



DE DEUR NAAR ZORG



**HET RECHT OP GEZONDHEID EN ZORG VOOR
ONGEDOCUMENTEERDE MIGRANTEN**

JULI 2018

Dokters van de Wereld

Dokters van de Wereld is de Nederlandse tak van Médecins du Monde. Wereldwijd zijn 15 delegaties actief en werken vanuit de internationale visie, missie en waarden. Samen komen wij in meer dan 80 landen op voor het recht op gezondheid en toegang tot zorg voor de meest kwetsbaren.

In ons werk bieden wij directe hulpverlening en gebruiken data en praktijkinzichten voor pleitbezorging. Dokters van de Wereld zet in op bewustwording van het Nederlandse publiek over het feit dat gezondheidszorg een mensenrecht is en nooit een privilege mag zijn.

Doctors of the World is an independent international voluntary movement working at home and abroad. Through innovative medical programmes and evidenced-based advocacy we empower excluded people and communities to claim their right to health while fighting for universal access to healthcare.

COLOFON

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

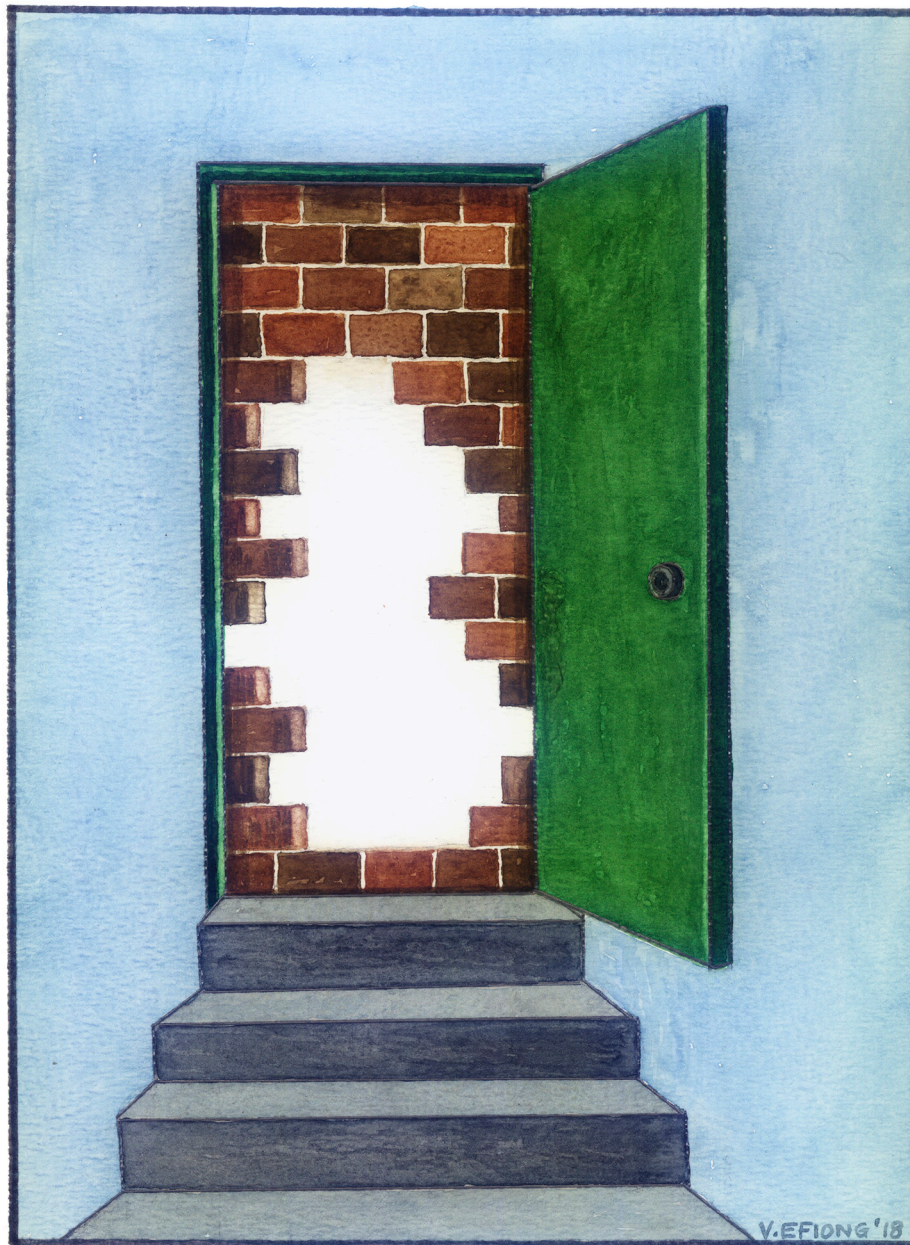
© 2018, Amsterdam, Dokters van de Wereld | Médecins du Monde the Netherlands

Vormgeving: Anja Schoen - opqrstu graphic design

Over de illustrator

De Nigeriaanse kunstenaar Valentine Efiang leeft al heel lang in Amsterdam. Een tijd lang zonder papieren en zonder inkomen. Met het maken van kunst hield hij zich staande. Als geen ander weet Valentine de levens van ongedocumenteerden te illustreren.

DE DEUR NAAR ZORG



De deur staat open. Dat hoort ook zo
Ben je ziek, dan moet een bezoek aan de dokter mogelijk zijn
Dat is een mensenrecht en staat ook in wet- en regelgeving
Toch lopen mensen zonder papieren regelmatig tegen een muur aan
Muren rondom medische zorg en maatschappelijke zorg
Met dit rapport wil Dokters van de Wereld de muren verder afbreken

ZORG VOOR IEDER MENS

INHOUD

VOORWOORD	6
SAMENVATTING	7
1. INLEIDING	12
1.1 Gezondheid en zorg voor ongedocumenteerden	12
1.2 Doelstelling en methodologie	13
1.3 Beperkingen van het onderzoek	15
1.4 Leeswijzer	15
2. WET- EN REGELGEVING	17
2.1 Recht op een toereikende levensstandaard	18
2.2 Recht op gezondheidszorg	19
2.2.1 Uitzondering Koppelingswet: recht op medisch noodzakelijke zorg	20
2.2.2 Uitzondering Koppelingswet: het voorkomen van inbreuken op de volksgezondheid	20
2.2.3 Het Nederlandse zorgstelsel	21
2.2.4 Concept 'Medisch noodzakelijke zorg'	23
3 ONGEDOCUMENTEERDE MIGRANTEN & GEZONDHEID	25
3.1 Redenen migratie en leefomstandigheden	25
3.2 Gezondheidsvaardigheden	35
DE CIJFERS: Wie spreekt Dokters van de Wereld op de spreekuren en de Helpdesk	40
4 ZORG VERLENEN AAN ONGEDOCUMENTEERDEN	42
4.1 Kennis, attitude, werkdruk en zorgweigeringen	42
4.2 Dilemma's in de zorgverlening	47
5 AANDACHTSGEBIEDEN IN DE ZORG VOOR ONGEDOCUMENTEERDEN	51
5.1 Mondzorg	52
5.2 Geestelijke gezondheidszorg	53
5.3 Zorg voor vrouwen	58
5.4 Zorg voor kinderen	62
5.5 Zorg voor ouderen	65
5.6 Overige zorg die buiten de vergoedingsregeling valt	66
5.7 Mensen zonder vaste verblijfplaats	67
5.8 Mensen in vreemdelingendetentie	70
6 CONCLUSIES EN OPROEPEN	73
6.1 Conclusies per hoofdstuk	73
6.2 Oproepen	75
6.3 Beschouwing	78
7 LITERATUURLIJST	79
8 BIJLAGEN	85

KADERS

Hoofdstuk 1

Kader 1: Definitie 'ongedocumenteerd'	16
Kader 2: EU-burgers zonder verblijfsrecht	16

Hoofdstuk 2

Kader 3: Selectie Duurzame Ontwikkelingsdoelen	18
Kader 4: Toegankelijkheid van zorg voor ongedocumenteerden en mensenrechten	20
Kader 5: Medisch noodzakelijke zorg	23
Kader 6: Zorg aan onverzekerde Europeanen	24

Hoofdstuk 3

Kader 7: Geschatte aantal ongedocumenteerden	25
Kader 8: Redenen waarom ongedocumenteerden Nederland niet verlaten	25
Kader 9: Beëindig armoede overal en in al haar vormen	31
Kader 10: Kennis bij ongedocumenteerden over recht op zorg	37

Hoofdstuk 4

Kader 11: Kennis bij zorgverleners over recht op zorg	43
Kader 12: Brandbrief 'De hoogste tijd voor een drastische vermindering van het aantal patiënten per huisarts'	44
Kader 13: Bereidheid tot hulpverleners	45
Kader 14: Gebrek aan tolkenvergoeding	45

Hoofdstuk 5

Kader 15: 24-uurs onderdak voor ongedocumenteerden die psychische zorg nodig hebben	56
Kader 16: Seksuele en reproductieve gezondheid en rechten	61
Kader 17: Kinderrechtenverdrag	63
Kader 18: Een ochtendje spreekuur	67

WAT DOET DOKTERS VAN DE WERELD

Hoofdstuk 2

Pleitbezorging	24
----------------	----

Hoofdstuk 3

Vergroten van de zelfredzaamheid van ongedocumenteerden binnen de gezondheidszorg en zo nodig bemiddelen	37
--	----

Hoofdstuk 4

Deskundigheidsbevordering zorgprofessionals	47
---	----

Hoofdstuk 5

Werken aan verbetering toegang tot mondzorg	52
Signaleren psychische problematiek, doorverwijzen, psychosociale ondersteuning	57
Verbeteren toegankelijkheid van seksuele en reproductieve zorg	65
Informeren van ouders en bemiddelen in zorg voor kinderen	66
Informeren over en bemiddelen in zorg voor ouderen	67
Om zorg die buiten de regeling valt toegankelijker te maken	67
Ondersteuning en doorverwijzing, signalering en pleitbezorging rond onderdak	69
Pleitbezorging rond gezondheid en zorg in vreemdelingendetentie	72

CASUS

Hoofdstuk 4

Problemen doorverwijzing verslavingszorg	46
--	----

Hoofdstuk 5

Mondzorg	52
Passende begeleiding bij cliënt niet mogelijk door ontoegankelijkheid Wmo-zorg	56
Gebrek aan continuïteit van psychiatrische zorg	57
Abortuszorg nauwelijks toegankelijk	60
Onwetendheid ouder heeft weerslag op toegankelijkheid van zorg voor kinderen	63
Angst voor de rekening leidt tot aanzienlijke vertraging in de zorg aan een kind	64
Gebrek aan gezondheidsvaardigheden en logistieke problemen bij toegang tot JGZ	64
Veel bemiddeling nodig voor Wlz-zorg	66
Kwetsbaar in vreemdelingendetentie	71

LEVENSVERHALEN

Hoofdstuk 3

Omid "De bruggen achter mij zijn afgebroken. Vóór mij is water. Ik kan geen kant op."	26
Ilalim "Ik kán heel veel maar ik mag niks zonder papieren."	26
Orlando "Behalve de medische mensen, vertrouw ik niemand meer in het leven."	27
Rachid "Vreemdelingendetentie is heel moeilijk omdat je nooit weet hoe lang je vastzit. Dat is héél moeilijk."	28

FIGUREN

Hoofdstuk 3

Figuur 1: Factoren die de gezondheid van migranten kunnen beïnvloeden	29
Figuur 2: Ooit asiel aangevraagd	30
Figuur 3: Geweld of honger meegemaakt	30
Figuur 4: Sociale steun in eigen stad	30
Figuur 5: Aantal kinderen en gescheiden leven van kinderen	30
Figuur 6: Werk en inkomen	31
Figuur 7: Honger in Nederland	31
Figuur 8: Angst voor arrestatie	33
Figuur 9: Top 10 herkomstlanden	34
Figuur 10: 55-plussers	34
Figuur 11: Verblijfstijd in Nederland	34

Hoofdstuk 4

Figuur 12: Tolk nodig voor interview	45
Figuur 13: Zorg geweigerd	46
Figuur 14: Ervaren discriminatie zorgverlening	46

Hoofdstuk 5

Figuur 15: Vragen over mondzorg	52
Figuur 16: Als psychisch probleem ervaren klachten	54
Figuur 17: Ervaren lichamelijke en psychische gezondheid	54
Figuur 18: Factoren toegankelijkheid GGZ	54
Figuur 19: Zwangere en ongewenst zwangere cliënten	60
Figuur 20: Minderjarige cliënten	64
Figuur 21: Cliënten van 55 jaar en ouder	65
Figuur 22: Vragen over fysiotherapie	67
Figuur 23: Type verblijfplaats	69
Figuur 24: Instabiliteit en negatieve impact verblijfplaats	69
Figuur 25: Aantal mensen in vreemdelingendetentie en verblijfsduur	71
Figuur 26: Patiëntgerichte toegang tot gezondheidszorg, een conceptueel model	95

GOOD PRACTICES

Hoofdstuk 3

Iedereen aan de slag	34
----------------------	----

Hoofdstuk 4

Oplossingen voor de inzet van tolken	46
Informeren van zorgverleners	47

Hoofdstuk 5

Korte lijnen tussen verwijzer en GGZ-instelling	56
Handreiking ethische dilemma's in de ggz voor asielzoekers	57
Interculturalisatie GGZ	57
Nu Niet Zwanger	59
Meldpunt NVK voor problemen zorg aan o.a. ongedocumenteerde kinderen	65

GRAFIEKEN

Grafiek 1: spreekuurconsulten, spreekuurcliënten en nieuwe spreekuurcliënten 2013-2017	39
Grafiek 2: spreekuurconsulten, spreekuurcliënten en nieuwe spreekuurcliënten per locatie 2016+2017	39
Grafiek 3: pso- en medische spreekuurconsulten 2016 en 2017	39
Grafiek 4: jaar 1e contact cliëntensprekuren en helpdesk januari-maart 2017	39
Grafiek 5: aantal consulten vóór 2017 cliënten spreekuren en helpdesk januari-maart 2017	40
Grafiek 6: helpdeskconsulten 2013-2017	40
Grafiek 7: type beller helpdesk	40
Grafiek 8: geslacht cliënten spreekuren en helpdesk 2016+2017	40
Grafiek 9: leeftijd cliënten spreekuren en helpdesk 2016+2017	40
Grafiek 10: top 10 nationaliteit cliënten spreekuren en helpdesk 2016+2017	41
Grafiek 11: verblijfplaats (indien bekend) cliënten spreekuren en helpdesk 2016+2017	41
Grafiek 12: verblijfsstatus w(indien bekend) cliënten spreekuren en helpdesk 2016+2017	41
Grafiek 13: verblijfsstatus (indien bekend) cliënten helpdesk	41
Grafiek 14: hulpvragen spreekuren en helpdesk 2016 + 2017 op basis van aantal hulpvragen	49
Grafiek 15: hulpvragen spreekuren en helpdesk 2016 + 2017 op basis van unieke cliënten	49
Grafiek 16: hulpvragen access-cliëntendossiers spreekuren en helpdesk januari-maart 2017	49
Grafiek 17: uitsplitsing medische hulpvragen access-cliëntendossiers januari-maart 2017	50
Grafiek 18: hulpvragen helpdeskregistratie 2017	50
Grafiek 19: Acties en doorverwijzingen n.a.v. hulpvragen cliënten	50

VOORWOORD

In Amsterdam, Den Haag en Rotterdam werken onze teams van (medische) vrijwilligers aan het verbeteren van de toegang tot de zorg voor ongedocumenteerde migranten. In Nederland heeft ieder mens recht op zorg en is het aan de zorgverlener zijn of haar hulpverleningsplicht te volgen.

De Regeling onverzekerbare vreemdelingen heeft voor een structurele verbetering in de toegankelijkheid van zorg voor ongedocumenteerde migranten gezorgd.

Ondanks deze vooruitgang zijn we er nog niet.

Een belangrijk knelpunt binnen de regeling is de inperking van medisch noodzakelijke zorg (zoals eerder vastgesteld door de commissie Klazinga in 2007) tot het basispakket en Wet langdurige zorg. De toegankelijkheid van zorg is daarmee nog niet op alle gebieden gewaarborgd. Dokters van de Wereld ziet binnen haar spreekuren de gevolgen hiervan en ondersteunt mensen om toegang te krijgen tot de reguliere zorg. Onze praktijkinzichten geven een goed beeld waar de deur naar de zorg klemt.

Inmiddels is het weer enkele jaren geleden dat we een overzichtsrapport publiceerden over toegangsproblemen in de zorg: het is tijd voor een nieuwe editie. Met een gedreven team van vrijwilligers hebben we onze praktijkdata en verhalen uit 2016 en 2017 verzameld, geanalyseerd en gebundeld tot dit overzichtsrapport "De deur naar zorg".

We proberen het landschap te schetsen waarin onze teams dagelijks werken. Hierin komen we veel bereidwillige zorgverleners, instanties en partners uit het maatschappelijk middenveld tegen, die meedenken over en meewerken aan het verbeteren van de toegankelijkheid van zorg. Voor hen kan dit rapport als naslagwerk dienen en tevens als inspiratie om gezamenlijk meer op te trekken in het wegnemen van barrières.

We kunnen een groot verschil maken door knelpunten in het fundament weg te nemen die liggen in wet- en regelgeving. In gesprekken met lokale en landelijke beleidsmakers en -uitvoerders merken we ook een behoefte aan verhalen uit de praktijk en inzichten in knelpunten.

Dokters van de Wereld blijft inzetten op structurele oplossingen waar het kan, en op tijdelijke initiatieven ter overbrugging naar de reguliere zorg waar nodig. Wij hopen dat het rapport ook anderen inspireert om hieraan een bijdrage te leveren, in welke vorm ook: expertise, menskracht, netwerken of beleidsbeïnvloeding.

Zo zetten we samen de deur naar goede en goed toegankelijke zorg voor kwetsbare groepen een eindje verder open!

Graag richt ik een woord van dank aan alle vrijwilligers en vaste medewerkers van het Zorgrechtteam voor hun luisterend oor, hulpverlenershart en scherpe observaties. En aan de cliënten van Dokters van de Wereld en de vrijwilligers die voor dit rapport hun verhaal verteld hebben en hun inzichten met ons deelden. Onze speciale dank gaat ook uit naar Cécile en Aryanti Mega, Sanne Gommers, Lizette Krist, Tara, Lisette Smit en Myrthe Smits die een belangrijke bijdrage leverden aan dit rapport door het afnemen van interviews, het analyseren van de data en nog veel meer.

Arianne de Jong, directeur Dokters van de Wereld

Amsterdam, juli 2018

SAMENVATTING

Sinds de start van onze activiteiten voor ongedocumenteerde mensen zijn we 13 jaar verder. In het voorliggende rapport blikt Dokters van de Wereld terug op wat wij in 2016 en 2017 gezien hebben in ons programma om ongedocumenteerden te ondersteunen bij het krijgen van toegang tot zorg. Het rapport geeft een overzicht van het Nederlandse beleid rond zorg aan ongedocumenteerde mensen en de gevolgen hiervan in de praktijk, zich afspelend in een mondiale context van toenemende migratie en internationale mensenrechtelijke verplichtingen, en in de Nederlandse context van een duurder wordende en soms overbelaste gezondheidszorg en het immigratiedebat. Het is geschreven vanuit een mensenrechtenperspectief, waarbij het recht op gezondheid niet alleen tijdige toegang tot passende gezondheidszorg inhoudt, maar ook recht op de onderliggende determinanten van gezondheid. Aan de hand van de bevindingen en beschouwingen hierover, roept Dokters van de Wereld op tot het waarborgen van een adequate levensstandaard en (financiële) toegang tot medisch noodzakelijke zorg, het beter toerusten van zorgverleners, het verbeteren van informatievoorziening aan ongedocumenteerden, en structurele verandering van het huidige systeem van vreemdelingendetentie.

De bevindingen gebruiken wij op korte en lange termijn ter onderbouwing van onze activiteiten, zowel in hulpverlening als voor pleitbezorging. Wij hopen dat beleidsmakers en zorgverleners het rapport ook op deze wijze gaan gebruiken om het recht op gezondheid van en zorg voor ongedocumenteerden (nog) beter te waarborgen.

Voor dit rapport is een deskresearch uitgevoerd en is gebruik gemaakt van de ervaringen en observaties van cliënten en medewerkers van Dokters van de Wereld tijdens de hulpverlening aan ongedocumenteerde mensen. Ook is gebruik gemaakt van data uit de registratiesystemen over 2016 en 2017. Het rapport is gebaseerd op data verkregen van cliënten en medewerkers van Dokters van de Wereld. Dit brengt twee beperkingen met zich mee. Wij werken met name in Amsterdam en Den Haag, en in Rotterdam. Ervaringen in andere delen van het land en buiten de grote steden kunnen anders zijn. Daarnaast zien we ook alleen de mensen die Dokters van de Wereld hebben gevonden. De mensen die zelf de weg naar de zorg weten te vinden enerzijds, en anderzijds de mensen die helemaal in de marge van de samenleving leven, wellicht uitgebuit worden en niet om hulp durven of mogen vragen, zijn nauwelijks vertegenwoordigd in dit onderzoek.

Het Nederlandse zorgsysteem kent een relatief universeel karakter op het gebied van toegankelijkheid van zorg en preventieve zorgverlening. Wij signaleren dat de toegang tot gezondheidszorg voor ongedocumenteerden vaak goed is. Toch ziet Dokters van de Wereld in de dagelijkse praktijk barrières rond het recht op gezondheid. In een aantal gevallen wordt de toegang tot zorg bemoeilijkt of zelfs onmogelijk gemaakt. De barrières liggen op het niveau van het zorgsysteem in Nederland, op het niveau van de kwetsbare situatie waarin ongedocumenteerden zich bevinden, en op het niveau van de zorgverlening.

Wet- en regelgeving

Het recht op de hoogst haalbare standaard van gezondheid en op toegang tot gezondheidszorg is uitgewerkt in internationale verdragen en Nederlandse wet- en regelgeving. Volgens de Koppelingswet worden ongedocumenteerden die in Nederland verblijven, uitgesloten van collectieve voorzieningen, uitkeringen en vergunningen zoals toegang tot huisvesting en een zorgverzekering. Ook hebben zij geen toegang tot de formele arbeidsmarkt. Wel hebben zij recht op medisch noodzakelijke zorg en publieke gezondheidszorg. Als financieel vangnet en ter compensatie van zorgverleners van ongedocumenteerde patiënten, is de Regeling onverzekerbare vreemdelingen (de Regeling) in werking getreden. Hierdoor kunnen ongedocumenteerden ook bij betalingsonmacht gebruik maken van medisch noodzakelijke zorg die onderdeel is van het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Ongedocumenteerde kinderen hebben zonder financiële drempel recht

op Jeugdgezondheidszorg en Jeugdzorg, en ook de Wet publieke gezondheid maakt geen uitzondering voor ongedocumenteerden. De zorg vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning is niet toegankelijk voor deze doelgroep.

Ongedocumenteerde migranten & gezondheid

Ongedocumenteerden zijn kwetsbaar op vele niveaus. Zij zijn ernstig beperkt in rechten, vrijheden en voorzieningen. Veel ongedocumenteerde cliënten van Dokters van de Wereld, waaronder kinderen, hebben geen vaste verblijfplaats en leven in schrijnende armoede, zij hebben moeite om te voorzien in dagelijkse levensbehoeften als eten, kleding en middelen voor persoonlijke verzorging. Wij zien dat het onthouden van het recht op basisbehoeften tot gezondheidsproblemen leidt. Bovendien heeft deze groep relatief vaak te maken (gehad) met traumatische ervaringen door uitbuiting en geweld, en leven velen voortdurend in angst om te worden opgepakt, opgesloten en uitgezet. Vaak ontbreekt ieder toekomstperspectief. Deze stressvolle omstandigheden hebben een negatieve impact op de gezondheid.

Veel ongedocumenteerden hebben beperkte gezondheidsvaardigheden, zij missen kennis over procedures rondom het verkrijgen van zorg, hebben moeite deze zorg ook daadwerkelijk te bereiken en hier effectief gebruik van te maken. Het niet spreken van een gemeenschappelijke taal met de zorgverlener is hierbij een groot struikelblok. Barrières in de toegang tot zorg zijn een gebrek aan kennis over het recht op gezondheidszorg en het zorgsysteem. Omdat mensen vaak niet op de hoogte zijn van het beroepsgeheim van hulpverleners bestaat de angst dat hun gegevens worden doorgegeven aan autoriteiten wat hen weerhoudt van het zoeken van zorg. Ook praktische problemen zoals een gebrek aan middelen voor vervoer staan de toegang van zorg in de weg.

Zorg verlenen

De kennis en houding van zorgverleners (waaronder ook medisch assistenten en administratief personeel) zijn een belangrijke factor voor de mate van zorgtoegankelijkheid van ongedocumenteerden. Hoewel veel zorgverleners zich bereidwillig tonen om ongedocumenteerde patiënten van zorg te voorzien, gebeurt het ook regelmatig dat zorgverleners de deur dicht houden waardoor zij patiënten de toegang tot zorg ontzeggen. Vaak speelt gebrek aan kennis een rol, soms is er sprake van een negatieve attitude jegens ongedocumenteerden. Ook extra inspanningen vanwege een taal-barrière worden als drempels ervaren. In geval van huisartsen merkt Dokters van de Wereld dat werkdruk een rol speelt in de bereidheid tot het gehoor geven aan de hulpverleningsplicht.

Aandachtsgebieden rond zorg voor ongedocumenteerden

Niet alle medisch noodzakelijke zorg komt in aanmerking voor vergoeding door de Regeling. Dit leidt tot schrijnende situaties, maar ook tot dilemma's voor zorgverleners. Ongedocumenteerden met (acute) gebitsproblemen, mensen die lijden aan psychische problematiek en maatschappelijke begeleiding nodig hebben en vrouwen die een abortus willen, worden uitgesloten van medisch noodzakelijke zorg indien zij niet voldoende financiële middelen hebben. Daarnaast zijn preventieve screening, anticonceptie en effectieve voorlichting hierover, medische hulpmiddelen, fysiotherapie, bepaalde medicijnen en het gebruik van een professionele tolk voor veel mensen ontoegankelijk. De toegangsproblemen kunnen ook praktisch of administratief van aard zijn. Ongedocumenteerde kinderen zijn niet ingeschreven in de Basis Registratie Personen en vallen buiten het beeld van de Jeugdgezondheidszorg als zij niet op een andere manier aangemeld worden bij de JGZ. Zorg uit de Wet langdurige zorg vereist een indicatie, die alleen wordt gegeven aan mensen die verzekerd zijn. Hierdoor hangt de toegang tot zorg af van de bereidheid van de zorginstelling om ongedocumenteerde mensen in zorg te nemen. Hiermee is de zorgtoegankelijkheid niet gegarandeerd met opnieuw schrijnende situaties als gevolg. De afgelopen jaren zaten duizenden mensen zonder

verblijfsrecht in vreemdelingendetentie, waaronder kwetsbare mensen. Vreemdelingendetentie heeft een negatieve impact op de gezondheid. De toegang tot de GGZ is ook voor verzekerden niet eenvoudig. Door de opeenstapeling van problemen van ongedocumenteerden op verschillende niveaus, worden deze toegangsproblemen uitvergroot. Wij signaleren barrières vanwege taal- en cultuurverschillen, lange wachtlijsten, barrières die samenhangen met de instabiele leefsituatie waarin zij zich bevinden en gebrek aan eerste levensbehoeften. Vaak is ook sprake van multiproblematiek. Maatschappelijke zorg en begeleiding is moeilijk te regelen aangezien ongedocumenteerden geen aanspraak op Wmo-voorzieningen kunnen maken. Daarnaast spelen soms opvattingen van zorgverleners ten aanzien van ongedocumenteerden een rol.

[Wat doet Dokters van de Wereld](#)

Tijdens spreekuren en op de Helpdesk biedt Dokters van de Wereld individuele hulpverlening. Dit gebeurt door middel van triage, voorlichting, vraag-gerelateerd zelfzorgadvies, en zo nodig actieve begeleiding tot reguliere zorg of doorverwijzing naar andere organisaties. Indien zorg geïndiceerd is welke buiten vergoedingsregelingen valt, bijvoorbeeld abortus, zoeken we met de cliënt naar een oplossing. Op indicatie geven wij cliënten zelfzorgmiddelen mee, zoals pijnstillers, mondzorgartikelen, condooms en zwangerschapstesten. De Zorgbussen zijn van grote waarde voor de spreekuren, omdat zo kwetsbare mensen bereikt worden die anders buiten beeld zouden zijn. Voor mensen in vreemdelingendetentie doen wij aan individuele belangenbehartiging indien er zorgen zijn over hun gezondheid.

In 2017 is het project 'Psychosociale ondersteuning' (PSO) gestart vanwege de gesignaleerde behoefte aan meer ondersteuning bij psychische klachten. Ongedocumenteerden met psychische klachten die niet voor een GGZ-behandeling in aanmerking komen of op de wachtlijst staan, en mensen bij wie psychische klachten worden vermoed, kunnen terecht bij GGZ-professionals die als vrijwilliger de PSO-sprekken draaien.

Medio 2018 wordt gewerkt aan het opzetten van anticonceptiesprekken waar ongedocumenteerde cliënten worden geïnformeerd over anticonceptie. Ook kan er, indien gewenst, anticonceptie verstrekt worden. In 2018 start Dokters van de Wereld ook met het tweejarige project Kiezen voor Elkaar, waarin gewerkt wordt aan een structurele verbetering van de toegankelijkheid van mondzorg voor iedereen en kwetsbare mensen met gebitsproblemen behandeld worden.

Dokters van de Wereld organiseert bijeenkomsten om informatie over het recht op zorg aan ongedocumenteerde mensen over te brengen. De Zorgbussen worden hierbij ook ingezet. Door het overdragen van kennis en vaardigheden wordt mensen de weg gewezen naar de gezondheidszorg en worden hun gezondheidsvaardigheden verbeterd. Ook zijn in meerdere talen voorlichtingsfolders over het recht op zorg en een animatiefilmpje ontwikkeld.

De afgelopen jaren is via medische beroepsorganisaties gewerkt aan het beter informeren en stimuleren van professionals in de zorg zodat het verlenen van zorg aan ongedocumenteerde mensen vanzelfsprekend wordt binnen de zorgsector. Ook informeert Dokters van de Wereld individuele zorgverleners in de rol van bemiddelaar tussen de cliënt en de reguliere zorg, mondeling en door voorlichtingsmateriaal.

Door pleitbezorging beoogt Dokters van de Wereld bij te dragen aan structurele verbeteringen. Wij informeren de (gemeentelijke) overheid en VN-organen over de knelpunten die wij signaleren in de praktijk, soms gebruikmakend van onderzoek geïnitieerd of uitgevoerd door Dokters van de Wereld. In 2016 startten wij samen met academische partners, onderzoek naar de stand van zaken van mondzorg voor ongedocumenteerden. In 2016 en 2017 is met name op het gebied van onderdak

en vreemdelingendetentie aan pleitbezorging gedaan. Tijdens inspraakmomenten in de Amsterdamse gemeenteraad en bij het wetsvoorstel van de Wet terugkeer en vreemdelingenbewaring, brengen wij zorgpunten en aanbevelingen onder de aandacht.

Transversale vraagstukken

Dokters van de Wereld constateert rondom gezondheid van en zorg voor ongedocumenteerden vraagstukken op verschillende niveaus en terreinen die aan alle thema's in dit rapport gerelateerd zijn.

I. **Recht op zorg in theorie en praktijk**

De betaalplicht wordt boven het zorgrecht gesteld. Dit is niet realistisch aangezien ongedocumenteerden structureel worden uitgesloten van sociale voorzieningen en arbeid. In de praktijk betekent dit dat een aantal ongedocumenteerden geen toegang heeft tot medisch noodzakelijke zorg die buiten het basispakket of Wlz valt.

II. **Zorgplicht in theorie en praktijk**

Zorgverleners hebben een zorgplicht en een beroepseed, en mogen geen onderscheid maken tussen patiënten op basis van individuele kenmerken. Dit plaatst zorgverleners voor dilemma's in gevallen waar medisch noodzakelijke zorg niet voor declaratie in aanmerking komt en de patiënt niet voor de zorg kan betalen. In de praktijk worden hierdoor concessies gedaan.

III. **Kwetsbaarheid versus zelfredzaamheid**

In het gezondheidszorgsysteem wordt een grote mate van zelfredzaamheid gevraagd. Mensen die minder zelfredzaam zijn, ondervinden hierdoor een grote barrière in de toegang tot zorg. Dit geldt nog meer voor ongedocumenteerden, door gebrek aan kennis bij henzelf en bij zorgverleners en het gevoel van ongedocumenteerden dat zij niet in een positie zijn om voor hun rechten op te komen.

IV. **De verantwoordelijkheid van overheid, medische beroepsorganisaties en maatschappelijke organisaties**

De overheid is verplicht om het recht op gezondheid en de toegang tot zorg te waarborgen. De balans tussen verantwoordelijkheden van de overheid en beroepsorganisaties en de taken die non-gouvernementele taken (noodgedwongen) op zich nemen, zou méér aandacht verdienen in het bewerkstelligen van verbeteringen in de waarborging van de mensenrechten van deze groep.

V. **Internationale mensenrechten en het Nederlandse migratiebeleid**

Nederland heeft het internationale verdragen geratificeerd en de ambitie de Sustainable Development Goals (SDGs) in 2030 te behalen. Wanneer het gaat om ongedocumenteerde migranten in Nederland zien we echter dat het Koppelingsbeginsel een aantal rechten voortvloeiend uit deze verdragen en ambities inperkt. We zien hier de spanning tussen migratiebeleid en mensenrechten.

VI. **Onrechtmatig verblijf**

De meeste in dit rapport beschreven barrières rond het recht op gezondheid(szorg), zijn terug te voeren op het ontbreken van verblijfsrecht. De werkelijkheid blijkt veelkleurig en de vertrekplicht vaak niet reëel. De vraag is of ingezet moet worden op het verbeteren van het zorgsysteem voor ongedocumenteerden, of op het werken aan alternatieven gericht op inclusie in de samenleving.

VII. **Andere kwetsbare mensen in Nederland**

In de hulpverlening signaleert Dokters van de Wereld ook kwetsbare Nederlanders en Europeanen worden geconfronteerd met barrières in de toegang tot zorg die in een aantal gevallen overlappen met die van de groep ongedocumenteerden. Het verdient discussie of inspanningen tot het verminderen van deze barrières zich moeten beperken tot ongedocumenteerden.

Oproepen

Op basis van de bevindingen en deze vraagstukken, roept Dokters van de Wereld met betrekking tot ongedocumenteerde migranten op tot:

- Het waarborgen van een adequate levensstandaard met mogelijkheden tot persoonlijke ontwikkeling en toekomstperspectief
- Het waarborgen van (financiële) toegang tot medisch noodzakelijke zorg zoals gedefinieerd in Arts en Vreemdeling (2007), met name:
 - mondzorg
 - passende zorg bij psychische en psychiatrische problemen
 - anticonceptie, abortuszorg en toegang tot bevolkingsonderzoeken
 - zorg uit de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning)
- Het beter toerusten van zorgverleners voor zorg aan deze groep door met name:
 - een betere informatievoorziening over het recht op zorg voor ongedocumenteerden
 - het verminderen van praktische barrières door bijvoorbeeld het aanbieden van vergoeding van tolkdiensten
 - meer bewustwording van de hulpverlenersplicht jegens ongedocumenteerde patiënten
- Het verbeteren van de informatievoorziening aan ongedocumenteerden over met name:
 - het recht op zorg
 - de mogelijkheden voor de toegang tot zorg in Nederland
 - het beroepsgeheim van medische professionals
- Structurele verandering van het huidige systeem van vreemdelingendetentie door met name:
 - Het wettelijk vastleggen dat voorkómen van detentie, met name van kwetsbare mensen, het uitgangspunt is
 - Het aanpassen van het regime zodat het geen gelijkenis meer heeft met een strafrechtelijk regime
 - De rechten van mensen die op medische gronden in de isolatiecel komen, op dezelfde wijze te waarborgen als in de GGZ

1 INLEIDING

1.1 GEZONDHEID EN ZORG VOOR ONGEDOCUMENTEERDEN

Dokters van de Wereld ziet jaarlijks zo'n 900 ongedocumenteerde mensen op de spreekuren en heeft daarnaast contact met honderden ongedocumenteerden bij de Helpdesk. Een aantal van hen is relatief zelfredzaam. In veel gevallen verkeren zij echter in schrijnende situaties. We zien veerkrachtige mensen die ondanks een zeer moeilijke leefsituatie de kracht vinden om door te gaan. We zien ook dat deze moeilijke leefsituatie haar weerslag op hen heeft. Zij staan bloot aan factoren die hen erg kwetsbaar maken. Een aanzienlijk aantal zit aan het einde van zijn veerkracht en dit heeft invloed op de gezondheid. Wat betreft de toegankelijkheid van medische zorg, voorziet de overheid in een mooie compensatieregeling voor zorgkosten en zien we veel bereidwilligheid bij zorgverleners, waardoor ongedocumenteerde mensen in veel gevallen toegang tot zorg hebben. Wij zien echter ook dat er vaak barrières overwonnen moeten worden om de benodigde zorg te verkrijgen. Lokale steunorganisaties fungeren als een belangrijk vangnet voor mensen die hierdoor tussen wal en schip dreigen te vallen. Zij hebben een belangrijke functie in het informeren van en bemiddelen tussen ongedocumenteerden en zorgverleners. Dokters van de Wereld is één van deze organisaties en richt zich op het verbeteren van de toegang tot medische zorg. Dit alles speelt zich af in een mondiale context van toenemende migratie en internationale mensenrechtelijke verplichtingen, en in de Nederlandse context van een duurder wordende en soms overbelaste gezondheidszorg en het immigratiedebat.

Toename migratie

Migratie neemt wereldwijd toe en zal naar verwachting aan blijven houden als gevolg van chronische conflicten, armoede en klimaatverandering. De laatste schattingen gaan er van uit dat één op de dertig mensen een internationale migrant is. Eind 2016 waren er wereldwijd 22,5 miljoen mensen op de vlucht, het hoogste aantal ooit. Daarnaast waren 2,8 miljoen mensen in afwachting van een asielprocedure. Een andere trend is dat de meeste migranten naar de steden trekken. Daar liggen immers de meeste kansen. Voor lokaal beleid ontstaan hierdoor grote uitdagingen.¹ De aanzienlijke vluchtelingen- en migrantenstromen wereldwijd gaan Europa en daarmee ook ons land niet voorbij. De verwachting is dat Europa nog lang in trek zal blijven bij migranten uit andere delen van de wereld.²

Ontwikkelingen in de Nederlandse gezondheidszorg

Het Nederlandse gezondheidszorgsysteem behoort tot de beste ter wereld.³ Dat wil niet zeggen dat er geen zorgpunten zijn. De gezondheidszorg kampt met aanpassingen in het basispakket, overheveling van verantwoordelijkheid voor de zorg van overheid naar gemeenten, stijgende zorgkosten, wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg en overbelaste huisartsenpraktijken in achterstandswijken.

Verder is de verwachting dat de zorguitgaven zullen blijven stijgen door technologische ontwikkelingen, welvaartstijging, vergrijzing en bevolkingsgroei.⁴ Een algemene trend is ook dat mensen steeds meer zorg zelf moeten betalen, met name aan ziekenhuizen, medicijnen, tandartsen, hulpmiddelen en de ouderenzorg.⁵ Mensen die veel zorg nodig hebben, waren in 2016 twee keer zoveel kwijt aan zorg dan in 2011.⁶ Ongedocumenteerden zijn nog meer dan anderen kwetsbaar voor een negatieve impact van deze ontwikkelingen doordat zij zich niet mogen verzekeren, niet mogen werken en niet terug kunnen vallen op sociale zekerheid.

1 International Organization for Migration, 2017

2 Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken, 2018b

3 Zie bijvoorbeeld Björnberg, 2018; GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators, 2017

4 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2017

5 Centraal Bureau voor de Statistiek, 2017

6 Nibud, 2016

Terugblik eerdere bevindingen

In 2005 kwamen er zoveel signalen van ongedocumenteerde migranten bij wie het niet lukte om de medische zorg te krijgen die zij nodig hadden, dat Dokters van de Wereld een project startte om de toegang tot zorg voor mensen zonder verblijfsrecht te verbeteren. In 2008, 2009, en in 2014 bracht zij de situatie rond toegang tot zorg in kaart.⁷ Bevindingen waren onder andere dat zorgverleners en ongedocumenteerden onvoldoende op de hoogte waren van het recht op medisch noodzakelijke zorg en dat financiële drempels ertoe leidden dat mensen geen zorg zochten of kregen, onder andere doordat belangrijke zorg, zoals tandheelkundige zorg en fysiotherapie zelf betaald moest worden. Bovendien bleken ongedocumenteerden sterk afhankelijk van individuen of organisaties die zich als intermediair opwierpen. Vastgesteld werd dat behoeften rond psychische gezondheidsproblemen niet of onvoldoende vervuld werden, waarbij met name instabiele leefomstandigheden de grootste barrière bleek te zijn in toegang tot geestelijke gezondheid. Voor ouderen bleek opname in een verpleeghuis of revalidatiecentrum moeilijk te regelen.

