

Diversiteit in 'medische noodzakelijkheid': een analyse van huisartsenzorg aan illegalen in Rotterdam



Masterscriptie GVB, Sociologie

Annelies Moltzer

Annelies Moltzer

Studentnummer: 295923

Begeleider: Arjen Leerkes

2^e Beoordelaar: Masja van Meeteren

Rotterdam, oktober 2011

Als je een terminale patiënt hebt die niet verzekerd is en dat kost heel veel tijd dan ehm dan ehm ja dan ehm.

[Rotterdamse vrouwelijke huisarts]

Samenvatting

In Nederland verblijvende illegalen worden sinds de invoering van de Koppelingswet in 1998 uitgesloten van collectieve voorzieningen met als doel het voorkómen van de voortzetting van een illegaal verblijf in Nederland. Indien er sprake is van medisch noodzakelijke zorg kan van de Koppelingswet worden afgeweken. Wat onder medisch noodzakelijke zorg valt wordt overgelaten aan de interpretatie van de arts. Uit literatuur is bekend dat er verschillen tussen artsen kunnen voorkomen in de uitvoering van de Koppelingswet. In dit onderzoek wordt onderzocht waaruit die verschillen bestaan. In hoeverre aspecten van identificatie, zoals opleidingsniveau, politieke voorkeur en reiservaring naar niet-westerse landen een rol spelen bij huisartsen in het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen wordt in kaart gebracht. Daarnaast wordt onderzocht of er verschil is in medisch noodzakelijke zorg aan illegalen die tot de *deserving poor* - illegalen waar mensen sympathie voor hebben en die volgens mensen hulp verdienen- behoren en illegalen die tot de *undeserving poor* – illegalen waar mensen geen sympathie voor hebben en volgens hen geen hulp verdienen - behoren. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek. Bij huisartsen in Rotterdam zijn diepte-interviews afgenomen. De huisartsen zijn naar aanleiding van de resultaten van de interviews onderverdeeld in ideaaltypen. Uit dit onderzoek blijkt dat kenmerken van huisartsen en illegalen een rol spelen in het verlenen van medisch noodzakelijke zorg.

Voorwoord

Vijf jaar geleden startte ik met het schakeljaar van de studie sociologie. Na het behalen van mijn VWO-diploma koos ik voor de praktische studie fysiotherapie. Tijdens deze opleiding kreeg de wetenschap mijn belangstelling. Nadat ik mijn HBO-diploma had behaald vond ik een nieuwe uitdaging in de studie sociologie. Naast de studie sociologie ben ik altijd werkzaam geweest als fysiotherapeut in een verpleeghuis.

Dit onderzoek richt zich op zorg aan een kwetsbare groep mensen; illegale vreemdelingen die in Nederland verblijven. De interesse om onderzoek te doen met als onderwerp 'illegalen' werd gewekt toen ik mij afvroeg hoe het met de gezondheidszorg van illegalen was gesteld wat uiteindelijk heeft geresulteerd in deze scriptie. Uiteraard kon dit onderzoek niet tot stand komen zonder de hulp van mijn scriptiebegeleider Arjen Leerkes die mij geholpen heeft met de opzet van dit onderzoek en mij gemotiveerd heeft om het uit te voeren en af te ronden. Ook wil ik mijn tweede beoordelaar Masja van Meeteren bedanken.

Tot slot wil ik een aantal andere mensen bedanken. Kinman, mijn studiemaatje die mij altijd weer enthousiast wist te maken voor deze studie. Mijn familie; mijn ouders die mij op het bestaan van de studie sociologie wezen, omdat dat 'echt iets voor mij was' en mij altijd hebben gesteund. Mijn zus Els en mijn vader voor hun kritische blik op dit onderzoek. Mijn broer Pim voor zijn hulp bij de lay-out. Pieter, Ouyan en Benjamin voor hun interesse. Mijn vriend David wil ik bedanken voor alle begrip en het bewaken van de rust tijdens het werken aan dit onderzoek.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 Huisartsen als grensbewaarders	6
1.1 Inleiding	6
1.2 De Koppelingswet	6
1.3 Aanleiding	10
1.4 Probleemstelling	11
1.4.1 Doelstelling en vraagstellingen	11
1.4.2 Maatschappelijke relevantie	12
1.4.3 Wetenschappelijke relevantie	13
1.5 Methoden	13
1.6 Leeswijzer	14
Hoofdstuk 2 Theorie	15
2.1 Inleiding	15
2.2 Identificatie en reiservaring	15
2.3 Politieke voorkeur	18
2.4 Opleidingsniveau	19
2.5 <i>Deserving poor</i> en <i>undeserving poor</i>	19
2.6 <i>Principal Agent Problem</i>	22
2.7 Werkhypothesen	22
Hoofdstuk 3 Onderzoeksmethoden	24
3.1 Inleiding	24
3.2 Kwalitatief onderzoek	24
3.3 Diepte-interviews	25
3.4 Onderzoeksgroep	25
3.5 Onderzoeksstrategie en onderzoeksmethode	25
3.6 Betrouwbaarheid	27
3.7 Validiteit	28

Hoofdstuk 4 Ideaaltypen	30
4.1 Inleiding	30
4.2 Mate van hulpverleners	30
4.3 Actief en passief	35
4.4 Ideaaltypen	39
Hoofdstuk 5 Huisartsenzorg in de praktijk	47
5.1 Inleiding	47
5.2 Dilemma's van huisartsen	47
5.3 Kenmerken van huisartsen	50
Hoofdstuk 6 Conclusie	54
Hoofdstuk 7 Discussie en aanbevelingen	59
Literatuurlijst	64
Bijlage Opzet interview	69

Hoofdstuk 1: Huisartsen als grensbewaarders

1.1 Inleiding

In 1985 werd door België, Duitsland, Frankrijk, Luxemburg en Nederland het akkoord van Schengen ingevoerd, waarna werd gestart met de geleidelijke afschaffing van de controles aan de gemeenschappelijke grenzen (de Zwaan & Bultena, 2001). Inmiddels is het Schengengebied in 2011 verder uitgebreid. Nederland beschermt vanwege de afnemende controle van de buitengrenzen als gevolg van de Europese integratie, en vanwege het groeiend aantal migranten dat zich zonder toestemming in Nederland vestigde, de grenzen van binnenuit (Leerkes, 2009). Deze interne grenscontrole bestaat uit een breed scala van beleidsmaatregelen binnen het grondgebied van de staat en kan worden vergeleken met controles aan de buitengrenzen, zoals de visumplicht en grensbewaking (Broeders & Engbersen, 2007; Guiraudon & Lahav, 2007; Lahav & Guiraudon, 2000; Van der Leun, 2006; Zolberg, 2003). Leerkes (2009) onderscheidt twee typen interne grenscontroles; secundaire territoriale exclusie en institutionele exclusie. Secundaire territoriale exclusie bestaat uit het opsporen en verdrijven van immigranten die ongewenst zijn door de staat, maar de primaire controles aan de buitengrenzen hebben ontdoken. Tot institutionele exclusie behoren alle maatregelen gericht op het systematisch uitsluiten van illegale vreemdelingen van belangrijke instituties van de welvaartsstaat, zoals de formele arbeidsmarkt, huizenmarkt, gezondheidszorg en sociale zekerheid. In dit onderzoek wordt ingegaan op sociale uitsluiting van illegale vreemdelingen met betrekking tot gezondheidszorg.

1.2 De Koppelingswet

Een vorm van institutionele exclusie is de invoering van de Koppelingswet. De wet tot wijziging van de Vreemdelingenwet en enige andere wetten (de Koppelingswet) trad 1 juli 1998 in werking. Deze wetswijziging beoogt de aanspraken van een vreemdeling op

collectieve voorzieningen te koppelen aan het rechtmatig verblijf in Nederland. Zo luidt artikel 10 van de Vreemdelingenwet als volgt:

- 1. *De vreemdeling die geen rechtmatig verblijf heeft, kan geen aanspraak maken op toekenning van verstrekkingen, voorzieningen en uitkeringen bij wege van een beschikking van een bestuursorgaan. De eerste volzin is van overeenkomstige toepassing op de bij de wet of algemene maatregel van bestuur aangewezen ontheffingen of vergunningen.*
- 2. *Van het eerste lid kan worden afgeweken indien de aanspraak betrekking heeft op het onderwijs, de verlening van medisch noodzakelijke zorg, de voorkoming van inbreuken op de volksgezondheid, of de rechtsbijstand aan de vreemdeling.*
- 3. *De toekenning van aanspraken geeft geen recht op rechtmatig verblijf.*

Illegalen kunnen sinds de invoering van de Koppelingswet geen aanspraak meer maken op collectieve voorzieningen (Huls, 2009). De Koppelingswet dient twee doelen: het voorkómen van de voortzetting van illegaal verblijf én het opbouwen van een quasi-juridische positie (Van der Leun, 2001: 120). De Koppelingswet is volgens Zolberg (1999) een typisch voorbeeld van *remote control*; verantwoordelijkheden worden naar een lager niveau gedelegeerd en naar andere actoren dan de traditionele grensbewaarders. Door de invoering van de Koppelingswet worden mensen die werkzaam zijn binnen organisaties waar illegalen contact mee zoeken verantwoordelijk voor het ten uitvoer brengen van de wet (Van der Leun, 2001). Van hen wordt verwacht dat zij illegalen uitsluiten van sociale voorzieningen (Van der Leun, 2006), waardoor zij een dubbele taak hebben: *the dual task of being a judge and a server at the same time* (cf. Lipsky 1980: 74).

Een uitzondering op het uitsluiten van illegalen van collectieve voorzieningen is medisch noodzakelijke zorg, gedefinieerd door toenmalig minister Verdonk ten tijde van de invoering van de Koppelingswet als een behandeling die niet kan worden uitgesteld of

onthouden zonder dat het leven van de betrokkene dan wel de Nederlandse volksgezondheid ernstig in gevaar wordt gebracht¹. In deze gevallen stelt het Nederlands recht zorgplichten aan behandelaars. Zowel de overheid als individuen kunnen zich hier niet aan onttrekken². De arts of zorgverlener wordt geacht te beoordelen of medische zorg geïndiceerd is (Klazinga et al., 2007). Door de invoering van de Koppelingswet wordt van artsen verwacht dat ze selectief zorg leveren aan illegalen om een illegaal verblijf onaantrekkelijk te maken. Niet-medische redenen dreigen de toegang tot zorg te beperken (Klazinga et al., 2007).

Ondanks de invoering van de Koppelingswet hebben artsen ruimte om te manoeuvreren (Van der Leun, 2001). Hierdoor wordt gesuggereerd dat het begrip medische noodzakelijkheid verschillend kan worden ingevuld. Van der Leun (2001) beschrijft dat er geen eenduidigheid is ten aanzien van medisch noodzakelijke zorg; artsen zijn terughoudend om zorg te weigeren, maar er zijn ook verschillen tussen instellingen. Deze verschillen zijn niet systematisch beschreven, aangetoond en verklaard.

Wanneer illegalen gebruik maken van medische zorg, moeten zij gemaakte kosten zelf betalen³. Indien illegalen deze kosten niet kunnen betalen zijn artsen genoodzaakt om onderscheid te maken tussen medische zorg en medisch noodzakelijke zorg. De meeste problemen ontstaan wanneer illegalen gebruik willen maken van ziekenhuiszorg en zij chronische zorg of kostbare medicijnen nodig hebben (Van der Leun, 2001) en deze zorg door artsen of door het College voor zorgverzekeringen (CVZ) niet tot medisch noodzakelijke zorg wordt gerekend. Wanneer illegalen gemaakte kosten niet kunnen vergoeden, kan de zorgaanbieder onder voorwaarden aanspraak maken op een vergoeding van oninbare kosten bij het CVZ. Dit is een regeling die door de overheid is ingesteld. Artsen kunnen een financiële vergoeding krijgen voor verleende medisch noodzakelijke zorg aan illegalen indien illegalen niet in staat zijn de rekening te betalen. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen

¹ Kamerstuk: definitie medisch noodzakelijke zorg, 1999 via <http://www.terminal.nl>

² Bestuursrechtspraak door Raad van State, 2008 via <http://www.raadvanstate.nl>

³ College voor zorgverzekeringen, via <http://www.cvz.nl>

direct toegankelijke zorg en niet-direct toegankelijke zorg. Onder direct toegankelijke zorg valt de zorg die zonder recept, verwijzing of indicatie toegankelijk is en vaak direct moet worden verleend. Hieronder vallen huisartsen, kraamhulp, verloskundigen, tandartsen en acute ziekenhuiszorg. Niet-direct toegankelijke zorg is zorg die toegankelijk is na recept, verwijzing of indicatiestelling. Het gaat hier om zorg verleend door apotheken, ziekenhuizen, GGZ-instellingen, verpleeghuizen en ambulancediensten. Ziekenhuizen en overige zorgaanbieders kunnen de oninbare kosten van direct toegankelijke zorg aan illegalen rechtstreeks declareren bij het CVZ. Bij niet-direct toegankelijke zorg kunnen alleen zorgaanbieders die het CVZ hiervoor heeft gecontracteerd aanspraak maken op een tegemoetkoming in de kosten. Huisartsen mogen voor een consult aan illegalen het passantentarief hanteren waarvoor zij een vergoeding van 80% van het CVZ kunnen ontvangen mits er sprake is van medisch noodzakelijke zorg³.

Illegalen kunnen geen zorgverzekering afsluiten³. Indien zij aanspraak maken op gezondheidszorg zijn zij afhankelijk van individuele artsen die bepalen of zij medische zorg dan wel medisch noodzakelijke zorg verlenen. Artsen zijn door de invoering van de Koppelingswet niet langer alleen in dienst van de gezondheidszorg. Zij zijn tevens uitvoerder van de wet en kunnen door hun eigen invulling van het begrip medische noodzakelijkheid al dan niet meewerken als poortwachters van de gezondheidszorg aan illegalen (Van der Leun, 2001). De overheid biedt huisartsen via het CVZ de mogelijkheid om een financiële vergoeding te ontvangen wanneer zij medisch noodzakelijke zorg hebben verleend aan illegalen. Doordat huisartsen alleen een vergoeding kunnen krijgen indien zij medisch noodzakelijke zorg hebben geleverd en er geen vergoeding wordt verleend voor niet medisch noodzakelijke zorg, dwingt de overheid artsen om selectief te zijn in het leveren van zorg aan illegalen. Alleen medisch noodzakelijke zorg, zoals door toenmalig minister Verdonk gedefinieerd als een behandeling die niet kan worden uitgesteld of onthouden zonder dat het leven van de betrokkene dan wel de Nederlandse volksgezondheid ernstig in gevaar wordt gebracht, wordt vergoed¹.

1.3 Aanleiding

Het Nederlands recht stelt een zorgplicht aan behandelaren indien er sprake is van medisch noodzakelijke zorg². Het is hierbij aan de arts te bepalen wat medisch noodzakelijke zorg is (Klazinga et al., 2007). De invulling van het begrip medisch noodzakelijke zorg kan, zoals eerder beschreven, per arts verschillen. Er zijn verscheidene onderzoeken gedaan naar zorg aan illegalen. De commissie medische zorg, oftewel de commissie Klazinga, heeft onderzoek gedaan naar ervaren knelpunten in het medisch handelen bij (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen vanwege onduidelijkheid omtrent het begrip medische noodzakelijkheid. Een van de adviezen uit dit rapport is de herdefiniëring van het begrip medisch noodzakelijke zorg als: 'verantwoorde en passende medische zorg'. Deze zorg is doeltreffend en doelmatig en is afgestemd op de behoefte van de patiënt (Klazinga et al., 2007). Een ander onderzoek behandelt het beleid van huisartsen ten aanzien van zorg aan illegalen, evenals de ervaring van huisartsen met deze groep mensen (NIVEL, 2009). Geen van beide onderzoeken gaat in op de rol van persoonlijke kenmerken van huisartsen of illegalen bij het ten uitvoer brengen van medisch(e) (noodzakelijke) zorg aan illegalen. Medewerkers van de gezondheidszorg kunnen een sterk beroep doen op hun professionele autonomie. Van der Leun (2001) geeft in haar onderzoek aan dat een grote mate van discretionaire bevoegdheid tot individuele verschillen leidt.

