden ten opzichte van autochtone bevolkingsgroepen. Deze achterstand nam verder toe wanneer het ging om ongedocumenteerde migranten. Een aanbeveling voor toekomstig onderzoek is om te onderzoeken hoe het vraagstuk met betrekking tot ongedocumenteerde migranten kan worden geplaatst in de bredere context van migratie, gezondheid en zorg.

Ten tweede ligt in deze literatuurstudie de nadruk op een negatieve interactie tussen de bestudeerde elementen, zoals besproken in de conclusie. Terwijl in dit onderzoek de nadruk ligt op een negatieve interactie tussen gezondheidsdeterminanten, het zorgzoekend gedrag, de zorgtoegankelijkheid en de individuele gezondheid, blijven mogelijke positieve interacties tussen deze concepten onbelicht. Een aanbeveling is om toekomstige onderzoeksvragen te richten op een positieve interactie tussen deze elementen -positieve gezondheidsdeterminanten, effectief zorgzoekend gedrag en goede toegankelijkheid van zorg- en het bestuderen van sociale, juridische en economische implicaties hiervan.

Ten derde blijkt uit de resultaten van deze studie dat in Nederland een structureel monitoringssysteem van zorgtoegankelijkheid voor ongedocumenteerde personen ontbreekt.

Een aanbeveling is om, in samenwerking met andere organisaties gericht op gezondheid en zorg voor ongedocumenteerde migranten, een landelijk verzamelpunt op te zetten waar problemen met de zorgtoegankelijkheid structureel kunnen worden geregistreerd.

Referenties

Ahonen, E.Q., Porthé, V., Vázquez, M.L., García, A.M., López-Jacob, M.J., Ruiz-Frutos, C., Ronda-Pérez & ITSAL Project. (2009). A qualitative study about immigrants workers' perceptions of their working conditions in Spain. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(11), 936-942.

Amnesty International - Dokters van de Wereld-Stichting LOS. (2014). *Geketende zor*g. Amsterdam/ Rotterdam: Auteurs.

Amnesty International - Dokters van de Wereld-Stichting LOS. (2015). *Isolatie in vreemdelingen-detentie*. Amsterdam/ Rotterdam: Auteurs.

Amnesty International - Dokters van de Wereld-Stichting LOS. (2016). *Opsluiten of beschermen?* Amsterdam/ Rotterdam: Auteurs.

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice*, 8(1), 19-32

Bakker, P.F., Henneman, L. & Devillé, W.L.J.M. (2012). *De toegang tot gezondheidszorg voor ongedocumenteerden onder artikel 122a*. Utrecht: Nivel.

Barona-Vilar, C., Más-Pons, R., Fullana-Montoro, A., Giner-Monfort, J., Grau-Muñuz, A. & Bisbal-Sanz, J. (2013). Perceptions and experiences of parenthood and maternal health care among Latin American women living in Spain: A qualitative study. *Midwifery*, 29(4), 332-337.

Basile, L., Jansà, J.M., Carlier, Y., Salamanca, D.D., Angheben, A., Bartoloni, A., Seixas, J., Van Gool, T., Canavate, C., Flores-Chavez, M., Jackson, Y., Chiodini, P.L. & Albajar-Viñas, P. (2011). Chagas disease in European countries: The challenge of a surveillance system. *Euro Surveillance*, 16(37), 1-10.

Biswas, D., Toebes, B., Hjern, A., Ascher, H. & Nørredam, M. (2012). Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: A comparative study of Denmark, Sweden and T he Netherlands. *Health and Human Rights*, 14(2), 49-60.

Björngren-Cuadra, C.B. (2010). Policies on health care for UMs in EU27. *Country report UK*. Malmö: Malmö Institute for Migration.

Björngren-Cuadra, C.B. (2012). Right of access to health care for undocumented migrants in EU: A comparative study of national policies. *The European Journal of Public Health*, 22(2), 267-271.