In 2014, 2015 en 2016⁸ bracht Dokters van de Wereld samen met Amnesty International en Stichting LOS rapporten uit over vreemdelingendetentie, waarin onder andere geconcludeerd werd dat vreemdelingendetentie mede door het strafrechtelijk regime en de onzekerheid een negatieve impact heeft op de geestelijke gezondheid, het in de setting van detentie moeilijk is mensen hiervoor adequaat te behandelen, dat plaatsing in een isoleercel niet plaatsvindt volgens de normen zoals die gelden binnen de GGZ en dat ook kwetsbare mensen in detentie opgesloten worden.

In 2016 schreef Dokters van de Wereld een uitgebreide literatuurstudie over gezondheidsdeterminanten bij ongedocumenteerde mensen en over de toegang tot zorg in Nederland.⁹ Hierin beschreef zij dat de leefsituatie van mensen zonder verblijfsrecht in veel gevallen zorgwekkend is, en dat het kunnen verkrijgen van medische zorg op een aantal vlakken niet vanzelfsprekend of zelfs onmogelijk is, ondanks het feit dat er wel verbeteringen zijn en Nederland een relatief universeel karakter kent op het gebied van toegankelijkheid van zorg en preventieve zorgverlening.

Inmiddels zijn we 13 jaar verder sinds de start van onze activiteiten voor ongedocumenteerde mensen. In het voorliggende rapport blikt Dokters van de Wereld opnieuw terug op wat wij in de praktijk zien. Het beschrijft wat wij in 2016 en 2017 gezien hebben in ons programma om ongedocumenteerden te ondersteunen bij het krijgen van toegang tot zorg. Het blijkt dat veel van de in eerdere jaren gesignaleerde knelpunten nog steeds bestaan.

1.2 DOELSTELLING EN METHODOLOGIE

Het voorliggende rapport geeft een overzicht van problemen die worden gesignaleerd in het Nederlandse beleid rond zorg aan ongedocumenteerde mensen en de gevolgen hiervan in de praktijk. Dit wordt beschreven vanuit een mensenrechtenperspectief, waarbij het recht op gezondheid niet alleen tijdige toegang tot passende gezondheidszorg inhoudt, maar ook recht op de onderliggende determinanten van gezondheid. Specifiek wordt ingegaan op barrières die de toegang tot zorg voor ongedocumenteerde mensen bemoeilijken op het niveau van het zorgsysteem, op individueel niveau, en in de uitvoering van zorg.

Aan de hand van dit overzicht doet Dokters van de Wereld verschillende oproepen om de toegang tot zorg te verbeteren. We hebben gekozen voor een brede insteek. De bevindingen gebruiken wij op korte en lange termijn ter onderbouwing van onze activiteiten, zowel in hulpverlening als voor

7 Dokters van de Wereld, 2008; Dokters van de Wereld, 2009; Médecins du Monde the Netherlands & Médecins Sans Frontières Holland, 2014

8 Amnesty International, Stichting LOS - Meldpunt Vreemdelingendetentie en Dokters van de Wereld, 2014; 2015; Amnesty International, Dokters van de Wereld en Stichting LOS - Meldpunt Vreemdelingendetentie, 2016a; 2016b

9 Dokters van de Wereld, 2016

pleitbezorging. Wij hopen dat beleidsmakers en zorgverleners het rapport ook op deze wijze kunnen gaan gebruiken.

Voor dit rapport is een deskresearch uitgevoerd en is gebruik gemaakt van de ervaringen en observaties van cliënten en van medewerkers van Dokters van de Wereld tijdens de hulpverlening aan ongedocumenteerde mensen. Ook is gebruik gemaakt van kwalitatieve en kwantitatieve data uit de registratiesystemen over 2016 en 2017. De volgende data zijn gebruikt:

[Cliëntendossiers januari-maart 2017 \(n=311\)](#)

Het gaat hier om cliënten die in de eerste drie maanden van 2017 met een consult geregistreerd zijn in de Access-cliëntendatabase. Op de cliëntendossiers heeft een handmatige analyse plaatsgevonden om de zorgvragen, geboden hulp en toegangsproblemen goed in kaart te kunnen brengen. Het analyseren van meer dan drie maanden bleek niet nodig omdat er verzadiging van gegevens optrad.

[Helpdeskregistratie 2017 \(n=332\)](#)

Helpdeskregistratie van telefonische gesprekken met of over cliënten in 2017 welke in het Helpdesk-Excelbestand zijn geregistreerd. (Alleen indien er voldoende gegevens van een cliënt zijn en het een meer complexe hulpvraag betreft, wordt een Access-dossier aangemaakt voor een Helpdeskcontact.) In 2016 werden hulpvragen niet in categorieën geregistreerd waardoor alleen de gegevens uit 2017 bruikbaar zijn.

[Vragenlijsten *European Observatory* 2016 en 2017 \(n=135\)](#)

In 2016 zijn er 35 en in 2017 zijn er 100 vragenlijsten afgenomen die ontwikkeld zijn voor het jaarlijkse monitoringsrapport van het *European Network to reduce Vulnerabilities in Health*, waar Dokters van de Wereld ook deel van uitmaakt. De gegevens verkregen door het afnemen van deze vragenlijsten zijn meegenomen in voorliggend onderzoeksrapport. De data van 2016 en 2017 zijn samengevoegd. Uitzondering vormt het onderwerp 'geweld'. In 2017 hebben wij niet naar geweldservaringen gevraagd omdat de interviews niet afgenomen zijn in een spreekuursetting en wij het medisch onverantwoord vonden hier mensen expliciet naar te vragen. Bij enkele mensen met wie een vragenlijst is ingevuld, zijn diepte-interviews afgenomen welke zijn verwerkt als getuigenis.

[Interviews met ongedocumenteerden 2017 \(n=17\)](#)

In oktober en november 2017 zijn cliënten geïnterviewd die met een hulpvraag naar Dokters van de Wereld kwamen. Het betrof zowel open als semigestructureerde interviews.

[Interviews met medewerkers 2017 \(n=16\)](#)

Zowel betaalde als onbetaalde medewerkers zijn geïnterviewd door middel van open of semigestructureerde interviews. Drie interviews zijn gedaan door middel van een schriftelijke vragenlijst.

[Access-cliëntendatabase 2016 en 2017 \(aantal cliënten n=1584\)](#)

Voor de kwantitatieve gegevens zoals het aantal consulten en de leeftijd van cliënten is gebruik gemaakt van de gegevens van 2016 en 2017 uit de Access-cliëntendatabase.

Er is sprake van onderregistratie vanwege zowel technische oorzaken (zo is bij een nieuwe versie van Access de juridische status van de cliënten die reeds in de database stonden niet overgenomen) en vanwege logistieke oorzaken (bijvoorbeeld consultvoering zonder gebruik te kunnen maken van een computer).

[Specifieke casuïstiek uit 2016 en 2017 aangedragen door medewerkers](#)

De casuïstiek is geverifieerd aan de hand van de cliëntendossiers.

1.3 BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK

Het rapport is geschreven op basis van ervaringen met en onderzoek onder cliënten en medewerkers van Dokters van de Wereld. Dit brengt twee beperkingen met zich mee.

Wij werken met name in Amsterdam, in mindere mate in Den Haag, en op beperkte schaal in Rotterdam. De telefonische Helpdesk heeft een landelijke functie, maar in de praktijk komen de meeste Helpdeskvragen ook uit Amsterdam, Rotterdam en Den Haag. Ervaringen in andere delen van het land en buiten de grote steden kunnen anders zijn. Zo zijn er signalen dat bijvoorbeeld vervoerskosten naar zorginstellingen voor ongedocumenteerden die buiten de grote steden wonen een grote drempel is in de toegankelijkheid van zorg.

De tweede limitatie is dat het gaat om cliënten die niet zelf de weg naar de reguliere zorg gevonden hebben. De mensen die een beroep doen op Dokters van de Wereld, zijn waarschijnlijk minder zelfredzaam dan de mensen die de weg naar de reguliere zorg zelf vinden, zonder dat zij de hulp nodig hebben van een steunorganisatie als Dokters van de Wereld. Er zijn ook ongedocumenteerde migranten die in Nederland zijn en via zwart werk financieel redelijk zelfredzaam zijn. Zij kunnen zelf woonruimte huren en hun zorgkosten zelf betalen. Deze laatste groep is niet goed vertegenwoordigd in dit rapport. Dit wordt nog versterkt omdat Dokters van de Wereld haar spreekuren met name houdt rond bed-bad-broodvoorzieningen en vluchtlocaties, waar veel kwetsbare en betalingsonmachtige mensen verblijven.

Bovendien is er een andere groep die niet vertegenwoordigd is in het rapport, namelijk de mensen die niet in beeld zijn bij Dokters van de Wereld of andere steunorganisaties, omdat zij niet weten dat er organisaties zijn die hen kunnen ondersteunen, niet om hulp durven te vragen of misschien dit wel niet mogen van degene van wie zij afhankelijk zijn. Er zijn ongedocumenteerden die nog méér in de marge leven en uitgebuit worden en met nog andere kwetsbaarheidsfactoren te maken hebben¹⁰ dan die beschreven staan in voorliggend rapport.

1.4 LEESWIJZER

Hoofdstuk twee over wet- en regelgeving is beschrijvend en alleen gebaseerd op schriftelijke bronnen. De hoofdstukken drie, vier en vijf zijn een combinatie van schriftelijke bronnen en onze eigen verzamelde data. Het weergeven van praktijkbevindingen vormt een belangrijk onderdeel van dit onderzoek en daarom is gekozen voor ruim gebruik van citaten uit de interviews en beschrijving van casuïstiek. In hoofdstuk zes staan behalve conclusies en oproepen zeven dwarsverbanden en vraagstukken beschreven die door alle thema's in dit rapport heenlopen.

In het rapport zijn als aanvulling op de tekst informatieve kaders gebruikt. Daarnaast geven wij bij de diverse thema's expliciet aan wat Dokters van de Wereld hier reeds op doet. Cijfers uit onze eigen data zijn weergegeven met gebruikmaking van iconen. Enkele levensverhalen met een focus op het ongedocumenteerde verblijf in Nederland zijn als 'getuigenissen' opgeschreven. Om barrières in de toegang tot zorg te illustreren, is soms een casus gebruikt. Hierbij zijn herleidbare details weggelaten en is het geslacht soms wel en soms niet veranderd omwille van de anonimiteit. Om dezelfde reden hebben de geciteerde cliënten allen een gefingeerde naam gekregen. De geciteerde medewerkers zijn indien zij dit wilden met hun echte voornaam genoemd, anders is alleen hun profiel genoemd.

10 Zie voor casuïstiek Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen, 2017, p. 34

KADER 1: DEFINITIE 'ONGEDOCUMENTEERD'

In dit rapport bedoelen we met 'ongedocumenteerden' mensen die geen EU-onderdaan zijn en zich zonder visum of verblijfsvergunning in Nederland bevinden. Zij verblijven hier in de meeste gevallen onrechtmatig oftewel illegaal. Hoewel voorheen de termen 'illegale migrant' of de 'illegaal' gemeengoed waren, worden deze door Dokters van de Wereld en veel andere organisaties liever vermeden gezien de associatie tussen de term 'illegaal' en 'crimineel'. Bij internationale instituties wordt de term '*irregular migrant*' steeds vaker gebruikt, het binnenkomen van of verblijven of werken in een land zonder de door het migratiebeleid vastgestelde of benodigde toestemming of documenten.¹¹ De term 'ongedocumenteerden' is inmiddels goed ingeburgerd en daarom wordt in dit rapport deze benaming gebruikt.

Niet in alle gevallen is het verblijf onrechtmatig, het kan zijn dat mensen een aanvraag voor een verblijfsvergunning hebben ingediend, of bezwaar of beroep hebben ingesteld tegen een afwijzende beslissing op een aanvraag voor een reguliere verblijfsvergunning of asiel. De reden waarom wij hen toch onder de groep 'ongedocumenteerden' scharen, is dat ook zij geen recht hebben op voorzieningen (het zogenoemde 'koppelingsbeginnel' (zie hoofdstuk 2) is ook op hen van toepassing).¹²

KADER 2: EU-BURGERS ZONDER VERBLIJFSRECHT

Hoewel EU-burgers zonder verblijfsrecht niet specifiek onder de doelgroep van Dokters van de Wereld vallen, noemen we hen toch vanwege de schrijnende situaties die soms ontstaan indien zij zorg nodig hebben. Ook EU-burgers kunnen onrechtmatig in Nederland verblijven. Voor hen geldt dat zij de eerste drie maanden zonder formaliteiten of andere voorwaarden dan het hebben van een geldig identiteitsbewijs, in Nederland kunnen verblijven. Na drie maanden hebben zij verblijfsrecht als zij aan bepaalde voorwaarden voldoen, welke verschillen per reden van verblijf (bijvoorbeeld student of zelfstandig ondernemer).¹³ EU/EER-onderdanen/Zwitsers die langer dan vier maanden in Nederland verblijven, moeten zich inschrijven in de Basisregistratie Personen (BRP) in de gemeente waar zij wonen.¹⁴ EU-burgers zonder verblijfsrecht kunnen, met een aantal uitzonderingen, het land uitgezet worden en een inreisverbod krijgen.¹⁵

11 International Organization for Migration, 2018

12 Gemeente Amsterdam, z.j.

13 European Commission, 2017

14 Immigratie- en Naturalisatiedienst, z.j.

15 European Commission, 2017

2 WET- EN REGELGEVING

Mensenrechten zoals vastgelegd in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (UVRM) en internationale mensenrechtenverdragen gelden voor iedereen. Ook voor mensen zonder verblijfsrecht.¹⁶

Internationale verplichtingen

Voortvloeiend uit de UVRM zijn er door de VN verdragen en richtlijnen opgesteld rond specifieke thema's of voor specifieke doelgroepen. In het Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (IVESCR)¹⁷ worden onder andere het recht op een adequate levensstandaard en op gezondheid uitgewerkt. Artikel 11 bepaalt dat iedereen recht heeft op een behoorlijke levensstandaard voor zichzelf en zijn gezin, daarbij inbegrepen toereikende voeding, kleding en huisvesting.¹⁸

Het recht op gezondheid is uitgewerkt als 'het recht op de hoogst haalbare standaard van fysieke en mentale gezondheid'. Dit recht op gezondheid wordt nog nader uitgelegd in *general comment no 14*.¹⁹ De overheid dient voor iedereen toegang tot een gezondheidssysteem te waarborgen. De infrastructuur om mensenrechten te realiseren, zoals instellingen, het stelsel van sociale zekerheid en andere wettelijke regelingen, moet voor iedereen beschikbaar, toegankelijk, aanvaardbaar en van goede kwaliteit zijn.²⁰ Enkele uitgangspunten worden expliciet genoemd, zoals het principe van non-discriminatie, specifieke aandacht voor kwetsbare groepen, begrijpelijke informatie en *equity*. *Equity* hangt nauw samen met rechtvaardigheid. Het gaat hierbij om gelijke uitkomsten voor verschillende groepen of mensen, en niet om gelijke verdeling van de middelen. Een voorbeeld voor het concept van *equity* wat betreft financiële toegankelijkheid: arme huishoudens mogen niet disproportioneel belast worden door zorgkosten in vergelijking met rijkere huishoudens.²¹

In dit internationale kader zijn de *Sustainable Development Goals* (SDG's) van groot belang. Alle VN-lidstaten hebben zich in 2015 gecommitteerd aan 17 Duurzame Ontwikkelingsdoelen. Hiermee wordt gestreefd naar een wereld zonder armoede, honger, ziekte en tekorten, zonder angst en geweld, met universele geleterdheid, toegang tot gezondheidszorg, kwaliteitsonderwijs en sociale bescherming, waar fysiek, mentaal en sociaal welzijn gegarandeerd zijn. Hoewel de SDG's niet juridisch bindend zijn, wordt wel van de lidstaten verwacht dat zij omstandigheden creëren waarbinnen deze doelen bereikt worden.²²

Om invulling te geven aan SDG 10.7, 'Het mogelijk maken van een ordelijke, veilige, regelmatige en verantwoordelijke migratie en mobiliteit van mensen', wordt op dit moment gewerkt aan de eerste internationale overeenkomst op het gebied van migratie, de *Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration*. Wereldwijd wordt de behoefte erkend aan een brede benadering van migratie met respect voor de menselijke waardigheid van migranten, een betere samenwerking op wereldwijd niveau en ondersteuning van landen die te maken hebben met grote aantallen migranten.²³

16 UN Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2014, specifiek vanaf p. 126

17 UN General Assembly, 1966

18 Volgens het UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights houdt het recht op huisvesting meer in dan het recht op muren en een dak. Het is het recht om in veiligheid, vrede en waardigheid te leven UN Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2014, p. 61

19 UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000

20 Zie ook College voor de Rechten van de Mens, 2017, p. 21-22

21 UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000, paragraaf 12b

22 UN General Assembly, 2015

23 International Organization for Migration, z.d.

KADER 3: SELECTIE DUURZAME ONTWIKKELINGSDOELEN

1. Beëindig armoede overal en in al haar vormen
3. Verzeker een goede gezondheid en promoot welzijn voor alle leeftijden
5. Bereik gendergelijkheid en empowerment voor alle vrouwen en meisjes
6. Verzeker toegang en duurzaam beheer van water en sanitatie voor iedereen
8. Bevorder aanhoudende, inclusieve en duurzame economische groei, volledige en productieve tewerkstelling en waardig werk voor iedereen
10. Dring ongelijkheid in en tussen landen terug
11. Maak steden en menselijke nederzettingen inclusief, veilig, veerkrachtig en duurzaam
16. Bevorder vreedzame en inclusieve samenlevingen met het oog op duurzame ontwikkeling, verzeker toegang tot justitie voor iedereen en bouw op alle niveaus doeltreffende, verantwoordelijke en toegankelijke instellingen uit

Nederlandse wet- en regelgeving

Om onrechtmatig verblijf van migranten te ontmoedigen, werd in 1998 de Koppelingswet²⁴ van kracht. De Koppelingswet regelde de wijziging van de Vreemdelingenwet en andere wetten met als doel dat de aanspraak op collectieve voorzieningen, uitkeringen en vergunningen voortaan gekoppeld is aan een wettige verblijfsstatus. Een gevolg is dat mensen zonder verblijfsstatus buiten de meeste voorzieningen vallen. Het Nederlandse migratiebeleid is ingekaderd door internationale en Europese verdragen. Om toch aan enkele minimumstandaarden voortvloeiend uit internationale verplichtingen te voldoen, zijn in de Vreemdelingenwet een aantal uitzonderingen op het koppelingsbeginsel vastgelegd: rechtsbijstand, onderwijs tot 18 jaar, medisch noodzakelijke zorg en de voorkoming van inbreuken op de volksgezondheid.²⁵

2.1 RECHT OP TOEREIKENDE LEVENSSSTANDAARD

Voor het recht op een adequate levensstandaard kent de Koppelingswet geen uitzondering. Meerdere mensenrechtenrapporteurs hebben zich kritisch uitgelaten over het Nederlandse beleid waarin het recht op toegang tot een adequate levensstandaard niet is gewaarborgd voor ongedocumenteerden. Bijvoorbeeld de Mensenrechtencommissarissen van de Raad van Europa en drie VN-Rapporteurs ('extreme armoede en mensenrechten', 'adequate huisvesting, levensstandaard en non-discriminatie', en 'mensenrechten van migranten'). Ook het Bureau voor de Grondrechten (een orgaan van de Europese Unie) sprak zich uit.²⁶ In 2017 wees het VN-orgaan dat toeziet op de naleving van het IVESCR de Nederlandse overheid er op dat de toegang tot voeding, water en onderdak van ongedocumenteerde migranten niet afhankelijk mag zijn van de wil om terug te keren naar het land van herkomst. Ook riep zij op om een uitgebreide strategie te implementeren zodat de minimumstandaarden voor alle rechten uit het IVESCR voor iedereen, ook ongedocumenteerde migranten, gewaarborgd zijn. Deze strategie moet ondersteund zijn door voldoende financiering.²⁷

De afgelopen jaren is op Europees niveau beoordeeld of Nederland op basis van het Europees Sociaal Handvest (ESH) toegang tot voedsel, kleding en onderdak zou moeten waarborgen voor mensen zonder verblijfsvergunning. Een tussentijdse uitspraak in december 2014 leidde ertoe dat de rijksoverheid de gemeenten financierde voor de opvang van deze groep. De definitieve uitspraak leidde er uiteindelijk toe dat in het regeerakkoord van oktober 2017 afgesproken werd dat gemeenten hun bed-bad-broodlocaties moeten sluiten en alleen opvang van enkele dagen toegestaan is. Afgesproken werd acht Landelijke Vreemdelingen Voorzieningen (LVV's) in te richten onder toezicht van de Dienst Terugkeer & Vertrek (DT&V) en in samenwerking met gemeenten. Opvang en ondersteuning in een LVV zullen worden ontzegd indien mensen langer dan twee weken niet serieus meewerken aan terugkeer.²⁸

24 Wet tot wijziging van de Vreemdelingenwet en enige andere wetten teneinde de aanspraak van vreemdelingen jegens bestuursorganen op verstrekkingen, voorzieningen, uitkeringen, ontheffingen en vergunningen te koppelen aan het rechtmatig verblijf van de vreemdeling in Nederland

25 Vreemdelingenwet 2000 artikel 10.2, zie Bijlage 1

26 Amnesty International - Stichting LOS, 2017, pp. 13-14

27 UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2017, paragraaf 39-40

28 Rijksoverheid, 2017

Een beperkte vorm van opvang is sinds een aantal jaar beschikbaar in Vrijheidsbeperkende Locaties. Mensen zonder verblijfsrecht kunnen hier terecht onder strikte voorwaarden, waaronder medewerking aan terugkeer.²⁹

Omdat ongedocumenteerden geen recht hebben op voorzieningen die vallen onder de Wet maatschappelijke opvang (Wmo), kunnen zij ook het recht op gemeentelijke opvangvoorzieningen voor daklozen niet opeisen. In sommige gemeenten kunnen zij wel gebruik maken van de daklozenopvang. Een aantal gemeenten biedt specifieke voorzieningen aan ongedocumenteerden. Uit humanitaire overwegingen, of overwegingen in het kader van de openbare orde en veiligheid en de openbare gezondheid, voelen gemeenten zich genoodzaakt deze groep – tegen het Rijksbeleid in – bed, bad, brood en soms ook begeleiding (BBB(B)) te bieden.³⁰

Bezien vanuit het recht op gezondheid is het ontbreken van een uitzondering op het koppelingsbeginsel voor het recht op een adequate levensstandaard problematisch. Ook andere gezondheidsdeterminanten dan alleen de toegankelijkheid van zorg zijn immers van belang voor een goede gezondheid. 'Een gezond leven vraagt meer dan medisch noodzakelijke zorg', stelt het Kennisplatform Integratie & Samenleving in haar verkenning van medisch noodzakelijke zorg voor ongedocumenteerden.³¹

2.2 RECHT OP GEZONDHEIDSZORG

2.2.1. UITZONDERING KOPPELINGSWET: RECHT OP MEDISCH NOODZAKELIJKE ZORG

Ongedocumenteerde mensen hebben in Nederland recht op medisch noodzakelijke zorg. Het betreft één van de uitzonderingen op het koppelingsbeginsel. In artikel 122a van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is omschreven wat onder medisch noodzakelijke zorg wordt verstaan. Hierbij wordt verwezen naar artikel 11 van de Zvw.³² Artikel 11 beschrijft voor welke zorg de verzekeraars een zorgplicht hebben. Dit komt neer op de zorg die in het basispakket van de zorgverzekering zit. Daarnaast verstaat artikel 122a onder medisch noodzakelijke zorg die zorg welke valt onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Het uitgangspunt van de Zvw is dat ongedocumenteerden de zorgkosten zelf betalen. Vóór 2009 werden kosten voor eerstelijnszorgverleners uit het Koppelingsfonds betaald, gesubsidieerd door VWS. Ziekenhuizen boekten onbetaalde kosten voor ongedocumenteerden af op de post 'dubieuze debiteuren'. Voor kosten uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (waaronder opname in een verpleeghuis of gehandicaptenzorg) was geen vergoeding mogelijk.³³

Artikel 122a is in 2009 als wetswijziging toegevoegd aan de Zvw van 2006 'in verband met de verstrekking van bijdragen aan zorgaanbieders die inkomsten derven ten gevolge van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan bepaalde groepen vreemdelingen'. Om zorgverleners te beschermen tegen het risico van onbetaalde rekeningen, is in 2009 de Regeling onverzekerbare vreemdelingen (voortaan: de Regeling) in het leven geroepen welke ruimere vergoedingsmogelijkheden biedt. Deze wordt uitgevoerd door het CAK, het Centraal Administratiekantoor. Hier kunnen zorgverleners de gemaakte kosten voor medisch noodzakelijke zorg declareren.

De Regeling onverzekerbare vreemdelingen geldt alleen voor zorgverleners en onder de volgende voorwaarden:³⁴

- De geleverde zorg valt onder het basispakket van de Zorgverzekeringswet of onder de aanspraken van de Wet langdurige zorg.
- De zorgverlener heeft geconcludeerd dat de zorg medisch noodzakelijk is.

29 Zie Amnesty International en Stichting LOS, 2017

30 Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken, 2018

31 Kennisplatform Integratie & Samenleving, 2018

32 Zie [Bijlage 2](#)

33 Kromhout, Wubs en Beenackers, 2008

34 CAK, z.d.

- Er is sprake van een (gedeeltelijk) onbetaalde rekening, die niet door of namens de patiënt kan worden betaald.
- De patiënt is een onverzekerbare vreemdeling: iemand die onrechtmatig in Nederland verblijft, een verblijfsvergunning heeft aangevraagd, of bezwaar of beroep heeft ingesteld tegen een afwijzing van een reguliere verblijfsvergunning.

Het geldt niet voor asielzoekers die verzekerd zijn via het COA, Nederlanders, inwoners van Aruba, Curaçao en Sint Maarten, EU-onderdanen en inwoners van IJsland, Noorwegen, Liechtenstein en Zwitserland.

De Regeling is ruimhartig. Het Nederlandse zorgsysteem kent een relatief universeel karakter op het gebied van toegankelijkheid en van preventieve zorgverlening. Het begrip 'medisch noodzakelijke zorg' wordt door Nederlandse artsen veelal ruim geïnterpreteerd.³⁵ Toch zien we ook, soms onoverkomelijke, barrières in de toegankelijkheid van zorg. Om de hoofdstukken 4 en 5, waarin de praktijkbevindingen rondom deze bevindingen beschreven worden, beter te kunnen begrijpen gaan we in paragraaf 2.3 en 2.4 kort in op de werking van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem en het begrip 'medisch noodzakelijk'.

KADER 4: MENSENRECHTEN EN TOEGANG TOT ZORG (ACVZ, OMBUDSMAN EN CRM)

Uit het rapport Medische zorg vreemdelingen

De overheid denkt te weinig vanuit de uitwerking die haar systeemdenken heeft op de leefwereld van diegenen waar het beleid voor gemaakt wordt. De zorg aan deze groep is ingericht op zelfredzaamheid, maar tegelijk wordt zelfredzaamheid en autonomie ontnomen door mensen toegang tot basisbehoeften te ontfangen of in vreemdelingendetentie te plaatsen.

De kabinetsreactie

Het is bij uitstek de taak van de overheid om de juiste balans te vinden tussen enerzijds de uitwerking van het systeemdenken op de leefwereld van asielzoekers en ongedocumenteerden en anderzijds maatschappelijke belangen als beheersing van kosten, veiligheid en beheersbaarheid in opvang- en bewaringslocaties en instandhouding van het ontmoedigingsbeleid van illegaal verblijf.³⁶

Uit het rapport Medische zorg vreemdelingen

De overheid heeft de verplichting om recht op gezondheid te respecteren, te beschermen en te verwezenlijken. Dit geldt zowel voor de centrale overheid als voor de decentrale overheid. Om de effectiviteit van de maatregelen die de overheid treft ter realisatie van dit recht vast te stellen, moet zij de maatregelen monitoren.³⁷ Er zou een monitoringssysteem moeten komen om knelpunten rond de toegang tot zorg bij te houden.

De kabinetsreactie

Een monitoringssysteem is overbodig omdat knelpunten bij de instantie die de Regeling uitvoert aangekaart kunnen worden, of bij de IGZ. Bij feitelijke problemen in de toegang tot medische zorg moet een bemiddelende rol vervuld worden door organisaties die ver op afstand staan van de overheid, vanwege het gesignaleerde wantrouwen bij ongedocumenteerden versus de overheid. Het Kabinet heeft waardering voor de bemiddelende rol van steunorganisaties die zijn vertegenwoordigd in het Breed Medisch Overleg (BMO) en zich richten op het ondersteunen van ongedocumenteerden. Daarnaast is het goed als mensen op lokaal niveau geholpen worden en niet bij een centrale bemiddelingsinstantie.³⁸

2.2.2 UITZONDERING KOPPELINGSWET: HET VOORKOMEN VAN INBREUKEN OP DE VOLKSGEZONDHEID

Er is nog een uitzondering op het koppelingsbeginsel: het voorkomen van inbreuken op de volksgezondheid. Het begrip 'volksgezondheid' wordt veel gebruikt in gezondheids(zorg)beleid, maar nauwelijks gedefinieerd. Wel wordt omschreven hoe volksgezondheid gemeten kan worden. Dit kan door te kijken naar hoeveel 'gezonde' levensjaren een bevolking mag verwachten, en naar de totale

³⁵ Dokters van de Wereld, 2016, p. 49

³⁶ Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2013

³⁷ Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken, De Nationale ombudsman, & College voor de Rechten van de Mens, 2015

³⁸ Ministerie van VWS, 2016

hoeveelheid gezondheid die verloren gaat in een bevolking door ziekte en sterfte.³⁹ Gezondheid wordt gezien als een dynamisch samenspel van determinanten zoals persoonsgebonden factoren, leefstijl, fysieke omgeving en sociale omgeving. Begrippen die vaak samen genoemd worden met volksgezondheid zijn collectieve gezondheidszorg, openbare gezondheidszorg en public health. De openbare gezondheidszorg is omschreven als die delen van de gezondheidszorg en het openbaar bestuur die zich doelbewust richten op de ziektepreventie en de bescherming en bevordering van de volksgezondheid.⁴⁰

2.2.3 HET NEDERLANDSE ZORGSTELSEL

De visie achter het zorgstelsel is volgens het Ministerie van VWS gebaseerd op de internationale principes van toegang tot zorg voor iedereen, solidariteit via een voor iedereen verplichte en toegankelijke zorgverzekering, en goede kwaliteit van zorg.⁴¹ De basis voor het stelsel van de gezondheidszorg in Nederland is geregeld in de hieronder besproken wetten. Ook de publieke (preventieve) gezondheidszorg is wettelijk geregeld. Hieronder gaan we kort in op deze wetten en de toegankelijkheid er van voor ongedocumenteerden.

Zorgverzekeringswet (Zvw) 2006

De basisverzekering dekt de standaardzorg van bijvoorbeeld huisarts, ziekenhuis of apotheek. De rijksoverheid is eindverantwoordelijk voor de inhoud en omvang van het wettelijk verzekerde zorgpakket van medisch noodzakelijke zorg waar iedereen recht op heeft.

Verzekerden en werkgevers brengen in deze verplichte verzekering samen de kosten van alle zorg binnen het basispakket op. Voor sommige zorg uit het basispakket moeten burgers bovenop het eigen risico een eigen bijdrage betalen.⁴²

Voor het afsluiten van een zorgverzekering zoals geregeld in de Zvw is rechtmatig verblijf vereist.⁴³ De kosten voor zorg uit het basispakket die de ongedocumenteerde niet zelf kan betalen, kunnen onder voorwaarden verhaald worden via een bekostigingsregeling van de rijksoverheid, de Regeling onverzekerbare vreemdelingen.

Wet langdurige zorg (Wlz) 2015

De Wet langdurige zorg is bedoeld voor mensen die permanent toezicht nodig hebben en 24 uur per dag zorg in de nabijheid, zoals chronisch zieken, kwetsbare ouderen en mensen met een ernstige geestelijke, lichamelijke aandoening.

Dit is een wettelijke volksverzekering. Via de loonbelasting wordt een inkomensafhankelijke premie betaald. Daarnaast betalen volwassenen die van de Wlz-zorg gebruikmaken een inkomensafhankelijke eigen bijdrage.⁴⁴ Om voor Wlz-zorg in aanmerking te komen, is voor verzekerden een indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) nodig.

Niet rechtmatig verblijvende vreemdelingen zijn wettelijk uitgesloten van de Wlz.⁴⁵ De kosten voor Wlz-zorg die de ongedocumenteerde niet zelf kan betalen, kunnen onder voorwaarden verhaald worden via een bekostigingsregeling van de rijksoverheid (Regeling onverzekerbare vreemdelingen). De Wlz-instelling kan hiervoor een contract afsluiten met het CAK.

Het CIZ doet in geen enkel geval indicaties voor ongedocumenteerden.⁴⁶ Indien de behandelend arts Wlz-zorg medisch noodzakelijk vindt, kan deze zonder tussenkomst van het CIZ een verzoek tot het

39 Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2009

40 Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2009, p. 11

41 Ministerie van VWS, 2016, p.3

42 Ministerie van VWS, 2016

43 [Zvw Artikel 4 lid 5](#)

44 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016

45 [Wet langdurige zorg Artikel 2.1.1. lid 2](#)

46 Uitspraak Centrale Raad van Beroep, 2017

verlenen van deze zorg indien bij een instelling die Wlz-zorg aanbiedt. De instelling heeft de vrijheid deze zorg al dan niet te bieden. Wlz-zorg is dus niet gewaarborgd, maar hangt af van de bereidheid van Wlz-zorginstellingen om ongedocumenteerde mensen in zorg te nemen.

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2007

Sinds 1 januari 2015 zijn gemeenten op grond van de Wmo verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen die niet op eigen kracht zelfredzaam zijn. Het gaat bijvoorbeeld om begeleiding en dagbesteding, ondersteuning om de mantelzorger tijdelijk te ontlasten, een plaats in een beschermde woonomgeving voor mensen met een psychische stoornis en opvang in geval van huiselijk geweld en mensen die dakloos zijn.⁴⁷ De Wmo maakt onderscheid tussen algemene voorzieningen, gericht op maatschappelijke ondersteuning, die toegankelijk zijn zonder voorafgaand onderzoek naar de individuele behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden, en maatwerkvoorzieningen.⁴⁸

Gemeenten krijgen geld van het Rijk via het Gemeentefonds. Voor maatwerkvoorzieningen kan van cliënten een eigen bijdrage verwacht worden.⁴⁹ Iedere gemeente stelt eigen regels vast met betrekking tot de voorwaarden voor de zorg en ondersteuning en past uitgaven in in de gemeentelijke begroting.⁵⁰

Ongedocumenteerde mensen hebben geen recht op Wmo-voorzieningen, het koppelingsbeginsel geldt hier onverkort: 'Een vreemdeling komt voor het verstrekken van een maatwerkvoorziening slechts in aanmerking indien hij rechtmatig verblijf houdt in de zin van artikel 8, onderdelen a tot en met e en l, van de Vreemdelingenwet 2000.'⁵¹ Een gemeente kan wel zelf bepalen of zij haar Wmo-voorzieningen openstelt voor ongedocumenteerde mensen, maar wordt dan niet gecompenseerd door het rijk.⁵² De wet biedt ook ruimte om iets te regelen voor mensen zonder rechtmatig verblijf, waar dan een algemene maatregel van bestuur voor opgesteld (AMvB) moet worden,⁵³ maar dat is tot heden niet gedaan.

Jeugdwet 2015

De Jeugdwet is gericht op ondersteuning, hulp en zorg voor jeugdigen en hun families bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen.

Gemeenten krijgen geld van het Rijk voor het uitvoeren van zorg voortkomend uit Jeugdwet.⁵⁴ Iedere gemeente stelt eigen regels vast met betrekking tot de voorwaarden voor de zorg en ondersteuning en past uitgaven in in de gemeentelijke begroting.⁵⁵

De Jeugdwet sluit kinderen zonder rechtmatig verblijf in principe uit, maar biedt de mogelijkheid van toepassing van de Jeugdwet voor deze groep indien hier een algemene bestuursmaatregel voor opgesteld wordt.⁵⁶ In de uitvoeringsregels, het Besluit Jeugdwet, zijn er nadere regels vastgesteld zodat toegang tot jeugdzorg voor ongedocumenteerden is gegarandeerd.⁵⁷

De Wet publieke gezondheid (Wpg) 2008

De publieke gezondheidszorg regelt gezondheidsbeschermende en -bevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit. Hieronder valt ook het voorkómen en vroegtijdig opsporen van ziekten. Het is het wettelijke kader voor collectieve preventie, uitvoering van infectieziektebestrijding, uitvoering van de jeugdgezondheidszorg en preventieve ouderengezondheidszorg.

47 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016

48 [Wet maatschappelijke ondersteuning Artikel 1.1.1 lid 1](#)

49 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016

50 Loketgezondleven.nl, z.d. Preventie in de Wmo

51 [Wmo Artikel 1.2.2 lid 1](#)

52 iLegaalkind.nl, z.d.

53 Wmo Artikel 1.2.2 lid 3

54 Ministerie van VWS, 2016

55 Loketgezondleven.nl, z.d. Preventie in de Jeugdwet

56 [Jeugdwet artikel 1.3](#)

57 Besluit Jeugdwet, artikel 1.2.1; zie ook Stichting LOS, z.d.

Iedere gemeente stelt eigen regels vast met betrekking tot de voorwaarden voor de zorg en ondersteuning en past uitgaven in in de gemeentelijke begroting.⁵⁸

In de wet is geen uitzondering vermeld voor niet rechtmatig verblijvende vreemdelingen.

2.2.4 CONCEPT 'MEDISCH NOODZAKELIJKE ZORG'

In de Zvw artikel 122a wordt onder medisch noodzakelijke zorg verstaan: Zorg in het basispakket van de zorgverzekering en Wlz-zorg. Hier kunnen door middel van een algemene maatregel van bestuur zorg of diensten van uitgezonderd worden.

De zorgaanbieder moet de zorg als medisch noodzakelijk beoordelen gezien 'de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf van de vreemdeling'.

Na invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006, bleek in de praktijk onduidelijkheid te bestaan over de reikwijdte van medisch noodzakelijke zorg voor ongedocumenteerden. Het bleek niet voor iedere zorgverlener dezelfde betekenis te hebben. Er was behoefte aan meer duidelijkheid en aan praktijkadviezen. Daarom bracht de Commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen (Commissie Klazinga) in 2007 het rapport 'Arts en vreemdeling' uit. De grote medische beroepsgroepen⁵⁹ hadden samen met Pharos zitting in deze commissie, onder onafhankelijk voorzitterschap van hoogleraar sociale geneeskunde Klazinga. Bij de vraag wat 'medisch noodzakelijke zorg' inhoudt is naar het oordeel van de commissie het uitgangspunt dat de arts beoordeelt wat medisch noodzakelijk is.⁶⁰

KADER 5: MEDISCH NOODZAKELIJKE ZORG

Volgens de Commissie Klazinga

Medisch noodzakelijke zorg = verantwoorde en passende medische zorg

= doeltreffend en doelmatig

= patiëntgericht en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt

= geïndiceerd op basis van een gedegen analyse van de gezondheidsproblemen

= geïndiceerd conform de normen van de beroepsgroep

= kosteneffectief

Volgens de Zvw en Regeling onverzekerbare vreemdelingen

Medisch noodzakelijke zorg

= zorg in het basispakket van de Zorgverzekeringswet en zorg vallend onder de Wet langdurige zorg

De zinsnede 'de verwachte duur van het verblijf' uit artikel 122a, legt de commissie als volgt uit. Aangezien de (resterende) verblijfsduur van een ongedocumenteerde patiënt vaak niet bekend is, dient de medische zorg gelijk te zijn aan de reguliere basiszorg voor verzekerden. Indien de verwachting is dat het verblijf in Nederland kortdurend zal zijn en het zorg betreft die uitgesteld kan worden, dan kan de zorgverlener de behandeling beperkt houden of afzien van behandeling.⁶¹

'Medisch noodzakelijk' blijft problematisch concept

Ondanks de omschrijving van het begrip 'medisch noodzakelijke zorg' in artikel 122a lid 2 Zvw en de uitwerking door de commissie Klazinga, blijven er problemen bij de beoordeling en de financiering ervan. Niet alle zorg die volgens professionele standaarden als medisch noodzakelijk beschouwd kan worden, valt binnen het basispakket of de Wlz. Dit is voor ongedocumenteerde mensen die niet

58 Loketgezondleven.nl, z.d. Preventie in de Wpg

59 Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Landelijke Huisartsenvereniging, de Orde van Medisch Specialisten en de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie

60 Klazinga et al., 2007, p. 9

61 Klazinga et al., 2007, p. 9

voldoende inkomsten hebben een probleem, maar ook voor mensen die wel verzekerd zijn maar verder beperkte financiële middelen hebben.