De aanleiding voor dit onderzoek is de ruimte die artsen hebben in het ten uitvoer brengen van de Koppelingswet ten aanzien van medisch noodzakelijke zorg. Dit onderzoek richt zich op kenmerken van artsen dan wel van illegalen en op de vraag of deze kenmerken van invloed kunnen zijn op de invulling van huisartsenzorg aan illegalen.

1.4 Probleemstelling

1.4.1 Doelstelling en vraagstellingen

Het is aan de arts om te bepalen wat medisch noodzakelijk is indien een illegale vreemdeling een beroep doet op zorg. De zorg aan illegalen kan verschillend zijn. Het is van belang om na te gaan of dit samenhangt met verschillende kenmerken van huisartsen en/of verschillende typen illegalen. Verschillen in typen illegalen kunnen bijvoorbeeld bestaan uit mensen die wel of niet deelnemen aan het arbeidsproces of verschillen in leeftijd en geslacht. In hoeverre kenmerken van huisartsen alsmede kenmerken van illegalen hierin een rol spelen is niet bekend. Dit onderzoek heeft als doelstelling een analyse te maken van de invulling van medisch noodzakelijke zorg door huisartsen aan illegalen. In dit onderzoek wordt vanuit een sociologisch oogpunt de huisartsenzorg aan illegalen nader bekeken, met als centrale vraagstellingen:

Waaruit bestaan de verschillen tussen huisartsen in de invulling van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen?

Zijn er aanwijzingen dat zorg aan illegalen afhankelijk is van kenmerken van huisartsen dan wel van niet-medische kenmerken van illegalen?

Aan de hand van de centrale vraagstellingen zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- Hoe geven huisartsen invulling aan het begrip medische noodzakelijkheid?
- Welke opvattingen hebben huisartsen ten aanzien van huisartsenzorg aan illegalen?

- Maken huisartsen onderscheid in het verlenen van zorg tussen illegalen die tot de *deserving poor* behoren en illegalen die tot de *undeserving poor* behoren?
- Zijn kenmerken van huisartsen, zoals het opleidingsniveau van de vader, politieke voorkeur en reiservaring naar niet-westerse landen van invloed op de invulling die zij aan medische noodzakelijkheid geven?
- Geven huisartsen werkzaam in wijken waar weinig illegalen verblijven een andere invulling aan medisch noodzakelijke zorg dan huisartsen werkzaam in wijken waar veel illegalen verblijven?
- Hoe kunnen eventuele verschillen in het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen worden begrepen en waar hangen ze mee samen?

1.4.2 Maatschappelijke relevantie

Met het beantwoorden van de vraagstellingen wordt inzicht verkregen in de invulling van huisartsen van het begrip medisch noodzakelijke zorg aan illegalen. Dit is van belang aangezien het al dan niet verlenen van medische zorg aan illegalen van invloed kan zijn op de gezondheid van het individu en de volksgezondheid van Nederland. Door inzicht te verkrijgen kan voorkomen worden dat illegalen zich niet laten behandelen, er een illegaal medisch circuit ontstaat en/of er een ethische grens wordt overschreden.

De Koppelingswet heeft een indirect effect op illegalen. Illegalen zijn niet altijd op de hoogte van de medische geheimhouding van artsen, waardoor zij soms bang zijn dat een arts de politie zal bellen indien bekend wordt dat zij illegaal in Nederland verblijven. Deze angst kan leiden tot onbedoelde consequenties wanneer illegalen de gezondheidszorg hierdoor meer mijden. Er kunnen onoverkomelijke gevolgen zijn voor het individu dat te laat een arts raadpleegt en daardoor niet meer te behandelen is (Van der Leun, 2001).

Het is van maatschappelijk belang om de rol van de huisarts te onderzoeken in relatie tot medisch noodzakelijk verleende zorg aan illegalen vanwege de poortwachterfunctie die de huisarts vervult. De huisarts speelt een cruciale rol in het beoordelen welke patiënten worden doorverwezen naar een ziekenhuis of medisch specialist. Illegalen zijn in sterke mate afhankelijk van de interpretatie van medische noodzakelijkheid door de huisarts voor het verkrijgen van medische zorg.

Huisartsen worden met dilemma's geconfronteerd wanneer zij te maken krijgen met illegalen die een beroep doen op gezondheidszorg. Het is van maatschappelijk belang voor de beroepsgroep om te onderzoeken hoe groot de verschillen zijn tussen huisartsen in de invulling van medische noodzakelijkheid en of deze verschillen acceptabel zijn voor de beroepsgroep. Dit onderzoek draagt bij aan inzicht in de grootte van deze verschillen. Dit inzicht is van belang om bij eventueel gevonden grote verschillen de invulling van medisch noodzakelijke zorg te kunnen reguleren.

1.4.3 Wetenschappelijke relevantie

Onderzoeken naar huisartsenzorg aan illegalen richten zich op ervaren knelpunten van huisartsen en het beleid van huisartsen ten aanzien van zorg aan illegalen. Tot op heden is het onduidelijk welke rol de persoonlijke kenmerken van huisartsen en illegalen spelen bij de invulling van medische noodzakelijkheid door huisartsen. Met behulp van dit onderzoek wordt dieper ingegaan op deze aspecten.

Er heerst een tendens om artsen verantwoordelijk te houden voor een deel van de interne grenscontrole. De manier waarop artsen hiermee omgaan bepaalt in sterke mate de uitvoering van deze controle. Tot op heden is er onvoldoende inzicht in de wijze waarop artsen deze verantwoordelijkheid invullen. Dit onderzoek draagt bij aan het inzicht in de uitvoer van artsen van de interne grenscontrole en kan bijdragen aan adviezen aan artsen hoe zij zich op kunnen stellen tegenover illegalen.

1.5 Methoden

Dit onderzoek betreft een kwalitatief, exploratief onderzoek naar huisartsenzorg aan illegalen. Een exploratief onderzoek wordt gebruikt wanneer het onderwerp van onderzoek relatief nieuw is en er een verkenning van het onderwerp plaatsvindt (Babbie, 2007). Voor dit onderzoek zijn 14 diepte-interviews afgenomen bij huisartsen werkzaam in Rotterdam. Een literatuurstudie is gedaan naar mogelijke verklaringen voor eventuele verschillen in het handelen van huisartsen ten aanzien van illegale vreemdelingen met een zorgvraag. Deze literatuurstudie leverde *sensitizing concepts* op, begrippen die attenderend en richtinggevend zijn voor de onderzoeker (Boeije, 2005). De *sensitizing concepts* zijn gebruikt als denkrichting tijdens dit onderzoek en samengevat in twee werkhypothesen. Deze hypothesen zijn niet getoetst, maar gebruikt voor verdere theorievorming. Vervolgens is een analyse gemaakt van de uitvoering van medisch noodzakelijke zorg door verschillende huisartsen.

1.6 Leeswijzer

Na het inleidende hoofdstuk over het onderwerp van dit onderzoek volgt in hoofdstuk 2 een beschrijving van gebruikte theorieën over identificatie en kenmerken van huisartsen en illegalen. In hoofdstuk 3 worden de gebruikte onderzoeksmethoden beschreven en toegelicht. Hoofdstuk 4 en 5 geven de resultaten van het onderzoek weer. In hoofdstuk 4 worden aan de hand van de citaten uit de interviews de gevormde ideaaltypen beschreven. Dilemma's waar huisartsen mee te maken hebben en de kenmerken van huisartsen en illegalen die een rol spelen in het verlenen van huisartsenzorg aan illegalen worden in hoofdstuk 5 uiteen gezet. In hoofdstuk 6 staan de conclusies van dit onderzoek en in hoofdstuk 7 volgen de discussie en aanbevelingen. De topiclijst die gebruikt is voor het afnemen van de interviews is als bijlage toegevoegd.

Hoofdstuk 2: Theorie

2.1 Inleiding

Met de invoering van de Koppelingswet probeert de overheid illegalen uit te sluiten van collectieve voorzieningen met als doel de voortzetting van een illegaal verblijf te voorkomen (Van der Leun, 2001). Uit immigratiestudies is bekend dat beleid gericht op bestrijding van immigratie de neiging heeft om onvolkomen te worden uitgevoerd of tot onbedoelde consequenties leidt, waardoor een effectieve bestrijding beperkt wordt (Leerkes, 2009).

De vraagstelling waaruit de verschillen tussen huisartsen bestaan in de invulling van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen vormt samen met de vraag of er aanwijzingen zijn dat zorg aan illegalen afhankelijk is van kenmerken van huisartsen dan wel van illegalen, de basis van dit onderzoek. Om hierin meer inzicht te krijgen wordt onderzoek gedaan naar de achtergronden van huisartsen. Hierbij wordt onderzocht of identificatie van huisartsen een rol speelt bij de keuze om al dan geen zorg te verlenen aan illegalen. In hoeverre identificatie plaatsvindt met illegalen wordt onderzocht aan de hand van kenmerken van huisartsen als opleidingsniveau, reiservaring naar niet-westerse landen en politieke voorkeur. Als kenmerk van illegalen wordt onderzocht of huisartsen zich meer identificeren met de *deserving poor* waardoor zij eerder in aanmerking komen voor medisch noodzakelijke zorg dan de *undeserving poor*. In dit hoofdstuk worden genoemde begrippen uiteen gezet.

2.2 Identificatie en reiservaring

De bereidheid om illegalen te behandelen is groter wanneer de *gatekeeper*, of de huisarts een persoonlijke band met de desbetreffende persoon heeft (Van der Leun, 2001). De veronderstelling in dit onderzoek is dat huisartsen meer zorg verlenen als er sprake is van identificatie. De volgende veronderstelling is dan dat zij minder zorg zullen verlenen als er sprake is van desidentificatie.

Identificatie wordt beschouwd als een dynamisch proces van het leggen, onderhouden en verbreken van verbindingen. Mensen voelen zich met verschillende groepen verbonden, waarbij de intensiteit kan variëren in de tijd. In sociaalpsychologische zin gaat identificatie om de verbinding van mensen met zichzelf binnen verschillende sociale contexten; in sociologische zin gaat het om de verbinding met anderen zowel in concrete zin (verbonden zijn met familie of een club) als in meer abstracte zin (verbonden zijn met een gemeenschap, religie of een land) (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2007). Artsen en patiënten kennen een arts-patiënt relatie. De combinatie van de arts en de patiënt bepaalt de identificatie van de arts. Zowel artsen als patiënten die illegaal in Nederland verblijven kunnen kenmerken bezitten die identificatie dan wel desidentificatie bevorderen.

Verkuyten (1999) beschrijft identificatie als een psychisch proces dat sterk afhankelijk is van kenmerken, voorkeuren en behoeften van het individu zelf. Bij identificatie gaat het om vereenzelviging, waarbij het één willen worden en één zijn voorop staan. Wanneer mensen zich identificeren met anderen kunnen daarbij allerlei emoties betrokken zijn, zoals medelijden, mededogen, verdriet en woede, maar ook verbondenheid, tevredenheid, trots en zelfwaardering (Verkuyten, 1999).

De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2007) onderscheidt drie dimensies van identificatie, te weten functioneel, normatief en emotioneel. Functionele identificatie komt tot stand wanneer mensen worden gezien als individu met verschillende functionele verbindingen. Functionele identificatie houdt in dat mensen primair worden gezien als lid van een vereniging, werknemer of scholier en niet als allochtoon of autochtoon. Het ontstaat als mensen een gemeenschappelijk verband hebben en er sprake is van wederzijdse afhankelijkheid. De mogelijkheden die er zijn om eigen normen en opvattingen te kunnen volgen en in te kunnen brengen in het publieke en politieke domein vallen onder normatieve identificatie. Emotionele identificatie betreft gevoelens van verbondenheid met

anderen en bijvoorbeeld met Nederland (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2007).

Identificatie kan op verschillende niveaus plaatsvinden. Vormen van identificaties zijn bloedverwantschap, klasse, ras en religie. Deze vormen overstijgen het niveau van de staat naar een internationaal niveau met identificaties op mondiaal niveau. Er is sprake van een uitbreiding van mondiale identificaties als gevolg van distributie van de markt, het statensysteem en het wereldcultuurstelsel. De omstandigheden waaronder mensen leven lijken steeds meer op elkaar, waardoor mensen meer overeenkomsten vertonen. In de media en op reis zien en horen mensen meer van elkaar, wat het moeilijker maakt om in grote verschillen te blijven geloven (De Swaan, 1994). Verondersteld wordt dat huisartsen met reiservaring naar niet-westerse landen zich meer identificeren met illegalen dan huisartsen die deze ervaring niet hebben. Een van de kenmerken van huisartsen die wordt onderzocht is hun reiservaring naar niet-westerse landen in de laatste tien jaar.

De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2007) spreekt niet over verschillende niveaus van identificatie, maar over verschillende identificatiemogelijkheden van mensen, waarbij het belang en de invloed van deze mogelijkheden kunnen verschillen in de tijd, de context en de plaats. De levensfase van iemand speelt bijvoorbeeld een rol, evenals de culturele context. Er zijn in de Nederlandse samenleving vanwege de individualiteit meer identificatiemogelijkheden dan in traditionelere samenlevingen. Door globalisering ontstaan meer transnationale identiteiten (identiteiten die twee of meer culturele settings beslaan). Mensen met meerdere identificaties kunnen brugfuncties vervullen tussen culturen. Mensen die terugvallen op enkelvoudige identiteiten zijn vaak negatiever ten aanzien van andere identiteiten. Wanneer mensen zich uitsluitend dan wel vooral als Nederlander zien, werkt dit negatief bij het beoordelen van andere mensen die niet aan het beeld van 'Nederlander' voldoen (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2007).

2.3 Politieke voorkeur

In de politiek wordt vaak gesproken over 'links' en 'rechts'. In dit onderzoek wordt aangenomen dat huisartsen die meer 'links' georiënteerd zijn eerder zorg zullen verlenen aan illegalen dan huisartsen die meer 'rechts' georiënteerd zijn.

Er kunnen in politiek 'links' en 'rechts' twee dimensies worden onderscheiden, een culturele dimensie en een economische dimensie. Binnen de culturele dimensie benadrukken progressieven het belang van individuele vrijheid en zelfbepaling, terwijl cultureel conservatieven pleiten voor inperking van individuele vrijheid en het belang van orde benadrukken. Wat betreft de economische dimensie staan progressieven voor herverdeling van de welvaart en zijn conservatieven hierop tegen. Deze dimensies gaan samen in de politiek, maar staan onder de bevolking meestal los van elkaar. Bij mensen met weinig cultureel kapitaal sluiten de dimensies elkaar uit, terwijl ze bij mensen met veel cultureel kapitaal samen gaan (Mascini & Houtman, 2007).

Mascini en Houtman (2007) onderscheiden vier typen van gedogen door beide dimensies te combineren. Gedogen in het algemeen en het gedogen van illegale vreemdelingen roept vooral weerstand op bij de 'rechtse' politieke partijen, oftewel CDA, VVD, PVV en Christelijk rechts. De 'linkse' partijen, D'66, PvdA, SP en GroenLinks, hebben vooral een weerstand tegen gedogen van regelovertredingen door officiële instanties, zoals het gedogen van geluidsoverlast door Schiphol (Mascini & Houtman, 2007). Van den Brug, Fennema, van Heerden en de Lange (2009) beschrijven dat er grote verschillen bestaan tussen 'rechts' en 'links' wat betreft de onderwerpen immigratie en integratie. 'Rechts' wenst een strenger immigratiebeleid en wil strenger optreden op het punt van integratie dan 'links'. In tegenstelling tot 'rechts' zet 'links' zich af tegen 'verharding' van dit beleid (Van den Brug et al., 2009).

2.4 Opleidingsniveau

Het opleidingsniveau van de familie van huisartsen kan een rol spelen in de behandeling van illegalen. Voor dit onderzoek is het opleidingsniveau van de vader als uitgangspunt genomen aangezien vaders over het algemeen als hoofd van het gezin de hoogst voltooide opleiding genoten. Verondersteld wordt dat artsen die uit een gezin komen met een vader met een laag opleidingsniveau wellicht strikter zijn in het naleven van de Koppelingswet dan artsen die uit een gezin met een hoog opleidingsniveau komen. Een reden hiervoor kan zijn dat illegalen vaak gezien worden als economische bedreiging, omdat zij bereid zijn banen met lage lonen aan te nemen even als banen met losse contracten (Calavita, 1996).