Bodenmann, P., Vaucher, P., Wolff, H., Facrat, B., de Tribolet, F., Masserey, E. & Zellweger, J-P. (2009). Screening for latent tuberculosis infection among undocumented immigrants in Swiss healthcare centres; A descriptive exploratory study. *BMC Infectious Diseases*, 9(1), 34-39.

Bollen, N., Kroesen, M. & Beckers, G. (2008). *De stilte doorbreken. Over toegang tot zorg voor ongedocumenteerden in Nederland*. Amsterdam: Dokters van de Wereld.

Breed Medisch Overleg. (2009). *Toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor mensen zonder wettelijke verblijfsstatus: Eerste inventarisatie van knelpunten.* Utrecht: Auteur.

Breed Medisch Overleg. (2010). *'Voor hun kiezen…'. Tandheelkundige zorg voor ongedocumenteerde migranten.* Utrecht: Auteur.

Buja, A., Fusco, M., Furlan, P., Bertoncello, C., Baldovin, T., Casale, P. & Baldo, V. (2014). Characteristics, processes, management and outcome of accesses to accident and emergency departments by citizenship. *International Journal of Public Health,* 59(1), 167-174.

Casillas, A., Bodenmann, P., Epiney, M., Gétaz, L., Irion, O., Gaspoz, J-M. & Wolff, H. (2015). The border of reproductive control: Undocumented immigration as a risk factor for unintended pregnancy in Switzerland. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(2), 527-534.

Castañeda, H. (2009) Illegality as risk factor: A survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. *Social Science & Medicine 68*, 1552–1560

Castañeda, H. (2012). “Over-foreignization” or “unused potential”? A critical review of migrant health in Germany and responses toward unauthorized migration. *Social Science & Medicine, 74*(6), 830-838.

Chauvin, P., Simonnot, N. & Vanbiervliet, F. (2013). *Access to healthcare in Europe in times of crisis and rising xenophobia. An overview of the situation of people excluded from healthcare systems*. Parijs: Médecins du Monde.

Chauvin, P., Simonnot, N., Vanbiervliet, F., Vicart, M. & Vuillermoz, C. (2015). *Access to healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health in 26 cities across 11 countries. Report on the social and medical data gathered in 2014 in nine European countries, Turkey and Canada*. Parijs: Médecins du Monde.

Chavez, L. (2013). *The Latino threat: Constructing immigrants, citizens, and the nation*. Stanford: Stanford University Press.

College voor de rechten van de Mens, Adviescommissie Vreemdelingenzaken, de Nationale Ombudsman. (2015). *Medische zorg aan ongedocumenteerden: aanbevelingen*. Den Haag: Auteurs.

College voor Zorgverzekeringen. (2010). *VWS-verzekerdenmonitor 2010*. Den Haag: Auteur.

Collinson, S. & Ward, R. (2010). A nurse-led response to unmet needs of homeless migrants in inner London. *British Journal of Nursing, 19(1)*, 36-41.

Coppola, N., Alessio, L., Gualdieri, L., Pisaturo, M., Sagnelli, C., Caprio, N., Maffei, R. & Sagnelli, E. (2015). Hepatitis B virus, hepatitis C and human immunodeficiency virus infection in undocumented migrants and refugees in southern Italy, January 2012 to June 2013. *Euro Surveillance, 20(35)*, 30009-30013.

Cossack, N. (2009). *Ieder kind heeft recht op zorg. Afstudeeronderzoek naar ‘illegale kinderen en toegang tot ziekenhuizen.* Utrecht: Pharos.

Cremers, E., Bijleveld, L. & Depuydt, K. (2009). *Je rechten als huishoudelijke hulp bij een privépersoon thuis.* Utrecht: FNV Bondgenoten.

Da Lomba, S. (2014). Vulnerability, irregular migrants’ health-related rights and the European Court of Human Rights. *European Journal of Health Law*, *21(4)*, 339-364.