Derckx onderzocht vanuit juridisch perspectief de toegankelijkheid van zorg voor ongedocumenteerden en vat deze problemen als volgt samen: "Niet alle zorg uit het basispakket is echter medisch noodzakelijk, en niet alle medisch noodzakelijke zorg valt binnen het basispakket. Of een bepaalde zorgvorm onder het basispakket valt, is een politieke keuze."⁶² Wat problematisch blijkt, is de koppeling van 'medisch noodzakelijke zorg' aan zorg uit het basispakket en de Wlz. Echter, het basispakket verandert in de loop der tijd en daarmee dus ook de opvatting over welke zorg medisch noodzakelijk is.⁶³ Hetzelfde geldt voor andere verzekerde zorg. Illustratief hiervoor is dat zorg die tot 1 januari 2015 onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten viel en daardoor in aanmerking kwam voor vergoeding vanuit de Regeling onverzekerbare vreemdelingen, overgeheveld is naar de Wlz, Zvw, Jeugdwet en de Wmo. Niet alle eerdere AWBZ-zorg komt hierdoor voor vergoeding in aanmerking.

WAT DOET DOKTERS VAN DE WERELD: PLEITBEZORGING

Door pleitbezorging beoogt Dokters van de Wereld bij te dragen aan structurele verbeteringen. Wij informeren de overheid over de knelpunten die wij signaleren. Ook droegen wij in 2016 en 2017 schriftelijk en mondeling bij aan de VN-dialoog over de naleving van het IVESCR door de Nederlandse overheid. Eén van de punten was dat de financieringsregeling uitgaat van een basispakket, waar een aantal soorten zorg van zijn uitgesloten.

Op Europees niveau draagt Dokters van de Wereld bij aan pleitbezorging. Sinds 2012 nemen wij deel aan het *European Network to Reduce Vulnerabilities in Health*. Jaarlijkse monitoringsrapporten over de toegang tot zorg voor kwetsbare groepen worden gebruikt in de wetenschappelijke en institutionele sector en ingezet in pleitbezorging op Europees niveau. Sinds maart 2016 neemt *Médecins du Monde* deel aan vergaderingen en rondetafelbijeenkomsten voor de nieuwe richtlijnen voor het gemeenschappelijk Europees asielsysteem. *Médecins du Monde* slaagde er samen met partnerorganisaties in dat in de conceptrichtlijn de term 'volledige' noodzakelijke gezondheidszorg werd opgenomen in plaats van 'spoedeisende zorg'. Ook leidden de besprekingen ertoe dat iedere sanctie uit de tekst werd gehaald waarmee ongedocumenteerden worden weerhouden van gebruikmaking van voorzieningen zoals gezondheidszorg.⁶⁴

KADER 6: ZORG AAN ONVERZEKERDE EUROPEANEN

Dokters van de Wereld richt zich op de doelgroep ongedocumenteerde mensen van buiten Europa. Maar ook de situatie van kwetsbare mensen uit andere EU-landen kan schrijnend zijn. Waar mogelijk worden zij geholpen door andere steunorganisaties.⁶⁵ Tot 1 maart 2017 bestond voor deze groep geen enkele regeling. Zorg was moeilijk te regelen en ziekenhuizen bleven vaak met onbetaalde rekeningen zitten. Voor onverzekerde Europeanen (inclusief Nederlanders) die verzekeringsplichtig zijn omdat ze hier rechtmatig wonen of werken is nu een regeling waardoor zorgverleners onder voorwaarden voor medisch noodzakelijke zorg kunnen declareren. Het CAK voert deze regeling uit.⁶⁶

1 maart 2018 is deze VWS-subsidieregeling⁶⁷ 'medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden' uitgebreid. Voor spoedeisende zorg kunnen zorgverleners nu ook kosten declareren als de verzekeringsplicht niet is vast te stellen of als iemand niet verzekeringsplichtig is. Europeanen die hier onrechtmatig verblijven en geen (formeel) werk hebben, vallen in deze laatste categorie. Alleen voor Spoedeisende Hulp en medicatie die verstrekt is binnen één maand na SEH, acute GGZ in een crisissituatie en ambulancevervoer kan gedeclareerd worden.⁶⁸ Het CAK voert ook deze regeling uit.⁶⁹

62 Derckx, 2017b

63 Adviescommissie Voor Vreemdelingenzaken, Bureau Nationale ombudsman en het College voor de Rechten van de Mens, 2015

64 European Network to reduce vulnerabilities in health, 2017

65 De Regenboog Groep biedt bijvoorbeeld hulp aan Europeanen die zijn ontspoord, bijvoorbeeld drugsgebruikers, mensen met psychische problemen en daklozen. De meesten hebben geen recht op Nederlandse sociale voorzieningen. De Regenboog helpt hen om terug te keren naar een vertrouwde sociale omgeving in hun eigen land (De Regenboog Groep, z.d.).

66 CAK, z.d., B

67 Ministerie van VWS, 2017b

68 <http://wetten.overheid.nl/BWBR0039230/2018-03-01>

69 CAK, z.d., C

3 ONGEDOCUMENTEERDE MIGRANTEN & GEZONDHEID

In dit hoofdstuk schetsen we een beeld van de groep ongedocumenteerde mensen en de situatie waarin zij verkeren. Hierbij beschrijven we algemene bevindingen uit de literatuur en zoomen in op wat wij tijdens onze hulpverlening zien.

KADER 7: GESCHATTE AANTAL ONGEDOCUMENTEERDEN

Ongedocumenteerde migranten staan niet geregistreerd in formele registers. Als gevolg hiervan kan de omvang van deze groep niet gemeten worden. Het Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatiecentrum (WODC) schat dat er in de periode 2012-2013 tussen de 22.000 tot 48.000 mensen ongedocumenteerd in Nederland verbleven. Deze schatting is gebaseerd op het aantal staandhoudingen door de politie. Het aantal schoolgaande kinderen van 12 tot 18 jaar zou volgens deze schatting tussen de 1.109 en 2.547 liggen.⁷⁰

3.1 REDENEN MIGRATIE EN LEEFOMSTANDIGHEDEN

Redenen voor ongedocumenteerd verblijf

De groep ongedocumenteerde mensen is zeer divers. Ten eerste verschillen de redenen voor migratie. De groep ongedocumenteerden is globaal onder te verdelen in arbeidsmigranten (waaronder ook slachtoffers van mensenhandel gerekend worden), mensen met een asielverleden zoals uitgeprocedeerde asielzoekers, en mensen die naar Nederland zijn gekomen in het kader van familiehereniging of huwelijk.⁷¹ In deze laatste groep zitten ook ouderen die door hun kinderen (die hier wel legaal zijn), naar Nederland worden gehaald zonder het langdurig verblijf wettelijk te regelen.

Daarnaast verschilt de wijze waarop zij Nederland zijn binnengekomen. Een aantal komt legaal het land binnen met bijvoorbeeld een werk- of toeristenvisum of een visum voor vestiging in Nederland (een Machtiging tot Voorlopig Verblijf) en blijven nadat het visum is verlopen. Anderen zijn zonder de juiste papieren de grens overgekomen. Een specifieke groep vormen kinderen die, als zij geboren worden, in een situatie van onrechtmatig verblijf komen omdat de moeder geen verblijfsrecht heeft.

KADER 8: REDENEN WAAROM ONGEDOCUMENTEERDEN NEDERLAND NIET VERLATEN

De grens tussen niet willen terugkeren en niet kunnen terugkeren, en tussen percepties en feiten is niet altijd duidelijk en vaak fluïde. De meest belangrijke factoren die een rol spelen bij de beslissing te blijven of te gaan, zijn volgens twee grote onderzoeken van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum⁷²:

- Veiligheid in het land van herkomst. Vaak zijn er terechte zorgen over deze veiligheid;
- Gezondheid. Mensen met een slechte gezondheid (merendeels psychische klachten) hebben een negatiever oordeel over terugkeer en de maatschappelijke omstandigheden in het land van herkomst en hebben mogelijk minder (zelf)vertrouwen dat men terugkeer tot een succes kan maken;
- De kansen op een zelfredzaam bestaan en sociale contacten in het land van herkomst;
- Het al dan niet ervaren van schaamte tegenover achtergebleven familieleden, en teleurstelling en rouw vanwege de niet-uitgekomen verwachtingen van de migrant over een nieuwe toekomst in Nederland;
- De mate van het gevoel rechtvaardig behandeld te zijn tijdens de rechtsgang en de bejegening gedurende het (asiel-) en terugkeerproces;
- Het verblijfsperspectief in Nederland als ongedocumenteerde m.b.t. bijvoorbeeld gezondheidszorg, inkomen, huisvesting, veiligheid, en dreiging van detentie en uitzetting.

70 Van der Heijden, Cruyff, en van Gils, 2015

71 Schoevers, 2011, pp. 34-35

72 Leerkes, Galloway, en Kromhout, 2010; Klaver, Telli en Witvliet, 2015

LEVENSVERRHALEN

GETUIGENIS OMID

“De bruggen achter mij zijn afgebroken. Vóór mij is water. Ik kan geen kant op.”

Omid ontvluchtte zijn land omdat hij tot een onderdrukte minderheid behoort en daardoor ernstig in de problemen kwam. Voordat hij het land uitging zat hij eerst maanden ondergedoken. Op zijn onderduikadres kenden ze zijn situatie en maakten ze misbruik van hem. Hij moest keihard werken en zijn leefomstandigheden waren slecht. “Mijn slaapkamer was precies twee meter. Er was niet eens een wc. Ik kon er alleen maar ademen, verder niets.” Hier begonnen zijn rugklachten.

Hij kwam in Nederland via Turkije, per rubberboot naar Griekenland, en daarna via de Balkanroute. Lopend om illegaal over de verschillende grenzen te komen, en verder met alle mogelijke vervoersmiddelen. Hij verbleef in diverse asielzoekerscentra en werd in die periode geopereerd vanwege zijn ernstige rugklachten. Zijn asielaanvraag werd afgewezen. “Nu ben ik iemand zonder identiteit, zonder woonplaats.”

Hij verbleef een maand in een BBB, maar de rugklachten werden zo erg dat hij het onzekere bestaan op straat niet meer aankon. Hij kon terecht bij een vriend. Na bemiddeling van Dokters van de Wereld kreeg Omid een apparaat tegen de pijn te leen dat elektrische pulsen geeft. “Na 50 dagen zou ik er één krijgen voor mezelf, maar ze ontdekten dat ik geen verzekering heb. En nu zit ik zonder apparaat. De pijn is weer helemaal terug.” Dokters van de Wereld probeert met de jurist van het ziekenhuis te regelen dat Omid het apparaat toch kan krijgen of desnoods lenen.

“Als ik geen verblijfsvergunning krijg, dan ga ik weer naar de BBB. Ik wil mijn vriend en zijn vrouw niet belasten, het is niet gezond voor hun relatie dat ik bij ze woon.”

Omid is gestopt met taallessen die hij volgde. “Ik kan me niet concentreren, mijn hoofd is veel te vol. Mijn huis en mijn atelier in mijn land van herkomst zijn inmiddels in beslag genomen door de regering. Mijn vader is 82 jaar oud en heeft nooit meegedaan met demonstraties. Ze hebben hem opgepakt en hij heeft een nacht in de cel gezeten. Ik denk steeds aan een lied uit mijn vaderland: “De bruggen achter mij zijn afgebroken. Vóór mij is water. Ik kan geen kant op.”

Naschrift: Inmiddels heeft Omid het apparaat met positieve medewerking van het ziekenhuis en de leverancier gekregen. Hij is er erg blij mee en heeft nu geen pijn meer.

GETUIGENIS ILALIM

“Ik kán heel veel maar ik mag niks zonder die papieren.”

Toen hij 27 jaar was moest hij vluchten. “Ik kan niet vertellen waarom, het waren speciale problemen. Maar ik kan nooit meer terug.” Hij vluchtte eerst naar Soedan, en daarna via Turkije, Griekenland en de Balkanroute naar Nederland. Hij wilde eigenlijk naar Duitsland, waar hij ook een half jaar bleef, maar moest terug naar Nederland vanwege de Dublinprocedure.

Onderweg op de boot van Turkije naar Griekenland kreeg Ilalim een ongeluk, hij raakte voor een deel verbrand en lag twee maanden in een Grieks ziekenhuis. “Bij dat ongeluk is ook een ruggewervel gebroken. Daar heb ik heel veel pijn van. Ik kan er niet van slapen. En 's ochtends kan ik niet opstaan uit mijn bed. Ik heb een tijd fysiotherapie gehad en dat hielp erg goed. Nu krijg ik geen hulp meer omdat ik het niet kan betalen en het niet acuut is.” Hij heeft niet alleen lichamelijke klachten overgehouden aan zijn vlucht. In de begintijd in Nederland is hij onder specialistische behandeling geweest voor zijn psychische trauma. Dat is nu gestopt. “Ik heb veel stress en ben altijd aan het piekeren. Soms word ik helemaal gek van dat gepieker. Ik ben de ene dag heel actief en de andere dag kan ik helemaal niks.

Dat is mijn probleem.” Als hij nu medische hulp nodig heeft gaat hij via Dokters van de Wereld of een straatdokter naar een ziekenhuis.

Ilalim woont in vluchtlocaties. Hij gaat dagelijks de straat op om nieuwe ruimte te vinden. Ook heeft hij contacten met vrijwilligers die voor eten zorgen voor de groep. Hij wil niet in een BBB omdat je daar overdag de straat op moet: “Dat is echt paranoia, niet normaal. Alleen als je ziek bent mag je daar overdag blijven. Je hebt een gewoon leven nodig. Leven in een BBB voelt echt slecht.”

Ilalim heeft al drie keer in vreemdelingendetentie gezeten. Hij is opnieuw in procedure voor een verblijfsvergunning. Dit keer is zijn eigen paspoort naar de IND gestuurd, dus hij acht de kans heel groot dat hij nu wel kan blijven. “Dan ga ik meteen een bedrijf beginnen. Ik heb veel ervaring en heb eerder bedrijven gehad; in de schoonmaakbranche, in de kleding. Ik weet precies wat ik wil en ik vertrouw op mezelf. Ik ga een goed leven hebben, een gezin stichten. Ik kán heel veel maar ik mag niks zonder die papieren.” Hij heeft een groot netwerk in Nederland opgebouwd, en kent veel “goede mensen”. De kille houding van de Nederlandse regering vindt hij daarom onbegrijpelijk: “Als een persoon een probleem heeft, als het niet veilig is in het land waar hij woont, dan zou de regering die persoon welkom moeten heten. Zoals het nu gaat is het niet eerlijk, dat moet echt veranderen.”⁷³

GETUIGENIS ORLANDO

“Behalve de medische mensen, vertrouw ik niemand meer in het leven.”

‘Ik ben 20 jaar in Nederland. Eerst was ik legaal in Nederland, maar enkele jaren geleden is mijn verblijfsvergunning beëindigd. Ik heb te maken gehad met geweld en vervolging in mijn land van herkomst. In Nederland werd ik uitgebuit door mijn werkgever, ik werd ook bedreigd en daarom deed ik in 2014 een zelfmoordpoging. Het iMMO [instituut voor Mensenrechten en Medisch Onderzoek] heeft medisch onderzoek gedaan naar de gevolgen van geweld tegen mij, maar de IND veegt dat rapport van tafel. De advocaat is in hoger beroep gegaan tegen de afwijzing van mijn procedure.

Ik heb een herseninfarct gehad en last van concentratieproblemen en vergeetachtigheid. Als de IND mij vragen stelt, weet ik het allemaal niet, en ik ben het vergeten als ik de kamer uitloop.

Toen mijn verblijfsvergunning eindigde, stopte gelijk alles wat voorheen geregeld was, zoals mijn zorgverzekering. De behandeling die ik kreeg voor mijn PTSS [posttraumatische stresssyndroom] stopte toen omdat ik geen verzekering meer had.

Toen mijn medicijnen op raakten, ben ik naar een kerkelijke organisatie gegaan. Zij verwezen mij door naar een huisartsensprekkuur voor onverzekerden. Hier krijg ik medicijnen. Ik ga naar een kerk, die mij ook helpt met mijn levensonderhoud. Ik heb er heel veel steun aan. Iedere zondag ga ik twee keer naar de kerk, ik ken iedereen. Zij organiseren ook veel activiteiten. Voor mij was het heel goed dat ik deze zomer kon helpen met kinderactiviteiten in het park.

Ik ben van de zomer bij de Zorgbus geweest. En nu nog heb ik gesprekken bij Dokters van de Wereld. De gesprekken hebben mij erg geholpen. Ik weet nu wat ik moet doen, als ik veel stress heb. De psychologen van Dokters van de Wereld luisteren en geven adviezen, dat vind ik fijn. Zij hebben mij doorverwezen naar een instelling voor behandeling van mijn PTSS. Behalve de medische mensen, vertrouw ik niemand meer in het leven.’⁷⁴

73 De eerste twee getuigenissen zijn afgenomen en geschreven door Nynke van Zwol. Deze getuigenissen zijn ter verdieping van de vragenlijsten voor de European Observatory die in 2017 zijn afgenomen.

74 Getuigenis afgenomen in 2017 ter verdieping van de vragenlijsten voor de European Observatory.

GETUIGENIS RACHID

“Vreemdelingendetentie is heel moeilijk omdat je nooit weet hoe lang je vastzit. Dat is héél moeilijk.”

Ik ben al tientallen jaren in Nederland. Heel lang geleden ontvluchtte ik mijn land, ik moest in dienst. Ik had toen al drie oorlogen meegemaakt en wilde niet participeren in het gebruik van geweld. Destijds was het makkelijk om zonder papieren te reizen. Ik woonde eerst in een andere Europees land, ik ging naar Nederland voor een voetbalwedstrijd en ben hier blijven hangen. Mijn advocaat heeft al vaak geprobeerd mijn verblijf te legaliseren en is hier nog steeds mee bezig. Ik woon nu in een bed-bad-broodvoorziening. Dat is goed, iedereen doet zijn best. Maar het blijft een instabiele leefsituatie die veel stress bij mij oproept en mijn geestelijke gezondheid negatief beïnvloedt.

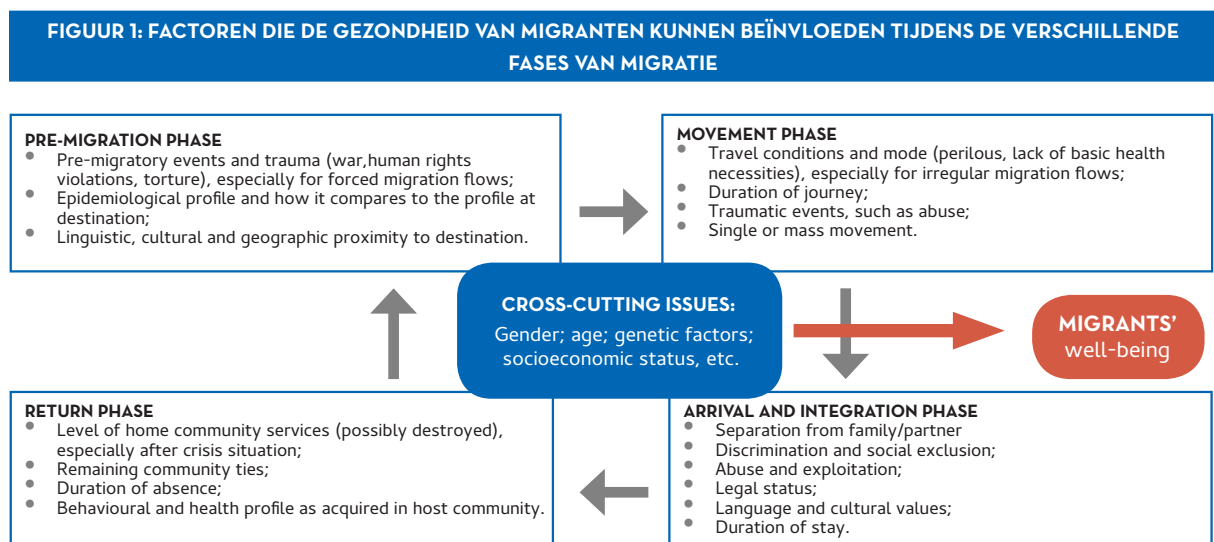
Ik ben net vrij uit vreemdelingendetentie, waar ik enkele maanden vastzat. Ook eerder zat ik al vijf maanden in vreemdelingendetentie. Ik ben heel erg bang dat ik weer opgepakt wordt, omdat ik de laatste keer zonder enige aanleiding werd opgepakt. Vreemdelingendetentie is heel moeilijk omdat je nooit weet hoe lang je vastzit. Dat is héél moeilijk. Als je in het strafrecht vastzit, weet je voor hoe lang. Als je in de bajes zit voor slechte dingen, dan zou ik mij schamen. Maar ik hoef mij nergens voor te schamen. Ik heb nooit slechte dingen gedaan. Wat ik heel zwaar vond, is dat ik op een meerpersoonscel moest. De psycholoog vond dat ik geen eenpersoonscel nodig had. Het leverde mij heel veel stress op. Ik dacht steeds: “Zij hebben de vrijheid van buiten afgenomen, nu moeten ze ook nog de vrijheid van binnen afnemen”. Soms krijg je een celgenoot die de taal niet spreekt, of die niet schoon is. Ik ben een oude man, ik ga vroeg slapen en sta vroeg weer op, neem dan koffie en wil tv kijken. Jonge mensen willen dat ik zachtjes doe 's morgens. Ik ben daarom vrijwillig voor lange tijd de strafcel ingegaan, en in honger- en dorststaking. Er kwamen artsen uit Utrecht, die zeiden dat ik direct naar het ziekenhuis moest. Dat wilde ik niet, ik mocht vanaf toen een eenpersoonscel. Het Meldpunt Vreemdelingendetentie heeft mij erg geholpen, zij kwamen op bezoek en ik kon hen altijd bellen. De medische zorg in detentie was goed voor mij. De zusters waren echt heel goed, niet vanwege de medicijnen die zij gaven, maar vanwege de oprechte aandacht en tijd die zij geven aan mensen. De artsen waren goed voor mij, ik denk dat dat komt omdat ik de taal goed spreek.

Op een avond werd ik ineens vrijgelaten. Zij zeiden: “u mag naar huis.”. Ik zei, “naar huis????”, welk huis?” Ik kon toen niet meer in de BBB terecht en moest op straat slapen.”⁷⁵

De invloed van leefomstandigheden op gezondheid

De levensomstandigheden waarin ongedocumenteerden zich bevinden zijn over het algemeen schrijnend en hebben een negatieve impact op de gezondheid, zo blijkt uit een review van de onderzoeksliteratuur hierover waarin 32 Europese landen zijn meegenomen. Er is sprake van armoede en structurele blootstelling aan arbeidsuitbuiting en geweld. Huisvesting is veelal ongezond en onveilig, gezonde voeding en middelen voor persoonlijke verzorging liggen buiten bereik. Het sociale netwerk is vaak beperkt door taalbarrières, uitsluiting op verschillende sociale en maatschappelijke niveaus en angst voor arrestatie en uitzetting.⁷⁶

Er is sprake van een cumulatie van factoren die een risico vormen voor de gezondheid. Mensen zonder verblijfsrecht zijn kwetsbaar op vele niveaus. Het feit op zich dat sprake is van een migratieachtergrond (met name indien het noodgedwongen migratie betreft) vormt een risicofactor voor het fysieke, psychische en sociale welzijn van mensen.⁷⁷ Figuur 1 geeft de interactie weer tussen factoren in verschillende fasen van de migratie.⁷⁸



Bron: International Organization for Migration, z.d. B

Gezondheidsachterstanden komen aanzienlijk vaker voor bij laag opgeleide migranten. Etnische verschillen en factoren als migratiegeschiedenis, minder toegankelijke en effectieve zorg en preventie, verschillen in leefstijl en visie op gezondheid en zorg spelen hierbij een rol. De omvang van het verlies aan gezonde levensjaren bij niet-westerse migranten ligt 22% hoger dan bij mensen met een Nederlandse achtergrond.⁷⁹

Doorgemaakte traumatische ervaringen

Een deel van de mensen zonder verblijfsrecht heeft een vluchtverleden. Velen van hen kampen met depressies, angststoornissen en hebben ernstige psychosomatische klachten, veroorzaakt door traumatische ervaringen in het land van herkomst of gedurende de vlucht. Daarnaast verhoogt een lange asielprocedure de kans op psychiatrische aandoeningen.⁸⁰ Veel van onze cliënten hebben ooit in een asielprocedure gezeten (zie figuur 2).

'Er is toch ook veel GGZ problematiek, mensen die veel trauma's hebben opgelopen. Er zijn ook veel mensen die de toekomst hier met veel zorg tegemoet zien en niet weten wat ze met hun leven aan moeten. Ik zie veel wanhoop, maar ook veel veerkracht, ik verbaas mij erover hoe het kan dat mensen

⁷⁶ Dokters van de Wereld, 2016, p. 48

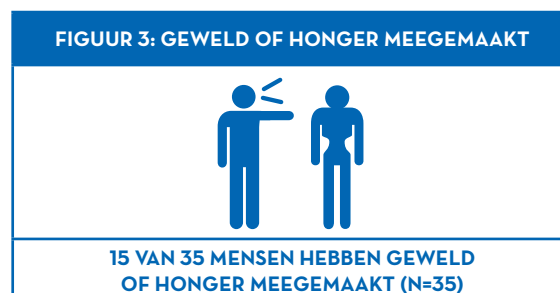
⁷⁷ Grabovschi, Loignon, en Fortin, 2013

⁷⁸ International Organization for Migration, z.d. B

⁷⁹ Pharos, z.d.

⁸⁰ Laban, C.J.et al., 2005; Porter en Haslam, 2005

al vijftientwintig of dertig jaar hier ongedocumenteerd leven en toch overleven. Maar ja, het zijn wel mensen die hun dromen over huisje, boompje, beestje en baan hebben moeten laten varen.’ (Ineke, verpleegkundige en spreekuurvrijwilliger)



Bron: Vragenlijsten European Observatory

Sociaal netwerk

Sociaal isolement van ongedocumenteerde mensen is één van de factoren die tot grote psychosociale stress kan leiden.⁸¹ Het brengt een verhoogd risico met zich mee op slechte gezondheid en eerder overlijden, terwijl sterke sociale banden juist een beschermende factor zijn. Het niet spreken van de nationale taal is één van de factoren die er toe leiden dat mensen minder makkelijk vrienden maken en niet deelnemen aan sociale activiteiten. Daar komt bij dat het gescheiden moeten leven van kinderen wordt ervaren als één van de oorzaken voor een slechte gezondheid en een bron van emotionele belasting.⁸²

'Veel mensen komen terug, vooral bij de bed-bad-broodvoorzieningen, dit zegt iets over de sociale functie van de Zorgbus. Dat is naar mijn idee het grootste knelpunt bij deze mensen: het gebrek aan sociale inbedding. Mensen leren dingen het beste door hun sociale omgeving. Deze mensen hebben er meer aan als mensen hen sociale inbedding geven, neem iemand mee naar een feestje en zeg dat het je goede vriend Hassan is. Dit missen mensen enorm. Wat mensen heel kwetsbaar maakt, is dat zij geen sociaal vangnet hebben maar geheel afhankelijk zijn van professionele organisaties. Verschrikkelijk als mensen van professionele organisaties je vrienden moeten zijn.' (Adriaan, MSc Geneeskunde en coördinator spreekuren en Helpdesk)

Ongedocumenteerde respondenten die in 2016 via Dokters van de Wereld geïnterviewd zijn, vertelden vrienden te hebben aan wie zij advies vroegen bij gezondheidsproblemen. De kerk was een belangrijke ontmoetingsplek. Het sociale netwerk bestond vooral uit andere ongedocumenteerden of mensen van dezelfde etnische achtergrond, die zelf niet op de hoogte waren van bijvoorbeeld het Nederlandse gezondheidszorgsysteem en daardoor geen bron van steun op dat gebied konden zijn.⁸³ Ongedocumenteerden stellen zich terughoudend op bij het bespreken van gezondheidsproblematiek met familie of vrienden uit schaamte om hulp te vragen⁸⁴ of, in geval van psychische klachten, uit angst voor stigmatisering.⁸⁵ Een aantal mensen kan nooit terugvallen op iemand (zie figuur 4).



Bron: Vragenlijsten European Observatory

81 Dokters van de Wereld, 2016, p.45

82 Aldridge et al., 2017, p. 24

83 Watjer, Van Rosmalen, en Janmaat, 2016

84 Dokters van de Wereld, 2017a

85 Teunissen, 2016, p.58

Arbeid

Ongedocumenteerde mensen mogen niet werken en hebben geen recht op sociale voorzieningen, wat hen afhankelijk maakt van liefdadigheid, of van informele arbeid. Uit het weinige onderzoek wat gedaan is naar arbeidsomstandigheden van ongedocumenteerde mensen, blijkt dat deze vaak uitbuitend van aard zijn. Er is sprake van monotoon werk of arbeid waarin mensen onbeschermd blootgesteld worden aan chemicaliën, geluid, hitte en stof, of (te) zware objecten moeten tillen. De rechteloze positie hindert ongedocumenteerde mensen in het veranderen van een slecht betalende of ziekmakende arbeidssituatie. Hoewel zij aanspraak kunnen maken op Nederlandse arbeidsrechten, zoals lidmaatschap van een vakbond⁸⁶, blijken veel mensen hier niet van op de hoogte. Ook leggen velen zich neer bij hun rechteloze positie omdat zij die als inherent zien aan hun positie als ongedocumenteerde.⁸⁷

“Vroeger kon ik werken. Maar toen ik ziek werd, riep mijn baas mij bij zich met de mededeling dat ik de volgende dag niet meer terug hoefde te komen. Ik kreeg de laatste drie gewerkte maanden niet uitbetaald. Nog steeds kan ik niet werken door mijn ziekte.” (Yazid)

Ongedocumenteerde vrouwen, maar ook mannen, in de seksindustrie kampen structureel met specifieke gezondheidsrisico's, in het bijzonder seksueel overdraagbare aandoeningen en fysiek geweld.⁸⁸ Illegaal verblijf, het niet beschikken over eigen financiële middelen, een eigen paspoort, sociale isolatie en analfabetisme zijn allemaal factoren die mensen kwetsbaar maken voor mensenhandel. Extra kwetsbaar zijn groepen mensen die te maken hebben met sociale uitsluiting, en aan wie het in een maatschappij aan macht en status ontbreekt.⁸⁹

'Ik had een cliënt op mijn spreekuur, een mevrouw die die ochtend op straat was gezet door haar vriend en die een aantal maanden zwanger was en graag zorg wilde ontvangen in verband met de zwangerschap. Tijdens het gesprek werd duidelijk dat ze slachtoffer van mensenhandel was en dat ze graag aangifte wilde doen.' (Ineke, verpleegkundige en spreekuurvrijwilliger)



Bron: Vragenlijsten European Observatory



KADER 9: BEÏNDIG ARMOEDE OVERAL EN IN AL HAAR VORMEN (SDG 1)

Volgens de Verenigde Naties ook meteen het belangrijkste ontwikkelingsdoel. Niemand mag in 2030 nog in extreme armoede leven en alle mensen moeten kunnen genieten van een basislevensstandaard.⁹⁰

Een deel van de mensen dat op de spreekuren komt, leeft in extreme armoede. Mensen slagen er niet

⁸⁶ FNV Bondgenoten, 2009

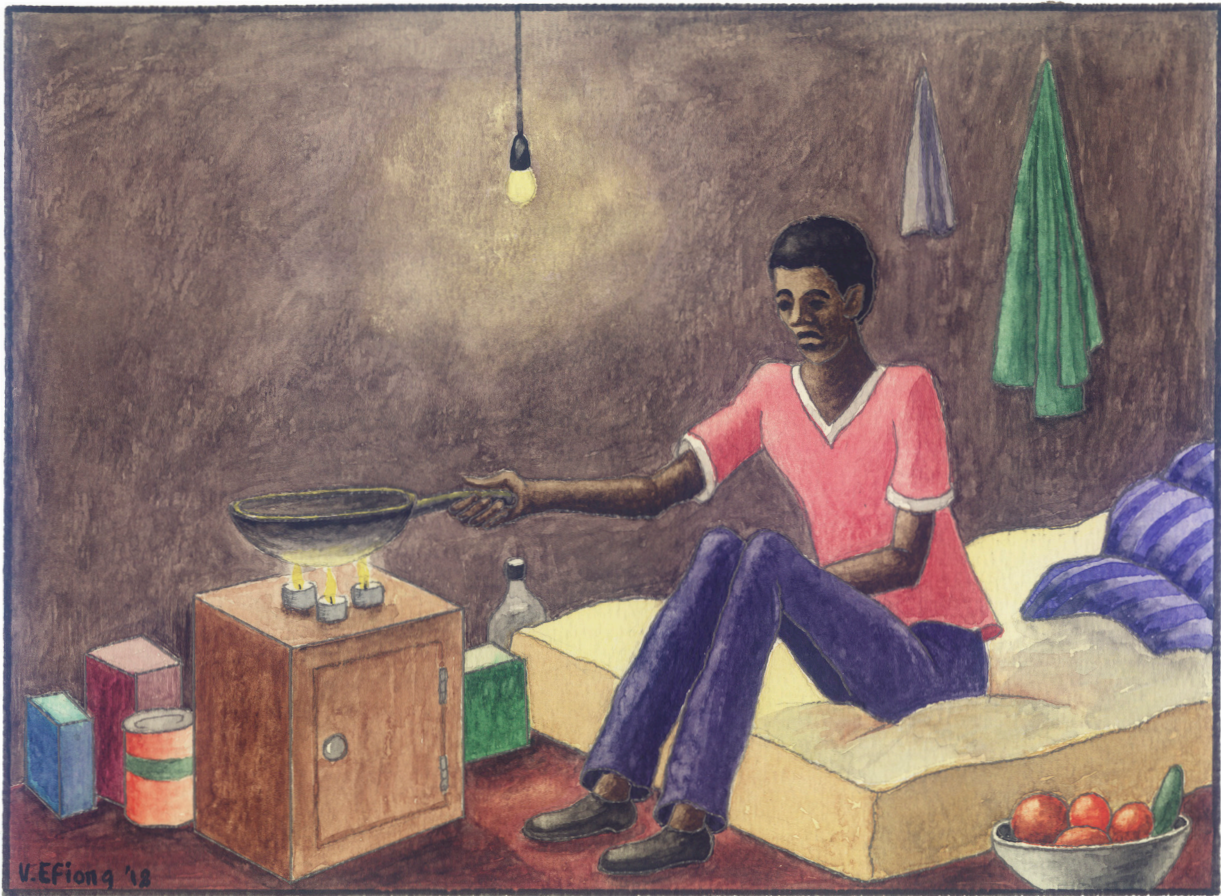
⁸⁷ Dokters van de Wereld, 2016

⁸⁸ Dokters van de Wereld, 2016

⁸⁹ Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen, 2016

⁹⁰ UN General Assembly, 2015, p.8

in voldoende inkomsten uit informele arbeid te halen en zijn bijzonder kwetsbaar door een gebrek aan huisvesting, basisvoorzieningen en primaire levensbehoeften.



ILLUSTRATIE 1: "HOE KAN HET DAT DIT ANNO 2018 IN HET RIJKE NEDERLAND GEBEURT??" DE ILLUSTRATOR ONTMOETTE BEGIN 2018 IEMAND ZONDER PAPIEREN. HIJ LEEFDE IN EEN DONKER, KLEIN KAMERTJE ERGENS IN AMSTERDAM EN KOOKTE OP WAXINELICHTJES.

Onderdak

De meeste cliënten van Dokters van de Wereld wonen in bij familie, vrienden of kennissen, of slapen in een Bed-Bad-Broodvoorziening van de gemeente (BBB), waar zij alleen nachtopvang krijgen. Een kleiner gedeelte woont in een van de 'vluchtlocaties' (kraakpanden gebruikt door groepen ongedocumenteerden waar men in ieder geval 24/7 kan verblijven, maar waar de veiligheidssituatie en basale levensvoorzieningen sterk variëren) of is dakloos. Slechts een zeer klein percentage beschikt over zelfstandige woonruimte. Ongeveer twee derde van de mensen ervaart de verblijfplaats als instabiel en/of geeft aan dat de verblijfplaats een negatieve impact op de gezondheid heeft (zie figuur 21).

"Sinds ik vrij ben [uit vreemdelingendetentie] gaat het alleen maar slechter met mij. Met mijn geestelijke gezondheid gaat het erg slecht. Voordat ik opgepakt werd, had ik een baan, een huis, nu ben ik alles kwijt. Ik ben bang, ga niet naar sommige plekken, maar moet wel op straat zijn omdat ik geen vaste plek heb."(Anando)

Meer over het thema onderdak en opvang staat beschreven in [hoofdstuk 5](#).

Veiligheidsperceptie

Veel ongedocumenteerde mensen leven in voortdurende angst om opgepakt te worden en in detentie te komen met uitzetting als gevolg. Mensen vermijden bijvoorbeeld plekken waar veel politiecontrole is en zorgen ervoor zich altijd strikt aan de regels te houden en niet op te vallen. Ze durven niet naar een arts uit angst dat gegevens doorgespeeld worden aan de autoriteiten en durven geen aangifte te doen als ze slachtoffer zijn van een misdrijf.

'En toch de angst van mensen, ondanks dat de arts een medisch beroepsgeheim heeft. "Wie zegt dat als ik met jou praat jij niet mijn situatie of mijn status aan wie dan ook doorgeeft?" Mensen zijn bang om kosten te maken. Zij durven de ambulance niet te bellen, want dan komt de politie. En dan proberen wij uit te leggen dat de politie er is om het verkeer te regelen en dat niet elke politieagent van de Vreemdelingenpolitie is om jou op te pakken. Maar dat beeld is maar gedeeltelijk waar, het zou altijd kunnen dat het gebeurt, dat maakt het zo lastig.'
(Carola, antropoloog en coördinator groepsvoorlichtingen)

Hoewel in Nederland momenteel geen actief opsporingsbeleid wordt gevoerd lijkt deze angst niet ongegrond. Meerdere mensen die in vreemdelingendetentie hebben gezeten, vertelden dat zij zonder objectieve reden waren aangehouden of de pech hadden om op de verkeerde plek te zijn, bijvoorbeeld bij een ruzie. Dit roept vragen op, aangezien niemand zomaar naar zijn identiteitspapieren mag worden gevraagd.

'Zojuist zag ik een man op mijn spreekuur, hij had 8 maanden in vreemdelingendetentie gezeten. Hij vertelde me dat hij was opgepakt omdat een huisgenoot werd opgepakt. Omdat hij in hetzelfde huis was moest hij ook zijn ID laten zien. Dat had hij niet, dus kwam hij in vreemdelingendetentie terecht.'
(Menno, voormalig technisch logistiek Artsen zonder Grenzen, verpleegkundige en vrijwilliger spreekuren Dokters van de Wereld)



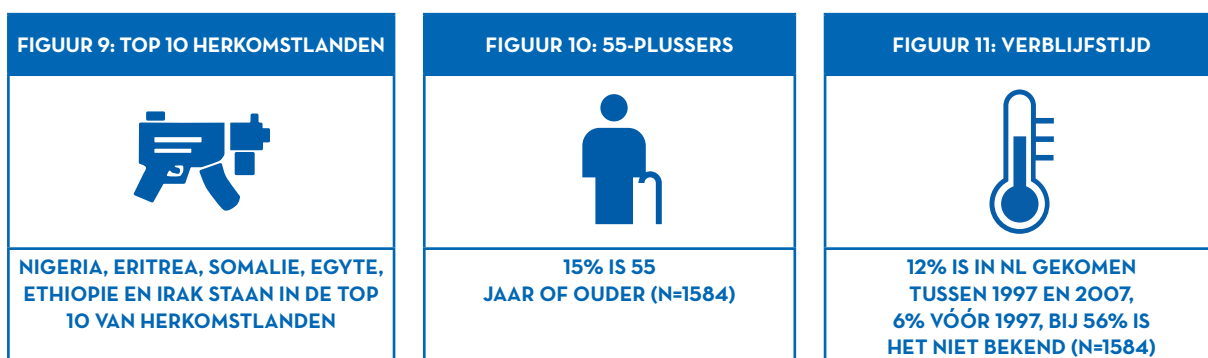
Bron: Vragenlijsten European Observatory

Toekomstperspectief

Door huisartsen wordt gesignaleerd dat het gebrek aan toekomstperspectief (het niet mogen werken, het leven dat stil staat) grote impact heeft op de geestelijke gezondheid van hun ongedocumenteerde patiënten.⁹¹ Wat de leefsituatie van veel cliënten van Dokters van de Wereld uitzonderlijk schrijnend maakt, is het gebrek aan een beter toekomstperspectief op de langere termijn. Mensen staan in de overlevingsmodus, hebben of zien geen mogelijkheid om over hun toekomst na te denken en hier stappen in te zetten. Zij lijden er onder dat zij in deze situatie geen normaal leven op kunnen bouwen met een huis, werk, een gezin. Uit getallen en ervaringen komt het beeld naar voren dat er een aanzienlijk aantal mensen is dat hier al zo lang verblijft dat terugkeer een onrealistische optie vormt, dat er mensen zonder verblijfsrecht afkomstig zijn uit landen waar de veiligheidssituatie zeer te wensen overlaat (zie figuur 9 en grafiek 10), en dat een aantal mensen reeds behoorlijk op leeftijd is.