Calavita (1996) geeft aan dat negatieve gevoelens jegens immigranten vaak ontstaan gedurende economische recessies of sociale transformaties. Immigranten worden vaak als economische bedreiging gezien, vanwege competitie op de arbeidsmarkt. De inferioriteit die aan immigranten wordt toegekend, zorgt voor de verklaring voor lagere lonen, strijd op de arbeidsmarkt en het *sweatshop* systeem – productie-instellingen met zeer slechte arbeidsomstandigheden -. De toename in tijdelijk werk en de neerwaartse druk op de lonen komt overeen met een aanhoudende grote mate van ongedocumenteerde immigranten. Illegalen sluiten goed aan op een veranderde economie met een proliferatie van lage lonen en contingent werk. In tijden van economische recessie en een afname van sociale zekerheden, zijn er mensen die de schuld bij de overheid leggen voor het excessief spenderen van overheidsgelden. Immigranten worden gezien als de oorzaak voor deze uitgaven en daardoor als de veroorzakers van de crisis (Calavita, 1996).

2.5 Deserving poor en undeserving poor

Illegalen kunnen worden onderverdeeld in *deserving poor* en *undeserving poor*. Verondersteld wordt dat huisartsen zich het meest identificeren met mensen die zij tot de *deserving poor* rekenen. Hiertoe behoren vrouwen, kinderen, ouderen, nette mensen en

mensen die deelnemen aan het arbeidsproces. Aangenomen wordt dat er sprake is van desidentificatie onder huisartsen wanneer zij in aanraking komen met illegalen die zij tot de *undeserving poor* rekenen, zoals delinquenten en werklozen. Deze illegalen worden eerder uitgesloten van medisch noodzakelijke zorg. De veronderstelling komt tot stand door twee onderzoeken. Uit onderzoek van Mascini & Bochove (2009) blijkt dat de *deserving poor* een grotere kans hebben op slagen van een asielverzoek dan de *undeserving poor*. Onderzoek van Leerkes (2009) toont aan dat de *undeserving poor* een grotere pakkans hebben dan de *undeserving poor*.

Mascini en Bochove (2009) beschrijven dat mannelijke asielzoekers, de *undeserving poor* minder kans hebben op slagen dan vrouwelijke asielzoekers, de *deserving poor*. Dit is een gevolg van het stereotype beeld dat over mannen en vrouwen bestaat. Mannen passen in het beeld van de calculerende, 'pseudo'-asielzoeker, terwijl vrouwen meer in het beeld passen van slachtoffer van patriarchale dominantie.

Uit interviews met Nederlandse immigratie ambtenaren blijkt dat zij geloven dat mannen vaker een asielaanvraag indienen om hun economische situatie te verbeteren, terwijl zij menen dat vrouwen vaker om asiel vragen op basis van humanitaire gronden. De vluchtmotieven van vrouwen worden vaak terzijde geschoven, omdat vrouwen vaak een afhankelijke, apolitieke, zorgende familiale rol krijgen toebedeeld. In het vreemdelingenrecht en het asielrecht worden vrouwen als eerste gezien als familielid, als moeders en als vrouwen of zussen die ondergeschikt zijn aan mannen. Ambtenaren bieden vrouwen die de traditionele familierol vervullen vaker bescherming, omdat zij gezien worden als slachtoffers van een dominerende patriarchale cultuur in het land van herkomst.

Het lijkt onwaarschijnlijk dat noties van mannelijkheid geen invloed hebben op de uitvoerende praktijk van asielaanvragen, terwijl vrouwelijkheid een duidelijke invloed heeft op de slagingskans van vrouwelijke asielzoekers. Het vormen van stereotypen heeft een negatiever effect op mannen dan op vrouwen. In de Nederlandse asielprocedure lijken mannen te lijden onder het masculiene beeld van mannen als sterke, autonome individuen

die geen bescherming van staten in de ontvangende landen nodig hebben (Mascini & Bochove, 2009).

Uit onderzoek van Leerkes (2009) blijkt dat de pakkans van illegalen kleiner is naarmate zij eerder zijn aangehouden voor illegaal verblijf of illegale arbeid dan voor migranten die eerder werden aangehouden voor criminele activiteiten of gemeenschappelijke overtredingen. Dit geldt vooral voor mannen, waarschijnlijk omdat illegaal verblijvende vrouwelijke prostituees veelal geregistreerd worden onder illegaal verblijf of illegale arbeid. De interne handhaving van migratieregels wordt door Leerkes & Engbersen (ongepubliceerd) uitgelegd aan de hand van het *Principal Agent Problem*. Dit houdt in dat een centrale partij, oftewel de Nederlandse overheid een lagere partij (agenten) moet motiveren om bepaalde handelingen (welke gunstig zijn voor de opdrachtgever, maar hoge kosten met zich meebrengt voor de uitvoerder) uit te voeren (Winship en Rosen, 1988; Montgomery, 2003). Het *Principal Agent Problem* voorspelt dat agenten alleen bij willen dragen aan interne migratiecontrole indien zij hier een sterke persoonlijke interesse of voorkeur in hebben. Sommigen hebben bijvoorbeeld een politieke voorkeur om deze migratiecontrole uit te voeren terwijl anderen juist morele bezwaren hebben. Uit het onderzoek blijkt dat sommige ongeregistreerde migranten een grotere pakkans riskeren dan andere ongeregistreerde migranten die 'getolereerd' worden. Deviante groepen zijn aan veel meer controle onderworpen dan niet-deviante groepen. Voor agenten zijn de voordelen om deviante illegalen uit te sluiten groter dan de voordelen van het uitsluiten van niet-deviante illegalen, terwijl de kosten om deze mensen uit te sluiten lager liggen. Onder de kosten vallen zowel de politiemiddelen die zijn gebruikt als morele verontwaardiging. Één van de redenen van een lagere kosten-batenverhouding is de sterke inbedding van deze groep mensen in de maatschappij. De sociale banden tussen illegalen en gevestigde minderheden beperken de kansen op betrokkenheid bij criminaliteit of ander deviant gedrag (Leerkes, 2009).

2.6 *Principal Agent Problem*

Huisartsenzorg aan illegalen kan gezien worden als een *Principal Agent Problem*. Artsen zijn volgens de grondslagen van hun werk, welke zijn vastgelegd in de artseneed en wetgeving, verplicht om hun kennis en vaardigheden in te zetten ter bevordering van de gezondheid en het welzijn van de patiënt. Zij worden geacht in het belang van de volksgezondheid te handelen. Artsen dienen geen opdrachten te aanvaarden die in strijd zijn met algemeen aanvaarde medisch-ethische opvattingen (Klazinga et al., 2007). Wanneer huisartsenzorg aan illegalen gezien wordt als een *Principal Agent Problem* probeert de centrale partij, de Nederlandse overheid om een derde partij, de huisartsen, te motiveren om handelingen te verrichten die bevorderlijk zijn voor de Nederlandse overheid, oftewel het ten uitvoer brengen van de Koppelingswet. Kosten die door huisartsen gemaakt worden zijn financiële kosten. Indien een huisarts de Koppelingswet uitvoert en zorg aan illegalen weigert, mist een huisarts inkomsten. Wanneer een huisarts illegalen zorg verleent, kan hij of zij op dat moment geen andere patiënten helpen en mist daardoor inkomsten.

2.7 *Werkhypothesen*

De volgende werkhypothesen kunnen aan de hand van bovenstaande theorieën worden opgesteld:

Hypothese 1:

Huisartsen zijn meer geneigd om zorg te verlenen wanneer er sprake is van identificatie en zijn minder geneigd om zorg te verlenen wanneer er sprake is van desidentificatie.

Hypothese 2:

Linkse huisartsen afkomstig uit een gezin met een vader met een hoog opleidingsniveau zijn meer geneigd om zorg te verlenen dan rechtse huisartsen afkomstig uit een gezin met een

vader met een laag opleidingsniveau. Deze zorg wordt vooral geboden aan illegalen die tot de *deserving poor* worden gerekend en de financieel gemaakte kosten kunnen betalen.

De theorieën uit dit hoofdstuk bieden meerdere verklaringen voor eventuele verschillen in het handelen van huisartsen ten aanzien van illegale vreemdelingen met een zorgvraag. Deze theorieën worden gebruikt als *sensitizing concepts* tijdens het opstellen van de topiclijst voor het afnemen van interviews bij de Rotterdamse huisartsen.

Hoofdstuk 3: Onderzoeksmethoden

3.1 Inleiding

Dit onderzoek geeft een eerste indruk van de invulling die verschillende huisartsen in de stad Rotterdam geven aan het begrip medische noodzakelijkheid. Van der Leun (2001) beschrijft dat er verschillen tussen huisartsen bestaan in het ten uitvoer brengen van de Koppelingswet. Waaruit die verschillen bestaan en hoe groot de verschillen zijn wordt niet onderzocht. Dit onderzoek gaat in op de vraag waaruit deze verschillen bestaan, hoe groot de verschillen zijn en hoe de verschillen begrepen kunnen worden. Om deze verschillen te begrijpen wordt onderzocht of persoonlijke kenmerken van huisartsen dan wel van illegalen een rol spelen bij het verlenen van medisch noodzakelijke zorg door huisartsen.

In dit hoofdstuk worden de keuzes die gemaakt zijn ten aanzien van de onderzoeksmethoden beschreven. De keuzes voor kwalitatief onderzoek en het afnemen van diepte-interviews komen aan bod, waarna de onderzoeksgroep wordt beschreven. Vervolgens worden de wijze van dataverzameling en dataverwerking beschreven en wordt afgesloten met de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek.

3.2 Kwalitatief onderzoek

De keuze voor kwalitatief onderzoek werd tijdens de opzet van het onderzoek gevormd op basis van verschillende argumenten. Kwalitatief onderzoek wordt gebruikt voor situaties waar weinig onderzoek naar is gedaan, waarvan men weinig weet en in situaties waarin men de betekeniswereld achter interacties, processen, gedragingen, gevoelens en ervaringen wil exploreren (Boeije, 2005: 35-36). Voorafgaand aan het onderzoek waren de resultaten van dit onderzoek onvoorspelbaar, aangezien aspecten van gezondheidszorg aan illegalen worden onderzocht die tot op heden niet in kaart zijn gebracht.

3.3 Diepte-interviews

Om informatie te verkrijgen over kenmerken van huisartsen en illegalen die van invloed zijn op de keuzes die huisartsen maken ten aanzien van het al dan niet behandelen van illegalen, is gebruik gemaakt van diepte-interviews. Tijdens de interviews konden onderwerpen worden uitgediept waardoor persoonlijke overwegingen van huisartsen aan bod konden komen. Tijdens een diepte-interview kunnen een aantal door de onderzoeker aangereikte onderwerpen worden uitgediept, waarin ook persoonlijke en emotionele aspecten aan bod komen (Baarda, de Goede en van der Meer-Middelburg 1996: 25).

3.4 Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestaat uit 13 huisartsen werkzaam in Rotterdam en één straatdokter. De geïnterviewden (vijf vrouwen en acht mannen) variëren in de leeftijd van 30 tot en met 63 jaar. De straatdokter is de pensioengerechtigde leeftijd gepasseerd.

3.5 Onderzoeksstrategie en onderzoeksmethode

Tijdens de opzet van het onderzoek zijn interviews afgenomen bij twee huisartsen in Rotterdam. Hierdoor kon inzicht worden verkregen in de overwegingen en argumenten die bij huisartsen een rol spelen in het verlenen van medisch noodzakelijke zorg. Op basis van deze interviews kon de vraagstelling concreter geformuleerd worden.

Bij 13 huisartsen en één straatdokter in de stad Rotterdam zijn diepte-interviews afgenomen. Tijdens de aanvang van de dataverzameling richtte het onderzoek zich op huisartsen in achterstandswijken. Bekend is dat in deze wijken de aanwezigheid van illegalen regelmatig voorkomt (Leerkes, 2009). Contact met illegalen tijdens het werk als huisarts was de vereiste bij aanvang van de dataverzameling. Om te onderzoeken of huisartsen werkzaam in een wijk waarin weinig illegalen verblijven minder snel zorg verlenen aan illegalen dan collegae werkzaam in wijken waarin veel illegalen verblijven zijn

steekproefsgewijs een aantal huisartsen geïnterviewd. Een theoretische steekproef is genomen om een straatdokter te interviewen. De kans was klein om in dit onderzoek een straatdokter te vinden, maar was wel relevant.

Geïnterviewden zijn telefonisch benaderd met de vraag of zij mee wilden werken aan het onderzoek. Zowel tijdens de telefonische toelichting als bij aanvang van het interview is de respondenten vermeld dat het onderzoek volledig werd geanonimiseerd en dat alleen de onderzoeker bekend is met de respondenten. Één huisarts stemde niet toe om mee te werken aan het onderzoek met als argument dat zij te weinig ervaring had met zorgvragen van illegalen. De 14 interviews zijn door dezelfde onderzoeker afgenomen en verwerkt. De artsen gingen akkoord met het vastleggen van de interviews op tape. Binnen negen dagen na het afnemen van een interview werd het interview letterlijk uitgetypt. De interviews vonden plaats in de spreekkamer van de geïnterviewden, met als uitzondering één interview dat (op verzoek van de respondent) bij de respondent aan huis is afgenomen. Het tijdstip van interviewen verschilde per respondent.

Voor het afnemen van de interviews is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Bij een semigestructureerd interview liggen de vragen en de antwoorden van tevoren niet vast, maar de onderwerpen wel. De onderwerpen hebben een open beginvraag en worden door middel van doorvragen verder uitgediept (Baarda et al., 1996). Antwoorden van de respondent zijn door de interviewer zoveel mogelijk geëvalueerd op duidelijkheid, relevantie, volledigheid en juistheid. De interviewer heeft gebruik gemaakt van doorvragen tijdens het interview om te proberen een bruikbaar antwoord te krijgen (Brinkman, 2000). Enkele voorbeelden van doorvragen welke gebruikt zijn tijdens het afnemen van de interviews zijn de volgende: "Waarom vindt u dat?" "Kunt u daar een voorbeeld van geven?". Tevens werd gebruik gemaakt van samenvattingen en retrospectief doorvragen. Wanneer de onderzoeker later in het interview terugkomt op een antwoord van de respondent en hierop doorvraagt wordt dit retrospectief doorvragen of terugvragen genoemd (Baarda et al., 1996).

Aan het eind van het interview werden enkele gesloten vragen gesteld met betrekking tot de leeftijd en geboorteplaats van de respondent.

De uitgetypte interviews zijn geanalyseerd en gefragmenteerd. “Analyseren is de uiteenrafeling van de gegevens over een bepaald onderwerp in categorieën, het benoemen van deze categorieën met begrippen, en het aanbrengen en toetsen van relaties tussen de begrippen in het licht van de probleemstelling” (Boeije, 2005: 63). Tijdens de analyse zijn de teksten van de interviews gefragmenteerd, waarna de fragmenten van de verschillende interviews met hetzelfde thema zijn samengevoegd. De samengevoegde fragmenten zijn gecodeerd. Aan de hand van de codering is een codeboom samengesteld. De variabelen uit de codeboom zijn gebruikt voor de vorming van ideaaltypen. Voor het beschrijven van de ideaaltypen is het proefschrift van De Koster (2010) als voorbeeld gebruikt.

Respondenten zijn vervolgens onderverdeeld in het voor hem of haar meest dominante type huisarts. Dit is gedaan door de individuen en de variabelen in een datamatrix te verwerken. Een respondent werd bijvoorbeeld getypeerd als een ontmoediger indien de respondent meer kenmerken van een restrictieve houding leek te hebben dan van een permissieve houding, en bovendien overwegend passief was. Daarnaast speelde de interpretatie van de onderzoeker een rol in het indelen van de respondenten in ideaaltypen.

Om een overzicht te krijgen in een mogelijk verband tussen de variabelen stemgedrag en de mate waarin huisartsen geneigd zijn om hulp te verlenen is gebruik gemaakt van een kruistabel. Ditzelfde is gedaan voor de variabelen opleidingsniveau en de mate waarin huisartsen geneigd zijn om hulp te verlenen.

3.6 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid wordt meestal afgemeten aan de precisie van de methoden van dataverzameling of de meetinstrumenten. Wanneer een onderzoek op dezelfde manier nogmaals wordt uitgevoerd en het tot dezelfde uitkomsten leidt, is sprake van betrouwbare methoden van dataverzameling (Boeije, 2005).