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO – Strategy paper for Europe.* Stockholm: Institute for Future Studies.

De Jonge, A., Rijnders, M., Agyemang, C., Van der Stouwe, R., Den Otter, J., Van den Muijsenbergh, M.E.T.C. & Buitendijk, S. (2011). Limited midwifery care for undocumented women in The Netherlands. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology,* 32(4), 182-188.

Deblonde, J., Sasse, A., del Amo, J., Burns, F., Delpech, V., Cowan, Levoy, M., & Noori, T. (2015). Restricted access to antiretroviral treatment for undocumented migrants: A bottle neck to control the HIV epidemic in the EU/EEA. *BMC Public Health, 15(1)*, 1228-1241.

De Nationale Ombudsman. (2013). *Medische zorg vreemdelingen. Over toegang en continuïteit van medische zorg voor asielzoekers en uitgeprocedeerde asielzoekers.* Den Haag: Auteur.

De Nationale Ombudsman. (2015). *Zorg over de grenzen. Rapport naar aanleiding van een klacht over het bureau medische advisering.* Den Haag: Auteur.

Dias, S.F., Gama, A., Cortes, M. & de Sousa, B. (2011). Healthcare-seeking patterns among immigrants in Portugal. *Health and Social Care in the Community, 19(5)*, 514-521.

Dorn, T., Ceelen, M., Tang, M-J., Browne, J.L., de Keijzer, K.J.C., Buster, M.C.A. & Das, K. (2011). Health care seeking among detained undocumented migrants: A cross-sectional study. *BMC Public Health, 11(1)*, 190-199.

Engbersen, G. & Burgers, J.P.L. (1999). *Illegale vreemdelingen in Rotterdam.* Den Haag: Boom.

Engbersen, G., Staring, R., van der Leun, J., de Boom, J., van der Heijden, P. & Cruijff, M. (2002). *Illegale vreemdelingen in Nederland. Omvang, overeenkomst, verblijf en uitzetting*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Enskär, K., Ankarcrona, E., Jörgense, A. & Huus, K. (2012) Undocumented refugee children in Swedish healthcare: Nurses' knowledge concerning regulations and their attitude about the care. *Nordic Journal of Nursing Research, 32(1),* 44-47.

Fang, M.L., Sixsmith, J., Lawthom, R., Mountian, I. & Shahrin, A. (2015). Experiencing 'pathologized presence and normalized absence'; Understanding health related experiences and access to health care among Iraqi and Somali asylum seekers, refugees and persons without legal status. *BMC Public Health, 15(1)*, 923-935.

Fedeli, U., Alba, N., Lisiero, M., Zambon, F., Avossa, F. & Spolaore, P. (2010). Obstetric hospitalizations among Italian women, regular and irregular immigrants in north-eastern Italy. *Acta Obstetricia et Gynecologica, 89(11)*, 1437-1437.

Geddie, E., Oikonomou, C. & LeVoy, M. (2007). *Access to health care for undocumented migrant women in Europe.* Brussel: PICUM.

Gil-González, D., Carrasco-Portiño, M., Vives-Cases, C., Agudelo-Suárez, A.A., Castejón Bolea, R. & Ronda-Pérez, E. (2015). Is health a right for all? An umbrella review of the barriers to health care access faced by migrants. *Ethnicity & Health, 20(5)*, 523-541.

Grad, F.P. (2002) The preambule of the constitution of the World Health Organization, Public Health Classics, *Bulletin of the World Health Organization, 80* (12)

Grit, K., den Otter, J. & Spreij, A. (2012). Access to health care for undocumented migrants: A comparative policy analysis of England and The Netherlands. J*ournal of Health Politics, Policy and Law, 37(1)*, 37-67.

Grove, N.J. & Zwi, A.B. (2006). Our health and theirs: Forced migration, othering and public health. *Social Science and Medicine, 62(8)*, 1931-1942.