91 Teunissen, 2016, p 78; Watjer, Van Rosmalen, en Janmaat, 2016

"Ik ben niet echt bang voor de politie, maar voor het leven, dat ik geen huis, geen werk, geen vrouw en kinderen heb. Je kunt niet vooruit denken als je geen papieren hebt, je denkt niet aan morgen, alleen aan vandaag." (Hamza)



Bron: Access-database 2016 en 2017

Deze stilstand wordt verder versterkt doordat mensen de mogelijkheid wordt onthouden zich te ontwikkelen. Onderzoek wijst uit dat als mensen een lange asielprocedure hebben gehad zonder ontwikkelingsmogelijkheden, dit een grotere risicofactor is voor het ontstaan van psychiatrische stoornissen dan het risico hierop vanwege eerder doorgemaakte trauma's.⁹² Een restrictieve benadering door (overheids)instellingen leidt bovendien tot een passieve houding en een laag zelfvertrouwen. Hierdoor worden zowel inburgering als terugkeer belemmerd.⁹³

'Heel schrijnend was de situatie van een jonge man op mijn spreekuur. Hij krijgt geen verblijfsvergunning, maar is gevlucht uit eigen land omdat zijn beide ouders zijn vermoord. Hierdoor durft hij absoluut niet meer terug, maar hij mag hier ook niet leren of werken.' (Lisette, verpleegkundige en vrijwilliger spreekuren en Helpdesk)

GOOD PRACTICES: IEDEREEN AAN DE SLAG

Steunorganisaties zetten in op ontwikkelingsmogelijkheden. In Amsterdam organiseert het Project Activering Ongedocumenteerden (PAO) onder andere EHBO-cursussen, trainingen in weerbaarheid en toekomstoriëntatie, en praktijkleertrajecten in ICT, kleding maken en lassen. Hiermee kunnen ongedocumenteerden werken aan een realistische toekomst.⁹⁴ GroenLinks diende in december 2017 een Raadsinitiatief in bij de Gemeenteraad Utrecht, 'Ontwikkelingsmogelijkheden voor ongedocumenteerden. Naar een duurzame toekomst voor mensen zonder status.' Hiermee wil zij ongedocumenteerden recht op en financiering voor zinvolle dagbesteding geven. Alle partijen stemden hier in februari 2018 mee in.⁹⁵ Op initiatief van steunorganisaties, waaronder Dokters van de Wereld en Stichting LOS, is in 2016 de Werkgroep 'Iedereen aan de Slag' gestart. Deze werkgroep gaat uit van het benutten van capaciteiten van ongedocumenteerden en roept op tot het verruimen van de mogelijkheden voor mensen zonder status om zich te ontwikkelen en te participeren in de samenleving. De persoon in kwestie, maar ook de samenleving is hierbij gebaat. Volgens de werkgroep is het huidige beleid, waarin ongedocumenteerden worden beperkt in hun ontwikkeling en werkzaamheden, achterhaald en zou herzien moeten worden.⁹⁶

92 Laban, C.J.et al., 2005

93 Scally, 2017

94 ASKV, z.d.

95 GroenLinks Utrecht, 2018

96 Aan de slag!, z.d.

3.2 GEZONDHEIDSVAAARDIGHEDEN

In de vorige paragraaf beschreven we reeds een aantal factoren die van invloed zijn op de mogelijkheid van mensen om zorg te zoeken, zoals leefomstandigheden, sociale steun, en inkomen (waardoor bijvoorbeeld vervoer naar zorginstellingen bekostigd kan worden). Hieronder gaan we in op andere factoren bij ongedocumenteerden die de toegang tot zorg belemmeren

Gezondheidsvaardigheden zijn vaardigheden om informatie over gezondheid te verkrijgen, begrijpen, beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgelateerde beslissingen.⁹⁷ In een aantal gevallen spelen ook praktische mogelijkheden en vaardigheden een rol in het vinden en continueren van passende zorg. Naast kennis over hoe alles werkt rondom het verkrijgen van zorg, moeten mensen deze zorg ook daadwerkelijk weten te bereiken en hier effectief gebruik van kunnen maken.⁹⁸ Het niet spreken van een gemeenschappelijke taal met de zorgverlener kan gezien worden als een extreme vorm van beperkte gezondheidsvaardigheden.⁹⁹

In de praktijk ziet Dokters van de Wereld dat veel ongedocumenteerden die de spreekuren bezoeken beperkte gezondheidsvaardigheden hebben. Daarnaast worden praktische problemen signaleerd zoals het niet kunnen vinden van de weg, te hoge vervoerskosten en moeite met het onthouden van afspraken.

'Heel veel dingen zijn goed geregeld rond zorg aan ongedocumenteerden. Maar vaak begrijpen mensen het systeem niet. Vaak ligt het aan factoren bij de patiënt zelf als de zorg niet goed loopt. Het zijn natuurlijk kwetsbare patiënten, misschien verschillen toegangsproblemen niet zo heel veel met die van andere kwetsbare groepen in Nederland.' (Annette, verloskundige en spreekuurmedewerker Dokters van de Wereld)

Kennis over recht op zorg en het Nederlandse gezondheidszorgsysteem

Gebrek aan kennis is een grote barrière in de toegankelijkheid van zorg voor ongedocumenteerde mensen, zo blijkt uit de literatuur. Zij zijn bang voor (hoge) zorgkosten en onvoldoende op de hoogte van de mogelijkheden voor het verkrijgen van zorg welke de Regeling onverzekerbare vreemdelingen biedt. Ook zijn zij niet op de hoogte van het beroepsgeheim dat zorgverleners hebben en zoeken geen zorg uit angst voor arrestatie.¹⁰⁰ Negen van zestien ongedocumenteerde respondenten die in 2016 geïnterviewd zijn, waren niet ingeschreven bij een huisarts ondanks dat zij dit wel zouden willen. Zij maakten zich grote zorgen dat zij ziek zouden worden, omdat zij niet wisten waar ze dan voor medische hulp terecht konden.¹⁰¹ De interviews met cliënten en medewerkers van Dokters van de Wereld bevestigen bovenstaande. Zes aspecten kunnen onderscheiden worden:

- Ongedocumenteerde mensen weten vaak niet dat het recht op gezondheid ook voor hen geldt.

"Doordat ik nu in een situatie verkeer die niet legaal is kan ik geen advocaat hebben, zorg, een dokter, of wat dan ook. ... Wat mijn rechten zijn? Ik geloof dat legale mensen in Nederland recht hebben op een eigen huisarts. ... Omdat ik niet legaal ben, kunnen ze me niet helpen nu." (Paulo)

"Mag ik me echt inschrijven bij de huisarts?" 'Dat is toch ook echt een verrassing voor mensen. Dat ze zich zonder papieren daar mogen inschrijven. Dat ze ook echt voor dat recht op mogen komen.' (Carola, antropoloog en coördinator groepsvoorlichtingen)

- Mensen weten niet waar zij heen moeten bij medische problemen.

"Ik ben meer dan 40 jaar in Nederland. Tot ik in 2016 bij Dokters van de Wereld kwam, was ik nooit zo ziek dat ik naar een dokter moest. Ik had ook niet geweten waar ik heen zou moeten zonder zorgverzekering. Dokters van de Wereld heeft mij geholpen met het vinden van een huisarts." (Rachid)

97 Pharos, 2016

98 Voor een goed bruikbaar conceptueel model voor analyse van de toegankelijkheid van zorg, zie Levesque, Harris, en Russell, 2013, en [Bijlage 6](#)

99 Fransen, Harris en Essink-Bot, 2013

100 Dokters van de Wereld, 2016, p. 8

101 Watjer, Van Rosmalen en Janmaat, 2016

'Pas gaf ik een voorlichting aan een groep ongedocumenteerden, met een verblijfsduur in Nederland variërend van 4 dagen tot 10–12 jaar en niemand had van het principe van de huisarts gehoord.' (Mandy, gezondheidswetenschapper, vrijwilliger groepsvoorlichtingen)

- Mensen weten niet dat er een financiële regeling bestaat waardoor zij bepaalde zorgkosten niet zelf hoeven te betalen als zij het geld er niet voor hebben.

'Ik vertelde hem: "je kunt naar een dokter gaan en je hoeft niet te betalen", maar hij geloofde mij niet. Ik zal met hem mee gaan. Ik wil hem echt meenemen maar ja, hij denkt nog steeds dat hij moet betalen. Hij spreekt ook geen Engels of Nederlands. Ik las de brochure die Dokters van de Wereld mij gaf en weet nu dat ik het recht heb om naar een huisarts te gaan, en dat ze mij moeten accepteren. Maar ik denk dat anderen in dezelfde situatie als ik, dit niet weten, misschien weet 95% niets van deze dingen.' (Salim)

- De taalbarrière en gebrek aan assertiviteit

'Het is handig als mensen iemand meenemen, iemand die het verhaal wat beter kan vertellen en even kan doorduwen. Dus dat is het. Het taalprobleem, of de assertiviteit die soms ontbreekt.' (Menno, voormalig technisch logistiek Artsen zonder Grenzen, verpleegkundige en vrijwilliger spreekuren)

'Dat mensen niet echt mondig zijn ligt niet alleen aan de taal. Het is ook gewoon een stukje assertiviteit die ze soms minder hebben en misschien komt dat ook doordat ze onzeker zijn. Als je in een ander land bent, met allemaal verschillende mensen om je heen en je bent ernstig ziek, dan kan iedereen er een beetje beduusd bij zitten. Maar ze voelen zich soms ook in een minderwaardige positie zitten. Ze voelen zich natuurlijk door Nederland heel erg wreed behandeld doordat ze niet erkend worden. Soms merk ik wel dat ze ook die insteek hebben in het contact met anderen.' (Arts, Zorgbusvrijwilliger)

- Culturele verschillen en verwachtingen van zorg

'De verwachtingen zijn vaak anders, mensen zijn vaak niet tevreden. In veel landen koop je gelijk antibiotica en laat je allerlei onderzoeken doen als je geld hebt. In veel culturen is het zo dat als je iets hebt, dan ga je zitten en moet je geholpen worden, zeker bij somatische klachten. Terwijl wij zeggen: om gezond te blijven moet je een beetje bewegen. In Afrika had ik er bijvoorbeeld ervaring mee dat als een bevalling niet vlot ging, vrouwen gelijk een sectio wilden. Terwijl vrouwen in Nederland dat het liefst willen voorkomen.' (Annette, verloskundige en spreekuurmedewerker Dokters van de Wereld)

- Mensen zijn niet op de hoogte van het beroepsgeheim dat hulpverleners hebben en zijn bang dat hun gegevens worden doorgegeven aan de autoriteiten.¹⁰²

'Mensen zijn nog steeds angstig om zelf actie te ondernemen, denken dat de IND of politie zal worden ingelicht.' (Christine, verpleegkundige met specialisatie endoscopie en vrijwilliger op de Helpdesk)

102 Geen vreemde gedachtegang. In vijf Europese landen wordt van zorgverleners of –instellingen verwacht dat zij ongedocumenteerden aangeven bij de autoriteiten, en nog meer landen hebben systemen waarin zorgverleners informatie delen met immigratiediensten (Aldridge et al. 2017)

KADER 10: KENNIS BIJ ONGEDOCUMENTEERDEN OVER RECHT OP ZORG (ACVZ, OMBUDSMAN EN CRM)

Uit de rapporten Medische zorg vreemdelingen en Medische zorg aan ongedocumenteerden: aanbevelingen

De onderzoeksinstanties signaleerden een gebrek aan kennis bij ongedocumenteerden. Zij deden de aanbevelingen om een (telefonisch) informatiepunt te organiseren voor ongedocumenteerden en ongedocumenteerden op het moment dat zij het asielzoekerscentrum moeten verlaten informatie over het recht op medisch noodzakelijke zorg mee te geven.¹⁰³

Kabinetsreactie

Informatievoorziening aan ongedocumenteerden zelf is van belang. Aan deze aanbeveling wordt al voldaan met het CVZ informatiepunt en informatie over de toegang tot of het recht op zorg op de website van het CVZ (destijds uitvoerder van de Regeling). Organisaties als Vluchtelingenwerk Nederland, Pharos, Lampion en Dokters van de Wereld helpen de vreemdeling om zijn weg in de Nederlandse gezondheidszorg te vinden.¹⁰⁴

WAT DOET DOKTERS VAN DE WERELD: VERGROTEN VAN DE ZELFREDZAAMHEID VAN ONGEDOCUMENTEERDEN BINNEN DE GEZONDHEIDSZORG EN ZO NODIG BEMIDDELEN

Medische spreekuren en Helpdesk

Mensen consulteren Dokters van de Wereld tijdens de spreekuren of via de Helpdesk. Dokters van de Wereld richt zich met name op de doelgroep ongedocumenteerden. Kwetsbare mensen uit Nederland of andere EU-landen worden doorverwezen naar andere steunorganisaties.

De spreekuren en Helpdesk worden bemenst door medisch geschoolde vrijwilligers. Eén van de doelen van deze individuele hulpverlening is 'het bieden van een dienst met een gidsfunctie voor ongedocumenteerde migranten die ondersteuning behoeven in het vinden/verkrijgen van informatie over het recht op zorg en toegang tot medische zorg. [...] De focus is: een adequaat gebruik van gezondheidszorg.'¹⁰⁵

Dit doen de spreekuurmedewerkers door middel van triage (vaststelling met hoeveel spoed een patiënt onderzocht en behandeld moet worden), voorlichting, vraag-gerelateerd zelfzorgadvies, en zo nodig actieve toegeleiding tot zorg. Vaak gaat het ook om bemiddeling tussen zorgverleners en cliënten met als doel deze laatsten in zorg te krijgen dan wel het afhandelen van facturen. Daarnaast wordt een luisterend oor geboden.

Aangezien veel mensen die een beroep doen op Dokters van de Wereld nauwelijks over enige vorm van inkomsten beschikken en vrij verkrijgbare medicatie en middelen die van groot belang zijn voor preventie van gezondheidsklachten, in principe buiten de regeling onverzekerbare vreemdelingen vallen, verstrekt Dokters van de Wereld een beperkt aanbod van veelgebruikte zelfzorgmiddelen, zoals pijnstillers, vitamine D, mondzorgartikelen, condooms en zwangerschapstesten.

Voorlichting aan ongedocumenteerde mensen en hun steunnetwerken

Dokters van de Wereld organiseert bijeenkomsten om informatie over het recht op zorg aan ongedocumenteerde mensen over te brengen. Dit gebeurt in samenwerking met kerken, moskeeën en migrantenorganisaties die in aanraking komen met ongedocumenteerde migranten, De Zorgbussen worden hierbij ook ingezet. Door het overdragen van kennis en vaardigheden wordt mensen de weg gewezen naar de gezondheidszorg en worden hun gezondheidsvaardigheden verbeterd. In 2017 werd op Majesty TV, een lokaal TV station dat een groot bereik heeft onder Afrikaanse migranten, een live interview gegeven over toegang tot zorg.¹⁰⁶ Op de website van Dokters van de Wereld kunnen mensen die zorg nodig hebben informatie vinden, onder andere via folders in 11 talen. In samenwerking met de Pauluskerk in Rotterdam hebben wij in 2016 een tekenfilmje ontwikkeld over het recht op zorg welke in 8 talen te zien is op de website van de Pauluskerk en Dokters van de Wereld. [Klik hier voor de Nederlandse versie.](#)

103 De Nationale ombudsman, 2013; Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken, De Nationale ombudsman, & College voor de Rechten van de Mens, 2015

104 Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2013

105 Dokters van de Wereld, 2017b

106 MajestyTV, 2017



ILLUSTRATIE 2: ALS MENSEN DE WEG NAAR DE ZORG NIET WETEN TE VINDEN, KUNNEN ZIJ TERECHT BIJ DE ZORGBUS VAN DOKTERS VAN DE WERELD

De Zorgbus

De meeste spreekuren worden vanuit de Zorgbus gedaan. Door een extra financiële toekenning van de Postcode Loterij werd op 17 december 2015 de eerste Zorgbus gelanceerd.¹⁰⁷ In juni 2017 volgde de tweede, dankzij de Nationale Postcode Loterij en de Rotary.¹⁰⁸ Per week staat de Zorgbus standaard op verschillende locaties in Amsterdam en in Den Haag, daarnaast worden de bussen ingezet bij voorlichtingsactiviteiten.

De Zorgbuzz

De bussen dragen bij aan de toegankelijkheid van zorg voor ongedocumenteerde mensen. Enerzijds door informatie en de spreekuren dichterbij de mensen te brengen. Anderzijds doordat de bussen vanwege de grote zichtbaarheid een buzz creëren, de buzz van de visie van Dokters van de Wereld dat ieder mens gezondheidszorg zou moeten kunnen vinden en verkrijgen. De buzz van een wereld waar gezondheid erkend wordt als een fundamenteel mensenrecht.

¹⁰⁷ <https://doktersvandewereld.org/vandaag-wordt-de-zorgbus-gelanceerd/>

¹⁰⁸ <https://doktersvandewereld.org/tweede-zorgbus-is-er/>

DE CIJFERS: WIE SPREEKT DOKTERS VAN DE WERELD OP DE SPREEKUREN EN DE HELPDESK

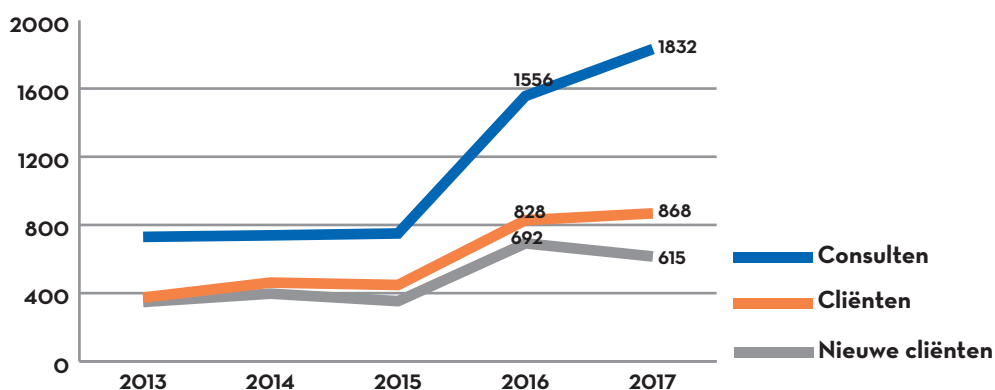
Op deze pagina's wordt weergegeven hoeveel mensen wij spreken op de spreekuren en Helpdesk en beschrijven we enkele algemene kenmerken zoals geslacht en leeftijd. De cijfers zijn gebaseerd op verschillende bronnen (zie voor een beschrijving ervan [paragraaf 1.2](#)):

- Cliëntendossiers januari-maart 2017 (n=311)
- Helpdeskregistratie 2017 (n=332)
- Vragenlijsten European Observatory 2016 en 2017 (n=135)
- Access-cliëntendatabase 2016 en 2017 (n=1584)

Zoals ook in paragraaf 1.2. beschreven staat, is sprake van onderrapportage. Hierdoor zijn bijvoorbeeld cijfers over de verblijfplaats van mensen niet gebaseerd op 1584 cliënten, maar op ongeveer de helft ervan. Indien andere bronnen zijn gebruikt of er bijzonderheden staan, staat dit vermeld in de voetnoten. Tenzij anders vermeld, staat n voor het aantal cliënten.

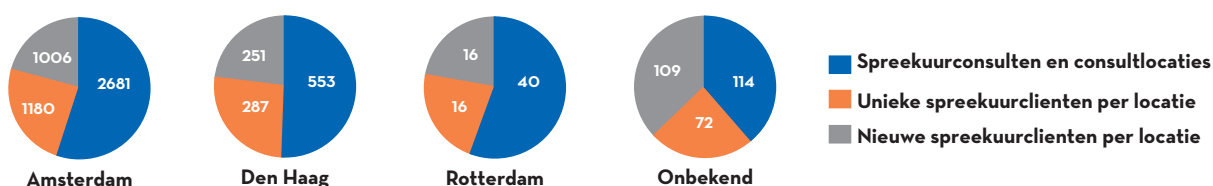
SPREEKURCONSULTEN: AANTAL, SOORT EN PLAATS

GRAFIEK 1: SPREEKURCONSULTEN, SPREEKURCLIËNTEN EN NIEUWE SPREEKURCLIËNTEN 2013-2017



Bron: Access-cliëntendatabase 2016 en 2017

GRAFIEK 2: SPREEKURCONSULTEN, SPREEKURCLIËNTEN EN NIEUWE SPREEKURCLIËNTEN PER LOCATIE 2016+2017



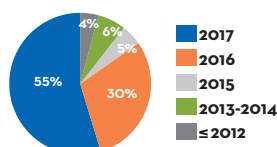
Bron: Access-cliëntendatabase 2016 en 2017

GRAFIEK 3: PSO- EN MEDISCHE SPREEKURCONSULTEN 2016 EN 2017



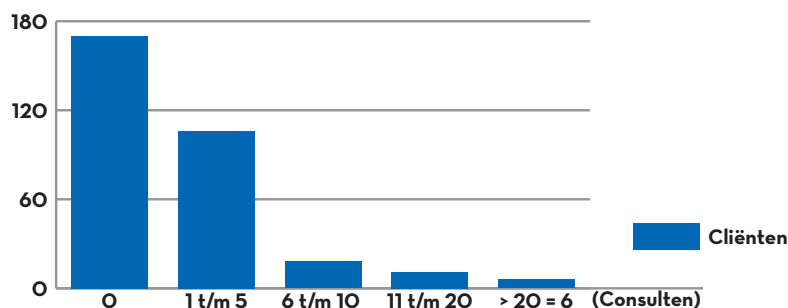
* PSO-sprekuren startten in juni 2017
Bron: Access-cliëntendatabase 2016 en 2017

GRAFIEK 4: JAAR 1E CONTACT CLIËNTEN SPREEKUREN EN HELPDESK JANUARI-MAART 2017



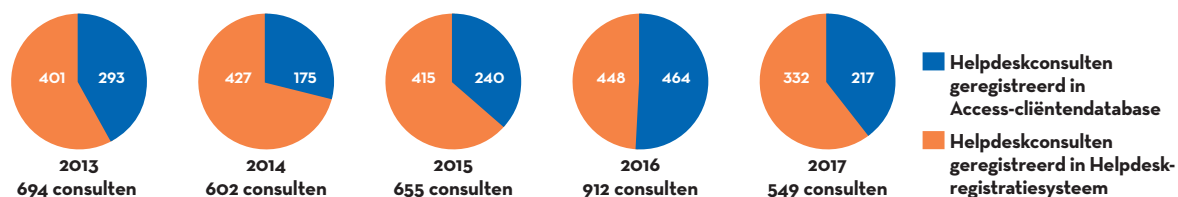
Bron: Cliëntendossiers januari-maart 2017 (n=311)

GRAFIEK 5: AANTAL CONSULTEN VÓÓR 2017 CLIËNTEN SPREEKUREN EN HELPDESK JANUARI-MAART 2017



Bron: Cliëntendossiers januari-maart 2017 (n=311)

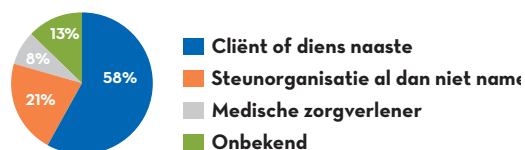
GRAFIEK 6: HELPDESKCONSULTEN 2013-2017



Bron: Access-cliëntendatabase 2016 en 2017, Helpdeskregistratie 2017 en jaarcijfers Helpdesk 2013-2016

HELPDESKCONSULTEN: AANTAL EN TYPE BELLER

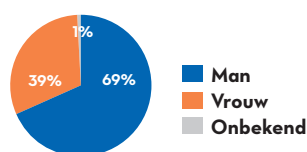
GRAFIEK 7: TYPE BELLER HELPDESK



Bron: Helpdeskregistratie 2017 (n=332)

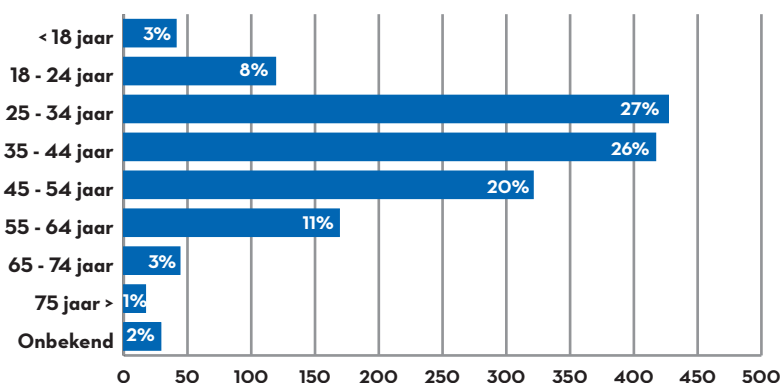
ALGEMENE GEGEVENS CLIËNTEN: GESLACHT, LEEFTIJD, NATIONALITEIT, VERBLIJFPLAATS EN VERBLIJFSSTATUS

GRAFIEK 8: GESLACHT CLIËNTEN SPREEKUREN EN HELPDESK 2016+2017



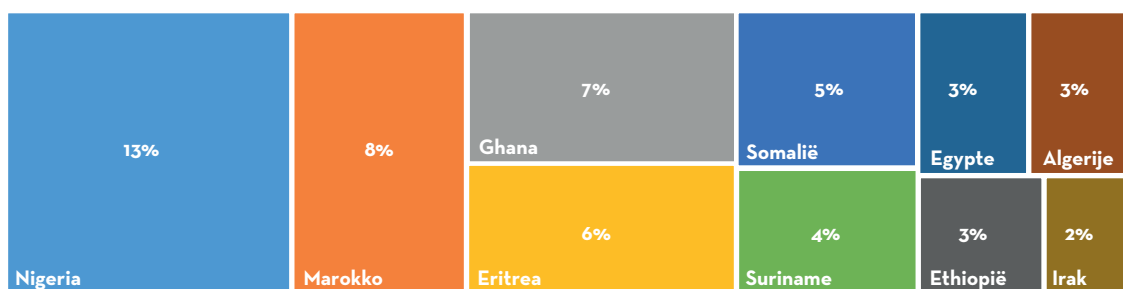
Bron: Access-cliëntendatabase 2016 en 2017 o.b.v. unieke cliënten (n=1584)

GRAFIEK 9: LEEFTIJD CLIËNTEN SPREEKUREN EN HELPDESK 2016+2017



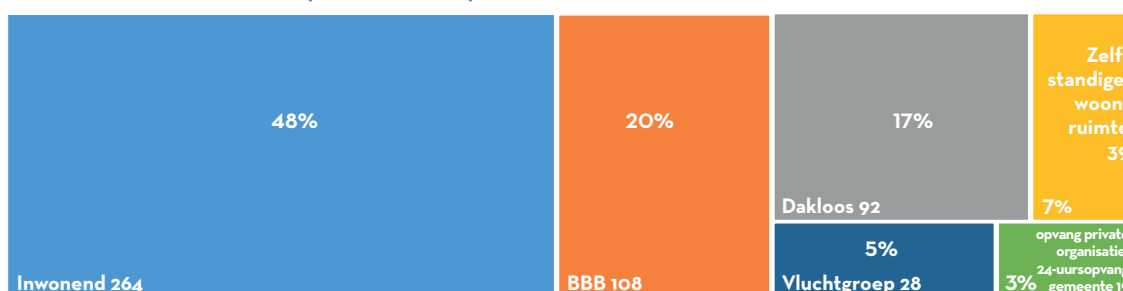
Bron: Access-cliëntendatabase 2016 en 2017 o.b.v. unieke cliënten (n=1584)

GRAFIEK 10: TOP 10 NATIONALITEIT CLIËNTEN SPREEKUREN EN HELPDESK 2016+2017



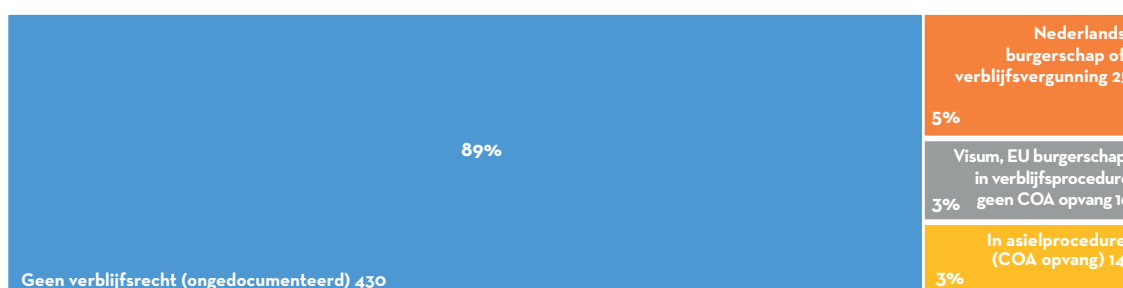
Bron: Access-cliëntendatabase 2016 en 2017 o.b.v. unieke cliënten, n=1584. Overige nationaliteiten: 739 (47%)

GRAFIEK 11: VERBLIJFPLAATS (INDIEN BEKEND) CLIËNTEN SPREEKUREN EN HELPDESK 2016+2017



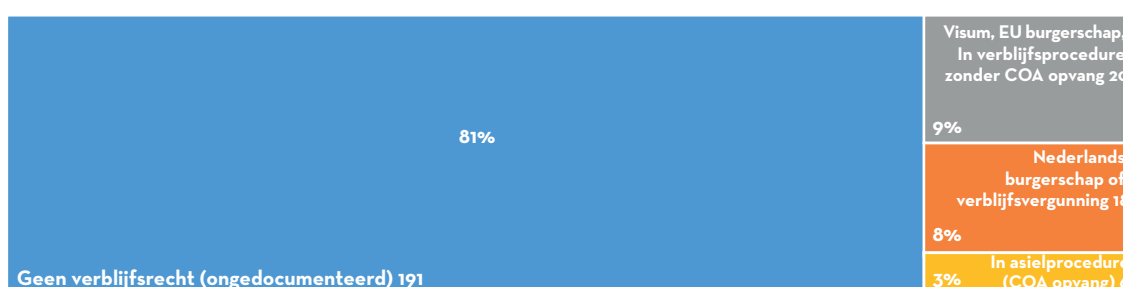
Bron: Access-cliëntendatabase 2016 en 2017 o.b.v. unieke cliënten van wie verblijfplaats bekend is, n=550. Verblijfplaats onbekend: 1072. Het totaal (1622) is meer dan 1584 omdat cliënten op verschillende consultmomenten andere verblijfplaatsen kunnen hebben.

GRAFIEK 12: VERBLIJFSSTATUS (INDIEN BEKEND) CLIËNTEN SPREEKUREN EN HELPDESK 2016+2017



Bron: Access-cliëntendatabase 2016 en 2017 o.b.v. unieke cliënten van wie verblijfsstatus bekend is, n=485. Verblijfsstatus onbekend: 1099. De verblijfsstatus wordt altijd geregistreerd, echter bij de overgang naar een nieuwe versie van de database zijn deze gegevens verloren gegaan, wat het hoge aantal 'onbekend' verklaart.

GRAFIEK 13: VERBLIJFSSTATUS (INDIEN BEKEND) CLIËNTEN HELPDESK



Bron: Helpdeskregistratie 2017 o.b.v. cliënten van wie de verblijfsstatus bekend is, n=235. Verblijfsstatus onbekend: 97.

4 ZORG VERLENEN AAN ONGEDOCUMENTEERDEN

In hoofdstuk 2 zagen we dat de toegankelijkheid van zorg voor ongedocumenteerden in belangrijke mate wordt beïnvloed door het rechts- en financieringssysteem. Enerzijds wordt de toegankelijkheid van zorg positief beïnvloed door de Regeling onverzekerbare vreemdelingen, anderzijds wordt een financiële drempel of een muur opgeworpen voor zorg welke niet onder de Regeling valt (hierover meer in hoofdstuk 5). Voordat van de Regeling gebruik gemaakt kan worden, moet iemand eerst toegang tot een zorgverlener hebben weten te verkrijgen. Of dit zonder problemen gaat of dat hier drempels zijn, bepaalt mede de toegankelijkheid van zorg. Het voorliggende hoofdstuk beschrijft de uitdagingen die het verlenen van zorg aan ongedocumenteerden in de praktijk met zich mee brengt.

4.1 KENNIS, ATTITUDE, WERKDRUK EN ZORGWEIGERINGEN

De Regeling onverzekerbare vreemdelingen is een goede regeling die heel veel zorg financieel toegankelijk maakt voor ongedocumenteerden. We spreken veel mensen die dankbaar zijn voor de goede medische zorg die zij ontvangen.

'Heel veel dingen rond zorg aan ongedocumenteerden zijn goed geregeld. In principe is de zorg goed toegankelijk. Zo hadden we pas op het spreekuur een meneer uit een Afrikaans land, hij werd gestigmatiseerd in zijn land vanwege een zichtbare afwijking aan zijn ogen. Hij was in Italië medisch niet goed behandeld, daar is zijn ooglenzen verwijderd. Kortgeleden heeft hij hier in het ziekenhuis behandeling gekregen en hij is heel dankbaar voor het goede resultaat.' (Annette, verloskundige en spreekuurmedewerker Dokters van de Wereld)

Desondanks signaleren wij in ons dagelijks werk knelpunten. Vanwege de aard van de Regeling kunnen ongedocumenteerde mensen niet zelf aanspraak maken op vergoeding van zorgkosten. Dit heeft tot gevolg dat zij voor de toegang tot zorg afhankelijk zijn van de kennis en welwillendheid van zorgverleners en baliepersoneel. In sommige gevallen zien zorgverleners zich voor dilemma's geplaatst.

Kennis

Kennis bij zorgverleners (inclusief dokters- en polikliniekassistenten en administratief personeel) zijn een belangrijke factor in de toegankelijkheid van zorg. Keer op keer blijkt uit casuïstiek van Dokters van de Wereld dat zorgverleners onvoldoende op de hoogte zijn van het recht op zorg en hulpverleningsplicht ten opzichte van ongedocumenteerde patiënten, en van de praktische mogelijkheden voor financieringsmogelijkheden voor deze zorg. Ondanks de informatievoorziening vanuit het CAK, blijken zorgverleners onvoldoende op de hoogte van de Regeling onverzekerbare vreemdelingen. We merken vaak dat zorgverleners - inclusief doktersassistenten en administratief personeel - eerst door steunorganisaties zoals Dokters van de Wereld geïnformeerd moeten worden alvorens wordt besloten om de medisch noodzakelijke zorg te verlenen aan ongedocumenteerden.

'Wel komt het toch regelmatig voor dat mensen doorgestuurd worden naar een ziekenhuis en ze daar geen afspraak kunnen maken omdat ze ongedocumenteerd zijn en niet verzekerd. Ondanks dat ze hun situatie hebben uitgelegd, moeten ze eerst betalen. Dus dan bel ik met het ziekenhuis en geef ik uitleg, soms verwijs ik opnieuw naar het CAK en recht op zorg. Ook in de gecontracteerde ziekenhuizen.' (Christine, verpleegkundige met specialisatie endoscopie en vrijwilliger op de Helpdesk)

KADER 11: KENNIS BIJ ZORGVERLENERS OVER RECHT OP ZORG (ACVZ, OMBUDSMAN EN CRM)

Uit de rapporten Medische zorg vreemdelingen en Medische zorg aan ongedocumenteerden: aanbevelingen

Zorg dat informatie over het recht op medisch noodzakelijke zorg de zorgverleners daadwerkelijk bereikt. De overheid kan hiervoor de samenwerking zoeken met o.a. de beroepsverenigingen en koepelorganisaties van zorgverleners.

Inventariseer wat zorgverleners nodig hebben om drempels voor de zorg aan ongedocumenteerden weg te nemen en neem die drempels weg.¹⁰⁹

Kabinetsreactie

Het kabinet onderstreept het belang van goede informatievoorziening aan zorgverleners en wijst op de inzet van Lampion, door het kabinet omschreven als een netwerkorganisatie die het doel heeft informatie en advies te verstrekken inzake zorg aan ongedocumenteerden.¹¹⁰ Ook verwijst zij naar Pharos, die trainingen organiseert voor zorgprofessionals. Zij ziet ook een rol voor beroepsorganisaties en koepelorganisaties van zorginstellingen. Zij erkent het belang van het meenemen van actuele thema's in de opleidingen van zorgverleners. Het kabinet geeft aan dat uit de evaluatie van de Regeling geen grote belemmeringen of drempels zijn gebleken. Het CVZ, destijds uitvoerder van de Regeling, geeft aan dat het niet duidelijk is welke drempels de Ombudsman bedoelt.¹¹¹

'In het eerste ziekenhuis waar ik was, ging het altijd moeilijk. Iedere keer begon het weer opnieuw, dan zagen ze dat ik geen verzekering had en moesten ze eerst weer bellen hoe het zat. Ik kwam al gestresst in het ziekenhuis, maar iedere keer werd ik daardoor nog angstiger en onzekerder. De mensen die achter mij stonden, hoorden ook dat ik onverzekerd was en illegaal. Daar schaamde ik mij voor. Als ik samen met een Nederlander naar mijn afspraken ging, ging alles veel makkelijker. Ook in het tweede ziekenhuis was het heel moeilijk om mij te registreren, ook als ik voor een tweede keer kwam. Alleen in het laatste ziekenhuis was het geen probleem.' (Yaro)

Attitude

In de dagelijkse praktijk zien we veel bereidwilligheid bij zorgverleners om zorg te verlenen aan ongedocumenteerde migranten. In sommige gevallen wordt deze zorg zelfs op vrijwillige basis geboden, bijvoorbeeld via 'Friendly Networks' waar een aantal tandartsen en fysiotherapeuten aan deelnamen of door huisartsen die niet declareren bij het CAK.

'Vaak zijn huisartsen welwillend, sommigen in eerste instantie wat afhoudend omdat ze niet bekend zijn met zorg aan ODM, maar als je het uitlegt, ervaar ik weinig problemen om mensen een afspraak te laten krijgen bij een huisarts. Ik heb wel eens een huisarts of assistent aan de lijn gehad die echt stug weigerde. Dan stuur je iemand er ook liever niet heen omdat je wel goede en betrokken zorg wil.' (Lisette, verpleegkundige en vrijwilliger spreekuren en Helpdesk)

Aan de andere kant constateren we helaas ook dat zorgverleners besluiten om ongedocumenteerde patiënten medisch noodzakelijke zorg te onthouden, ook nadat Dokters van de Wereld hen informatie heeft verstrekt over het recht op zorg en de Regeling. Het grootste deel van bemiddelingen door Dokters van de Wereld is gericht op de toegang tot huisartszorg.

'Ik heb ervaring met assistenten die zeiden "ja natuurlijk, stuur maar door, we kunnen hem vandaag zien", dus ook heel positieve ervaringen hoor. Maar ik moet zeggen, meer dan de helft van de keren zijn er wel beren op de weg. Het heeft mij verrast tijdens het werk voor Dokters van de Wereld, hoe onbekend de zorg voor ongedocumenteerden voor huisartsen was en hoeveel hakken in het zand je meteen voelde.' (Nienke, arts en Zorgbusvrijwilliger)

109 De Nationale ombudsman, 2013; ACVZ, Ombudsman en CRM, 2015

110 Lampion is echter een platformoverleg van een aantal beroepsorganisaties en maatschappelijke organisaties, dat op kwartaalbasis ervaringen en ontwikkelingen uit de eigen organisatie uitwisselt. Het heeft geen formele uitvoeringstaak, noch enig budget voor de informatievoorziening aan zorgverleners.