Tijdens het afnemen van de interviews zijn door de interviewer geen aantekeningen gemaakt of indrukken opgeschreven van de non-verbale communicatie. Het afnemen van de diepte-interviews was weinig gestandaardiseerd, waardoor niet kan worden uitgesloten dat over hetzelfde onderwerp soms meer is doorgevraagd. Een nadeel van deze onderzoeksmethode is de flexibele wijze van dataverzameling, waardoor de betrouwbaarheid in het geding komt (Boeije, 2005).

3.7 Validiteit

Validiteit geeft aan dat de onderzoeker datgene meet of verklaart wat hij beoogt te meten. Hierbij kan onderscheid worden gemaakt in interne validiteit en externe validiteit. De interne validiteit is de validiteit van de onderzoeksstrategie en in het bijzonder van de dataverzamelingsmethoden. Hierbij moeten de onderzoeksopzet en de toegepaste methoden en technieken bij de onderzoeksvragen passen. Bij de externe validiteit gaat het om de validiteit van het onderzoek als zodanig, waarbij het vooral om de geldigheid van de conclusies gaat (Boeije, 2005).

Om valide antwoorden te verkrijgen tijdens het afnemen van de interviews begon elk onderwerp met een open vraag, zodat de respondent de gelegenheid werd gegeven zijn of haar antwoord te formuleren. Door middel van doorvragen is geprobeerd zo veel mogelijk informatie van de respondent omtrent het onderwerp te verkrijgen. Antwoorden van de respondent zijn zo veel mogelijk geëvalueerd op duidelijkheid, relevantie, volledigheid en juistheid. Na het uittypen van de eerste twee diepte-interviews werd duidelijk dat de eerste twee vragen van het interview onvoldoende valide antwoorden opleverde, waarna de vragen gewijzigd werden.

De gevoeligheid van het onderwerp, waarbij de grenzen van de beroepsethiek van huisartsen opgezocht zijn, kan van invloed zijn geweest op het beantwoorden van de vragen door de respondenten. Alle respondenten hebben de artseneed afgelegd op het moment dat zij toetraden tot de beroepsgroep. In de artseneed wordt het belang van de patiënt voorop

gesteld (Biesma et al., 2003). Door de invoering van de Koppelingswet komen artsen tussen twee normen in te zitten. Enerzijds hebben zij hun professionele normen zoals vastgelegd in de artseneed en in wetgeving (Klazinga et al., 2007) anderzijds moeten zij zich houden aan de hen opgelegde Koppelingswet. Dit kan ertoe leiden dat respondenten sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven. Respondenten kunnen verschillende opvattingen hebben over wat een sociaal wenselijk antwoord is. Het is mogelijk dat een respondent zich strenger of coulanter dan wel actiever of passiever heeft voorgedaan tijdens het interview. Sociaal wenselijke antwoorden kunnen hierbij gezien worden in het licht van de arts die vindt dat hij zich aan de artseneed moet houden en zijn antwoorden formuleert in die zin dat hij zich coulant opstelt tegenover illegalen. Anderzijds kan het ook zo zijn dat artsen het sociaal wenselijk vinden om zich aan de Koppelingswet te houden en het sociaal wenselijk vinden om te antwoorden dat zij zich streng opstellen ten opzichte van illegalen. Een respondent kan informatie achterwege laten, dingen verdraaien of het antwoord mooier maken dan het in werkelijkheid is, omdat hij meent dat dit sociaal wenselijk is (Baarda, de Goede & van der Meer, 1996). Wanneer mensen om informatie wordt gevraagd zullen zij door een filter antwoorden, om zo goed mogelijk over te komen. Dit speelt met name een rol bij een 'face to face' interview (Babbie, 2007). Er kan niet worden uitgesloten dat er sociaal wenselijke antwoorden zijn gegeven. Er is getracht dit zoveel mogelijk te voorkomen door te benadrukken dat het onderzoek volledig wordt geanonimiseerd, tijdens de interviews een neutrale houding aan te nemen, dóór te vragen op gegeven antwoorden en de interviews één op één af te nemen in de gesloten spreekkamer van de huisarts.

Een voordeel van een flexibele manier van dataverzameling is dat de onderzoeker kan waarnemen wat op dat moment relevant lijkt te zijn (Boeije, 2005). Het afnemen van diepte-interviews heeft door de flexibele dataverzameling bijgedragen aan de validiteit van het onderzoek.

Voor dit onderzoek zijn vooral huisartsen geworven die werkzaam zijn in wijken waar veel illegalen wonen. Het betreft een klein, exploratief, theorievormend onderzoek. Er is geen sprake van generaliseerbaarheid naar huisartsen in het algemeen.

Hoofdstuk 4: Ideaaltypen

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden aan de hand van de uitkomsten van de interviews ideaaltypen van huisartsen beschreven. Een ideaaltype is een door Weber geconstrueerd model om greep te krijgen op de werkelijkheid. In een ideaaltype kunnen meerdere bijzondere gevallen worden ondergebracht met als doel het concrete en bijzondere van het sociaal handelen te verduidelijken. Een ideaaltype heeft een meetlatfunctie “waaraan de werkelijkheid vergelijkend gemeten wordt” (de Jong, 2003: 110). Het is een abstracte beschrijving die in de werkelijkheid niet voorkomt (de Jong, 2003).

Verschillende houdingen van huisartsen ten opzichte van zorg aan illegalen kunnen aan de hand van de interviews worden onderscheiden. Voor het beschrijven van de houdingen is gebruik gemaakt van de codeboom welke is opgesteld na het analyseren van de interviews (zie ook hoofdstuk 3: methode). De typen huisartsen zijn gebaseerd op twee dimensies: de visie van huisartsen op medische noodzakelijkheid en de mate waarin zij deze visie uitdragen. Op basis hiervan worden vier typen onderscheiden: de grensbewakers, de illegalenspecialisten, de sympathisanten en de ontmoedigers.

4.2 Mate van hulpverlening

De eerste dimensie betreft de visie van huisartsen op medische noodzakelijkheid, oftewel de mate waarin huisartsen zorgvragen van illegalen tot medisch noodzakelijke zorg rekenen. De grensbewaker en de ontmoediger nemen medisch noodzakelijke zorg nauw. Zij vinden niet iedere zorgvraag van illegalen medisch noodzakelijk en zullen daarom ook zorgvragen van illegalen niet beantwoorden. De sympathisant en de illegalenspecialist maken minder onderscheid tussen medisch noodzakelijke zorg en niet-medisch noodzakelijke zorg. Zij vinden veel zorgvragen medisch noodzakelijk. Grensbewakers en ontmoedigers verlenen in

beperkte mate zorg aan illegalen. Sympathisanten en illegalenspecialisten verlenen in ruime mate zorg aan illegalen. Ter verduidelijking zijn de houdingen tegenover elkaar uiteengezet op een as.



De meest restrictieve houding die kan worden onderscheiden is het weigeren van zorg aan illegalen:

[Of ik zorg had kunnen verlenen maar dat niet gedaan heb] [stilte] *“Ja, jawel mensen bijvoorbeeld met een ehm ik geloof met een met een artrose van de knie, een versleten knie. Ja die zeggen joh kan jij niet even regelen dat ik bij een orthopeed een nieuwe knie krijg? Ik zeg nou ja sorry, maar dat gaat niet hoor. Ik zeg, want eigenlijk zeggen ze nou kan jij ervoor zorgen dat dus de staat effe mijn operatie van mijn nieuwe knie betaalt. Ik zeg nee, daar doe ik niet aan mee. Ik zeg ehm u mag het vragen in het ziekenhuis, ik zeg dat en dat is het adres, of ze dat willen doen voor je. Ik zeg maar ehm, ik denk het niet. Ik zeg als we dat gaan doen dan ehm is dus het hek van de dam dan hè. Ik zeg dan kom jij morgen met je hele familie en ehm nee. Dus het komt wel eens voor”* (Huisarts, man 59 jaar).

“Ik kan nog een dame uit Midden-Afrika herinneren (...). Maar het was een dame van nou zeg eens ehm 22, 100 kilo. En die wilde perse van mij een verwijzing hebben voor een eetstoornissenpoli in Utrecht, gekoppeld aan de Universiteit van Utrecht. Terwijl ze uit Midden-Afrika kwam etcetera. Nou ja, dan is het natuurlijk zo” [maakt gebaar dat ze daar niet aan meedoet] (Huisarts, vrouw 58 jaar).

Huisartsen die geneigd zijn om in sterke mate hulp te verlenen zijn toegevend naar illegalen ten opzichte van huisartsen die geneigd zijn om in beperkte mate hulp te verlenen. Het begrip medische noodzakelijkheid wordt door sympathisanten en illegalenspecialisten ruim genomen door veel zorgvragen tot medisch noodzakelijke zorg te rekenen:

“Tandheelkundige hulp en fysiotherapie en dan ehm de hulp ook bij transseksualiteit. Dat is ook on- die wordt ook niet vergoed. Dus een enkele keer lopen wij daar toch tegenaan natuurlijk en dan loop je toch iemand tegen iemand aan die in een verkeerd ehm lijf zit. Ja, dat zijn toch vaak dramatische beelden vind ik hoor. Ja zo'n één of twee keer per jaar ja dan krijgen we ook dat verzoek ehm tot hulpverlening daartoe ja. Wij proberen wel wat te schipperen. Ehm nou we hebben daar toch, ik heb er eens een paar naar Amsterdam gedaan, gestuurd de VU hè. Die is daar ehm, dat zijn daar de de top van Nederland op het gebied van transseksualiteit, maar dat werd mij toch niet in dank afgenomen. Dat moest ik dan maar niet meer doen” (Straatdokter, man met pensioen).

Grensbewakers en ontmoedigers weigeren zorg aan illegalen wanneer zij de zorgvraag niet tot medisch noodzakelijke zorg rekenen, illegalen het passantentarief niet kunnen betalen of illegalen door de huisarts tot de *undeserving poor* worden gerekend. Huisartsen worden geacht financieel gemaakte kosten op illegalen te verhalen. Indien illegalen deze kosten niet kunnen betalen, kunnen huisartsen een declaratie indienen bij het CVZ. Het CVZ vergoedt 80% van de gemaakte kosten mits er sprake is van medische noodzakelijkheid³. Huisartsen geven in de interviews aan dat het indienen van een declaratie veel administratie vergt en de uitbetaling lang op zich laat wachten:

“Ik heb een keer zo ’n formulier ingevuld voor de GGD en dat dat levert dan geloof ik 19 euro op. Nou je bent alleen wel 20 minuten bezig om dat formulier in te vullen en dan duurt het maanden voordat je denkt hè waar is dat van. Oh ja toen was ik ook eens een keer. Daar ben ik sowieso mee uitgescheden” (Huisarts, man 58).

Grensbewakers en ontmoedigers maken onderscheid in het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan de *deserving poor* en de *undeserving poor*. De *undeserving poor* komen minder in aanmerking voor medisch noodzakelijke zorg dan de *deserving poor* vanwege de restrictieve houding die huisartsen aannemen. Een voorbeeld van een arts die restrictief is naar de *undeserving poor* is het weigeren van zorg indien zij erachter komt dat iemand delinquent is en een gevaar kan zijn voor de samenleving:

[Wat zou u doen als blijkt dat een illegaal in Nederland delinquent gedrag vertoont] *“Als het echt zo zou zijn dan zou ik ehm anoniem het bespreken met de juridisch medewerker van de LHV, van de Landelijke Huisartsen Vereniging om te kijken wat de mogelijkheden zijn. Ehm, want als het echt iemand is ehm tadam die echt heel veel op zijn kerfstok heeft (...) maar als ik het echt zou weten dan zou ik dat met de juridisch adviseur van de LHV kortsluiten om te zien ehm wat ik kan doen. Niet om die man zijn straf te laten krijgen, maar om de maatschappij, we hebben nou Alphen aan de Rijn gezien [schietpartij in een winkelcentrum in Alphen aan de Rijn in 2011 waarbij zeven mensen om het leven komen], te beschermen”* (Huisarts, vrouw 58 jaar).

Andere voorbeelden waarin huisartsen duidelijk maken dat zij onderscheid maken tussen *deserving poor* en *undeserving poor* zijn de volgende uitspraken:

“Als iemand zich fatsoenlijk gedraagt en hij dan is hij welkom” (Huisarts, man 52 jaar).

“Alle mensen zijn voor mij tegenover mij gelijk als zij zich netjes gedragen volgens de normen van onze samenleving” (Huisarts, vrouw 58 jaar).

Uit bovenstaande blijkt dat grensbewakers en ontmoedigers een bepaald gedrag van illegalen verwachten. Doordat zij dit gedrag verwachten laten zij blijken dat zij een voorkeur hebben voor illegalen die dit gedrag vertonen. Hiermee geven zij voorkeur aan de *deserving poor* boven de *undeserving poor*. Een kritische noot kan geplaatst worden bij de antwoorden die door de respondenten zijn gegeven op de vraag wat zij zouden doen indien iemand bij hen zou komen die delinquent gedrag vertoont. Er kan niet worden uitgesloten dat huisartsen hier sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven. Onderzoek van Leerkes (2009) onder agenten toont aan dat agenten bereid zijn om meer kosten te maken om deviante illegalen uit te sluiten tegenover niet-deviante illegalen. Een sterke inbedding van illegalen beperkt echter de kans op betrokkenheid bij criminaliteit of ander deviant gedrag (Leerkes, 2009). Uitgaande van dit onderzoek wordt verondersteld dat huisartsen bereid zijn om meer kosten te maken om ingebedde illegalen te helpen dan om delinquente illegalen of andere illegalen die tot de *undeserving poor* worden gerekend te helpen.

Illegalen die naar het reguliere spreekuur van de huisarts gaan, kunnen omschreven worden als ingebedde illegalen die zich fatsoenlijk gedragen. Onder fatsoenlijk wordt door huisartsen verstaan dat zij geen agressief gedrag vertonen in de praktijk. Criminele nevenactiviteiten vallen niet onder deze door de huisartsen genoemde fatsoensnorm. Uit dit onderzoek komt naar voren dat vooral de *deserving poor* op het reguliere huisartsenspreekuur verschijnen. Sociaal kapitaal speelt bij illegalen een rol in toegang tot huisartsenzorg. Illegalen die over veel sociaal kapitaal beschikken verkrijgen gemakkelijker en sneller toegang tot de reguliere huisartsenpraktijk. De veronderstelling is dat illegalen behorend tot de *undeserving poor* in Rotterdam voor huisartsenzorg naar de straatdokter gaan. Een van de respondenten bevestigt dit:

“Ik zit in een achterstandwijk. Alleen maar arme sloebers hier. Mensen die die dag niet te eten hebben ofzo. Ik denk dat die bij de Pauluskerk terecht komen. Die zie ik niet. Niemand komt hier hongerig binnen. (...) Die grote financiële arme sloebers heb ik meer in mijn eigen populatie dan wat ik aan de illegale passanten zie, want die hebben bijna altijd werk. Weliswaar in de tuinbouw ofzo, maar ze hebben vrijwel altijd geld en dan komen er ehm weer een hoop biljetten uit die broekzak” (Huisarts, man 52 jaar).

Sympathisanten en illegalenspecialisten helpen illegalen kosteloos. Zij maken in het verlenen van zorg aan illegalen geen onderscheid tussen de *deserving poor* en de *undeserving poor*.

“De niet verzekerde patiënten in mijn praktijk ehm ehm heb ik daar nooit onderscheid in gemaakt ehm ehm. Ik heb hen altijd drempelloos de ruimte geboden om hier binnen te komen. We hebben dus een aantal mensen gehad die die, nog, die gewoon ingeschreven zijn. En en die die gewoon geen factuur krijgen. Omdat je weet dat ze het niet kunnen betalen. En omdat je weet dat ze niet verzekerd zijn en die hebben geen restrictie” (Huisarts, vrouw 49 jaar).

Huisartsen die beperkt geneigd zijn om hulp te verlenen aan illegalen kennen restricties in medische noodzakelijkheid op basis van de aard van de zorgvraag, financiën en gedrag. Bij huisartsen die in sterke mate geneigd zijn om hulp te verlenen aan illegalen doet de aard van de zorgvraag er nauwelijks toe. De financiën spelen geen rol en zij laten zich niet leiden door gedrag van illegalen. Of illegalen tot de *deserving poor* of tot de *undeserving poor* behoren is voor hen niet van belang.