Guinonnet, A., Navaza, B., de la Fuente, B.P., Pérez-Elías, M. J., Dronda, F., López-Vélez, R. & Pérez-Molina, J. A. (2014). Immigrant women living with HIV in Spain: A qualitative approach to encourage medical follow-up. *BMC Public Health, 14(1)*, 1115- 1128.

Hanlon, P. (2013). *The determinants of health. Keeping people healthy*. Glasgow: University of Glasgow.

Heeren, M., Wittmann, L., Ehlert, U., Schnyder, U., Maier, T. & Müller, J. (2014). Psychopathology and resident status – Comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Comprehensive Psychiatry, 55(4)*, 818-825.

Hollo, V., Dadu, A. (2014) *Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2014*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control-WHO Regional Office for Europe

Huber, M. (2014). *Towards a new, dynamic concept of health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food.* Maastricht/ Enschede: Universiteit Maastricht/ Ipskamp Drukkers.

Huschke, S. (2014). Performing deservingness. Humanitarian health care provision for migrants in Germany. *Social Science & Medicine, 120(11)*, 352-359.

Huschke, S. (2015) Giving Back: Activist research with undocumented migrants in Berlin. *Medical Anthropology, 34(1)*, 54-69

Jackson, Y., Castillo, S., Hammond, P., Besson, M., Brawand-Bron, A., Urzola, D., Gaspoz, J-M & Chappuis, F. (2012). Metabolic, mental health, behavioural and socioeconomic characteristics of migrants with Chagas disease in a non-endemic country. *Tropical Medicine & International Health, 17(5)*, 595-603.

Jackson, Y., Sebo, P., Aeby, G., Bovier, P., Ninet, B., Schrenzel, J., Sudre, P., & Wolff, H. (2010). Prevalence and associated factors for chlamydia trachomatis infection among undocumented immigrants in a primary care facility in Geneva, Switzerland: A cross-sectional study. *Journal of Immigrant Minority Health, 12(6)*, 909-914.

Jensen, N. K., Nørredam, M., Dreabel, T., Bogic, M., Priebe, S. & Krasnik, A. (2011). Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: What are the challenges for health professionals? *BMC Health*, 11(154), 1-10.

Jüngen, I. D. & Zaagman-van Buuren, M. J. (2006). *Pathologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Kähler, L. (2015). Developing indicators on the right to health, the AAAQ toolbox [slides]. UN Social. Forum, 2015, 18-20 February, The Danish Institute for Human Rights, Kopenhagen. Geraadpleegd van http://www.ohchr.org/Documents/Issues/SForum/SForum2015/LenaKahler.pdf

Kalverboer, M. E. & Zijlstra, A. E. (2006). *De schade die kinderen oplopen als zij na langdurig verblijf in Nederland gedwongen worden uitgezet*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Kaspers, A. & Verdoold, A. (2010). *Geen geld, Geen zorg? Onderzoek naar de toegankelijkheid van huisartsen- en tandartsenzorg voor onverzekerbare vreemdelingen.* Groningen: Hanzehogeschool Groningen.

Keygnaert, I., Vettenburg, N. & Temmerman, M. (2012) Hidden violence is silent rape: sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. *Culture, Health & Sexuality, 14(5)*, 505-520

Keygnaert, I., Vettenburg, N., Roelens, K. & Temmerman, M. (2014). Sexual health is dead in my body: Participatory assessment of sexual health determinants by refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and The Netherlands. *BMC Public Health, 14(1)*, 416-442.

Klazinga, N.S., Bloemen, E.J.J.M., van Buuren, J.J.M., Göker, E., Kortmann, F.A.M., Legemate, J. Pronk, C.C. & Schwarz, R.V. (2007). *Arts en vreemdeling. Rapport van de Commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen.* Zeist: a-d Druk.