111 Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2013

De Regeling is bij wet ingericht als een regeling voor zorgverleners om te voorkomen dat zij de kosten van verleende medisch noodzakelijke zorg zelf moeten dragen. De Regeling verplicht de zorgverleners tot niets. Volgens professionele normen heeft een arts een hulpverleningsplicht¹¹² en kan deze alleen in specifieke gevallen besluiten geen behandelingsovereenkomst met een patiënt aan te gaan. Bijvoorbeeld wanneer de praktijkgrootte het aannemen van nieuwe patiënten met het oog op het verlenen van noodzakelijke zorg niet toelaat.¹¹³ De juridische status van een patiënt mag geen reden zijn voor het weigeren van zorg.

'Maar ook zie ik onwil bij huisartsen. Ik heb meerdere malen gehoord: "wij doen niet aan deze doelgroep". Wat steekt is het ogenschijnlijk gemak waarmee assistenten (in overleg met huisartsen) patiënten weigeren. Wat er dan precies achter zit, volle praktijk, onwetendheid, is niet altijd duidelijk.' (Adriaan, MSc Geneeskunde en coördinator spreekuren en Helpdesk)

KADER 12: BEREIDHEID TOT HULPVERLENEN

Uitkomsten NIVEL onderzoek 2009, grootschalig onderzoek onder huisartsen- en verloskundigenpraktijken, spoedeisende hulpafdelingen en huisartsenposten.¹¹⁴

Resultaat schriftelijke vragenlijsten: bereidheid tot hulpverlening aan ongedocumenteerde patiënten is groot:

- verloskundigenpraktijken, huisartsenposten en meerderheid SEH's zeggen nagenoeg alle geen onderscheid te maken tussen ongedocumenteerde en andere patiënten;
- 90% van alle huisartsenpraktijken geeft aan volledige hulp te (zullen) verlenen.

Resultaat interviews: het komt nogal eens voor (niet vermeld wordt hoe vaak) dat zorgverleners weigeren om ongedocumenteerden te behandelen. Er zijn zorgverleners

- 1 die gewoonweg 'geen zin' hebben in ongedocumenteerde patiënten;
- 2 die denken dat het niet de bedoeling is om hen te behandelen in het licht van het idee van de Koppelingswet;
- 3 die uitsluitend bereid zijn tot hulpverlening indien er vooraf betaald wordt.

Werkdruk en spreidingsbeleid huisartsen

Op huisartspraktijken die gevestigd zijn in wijken met een relatief hoog aantal ongedocumenteerden wordt een groter beroep gedaan dan op praktijken in wijken waarin het merendeel van de populatie verzekerd is.¹¹⁵ Van de eerstgenoemde praktijken hanteren sommigen een laagdrempelig beleid. Andere praktijken geven juist aan geen ongedocumenteerden meer aan te willen nemen vanwege de werkdruk en de extra kosten die zij (menen te) moeten maken. Het komt voor dat zorgverleners goede zorg willen leveren, maar waar tijdsdruk en (angst voor) oplopende kosten een probleem vormen.

'Huisartsen zijn vaak heel druk, overladen met werk, zeker de afgelopen jaren nu er veel zorg terug moet vanuit het ziekenhuis naar de huisartsen. Pas zei een huisarts letterlijk "ik moet hier, hier en hier heen, denk je dat ik dit er ook nog bij kan hebben?" (Nienke, arts en Zorgbusvrijwilliger)

Het uitzoeken van administratieve handelingen rond vergoedingen en declaraties, en het aansturen van de praktijkmedewerkers bij de uitvoering hiervan, vergen extra inspanningen.

'Als je een praktijk hebt waar ze het niet weten en eerst alles moeten opzoeken, dan ben je er vaak als arts ook wel even zoet mee. Je moet assistentes aansturen of zelf één en ander uitzoeken. Als een praktijk vaker onverzekerbare mensen krijgt, dan zijn de assistentes vaak al wel ingespeeld hierop en weten ze de formulieren snel te vinden. Het kost de arts dan aan sich niet zo heel veel tijd extra. Maar de assistente wel, aangezien zij de patiënt inschrijft en vaak ook de declaratie afhandelt.' (Sanne, huisarts en Helpdesk vrijwilliger)

¹¹² Derckx, 2017a, p.126. Zie ook Bijlage 4

¹¹³ KNMG, 2005

¹¹⁴ Veenema, Wiegers en Devillé, 2009

¹¹⁵ Huisartsen gaven in het onderzoek van Watjer, Van Rosmalen en Janmaat, 2016 als redenen voor de onevenredige verdeling van ongedocumenteerden over huisartspraktijken: onevenredige spreiding van ongedocumenteerden over de stad, weigerende praktijken en verschil in benadering rond betaling van de consulten. Zij gaven aan dit als problematisch te ervaren vanwege de kosten en de workload (p. 13)

In Amsterdam is het postcodebeleid vaak een handicap. Enerzijds wordt op praktijken rond bijvoorbeeld de bed-bad-broodvoorzieningen een onevenredig groot beroep gedaan, maar anderzijds blijkt spreiding lastig vanwege de aanrijtijd en afspraken tussen huisartsen over wie welk postcodegebied bedient.

KADER 13: DE WERKDruk IN HUISARTSENPRAKTIJKEN

In december 2017 schreven acht hoogleraren Huisartsgeneeskunde een brandbrief aan de Tweede Kamer, 'De hoogste tijd voor een drastische vermindering van het aantal patiënten per huisarts'. Zij uitten hierin hun zorgen over de toegankelijkheid van de huisartsenzorg die onder druk staat, met name in achterstandswijken en -regio's.¹¹⁶

Daarnaast kunnen huisartsen, mede vanwege de toch al hoge werkdruk, opzien tegen de taalbarrière (het inschakelen van een professionele tolk wordt niet vergoed) en de complexiteit van de problematiek waarmee ongedocumenteerden kampen.

'De arts is wel vaak extra tijd kwijt qua consulttijd. Dit is vanwege de mogelijke taalbarrière en soms ingewikkeldere problematiek, zeker als je weinig tot niets weet van een voorgeschiedenis.' (Sanne, huisarts en Helpdesk vrijwilliger)

'Vaak voelden de huisartsen 'dit is niet puur medische problematiek, maar dit gaat ook heel veel psychosociaals met zich meebrengen', en daar hoor je ze dan over zuchten. Ik heb echt huisartsen gehad die zeiden "nou als het alleen een makkelijke huidklacht is dan wil ik het wel, maar als dit allemaal meer gedoe is dan heb ik er geen zin in".' (Nienke, arts en Zorgbusvrijwilliger)

KADER 14: GEBREK AAN TOLKENVERGOEDING

De ACVZ, Ombudsman en CRM deden de aanbeveling de inzet van professionele tolken te vergoeden zodat goede zorg mogelijk is.¹¹⁷ Uit onderzoek onder zorgverleners blijkt dat vanwege de kosten een professionele tolk minder vaak wordt ingezet dan noodzakelijk is en dat dit de kwaliteit van de geleverde zorg negatief beïnvloedt en leidt tot extra zorggebruik. De beroepsorganisatie voor artsen, de KNMG, pleit voor een ruimere vergoedingsregeling. Het College voor de Rechten van de Mens pleit voor opnemings van de tolkenvergoeding in de basisverzekering.¹¹⁸ Het kabinet erkent het grote belang van het elkaar kunnen begrijpen, maar hanteert het principiële standpunt dat het de eigen verantwoordelijkheid van migranten is een oplossing te zoeken voor taalbarrières.¹¹⁹ Het VN-comité dat toeziet op de naleving van het IVESCR riep de Nederlandse overheid in 2017 op om het besluit om het gebruik van tolken in de gezondheidszorg niet meer te vergoeden, te heroverwegen. Zij onderstreept dat iedereen zonder discriminatie toegang moet hebben tot gezondheidszorg en herinnert de overheid aan *general comment No. 14 (2000)* over de *highest attainable standard of health*.¹²⁰



Bron: Vragenlijsten European Observatory 2016 en 2017

116 Nederlands Huisartsen Genootschap, 2017

117 ACVZ, Ombudsman en CRM, 2015

118 Goudsmit en Dute, 2017

119 Ministerie van VWS, 2016a

120 Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2017, paragraaf 46-47

GOOD PRACTICES: OPLOSSINGEN VOOR DE INZET VAN TOLKEN

Het Achterstands Ondersteunings Fonds vindt het belangrijk dat iedere huisarts in Amsterdam gebruik kan maken van de tolkentelefoon voor alle patiënten die de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn. Het fonds heeft daarom een contract met tolkdiensten afgesloten. Iedere huisartsenpraktijk kan gebruik maken van de financiële regeling van het fonds.¹²¹

Het Zorgcafé van Dokters van de Wereld biedt laagdrempelige psychosociale ondersteuning aan nieuwkomers. De psychosociale ondersteuners (artsen, verpleegkundigen en psychologen) werken intensief samen met tolken Farsi, Arabisch en Tigrinya. Allen werken op vrijwillige basis. De tolken spelen een belangrijke rol bij de ondersteuning, ook door het maken van de culturele vertaalslag.

Door cliënten ervaren zorgweigeringen en discriminatie

In de eerste drie maanden van 2017 gaven 16 cliënten van Dokters van de Wereld expliciet aan dat zij een probleem ondervonden in de toegang tot zorg.¹²² In vijf gevallen kon de cliënt zich niet inschrijven bij een huisartspraktijk vanwege de status als ongedocumenteerde (en dus onverzekerde) persoon. In drie gevallen vormden de kosten voor medicijnen, die niet in het basispakket zaten, een financiële barrière. In twee gevallen waren de verwijzingen van een huisarts naar een fysiotherapeut en het ziekenhuis problematisch. In één geval was er sprake van een toegangsprobleem met betrekking tot verslavingszorg.

In de vijf andere gevallen bleek de situatie genuanceerder te zijn. Het ging hierbij om verwachtingen van cliënten die niet overeenkwamen met de geboden zorg en om cliënten die zich niet aan afspraken hadden gehouden. In één geval gaf de cliënt aan dat de apotheken de voorgeschreven medicatie niet wilden meegeven, bij navraag bleek het om medicatie te gaan die alleen in het ziekenhuis verstrekt kan worden.

CASUS: PROBLEMEN DOORVERWIJZING VERSLAVINGSZORG

Eind 2016 meldt een ongedocumenteerde cliënt zich met de wens om behandeld te worden voor een verslaving. De huisarts verwijst de cliënt naar een verslavingskliniek, maar hij komt bij Dokters van de Wereld terug en zegt dit niet te kunnen betalen. Dokters van de Wereld zoekt uit waar cliënt terecht kan en informeert hem. Verslavingszorg valt onder de basisverzekering en de cliënt valt onder de Regeling onverzekerbare vreemdelingen, waardoor er geen financiële drempel zou moeten zijn.

Na 3 maanden komt hij weer op het spreekuur van Dokters van de Wereld. Hij is om onbekende redenen nog niet onder behandeling. De medewerker belt met de verslavingszorg. De verslavingszorg stelt echter als voorwaarden dat er o.a. een goede Nederlandse taalbeheersing in woord en geschrift moet zijn, cliënt niet psychotisch mag zijn, en hij 500 Euro deposito moet hebben. Er wordt naar andere oplossingen gezocht, maar het contact met de cliënt verwatert.

Vijf maanden later komt hij terug op het spreekuur, hij wil afkicken met de methadon van een vriend. Hij wordt doorverwezen naar de huisarts.

FIGUUR 13: ZORG GEWEIGERD



5% GEEFT AAN DAT ZORG IS GEWEIGERD
(N=311)

Bron: Spreekuurdossiers januari-maart 2017

FIGUUR 14: ERVAREN DISCRIMINATIE ZORGVERLENING



7% VOELT ZICH O.B.V. ETNICITEIT GEDISCRIMEERD IN ZORG-
VERLENING; 13% VOELT ZICH O.B.V. ANDERE REDENEN
GEDISCRIMEERD IN ZORGVERLENING (N=135)

Vragenlijsten European Observatory 2016 en 2017

121 Achterstands Ondersteunings Fonds, z.d.

122 Bron: Spreekuurdossiers januari-maart 2017 (n=311). Er is sprake van onderrapportage van zorgweigeringen gesignaleerd door spreekuurmedewerkers.

Van de 17 mensen die tijdens het afnemen van de vragenlijsten aangaven zich om andere redenen dan etniciteit gediscrimineerd te voelen in de zorgverlening, vertelden er 2 zelf te moeten betalen. 5 mensen vertelden weggestuurd te zijn omdat zij geen papieren hadden. Eén iemand gaf aan dat er veel papierwerk en uitleg nodig was om zorg te krijgen.

GOOD PRACTICES: INFORMEREN VAN ZORGVERLENERS

Sommige beroepsgroepen investeren in informatievoorziening om de zorg aan ongedocumenteerde kinderen te verbeteren. Zo heeft de GGD Amsterdam voor de Jeugdgezondheidszorg up-to-date info over zorg aan ongedocumenteerde kinderen op het intranet staan.

De KNMG¹²³ en het Nederlands Instituut van Psychologen¹²⁴ geven informatie over de zorg aan ongedocumenteerden via de website.

De Johannes Wier Stichting voor gezondheidszorg en mensenrechten heeft een brochure voor zorgverleners uitgebracht, welke praktische handvatten biedt om in de zorg voor ongedocumenteerden invulling te geven aan het begrip 'Medisch noodzakelijke zorg'.¹²⁵

4.2 DILEMMA'S IN DE ZORGVERLENING

Wij zien dat zorgverleners zich regelmatig voor dilemma's geplaagd voelen. Zo zijn er gevallen waarin zorg aan een ongedocumenteerde patiënt nodig is, maar de financiering ervan niet mogelijk is, zoals in het geval van een gewenste abortus of mondzorg. Daarnaast wordt van de zorgverlener gevraagd om de effectiviteit van de behandeling af te wegen tegen de verwachte duur van het verblijf in Nederland (Zorgverzekeringswet art. 122a). Voor zorgverleners kan dit morele dilemma's opleveren, bijvoorbeeld wanneer deze afweging zou leiden tot situaties die nadelig zijn voor de gezondheid van een patiënt. Argumenten die wij hoorden van zorgverleners die afzagen van het behandelen van patiënten (hier ging het om dure behandelingen die wel in aanmerking komen voor vergoeding vanuit de Regeling), waren dat de behandeling te duur was en dat de patiënt zich in land van herkomst zou kunnen laten behandelen. Of deze behandeling daadwerkelijk beschikbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit is, is door de zorgverleners niet gecheckt. Ook in andere gevallen zien wij dat zorgverleners zich voor een dilemma geplaagd voelen indien zij het idee hebben dat mensen zich in het land van herkomst kunnen laten behandelen.

'Artsen moeten doen waar ze goed in zijn, het beoordelen van een patiënt zonder aanzien des persoons. Door de opzet van de CAK regeling wordt van artsen verwacht dat zij zowel de medische als de financiële situatie beoordelen. Dan wordt zorg veel meer een morele overweging dan een professionele. Dat staat soms haaks op elkaar. Het zou goed zijn als een arts zich alleen met de behandeling zou kunnen bezighouden.' (Adriaan, MSc Geneeskunde en coördinator spreekuren en Helpdesk)

WAT DOET DOKTERS VAN DE WERELD: DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING ZORGPROFESSIONALS

Deskundigheidsbevordering zorgprofessionals

Dokters van de Wereld en de Johannes Wier Stichting voor gezondheidszorg en mensenrechten werken samen om professionals in de zorg beter te (laten) informeren en stimuleren zodat het verlenen van zorg aan ongedocumenteerde mensen vanzelfsprekend wordt binnen de zorgsector. Zorgprofessionals bereiken we via beroepsorganisaties, evenementen en medische opleidingen, met name in de eerstelijnszorg en de geestelijke gezondheidszorg door het geven van workshops en presentaties. Ook sturen wij e-nieuwsbrieven. Hiermee worden niet alleen landelijke beroepsorganisaties bereikt maar ook regionale structuren zoals huisartsenkringen. Een aantal beroepsorganisaties heeft op verzoek van Dokters van de Wereld informatie over zorg aan ongedocumenteerden op de website geplaatst. In 2017 voerden we

123 KNMG, z.d.

124 Nederlands Instituut van Psychologen, z.d.

125 Johannes Wier Stichting voor gezondheidszorg en mensenrechten, 2017

een inventarisatie uit onder huisartsopleidingen om inzicht te krijgen in hoeverre 'zorg aan ongedocumenteerden' aan bod komt binnen het onderwijs en waar de mogelijkheden liggen om dit onderwerp op te nemen in het curriculum. Ook is er een geaccrediteerde E-learning ontwikkeld: Gezondheidszorg voor ongedocumenteerden.¹²⁶

Bemiddeling en individuele informatievoorziening

Ook informeert Dokters van de Wereld individuele zorgverleners in de rol van bemiddelaar tussen de cliënt en de reguliere zorg, bijvoorbeeld als wij een huisarts regelen voor een cliënt. Om artsen te informeren over het recht op zorg van ongedocumenteerden en op de praktische aspecten van zorgverlening aan deze groep is een folder voor eerstelijns zorgverleners ontwikkeld. De Helpdesk ondersteunt zorgverleners indien deze vragen hebben rondom zorg aan ongedocumenteerde cliënten.¹²⁷

126 Johannes Wier Stichting voor gezondheidszorg en mensenrechten, z.d

127 In 2017 staan 26 vragen van zorgverleners geregistreerd in de Helpdesk. Bron: Helpdeskregistratie 2017 (n=332).

DE CIJFERS: MET WELKE HULPVRAGEN KOMEN CLIËNTEN OP DE SPREEKUREN EN DE HELPDESK VAN DOKTERS VAN DE WERELD.

Op deze pagina's wordt weergegeven met welk soort vragen mensen komen. De cijfers zijn gebaseerd op verschillende bronnen (zie voor een beschrijving ervan pagina 40).

GRAFIEK 14: IN ACCESS-CLIËNTENDATABASE GEREgistREERDE HULPVragen SPREEKUREN EN HELPDESK 2016 + 2017 OP BASIS VAN AANTAL HULPVragen						
						
Overige somatisch	Mondzorg	Psychisch	Toegeleiding zorg	Factuur zorgkosten	Administratief probleem	Zwangerschap (27), anticonceptie (3), ongewenst zwanger(2) zwangerschapswens (2)
818	218	158	122	111	62	Totaal 34
53%	14%	10%	8%	7%	4%	2%

Bron: Access-cliëntendatabase 2016 en 2017 o.b.v. aantal hulpvragen, n=1541

GRAFIEK 15: IN ACCESS-CLIËNTENDATABASE GEREgistREERDE HULPVragen SPREEKUREN EN HELPDESK 2016 + 2017 OP BASIS VAN UNIEKE CLIËNTEN						
						
Overige somatisch	Mondzorg	Psychisch	Toegeleiding zorg	Factuur zorgkosten	Administratief probleem	Zwangerschap (22), anticonceptie (3), ongewenst zwanger(2) zwangerschapswens (2)
519	162	120	90	81	51	Totaal 29
66%	21%	15%	11%	10%	6%	4%

Bron: Access-cliëntendatabase 2016 en 2017 o.b.v. unieke cliënten, n=786 (dus bij 798 cliënten is geen hulpvraag ingevuld). Er zijn 1069 hulpvragen ingevuld. Dat 1069 lager uitvalt dan de 1541 hulpvragen o.b.v. het aantal consulten, heeft als oorzaak dat bij 1 cliënt dezelfde hulpvraag vaker ingevuld kan zijn tijdens verschillende consulten.

GRAFIEK 16: HULPVragen ACCESS-CLIËNTENDOSSIERS SPREEKUREN EN HELPDESK JANUARI-MAART 2017 ¹				
				
Medische hulpvraag (zie grafiek 17)	Wegwijs zorgstelsel ¹	Zorgtoegang probleem ²	Overige hulpvragen ³	Administratieve hulpvraag ⁴
387	82	65	41	23
65%	14%	11%	7%	4%

Bron: Analyse cliëntendossiers januari-maart 2017 (aantal cliënten = 311). Totaal hulpvragen: n=598.

1 Vragen waarbij de cliënt wel weet wat hij of zij nodig heeft maar bijvoorbeeld hulp vraagt voor het regelen van een huisarts, een status update vraagt van een behandeling, of een herhaalrecept wil.

2 Weigeren van zorgverleners (20), een cliënt zonder voldoende geld om zich in te schrijven bij een huisarts, een labonderzoek of de vijf euro bijdrage per recept bij de apotheek (45).

3 Bijvoorbeeld: wil doktersverklaring, wil financiële steun, vertelt slachtoffer mensenhandel te zijn, wil 24-uurs opvang.

4 Wanneer men met een factuur komt, wordt dit als administratieve hulpvraag gerekend. Men heeft immers al zorg ontvangen en loopt naderhand pas tegen iets aan.

GRAFIEK 17: UITSPLITSING MEDISCHE HULPVragen ACCESS-CLIËNTENDOSSIER SPREKUREN EN HELPDESK JANUARI-MAART 2017

Overig medische hulpvragen ¹	Hoofdpijn:	33	206	53%
	Rugpijn:	22		
	Stress, slaapklahten en somberheid:	25		
	Overige lichamelijke klachten:	223		
Mondzorg			65	17%
Bloeddruk/suiker meten			39	10%
Zelfzorgmiddelen			30	8%
Psychisch ²			21	5%
Zorg zwangerschap			16	4%
Infectieziekten test			8	2%
Ongewenste zwangerschap			2	1%

Bron: Analyse cliëntendossiers januari-maart 2017 (aantal cliënten = 311). Totaal medische hulpvragen: n=387.

1 Toelichting: het totaal is meer dan 206 (overige medische hulpvragen), omdat bij één consult meerdere medische hulpvragen gesteld kunnen worden.

2 Hierbij benoemt de cliënt de klachten zelf als 'psychisch'.

GRAFIEK 18: HULPVragen HELPDESKREGISTRATIE 2017

Vragen over toegang en toegeleiding tot zorg	109	33%
Somatische problemen	59	18%
Mondzorg	57	17%
Factuur zorgkosten	33	10%
Overig	15	5%
Psychische problemen	12	4%
Administratieve problemen	11	3%
Zwangerschap	11	3%
Sociaal-juridische hulpvragen	8	2%
Ongewenste zwangerschap	6	2%
Vragen m.b.t. vreemdelingendetentie	5	2%
Anticonceptie	1	0%
Totaal ¹	327	100%

Bron: Helpdeskregistratie 2017 (aantal cliënten n= 332)

1 Geëxcludeerd zijn vragen over medische zorg in het buitenland en het over (laten) komen vanuit het buitenland i.v.m. medische zorg, totaal 22 vragen. Eén cliënt kan meerdere hulpvragen hebben.

ACTIES DOOR SPREEKUR- OF HELPDESKMEDEWERKER N.A.V. HULPVragen CLIËNTEN
GRAFIEK 19: ACTIES EN DOORVERWIJZINGEN N.A.V. HULPVragen CLIËNTEN

Doorverwijzing	Naar huisarts:	143	274	42%
	Naar tandarts:	32		
	Naar medische dienst voor onverzekerden:	18		
	Naar andere steunorganisaties:	14		
	Naar polikliniek:	13		
	Overig:	54		
Meegeven zelfzorg medicatie			129	20%
Info/ advies zelfzorg			86	13%
Overige acties ¹			77	12%
Bloeddruk gemeten			41	6%
Informereren van zorgverlener ²			24	4%
Overleg over zorgkosten met CAK/ZiNL of zorgverlener			21	3%
Totaal			652	

Bron: Analyse cliëntendossiers januari-maart 2017 (aantal cliënten = 311)

1 Bijvoorbeeld contact met huisarts, polikliniek, GGZ, tandarts

2 Ook bij 'doorverwijzing naar zorgverlener' worden zorgverleners geïnformeerd.

5 AANDACHTSGEBIEDEN IN DE ZORG VOOR ONGEDOCUMENTEERDEN

In dit hoofdstuk worden gesignaleerde knelpunten in de toegang tot zorg beschreven rond verschillende specifieke zorgthema's en doelgroepen. De keuze voor deze thema's is gebaseerd op de ernst van de negatieve impact die bepaalde knelpunten hebben op de gezondheid van ongedocumenteerden. Van sommige thema's, zoals mondzorg, zien wij de knelpunten veelvuldig terugkomen op de spreekuren en Helpdesk. Bij andere thema's is het niet de frequentie die tot deze keuze heeft geleid, maar structurele barrières in het systeem waarvan wij incidenteel de ernstige gezondheidsgevolgen zien, zoals de financiële drempel voor abortus.

5.1 MONDZORG

Sinds 2006 is mondzorg voor volwassenen voor het merendeel van de behandelingen geen onderdeel meer van het basispakket van zorgverzekeringen (zie Bijlage 5). Vanuit medisch oogpunt lijkt hier weinig rechtvaardiging voor te zijn. Het grote belang van goede mondzorg voor de algehele gezondheid wordt breed onderschreven. Zo stelde de Gezondheidsraad in 2012 dat een gezond gebit en een gezonde mond van groot belang zijn voor het dagelijks functioneren en het welbevinden van mensen. "Hoewel de mond in de context van gezondheid en zorg vaak los van het lichaam wordt beschouwd, is de mond natuurlijk een integraal onderdeel ervan."¹²⁸ De beroepsorganisatie van tandartsen (KNMT¹²⁹) zegt in haar gedragsregels dat tandartsen en andere hulpverleners de tandheelkundige volksgezondheid dienen te bevorderen en daarmee bijdragen aan de doelstelling van de gezondheidszorg als geheel.¹³⁰



ILLUSTRATIE 3; EEN GROOT KNELPUNT IS DE TOEGANG TOT MONDZORG

128 Gezondheidsraad, 2012

129 Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde

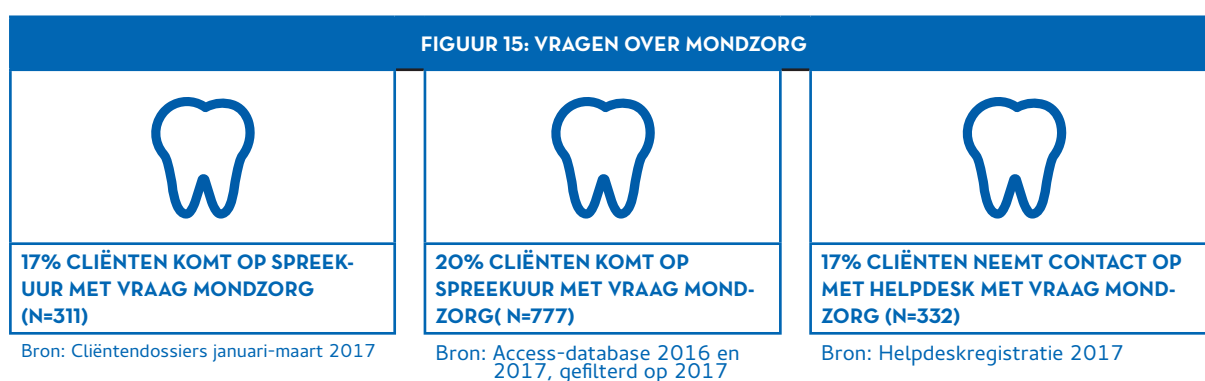
130 KNMT, 2000, artikel 1.01

CASUS: MONDZORG

Op het spreekuur komt een oudere, kwetsbaar ogende cliënte. Zij vertelt veel meegemaakt te hebben in haar land van herkomst. De laatste maanden sliep zij bij kennissen, maar is nu dakloos. Zij heeft continue pijn in haar onderkaak. Zij heeft nog maar 5 tanden boven en 2 tanden beneden, alle bedekt met tandsteen. Hierdoor eet zij zeer moeizaam. Omdat zij lijdt aan diabetes type 1, is een gezond en regelmatig eetpatroon van groot belang. Door de gebitsproblemen heeft zij regelmatig een te laag bloedsuikergehalte. Onlangs is zij mishandeld en op haar gezicht geslagen, waardoor enkele tanden ook nog los zitten en pijn veroorzaken. Zij is ongedocumenteerd en kan zich dus niet (aanvullend) verzekeren. Een behandeling kan zij niet betalen.

In 2017 ging 17% van de consulten van Dokters van de Wereld over de toegang tot mondzorg.¹³¹ Klachten liepen uiteen van enkelvoudige pijnklachten tot geheel verwaarloosde gebitten en problemen met de kauwfunctie van het gebit. Patiënten gaven aan dat mondproblemen tot zowel lichamelijke als psychosociale klachten leidden. Zij konden niet slapen van de pijn of konden niet goed eten door bloedingen en losse tanden. Sommigen hadden sociale problemen als gevolg van mondklachten, bijvoorbeeld door het missen van een voortand. Tandartsen die regelmatig ongedocumenteerde cliënten van Dokters van de Wereld behandelden, constateerden dat vaak sprake was van verwaarloosde gebitten en een slechte mondgezondheid. Een aantal tandartsen gaf aan dat zij extreme situaties zagen die zij bij reguliere patiënten in Nederland niet meer tegenkwamen. Zij wezen op het belang van preventieve zorg als de basis van een tandheelkundige behandeling. Tegelijk waren zij van mening dat vanwege een andere culturele achtergrond, waarin de meesten niet vanzelfsprekend in aanraking zijn geweest met preventieve zorg, en de 'cultuur van overleven' van veel ongedocumenteerden, mondhygiëne bij deze patiëntengroep geen prioriteit heeft.¹³²

Sinds 2009 zijn in negen steden kleinschalige netwerken ontstaan waar ongedocumenteerde mensen bij ernstige klachten toegang kunnen krijgen tot (acute) mondzorg. Deze particuliere mondzorginitiatieven bieden echter alleen lokaal hulp en zijn sterk afhankelijk van duurzame financiering, gemeentelijke ondersteuning en vrijwillige inzet van zowel tandartsen als van niet-medische vrijwilligers.¹³³



WAT DOET DOKTERS VAN DE WERELD: WERKEN AAN VERBETERING TOEGANG TOT MONDZORG

Tijdens de spreekuren van Dokters van de Wereld wordt aandacht besteed aan preventie door het uitreiken van tandpasta en tandenborstels en het geven van poetsinstructies. Indien mogelijk worden mensen naar lokale mondzorginitiatieven doorverwezen, ook via de Helpdesk. Ook kan op aanvraag een groepsvoorlichting gegeven worden over mondzorg.

In 2013 heeft Dokters van de Wereld *Friendly Networks* van tandartsen opgezet in Den Haag en Amsterdam.

¹³¹ Zie figuur 15

¹³² Dokters van de Wereld, 2017a

¹³³ Dokters van de Wereld, 2017b

Tandartsen in beide steden sloten zich aan om (deels) vrijwillig zorg te verlenen met als doel mondzorg toegankelijker te maken. De snel toenemende wachtlijsten bevestigden het vermoeden dat er een grote behoefte bestond aan mondzorgbehandelingen bij ongedocumenteerden.

Inmiddels is de coördinatie van beide *Friendly Networks* overgedragen aan andere organisaties. In 2016 startte Dokters van de Wereld, in samenwerking met het ACTA (opleidingsinstituut voor tandartsen) en het Academisch Medisch Centrum, een uitgebreid onderzoek naar de juridische en praktische stand van zaken rond de toegang tot mondzorg voor ongedocumenteerden, waaronder een evaluatie van het *Friendly Network* in Amsterdam.¹³⁴ In 2017 werd in kaart gebracht welke particuliere initiatieven bestaan om de toegang tot mondzorg voor ongedocumenteerde migranten te verbeteren en welke barrières zij ondervinden.¹³⁵

In 2018 zal Dokters van de Wereld starten met het tweejarige project *Kiezen voor Elkaar*. Met dit project werken we aan een structurele verbetering van de toegankelijkheid van mondzorg voor iedereen en willen we ondertussen kwetsbare mensen met gebitsproblemen behandelen. Daarnaast wordt gewerkt aan de ontwikkeling van een landelijke onderzoeksagenda gericht op een betere mondgezondheid voor kwetsbare mensen.

5.2 GEESTELIJKE GEZONDHEID EN ZORG

Ongedocumenteerden hebben een relatief grote kans op psychische problematiek als gevolg van slechte leef- en werkomstandigheden, het ontbreken van een veilig sociaal netwerk, ongezonde leefstijlfactoren en traumatische ervaringen in het land van herkomst. Bovendien is sprake van toegangsproblemen in de geestelijke gezondheidszorg. Wanneer wel zorg wordt verleend, blijkt dat culturele invloeden, sociale taboes, wantrouwen van zorgverleners door de patiënt of het gebruik van niet-beëdigde tolken de behandeling negatief beïnvloeden.¹³⁶

In een onderzoek naar zorgzoekend gedrag van onder andere cliënten van Dokters van de Wereld gaven huisartsen aan veel psychosomatische klachten te herkennen bij ongedocumenteerden, meer dan onder andere patiënten. Zij schreven dit toe aan hun voorgeschiedenis, hun huidige leefsituatie en het onzekere toekomstperspectief. Zij vonden het moeilijker om deze klachten bij ongedocumenteerden te diagnosticeren en te behandelen. Ook gaven zij aan dat ongedocumenteerde patiënten de praktijk vaak pas bezoeken als de klachten reeds verder gevorderd zijn.¹³⁷

Spreekuurmedewerkers van Dokters van de Wereld brengen veelvuldig de psychische nood ter sprake waarin veel cliënten verkeren. Psychische en psychiatrische problematiek komen veel voor en een adequate behandeling hiervoor is complex. Mensen hebben vaak veel meegemaakt en leven in een situatie die een negatieve impact heeft op de geestelijke gezondheid.

In oktober 2016 inventariseerden wij globaal hoeveel cliënten van Dokters van de Wereld die verbleven in een bed-bad-broodvoorziening of een vluchtlocatie psychische en psychiatrische klachten hadden.¹³⁸ Van 159 cliënten die in de Access-database gevonden konden worden, was bij 37 mensen (23%) sprake van psychiatrie. 13 mensen waren onder behandeling bij een psychiatrische instelling, waarvan het merendeel voor een post-traumatische stress stoornis, en 24 mensen hadden (een voorgeschiedenis met) ernstige psychiatrische klachten maar waren niet onder behandeling bij een instelling.

'Veel van de mensen die ik spreek tijdens mijn consulten hebben, naast lichamelijke klachten, veel psychiatrische problemen. Eerlijk gezegd schrik ik hier altijd van. Zo spreek ik Somalische vrouwen die seksueel en fysiek geweld hebben meegemaakt en hierdoor lijden aan een post-traumatische stress

¹³⁴ Dokters van de Wereld, 2017a

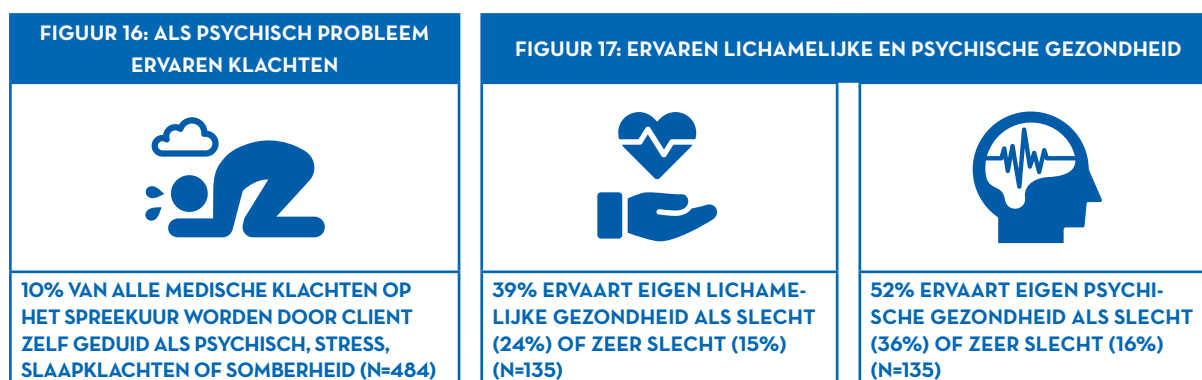
¹³⁵ Dokters van de Wereld, 2017b

¹³⁶ Dokters van de Wereld, 2016

¹³⁷ Watjer, Van Rosmalen, en Janmaat, 2016. Dit wordt bevestigd in Teunissen, 2016

¹³⁸ Hier is sprake van aanzienlijke onderrapportage, vanwege consulten die in de begintijd (2012) veel op straat, in een gang, op de rand van een bed werden gevoerd. Na ingebruikname van de Zorgbus (begin 2016) is de registratie verbeterd.

stoornis. Of een Eritrese man die lijdt aan een psychotische stoornis waardoor hij een gevaar vormt voor zichzelf, zijn omgeving en de samenleving. Een Soedanese man uit een van de Vluchtgroepen heeft vorig jaar zelfmoord gepleegd. We zien duidelijk dat heel de dag op straat leven ongunstig uitpakt voor de psychische gezondheid.' (Koen, arts en vrijwilliger Zorgbus, inspreektekst Raadsvergadering Gemeente Amsterdam 23 maart 2017)



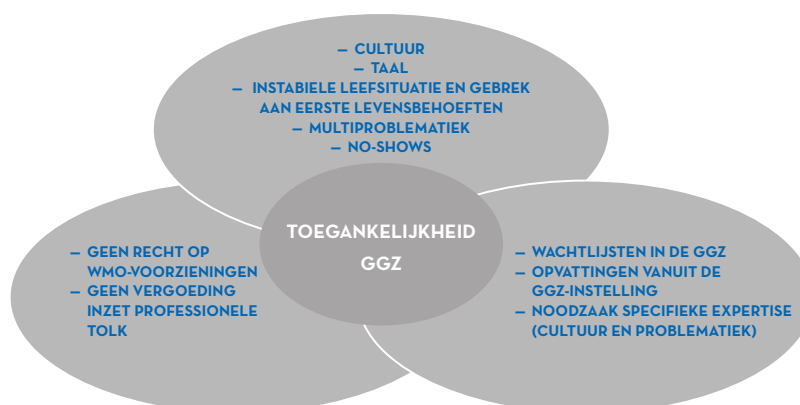
Bron: Cliëntendossiers januari-maart 2017 (n=311 cliënten en 484 medische hulpvragen)

Bron: Vragenlijsten European Observatory 2016 en 2017

Toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg

De financiële toegang tot GGZ is gelijk aan die van verzekerde mensen in Nederland (zie Bijlage 5). Toch signaleren wij een aantal knelpunten. Hoewel sommige knelpunten niet specifiek gelden voor de groep ongedocumenteerden, zien we bij deze groep een opeenstapeling van problemen op verschillende niveaus die de toegangsproblemen uitvergroten. Uit de interviews en voor voorliggende rapport onderzochte casuïstiek worden een aantal problemen geconstateerd bij de toegang tot GGZ. Allerhande en elkaar beïnvloedende factoren spelen hierbij een rol.

FIGUUR 18: FACTOREN TOEGANKELIJKHEID GGZ



1. Taal

Een taalbarrière speelt zowel een rol bij herkenning en diagnostiek van psychische en psychiatrische problematiek als bij de behandeling. De inzet van professionele tolken is een grote kostenpost voor GGZ-instellingen. Soms stelt een instelling de voorwaarde dat iemand Nederlands spreekt of zelf een tolk meeneemt.

'Taalbarrières spelen toch ook wel mee: hoe leg je in een andere taal uit dat je somber bent of dat je stemmen hoort?' (Arts, vrijwilliger Zorgbus)

2. Cultuur

Expertise van doorverwijzer en behandelaar met specifieke doelgroep is noodzakelijk.

Vaak lijkt er sprake te zijn van somatisering (de uiting van psychische problemen in lichamelijke klachten) van psychische klachten.

'Ik denk dat de meeste mensen niet erkennen dat psychische klachten een probleem zijn. Bovendien worden dat soort klachten vaak omgezet als lichamelijke klachten. Maar als je dan een beetje praat over de situatie dan kom je er toch achter dat er vaak andere problemen zijn. Vaak kun je ze dan toch doorsturen naar de huisarts. Door met ze te praten komt zo'n persoon vaak ook al verder.' (Public health arts, spreekuur- en outreachvrijwilliger)

Ook cultureel bepaalde taboes op psychische problematiek spelen een rol.

'We zien vaak dat mensen op de spreekuren praten over problemen, maar als wij dan door willen verwijzen naar de huisarts, zeggen ze: "ik ben niet gek". Ook dit is cultureel bepaald, mijn ervaring is dat schaamte en stigma bij bepaalde bevolkingsgroepen een veel grotere rol spelen dan bij anderen.' (Annette, verloskundige, spreekuurmedewerker Dokters van de Wereld)

3. Wachtlijsten in de GGZ

In algemene GGZ-instellingen zijn de wachtlijsten lang. Ook in GGZ-instellingen die zijn gespecialiseerd in transculturele psychiatrie en de specifieke problematiek van vluchtelingen, asielzoekers en ongedocumenteerden is sprake van overbelasting, wat leidt tot lange wachtlijsten.