4.3 Actief en passief

De tweede dimensie die wordt onderscheiden heeft te maken met de mate waarin huisartsen hun visie op medische noodzakelijkheid uitdragen. De grensbewaker en de

illegalenspecialist kenmerken zich door een actieve houding. Zij dragen hun invulling van medisch noodzakelijke zorg actief uit. De grensbewaker doet dit door illegalen tegen te houden wanneer zij een beroep doen op de gezondheidszorg. De illegalenspecialist zoekt daarentegen contact met illegalen om hen zoveel mogelijk te kunnen voorzien in hun zorgvraag. De ontmoediger en de sympathisant dragen hun ideeën over medisch noodzakelijke zorg niet actief uit. Zij worden als passief omschreven. Deze houdingen zijn eveneens ter verduidelijking tegenover elkaar uiteengezet op een as.



De grensbewaker draagt de Koppelingswet actief uit en sluit illegalen uit van zorg die hij of zij niet medisch noodzakelijk vindt. Onderstaand citaat is een voorbeeld van een grensbewaker die actie onderneemt wanneer een illegaal zorg probeert te verkrijgen door gebruik te maken van een zorgverzekeringpas van een ander:

“Op aanspreken en ehm moven [wijst naar de deur] ja ja nee. Nou, dat bedoel ik met die normen hè. Ik bedoel ehm dat is de eerlijkheid vind ik dan ehm essentieel, dus ehm ja behalve als het natuurlijk echt medisch noodzakelijke zorg is en als je een pasje van een ander zou hebben dan moet je betalen natuurlijk hè. Nee dat dat pasje etcetera zou ik fotokopiëren dan zou ik het pasje aan de assistente geven hem het papiertje en voorlans, want je krijgt dat pasje niet terug. (...) En als het echt ehm gesjachel oplevert ja nogmaals ehm de politie is er ook om te beschermen in ons vak. Dus ehm als dat echt gedonderjaag geeft dan ehm bel ik de politie wel. (...) Ze moeten me niet belazeren, als ik me belazerd voel dan ehm krijgen ze ook lik op stuk” (Huisarts, vrouw 58 jaar).

De illegalenspecialist stelt zich actief op door zelf op zoek te gaan naar illegalen en hen medische zorg aan te bieden:

“Wij hebben dan meneer L. ehm een zeeman, Kaapverdiaanse zeeman. De man vaart 40 jaar ehm is dan iets van ehm rond 65. Ehm besluit dan om te stoppen. Leeft dan, binnen de Kaapverdiaanse gemeenschap kan hij zich in Rotterdam net staande houden. En dan krijgt hij een CVA [beroerte] op zijn 67^e. En dan gaat hij naar het EMC [Erasmus Medisch Centrum]. En dan moet hij daar naar een revalidatie. En dat wordt niet betaald. Dan neemt Antonius Binnenweg [verpleeghuis], die neemt hem toch op. En die hebben naar mijn gevoel geen honorarium gehad en na zes weken zeggen ze u moet eruit, maar niemand wil meneer L. hebben. En dan, dan houden ze hem nog maanden, maar dan moet hij op een logeerkamertje, want het mag niet veel geld kosten. En dan, dan komen ze uiteindelijk hier naartoe, want ja ja ja ze zeggen ja dan worden wij geconfronteerd. We hebben meneer L. op straat gezet met zijn hemiparese [gedeeltelijke halfzijdige verlamming]. Die sjokt hier een beetje door de stad hier. Ja en die sjokt hier door de stad en wat doen wij dan ehm. Wij hebben een paar eigen kamers, onze Kerk heeft wat huisvesting. Maar ja daar hebben we toevallig ook net niet, dus dan brengen we hem onder in de daklozenopvang voor illegalen. Nu na een jaar zeuren. Nu heeft hij een kamertje van de gemeente, eindelijk” (Straatdokter, man met pensioen).

Artsen die zich passief opstellen, de sympathisanten en de ontmoedigers, verrichten geen speciale activiteiten. Zij wachten af of illegalen op hun spreekuur verschijnen en dragen binnen de muren van de spreekkamer hun restrictieve dan wel permissieve ideeën over medische noodzakelijkheid uit:

“Het gaat een beetje op mond op mond reclame. Ik, ik ga niet met uithangbord ehm illegalen kunnen hier terecht. Want dan krijg je het gevaar natuurlijk dat je hè ehm. Ik wil geen Wilders

worden noem maar als tsunami van illegalen die op je praktijk komen” (Huisarts, man 30 jaar).

Huisartsen die geen gebruik maken van het CVZ om gemaakte kosten te declareren hebben hiervoor een eigen oplossing. De grensbewaker en de ontmoediger laten illegalen zelf betalen voor een consult. De grensbewaker en de sympathisant helpen illegalen kosteloos.

De sympathisant:

“We hebben dus een aantal mensen gehad die die nog die gewoon ingeschreven zijn en en die die gewoon geen factuur krijgen. Omdat je weet dat ze het niet kunnen betalen en omdat je weet dat ze niet verzekerd zijn en die hebben geen restrictie. Maar nogmaals er is een periode geweest dat het niet vergoed werd en nu kan je volgens mij een declaratie naar de GGD sturen en dan ehm wordt dat vergoed. Nou, ik heb dat wel eens gedaan als iemand bijvoorbeeld 10 keer geweest was en dan ja dat ik dacht van ehm het mag nu wel een keer. Maar ehm ja dat ehm zij heeft twee kinderen ook hier naartoe gehaald en ik geloof dat ik daar eigenlijk nog nooit voor gedeclareerd heb. Maar ze doen ook niet veel beroep op de zorg en die patiënt waar waar het nu over gaat die 10 keer per jaar kwam die had echt een enorme pathologie dat was ook niet zomaar” (Huisarts, vrouw 49 jaar).

De ontmoediger:

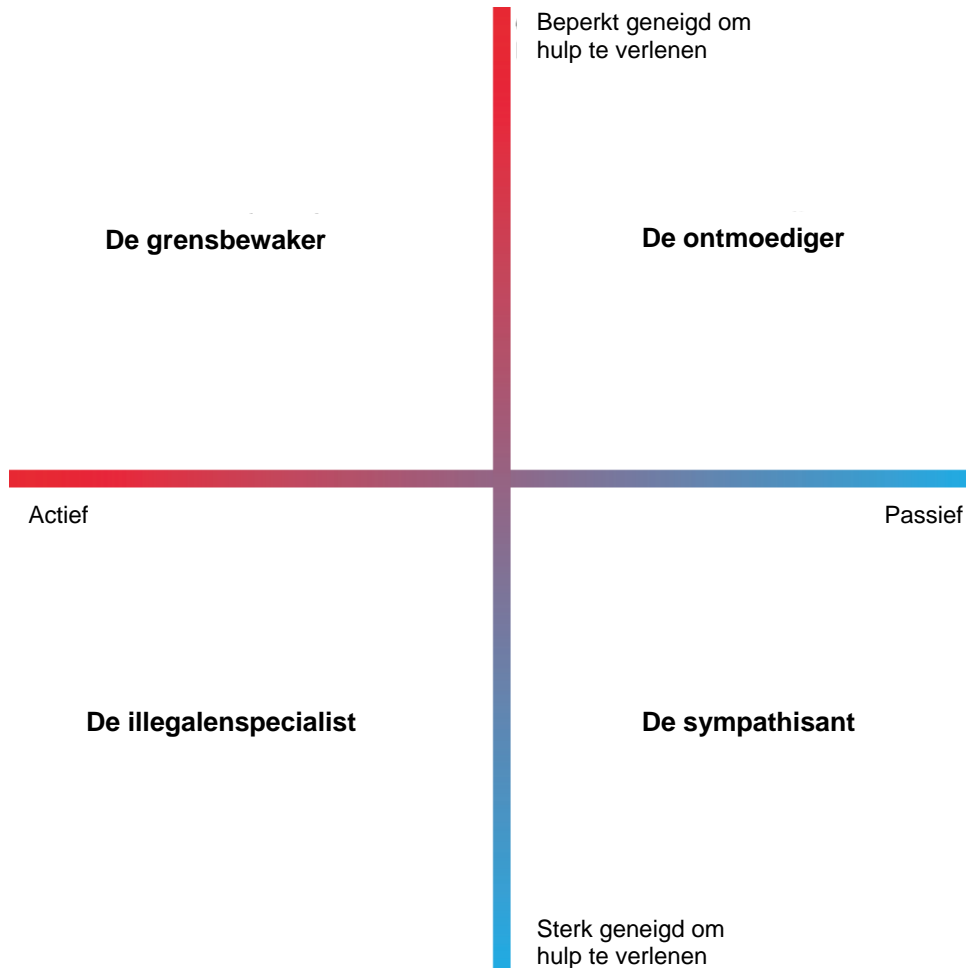
“Bij allemaal heb ik vanaf het begin hier gezegd als iemand niet verzekerd is moet ‘ie in principe betalen, want we zijn geen liefdadigheidsinstelling. Dat gaat het niet worden en als ik ga behandelen zonder betaling dat is een perfecte manier om in de publiciteit te komen in bepaalde circuits. Vandaag heb ik één patiënt die dat wil, morgen drie en volgende week tien. Wij doen dat niet. Er moet betaald worden” (Huisarts, vrouw 63 jaar).

Bovenstaande respondent heeft wel eens zorg geweigerd, omdat een illegaal niet kon of niet wilde betalen:

“Ehm ja, dat is weleens voorgekomen ehm omdat we het dan niet eens konden worden over de afspraak dat ervoor betaald zou moeten worden. En dan mag iemand er ook voor kiezen om ehm zonder die beantwoording er alsnog mee weg te gaan” (Huisarts, vrouw 63 jaar).

4.4 Ideaaltypen

De vier typen huisartsen kunnen gerangschikt worden in ideaaltypen bestaande uit twee dimensies. In onderstaand kwadrant zijn de twee dimensies gecombineerd.



Uit het kwadrant kan worden afgelezen dat twee typen huisartsen dezelfde visie op medisch noodzakelijke zorg hebben, maar dit verschillend uitdragen. De grensbewaker en de ontmoediger zijn beiden beperkt geneigd om hulp te verlenen aan illegalen. De grensbewaker draagt zijn visie over medische noodzakelijkheid actief uit en de ontmoediger is hierin passief. De sympathisant en de illegalenspecialist zijn beiden in sterke mate geneigd om hulp te verlenen. De sympathisant stelt zich hierin passief op en de illegalenspecialist draagt zijn visie actief uit.

Iedere respondent is onderverdeeld in het type huisarts dat voor hem of haar het meest dominant is (zie hoofdstuk 3: methode). De meest gangbare ideaaltypische vormen die bij de respondenten worden onderscheiden, zijn de sympathisanten en de ontmoedigers. Zeven respondenten behoren tot de ontmoedigers en vijf respondenten tot de

sympathisanten. Deze typen huisartsen worden aangetroffen in wijken waarin veel illegalen verblijven en in wijken waarin weinig illegalen verblijven. Één respondent (een man die met pensioen is) houdt als straatdokter spreekuur voor illegalen. De straatdokter behoort tot het type de illegalenspecialist. Onder de huisartsen die in beperkte mate hulp verlenen aan illegalen bevindt zich een huisarts die dit actief uitdraagt. Deze huisarts behoort tot het ideaaltype de grensbewaker. In de praktijk hebben respondenten ook kenmerken van andere typen. Tussenvormen van ideaaltypen komen voor.

Tot slot van dit hoofdstuk volgen per type een aantal kenmerkende citaten. Enkele citaten lijken op citaten die eerder in dit hoofdstuk zijn gebruikt om de verschillen tussen de houdingen te verduidelijken.

De grensbewaker

De grensbewaker is een actieve restrictieve huisarts. Tot dit type behoort een vrouw van 58 jaar. Zij komt uit een arbeidersgezin uit Rotterdam. De afgelopen 10 jaar maakte zij negen keer een reis naar een niet-westers land. Zij stemde bij de laatste Tweede Kamerverkiezingen SP. De grensbewaker weert illegalen zoveel mogelijk en doet dit op een actieve manier. Indien zij erachter komt dat een illegaal zorg probeert te verkrijgen via een zorgverzekeringpas van een ander, neemt zij het pasje in en beantwoordt zij de zorgvraag niet. Dit type huisarts kent beperkingen in het verlenen van zorg aan illegalen. De aard van de zorgvraag speelt een rol:

“Dat een illegaal hier zei van ik heb een verwijzing nodig voor een voor een knie operatie of zo. Dat ik zeg joh kom op dat moet je dan zelf maar regelen. Want ehm hè dat is ehm dat is. Dat was dan zo echt een beetje medisch toerisme op die manier. Die kwamen dan uit een ander land om hier geopereerd te worden puur. En om daarna weer terug te gaan” (Huisarts, man 58 jaar).

De grensbewaker verleent minder snel zorg aan de *undeserving poor*:

“Ik kan me wel herinneren. Dat is misschien wel van 10 jaar geleden. Bijvoorbeeld een mannetje uit West-Afrika. Die had alsmaar schouderklachten 20 jaar. En ehm toen wou ik weten hoe kan het dan komen (...) maar dat was van zijn geweren. Hij had kalashnikovs, hij had schouderletsel etcetera. En hij wil daar dus speciaal voor naar de orthopeed toe om foto’s te maken, MRI te maken. Weet ik het allemaal niet, maar dat doen we natuurlijk niet hè” (Huisarts, vrouw 58 jaar).

De ontmoediger

Een voorbeeld van een ontmoediger is een zestigjarige man van Nederlandse afkomst. Hij is geboren in Schiedam en heeft in Amsterdam de opleiding geneeskunde gedaan. Zijn vader was directeur van een bank. Hij heeft de afgelopen tien jaar geen reizen gemaakt naar niet-westerse landen. Bij de laatste Tweede Kamerverkiezingen stemde hij VVD. Deze huisarts vindt het beleid in Nederland rondom zorg aan illegalen niet goed geregeld:

“Het is hap snap beleid van die mensen die komen gewoon aangelopen rechtstreeks of via mond op mond reclame. En ehm ze vragen iets medisch en daar ga je op in en dan gaan ze weer. En dan bewaar je dat losse briefje een jaar en vernietig ik ze” (Huisarts, man 60 jaar).

Deze ontmoediger wil niet teveel tijd kwijt zijn aan zorg aan illegalen. Hij doet weinig moeite voor mensen die niet verzekerd zijn en meer zorg nodig hebben. Onderstaand citaat is een voorbeeld van zijn passieve houding. Hij vindt als huisarts dat iemand opgenomen moet worden in het ziekenhuis, maar draagt deze houding niet uit. Hij stelt zich passief op en legt de verantwoordelijkheid voor opname in het ziekenhuis bij de patiënt:

“Pas geleden, een Portugese knul die ik absoluut wilde doorverwijzen naar het ziekenhuis. (...) Ik zeg je zit blijkbaar al een tijd in Nederland (...) dit kost geld, ook dit recept kost je geld, want je bent niet verzekerd en ehm na die kuur hoop ik dat het goed met je is. (...) Maar volgens mij moet jij door naar het ziekenhuis om, ja het was iets met keel neus oor gebeuren, om dat verder te laten behandelen. Dus probeer dat te regelen, probeer dat te saneren, zodat je wel verzekerd kan worden en dan zie ik je wel terug komen. Nou, ik heb hem inderdaad een half jaar later nog eens terug gezien, hetzelfde probleem en weer een kuur gegeven. Ja, nee, het ging geregeld worden. Ik heb hem nog niet ingeschreven hiervoor en dat zal nu al dik een jaar, misschien wel twee jaar al spelen. Ja, daar bemoei ik me ook niet mee, want alles is vluchtig wat dat aangaat hè” (Huisarts, man 60 jaar).

Illegalen die op het spreekuur komen laat hij het passantentarief betalen. Hierdoor komen alleen illegalen bij hem onder behandeling die dit tarief kunnen betalen. Doordat hij deze regel hanteert komen mensen die dit bedrag niet kunnen betalen niet in aanmerking voor zorg bij hem:

“Financiën cash betalen, het consulttarief punt wat ervoor staat, want al die poespas met al die papiertjes. Dat hoort dan misschien niet zoals ik het doe, maar al die poespas met die papiertjes dat werkt dus niet en het wordt nog eens geregeld afgewezen ook. Nou dat doen we niet daarvoor zit ik niet. Ik werk, ik heb opgestroopte mouwen en daar ehm wordt navenant beloning voor gegeven klaar. En dat gaat ook zonder probleem. Ik heb geen geld, heb ik nooit meegemaakt. Ze komen eerst, ze komen eerst aan het loket en daar wordt het verteld, voordat ze binnenkomen. Dat ga ik niet vertellen als ze al binnen zijn, nee, dáár wordt het gemeld. En ik heb nog nooit begrepen van de assistente dat ze daarna zeiden ‘dag, ik ga weg’, maar dat heeft ook te maken met een redelijk tarief” (Huisarts, man 60 jaar).