Klompenhouwer, L. (2014, 1 april). Strafbaarstelling illegaliteit van tafel – arbeidskorting omhoog. *NRC Handelsblad*. Geraadpleegd 17-5-2016: http://www.nrc.nl/nieuws/2014/04/01/strafbaarstelling-illegaliteit-van-de-baan

Kooistra, J. (2006, 29 november). Illegale tandarts helpt klanten in koffiehuis. *Elsevier*.

Kromhout, M., van Buuren, A. R., Kloppenburg, R., van Doorn, L. & van Os, C. (2014). *Kinderen buiten beeld. Een onderzoek naar de woon- en leefsituatie van ongedocumenteerde kinderen.* Utrecht: Stichting LOS.

Kuehne, A., Huschke, S. & Bullinger, M. (2015). Subjective health of undocumented migrants in Germany – A mixed methods approach. *BMC Public health, 15(1)*, 926-938.

Kvamme, E. & Ytrehus, S. (2015). Barriers to health care access among undocumented migrant women in Norway. *Society, Health & Vulnerability, 6*, 1-17.

Larchanché, S. (2012). Intangible obstacles: Health implications of stigmatization, structural violence, and fear among undocumented immigrants in France. *Social Sciences & Medicine,* 74(6), 858-863.

Levesque, J-F., Harris, M.F. & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health, 12(1)*, 18-27.

Lindert, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, A. & Priebe, S. (2008). Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry, 23(1)*, 14-20.

Macherey, A., Simmonot, N. & Vanbiervliet, F. (2015). *Legal report on access to health in 12 countries*. Brussel: Médecins du Monde.

Manirankunda, L., Loos, J., Debackaere, P. & Nöstlinger, C. (2012). "It is not easy": Challenges for provider-initiated HIV testing and counselling in Flanders, Belgium. *AIDS Education and Prevention, 24(5)*, 456-468.

Martelli, P. (2009). Working together for public health. *Transcultural psychiatry, 46(2)*, 316-327.

Médecins du Monde. (2015). *Opposes the patent on sofosbuvir. Hepatitis C: scourge, remedy and scandal*. Parijs: Auteur.

Meerens, B. (2006). *Onverzekerde zorgen.* Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Mensinga, M., van Bommel, H., Goeman, M. & Kloosterboer, K. (2010). *Ongedocumenteerden kinderen en de toegang tot ziekenhuiszorg*. Utrecht: Pharos.

Mylius, M. & Frewer, A. (2015). Access to healthcare for undocumented migrants with communicable diseases in Germany: A quantitative study. *The European Journal of Public Health, 25(4)*, 582-586.

Nesse, W., Spijkervet, F.K.L., Abbas, F., Vissink, A. (2006). Relatie tussen parodontale gezondheid en algemene gezondheid 2.Vroeggeboorte, diabetes en auto- immuunziekten. *Ned Tijdschr Tandheelkunde 113*: 191-196

Nørredam, M., Nielsenm, S.S. & Krasnik, A. (2009). Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe – A systematic review. *European Journal of Public Health, 20(5)*, 555-563.

Pedersen, A.F., Olesen, F., Hansen, R.P., Zachariae, R. & Vedsted, P. (2011). Social support, gender and patient delay. *British Journal of Cancer, 104(8),* 1249-1255.

Pikhart, H., Drbohlav, D. & Dzurova, D. (2010). The self-reported health of legal and illegal/irregular immigrants in the Czech Republic. *International Journal of Public Health, 55(5)*, 401-411.

Popay, J., Williams, G., Thomas, C. & Gatrell, A. (1998). Theorising inequalities in health: The place of lay knowledge. *Sociology of Health and Illness, 20(5)*, 619-644.

Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U. & Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: Views and experience of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health, 11(1)*, 187-206.