'We zien mensen met ernstige posttraumatische stressklachten die zo snel mogelijk bij de specialistische GGZ in behandeling zouden moeten komen. De laatste tijd [najaar 2017] zien we echter de wachtlijsten hiervoor oplopen van weken naar maanden. Er is een groeiende behoefte aan deze zorg. Ik kan zo een tiental cliënten noemen. Op de PSO spreekuren ondersteunen wij mensen met het overbruggen van deze lange wachtperiode.' (Adriaan, MSc Geneeskunde en coördinator spreekuren en Helpdesk)

4. Instabiele leefsituatie en gebrek aan eerste levensbehoeften

Mensen vragen geen hulp voor psychische problemen omdat zij weten dat het samenhangt met hun leefsituatie.

'Het is een uitzichtloze situatie, er is ook niet echt hoop op verandering dus beginnen ze er meestal niet over.' (Arts, vrijwilliger Zorgbus)

Veel klachten komen voort uit de instabiele leefsituatie en andere omstandigheden die samenhangen met de ongedocumenteerde status.

'Het is zo dat als je geen goede maatschappelijke basis hebt, je al snel stressklachten, angstklachten en stemmingsklachten krijgt. Dat heeft iedereen als je geen huis hebt, dus heel veel psychische klachten komen door maatschappelijke problematiek. Daarvan zegt de GGZ: "ja, dat kunnen we niet behandelen, dan moet je eerst zorgen dat iemand een goede leefsituatie krijgt en dan kijken of er nog psychische klachten overblijven"'. (Arts, vrijwilliger Zorgbus)

Indien wel een behandeling wordt ingezet, maakt diezelfde leefsituatie het moeilijk om de behandeling te continueren en het beoogde behandeldoel te behalen.

"De mensen zijn opgeknapt van hun jaar 24-uursopvang. Behandeldoelen werden behaald, hun gezondheid verbeterde. Dagstructuur, begeleiding bij medicatie-inname, psychosociale steun, leefgeld; allemaal belangrijke voorwaarden om een medische behandeling te doen slagen. Depressies, obsessief-compulsieve stoornis, Post Traumatische Stress, verslavingen. Alle verbeterden in het

afgelopen jaar. Maar zonder stabiele woonomgeving is behandeling niet mogelijk. De brieven van de behandelaars zijn daar heel helder over. Met deze mensen worden risico's genomen die vanuit een medisch oogpunt volstrekt onacceptabel zijn.” (Gerd, arts, specialist ouderengeneeskunde, en vrijwilliger bij Dokters van de Wereld insprektekst Raadsvergadering Gemeente Amsterdam 29 oktober 2016)

KADER 15: 24-UURS ONDERDAK VOOR ONGEDOCUMENTEERDEN DIE PSYCHISCHE ZORG NODIG HEBBEN (ACVZ, OMBUDSMAN EN CRM)

Uit het rapport Medische zorg aan ongedocumenteerden: aanbevelingen

De ACVZ, de Ombudsman en de CRM stellen dat voor (voortzetting van de) behandeling van psychische problemen het van essentieel belang is dat de leefomgeving stabiel is en doen de aanbeveling 24-uursopvang te bieden aan mensen die psychische zorg nodig hebben.¹³⁹

Kabinetsreactie

De kabinetsreactie¹⁴⁰ luidde dat als iemand ernstige psychische of somatische problemen heeft, op grond van artikel 64 opvang geboden kan worden, er gekeken wordt of behandeling in het land van herkomst beschikbaar is en of iemand zo nodig aan een zorginstelling in het land van herkomst overgedragen worden.¹⁴¹

5. Geen recht op WMO-voorzieningen. Hierdoor is maatschappelijke zorg en begeleiding van cliënten met een psychische of psychiatrische stoornis, ter ondersteuning van de zelfredzaamheid en het voorkomen van een terugval moeilijk te organiseren. Voorbeelden hiervan zijn dagbesteding, weekstructurering, GGZ-inloop en Beschermd Wonen.

CASUS: PASSENDE BEGELEIDING BIJ CLIËNT NIET MOGELIJK DOOR ONTOEGANKELIJKHEID WMO-ZORG

Een cliënt met PTSS werd behandeld in de GGZ. De behandeling sloeg niet goed aan, en de GGZ-instelling adviseerde maatschappelijke begeleiding en het bieden van dagstructuur. Dit valt echter onder de Wmo en bleek niet toegankelijk voor deze cliënt.

6. Multiproblematiek zoals verslaving naast PTSS, persoonlijkheidsstoornissen en sociale problematiek. Hierdoor is het moeilijk te bepalen waar iemand het beste geholpen kan worden, met als gevolg een langdurig traject voor iemand een passende behandeling krijgt.
7. Opvattingen vanuit de GGZ-instelling. De toegankelijkheid van de GGZ hangt in sterke mate af van persoonlijke contacten en afspraken tussen de verwijzer en de GGZ-instelling. De aanstelling van een nieuwe manager bijvoorbeeld die geen prioriteit geeft aan zorg aan ongedocumenteerde mensen, heeft direct gevolgen voor de doorverwijzing van deze mensen.

GOOD PRACTICES: KORTE LIJNEN TUSSEN VERWIJZER EN GGZ-INSTELLING

In Den Haag en Amsterdam is er nu een goede verwijsmogelijkheid naar bepaalde GGZ-instellingen, waarbij het investeren in het onderhouden van korte lijnen van belang is.

Ook diverse andere steunorganisaties hebben zelf een samenwerking ontwikkeld met de GGZ, waardoor GGZ-instellingen meer bereid zijn om hulp te verlenen aan ongedocumenteerde mensen.¹⁴²

8. No-shows: het aantal no-shows is over het algemeen hoog in de GGZ. Ook hier zien wij bij ongedocumenteerden een opeenstapeling van factoren die daaraan bijdragen zoals een gebrek aan transportkosten, mensen durven vaak ook niet te fietsen in een grote stad, culturele verschillen in

¹³⁹ Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken, De Nationale ombudsman, & College voor de Rechten van de Mens, 2015

¹⁴⁰ Ministerie van VWS, 2016a

¹⁴¹ De ombudsman heeft zich in 2015 kritisch uitgelaten over de praktijk rond medische advisering in dergelijke gevallen (de Nationale ombudsman, 2015). Ook in de praktijk zien we dat artikel 64 in veel schrijnende gevallen geen uitkomst biedt.

¹⁴² Zie de jaarverslagen over 2016 van OMZO, 2017; STIL. 2017; Vluchtelingen in de Knel, 2017

de mate van assertiviteit en het omgaan met afspraken, gebrek aan oriëntatie op datum en tijdstip, ook door de instabiele leefsituatie, moeilijk te vinden exacte locatie (grote GGZ-instellingen hebben vaak meerdere locaties), en als mensen niet geheel de zin van een afspraak inzien -wat typerend kan zijn voor de geestelijke gezondheidszorg- zijn ze minder geneigd om te komen.

CASUS: GEBREK AAN CONTINUÏTEIT VAN PSYCHIATRISCHE ZORG

In 2012 komt Sarah voor het eerst in beeld bij Dokters van de Wereld. Zij had jaren gewoond in diverse asielzoekerscentra door het land. Gedurende die tijd leed zij aan ernstige psychiatrische problemen waarvoor zij maandenlang werd opgenomen in een psychiatrische instelling. Nu is zij uitgeprocedeerd. Haar advocaat neemt contact met ons op. Zij heeft in haar huidige woonplaats een behandelaar nodig die haar medicatie voor kan schrijven. Wij verwijzen haar door naar een GGZ-instelling waar zij een maand later terecht kan.

In de herfst van 2013 meldt Sarah zich weer op het spreekuur. Zij heeft zes maanden lang in vreemdelingendetentie gezeten. Het is niet gelukt haar uit te zetten en zij werd weer op straat gezet. Nu is haar medicatie bijna op. In vreemdelingendetentie ging het niet goed met haar. Ze werd overgeplaatst naar een Penitentiaal Psychiatrisch Centrum, waar de psychiater constateerde dat zij lijdt aan, een ernstige chronische psychiatrische stoornis, en dat zij problemen heeft met woonomstandigheden en sociale contacten. De medicatie zal levenslang voortgezet moeten worden, en Sarah zou baat hebben bij gesprekken voor meer ziekte-inzicht. In de setting van vreemdelingendetentie en de spanning die dit met zich mee brengt, stelt de psychiater vast dat dit laatste niet lukt.

In 2014 wordt Sarah doorverwezen naar een gespecialiseerde GGZ instelling, maar daar is zij niet op de afspraken verschenen. Eind 2015 wordt Dokters van de Wereld om ondersteuning gevraagd. Zij verblijft in een opvanghuis. Haar medicatie is opgebraakt, maar de huisarts van de opvangorganisatie heeft geen medische gegevens.

Halverwege 2016 wordt Dokters van de Wereld gebeld door een steunorganisatie. Sarah zit nu 9 maanden in de gemeentelijke 24-uurs opvang, maar omdat mensen maximaal een jaar in de 24-uursopvang mogen blijven, wordt gezocht naar een nieuwe oplossing. Er is niemand die de medische zorg coördineert. Herhaalrecepten worden geschreven zonder consult en haar diagnose blijkt niet bekend te zijn bij de arts die de recepten uitschrijft.

De opeenstapeling van barrières aan de kant van de zorgverleners, het zorgsysteem en de kwetsbaarheid van de cliënt leidt tot herhaaldelijke problemen in de toegang tot en continuïteit van een adequate GGZ-behandeling.

GOOD PRACTICE: HANDREIKING ETHISCHE DILEMMA'S IN DE GGZ VOOR ASIELZOEKERS

GGZ- professionals ervaren regelmatig dilemma's bij de zorg voor asielzoekers. Bijvoorbeeld rond continuïteit van de zorg in het licht van de onzekerheid over de verblijfsduur in Nederland, het delen van medische informatie in een juridische context, bijvoorbeeld met de advocaat en het Bureau Medische Advisering, en het al dan niet mee laten wegen van de leefomstandigheden in diagnostiek. Veel van deze dilemma's spelen ook bij GGZ aan ongedocumenteerden. De handreiking beschrijft ethische dilemma's en biedt handvatten aan professionals bij afwegingen, reflectie en besluiten in geval van deze dilemma's.¹⁴³

GOOD PRACTICE: INTERCULTURALISATIE VAN DE GGZ

Het Nederlands Instituut voor Psychologen heeft een sectie 'Interculturalisatie'. Het reikt handvatten aan waarmee de psycholoog in een bredere context kan werken en professioneel omgaat met etnische en culturele diversiteit. Ook wil de sectie bijdragen aan het vergroten van de culturele sensitiviteit en sociale verantwoordelijkheid onder psychologen.¹⁴⁴

WAT DOET DOKTERS VAN DE WERELD: SIGNALEREN PSYCHISCHE PROBLEMATIEK, DOORVERWIJZEN, PSYCHOSOCIALE ONDERSTEUNING

Tijdens de spreekuren en Helpdesk verwijzen we mensen in geval van psychische problemen door naar de huisarts of GGZ-instellingen of informeren hen over de mogelijkheden. Bij de bed-bad-broodvoorzieningen en Vluchtlocaties wordt tijdens de wekelijkse bezoeken een vinger aan de pols gehouden bij mensen die bekend zijn met psychische problemen.

143 Kramer et al., 2015

144 Nederlands Instituut van Psychologen, z.d.

Om psychische problematiek onder onze doelgroep beter in kaart te brengen is in 2016 gestart met het afnemen van Self-Reporting vragenlijsten. Dit is een gevalideerd screenings-instrument voor het herkennen van psychiatrische klachten.

In 2017 is het project 'Psychosociale ondersteuning' (PSO) gestart aangezien er tijdens de gewone spreekuren een grote behoefte werd gesignaleerd aan meer ondersteuning bij psychische klachten. Deze spreekuren bieden begeleiding aan mensen die niet voor een behandeling in aanmerking komen, maar wel lijden aan ernstige psychische problemen en aan mensen die lang op een behandeling moeten wachten. Daarnaast bestaat de mogelijkheid tot individuele screening van klachten en eventuele doorverwijzing naar de reguliere GGZ. De PSO-sprekuren worden uitgevoerd door medisch vrijwilligers met een achtergrond in de psychologie of psychiatrie.

5.3 ZORG VOOR VROUWEN

Ongeveer een derde van de mensen die hulp vragen aan Dokters van de Wereld, is vrouw. Zorgen bestaan rond een aantal thema's welke specifiek voor vrouwen gelden of welke in het algemeen een grotere impact hebben op vrouwen.¹⁴⁵ Deze thema's worden hieronder besproken.

Verloskundige zorg

Zwangerschapszorg komt voor volledige vergoeding in aanmerking. Hierdoor zijn financiële barrières in de verloskundige zorg weggenomen. Bovendien blijkt uit casuïstiek van Dokters van de Wereld dat verloskundigen over het algemeen goed op de hoogte zijn van de regeling.

'Ik sprak met een verloskundige en een kraamverzorgende in een wijk waar veel ongedocumenteerden wonen. Zij gaven aan dat – door de huidige regelingen voor zorg rondom zwangerschap en bevalling – veel in de zwangerschap goed geregeld is. De meeste ongedocumenteerden krijgen informatie uit het sociale netwerk en komen vroeg in zorg. De verloskundige ziet wel vrouwen die zeer laat in de zwangerschap over komen uit Afrikaanse landen. Omdat zij vaak al veel zwangerschapscomplicaties hebben is het best een regel om alles goed te laten verlopen.' (Marthe, arts en vrijwilliger Dokters van de Wereld)

Toch zijn er signalen die wijzen op toegangsproblemen in de verloskundige zorg. Zo'n tien jaar geleden, de Regeling onverzekerbare vreemdelingen was er toen nog niet, constateerde Schoevers¹⁴⁶ dat veel zwangere vrouwen te laat in zorg kwamen. Begin 2016 deed de GGD Haaglanden een inventarisatie bij vier verloskundigenpraktijken die samen jaarlijks zo'n 95 zwangere onverzekerden zien, waaronder ongedocumenteerde vrouwen. Ook deze onverzekerde zwangeren kwamen over het algemeen pas laat in de zorg (na 14 á 15 weken), sommigen zelfs pas bij 35 weken. Ook kwamen ze, om hoge kosten te vermijden, onregelmatig naar de consulten. Vaak speelden er psychosociale, financiële en huisvestingsproblemen. Vanwege een laag opleidingsniveau en een taalbarrière waren deze vrouwen niet goed geïnformeerd over zwangerschap en gezondheid.¹⁴⁷

Anticonceptie

In Nederland wordt de financiële toegankelijkheid tot anticonceptie beperkt door de vergoedingsgrens tot 21 jaar. Het weinige onderzoek dat specifiek op dit onderwerp in gaat, laat zien dat 62% van de ongedocumenteerde vrouwen (18-44 jaar) geen anticonceptie gebruikte, waarvan 29% aangaf dit wel te willen.¹⁴⁸ Ander onderzoek liet zien dat 8,9% van de ongedocumenteerde vrouwen tussen de 20 en 39 jaar een vorm van anticonceptie gebruikte (voor zover bekend bij de huisarts), terwijl

145 Een aantal van deze knelpunten betreft ook mannen, denk aan anticonceptie en opvang bij huiselijk geweld, waar ook mannen het slachtoffer van kunnen zijn. Mannen vallen bijvoorbeeld ook onder de doelgroep voor het bevolkingsonderzoek naar darmkanker.

146 Schoevers, 2011. In 2007 en 2008 interviewde Schoevers honderd ongedocumenteerde vrouwen, ook vrouwen uit de 'onzichtbare' groep, die nog in geen enkel zorg- of hulpverleningscircuit zaten. Bij de interpretatie van de gegevens is het van belang dat in 2009, dus nadat de interviews zijn afgenomen, de Regeling onverzekerbare vreemdelingen in werking is getreden.

147 Karamali, Bindraban, & Van der Meer, 2016

148 Schoevers, 2011

dit percentage voor Nederlandse vrouwen tussen de 18 en 49 jaar 41% was.¹⁴⁹ Gebrek aan goede informatie en geldgebrek waren de meest genoemde redenen hiervoor.¹⁵⁰

'Er ligt duidelijk een niche op het gebied van toegang tot anticonceptie en informatie daarover. De vragenlijsten tot nu toe laten zien dat vrouwen wel anticonceptie willen maar niet goed geïnformeerd zijn. Ook therapietrouw is een uitdaging. Als je zwangere ongedocumenteerde vrouwen er expliciet naar vraagt, was misschien wel 80% liever niet zwanger geweest. Ik vraag altijd 'En, ben je er blij mee?' Vaak krijg ik dan een ontkennend antwoord.' (Annette, verloskundige, spreekuurmedewerker Dokters van de Wereld)

Vrouwen komen tijdens de spreekuren niet snel uit zichzelf met vragen over anticonceptie. Omdat spreekuurmedewerkers van Dokters van de Wereld vermoedden dat hier wel behoefte aan is, werd eind 2017 gestart met een inventarisatie van de behoefte aan (informatie over) anticonceptie.

'[Een] verloskundige en kraamverzorgende vertelden dat er een enorme behoefte is aan voorlichting over en financiële ondersteuning van anticonceptie. Naast de financiële barrière spelen ook cultureel sensitieve barrières, 'anticonceptie is eng'. En daarom zijn ze ook zo blij met het anticonceptie-sprekuur dat Dokters van de Wereld aan het opzetten is.' (Marthe, arts en vrijwilliger Dokters van de Wereld)

Door de financiële barrière wordt ook de keuzevrijheid en daarmee de effectiviteit van anticonceptie beperkt. Orale anticonceptie is veelal goedkoop, terwijl de voorkeur uit kan gaan naar andere middelen omdat deze beter aansluiten bij de persoonlijke situatie van de vrouw.

'Bij een vrouw moest het spiraaltje eruit maar zij had geen geld voor een nieuwe. Logistiek was daar toen nog niets voor geregeld.' (Nienke, arts en Zorgbusvrijwilliger)

GOOD PRACTICE: NU NIET ZWANGER

In 2014 is in Tilburg het Nu Niet Zwanger-programma ontwikkeld. Vanaf 2018 wordt het programma in drie jaar tijd landelijk geïmplementeerd. Het doel van Nu Niet Zwanger is: voorkomen dat kwetsbare ouders – in deze fase van hun leven – zwanger worden. Bijvoorbeeld bij ernstige psychiatrische problematiek, verstandelijke beperking, verslaving, dakloosheid, schulden, loverboyproblematiek of illegaliteit. Nu Niet Zwanger zet in op intensieve begeleiding met een proactieve, persoonlijke benadering. Het programma is succesvol: ruim 80% van de deelnemers gaat vrijwillig over op anticonceptie.¹⁵¹

Abortus

In Nederland wordt abortuszorg zonder medische indicatie vergoed vanuit de 'Subsidieregeling abortusklinieken', indien de vrouw verzekerd is overeenkomstig de Wet langdurige zorg.¹⁵² Zie meer hierover in [bijlage 5](#). Aangezien abortuszorg vanuit een subsidieregeling wordt vergoed en niet vanuit de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg, valt het niet onder de Regeling onverzekerbare vreemdelingen.

Nederlands onderzoek wijst uit dat het aantal ongewenste zwangerschappen onder ongedocumenteerde vrouwen hoger is dan onder Nederlandse vrouwen. In 2007 en 2008, een periode waarin de vergoeding van abortuszorg nog wel geregeld kon worden, interviewde Schoevers ongedocumenteerde vrouwen en stelde vast dat zij vaker een abortus ondergingen dan Nederlandse vrouwen. Zij berekende een abortusratio van 64.9/1000 onder ongedocumenteerde vrouwen tegenover 8.6/1000 onder Nederlandse vrouwen.¹⁵³ Ander onderzoek uit 2009 liet zien dat van 475 vrouwelijke ongedocumen-

149 Wolswinkel, 2009

150 Schoevers, 2011

151 GGD Hart voor Brabant, 2017; GGD-GHOR, z.d.

152 Ministerie van VWS, 2014; Zie ook Tweede Kamer, vergaderjaar 2014–2015, 29 214, nr. 70

153 Schoevers, 2011, p. 79

teerde patiënten 2,7% met een hulpvraag bij ongewenste zwangerschap bij de huisarts kwam, en dat 29% van het totaal aantal zwangerschappen ongewenst was.¹⁵⁴ Bij Nederlandse vrouwen was in 2011 9,6% van het totale aantal zwangerschappen waarvoor de huisarts geconsulteerd werd, ongewenst.¹⁵⁵

Het huidige aantal hulpvragen aan Dokters van de Wereld in verband met een ongewenste zwangerschap is laag. Wij vermoeden dat dit voortkomt uit gebrek aan informatie, angst om hulp te zoeken en het ontbreken van een goed vangnet en hulpaanbod in geval van ongewenste zwangerschap. Daarnaast willen vrouwen niet altijd een abortus als de zwangerschap ongewenst is.

'Ik zie ook vrouwen die zwanger zijn en dat eigenlijk liever niet zouden hebben gehad, maar die het kind ook niet willen laten weghalen. Zij gaan dus wel het moederschap aan, maar als zij betere toegang tot anticonceptie hadden gehad, was dat kind er niet gekomen. Op het spreekuur bijvoorbeeld zag ik een vrouw die vijf maanden zwanger was. Zij zou worden uitgezet uit Nederland, terwijl de vader van het kind hier woonde. Een heel onwenselijke situatie. Dit had ze denk ik liever niet gehad.' (Nienke, arts en Zorgbusvrijwilliger)

FIGUUR 19: ZWANGERE EN ONGEWENST ZWANGERE CLIËNTEN	
	15% ZWANGER, WAARVAN 1 VROUW ONGEWENST (N=34) ¹
	3% IS ZWANGER (11 VROUWEN), 2% (6 VROUWEN) IS ONGEWENST ZWANGER EN BELT HELPDESK MET VRAAG OVER ABORTUS (N=332) ²
	3% IS ZWANGER (22 VROUWEN), 0,3% (2 VROUWEN) IS ONGEWENST ZWANGER EN KOMT OP SPREEKUR MET VRAAG OVER ABORTUS (N=777) ³

Bron: 1 Vragenlijsten European Observatory 2016 en 2017, 34 van de 135 respondenten waren vrouw.

2 Helpdeskregistratie 2017, geen sexe geregistreerd.

3 Access-database 2016 en 2017, gefilterd op 2017 omdat voor 2017 geen systematische registratie van hulpvragen plaatsvond.

Hier kon niet gefilterd worden op sexe.

De vrouwen die zich tot Dokters van de Wereld wendden voor hulp bij een ongewenste zwangerschap verkeerden in een schrijnende situatie. Abortuszorg bleek voor deze vrouwen financieel niet toegankelijk te zijn. De kosten die een behandeling in een abortuskliniek met zich meebrengt liggen veelal tussen de 370-520 Euro. Voor zwangerschapsafbreking in het tweede trimester van de zwangerschap liggen de kosten nog hoger. Voor een medicamenteuze behandeling brengen klinieken dezelfde kosten in rekening als voor een andere vorm van abortus provocatus. Daarnaast schrijven zij de abortuspil niet voor aan vrouwen die de Nederlandse taal niet machtig zijn.¹⁵⁶ Steunorganisaties springen in een aantal gevallen bij en betalen de kosten voor de abortus.

CASUS: ABORTUSZORG NAUWELIJKS TOEGANKELIJK

In de zomer van 2016 klopt een Zuid-Amerikaanse ongedocumenteerde vrouw aan bij Dokters van de Wereld. Zij heeft geen vast adres en slaapt bij een vriendin op de bank. Zij is zwanger. Enkele weken later belt zij erg verdrietig op. Op de echo is een ernstige afwijking geconstateerd waardoor het kindje hoogstwaarschijnlijk zal komen te overlijden. Na een gesprek met de arts besluit ze de zwangerschap voortijdig af te breken. In het ziekenhuis kost een abortus door middel van zuigcurettage 1000 Euro, wordt haar verteld. De abortuskliniek vraagt een voor haar onbetaalbaar bedrag van 600 Euro. Ze is ten einde raad. Uiteindelijk wordt door middel van medicatie een abortus opgewekt, die gepaard gaat met hevige pijn en veel en langdurig bloedverlies. Zij ondergaat dit bij de vriendin. Alleen 's nachts kan zij op de bank liggen, overdag loopt zij met haar krampen en bloedverlies op straat. Later vertelt zij dat abortus een van de moeilijkste dingen

154 Wolswinkel, 2009

155 FIOM, z.d.

156 Informatie via telefonisch contacten abortuskliniek maart 2016 bij poging abortus te regelen, en twee abortusklinieken oktober 2016.

is als je ongedocumenteerd bent. “Als je zwanger bent, en de zwangerschap is door de omstandigheden niet gewenst, kun je als ongedocumenteerde vrouw geen kant op”.

Bevolkingsonderzoeken

Door middel van bevolkingsonderzoeken worden veel voorkomende gezondheidsproblemen opgespoord zodat deze zo vroeg mogelijk behandeld kunnen worden. Vrouwen in Nederland worden opgeroepen om zich te laten screenen op borst- en baarmoederhalskanker. Zonder het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker, zouden minstens twee keer zoveel vrouwen aan deze aandoening overlijden. Bovendien blijkt dat van de vrouwen in Nederland bij wie baarmoederhalskanker wordt vastgesteld, de helft onvoldoende of nooit is gescreend.¹⁵⁷ Voor deelname aan en vergoeding van bevolkingsonderzoeken, is inschrijving bij de Basis Registratie Personen (BRP) noodzakelijk. Ongedocumenteerden zijn hier niet geregistreerd waardoor deze vrouwen niet worden opgeroepen voor deelname. Ook indien zij zich zelf melden bij een arts met de wens tot deelname aan een bevolkingsonderzoek, kunnen zij niet geïnccludeerd worden.

Geen bescherming bij huiselijk geweld

Maatschappelijke opvang voor vrouwen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld, zoals een blijf-van-mijn-lijfhuis, wordt bekostigd vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning. Dit werpt een serieuze drempel op voor ongedocumenteerde vrouwen die met huiselijk geweld te maken krijgen. In acute, individuele gevallen wordt wel eens opvang geboden, waarbij de opvanginstelling de financiële last zelf draagt. In minder acute -maar vaak niet minder ernstige- gevallen, komen mensen op straat of zoeken onderdak in het informele circuit, wat een risicofactor vormt gezien de kwetsbare en afhankelijke positie van veel ongedocumenteerde vrouwen.¹⁵⁸

'Ik denk dat ze heel kwetsbaar zijn, dus daar hoort zeker ook misbruik bij. Ik heb wel wat gevallen gezien bij vrouwen dat je denkt, die blauwe plekken vertrouw ik niet helemaal. Maar dan krijg je daar een heel algemeen antwoord op. Als dat een eerste keer is en ze komen met allemaal vragen dan kun je eigenlijk alleen maar zeggen 'je kunt gerust nog eens terug komen bij ons' of je kunt ze doorverwijzen. Soms zitten ze in een situatie dat ze afhankelijk zijn. Bij misbruik door die mensen, wegen ze het soms af. Omdat ze al voelen dat ze afhankelijk zijn voor de plek van slapen bijvoorbeeld. Vooral die woonsituatie zorgt dat veel vrouwen wel heel kwetsbaar zijn natuurlijk.' (Public health arts, vrijwilliger spreekuren en groepsvoorlichtingen)

KADER 16: SEKSUELE EN REPRODUCTIEVE GEZONDHEID EN RECHTEN

Anticonceptie is essentieel voor het recht op de hoogst haalbare standaard van lichamelijke en geestelijke gezondheid.¹⁵⁹ Eén van de Sustainable Development Goals is het 'verzekeren van universele toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidszorg en reproductieve rechten'.¹⁶⁰ Overheden dienen te waarborgen dat vrouwen dezelfde rechten als mannen hebben 'om in vrijheid en bewust een beslissing te nemen over het aantal van hun kinderen en het tijdsverloop tussen de geboorten daarvan en te kunnen beschikken over de informatie, vorming en middelen om hen in staat te stellen deze rechten uit te oefenen'.¹⁶¹

Ook toegang tot abortus is een mensenrecht. Het mensenrechtenorgaan van de Verenigde Naties, het UNHCHR, noemt als *key issues*: bij criminalisering van zorgvoorzieningen specifiek voor vrouwen, inclusief abortuszorg, is sprake van discriminatie; abortus moet toegankelijk zijn in geval van levensbedreigende situaties voor de vrouw, of als de zwangerschap een gevolg is van verkrachting; daar waar abortus legaal is, moet het veilig, toegankelijk (ook financieel)

¹⁵⁷ Nederlands Huisartsen Genootschap, 2016

¹⁵⁸ Nederlands Netwerk VN-Vrouwenverdrag, 2016; Ook gebaseerd op informatie van Stichting LOS

¹⁵⁹ UN Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR), 2015a. Zie ook UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), 2016)

¹⁶⁰ UN General Assembly, 2015. SDG 5.6

¹⁶¹ UN General Assembly, 1979 (VN-Vrouwenverdrag), Artikel 16 lid e

en van goede kwaliteit zijn; en de staat moet altijd post-abortuszorg bieden.¹⁶²

Nederland zet zich in ontwikkelingslanden in op het gebied van universele toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidsdiensten, zoals family planning, omdat zij dit een belangrijk thema vindt.¹⁶³ In februari 2017 nam minister Ploumen van Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking het initiatief tot *She Decides*, gericht op grootschalige en internationale fondsenwerving voor gezinsplanning. *She Decides* strijdt er onder andere voor dat faciliteiten gericht op gezinsplanning open blijven, het geven van voorlichting gecontinueerd wordt, anticonceptie verstrekt wordt en toegang tot veilige abortus gewaarborgd is.¹⁶⁴ In ons eigen land kan een kwetsbare groep vrouwen nog steeds geen aanspraak maken op abortus en (voorlichting over) anticonceptie.

WAT DOET DOKTERS VAN DE WERELD: VERBETEREN TOEGANKELIJKHEID VAN SEKSUELE EN REPRODUCTIEVE ZORG

Dokters van de Wereld biedt individuele- en groepsvoorlichting met betrekking tot seksuele en reproductieve gezondheid. Indien nodig worden cliënten doorverwezen naar bijvoorbeeld de huisarts, verloskundige of GGD. Cliënten kunnen kosteloos condooms meenemen en vrouwen kunnen een zwangerschapstest krijgen. In samenwerking met de GGD Amsterdam is het plaatsen van een koperspiraal mogelijk. In het geval van een ongewenste zwangerschap wordt, vaak in samenwerking met andere hulpverleners zoals de huisarts, naar een oplossing gezocht.

Medio 2018 wordt gewerkt aan het opzetten van anticonceptiesprekuren in Amsterdam, waar ongedocumenteerde cliënten worden geïnformeerd over anticonceptie. Ook kan er, indien gewenst, anticonceptie verstrekt worden.

In haar inbreng voor de schaduwrapportage over de naleving door Nederland van het IVESCR, wees Dokters van de Wereld op de gebrekkige toegang voor ongedocumenteerden tot abortus en anticonceptie.¹⁶⁵ Dit bracht zij ook in tijdens een bijeenkomst met verschillende niet-gouvernementele organisaties en diverse ministeries, ter voorbereiding van de VN-dialoog over de naleving van het IVESCR-verdrag. Het VN-comité dat toeziet op de naleving van het IVESCR vroeg in het najaar van 2016 aan de Nederlandse overheid om te verduidelijken welke maatregelen zijn genomen om te garanderen dat bepaalde groepen vrouwen wat betreft regelingen voor abortus niet gediscrimineerd worden in hun uitoefening van het recht op seksuele en reproductieve gezondheid.¹⁶⁶ In haar definitieve rapportage komt zij hier overigens niet op terug.¹⁶⁷

5.4 ZORG VOOR KINDEREN

Veel ongedocumenteerde kinderen groeien op in armoede waarbij gebrek is aan basale behoeften, zoals gezonde voeding en schoolspullen. Zij staan onder grote psychische druk. Zo dragen ze het geheim van illegaal verblijf met zich mee, zijn angstig door de politie te worden opgepakt, weten niet wie te vertrouwen is en hebben een onzeker toekomstperspectief.¹⁶⁸ Voortdurende bestaansonzekerheid leidt bijna altijd tot ontwikkelingsschade, zoals bijvoorbeeld het geval is bij kinderen die in een langdurige asielprocedure hebben gezeten.¹⁶⁹

'Soms komt er een vrouw op mijn spreekuur. Haar kinderen zijn hier geboren. Ik vroeg haar hoe zij leeft. "Ik krijg mijn eten van de voedselbank, en kleding van de kledingbank". Zo leven ze dan. De kinderen gaan wel naar school. Het kinderpardon gaat niet door, wat voor verschrikkelijks staat ze te wachten? Dat is toch vreselijk. Vanuit humanitair oogpunt kun je toch niet tegen kinderen zeggen die hier geboren zijn en hun hele schooltijd hier gedaan hebben, "ga maar terug naar Ghana, je wordt op het vliegtuig gezet, zoek het maar uit"? (Menno, ex technisch logistiek Artsen zonder Grenzen, en verpleegkundig vrijwilliger voor spreekuren Dokters van de Wereld)

162 UN Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR), 2015b

163 Rijksoverheid, z.d.

164 She Decides, z.d.

165 Nederlands Juristen Comité voor de Mensenrechten (NJCM, red.), 2016, p. 41

166 UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2016b

167 UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2017

168 Kromhout et al., 2014

169 Kalverboer en Zijlstra, 2016

Uitgeprocedeerde asielzoekers met minderjarige kinderen hebben recht op opvang in een vrijheidsbeperkende Gezinslocatie. In sommige van deze locaties verblijven gezinnen gemiddeld anderhalf jaar. Kinderen geven aan dat het verblijf in een Gezinslocatie een negatieve impact op hen heeft, vanwege de stress en spanning, de ervaring van een leven in gevangenschap, een gemarginaliseerd leven in armoede, geen goede onderwijssituatie, een verhoogde kans op medische klachten en onvoldoende sociale inbedding en toekomstperspectief.¹⁷⁰ Het komt vaak voor dat gezinnen de opvang verlaten uit angst opgepakt en uitgezet te worden, waarna ze op straat terecht komen.¹⁷¹

KADER 17: KINDERRECHTENVERDRAG

In het Kinderrechtenverdrag (IVRK) staan belangrijke uitgangspunten en verplichtingen omschreven over zaken waar kinderen mee te maken kunnen krijgen. Zoals voeding, school, wonen, gezondheid, geloof, ouders en vrienden, en ook over mishandeling, kinderarbeid, oorlog en vluchten. Kinderen moeten veilig kunnen opgroeien en zich optimaal kunnen ontwikkelen. Zij hebben hierbij extra bescherming, ook wettelijke bescherming, en zorg nodig vanwege hun lichamelijke en geestelijke onrijpheid. Het Kinderrechtenverdrag geldt ook voor ongedocumenteerde kinderen.¹⁷²

Ouders die onrechtmatig in Nederland wonen hebben geen recht op kinderbijslag als gevolg van het koppelingsbeginsel. Defence for Children en Unicef bevelen de overheid aan het recht van ongedocumenteerde ouders op kinderbijslag te erkennen.¹⁷³ Als iemand een ongedocumenteerd kind in huis heeft, vervalt het recht op huurtoeslag.¹⁷⁴

De Kinderombudsman stelt bovendien dat het terugkeerbeleid ernstige gevolgen heeft voor ongedocumenteerde minderjarigen. Zij zijn bang voor ontdekking wat een belemmering kan zijn voor normale maatschappelijke deelname. Ook voor kinderen is het van belang dat er toegang is tot tolken in de gezondheidszorg, om te voorkomen dat zij worden ingezet als tolk voor hun ouders en informatie horen die niet voor hen geschikt of bedoeld is. Het recht op de grootst mogelijke mate van gezondheid (artikel 24 lid 1 IVRK) is niet gewaarborgd vanwege onvoldoende bekendheid bij ongedocumenteerden en zorgverleners met de regels over het recht op medisch noodzakelijke zorg. Dit recht is ook niet gewaarborgd voor kinderen uit ongedocumenteerde gezinnen die langdurig in een Vrijheidsbeperkende locatie verblijven.¹⁷⁵

Ook ongedocumenteerde kinderen hebben recht op medisch noodzakelijke zorg en zorgverleners kunnen zorg uit het basispakket en Wlz-zorg declareren via de Regeling. Zij hebben recht op Jeugdgezondheidszorg (JGZ) en toegang tot jeugdzorg (voor een omschrijving van deze zorg, zie hoofdstuk 2). JGZ-organisaties streven ernaar om alle jeugdigen en hun ouders te bereiken. In de praktijk blijkt dat er een klein percentage kinderen niet bereikt wordt, waaronder ongedocumenteerde kinderen.¹⁷⁶ De JGZ-organisaties hebben een inspanningsverplichting om samen met samenwerkingspartners en gemeenten de kinderen in hun postcodegebied in beeld te krijgen, ook als zij niet ingeschreven zijn in de BRP.¹⁷⁷

CASUS: ONWETENDHEID OUDER HEEFT WEERSLAG OP TOEGANKELIJKHEID VAN ZORG VOOR KINDEREN

Een cliënte op het spreekuur had slapeloze nachten over een factuur van de ambulancedienst voor zorg aan haar minderjarige dochter. Zij woont al meer dan 15 jaar in Nederland, werkt en leeft met haar (gedeeltelijk minderjarige) kinderen op een vaste verblijfplaats. Zij heeft veel zorgen om de leefsituatie van haar kinderen en haarzelf. Ze is bang voor de politie. Ze dacht dat door de factuur de politie bij haar thuis zou kunnen komen. Tijdens het consult informeren wij haar over het recht op zorg. Zij wist niet dat haar kinderen naar de tandarts of de huisarts mogen, ook als zij het niet kan betalen. We adviseren haar om een huisarts bij haar in de buurt te zoeken.

170 Werkgroep Kind in AZC, 2014. Zie ook: Avance, 2018

171 ACVZ, 2018a

172 UN General Assembly, 1989 (VN-Kinderrechtenverdrag)

173 Kinderrechtencollectief, 2014

174 Stichting LOS, z.d.

175 de Kinderombudsman, 2016

176 Dunnink, 2010

177 Carmiggelt & Zwijgers, 2017

Omdat kinderen voor de toegang tot zorg afhankelijk zijn van hun ouder(s), spelen bij hen dezelfde drempels als voor volwassenen. Als ouders niet weten dat zij recht op zorg hebben, niet weten hoe zij dat moeten regelen of bang zijn hierdoor in aanraking met autoriteiten te komen, heeft dat zijn weerslag op de toegankelijkheid van zorg voor hun kinderen. In 2016 vond op de Kruispost in Amsterdam, een huisartsenpost voor onverzekerden, onderzoek plaats naar de situatie van 53 ongedocumenteerde kinderen.¹⁷⁸ Een aantal kinderen van vijf jaar en ouder ging niet naar school en een aantal was niet gevaccineerd. Een aanzienlijk aantal kinderen had geen vaste verblijfplaats. Het merendeel, 80%, had geen huisarts.¹⁷⁹

CASUS: ANGST VOOR DE REKENING LEIDT TOT AANZIENLIJKE VERTRAGING IN DE ZORG AAN EEN KIND

Maandagochtend vroeg staat er een gezin voor de deur van Dokters van de Wereld, met een kind dat zijn been in het gips heeft. Zij spreken geen woord Nederlands, maar hebben gelukkig een tolk bij zich. Ze hebben een afspraak in het ziekenhuis voor een controlefoto, maar durven er niet heen te gaan uit angst voor de rekening. Het kind is een nacht opgenomen geweest en geopereerd. Zij zijn onverzekerd en hebben een rekening van ruim 4000 E gekregen. Hen is verteld dat zij bij een volgend bezoek een gedeelte hiervan contant moeten betalen, geld wat zij echt niet bij elkaar kunnen krijgen. Ondanks inspanningen van de behandelend artsen verschijnen zij toch niet op afspraken. Uiteindelijk, na veel bemiddeling, kan het opgelost worden. Gelukkig bleek de stand van het bot goed en heeft de vertraging van drieënhalve week geen nadelige gevolgen voor het kind.



Brin: Access-database 2016 en 2017

Ervaringen van Dokters van de Wereld met de toegankelijkheid en bereidwilligheid van de Jeugdgezondheidszorg zijn positief.