De sympathisant

Tot een van de sympathisanten behoort een vrouw van 49 jaar. De laatste 10 jaar heeft zij een reis naar Oeganda gemaakt. Zij is een boerendochter. Bij de laatste Tweede Kamerverkiezingen stemde zij PvdA. Deze huisarts vertelt dat zij het erg leuk vindt dat zij gevraagd is om mee te werken aan dit onderzoek omdat het een onderwerp betreft dat haar na aan het hart gaat. Zij vindt dat zorg aan illegalen ruim genomen moet worden:

“Ik streef echt naar een ehm drempelloze zorg” (Huisarts, vrouw 49 jaar).

Deze huisarts biedt illegalen ruime zorg. Illegalen moeten zich zelf aanmelden bij de assistente:

“Nou, dat gebeurt natuurlijk hier aan de balie. Ehm ik heb wel de afspraak met mijn assistente van nou als mensen echt mensen dringend hulp nodig hebben en ze zijn niet verzekerd dan wil ik ze zien” (Huisarts, vrouw 49 jaar).

In de praktijk komt dit weinig voor:

“Maar ik moet zeggen het gebeurt heel weinig. Omdat de meeste illegalen toch wel ehm de Pauluskerk kennen. Want dat heet nog steeds de dokter van de Pauluskerk ook al is de Pauluskerk plat” [Respondent meent dat de Pauluskerk niet meer bestaat] (Huisarts, vrouw 49 jaar).

Deze huisarts vertelt dat het moeilijk is om te zeggen wat ze als huisarts zou doen indien een illegaal veel zorg nodig heeft:

“Maar ik kan me ook voorstellen als je een terminale patiënt hebt die niet verzekerd is en dat kost heel veel tijd dan ehm dan ehm ja dan ehm. Ik bedoel het is wel heel makkelijk om in een interview te zeggen van ik doe het, maar ik denk wij verdienen zoveel dat dat geen probleem kan zijn, dat dat geen probleem kan zijn. Maar ik bedoel ehm als je het heel erg druk hebt dan is dat wel eens vervelend” (Huisarts, vrouw 49 jaar).

Zij probeert duidelijk te maken dat haar visie op medisch noodzakelijke zorg ruim is, maar dat het in de praktijk voor kan komen dat zij haar visie passief uitdraagt.

De illegalenspecialist

De illegalenspecialist is een man die de pensioensgerechtigde leeftijd ruim gepasseerd is. Hij houdt een keer per week spreekuur in de Pauluskerk speciaal voor illegalen. De laatste Tweede Kamerverkiezingen stemde hij SP. Deze arts heeft de laatste jaren meerdere reizen naar niet-westerse landen gemaakt. Hij werkt mee aan verschillende hulpverleningsprojecten in Georgië, Armenië, Abchazië, Zuid-Ossetië en steunt een arts in de binnenlanden van Suriname. Hij is opgegroeid in een arbeidersgezin in de Amsterdamse Pijp. De illegalenspecialist stelt zich actief op om illegalen zo goed mogelijk te helpen. Hij doet meer dan een spreekuur houden voor illegalen:

“We zijn mensenrechtenactivist armoedebestrijder en huisarts is het beroep van ons. We doen het nu, we doen het nu nog met zijn vieren” [In Rotterdam werken vier straatdokters] (Straatdokter, man met pensioen).

Hij is verantwoordigd over de behandeling van illegalen in Nederland:

“Dat is dus een politieke afspraak, maar ja dat is om die verslaafde illegalen niet te handelen, niet te behandelen. Ja we zien daar beelden als van je weet ehm alcoholverslaving geeft een

onnoemelijke verloedering. En, en zo'n jongen uit ehm Libanon die daar in die oorlog gezeten heeft. Zwaar getraumatiseerd. Hier aan de drugs raakt. Nou, ik vind dat heel normaal. Dat zou ik ook doen. Ja en daar kunnen we amper hulp voor organiseren. Hoe moeilijk dat is. Dat is methadon willen ze niet verstrekken. Maar nu gaan we toch weer klagen ehm. Maar daar wordt duidelijk de naam van een hoge GGD ambtenaar genoemd en van een wethoudster. Ja en ik heb ze persoonlijk gevraagd de wethoudster. Ze wil er niet over praten. Dat vind ik zwak. Dus er zijn hier nog wel enkele bizarre toestanden in ehm hè. Ik moet ook zeggen Rotterdam is de stad die het minste doet voor haar illegalen. Van alle vier de grote steden” (Straatdokter, man met pensioen).

Illegalen worden kosteloos geholpen:

“Je weet, onze formule is niemand gaat zonder hulp de deur uit. Dus je begrijpt, wij doen wel aan onorthodoxe maatregelen (...). Wij spelen wel eens voor Robin Hood hier” (Straatdokter, man met pensioen).

De illegalenspecialist stelt zich actief op in zorgverlening aan illegalen:

“Of iemand dan illegaal is of niet. Nou ja dat is dan pech vind ik hè. Maar van mij krijgen ze gewoon die zorg. Ik bedoel, ik maak daar geen onderscheid op hè en ik of ik het dan wel of niet vergoed krijg. Nou ja, dat zal me ook wel een zorg wezen dat ehm ja. Ja in principe die mensen hebben het al moeilijk genoeg, dus ehm ja dus ik probeer het een beetje creatief. Ehm op zich soms komen ze met een familielid die dan wel hier en dan zeg ik wilt u dan toch dat ik het op uw naam doe of zo, weet je wel. Gewoon dat soort dingen. Ik vind altijd dat die zorgverzekeraars hebben toch geld zat dus ehm ja hè, wat maakt het voor één zo'n persoontje dan uit” (Huisarts, vrouw 48 jaar).

Hoofdstuk 5: Huisartsenzorg in de praktijk

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden dilemma's van huisartsen in de praktijk beschreven. Huisartsen kennen een diversiteit aan opvattingen en nemen verschillende houdingen aan in zorg aan illegalen. Zoals in hoofdstuk 4 beschreven komen tussenvormen van ideaaltypen voor. Daarnaast worden de uitkomsten van de onderzochte aspecten van identificatie, politieke voorkeur, opleidingsniveau en reiservaring naar niet-westerse landen van huisartsen beschreven.

5.2 Dilemma's van huisartsen

In de praktijk komen restrictieve en permissieve opvattingen van huisartsen naast elkaar voor. Huisartsen kunnen in zorg aan illegalen verschillende rollen aannemen. Zo kunnen zij bijvoorbeeld de rol van de sympathisant aannemen en daarna overschakelen naar de rol van de ontmoediger. Één van de dilemma's waar huisartsen mee te maken hebben is hun interpretatie van medische noodzakelijkheid:

“Ja, hoever moet je gaan hè met je met je dure chemotherapie (...). Dat is een hele lastige hoor” (Huisarts, man 52 jaar).

Deze huisarts verwoordt dat hij altijd wel een oplossing vindt voor illegalen die met een zorgvraag komen. Als hij de zorgvraag zelf niet kan beantwoorden stuurt hij mensen door naar het ziekenhuis.

Onderstaande huisarts vindt dat er onderscheid gemaakt moet kunnen worden tussen verzekerden en onverzekerden. Hij vindt het moeilijk om te verwoorden hoe dat onderscheid eruit moet zien:

“Die hebben ehm in mijn ogen gewoon recht op ehm ehm ja goede zorg als ze dat nodig hebben. Daar heb ik wel een bepaalde mening in dat het een beetje gescheiden moet kunnen worden van ehm mensen die dan wel verzekerd zijn. Want deze mensen zitten natuurlijk hier door meerdere redenen. Maar omdat ze dan ehm door wat voor reden dan ook geen verzekering hebben en eigenlijk niet direct recht hebben op zorg van een arts of wat dan ook is dat ze dan ehm ja een beetje onderscheid tussen direct acute problemen. En dit is wel een grijs gebied natuurlijk” (Huisarts, man 30 jaar).

Bovenstaande huisarts ziet vooral problemen in zorgvragen van illegalen met een chronische aandoening, zoals HIV. Hij vertelt dat hij een hartig woordje met deze mensen zou spreken en zou vragen wat zij in de toekomst verwachten in Nederland. Hij vertelt dat als je mensen met een chronische aandoening in je praktijk gaat accepteren het gevaar bestaat dat je een toeloop krijgt van illegalen met een chronische aandoening.

De context van illegalen speelt mee in de mate waarin huisartsen zich restrictief of permissief opstellen:

“Wij worden wat argwanend als iemand wel een mobieltje en gouden ringen heeft en niet wil betalen omdat hij geen geld heeft. Dan hebben we zoiets van dit ehm, dit gaat ons een beetje te ver. Dat klinkt wat onwaarschijnlijk” (Huisarts, man 52 jaar).

“Dat bekijk ik zelf wel per individu. Want als mensen komen en ik zie dat ze gewoon het financieel niet ehm ja niet kunnen ophoesten of wat dan ook dan ja dan laat ik dat ook gaan. Dat ehm dat interesseert me verder niet. Ik verdien in dat opzicht meer dan genoeg geld, dus dat dat ehm dat doe ik niet. Maar als ik wel merk ze komen binnen en mensen hebben drie

telefoontjes in hun hand en noem maar op dat soort dingen. Ja, dan laat ik ze wel betalen.”
(Huisarts, man 30 jaar).

Een ander dilemma waar huisartsen mee te maken krijgen is in hoeverre zij vinden dat zij moeite moeten doen (een actieve dan wel passieve houding aan moeten nemen) om een illegaal bijvoorbeeld op te laten nemen in het ziekenhuis:

“Ik heb één keer iemand gehad met ehm met ehm mogelijk een appendicitis, ehm blindedarmontsteking. En wat doe je dan ehm hij is niet verzekerd. En toen heb ik hem gezegd. Nou weet je wat je doet, je gaat gewoon naar het ehm grootste ziekenhuis hier. Dat is Erasmus, dus die zijn rijk genoeg. En je gaat naar de EHBO post. En je en je moet niet zeggen dat je bij mij bent geweest” (Huisarts, man 62 jaar).

De verantwoordelijkheid voor een behandeling wordt door bovenstaande huisarts bij de illegaal gelegd. Onderstaande huisarts neemt zelf de verantwoordelijkheid voor de opname van een illegaal in een ziekenhuis en stelt zich actief op:

“Een mevrouw met een PAP III [kans op baarmoederhalskanker] uitslag die ehm zou in het ziekenhuis opgenomen worden voor een conisatie [weghalen van een stukje weefsel van de baarmoeder] en ehm maar dat is wel heel heftig hoor. En die werd bij de balie geweigerd, want ze was niet verzekerd en ehm kon niet geholpen worden. Terwijl ehm de ingreep was gewoon gepland. En ehm dat was dus niet de gynaecoloog, maar gewoon aan de balie, de administratie. En ehm waarschijnlijk was ehm ja de ziekenhuispot, de pot met geld op en waren ze heel streng geworden. Nou toen heb ik (...) toen heb ik eerlijk gezegd de Telegraaf gebeld en gevraagd van willen jullie daar een artikel van maken, omdat ik daar ja heel erg verontwaardigd over was en dacht van nou dit kan gewoon niet. En dat ehm dat heeft toen echt in de krant gestaan. En natuurlijk ook naar het ziekenhuis gebeld van dat kunnen jullie

toch niet maken en etcetera en uiteindelijk is die mevrouw wel geholpen, dus ik kan wel ver gaan als het moet” (Huisarts, vrouw 49 jaar).

Huisartsen hebben in hun werk te maken met dilemma's. Zo geven zij aan dat het moeilijk is om te bepalen welke zorg volgens hen onder medisch noodzakelijke zorg valt en welke zorg daar niet toe behoort. Huisartsen kunnen wisselen van rol met betrekking tot de mate waarin zij zorg verlenen. Zo kan het voorkomen dat een huisarts in het ene geval een rol aanneemt waarin hij geneigd is om in beperkte mate hulp te verlenen en in het andere geval een rol aanneemt waarin hij geneigd is om in sterke mate hulp te verlenen. De context van illegalen kan meespelen in de beslissing van huisartsen om illegalen al dan niet te laten betalen voor een consult. De mate waarin huisartsen zich actief dan wel passief opstellen jegens illegalen verschilt. Zo kan een huisarts de rol aannemen van actieve huisarts en bijvoorbeeld opname in een ziekenhuis afdwingen en een andere keer de rol aannemen van passieve huisarts en opname in een ziekenhuis aan de illegaal zelf overlaten.

5.3 Kenmerken van huisartsen

Uit de literatuur blijkt dat de 'rechtse' politieke partijen, CDA, VVD, PVV en Christelijk rechts een strenger immigratiebeleid wensen dan de 'linkse' politieke partijen, D'66, PvdA, SP en GroenLinks (Mascini & Houtman, 2007 en Van den Brug et al., 2009). Het stemgedrag van de respondenten is in kaart gebracht door te vragen op welke politieke partij zij gestemd hebben bij de laatste Tweede Kamerverkiezing. Één respondent die tot de ontkoedigers wordt gerekend wilde hierop geen antwoord geven. De verdeling onder de ontkoedigers is als volgt: twee VVD-stemmers, drie D'66-stemmers en één PvdA-stemmer. Voor de sympathisanten is dit één VVD-stemmer, één PvdA-stemmer, twee GroenLinks-stemmers en één SP-stemmer. De illegalenspecialist en de grensbewaker stemmen beiden SP.

De politieke partijen zijn in dit onderzoek ingedeeld in links, midden en rechts. Tot de linkse partijen worden GroenLinks en de SP gerekend. D'66 en de PvdA worden bij de middenpartijen ingedeeld. De VVD behoort tot rechts.

Tabel 1: Stemgedrag

	Links		Midden		Rechts	
	N	Verwachte waarde	N	Verwachte waarde	N	Verwachte waarde
Beperkt geneigd om hulp te verlenen	1	2,7	4	2,7	2	1,6
Sterk geneigd om hulp te verlenen	4	2,3	1	2,3	1	1,4

Gamma: 0.625

Kruistabel waarin de associatie tussen stemgedrag en de mate van hulpverlening is weergegeven.

De respondent die zijn politieke voorkeur niet wilde vermelden is niet opgenomen in deze tabel. Tabel 1 is een kruistabel waarin de associatie tussen stemgedrag en de mate van hulpverlening is weergegeven. In de tabel zijn de geobserveerde waarden, de verwachte waarden en de gamma uitgezet. De verwachte waarden wijken af van de geobserveerde waarden. Hieruit is af te leiden dat er een aanwijzing is voor een associatie tussen stemgedrag en de mate van hulpverlening. Deze associatie is vervolgens aangetoond met het berekenen van de gamma. Stemgedrag correleert met de neiging om hulp te verlenen. Deze samenhang is sterk, dit is af te leiden uit de gamma van 0.625.

Een ander onderscheid wordt gemaakt in het opleidingsniveau van de familie van huisartsen waarbij het opleidingsniveau van de vader als uitgangspunt is genomen. Onderzoek toont aan dat illegalen vaak als economische bedreiging worden gezien doordat zij laag betaalde banen aannemen even als banen met losse contracten (Calavita, 1996). Verondersteld werd in hoofdstuk 2 dat huisartsen uit een gezin met een vader met een laag

opleidingsniveau de Koppelingswet strikter uitvoeren dan huisartsen afkomstig uit een gezin met een vader met een hoog opleidingsniveau. De grensbewaker komt uit een gezin met een vader met een laag opleidingsniveau. Onder de ontmoedigers zijn twee respondenten die uit een gezin komen met een vader met een hoog opleidingsniveau. De overige vijf ontmoedigers komen uit een gezin waarvan de vader een laag opleidingsniveau heeft. De sympathisanten kenmerken zich doordat de meesten van hen uit een gezin komen met een vader met een hoog opleidingsniveau, namelijk vier van de vijf. De illegalenspecialist komt daarentegen uit een gezin met een vader met een laag opleidingsniveau.