Priebe, S., Matanov, A., Schor, R., Straßmayr, C., Barros, H., Barry, M.M., Díaz-Olalla, J.M., Gabor, E., Greacen, T., Holcnerová, P., Kluge, U., Lorant, V., Moskalewicz, J., Schene, A.H., Macassa, G. & Gaddini, A. (2012) Good practice in mental health care for socially marginalised groups in Europe: a qualitative study of expert views in 14 countries. *BMC Public Health 12:248*

Rechel, B., Mladovsky, P., Devillé, W. L. J. M., Rijks, B., Petrova-Benedict, R. & McKee, M. (2011). (Eds.). *Migration and health in the European Union*. Berkshire: McGraw-Hill.

Reijneveld, S.A. & Van Herten, L.M. (2000). *Toegankelijkheid van zorg voor illegalen.* Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.

Reijven, J., Teljoarubun, N., Bestebreurtje, B., Hoogerbrugge, A.(2014). *Assessment of unmet needs regarding access to health care of undocumented persons in The Netherlands.* Amsterdam: Dokters van de Wereld-Artsen zonder Grenzen.

Robert, G., Martínez, J.M., García, A.M., Benavides, F.G. & Ronda, E. (2014). From the boom to the crisis: Changes in employment conditions of immigrants in Spain and their effects on mental health. *European Journal of Public Health, 24(3)*, 404-409.

Ross, M.W., Crisp, B.R., Månsson, S.A. & Hawkes, S. (2012). Occupational health and safety among commercial sex workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 38(2)*, 105-119.

Sandhu, S., Bjerre, N., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E. & Priebe, S. (2013). Experiences with treating immigrants: A qualitative study in mental health services across 16 European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 48(1)*, 105-116.

Schoevers, M.A. (2011). *"Hiding and seeking". Health problems and problems in accessing health care of undocumented female immigrants in The Netherlands.* Nijmegen: Radboud Universiteit.

Schoevers, M.A., Loeffen, M.J., van den Muijsenbergh, M.E.T.C. & Lagro-Janssen, A.L.M. (2010a). Health care utilisation and problems in accessing health care of female undocumented immigrants in The Netherlands. *International Journal of Public Health, 55(5)*, 421-428.

Schoevers, M.A., van den Muijsenbergh, M.E.T.C. & Lagro-Janssen, A.L.M. (2009a). Patient-held records for undocumented immigrants: A blind spot. A systematic review of patient-held records. *Ethnicity & Health, 14(5)*, 497-508.

Schoevers, M.A., van den Muijsenbergh, M.E.T.C. & Lagro-Janssen, A.L.M. (2009b). Self-rated health and health problems of undocumented immigrant women in The Netherlands: A descriptive study. *Journal of Public Health Policy, 30(4)*, 409-422.

Schoevers, M.A., van den Muijsenbergh, M.E.T.C. & Lagro-Janssen, A.L.M. (2010b). Illegal female immigrants in The Netherlands have unmet needs in sexual and reproductive health. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology, 31(4),* 256 - 264.

Schuster, L. (2005). The continuing mobility of migrants in Italy: Shifting between places and statuses. *Journal of Ethnic and Migration Studies, 31(4)*, 757-774.

Sebo, P., Jackson, Y., Haller, D.M., Gaspoz, J-M. & Wolff, H. (2011). Sexual and reproductive health behaviors of undocumented migrants in Geneva: A cross sectional study. *Journal of Immigrant and Minority Health, 13(3)*, 510-517.

Selten, J-P., Wierdsman, A., Mulder, N. & Burger, H. (2007). Treatment seeking for alcohol and drug use disorders by immigrants to The Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42(4)*, 301-306.

Slump, E., Erkens, C.G.M., van Hunen, R., Schimmel, H.J., van Schoolingen D., Tierlinck, A.C. & de Vries G. (2015). *Tuberculose in Nederland 2014. Surveillancerapport inclusief rapportage monitoring van interventies*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Smith, A.C. & LeVoy, M. (2016). *The sexual and reproductive health rights of undocumented migrants. Narrowing the gap between their rights and the reality in the EU.* Brussel: PICUM.