Signalen vanuit de JGZ wijzen er echter op dat een groep ongedocumenteerde kinderen buiten beeld valt omdat zij niet zijn ingeschreven in de Basis Registratie Persoonsgegevens. Kinderen worden standaard op vijf- en tienjarige leeftijd opgeroepen vanuit de BRP. Als scholen de kinderen niet melden bij de JGZ, en ouders niet op de hoogte zijn van het bestaan en de mogelijkheden van de JGZ, bestaat het risico dat deze kinderen over het hoofd worden gezien. Voor kinderen tot vier jaar zijn ouders vaak wel op de hoogte van zorgvoorzieningen, omdat ze een vergelijkbaar systeem kennen uit eigen land, of worden doorverwezen via bekenden of de verloskundige.¹⁸⁰ Ook andere factoren zoals de leefsituatie (instabiele verblijfplaats) en gebrek aan gezondheidsvaardigheden spelen mee.

CASUS: GEBREK AAN GEZONDHEIDSSVAARDIGHEDEN EN LOGISTIEKE PROBLEMEN BIJ TOEGANG TOT JGZ

Een vader komt met zijn dochter van drie op het spreekuur van Dokters van de Wereld. De hulpvraag is een eenvoudige, medische klacht die snel opgelost wordt. Met vader wordt een datum afgesproken dat hij weer op het spreekuur komt, zodat de Helpdesk van Dokters van de Wereld kan checken of het kind is ingeschreven bij huisarts en JGZ. De Helpdesk neemt contact op met de JGZ-locatie in de buurt waar zij wonen. Daar is het kind eenmalig geweest toen het achttien

¹⁷⁸ Klok-Nentjes, Trampler-Stranders, Van Dam-Bakke, & Beldman, 2018

¹⁷⁹ Braziliaanse kinderen (die veruit in de meerderheid waren) scoorden op schoolgang, vaccinatiestatus en vaste verblijfplaats veel beter dan de groep overige kinderen.

¹⁸⁰ Mail aan Dokters van de Wereld vanuit Jeugdgezondheidszorg GGD Amsterdam, januari 2018

maanden was, maar daarna is er geen contact meer geweest, ook niet vanuit de JGZ. Vader komt niet op de afspraak met Dokters van de Wereld. De JGZ wordt ingelicht, deze heeft inmiddels contact opgenomen met vader. Het gezin is net verhuisd naar een opvangplek in een andere stad, alwaar ze gelukkig goede begeleiding krijgen. De zorg vanuit de JGZ kan overgedragen worden.

GOOD PRACTICES: MELDPUNT NVK VOOR PROBLEMEN ZORG AAN O.A. ONGEDOCUMENTEERDE KINDEREN

De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde heeft een meldpunt waar door jeugd- en kinderartsen gemeld kan worden indien er problemen van medische, psychische of logistieke aard zijn rond zorg aan ongedocumenteerde kinderen, asielzoekers- of vluchtelingenkinderen.¹⁸¹

WAT DOET DOKTERS VAN DE WERELD: INFORMEREN VAN OUDERS EN BEMIDDELEN IN ZORG VOOR KINDEREN

De laagdrempelige spreekuren en helpdesk van Dokters van de Wereld zijn toegankelijk voor mensen die vragen hebben met betrekking tot kinderen. Spreekuur- en Helpdesk vrijwilligers informeren mensen over hun rechten en mogelijkheden, wijzen op het belang van inschrijving bij de JGZ of huisarts en ondersteunen waar nodig bij deze inschrijving. Wanneer zich problemen voordoen in de toegang tot zorg wordt bemiddeling geboden. Regelmatig nemen zorgverleners contact op met Dokters van de Wereld omdat zij vragen hebben over zorg aan ongedocumenteerde kinderen.

5.5 ZORG VOOR OUDEREN

Ouderen boven de 65 kampen meer met (chronische) aandoeningen en fysieke beperkingen en hebben meer zorg nodig.¹⁸² Het hebben van een migratie-achtergrond en een lage opleiding zijn nog eens extra risicofactoren voor een slechtere gezondheid van ouderen.¹⁸³

In Nederland wordt een groot deel van de ouderenzorg geregeld via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Er zijn forse barrières in de toegankelijkheid van deze zorg, vanwege het ontbreken van recht op Wmo-voorzieningen. De voor Wlz-zorg benodigde indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) wordt niet afgegeven voor ongedocumenteerde mensen. Voor nadere informatie verwijzen wij naar hoofdstuk 2. Mensen kunnen bij de zorginstelling wel zelf vragen om hen in zorg te nemen als dit medisch noodzakelijk is, maar zijn daarmee afhankelijk van de bereidwilligheid van zorginstellingen. Wlz-zorg is dus niet gewaarborgd en in de praktijk kan dit leiden tot willekeur.

Van de 1554 cliënten die in 2016 en 2017 een spreekuur van Dokters van de Wereld bezochten, is 15% 55 jaar of ouder. 4% is boven de 65 jaar oud. Een aantal van hen verblijft reeds tientallen jaren in Nederland waardoor het onaannemelijk is dat zij zullen vertrekken.

FIGUUR 21: CLIËNTEN VAN 55 JAAR EN OUDER

	15% CLIËNTEN IS 55 JAAR OF OUDER (N=1584)
	4% CLIËNTEN IS 65 JAAR OF OUDER (N=1584)

Bron: Access-database 2016 en 2017

181 Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, z.d.

182 Post, Poulus, Van Galen, & Van Staalduinen, 2012

183 Pharos, z.d. B

CASUS: VEEL BEMIDDELING NODIG VOOR WLZ-ZORG

De Helpdesk van Dokters van de Wereld krijgt een hulpvraag van een overbelaste mantelzorger die zorg draagt voor haar ongedocumenteerde zus. De zus vertoont een dementieel beeld, kan niet voor zichzelf zorgen en kan niet alleen thuis zijn omdat er dan allerlei gevaarlijke situaties ontstaan. Vanuit het wijkteam kan alleen Wmo-zorg, zoals passende dagbesteding en respijtzorg, geboden worden aan mensen met verblijfsrecht. Het wijkteam heeft zich desondanks bijzonder ingespannen om alles te doen wat binnen de beperkte mogelijkheden lag. Dat er opname in een verpleeghuis nodig was, werd al snel duidelijk. De verpleeghuizen die benaderd werden, wilden een indicatie van het CIZ, maar het CIZ geeft geen indicatie af voor mensen zonder verblijfsrecht. Voordat zij opgenomen kon worden, zijn er 7 maanden overheen gegaan met bijzonder veel bemiddeling en betrokkenheid van advocaten en een specialist ouderengeneeskunde die als vrijwilliger voor Dokters van de Wereld werkt. In het verpleeghuis knapt zij op en functioneert, binnen de mogelijkheden, na verloop van tijd veel beter. In maart 2018 is zij helaas overleden.

WAT DOET DOKTERS VAN DE WERELD: INFORMEREN OVER EN BEMIDDELEN IN ZORG VOOR OUDEREN

Spreekuur- en Helpdesk vrijwilligers informeren oudere cliënten over hun rechten en mogelijkheden, wijzen op het belang van inschrijving bij een huisarts en ondersteunen zo nodig bij deze inschrijving. Wanneer zich problemen voordoen met de toegang tot zorg wordt bemiddeld tussen de cliënt en zorginstanties. Ook zorgverleners en mantelzorgers bellen regelmatig met vragen over zorg aan ongedocumenteerde ouderen.

In 2017 onderzochten studenten op verzoek van Dokters van de Wereld de vraag wat de gezondheidsgevolgen zijn van het verplaatsen¹⁸⁴ van kwetsbare, oudere patiënten met dementie.¹⁸⁵

5.6 OVERIGE ZORG DIE BUITEN DE VERGOEDINGSREGELING VALT

Naast de in de eerdere paragrafen beschreven zorgvormen waarbij financiële of andere drempels zijn wat betreft de toegankelijkheid ervan, hebben wij tijdens de spreekuren en de Helpdesk te maken met drempels in de zorg die niet zozeer onder een thema geschaard kunnen worden.

Eigen bijdrage medicatie: de '5 Euro-maatregel'

Sinds januari 2014 is, binnen de Regeling onverzekerbare vreemdelingen, een standaard eigen bijdrage ingevoerd van € 5 per receptregel. Uitzonderingen hierop zijn weekverpakkingen voor chronisch zieke patiënten. De achterliggende reden van deze maatregel is dat verzekerde inwoners van Nederland steeds meer zorg voor eigen rekening nemen, en het derhalve rechtvaardig is om ook van ongedocumenteerden een eigen bijdrage te verlangen. De eigen bijdrage leidde in 2014 niet tot een verminderde levering van geneesmiddelen aan onverzekerbare vreemdelingen.¹⁸⁶

In diverse steden kunnen mensen voor de betaling van de 5 Euro een beroep doen op (gedeeltelijk) door gemeenten gesubsidieerde noodfondsen. In 2014 vroegen de VNG en andere organisaties de Tweede Kamer om aandacht voor patiënten die de eigen bijdrage van € 5 per receptregel niet kunnen bekostigen. De VNG schatte dat 20% van de medicijngebruikende ongedocumenteerden moeite hebben met het betalen ervan, het Zorginstituut (destijds de uitvoerder van Regeling) stelde hetzelfde percentage vast. In de meeste gevallen wordt de drempel afgezwakt doordat de bijdrage door derden wordt betaald.¹⁸⁷ Hiermee lijkt de last van de eigen bijdrage voor medicijnen op de schouders van derden zoals steunorganisaties terecht te zijn gekomen, vaak (mede) gefinancierd door de gemeente. Deze financieringsstructuur is echter tijdelijk van aard en kan structurele zorg niet garanderen.

Zorg die buiten de financiële regeling valt

Fysiotherapie en medische hulpmiddelen, zoals een bril, inlegzolen, aangepast schoeisel, loopkrukken, rolstoel of rollator, komen niet voor vergoeding in aanmerking (zie Bijlage 5). In sommige gevallen betalen steunorganisaties de kosten die ongedocumenteerde mensen hiervoor moeten maken.

184 Verplaatsen in de zin van 'gedwongen verhuizen'

185 Naar aanleiding van dit onderzoek publiceerden de onderzoekers een artikel, zie Ryman, Erisman et al., 2018

186 Zorginstituut Nederland, 2015

187 Ministerie van VWS, 2014

FIGUUR 22: VRAGEN OVER FYSIOTHERAPIE

	4% BELDE MET VRAAG OVER FYSIOTHERAPIE (N=332) ¹
	2% KWAM OP SPREEKUR MET VRAAG OVER FYSIOTHERAPIE (N=311) ²

Bron: 1 Helpdeskregistratie 2017
2 Cliëntendossiers januari-maart 2017

WAT DOET DOKTERS VAN DE WERELD OM ZORG DIE BUITEN DE REGELING VALT TOEGANKELIJKER TE MAKEN?

Spreekuur- en Helpdesk vrijwilligers informeren cliënten over de regeling en gaan, waar mogelijk, op zoek naar alternatieve mogelijkheden. Zo worden incidenteel bijvoorbeeld tweedehands rollators of krukken gevonden voor patiënten die deze nodig hebben.

Tussen 2015 en 2017 heeft Dokters van de Wereld ongedocumenteerde patiënten verwezen naar vrijwillige fysiotherapeuten via een *Friendly Network* (zie ook de *Friendly Networks* van tandartsen in paragraaf 5.1) die kosteloos behandelingen aanboden aan ongedocumenteerde migranten. In 2017 werd dit *Friendly Network* overgedragen aan een andere steunorganisatie.

In 2017 deed Eyes for the World in samenwerking met Dokters van de Wereld gratis oogmetingen bij ongedocumenteerde migranten in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag. Er kwamen 135 ongedocumenteerde mensen op af. Mensen die een bril nodig hadden, kregen op locatie een gratis bril aangemeten, met glazen in sterktes van -6 tot +5. Voor 24 mensen waren de standaardglazen niet voldoende, voor hen werden brillen besteld in de werkplaats van Eyes for the World. In totaal werden 77 brillen verstrekt, waaronder ook verstelbare leesbrillen.

Helaas zijn er ook veel gevallen waarin de financiële barrière niet kon worden overbrugd. In deze gevallen bleek het niet mogelijk om patiënten van de benodigde zorg of hulpmiddelen te voorzien.

5.7 MENSEN ZONDER VASTE VERBLIJFPLAATS

Ongedocumenteerden zijn door de Koppelingswet uitgesloten van de formele woningmarkt. Als (nood) oplossing wonen zij afwisselend bij vrienden, familieleden of kennissen, op hun werkplek, in kraakpanden, in particuliere huurwoningen of op straat. Zij kunnen geen aanspraak maken op huurbescherming en zijn daardoor afhankelijk van de welwillendheid (of de grillen) van de huisbaas, werkgever of gastheer.¹⁸⁸ Instabiele huisvesting hangt samen met een slechte geestelijke gezondheid en welzijn.¹⁸⁹ Uit onderzoek blijkt bovendien dat marginale en instabiele leefomstandigheden van vrouwen leiden tot seksuele intimidatie en transactionele seks in ruil voor basisbehoeften of onderdak.¹⁹⁰

KADER 18: EEN OCHTENDJE SPREEKUR

Als we 's ochtends vroeg met de Zorgbus aan komen rijden, staat een vrouw op de stoep die om hulp vraagt. Ze loopt moeizaam en staat met tranen in haar ogen. Als we haar mee naar binnen nemen, blijkt dat ze geen vaste verblijfplaats heeft. Ze slaapt af en toe bij vrienden. Over wie dat dan zijn en hoe dat gaat, blijft zij vaag. Wel blijkt dat de situatie haar veel stress en verdriet oplevert. Zij moet veel lopen door het gebrek aan een vaste plek, iets wat moeilijk is voor haar vanwege haar knieklachten.

De tweede cliënte op het spreekuur huult en vertelt veel problemen en stress te hebben. Zij lijdt aan oorsuizen, hoofdpijnlachten en ziet schaduwen. Sinds de beëindiging van haar asielprocedure acht jaar geleden heeft zij geen vaste verblijfplaats meer. Zij slaapt her en der bij vrienden. Ook zij is vaag over hoe dit gaat, duidelijk wordt wel dat voor haar geen makkelijke situatie is.

Een oudere man komt samen met een tolk. Deze landgenoot heeft hem opgepikt toen hij op straat rondzwierf. Hij was uit het asielzoekerscentrum vertrokken omdat hij uitgeprocedeerd was, maar had geen plek waar hij naar toe kon.

188 Dokters van de Wereld, 2016

189 Aldridge et al., 2017

190 Pannetier et al., 2018

Hij spreekt geen Nederlands, Engels of Frans. Hij kan nu tijdelijk bij de landgenoot in huis wonen tot er een andere oplossing gevonden wordt. Naast allerlei lichamelijke klachten heeft hij ook psychische problemen. Soms praat hij in zichzelf of schrikt ineens wakker. Hij heeft veel last van stress door het gebrek aan een vaste verblijfplaats en omdat zijn kinderen niet hier in Nederland zijn.

De volgende cliënt komt ook met een tolk, bij wie hij in huis woont. Dit valt niet mee. Door een ziekte lijdt de cliënt aan gedragsproblemen, waaronder problemen met agressieregulatie. Bij anderen is hij daarom niet meer welkom. Er spelen allerlei lichamelijke en psychische gezondheidsproblemen.

Een aantal gemeenten heeft bed-bad-brood-voorzieningen (BBB's) ingericht. Gemeenten voelen zich hiertoe genooddaakt vanwege openbare orde en veiligheid, openbare gezondheid en sociale cohesie en soms ook uit humanitaire motieven.¹⁹¹ Sommige bieden standaard 24-uursopvang en begeleiding. In Amsterdam en Den Haag is er standaard alleen nachtopvang. In Amsterdam kunnen mensen 24-uursopvang krijgen als zij aantoonbaar werken aan vertrek of als de GGD dit indiceert op basis van ernstige gezondheidsproblematiek.¹⁹² Soms mogen ongedocumenteerden gebruik maken van reguliere opvangvoorzieningen voor daklozen, wat gezien het verschil in doelgroepen overigens niet altijd als wenselijk wordt ervaren.¹⁹³

Ondanks de BBB's blijft de woonsituatie instabiel en vaak is er overdag geen sprake van opvang. Ook is niet voor iedereen opvang beschikbaar. In Amsterdam bijvoorbeeld is opvang niet meer toegankelijk voor mensen uit de zogeheten veilige landen als Albanië en Marokko, en staan ook mensen op straat die vallen onder de Dublinregulering.¹⁹⁴

Ondanks dat mensen dankbaar zijn dat ze 's nachts een slaappleats hebben, signaleert Dokters van de Wereld dat het zwerven op straat in kou en regen een negatieve invloed heeft op de gezondheid en bijzonder stressvol is.

'Ik woon nu in een BBB. Dat is heel goed voor mij. Ik krijg er goed te eten en ik heb een slaappleats. De mensen in de BBB zijn goed voor mij. Wat ik heel moeilijk vind, is dat ik overdag om 9 uur de straat op moet, iedere dag weer. Ook in de regen, in de kou. Ik heb hier veel stress van.' (Sharik)

Ook als iemand zich griepig voelt, hevig menstrueert - nooit heeft men overdag een vaste plek.

Wij spreken bijna dagelijks met mensen die in een instabiele leefsituatie verkeren. Zij vertellen onder grote druk te staan vanwege de noodzaak om iedere dag na te moeten denken over een slaappleats, niets op te kunnen bouwen, een gebrek aan privacy, overdag op straat te moeten zwerven en bang te zijn voor infecties door de slechte hygiënische omstandigheden.

191 Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken, 2018a

192 Amnesty International - Stichting LOS, 2017

193 Amnesty International - Stichting LOS, 2017, p. 18; Cliënten van Dokters van de Wereld geven soms aan niet tussen de harddrugsverslaafden te willen liggen.

194 Volgens de Dublin-regulering moeten asielzoekers de aanvraag afwachten in het EU-land waar zij als eerste zijn geregistreerd, een aantal uitzonderingen daargelaten. Na een bepaalde tijd en onder bepaalde voorwaarden, vervalt deze Dublin-claim. Een aantal mensen wacht deze periode af in Nederland.

FIGUUR 23: TYPE VERBLIJFPLAATS (N=311)	
	26% WOONT IN BIJ FAMILIE OF VRIENDEN
	25% KRIJGT ALLEEN NACHTOPVANG
	2% KRIJGT DAG- EN NACHTOPVANG VIA GEMEENTE OF STEUNORGANISATIES
	11% WOONT IN EEN KRAAKPAND
	5% IS VOLLEDIG DAKLOOS
	4% HEEFT ZELFSTANDIGE WOONRUIMTE
	27% HEEFT EEN VOOR DOKTERS VAN DE WERELD ONBEKENDE VERBLIJFPLAATS

Bron: Cliëntendossiers januari-maart 2017

'Het merendeel van de mensen in de Bed-Bad-Brood heeft stress, zit niet lekker in zijn vel. Het is niet persé medisch, maar er is een grote psychologische factor. Er is gebrek aan privacy en mogelijkheid tot eigen hygiëne, mensen hebben geen geld om schoenen te kopen die niet knellen, geen geld voor een nagelknippertje, het zijn soms hele kleine dingen, spullen kunnen gestolen worden. Mensen hebben gebrek aan zekerheid en hebben geen veilige, stevige thuisbasis, dat mist eigenlijk bij iedereen. Zij vragen zich af: 'wat wordt mijn toekomst?' Bij uitzondering zit er wel eens een vrolijke vogel tussen, maar het merendeel heeft last van chronische stress en onzekerheid en lijdt daar aanzienlijk onder.'
(Nienke, arts en Zorgbusvrijwilliger)

FIGUUR 24: INSTABILITEIT EN NEGATIEVE IMPACT VERBLIJFPLAATS	
	
67% ERVAART VERBLIJFPLAATS ALS INSTABIEL (N=135)	60% ERVAART NEGATIEVE IMPACT VAN VERBLIJFPLAATS OP GEZONDHEID (N=135)

Bron: Vragenlijsten European Observatory 2016 en 2017

Een aantal groepen ongedocumenteerden woont sinds 2012 in 'Vluchtlocaties' bestaande uit (in het begin) tentenkampen en (nu) kraakpanden. Stroom en sanitaire voorzieningen zijn vaak onvoldoende aanwezig. Vanwege het tijdelijke karakter moeten deze groepen steeds op zoek naar een nieuwe verblijfplaats.

Weer anderen wonen in bij voorbeeld kennissen, ook zij leven in onzekerheid.

'Ik heb geen stabiele plek om te verblijven, het is tijdelijk. Natuurlijk beïnvloedt mijn leefsituatie mijn gezondheid, op alle gebieden: eten, slapen, en gebrek aan een gevoel van veiligheid en stabiliteit. Ik denk veel over wat er gaat gebeuren als ik deze plek moet verlaten, waar zal ik dan heen moeten?'
(Omar)

WAT DOET DOKTERS VAN DE WERELD: ONDERSTEUNING EN DOORVERWIJZING, SIGNALERING EN PLEITBEZORGING ROND ONDERDAK

Sinds 2012 bezoekt Dokters van de Wereld wekelijks de 'Vluchtlocaties' en daarna ook de BBB's in Amsterdam. We werken samen met en verwijzen door naar andere maatschappelijke organisaties met als doel efficiënte zorgbemiddeling en praktische ondersteuning. Rond de kerst in 2017 voorzagen vrijwilligers van Dokters van de Wereld gedurende

enkele weken in maaltijden en dekens aangezien het vluchtgroepen aan voedsel en verwarming ontbrak.

Dokters van de Wereld spreekt zich uit over de schrijnende situaties die zij observeert. De medische vrijwilligers zien tijdens hun werk op de diverse locaties dat het gebrek aan stabiele opvang een negatieve impact heeft op de gezondheid. Wij signaleren humanitaire noden op het gebied van voeding, hygiëne, woonomstandigheden en veiligheid. We vermoeden genderspecifieke risico's bij vrouwen, hoewel het moeilijk is de vinger te krijgen achter het vóórkomen van transactionele en andere vormen van gedwongen seks. Gesignaleerd wordt door de medisch vrijwilligers dat het gebrek aan stabiele opvang psychiatrische problematiek verergert en behandeling bij de GGZ in de weg staat. Sinds 2016 spreekt Dokters van de Wereld zich op Amsterdams gemeentelijk niveau uit tegen het ontbreken van 24-uursopvang voor kwetsbare ongedocumenteerden. Dokters van de Wereld stelt dat adequate opvang gewaarborgd moet zijn en signaleert de volgende risicogebieden:

- Medisch-ethisch: vermindering van vermijdbaar gezondheidsverlies en individueel lijden;
- Publieke gezondheidszorg: monitoren van de gezondheidssituatie van de bevolking, bevorderen van de technische hygiënezorg en inzet op preventie en gezondheidsbevordering;
- Bewaken financiële toegankelijkheid van zorg: vroegtijdige herkenning en het voorkomen van verdere gezondheidsproblemen voorkomt onnodig dure behandelingen;
- Openbare orde: kwetsbare en verwarde personen met risico's voor gedrag waarmee zij een gevaar voor zichzelf of de omgeving vormen, kun je niet aan hun lot overlaten.

Dokters van de Wereld benut inspraakmogelijkheden voor het onder de aandacht brengen van het opvangthema, zoals bij het bezoek aan Nederland van de *UN High Commissioner of Human Rights* in het Humanity House in september 2016¹⁹⁵ en tijdens haar inbreng voor de schaduwrapportage over de naleving door Nederland van het IVESCR (zie p. 62).

5.8 MENSEN IN VREEMDELINGENDETENTIE

Op basis van de Vreemdelingenwet kunnen ongedocumenteerde mensen tot 18 maanden in detentie worden gehouden om uitzetting naar het land van herkomst te realiseren (artikel 59) of om te voorkomen dat zij ongeoorloofd Nederland binnenkomen (artikel 6). Vreemdelingendetentie (of –bewaring) wordt niet opgelegd na een strafrechtelijke veroordeling en er is ook geen sprake van verdenking van een strafbaar feit. Toch geldt in vreemdelingendetentie de Penitentiaire Beginselenwet (PBW), een regime zoals dat ook geldt voor strafrechtelijk gedetineerden. Mensen kunnen onderworpen worden aan beheers- en veiligheidsmaatregelen, zoals opsluiting in een isoleercel of opsluiting in de eigen cel gedurende 23 uur per dag zonder televisie.. De detentiecentra zijn zo ontworpen dat ook strafrechtelijk gedetineerden er in vastgehouden kunnen worden. Eind van de middag of 's avonds gaat de celdeur op slot tot de volgende ochtend acht uur. Op het gebied van arbeid of onderwijs zijn mensen in vreemdelingendetentie slechter af dan strafrechtelijk gedetineerden. Er worden slechts incidentele educatieve activiteiten of werkzaamheden van huishoudelijke aard aangeboden.

Op dit moment ligt het wetsvoorstel Wet terugkeer en vreemdelingenbewaring bij de Eerste Kamer. 19 juni 2018 is de wet aangenomen door de Tweede Kamer.¹⁹⁶ Bij invoering ervan zal de PBW niet langer gelden voor vreemdelingendetentie. De wet is gericht op de effectieve terugkeer van vreemdelingen en een humane uitvoering daarvan, waarbij de menselijke maat voorop zou worden gesteld. In het wetsvoorstel zoals het er nu ligt zijn echter veel bepalingen uit de PBW letterlijk overgenomen en zijn niet alle kansen benut voor een humane toepassing en uitvoering van vreemdelingendetentie. Zie voor de zorgpunten van Dokters van de Wereld bij het wetsvoorstel het kader hieronder, 'Wat doet Dokters van de Wereld'.

Vreemdelingendetentie maakt mensen extra kwetsbaar. Vreemdelingendetentie heeft een negatieve impact op de psychische gezondheid. Bovendien is deze impact groter naarmate de detentie langer duurt. Kinderen, asielzoekers, slachtoffers van marteling en vrouwen zijn extra kwetsbaar en de

¹⁹⁵ Dokters van de Wereld, 2016b

¹⁹⁶ www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/34309_wet_terugkeer_en

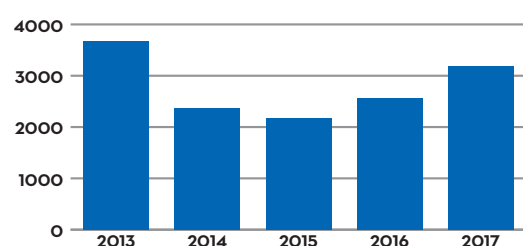
negatieve impact duurt lang voort na vrijlating. Posttraumatische stressstoornissen, angststoornissen en depressie zijn de meest voorkomende stoornissen gerelateerd aan vreemdelingendetentie.¹⁹⁷

Dokters van de Wereld signaleert dat er nog altijd bijzonder kwetsbare mensen worden opgesloten en dat mensen om medische redenen in een sobere isoleercel worden geplaatst. De behandeling van psychische of psychiatrische problematiek blijkt lastig te behandelen in de setting van vreemdelingendetentie en de continuïteit van zorg na vrijlating blijft een zorgpunt. Gesprekken met mensen die in vreemdelingendetentie verblijven en met mensen die na vrijlating op de spreken Dokters van de Wereld komen, bevestigen de negatieve impact van vreemdelingendetentie op de gezondheid.

CASUS: KWETSBAAR IN VREEMDELINGENDETENTIE

Een jongen uit Centraal-Azië, nog geen 20, zat ruim drie maanden in vreemdelingendetentie. Hij kwam in Nederland als alleenstaande minderjarige vreemdeling, zijn familie is hij kwijtgeraakt op de vlucht en ondanks zoektochten van het Rode Kruis zijn zij niet teruggevonden. Hij leed erg onder de detentie. Hij sliep slecht, had nachtmerries, werd angstig en zwetend wakker. Ook werd hij op medische gronden meerdere dagen opgesloten in een isoleercel. In de isoleercel moest hij zijn eigen kleding afgeven en kreeg gevangenskleding aan. Hij had helemaal niets te doen, hij had zelfs geen TV. Hij lag de hele dag op zijn matras. Dokters van de Wereld bezocht hem in detentie. Aan het eind van het bezoek zei hij: "Ik heb niets nodig, mijn enige verzoek is om uit detentie te komen. Ik kan het niet volhouden". Enkele maanden na zijn vrijlating kwam hij bij een psychiater onder behandeling

FIGUUR 25: AANTAL MENSEN IN VREEMDELINGENDETENTIE EN VERBLIJFSDUUR



Bron: Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2018, p. 41

	UITSTROOM BEWARING O.B.V. ARTIKEL 59	UITSTROOM BEWARING O.B.V. ARTIKEL 6
< 3 maanden	2.320	320
3-6 maanden	420	30
> 6 maanden	40	10

Bron: Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2018, p. 41

"In detentie voelde ik mij slecht, hoe dan ook, je blijft opgesloten. Ik bel normaal gesproken bijna iedere dag met mijn vader en moeder in mijn thuisland, maar in detentie niet. Ik was zo depressief, ik wilde niet bellen. Nu ben ik altijd bang, ook al doe ik niets. Ik zoek geen ruzie, maar iedereen kan ruzie krijgen. Zeker als de politie je zonder reden oppakt." (Azzam).

197 British Medical Association, 2017

WAT DOET DOKTERS VAN DE WERELD: PLEITBEZORGING ROND GEZONDHEID EN ZORG IN VREEMDELINGENDETENTIE

Dokters van de Wereld streeft er naar dat voor politici en beleidsmakers gezondheid een belangrijke rol speelt in wetgeving rondom en uitvoering van vreemdelingendetentie. De afgelopen jaren heeft Dokters van de Wereld, samen met Amnesty International en Stichting LOS – Meldpunt Vreemdelingendetentie, drie rapporten over vreemdelingendetentie en gezondheid uitgebracht.¹⁹⁸ Dokters van de Wereld pleit onder andere voor het beëindigen van het vastzetten van kwetsbare mensen. Het belangrijkste middel om gezondheidsschade door vreemdelingendetentie te voorkomen, is mensen niet te detineren. Uit onderzoek van de International Detention Coalition blijkt dat detentie zelden noodzakelijk is.¹⁹⁹ Ook pleiten wij voor het terugdringen en liefst uitbannen van isoleer celgebruik. Als in een uiterste geval toch wordt geïsoleerd, dan zou dit plaats moeten vinden volgens recente GGZ-normen. Het regime zou recht moeten doen aan het feit dat deze mensen niet vastzitten vanwege strafrechtelijke feiten. Ook pleiten wij voor het verbeteren van de continuïteit van zorg.

'Sinds september 2015 ligt er een wetsvoorstel voor de Wet terugkeer en vreemdelingenbewaring.' De wet is gericht op de effectieve terugkeer van vreemdelingen en een humane uitvoering daarvan, waarbij de menselijke maat voorop zou worden gesteld. Tijdens inspraakmomenten heeft Dokters van de Wereld zorgenpunten en aanbevelingen onder de aandacht gebracht.²⁰⁰

De afgelopen jaren heeft Dokters van de Wereld haar zorgen over vreemdelingendetentie ingebracht in schaduwrapporthages aan de VN-comités die toezien op naleving van VN-verdragen.²⁰¹

Dokters van de Wereld biedt in geval van ernstige gezondheidsproblematiek informatie en advies en de mogelijkheid tot individuele belangenbehartiging en bemiddeling.



ILLUSTRATIE 4: ANGST VOOR DE AUTORITEITEN WEERHOUDT VEEL ONGEDOCUMENTEERDEN VAN HET ZOEKEN VAN (MEDISCH) HULP EN HET DOEN VAN AANGIFTE INDIEN ZIJ SLACHTOFFER ZIJN VAN EEN MISDRIJF

198 Amnesty International, Stichting LOS - Meldpunt Vreemdelingendetentie en Dokters van de Wereld, 2014 en 2015; Amnesty International, Dokters van de Wereld en Stichting LOS - Meldpunt Vreemdelingendetentie, 2016a

199 International Detention Coalition, 2015

200 Zie bijvoorbeeld Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, 34 309, nr. 3, 2015, bijlage

201 Zie bijvoorbeeld Nederlands Juristen Comité voor de Mensenrechten, redactie, 2016a en 2016b

6. CONCLUSIES, BESCHOUWING EN OPROEPEN

Hieronder worden de conclusies per hoofdstuk weergegeven. Ook worden zeven dwarsverbanden of vraagstukken rondom gezondheid en zorg voor ongedocumenteerden beschreven die door alle thema's in dit rapport heenlopen. Afsluitend doet Dokters van de Wereld vijf oproepen ter verbetering van de toegang tot zorg en de gezondheid van ongedocumenteerde migranten in Nederland.

6.1 CONCLUSIES PER HOOFDSTUK

Wet- en regelgeving

Het recht op gezondheid, waaronder toegang tot medische zorg, is uitgewerkt in bindende internationale verdragen en Nederlandse wet- en regelgeving. Volgens de Koppelingswet worden ongedocumenteerden die in Nederland verblijven, uitgesloten van collectieve voorzieningen, uitkeringen en vergunningen zoals toegang tot huisvesting en een zorgverzekering. Ook hebben zij geen toegang tot de formele arbeidsmarkt. Wel hebben zij recht op medisch noodzakelijke zorg.

Vier stelselwetten vormen tezamen het Nederlandse gezondheidszorgstelsel, namelijk de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet. Daarnaast is de publieke gezondheidszorg geregeld in de Wet publieke gezondheid (Wpg). In de Zvw is vastgelegd dat medisch noodzakelijke zorg voor ongedocumenteerden de zorg uit het basispakket en Wlz-zorg omvat. Ongedocumenteerden hebben hier recht op, maar hebben ook de plicht deze zorg zelf te betalen. Als financieel vangnet bij betalingsonmacht en ter compensatie van zorgverleners geldt de Regeling onverzekerbare vreemdelingen. Ongedocumenteerden hebben recht op zorg vanuit de Jeugdwet en de Wpg. Deze zorg wordt collectief gefinancierd. Op zorg uit de Wmo kunnen ongedocumenteerden geen aanspraak maken. Voor Wmo-zorg mist dan ook een financieel vangnet. Volgens de richtlijn voor artsen zoals beschreven in het rapport Arts en Vreemdeling, is medisch noodzakelijke zorg 'verantwoorde en passende medische zorg'. Dit is een ruimere invulling van het begrip 'medisch noodzakelijke zorg' dan in de Zvw is vastgelegd. Niet alle zorg die door een zorgverlener als medisch noodzakelijk wordt gezien, valt binnen het basispakket of de Wlz.

Ongedocumenteerde migranten & gezondheid

We zien bij ongedocumenteerde mensen een opeenstapeling van risicofactoren voor de gezondheid, namelijk op het gebied van levensomstandigheden, de migratie-achtergrond, doorgemaakte traumatische ervaringen, onderdak, sociaal netwerk, arbeid en inkomsten, de veiligheidsperceptie van mensen en hun toekomstperspectief. Dit lijkt zich met name te vertalen in psychische problematiek. Daarbij zijn de gezondheidsvaardigheden veelal beperkt, waardoor ongedocumenteerde mensen minder snel de zorg die zij nodig hebben zoeken, vinden en optimaal gebruiken. Gebrek aan kennis over het recht op en de mogelijkheden voor medische zorg, angst voor de autoriteiten en onwetendheid over het beroepsgeheim van zorgverleners zijn grote barrières.

Zorg verlenen

De meeste zorg is financieel toegankelijk door de Regeling onverzekerbare vreemdelingen. Van deze Regeling wordt veel gebruik gemaakt, maar de reikwijdte wordt ingeperkt door een gebrek aan kennis onder zorgverleners, praktische bezwaren zoals taalbarrières en werkdruk, dilemma's rond financiële afwegingen en doordat niet alle hulpverleners even bereidwillig zijn tot het verlenen van zorg aan ongedocumenteerde migranten.

AANDACHTSGEBIEDEN IN DE ZORG

Mondzorg

De meeste mondzorg voor volwassenen (waaronder acute zorg) valt buiten het basispakket. De omvang van het aantal cliënten dat met gebitsproblemen bij Dokters van de Wereld aanklopt voor hulp, de ernst van de klachten en de financiële ontoegankelijkheid van de tandarts, tonen aan dat mondzorg een groot knelpunt is wat betreft de toegankelijkheid van gezondheidszorg en het recht op gezondheid.

Geestelijke gezondheidszorg

Tijdens de cliëntcontacten zien we veel ongedocumenteerden met psychische en psychiatrische problematiek. Bovendien is ook in de geestelijke gezondheidszorg sprake van toegangsproblemen. Wij signaleren barrières vanwege taal- en cultuurverschillen, lange wachtlijsten, barrières die samenhangen met de instabiele leefsituatie en gebrek aan eerste levensbehoeften. Vaak is ook sprake van multiproblematiek. Maatschappelijke zorg en begeleiding is moeilijk te regelen aangezien ongedocumenteerden geen aanspraak op Wmo-voorzieningen kunnen maken. Daarnaast spelen soms opvattingen van zorgverleners ten aanzien van ongedocumenteerden een rol.

Zorg voor vrouwen

Zwangerschapszorg komt voor volledige vergoeding in aanmerking, waardoor financiële barrières zijn weggenomen. We zien dat verloskundigen vaak goed op de hoogte zijn van de financiële regeling voor ongedocumenteerden. Er zijn enkele signalen dat zwangere vrouwen pas laat de weg weten te vinden naar verloskundige zorg. Anticonceptie, abortuszorg en opvang bij genderspecifiek geweld blijken (zeer) slecht toegankelijk. Preventieve screening in de vorm van bevolkingsonderzoeken is niet toegankelijk. Uit de literatuur blijkt dat leefomstandigheden van ongedocumenteerde vrouwen leiden tot seksuele intimidatie en transactionele seks in ruil voor basisbehoeften of onderdak.

Zorg voor kinderen

Omdat kinderen voor de toegang tot zorg afhankelijk zijn van hun ouder(s), spelen bij hen dezelfde drempels als voor volwassenen. Als ouders bijvoorbeeld niet weten dat zij recht op zorg hebben, beïnvloedt dat de toegankelijkheid van zorg voor hun kinderen. Niet ieder kind is ingeschreven bij een huisarts of bekend bij de Jeugdgezondheidszorg. Bovendien kunnen zij in vreemdelingendetentie geplaatst worden. Uit onderzoek blijkt dat veel ongedocumenteerde kinderen opgroeien in armoede waarbij gebrek is aan basale behoeften, zoals gezonde voeding en schoolspullen. Zij staan onder grote psychische druk.

Zorg voor ouderen

Ouderen boven de 65 jaar hebben meer zorg nodig dan jongere mensen, zeker als sprake is van een laag opleidingsniveau en een migratie-achtergrond. 15% van de cliënten van Dokters van de Wereld is 55 jaar of ouder. Een aantal van hen verblijft reeds tientallen jaren in Nederland waardoor het niet aannemelijk is dat zij zullen vertrekken. Het is te verwachten dat de zorgvraag van deze groep zal stijgen. Ongedocumenteerden hebben echter geen recht op voorzieningen uit de Wmo. Daarnaast is voor Wlz-zorg een CIZ indicatie nodig, wat niet mogelijk is bij ongedocumenteerde mensen. Dit maakt hen afhankelijk van de bereidwilligheid van zorginstellingen en Wlz-zorg is derhalve niet gewaarborgd.

Overige zorg die buiten de vergoedingsregeling valt

De '5 Euro-maatregel' voor medicijnen en vergoeding van zorg buiten het basispakket leiden bij ongedocumenteerden die geen inkomsten hebben tot barrières in de toegankelijkheid van zorg. Steunorganisaties vangen veel van deze problemen weg, al dan niet met gemeentelijke financiering. Structurele zorg kan echter niet gegarandeerd worden ten gevolge van de tijdelijke en onzekere financieringsstructuur.

Mensen zonder vaste verblijfplaats

Ondanks de gemeentelijke BBB-voorzieningen, blijft de woonsituatie van de meeste ongedocumenteerden instabiel. Velen wonen in bij vrienden of kennissen, in kraakpanden, op straat of in een nachtopvang. Het merendeel geeft aan dat dit een negatieve impact op hun gezondheid heeft. De artsen en verpleegkundigen die op de spreekuren van Dokters van de Wereld werken, bevestigen dat de psychische nood bij de mensen die in instabiele leefomstandigheden verkeren, hoog is.

Mensen in vreemdelingendetentie

Vreemdelingendetentie maakt mensen extra kwetsbaar. Vreemdelingendetentie heeft een negatieve impact op de psychische gezondheid. Op basis van de Vreemdelingenwet mogen mensen maximaal achttien maanden in detentie worden gehouden om te voorkomen dat zij ongeoorloofd Nederland binnenkomen, of om uitzetting naar het land van herkomst te realiseren. Er geldt in vreemdelingendetentie een regime zoals dat ook geldt voor strafrechtelijk gedetineerden. De nieuwe Wet terugkeer en vreemdelingenbewaring zoals die nu bij de Tweede Kamer ligt, brengt te weinig structurele verbetering met zich mee.