Tabel 2: Opleidingsniveau

	Laag		Hoog	
	N	Verwachte waarde	N	Verwachte waarde
Beperkt geneigd om hulp te verlenen	6	4,6	2	3,4
Sterk geneigd om hulp te verlenen	2	3,4	4	2,6

Gamma: 0.714

Kruistabel waarin de associatie tussen opleidingsniveau en de mate van hulpverlening wordt weergegeven.

In tabel 2 worden de associatie tussen het opleidingsniveau van de vader en de mate van hulpverlening weergegeven in een kruistabel. De geobserveerde waarden, de verwachte waarden en de gamma zijn in de tabel weergegeven. Er is een aanwijzing voor een associatie. De associatie is aangetoond door de gamma te berekenen. Opleidingsniveau correleert met de neiging om hulp te verlenen. Deze associatie is zeer sterk wat is af te leiden uit een gamma van 0,714.

Identificatie kan, zoals in hoofdstuk 2 omschreven, op meerdere niveaus voorkomen. De Swaan (1994) beschrijft dat mensen meer van elkaar zien wanneer zij op reis gaan. In dit onderzoek is respondenten gevraagd naar hun reiservaring de afgelopen 10 jaar. Aangenomen werd dat respondenten met reiservaring naar niet-westerse landen zich eerder identificeren met illegalen dan respondenten die deze reiservaring niet hebben. Van de 14 respondenten hebben er 12 de afgelopen 10 jaar een reis naar een niet-westers land gemaakt. De grensbewaker bezocht de afgelopen 10 jaar negen niet-westerse landen. Twee ontmoedigers hebben de afgelopen 10 jaar slechts westerse landen bezocht. Van de andere ontmoedigers bezocht één ontmoediger drie niet-westerse landen, twee ontmoedigers bezochten er vijf, één ontmoediger reisde naar zeven niet-westerse landen en één ontmoediger bezocht negen niet-westerse landen. Onder de vijf sympathisanten zijn er vier die de afgelopen 10 jaar eenmaal een niet-westers land hebben bezocht. Één respondent heeft zeven niet-westerse landen gezien. De illegalenspecialist reisde de afgelopen 10 jaar naar vijf niet-westerse landen.

Gemiddeld genomen reisden de huisartsen die beperkt geneigd zijn om hulp te verlenen aan illegalen de afgelopen 10 jaar 4,75 keer naar een niet-westers land. Huisartsen die sterk geneigd zijn om hulp te verlenen reisden de afgelopen 10 jaar gemiddeld genomen 2,33 keer naar een niet-westers land. Dit roept de vraag op in hoeverre reiservaring identificatie bevordert.

Hoofdstuk 6: Conclusie

Dit onderzoek startte met de onderzoeksvragen: Waaruit bestaan de verschillen tussen huisartsen in de invulling van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen? Zijn er aanwijzingen dat zorg aan illegalen afhankelijk is van kenmerken van huisartsen dan wel van kenmerken van illegalen?

Op basis van twee dimensies, de visie van huisartsen op medisch noodzakelijke zorg en de mate waarin zij deze visie uitdragen zijn vier typen huisartsen onderscheiden: de grensbewaker, de ontmoediger, de sympathisant en de illegalenspecialist.

Geconcludeerd kan worden dat tussen huisartsen verschillen bestaan in de invulling van het begrip medische noodzakelijkheid. Deze verschillen zijn het grootst tussen de grensbewakers en de ontmoedigers enerzijds en de sympathisanten en de illegalenspecialisten anderzijds. Huisartsen die beperkt geneigd zijn om zorg te verlenen en dit actief uitdragen, oftewel de grensbewakers sluiten mensen actief uit van zorg. Dit kan zorg zijn die zij niet tot medisch noodzakelijke zorg rekenen, zoals een operatie voor een knieprothese. Illegalen die de kosten van een consult niet kunnen betalen worden geweigerd evenals illegalen die zij tot de *undeserving poor* rekenen, zoals delinquenten. Ontmoedigers delen dezelfde visie als de grensbewakers, maar dragen hun visie passief uit. De sympathisanten en de illegalenspecialisten zijn sterk geneigd om hulp te verlenen. Een fysiotherapeutische behandeling behoort volgens hen ook tot medisch noodzakelijke zorg. Sympathisanten en ontmoedigers dragen hun visie passief uit. Zij wachten af wie er op hun spreekuur komt en dragen hun visie op medische noodzakelijkheid binnen de muren van de spreekkamer uit.

Huisartsen maken onderscheid tussen groepen illegalen in het verlenen van zorg. Zij verlenen eerder hulp aan illegalen die tot de *deserving poor* behoren. Doordat huisartsen fatsoenlijk gedrag van illegalen verwachten en de restrictieve huisartsen een financiële bijdrage vragen, komen vooral de *deserving poor* bij de reguliere huisartsen terecht.

Huisartsen sluiten illegalen die zich onfatsoenlijk gedragen, delinquenten en illegalen die geen financiële bijdrage aan de huisarts kunnen leveren, sneller uit van zorg. Dit betekent dat de *deserving poor* voor huisartsenzorg afhankelijk zijn van de straatdokters.

De persoonlijke achtergrond van huisartsen is van invloed op de invulling van zorg aan illegalen. Uit dit onderzoek kan de conclusie worden getrokken dat de huisartsen die tot de sympathisanten worden gerekend en sterk geneigd zijn om hulp te verlenen aan illegalen meer op linkse partijen stemmen dan de ontmoedigers die zich restrictiever opstellen naar illegalen toe. De partijen waarop de sympathisanten stemmen bevinden zich overwegend ter linker zijde van de linkse partijen, te weten GroenLinks en de SP. Uitzonderingen komen voor, aangezien zich onder de sympathisanten één VVD-stemmer bevindt en de grensbewaker op de SP stemt. Er is een sterke associatie tussen stemgedrag van huisartsen en de mate waarin zij geneigd zijn om hulp te verlenen.

Naast het stemgedrag speelt het opleidingsniveau van de vader een rol. Respondenten uit een gezin met een vader met een laag opleidingsniveau behoren vaker tot de ontmoedigers dan respondenten afkomstig uit een gezin waarvan de vader een hoog opleidingsniveau heeft. Huisartsen die de Koppelingswet strikter uitvoeren dan collegae, komen vooral uit gezinnen met een laag opleidingsniveau. Er is een zeer sterke associatie tussen het opleidingsniveau van de vader van huisartsen en de mate waarin huisartsen geneigd zijn om hulp te verlenen.

Reiservaring naar niet-westerse landen speelt nauwelijks een rol in de mate waarin huisartsen zich identificeren met illegalen. Op twee respondenten na hebben alle respondenten de afgelopen 10 jaar reizen gemaakt naar niet-westerse landen. De twee respondenten die dit niet deden behoren tot de ontmoedigers. Er is weinig onderbouwing voor de veronderstelling dat huisartsen met reiservaring naar niet-westerse landen zich meer identificeren met illegalen dan huisartsen die deze reiservaring niet hebben. Reizen naar niet-westerse landen is sterk afhankelijk van andere factoren, zoals de aanwezigheid van kinderen, de voorkeur van de partner en aanwezige financiële middelen. Dit roept de vraag

op in hoeverre reiservaring identificatie bevordert. Dit zou in de toekomst onderzocht kunnen worden.

De werkhypothese waarin verondersteld wordt dat linkse huisartsen uit een gezin met een vader met een hoog opleidingsniveau meer geneigd zijn om zorg te verlenen aan illegalen, waarbij de zorg wordt verleend aan de *deserving poor* die de financieel gemaakte kosten kunnen betalen wordt grotendeels bevestigd. Uit dit onderzoek blijkt dat huisartsen met een vader met een hoog opleidingsniveau vooral zorg verlenen aan de *deserving poor*. Echter, indien illegalen de financiële kosten niet kunnen betalen, verlenen huisartsen met een links politieke voorkeur en afkomstig uit een hoog opgeleid milieu hen ook hulp.

Illegalen met een zorgvraag in Nederland hebben de meeste kans op behandeling wanneer zij ingebed zijn in de Nederlandse samenleving. Een sterke inbedding zorgt ervoor dat familie of vrienden hen op de hoogte stellen van huisartsen waar zij terecht kunnen. Sterk ingebedde illegalen die zich netjes gedragen, hebben een grotere kans op behandeling van een reguliere huisarts. Illegalen die niet aan deze normen voldoen komen minder snel op het spreekuur van een reguliere huisarts terecht. Enerzijds kan dit een gevolg zijn van de situatie van de illegaal, zoals een minder sterke inbedding. Anderzijds kan uit dit onderzoek worden opgemaakt dat de reguliere huisarts hierin een belangrijke rol speelt, omdat zij door hun gedrag de *undeserving poor* uitsluiten van huisartsenzorg. Hierdoor heeft de illegaal behorend tot de *deserving poor* een grotere kans op huisartsenzorg dan de illegaal behorend tot de *undeserving poor*.

Geconcludeerd kan worden dat de interne grenscontrole deels afhankelijk is van de kenmerken van de huisarts. Er is sprake van *remote control* waarbij verantwoordelijkheden van de eigenlijke grensbewakers zijn verschoven naar de huisarts. Het ideaaltype de huisarts als grensbewaker draagt actief bij aan de bescherming van de grenzen van binnenuit. De ontmoediger doet dit op een passieve wijze.

Maatschappelijk gezien hebben illegalen die zich tot een 'rechts' stemmende huisarts wenden afkomstig uit een gezin met een vader met een laag opleidingsniveau minder kans

op medische noodzakelijke zorg dan illegalen die zich tot een 'links' stemmende huisarts wenden afkomstig uit een gezin met een vader met een hoog opleidingsniveau. Illegalen die minder (snel) zorg verleend krijgen kunnen gezondheidsschade oplopen. Daarnaast kan het individu dat te lang uitgesloten wordt van zorg een risico voor de volksgezondheid in Nederland vormen.

In dit onderzoek zijn de verschillen tussen huisartsen in de invulling van medisch noodzakelijke zorg in Nederland beschreven. Tot slot van de conclusie zal ik ingaan op hoe de bevindingen van dit onderzoek zich verhouden tot literatuur over zorg aan illegalen in andere Europese landen. Vanwege de verschillende regelingen in Europa is het lastig om de landen in categorieën in te delen op basis van de toegang tot zorg (Keeman, Mazel & Zitman, 2010). Het Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM, 2007), heeft een onderscheid kunnen maken in vijf categorieën:

1. Er zijn landen waar zorg aan illegalen alleen geleverd wordt indien ervoor betaald wordt, zoals in Oostenrijk en Zweden. Specifieke uitzonderingen worden gemaakt. In Zweden wordt de zorg aan kinderen van illegalen en aan afgewezen asielzoekers vergoed. In Oostenrijk wordt de behandeling voor infectieziekten vergoed.
2. Landen zoals Oostenrijk en Duitsland bieden gratis gezondheidszorg in een zeer beperkt aantal gevallen. In Duitsland kunnen hulpverleners gemaakte kosten vergoed krijgen indien sprake is van 'acute' medische zorg (Klazinga et al., 2007).
3. Een derde groep landen biedt ruimere toegang tot gezondheidszorg dan de eerder genoemde landen. De regelgeving is echter eerder restrictief en laat veel ruimte over voor onzekerheid. Voorbeelden hiervan zijn Portugal en het Verenigd Koninkrijk. In het Verenigd Koninkrijk is alleen acute ziekenhuiszorg, inclusief een opname van één nacht gratis toegankelijk voor illegalen. Voor verdere zorg in het ziekenhuis moet worden betaald. Huisartsen mogen 14 dagen gratis behandelen in het Verenigd Koninkrijk indien sprake is van 'acute' of 'direct noodzakelijke' zorg (Klazinga et al., 2007).

4. Landen zoals België en Frankrijk hebben net als Nederland een parallel administratief- en financieringssysteem opgezet. In België hebben illegalen recht op 'dringende medisch hulp' (Medimmigrant, 2004). Het gaat hierbij niet zozeer om 'dringende' hulp, ook als iemand 'gewoon' ziek is, heeft hij recht op medische zorg (Klazinga et al., 2007).
5. Italië en Spanje bieden de ruimste toegang tot gezondheidszorg. In Italië kunnen illegale migranten zes maanden dezelfde medische zorg krijgen als ingezetenen. Hiervoor moeten ze een verklaring ondertekenen waarin staat dat ze geen financiële middelen hebben om de kosten te betalen. In Spanje kunnen illegalen zich laten registreren, waarna zij dezelfde toegang tot zorg kunnen krijgen als ingezetenen (Klazinga et al., 2007).

De onderzoeken van PICUM (2007) en de commissie Klazinga (2007) tonen aan dat er verschillen bestaan in de toegang tot zorg voor illegalen tussen Europese landen. De uitvoering van veel regelgeving behoort tot de lokale autoriteiten. Dit leidt vaak tot interpretatieverschillen en verschillen in de toepassing van regels vanwege onvoldoende kennis van mogelijkheden en rechten van illegalen (PICUM, 2007). Even als in Nederland hebben artsen in andere Europese landen te maken met interpretatieverschillen en verschillende regels.

In conclusie, het Nederlandse beleid ten aanzien van medische zorg aan illegalen leidt tot aanzienlijke verschillen tussen huisartsen en tussen huisartsen in respectievelijk de geboden en ontvangen huisartsenzorg.

Hoofdstuk 7: Discussie en aanbevelingen

De armste illegalen en illegalen behorend tot de *undeserving poor* hebben minder mogelijkheden om huisartsenzorg te krijgen dan rijkere illegalen en illegalen die tot de *deserving poor* behoren. De minder sterk ingebedde illegaal zal hierdoor eerder uitgesloten worden van zorg. Mensen die de minste hulpmiddelen tot hun beschikking hebben en daardoor het eerst worden geweigerd, zullen meer moeite hebben om ergens anders de juiste zorg te vinden. Straatdokters van de Pauluskerk richten zich speciaal op deze groep mensen, waardoor de *undeserving poor* toch hulp kunnen krijgen.

Illegalen zijn afhankelijk van de houding die huisartsen aannemen, omdat ook de invulling van de zorg tussen artsen verschilt. Als consequentie kunnen sommige illegalen meer zorg verwachten dan andere illegalen omdat zij bij een andere huisarts terecht zijn gekomen. Huisartsen houden zich in wisselende mate aan de artseneed. In de eed die zij hebben afgelegd zweren of beloven zij dat zij het belang van de patiënt voorop stellen (Biesma et al., 2003). Dit wordt niet gedaan wanneer mensen uitgesloten worden van zorg. Het is niet eenvoudig om huisartsenzorg aan illegalen te reguleren. Wellicht geeft medische jurisprudentie meer inzicht in hoe te handelen in bepaalde gevallen.

Uit dit onderzoek blijkt dat huisartsen werkzaam in wijken waar weinig illegalen verblijven dezelfde invulling geven aan medisch noodzakelijke zorg als huisartsen werkzaam in wijken waar veel illegalen verblijven. Of er een andere verdeling onder de twee meest voorkomende ideaaltypen is, kan vanwege de groepsgrootte niet worden vastgesteld. Hiervoor zal meer onderzoek gedaan moeten worden onder huisartsen werkzaam in gebieden waar weinig illegalen verblijven, zoals eerder genoemde wijken en mogelijk ook in dorpen. Tevens is het van belang om te onderzoeken wat er gebeurt met illegalen buiten het verstedelijkt gebied die beperkingen ondervinden in de toegang tot huisartsenzorg aangezien er in dorpen geen instelling als de Pauluskerk is die deze mensen van huisartsenzorg voorziet. Het onderzoek is niet generaliseerbaar naar huisartsen in heel Nederland.

Om illegalen in Nederland het recht op zorg in gelijke gevallen in dezelfde mate te bieden, kan een richtlijn ondersteuning bieden aan artsen. Wat medisch noodzakelijk wordt geacht hangt nu in sterke mate af van de interpretatie van de arts. In 2007 is een rapport verschenen door de commissie Klazinga waarin zij het advies geven om medisch noodzakelijke zorg te definiëren als 'verantwoorde en passende zorg' (Klazinga et al., 2007). Deze term kan net als medisch noodzakelijke zorg door artsen verschillend worden geïnterpreteerd. Door de termen medisch noodzakelijke zorg en verantwoorde en passende zorg te vervangen door een richtlijn voor zorg aan illegalen kunnen verwarring en verschillen tussen interpretaties voorkomen worden. Illegalen krijgen op die manier allen gelijke toegang tot gezondheidszorg. Een gelijke en ruimere toegang tot gezondheidszorg zijn beter voor het individu en de Nederlandse volksgezondheid. Werken volgens een richtlijn kan ook leiden tot dilemma's. Gezondheidszorg is niet statisch of biomechanisch. Psychosociale factoren spelen eveneens een grote rol. Het blijft daarom belangrijk dat artsen een grote beoordelingsvrijheid behouden. Zij kunnen afwijken van de richtlijn, maar moeten dit kunnen beargumenteren.