Sousa, E., Agudelo-Suárez, A., Benavides, F.G., Schenker, M., García, A.M., Benach, J. & Porthé, V. (2010). Immigration, work and health in Spain: The influence of legal status and employment contract on reported health indicators. *International Journal of Public Health, 55(5*), 443-451.

Søvig, K.H. (2011). Provision of health services to irregular migrants with a special focus on children. *European Journal of Health Law, 18(1),* 43-54.

Staring, R. & Aarts, J. (2010). Jong en illegaal in Nederland. *Een beschrijvende studie naar de komst en verblijf van onrechtmatig verblijvende (voormalige) alleenstaande minderjarige vreemdelingen en hun visie op de toekomst*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Straßmayr, C., Matanov, A., Priebe, S., Barros, H., Canavan, R., Díaz-Olalla, J.M., Gabor, E. & Katschnig, H. (2012). Mental health care for irregular migrants in Europe: Barriers and how they are overcome. *BMC Public Health, 12(1)*, 367-385.

Suess, A., Pérez, I.R., Azarola, A.R. & Cerdà, J.C.M. (2014). The right of access to health care for undocumented migrants: A revision of comparative analysis in the European context. *The European Journal of Public Health, 24(5)*, 712-720.

Teunissen, E., van Bavel, E., Mareeuw, F.D., Macfarlane, A., van Weel-Baumgarten, E., van den Muijsenbergh, M.E.T.C. & van Weel, C. (2015). Mental health problems of undocumented migrants in The Netherlands: A qualitative exploration of recognition, recording, and treatment by general practitioners. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 33(2)*, 82-90.

Teunissen, E., van den Bosch, L., van Bavel, E., Mareeuw, F.D., van den Muijsenbergh, M.E.T.C., van Weel-Baumgarten & van Weel, C. (2014). Mental health problems in undocumented and documented migrants: *A survey study. Family Practice, 31(5)*, 571-577.

Thomas, R.Z., Loos, B.G., Teeuw, W., Kunnen, A., Winkelhoff, A.J. van, Abbas, F. (2015) Parodontitis en systemische ziekten – van wetenschap naar praktijk. *Ned Tijdschr Tandheelkunde 122*: 542-548

Torres-Cantero, A.M., Miguel, A.G., Gallardo, C. & Ippolito, S. (2007). Health care provision for illegal migrants: May health policy make a difference? T*he European Journal of Public Health, 17(5)*, 483-485.

Undocumented Worker Transitions (2008). *Undocumented migration glossary. Work package 5*. Roskilde/ Londen: Roskilde University/ Working Lives Research Institute.

Van den Muijsenbergh, M.E.T.C. (2006). *"Als een gazelle tussen de leeuwen." De kwetsbare gezondheid van mensen zonder verblijfsvergunning en belemmeringen in de toegang tot medische zorg.* Nijmegen: Radboud Universitair Medisch Centrum.

Van der Heijden, P.G.M., Cruyff, M. & van Gils, G.H.C. (2015). *Schatting illegaal in Nederland verblijvende vluchtelingen.* Utrecht: Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatiecentrum.

Van der Leun, J. & M. Ilies (2008) *Irreguliere migratie in Nederland. Het tellen van de ontelbaren: data en trends in Europa. Clandestino rapport.* Leiden/Athene: ELIAMEP Hellenic Foundation for European and Foreign Policy

Van der Meiden, W. (2011). *Zonder geldige papieren in Den Haag.* Den Haag: Diaconie van de Protestantse Gemeente te 's-Gravenhage.

Van Oort, M., Kulu-Glasgow, I., Weide, M. & de Bakker, D. (2001). *Gezondheidsklachten van illegalen. Een landelijk onderzoek onder huisartsen en spoedeisende hulpafdelingen.* Utrecht: Nivel.