Een eenvoudiger manier om medisch noodzakelijke zorg te declareren kan huisartsen ervan weerhouden om eigen regels in te voeren zoals de regel waarbij voor elke zorgvraag betaald moet worden. Het kost huisartsen onevenredig veel tijd om formulieren in te vullen om 80% van een consult of visite voor een illegaal vergoed te krijgen. De afhandeling ervan kan drie maanden duren. Dit zijn twee argumenten voor huisartsen om aan illegalen een vergoeding te vragen. Wanneer de afhandeling van oninbare kosten eenvoudiger wordt door dit via een elektronisch systeem in te dienen bij het CVZ en de termijn van vergoeding even lang is als van reguliere declaraties, schept dit duidelijkheid naar huisartsen en zullen zij eerder bereid zijn om kosten voor zorg in te dienen bij het CVZ dan dit te verhalen op de illegaal. Illegalen die de kosten van een huisartsenbezoek niet kunnen betalen ondervinden dan geen financiële belemmering om naar de huisarts te gaan.

Een bijkomend voordeel is dat meer inzicht wordt verkregen in verleende zorg aan illegalen wanneer gemaakte kosten standaard worden geregistreerd in plaats van incidenteel.

Wanneer huisartsen met elkaar in gesprek gaan komen knelpunten boven water en kunnen zij met elkaar beleid maken om aan de zorgvraag van illegalen te voldoen. Artsen kunnen binnen een huisartsengroep afspraken maken om illegalen in de wijk eenduidige zorg te bieden. Illegalen weten hierdoor beter waar zij aan toe zijn en huisartsen kunnen de zorgvragen beter reguleren door een gelijke verdeling van illegalen over verschillende huisartspraktijken. Hierdoor wordt voorkomen dat sommige huisartsen meer belast worden met zorgvragen van illegalen dan andere huisartsen. Dit leidt tot een betere samenwerking tussen artsen en een betere afhandeling van zorgvragen van illegalen.

In dit onderzoek heb ik de discretionaire bevoegdheid van huisartsen onderzocht. Tot slot van deze scriptie zal ik ingaan op de vraag hoe de bevindingen zich lijken te verhouden tot wat er bekend is over het gebruik van discretionaire bevoegdheid in andere settings. Daarbij heb ik Lipsky bestudeerd. Ambtenaren behoren volgens de beschrijving van Lipsky (1980) even als huisartsen tot de *street-level bureaucrats*. *Street-level bureaucrats* zijn uitvoerders van beleid in de publieke sector die tijdens hun werk direct contact hebben met cliënten en een aanzienlijke vrijheid hebben in de uitvoering van hun werk. *Street-level bureaucrats* hebben een grote mate van vrijheid bij het nemen van beslissingen over cliënten en een grote mate van vrijheid in de aard, de kwaliteit en de kwantiteit van de te leveren diensten. De werkomstandigheden van *street-level bureaucrats* kenmerken zich onder andere door een chronisch tekort aan middelen, een onbeperkte vraag naar diensten, onduidelijke of tegenstrijdige doelen en moeilijk te evalueren prestaties (Lipsky, 1980).

Wanneer huisartsen vergeleken worden met uitvoeringsambtenaren van de Sociale Dienst in Rotterdam, een onderzoek door Engbersen (2006) worden een aantal overeenkomsten zichtbaar. De ambtenaren hebben een grote mate van discretionaire bevoegdheid. Deze discretionaire bevoegdheid is een gevolg van de vele en complexe regels waar zij in hun werk mee te maken hebben, het informatiemonopolie van de

ambtenaren, de organisatiestructuur en de exclusieve relatie van ambtenaren met hun cliënten. Ambtenaren gaan flexibel met regels om. Zo worden regels ten behoeve van sommige cliënten zo voordelig mogelijk toegepast. Ambtenaren hanteren informele strategieën van cliënten bij het toepassen van de regels. Deze strategie wordt door Engbersen (2006) ingedeeld in standaardtypologieën. Door middel van informele typologieën worden door ambtenaren prioriteiten gesteld en rangordes gehanteerd. Huisartsen vertonen hier een sterke overeenkomst met ambtenaren. Huisartsen zijn geneigd meer zorg te verlenen aan de *deserving poor*. Ambtenaren passen regels voordeliger toe op mensen die het in hun ogen verdienen, oftewel de *deserving poor*. Lipsky (1980) beschrijft dat *street-level bureaucrats* zoveel mogelijk naar wegen zoeken om de last van beperkende voorschriften te reduceren. Zowel ambtenaren als huisartsen hebben speelruimte nodig om in te kunnen gaan op unieke problemen van cliënten. Indien er een richtlijn ontwikkeld wordt voor artsen, zal de beoordelingsvrijheid van artsen een vereiste blijven. Op uitvoeringsniveau ontwikkelt zich bij beiden een vorm van regeltoepassing die afwijkt van doelen van de organisatie dan wel van doelen van de overheid. Ambtenaren accepteren bijvoorbeeld dat cliënten afhankelijk zullen blijven van de Sociale Dienst en er zijn huisartsen die elke zorgvraag als medisch noodzakelijk interpreteren. Aan het belang van de overheid, om een illegaal onaantrekkelijk te maken in Nederland door uitsluiting van de zorg, wordt door deze artsen voorbij gegaan.

Een verschil tussen huisartsen en genoemde ambtenaren is het dilemma waar zij mee te maken hebben. Ambtenaren hebben te maken met beperkte mogelijkheden om mensen die een uitkering ontvangen te controleren. Huisartsen hebben te maken met de Koppelingswet welke in strijd is met de artseneed. Huisartsen worden door de invoering van de Koppelingswet belast met het uitsluiten van illegalen van de gezondheidszorg, terwijl in de artseneed en andere wetgeving is vastgelegd dat zij verplicht zijn om hun kennis en vaardigheden in te zetten ter bevordering van de gezondheid en het welzijn van de patiënt. Daarnaast dienen artsen geen opdrachten te aanvaarden die in strijd zijn met algemeen

aanvaarde medisch-ethische opvattingen (Klazinga et al., 2007). Huisartsen hebben vanwege deze wet- en regelgeving te maken met een tekort aan hulpmiddelen en moeilijk te evalueren prestaties. Dit komt doordat de doelen omtrent medisch noodzakelijke zorg niet duidelijk zijn. Daarom zou in de toekomst onderzocht kunnen worden wat tot medisch noodzakelijke zorg behoort om het wetenschappelijk inzicht in het gebruik van discretionaire bevoegdheden te bevorderen.

Literatuurlijst

Baarda, D. B., Goede, M. P. M. de, & Meer-Middelburg, A. G. E. van der (1996). *Open interviewen*. Houten: Stenfert Kroese.

Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom onderwijs.

Brinkman, J. (2000). *De vragenlijst*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Broeders, D. & Engbersen, G. (2007). The Fight Against Illegal Migration. Identification Policies and Immigrants' Counterstrategies. *American Behavioral Scientist*, 50: 12, 1592-1609.

Brug, W. van der, Fennema, M., Heerden, S. van & Lange, S.L. de (2009). Hoe heeft het integratiedebat zich in Nederland ontwikkeld? *Migrantenstudies*, 25: 3, 198-220.

Burgers, J. & Dam, J. ten (1999). Gezondheid en zorg. In: Jack Burgers en Godfried Engbersen (red.), *De ongekende stad I. Illegale vreemdelingen in Rotterdam*. Amsterdam: Boom.

Calavita (1996). The New Politics of Immigration: "Balanced-Budget Conservatism" and the Symbolism of Proposition 187*. *Social Problems*, 43: 3, 284-305.

Engbersen, G. (2006). *Publieke Bijstandsgeheimen. Het ontstaan van een onderklasse in Nederland*. Amsterdam: Academic Archive.

Guiraudon, V. & Lahav, G. (2007). *Immigration Policy in Europe. The Politics of Control*. London: Routledge.

Huls, N. (2009). *Actie en reactie. Een inleiding in de rechtssociologie*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.

Klazinga, N. S., Bloemen, E. J. J. M., Buuren, J.J.M. van, Göker, E., Kortmann, F.A.M., Legemaate, J... & Schwarz, R.V. (2007). *Arts en vreemdeling. Rapport van de commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen*. Utrecht: Pharos.

Kluwer College Bundel (2010). *Publiekrecht 2010-2011 Wetteksten II*. Wolters Kluwer Business, Deventer.

Koster, W. de (2010). *Nowhere I could talk like that: togetherness and identity on online forums*. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.

Lahav, G. & Guiraudon, V. (2000). 'Comparative Perspectives on Border Control: Away from the Border and Outside the State', in P. Andreas and T. Snyder (eds.). *The Wall around the West. State Borders and Immigration Controls in North America and Europe*, 55-77. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers.

Leerkes, A. (2009). *Illegal Residence and Public Safety in the Netherlands*. Amsterdam: University Press.

Leerkes, A. & Engbersen, G. (ongepubliceerd). Europe's Arizona. On the local limits to immigration control.

Leun, J. van der (2001). *Looking for loopholes. Processes of incorporation of illegal immigrants in the Netherlands*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Leun, J. van der (2006). Excluding illegal migrants in The Netherlands: Between national policies and local implementation. *West European Politics*, 29: 2, 310-326.

Lipsky, M. (1980). *Street-level Bureaucracy; Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.

Mascini, P. & Bochove, M. van der (2009). Gender Stereotyping in the Dutch Asylum Procedure: "Independent" Men versus "Dependent" Women. *International Migration Review*, 43: 1, 112-133.

Mascini, P. & Houtman, D. (2007). Gedoogbeleid als erfenis van de verfoeide jaren zestig? Online paper, verkrijgbaar via:
<http://repub.eur.nl/res/pub/12750/MasciniNVK%20marktdag%202007%20Gedoogbeleid%20erfenis%20verfoeide%20jaren%20zestig.pdf>

Montgomery, J. (2003). 'A Formalization and Test of the Religious Economies Model'. *American Sociological Review*, 68: 5, 782-809.

Swaan, A. De (1994). *Identificatie in uitdijende kring*. *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift*, 20: 3, 6-24.

Veenema, T., Wiegers, T., & Devillé, W. (2009). *Toegankelijkheid van gezondheidszorg voor 'illegalen' in Nederland: een update*. Utrecht: NIVEL.

Verkuyten, M. (1999). *Etnische identiteit. Theoretische en empirische benaderingen.*

Amsterdam: Het Spinhuis.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2007). *Identificatie met Nederland.*

Amsterdam: Amsterdam University Press.

Winship, C. & Rosen, S. (1988). 'Introduction: Sociological and Economic Approaches to the Analysis of Social Structure'. *American Journal of Sociology* 94(Supplement), S1-S16.

Zolberg, A. (1999). 'Matters of State', in Hirschman, C., Kasinitz, P. & Wind, J. De (eds.), *The Handbook of International Migration: The American Experience.* New York: Russell Sage Foundation, 71-93.

Zolberg, A. (2003), 'Guarding the Gates', online paper verkrijgbaar via www.newschool.edu/icmec/guardingthegates.html.

Zwaan, J.W. de & Bultena, A.J. (2001). *Ruimte van vrijheid, veiligheid en rechtvaardigheid.*

De samenwerking op het gebied van Justitie en Binnenlandse Zaken in de Europese Unie.

Den Haag: Sdu Servicecentrum Uitgevers.

Internetbronnen

College voor Zorgverzekeringen, geraadpleegd op 10-11-2011 op:

<http://www.cvz.nl/financiering/zorg+aan+onverzekerbare+vreemdelingen/zorg+aan+onverzekerbare+vreemdelingen.html>.

Biesma, D.H., Legemaate, J. , Houwaart, E.S., Dijk, G. van, Briët, J.W., Kooi, A.L.F. van der & Westerveld, H.E. (2003). Artseneed. Houten: Badoux, geraadpleegd op 05-07-2011 op:
<http://www.vsnu.nl/web/file?uuid=9fd15305-c59d-4445-a94d>.

Kamerstuk 19637 nr. 452; Datum 02.07.1999, geraadpleegd op 17-08-2011 op:
http://www.terminal.nl/stichtinglos/client/JurArtDisplay.asp?jurart_id=1143.

Medimmigrant (2004). *Toegang tot de gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf* ,
geraadpleegd op 25-09-2011 op:
<http://www.medimmigrant.be/uploads/Publicaties/Onderzoeken/Europa%20gezondheid%20en%20mzvw%20picum.pdf>

Raad van State. Uitspraken, geraadpleegd op 22-06-2011 op:
http://www.raadvanstate.nl/uitspraken/zoeken_in_uitspraken/zoekresultaat/?verdict_id=G4Bh1%2FQGbGg%3D.

Bijlage: Opzet interview

Inleiding

- Voorstellen aan elkaar.
- Introductie. In de wetgeving is opgenomen dat de vreemdeling die geen rechtmatig verblijf in Nederland heeft geen aanspraak kan maken op medische zorg tenzij sprake is van medisch noodzakelijke zorg. De interpretatie van deze wet kan voor meerdere uitleg vatbaar zijn. Hierdoor kan een dilemma ontstaan. Desondanks is er geen jurisprudentie gevonden over dit onderwerp en is het doel van dit onderzoek om te achterhalen hoe er in de praktijk vorm wordt gegeven aan medische noodzakelijkheid of hoe u dat volgens u zou moeten. Het onderzoek wordt volledig geanonimiseerd.
- Het interview zal starten met een aantal algemene vragen. Ter afsluiting zullen enkele vragen gesteld worden die betrekking hebben op uw achtergrond.

Algemene vragen

1. Welke medische zorg zouden illegalen in Nederland volgens u moeten krijgen?
-Waarom vindt u dat?
2. Welke medische zorg zouden illegalen volgens u wettelijk moeten krijgen?
 - Speelt het begrip medische noodzakelijkheid hierin een rol?
3. Heeft u het afgelopen jaar zorg verleend aan illegalen?
 - Welke hulp verleent u?
 - Om hoeveel mensen ging dit ongeveer?
 - Speelt het begrip medische noodzakelijkheid hierin een rol?
 - Waarom heeft u deze zorg wel/niet geleverd.

4. Komt het voor dat u zorg had kunnen verlenen, maar dit niet gedaan heeft? Zo ja, wat was daarvan de reden?
5. In de buurt wonen veel illegalen. Wat zou u doen als blijkt dat iemand medische zorg nodig heeft?
 - Waarom zou u dit doen?
6. Hoe weten illegalen dat ze bij u terecht kunnen? Wat vindt u daarvan? Doet u er zelf wat aan om deze groep mensen te bereiken zodat ze weten dat ze bij u terecht kunnen? Waarom wel/niet?
7. Zijn er groepen illegalen die bij u eerder in aanmerking komen voor zorg dan andere groepen? (groepen: land van herkomst/mannen/vrouwen/kinderen/brave burgers tov niet-brave burgers).
 - Ik zou me voor kunnen stellen dat u bijvoorbeeld kleine kinderen snel naar het spreekuur laat komen en bij andere mensen een kritischer houding aanneemt ten aanzien van het maken van een afspraak...
8. Wat doet u als illegalen medicijnen nodig hebben?
 - En als ze voor langere tijd medicijnen nodig hebben/of de medicatie niet zelf kunnen betalen?
9. Wat betekent het voor u als huisarts als illegaliteit strafbaar zou zijn? Als u bijvoorbeeld een hoge boete zou kunnen krijgen voor het verlenen van zorg aan illegalen?

Achtergrond van huisartsen

10. Wat is uw leeftijd?
11. Waar bent u geboren en in welk land zijn uw ouders geboren?
12. Heeft u de laatste 10 jaar reizen gemaakt naar niet-westerse landen? Hoeveel?
13. Was uw vader ook arts? Wat voor beroep had hij?
14. Wat heeft u bij de laatste Tweede Kamerverkiezingen gestemd?