Verdonk, M.C.F. (2004). *Illegalennota.* Vergaderjaar 2003-2004, Kamerstuk 29537(2), 4 mei 2004. Den Haag: Handelingen der Staten-Generaal

Verenigde Naties, Algemene Vergadering (1948) *Universele Verklaring van de Rechten van de Mens.* New York: Auteur. Geraadpleegd 8-11-2016: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=dut

Verenigde Naties Algemene Vergadering (1966). *International covenant on economic, social and cultural rights, treaty series no. 14531*. New York: Auteur.

Verenigde Naties Commissie van Economische, Sociale en Culturele Rechten (2000). *General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Art. 12 of the Covenant), 11 August 2000, E/C.12/2000/4.* New York: Auteur.

Vloeberghs, E., van der Kwaak, A., Knipscheer, J. & van den Muijsenbergh, M. (2012). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethnicity & Health, 17(6)*, 677-695.

Vogel, D. & Jandl, M. (2008) Chapter 1: Introduction to the methodological problem. In A. Kraler & D. Vogel (Eds.), *Report of methodological issues* (pp. 5-11). Wenen: International Centre for Migration Policy Development.

Vos, P. (2010) *Perspectief op gezondheid 20/20* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Zorg

Vreemdelingenwet 2000 (2015, 20 juli). Geraadpleegd 7-6-2016: http://wetten.overheid.nl/BWBR0011823/2015-07-20

Wagemakers, A. & Vaandrager, L. (2007). *Modellen voor de sociale en fysieke determinanten van gezondheid.* Wageningen: Wageningen University & Research centre.

Watjer, R., Roosmalen, J. van & Janmaat, L. (2016) *Health care seeking practices of undocumented migrants in the Netherlands : a qualitative exploration of health care seeking behaviour.* Amsterdam: Vrije Universiteit en Dokters van de Wereld

Whyte, J., Whyte, D. & Hires. K. (2015). A study of HIV positive undocumented African migrant's access to health services in the UK. *AIDS Care 27(6)*, 703-705.

Wiseman, O. (2011). Undocumented migrants and maternity care. *British Journal of Midwifery, 19(1)*, 38-42.

Wolff, H., Epiney, M., Loureceno, A.P., Costanza, M.C., Delieutraz-Marchand, J., Andreoli, N., Dubuisson, J-B., Gaspoz, J.M., & Irion, O. (2008a). Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health, 8(1)*, 93-104.

Wolff, H., Lourenco, A., Bodemann, Epiney, Uny, M., Andreoli, N., Irion, O., Gaspoz, J.M., & Dubuission, J-B. (2008b). Chlamydia trachomatis prevalence in undocumented migrant undergoing voluntary termination of pregnancy: A prospective cohort study. *BMC Public Health, 8(1)*, 391-398.

Wolswinkel, J. (2009). *Ongedocumenteerde patiënten bij de huisarts. Onderzoek naar de morbiditeit van ongedocumenteerde patiënten en de daaraan gegeven zorg door Nederlandse huisartsen in enkele grote steden.* Nijmegen: Radboud Universitair Medisch Centrum.

Woodward, A., Howard, N. & Wolffers, I. (2014). Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: A scoping review. *Health Policy and Planning, 29(7)*, 818-830.

World Health Organization (1948) *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.* Geneva: World Health Organization

World Health Organization (2007) *The right to health; joint fact sheet WHO/OHCHR/323.* Geraadpleegd 23-10-2015: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323_en.pdf

World Health Organization (2008). *Anti-tuberculosis drug resistance in the world. Fourth global report.* Genève: Auteur.

World Health Organization (2016). *Fact sheet N°104. Reviewed March 2016.* Geraadpleegd 15-6-2016: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/

Zonneveld, E.H. (2010). *"That's how I live with it, I don't have a choice." A study on undocumented migrants' health seeking behaviour for dental problem in the Netherlands.* Amsterdam: University of Amsterdam. heelkunde 122: 542-548

DOKTERS VAN DE WERELD

www.doktersvandewereld.org