Dokters van de Wereld signaleert dat er nog altijd bijzonder kwetsbare mensen worden opgesloten en dat het nog altijd voorkomt dat mensen in een sobere isoleercel worden geplaatst, als strafmaatregel of om medische redenen. De behandeling van psychische of psychiatrische problematiek blijkt lastig te realiseren in de setting van vreemdelingendetentie en de continuïteit van zorg blijft een zorgpunt. Gesprekken met mensen die in vreemdelingendetentie verblijven of verbleven, bevestigen de negatieve impact van vreemdelingendetentie.

6.2 BESCHOUWING: 7 TRANSVERSALE VRAAGSTUKKEN

I. RECHT OP ZORG IN THEORIE EN PRAKTIJK

Dokters van de Wereld constateert rondom gezondheid van en zorg voor ongedocumenteerden vraagstukken op verschillende niveaus en terreinen die aan alle thema's in dit rapport gerelateerd zijn. Ongedocumenteerde migranten hebben recht op medisch noodzakelijke zorg. Wat deze zorg inhoudt, verschilt per individu en kan alleen worden vastgesteld door een behandelend arts. De financiële regeling waarmee zorgverleners gecompenseerd worden voor zorg aan ongedocumenteerde patiënten, is ruim maar in een aantal gevallen beperkter dan de zorg die, op basis van medische richtlijnen, verleend zou moeten worden. Daarbij wordt de betaalplicht boven het zorgrecht gesteld. Dit is niet realistisch aangezien ongedocumenteerden structureel worden uitgesloten van sociale rechten en voorzieningen, zoals een zorgverzekering en een inkomen. In de praktijk betekent dit dat een aantal ongedocumenteerden geen toegang heeft tot medisch noodzakelijke zorg die buiten het basispakket, de Wlz of de publieke (jeugd)gezondheidszorg valt

II. ZORGPLICHT IN THEORIE EN PRAKTIJK

Zorgverleners hebben een zorgplicht en een beroepseed, en mogen geen onderscheid maken tussen patiënten op basis van individuele kenmerken. Deze zorgplicht wordt op de proef gesteld in gevallen waar medisch noodzakelijke zorg niet voor declaratie in aanmerking komt en de patiënt niet voor de zorg kan betalen. Dit plaatst zorgverleners voor moeilijke dilemma's en in de praktijk worden hierdoor concessies gedaan. Het gebeurt dat de zorgverlener (inclusief dokters- en polikliniekassistenten en administratief personeel) besluit om een patiënt niet in de praktijk in te schrijven of een andere behandeling uit te voeren dan dat zij of hij bij een verzekerde zou doen.

III. KWETSBAARHEID VERSUS ZELFREDZAAMHEID

In het huidige gezondheidszorgsysteem en de uitvoering hiervan wordt uitgegaan van de

zelfredzaamheid van mensen waarbij een nadruk ligt op de eigen verantwoordelijkheid. Dit komt bijvoorbeeld tot uiting in het overheidsbesluit om de inzet van een professionele tolken in de zorg niet te vergoeden. De Regeling onverzekerbare vreemdelingen waarbij de zorg in principe zelf betaald moet worden, vereist een grote mate van gezondheidsvaardigheden van (ongedocumenteerde) patiënten die betalingsonmachtig zijn. Het vraagt veel zelfredzaamheid om in het huidige stelsel aanspraak te maken op zorg als iemand niet verzekerd is, waarbij het gebrek aan kennis bij zorgverleners en baliepersoneel én bij ongedocumenteerden zelf over bestaande regelingen een grote rol speelt. Bij deze laatste groep speelt ook angst mee om in beeld van de autoriteiten te komen. Zij voelen zich niet in een positie om voor hun rechten op te komen. Juist mensen die kwetsbaar zijn en minder zelfredzaam vanwege lichamelijke, psychische of andere problematiek, ondervinden hierdoor een grote barrière in de toegang tot zorg. Op deze manier maakt politiek beleid, dat gericht is op zelfredzaamheid, mensen die in een marginale positie verkeren nóg kwetsbaarder.

IV. DE VERANTWOORDELIJKHEID VAN OVERHEID, MEDISCHE BEROEPSORGANISATIES EN MAATSCHAPPELIJKE ORGANISATIES

Volgens (inter)nationale wetgeving is de Nederlandse overheid verplicht om het recht op gezondheid en de toegang tot zorg voor ongedocumenteerden te waarborgen. Indien in de praktijk blijkt, dat er niches zijn in de waarborging van deze rechten, zwakt het maatschappelijk middenveld de gevolgen hiervan vaak af. Deze situatie kan leiden tot een verschuiving van verantwoordelijkheden van overheid en medische beroepsorganisaties naar niet-gouvernementele organisaties. Bovendien is het voor (lokale) niet-gouvernementele organisaties (ngo's) niet gemakkelijk om gesignaleerde problemen systematisch en op landelijk niveau te monitoren. Daarnaast zijn zij sterk afhankelijk van financiering door bijvoorbeeld fondsen, gemeentelijke ondersteuning en de inzet van vrijwilligers, wat een risicofactor vormt voor een stabiel en duurzaam hulpaanbod. De positieve kant is dat ngo's kunnen inspelen op de specifieke behoeftes van subpopulaties. Deze organisaties kunnen zich onafhankelijk en laagdrempelig opstellen waardoor zorgbarrières aan de kant van de ongedocumenteerde patiënt (zoals taal- en cultuurverschillen, het ontbreken van informatie en de angst voor ontdekking) makkelijker kunnen worden overbrugd. Zo spelen steunorganisaties, waaronder Dokters van de Wereld, een rol als intermediair tussen kwetsbare ongedocumenteerde mensen en de reguliere zorg en het bieden van laagdrempelige psychosociale ondersteuning. Dokters van de Wereld heeft ook een rol op zich genomen met betrekking tot het informeren van zorgverleners. De balans tussen verantwoordelijkheden van de overheid en beroepsorganisaties en de taken die non-gouvernementele taken (noodgedwongen) op zich nemen, zou onderwerp van discussie kunnen zijn.

V. INTERNATIONALE MENSENRECHTEN EN HET NEDERLANDSE MIGRATIEBELEID

Nederland heeft het Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (IVESCR) geratificeerd. Nederland heeft de ambitie de *Sustainable Development Goals* (SDGs) in 2030 te behalen en pleit wereldwijd en op nationaal niveau voor gezondheidszorg voor iedereen, het tegengaan van armoede en honger, het verbeteren van toegang tot water en sanitaire voorzieningen, gelijke rechten voor mannen en vrouwen en empowerment van vrouwen en meisjes.

Wanneer het gaat om ongedocumenteerde migranten in Nederland zien we echter dat het Koppelingsbeginsel een aantal rechten voortvloeiend uit het IVESCR inperkt. We zien hier de spanning tussen het migratiebeleid en een mensenrechtenbenadering. Kwetsbare ongedocumenteerde mensen verkeren veelal in een instabiele woonsituatie en in een aantal gevallen onder erbarmelijke omstandigheden. Omdat ongedocumenteerden niet mogen werken en geen recht hebben op sociale voorzieningen, is het voor hen die het niet lukt zwart te werken, bijzonder moeilijk om over het minimum aan bestaansmiddelen te beschikken, laat staan een adequate levensstandaard. Het recht

op een zo hoog mogelijke mate van gezondheid wordt hierdoor niet gewaarborgd. Als het om ongedocumenteerde kinderen gaat, staan rechten vanuit het Kinderrechtenverdrag onder druk. Ook concluderen wij dat er ondanks een overheidsinspanning om medisch noodzakelijke zorg toegankelijk te maken voor ongedocumenteerden, sprake is van structurele barrières in de toegang tot zorg. Zo zien wij een tegenstrijdigheid tussen enerzijds het ontbreken van waarborging van het recht voor ongedocumenteerde vrouwen op abortus, op anticonceptie en op voorlichting hierover, en anderzijds de oprichting van She Decides en het feit dat universele toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidsdiensten een speerpunt is binnen de Nederlandse ontwikkelingssamenwerking. Wij signaleren ook dat vreemdelingendetentie, binnen het migratiebeleid in principe een uiterste maatregel, veelvuldig wordt toegepast en de gezondheidsbelangen van mensen zonder verblijfsrecht schaadt.

VI. ONRECHTMATIG VERBLIJF

Voortvloeiend uit discussiepunt V kunnen wij stellen dat de meeste in dit rapport besproken barrières rond het recht op de hoogst haalbare mate van gezondheid en op gezondheidszorg, terug te voeren zijn op het ontbreken van verblijfsrecht. Wij zien een beleid dat uitgaat van een zwart-wit beeld van de werkelijkheid: als je niet mag blijven, heb je de mogelijkheid om uit Nederland te vertrekken. Uit onderzoek en uit onze ervaringen met cliënten die een beroep doen op de diensten van Dokters van de Wereld, blijkt de werkelijkheid echter veelkleurig. Ieder mens draagt een geschiedenis met zich mee, iedereen heeft een verhaal. Motieven om te vertrekken uit eigen land en uiteindelijk, ook zonder formele toestemming, in Nederland te verblijven, zijn divers. Mensen hebben vaak goede redenen om niet te vertrekken uit Nederland, ondanks dat zij hier in de marges van de maatschappij leven met het risico in vreemdelingendetentie geplaatst te worden. Wij zien ook mensen die vanwege de situatie waarin zij verkeren, nauwelijks in staat zijn een afweging te maken.

Daarbij kan de vraag gesteld worden of veel ingezet moet worden op het verbeteren van het zorgsysteem voor ongedocumenteerden, of dat de energie gestoken moet worden in het werken aan alternatieven gericht op inclusie in de samenleving indien terugkeer in het individuele geval niet mogelijk blijkt.

VII. ANDERE KWETSBARE MENSEN IN NEDERLAND

Bij de hulpverlening aan ongedocumenteerde migranten signaleert Dokters van de Wereld dat ook toegang tot zorg voor andere kwetsbare groepen in Nederland niet gewaarborgd is. Zieke mensen uit andere EU-landen, voornamelijk afkomstig uit Oost-Europese landen, vormen een extra kwetsbare groep omdat zorgverleners hiervoor zeer beperkt zorgkosten kunnen declareren (alleen acute zorg). Maar ook vluchtelingen met een asielstatus, dak- en thuislozen en Nederlanders met een minimuminkomen worden geconfronteerd met kwetsbaarheden en barrières in de toegang tot zorg die in een aantal gevallen overlappen met die van de groep ongedocumenteerde migranten. Hierbij spreken we over zorg buiten het basispakket zoals anticonceptie, mondzorg en fysiotherapie en over eigen bijdragen voor zorg. Maar ook over de zelfredzaamheid die van mensen verwacht wordt, wat in een aantal gevallen gezien de kwetsbare situatie van een aantal groepen niet realistisch is. Juist bij kwetsbare groepen zijn gezondheidsvaardigheden niet optimaal aanwezig.

6.3 OPROEPEN VAN DOKTERS VAN DE WERELD

Op basis van de conclusies en deze beschouwingen, roept Dokters van de Wereld met betrekking tot ongedocumenteerde migranten op tot:

- **Het waarborgen van een adequate levensstandaard met mogelijkheden tot persoonlijke ontwikkeling en toekomstperspectief**
- **Het waarborgen van (financiële) toegang tot medisch noodzakelijke zorg zoals gedefinieerd in *Arts en Vreemdeling* (2007), met name:**
 - mondzorg
 - passende zorg bij psychische en psychiatrische problemen
 - anticonceptie, abortuszorg en toegang tot bevolkingsonderzoeken
 - zorg uit de WMO (Wet maatschappelijke ondersteuning)
- **Het beter toerusten van zorgverleners voor zorg aan deze groep door met name:**
 - een betere informatievoorziening over het recht op zorg voor ongedocumenteerden
 - het verminderen van praktische barrières door bijvoorbeeld het aanbieden van vergoeding van tolkendiensten
 - meer bewustwording van de hulpverlenersplicht jegens ongedocumenteerde patiënten
- **Het verbeteren van de informatievoorziening aan ongedocumenteerden over met name:**
 - het recht op zorg
 - de mogelijkheden voor de toegang tot zorg in Nederland
 - het beroepsgeheim van medische professionals
- **Structurele verandering van het huidige systeem van vreemdelingendetentie door met name:**
 - het wettelijk vastleggen dat voorkómen van detentie, met name van kwetsbare mensen, het uitgangspunt is
 - het aanpassen van het regime zodat het geen gelijkenis meer heeft met een strafrechtelijk regime
 - de rechten van mensen die op medische gronden in de isolatiecel komen, op dezelfde wijze te waarborgen als in de GGZ

7 LITERATUURLIJST

- Aan de slag! (z.d.). Activering ongedocumenteerden. Geraadpleegd op 22 januari 2018 van <http://iedereen-aande-slag.nl/>
- AchterstandsOndersteuningsFonds. (z.d.). Anderstaligen. Geraadpleegd op 23 december 2017 van [https://www.aof-amsterdam.nl/index.php/projecten/anderstaligen?filter_tag\[0\]=](https://www.aof-amsterdam.nl/index.php/projecten/anderstaligen?filter_tag[0]=)
- Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken (2018a). *Vooronderzoek Bed, Bad, Brood*. <https://acvz.org/wp-content/uploads/2018/02/Brief-en-Verslag-verkennend-onderzoek-BBB.pdf>
- Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken (ACVZ), de Nationale ombudsman (Ombudsman), & College voor de Rechten van de Mens (CRM). (2015). *Medische zorg aan ongedocumenteerden: aanbevelingen*. <https://acvz.org/wp-content/uploads/2015/12/Aanbevelingen-Zorgeloos-op-straat.pdf>
- Aldridge, R. W., Miller, A. K., Jakubowski, B., Pereira, L., Fille, F., & Noret, I. (2017). *Falling through the Cracks: The Failure of Universal Healthcare Coverage in Europe* (European Network to Reduce Vulnerabilities in Health Observatory Report.). <https://mdmeuroblog.wordpress.com/resources/publications/>
- Amnesty International. (2018a). *Geen cellen en handboeien! Het beginsel van minimale beperkingen in het regime vreemdelingendetentie*. https://www.amnesty.nl/content/uploads/2018/02/AMN_18_05_Rapport-Geen-cellen-en-handboeien-DEF-web.pdf?x36925
- Amnesty International. (2018b). *Het recht op vrijheid. Vreemdelingendetentie: het ultimatum remedium-beginsel*. https://www.amnesty.nl/content/uploads/2018/02/AMN_18_08_Rapport-het-recht-op-vrijheid-DEF-web-1.pdf?x36925
- Amnesty International, Dokters van de Wereld en Stichting LOS - Meldpunt Vreemdelingendetentie. (2016a). *Opsluiten of beschermen? Kwetsbare mensen in vreemdelingendetentie*. Te downloaden via http://doktersvandewereld.org/wp-content/uploads/2018/06/201604_Opsluiten_of_beschermen.pdf
- Amnesty International, Dokters van de Wereld en Stichting LOS - Meldpunt Vreemdelingendetentie. (2016b). *Brand in het Detentiecentrum Rotterdam 25 mei 2016*. Te downloaden via https://doktersvandewereld.org/wp-content/uploads/2018/06/20160525_Brand_detentiecentrum_Rotterdam.pdf
- Amnesty International - Stichting LOS. (2017). *Valse hoop of bittere noodzaak opvang van mensen zonder verblijfsrecht*. https://www.amnesty.nl/content/uploads/2017/05/Def-AMN_17_13-Rapport-Opvang-mensen-zonder-verblijfsrecht-WEB-1.pdf?x56589
- Amnesty International, Stichting LOS - Meldpunt Vreemdelingendetentie en Dokters van de Wereld. (2014). *Geketende zorg. Gezondheidszorgen in vreemdelingendetentie*. http://doktersvandewereld.org/wp-content/uploads/2018/06/201405_Geketende_Zorg.pdf
- Amnesty International, Stichting LOS - Meldpunt Vreemdelingendetentie en Dokters van de Wereld. (2015). *Isolatie in vreemdelingendetentie*. https://doktersvandewereld.org/wp-content/uploads/2018/06/201503_Isolatie_in_vreemdelingendetentie.pdf
- ASKV. (z.d.). Activering en Dagbesteding. Geraadpleegd op 4 mei 2018, van <http://www.askv.nl/wat-doen-we/pao/pao-trajecten/>
- Avance. (2018). *Leefomstandigheden van kinderen in asielzoekerscentra en gezinslocaties. Onderzoek uitgevoerd in opdracht van het COA en de Werkgroep Kind in azc*. http://www.kind-in-azc.nl/wp-content/uploads/2018/06/1-en-2_online-002.pdf
- Besluit Jeugdwet. (2014). *Besluit Jeugdwet*. <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035779/2017-02-28>
- Björnberg, A. (2018). *Euro Health Consumer Index 2017 Report* (Health Consumer Powerhouse). <https://health-powerhouse.com/publications/>
- British Medical Association. (2017). *Locked up, locked out: health and human rights in immigration detention*. <https://www.bma.org.uk/-/media/files/pdfs/collective%20voice/policy%20research/ethics/locked-up-locked-out-immigration-detention-report-bma-2017.pdf?la=en>
- CAK. (z.d. A). Regeling onverzekerbare vreemdelingen. Geraadpleegd van <https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/on-verzekerbare-vreemdelingen>
- CAK. (z.d. B). Regeling onverzekerden. Geraadpleegd op 1 februari 2018, van <https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/regeling-onverzekerden-broninhouders>
- CAK. (z.d. C). Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden. Geraadpleegd op 1 februari 2018, van <https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/regeling-onverzekerde-verzekeringsplichtigen>
- Carmiggelt, B., & Zwiijgers, P. (2017). *Definities Jeugdgezondheidszorg*. In *Beeld, In Zorg en Bereik*. (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)). <https://assets.ncj.nl/docs/2b35420f-46d2-465a-a466-a31e4ce852df.pdf>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2017, 17 februari). Ruim 700 euro eigen betalingen aan zorg in 2015. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/07/ruim-700-euro-eigen-betalingen-aan-zorg-in-2015>
- Centrale Raad van Beroep. (2017). Terechte afwijzing CIZ aanvraag omdat CIZ niet bevoegd was appellante te indiceren aangezien zij geen verzekerde is (ECLI:NL:CRVB:2017:492). <https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:CRVB:2017:492>
- College voor de Rechten van de Mens. (2017). *Jaarlijkse Rapportage Mensenrechten in Nederland 2016: armoede, sociale uitsluiting en mensenrechten*. <http://zoekservice.mensenrechten.nl/StippWebDLL/Resources/Handlers/DownloadBestand.ashx?id=3597>
- De Kinderombudsman. (2016). *Kinderrechtenmonitor 2016*. <https://www.dekinderombudsman.nl/ul/cms/fck-uploaded/Kinderrechtenmonitor2016.pdf>
- De Nationale ombudsman. (2013). *Medische zorg vreemdelingen. Over toegang en continuïteit van medische zorg voor asielzoekers en uitgeprocedeerde asielzoekers*. <https://www.nationaleombudsman.nl/uploads/2013-125-rapport-medische-zorg-vreemdelingen-webversie-0.pdf>
- De Nationale Ombudsman. (2015). *Zorg over de grenzen. Rapport naar aanleiding van een klacht over het bureau medische advisering*. <https://www.nationaleombudsman.nl/system/files/rapport/Rapport%202015-053%20BMA%20en%20IND%20webversie.pdf>

- De Regenboog Groep. (z.d.). Buitenlanders. Geraadpleegd op 3 december 2017, van <https://www.deregenboog.org/internationaal>
- Derckx, V. (2017a). Medische zorg aan irreguliere migranten: een status quo. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 41 (2), p. 121-134.
- Derckx, V. (2017b). Tandheelkundige zorg aan irreguliere migranten: de juridische context. Onderzoek uitgevoerd op aanvraag van Dokters van de Wereld. http://doktersvandewereld.org/wp-content/uploads/2018/06/20170913-Tandheelkundige_zorg_aan_irreguliere_migranten.pdf
- Dokters van de Wereld. (2008). *De Stille Doorbreken. Over toegang tot zorg voor ongedocumenteerden in Nederland*. http://doktersvandewereld.org/wp-content/uploads/2018/06/200701-De_stille_doorbreken.pdf
- Dokters van de Wereld. (2009). *Niet vergeten! Bevindingen en aanbevelingen van het MEDOC-project. Project voor toegang tot zorg voor ongedocumenteerde migranten in Nederland*. http://doktersvandewereld.org/wp-content/uploads/2018/06/200912-Niet_Vergeten.pdf
- Dokters van de Wereld. (2016a). *Status Quo. Een literatuurstudie naar gezondheidsdeterminanten van ongedocumenteerde migranten in Europa en hun toegang tot zorg in Nederland*. (Auteurs: I. van Beijnum, M. van Midde, I. Neevel, M. Oostvogels, S. Schimmel, S. Roëll en K. Vleugels). <http://doktersvandewereld.org/wp-content/uploads/2018/06/20170227-Literatuuronderzoek.pdf>
- Dokters van de Wereld (2016b). *Input for mister Zeid Ra'ad Al Hussein, UN High Commissioner of Human Rights*. Intern document.
- Dokters van de Wereld (2017a). *Evaluatierapport Friendly Network van tandartsen in Amsterdam*, (Auteurs M. van Midde en I. Hesse). Intern document.
- Dokters van de Wereld (2017b). *Toegang tot mondzorg voor ongedocumenteerde migranten in Nederland. Een overzicht van lokale particuliere initiatieven*. Auteurs L. van de Langenberg & M. van Midde. https://doktersvandewereld.org/wp-content/uploads/2018/06/20171012-Overzicht_particuliere_mondzorg_initiatieven.pdf
- Dokters van de Wereld. (2017c). *Kader Individuele Hulpverlening*. (Intern werkdocument).
- Dunnink, G. (2010). *Standpunt Bereik van de jeugdgezondheidszorg (RIVM)*. <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/295001015.pdf>
- Dutch CEDAW Network. (2016). *Unfinished Business – Women's Rights in The Netherlands* (Shadow report by Dutch NGOs and CSOs). <https://www.vn-vrouwenverdrag.nl/wp-content/uploads/Schaduwrapportage-2.0-DEF.pdf>
- European Commission. (2017a). *Commission Recommendation of 7.3.2017 on making returns more effective when implementing the Directive 2008/115/EC of the European Parliament and of the Council*. https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/policies/european-agenda-migration/20170302_commission_recommendation_on_making_returns_more_effective_en.pdf
- European Commission. (2017b). Residency Documents and formalities. Geraadpleegd op 1 februari 2018, van https://europa.eu/youreurope/citizens/residence/documents-formalities/index_en.htm
- European Network to reduce vulnerabilities in health (2017). Annex 1 to the framework partnership agreement (HP-FPA-OG). Intern document.
- FIOM (z.d.). Cijfers en feiten. Graadpleegd op 4 februari 2018 van <https://fiom.nl/kenniscollectie/ongewenste-zwangerschap/cijfers-en-feiten>
- FNV Bondgenoten. (2009). *Je rechten als huishoudelijke hulp bij een privépersoon thuis* (Brochure). <https://loonwijzer.nl/documents/brochure-fnv-je-rechten-als-huishoudelijke-hulp>
- Fransen, M. P., Harris, V. C., & Essink-Bot, M. L. (2013). Beperkte gezondheidsvaardigheden bij patiënten van allochtone herkomst. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 157 (A5581), 1-6. <https://www.ntvg.nl/system/files/publications/a5581.pdf>
- GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. (2017). Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 390 (10091), 231-266. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30818-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30818-8)
- Gemeente Amsterdam. (z.j.). *Beleidsvoorschriften Werk, Participatie en Inkomen. Hoofdstuk 4 Specifieke aanvragers*. Geraadpleegd op 22 april 2018 van <https://www.amsterdam.nl/beleidwerkeninkomen/4-specifieke/>
- Gezondheidsraad. (2012). *De mondzorg van morgen*. https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/201204Mondzorg_0.pdf
- GGD GHOR Kennisnet. (2017). Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden. <https://www.ggdghorkennisnet.nl/thema/personen-met-verward-gedrag/nieuws/7392-subsidieregeling-medisch-noodzakelijke-zorg-aan-onverzekerden>
- GGD-GHOR. (z.d.). Kwartiermakers voor de landelijke uitrol Nu Niet Zwanger. Vacaturetekst geraadpleegd op 4 april 2018 <https://www.ggdghorkennisnet.nl/?file=39015&m=1519039591&action=file.download>
- GGD Hart voor Brabant. (2017). Programma 'Nu Niet Zwanger'. <https://www.ggdhvb.nl/professionals/over-de-ggd/programma-nu-niet-zwanger>
- Goudsmit, S., & Dute, J. (2017). Inzet tolk is een mensenrecht. *Medisch Contact*, 20, 22-23.
- Grabovschi, C., Loignon, C., & Fortin, M. (2013). Mapping the Concept of Vulnerability Related to Health Care Disparities: a Scoping Review. *BMC Health Services Research*, 13(94), 1-11. Doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-94>
- GroenLinks Utrecht. (2018, 8 februari). Initiatiefvoorstel GroenLinks aangenomen: Utrecht krijgt cursussen voor ongedocumenteerden. <https://utrecht.groenlinks.nl/nieuws/initiatiefvoorstel-groenlinks-aangenomen-utrecht-krijgt-cursussen-voor-ongedocumenteerden-0>
- ILegaalkind.nl. (z.d.). Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Geraadpleegd op 7 februari 2018, van <http://www.ilegaalkind.nl/?pageAlias=hoofd&mainId=57&id=225&setNivo=3>
- Immigratie- en Naturalisatiedienst (z.j.). EU/EER-onderdanen of Zwitsers. Geraadpleegd op 15 december 2017, van <https://ind.nl/eu-eer/Paginas/EUEER-onderdanen-of-Zwitsers.aspx>

- International Detention Coalition. (2015). *There are Alternatives. A handbook for preventing Unnecessary Immigration Detention, revised edition*. <https://idcoalition.org/publication/there-are-alternatives-revised-edition/>
- International Organization for Migration. (2017). *World Migration Report 2018* (Geneva: International Organization for Migration). https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2018_en.pdf
- International Organization for Migration. (2018). Key Migration Terms. <https://www.iom.int/key-migration-terms>
- International Organization for Migration. (z.d. A). Global Compact for Migration. Geraadpleegd op 11 april 2018, van <https://www.iom.int/global-compact-migration>
- International Organization for Migration. (z.d. B). *The Health of Migrants* (Global Compact Thematic Paper). Geraadpleegd op 24 maart 2018 van <https://www.iom.int/iom-thematic-papers>
- Johannes Wier Stichting voor gezondheidszorg en mensenrechten. (2017). *Brochure Medisch noodzakelijke zorg voor ongedocumenteerden*. <https://www.johannes-wier.nl/wp/wp-content/uploads/2017/11/Brochure-medisch-noodzakelijke-zorg.docx.pdf>
- Johannes Wier Stichting voor gezondheidszorg en mensenrechten. (z.d.). *E-learning cursus Gezondheidszorg voor ongedocumenteerden*. Geraadpleegd op 17 november 2017 van <https://www.johannes-wier.nl/documentatie/e-cursus-gezondheidszorg-voor-ongedocumenteerden/>
- Kalverboer, M. E. & Zijlstra, A. E. (2006). *De schade die kinderen oplopen als zij na langdurig verblijf in Nederland gedwongen worden uitgezet*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen. <https://www.rug.nl/research/study-centre-for-children-migration-and-law/publications/schadenota.pdf>
- Karamali, N., Bindraban, C., & Van der Meer, I. (2016). *Neemt het aantal onverzekerde zwangeren in Den Haag toe? Resultaten van korte interviews met vier verloskundigen in Den Haag* (GGD Haaglanden).
- Kinderrechtencollectief. (2014). *Kinderrechten in Nederland. De vierde ngo-rapportage van het Kinderrechtencollectief aan het VN-Kinderrechtencomité*. <https://www.kinderrechten.nl/assets/2016/11/433.pdf>
- Klaver, J., Telli, S., & Witvliet, M. (2015). *Terugkeer van vertrekplichtige vreemdelingen. Een verkenning van interventies om zelfstandige terugkeer te stimuleren*. Amsterdam: Regioplan beleidsonderzoek. WODC. <https://www.wodc.nl/binaries/2492-volledige-tekst-tcm28-73703.pdf>
- Klazinga, N.S., Bloemen, E.J.J.M., van Buuren, J.J.M., Göker, E., Kortmann, F.A.M., Legemate, J. Pronk, C.C. & Schwarz, R.V. (2007). *Arts en vreemdeling. Rapport van de Commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen*. <http://www.pharos.nl/documents/doc/webshop/arts-en-vreemdeling-rapport.pdf>
- Klok-Nentjes, S., Tramper-Stranders, G. A., Van Dam-Bakke, E. D. M., & Beldman, J. (2018). Undocumented children in the Amsterdam region: an analysis of health, school, and living circumstances. *European Journal of Pediatrics*, 2018, 1432-1076. doi: <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3148-4>
- KNMG (2005). Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Versie 3.0. <https://www.knmg.nl/pdf/behandelingsovereenkomst/>
- KNMG. (z.d.). Asielzoekers en ongedocumenteerde vreemdelingen. Geraadpleegd op 14 maart 2018 van <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/asielzoekers-en-ongedocumenteerde-vreemdelingen.htm>
- KNMG. (2013). Gedragsregels voor artsen. II 2.01Richtlijn. Versie 3.1 <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/gedragsregels-van-artsen.htm>
- KNMT. (2000). *Gedragsregels voor tandartsen*. <https://www.knmt.nl/sites/default/files/media-root/gedragsregels.pdf>
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. (2016). *Position Paper Fysiotherapie*. https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vereniging/documentatie/kngf_position_paper_fysiotherapie.pdf
- Kramer, S., Hoogsteder, M., Olsman, E., & Van Willigen, L. (2015). *Handreiking ethische dilemma's in de GGZ voor asielzoekers* (Uitgave van Johannes Wier Stichting voor gezondheidszorg en mensenrechten). <https://www.johannes-wier.nl/wp/wp-content/uploads/2013/11/JWS-handreiking-rev.pdf>
- Kromhout, M. H. C., Wubs, H., & Beenackers, E. M. T. H. (2008). *Illegaal verblijf in Nederland. Een literatuuronderzoek* (Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum). <https://www.wodc.nl/binaries/ca-hier-2008-3-volledige-tekst-tcm28-70022.pdf>
- Kromhout, M., van Buuren, A. R., Kloppenburg, R., van Doorn, L. & van Os, C. (2014). Kinderen buiten beeld. Een onderzoek naar de woon- en leefsituatie van ongedocumenteerde kinderen. Utrecht: Stichting LOS. <https://www.lowan.nl/wp-content/uploads/2014/09/Rapport-Kinderen-buiten-beeld.pdf>
- Laban, C. J., Gernaat, H. B. P. E., Komproe, I. H., Schreuders, B. A., & De Jong, J. T. (2005). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47(11), 743-752.
- Leerkes, A., Galloway, M., & Kromhout, M. (2010). *Kiezen tussen twee kwaden. Determinanten van blijf- en terugkeerintenties onder (bijna) uitgeprocedeerde asielmigranten* (Cahiers 2010-05. WODC). <https://www.wodc.nl/onderzoeksdatabase/de-resultaten-en-het-effect-van-de-projecten-met-medefinanciering-uit-het-europees-vluchtelingenfonds-ii.aspx>
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12 (18), 1-9. doi: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Loketgezondleven.nl. (z.d. A). Preventie in de Jeugdwet. Geraadpleegd op 18 februari 2018, van <https://www.loketgezondleven.nl/preventie-jeugdwet>
- Loketgezondleven.nl. (z.d. B). Preventie in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. Geraadpleegd op 12 februari 2018, van <https://www.loketgezondleven.nl/preventie-het-zorgstelselpreventie-vijf-stelsel-wetten/preventie-wmo-2015>
- Loketgezondleven.nl. (z.d. C). Preventie in de Wet publieke gezondheid. Geraadpleegd op 18 februari 2018, van <https://www.loketgezondleven.nl/preventie-het-zorgstelselpreventie-vijf-stelsel-wetten/preventie-wpg>
- MajestyTV (2017). *Doctors of the World providing health care for people without residence permit*. 15 oktober 2017. <https://www.youtube.com/watch?v=6BcxQ3fHdME&feature=youtu.be>
- Médecins du Monde the Netherlands & Médecins Sans Frontières Holland. (2014). *Assessment of unmet needs regarding access to health care of undocumented persons in the Netherlands*. Amsterdam: Dokters van de Wereld en Artsen zonder Grenzen. www.doktersvandewereld.org
- Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2017). *Herziening Zorgstelsel* (Reactie Systeemadvies fysio- en oefentherapie, brief aan Tweede Kamer). <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29689-805.html>

- Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2018). *Rapportage Vreemdelingenketen Periode januari–december 2017*. <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2018/04/30/rapportage-vreemdelingenketen-periode-januari-december-2017/Vreemdelingenketen+jan-dec+2017.pdf>
- Ministerie van Veiligheid en Justitie (2013). *Kabinetsreactie onderzoek Nationale ombudsman naar de medische zorg voor vreemdelingen* (Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie F. Teeven en Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport E.I. Schippers). Directoraat-Generaal Vreemdelingen zaken Directie Migratiebeleid. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2013/12/03/kabinetsreactie-onderzoek-nationale-ombudsman-naar-de-medische-zorg-voor-vreemdelingen>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2014a). *Verzekerdenmonitor 2014* (Directie Zorgverzekeringen). <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-391367>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2014b). *Subsidieregeling abortusklinieken* (Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 29 juli 2014, kenmerk 641412-123384 PG, houdende regels voor de subsidiëring van abortusklinieken). <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035433/2018-01-01>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2014c). *Brief van de minister van VWS* (Brief aan de Tweede Kamer inzake financiering van abortusklinieken). <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035433/2018-01-01>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016a). Directie Zorgverzekeringen. *Reactie op de aanbevelingen uit het rapport 'Zorgeloos op straat'* (Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport E.I. Schippers). <https://acvz.org/wp-content/uploads/2016/03/20160308-Reactie-Schippers-op-rapport-Zorgeloos-op-straat.pdf>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2016b). *Het Nederlandse zorgstelsel*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2016/02/09/het-nederlandse-zorgstelsel>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2017a). *Rijksbegroting 2018. XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/begrotingen/2017/09/19/xvi-volksgezondheid-welzijn-en-sport-rijksbegroting-2018/XVI-VWS.pdf>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2017b). *Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 15 februari 2017, kenmerk 997477-153689-Z, houdende regels voor de subsidieverstreking aan zorgaanbieders voor het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden)*. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2017-10332.html>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018) *Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden. 1 maart 2018*. <http://wetten.overheid.nl/BWBR0039230/2018-03-01>
- Muižnieks, N. (2014). *Report by Nils Muižnieks, Council of Europe Commissioner for Human Rights, following his visit to the Netherlands, from 20 to 22 May 2014* (The Commissioner - CommDH(2014)18). <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=2244481&Site=COE>
- Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen. (2016). *Prostitutie en mensenhandel* (Den Haag: Nationaal Rapporteur). https://www.nationaalrapporteur.nl/binaries/Prostitutie%20%26%20mensenhandel_Nationaal%20Rapporteur_interactief_tcm23-233408.pdf
- Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen. (2017). *Mensenhandel. Tiende rapportage van de Nationaal Rapporteur*. [https://www.nationaalrapporteur.nl/binaries/Nationaal%20Rapporteur%20\(2017\)%20Tiende%20rapportage%20mensenhandel_interactief_tcm23-288257.pdf](https://www.nationaalrapporteur.nl/binaries/Nationaal%20Rapporteur%20(2017)%20Tiende%20rapportage%20mensenhandel_interactief_tcm23-288257.pdf)
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2016). *NHG-Praktijkhandleiding Baarmoederhalskanker. Bevolkingsonderzoek en diagnostiek*. https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/nhg_praktijkhandleiding_baarmoederhalskanker_nov_2016_web.pdf
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2017). *Brief aan de leden van de Vaste commissie Volksgezondheid, Welzijn en Sport* (Brief van 5 december 2017, kenmerk: dir/17-088/HvdH/AtB/mvdb). https://www.vumc.nl/4978246/64522/20769661/20769665/Brief_Hoogleraren_aan_Kamerleden.pdf
- Nederlands Instituut van Psychologen. (z.d. A). Vluchtelingen en ongedocumenteerden. Geraadpleegd op 2 maart 2018 van <https://www.psynip.nl/actueel/themas/thema/vluchtelingen-en-ongedocumenteerden/>
- Nederlands Instituut van Psychologen. (z.d. B). Centrale commissie Culturele diversiteit en psychologie. Doel. Geraadpleegd op 2 maart 2018 van <https://www.psynip.nl/sectoren-secties/intersector/interculturalisatie/doel-interculturalisatie/>
- Nederlands Juristen Comité voor de Mensenrechten (NJCM), redactie. (2016a). *Joint Parallel Report to the Sixth Periodic Report of the Netherlands on the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (E/C.12/NLD/6)*. https://www.johannes-wier.nl/wp/wp-content/uploads/2016/09/NJCM-JointNGO_CESCR-Parallel-Report-2016.pdf
- Nederlands Juristen Comité voor de Mensenrechten (NJCM). (2016b). *Dutch NGOs contribution to the List of Issues prior to the submission of the Fifth Periodic Report by the Netherlands on the International Convention on Civil and Political Rights* (Ingediend namens Defence for Children, Dokters van de Wereld, FairWork, Ieder(in), Johannes Wier Foundation for Health and Human Rights, Justice and Peace, Stichting OCAN, Vereniging Vrouw en Recht). <https://njcm.nl/wp-content/uploads/2016/12/Dutch-Section-of-the-International-Commission-of-Jurists-List-of-Issues-ICCPR-DEF.pdf>
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. (z.d.). NSCK-signalering Kinderen van vluchtelingen. Geraadpleegd op 15 januari 2018 van <https://www.nvk.nl/Onderzoek/NSCK/Nu-melden>
- Nibud. (2016). *Zorguitgaven van chronisch zieken en mensen met een beperking in 2011 en 2016 vergeleken*. [https://iederin.nl/downloads/dl.php?l=998_Hoge_zorgkosten_in_2011_en_2016_\(002\).pdf](https://iederin.nl/downloads/dl.php?l=998_Hoge_zorgkosten_in_2011_en_2016_(002).pdf)
- Pannetier, J., Ravalihasy, A., Lydié, N., Lert, F., & Desgrées du Loû, A. (2018). Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-Saharan African migrant women in France: an analysis of the ANRS-PARCOURS retrospective population-based study. *The Lancet Public Health*, 3 (January), 16-23. doi: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30211-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30211-6)

- Pharos. (2016). *Factsheet Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden*. www.pharos.nl/documents/doc/factsheet_beperkte%20gezondheidsvaardigheden_en_laaggeletterdheid.pdf
- Pharos. (z.d. A). Gezondheidsverschillen.. Geraadpleegd op 7 december 2017, van Gezondheidsverschillen. <http://www.pharos.nl/nl/over-pharos/gezondheidsverschillen>
- Pharos. (z.d. B). Ouderen en gezondheid. Geraadpleegd op 19 januari 2018 van <http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/ouderen-en-gezondheid/ouderen-en-gezondheid>
- Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and Postdisplacement Factors associated with Mental health of Refugees and Internally Displaced Persons: a Meta-Analysis.. *The Journal of the American Medical Association*, 294(5), 602-612.
- Post, H. A., Poulus, J. T. M., Van Galen, J., & Van Staalduinen, W. H. (2012). *Wonen, zorggebruik en verhuisgedrag van ouderen : Een kwantitatieve analyse* (TNO rapport TNO 2012 R10797). <http://publications.tno.nl/publication/102731/II/Egzh/TNO-2012-R10797.pdf>
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2009). *Begrippenkader*. <https://www.raadvr.nl/uploads/docs/Begrippenkader.pdf>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2017). Zorguitgaven. Hoe ontwikkelen zich de zorguitgaven in de toekomst? Geraadpleegd op 8 januari 2018, van <https://www.vtv2018.nl/zorguitgaven>
- Rijksoverheid. (2017). *Vertrouwen in de toekomst. Regeerakkoord 2017 – 2021. VVD, CDA, D66 en ChristenUnie*. <https://www.rijksoverheid.nl/regering/documenten/publicaties/2017/10/10/regeerakkoord-2017-vertrouwen-in-de-toekomst>
- Rijksoverheid. (z.d.). Seksuele en reproductieve gezondheid en rechten. Geraadpleegd op 2 februari 2018 van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ontwikkelingssamenwerking/nederlands-beleid-ontwikkelingssamenwerking/seksuele-en-reproductieve-gezondheid-en-rechten>
- Ryman, F. V. M., Erisman, J. C., Darvey, L. M., Osborne, J., Swartsenburg, E., & Syurina, E. V. (2018). Health Effects of the Relocation of Patients With Dementia: A Scoping Review to Inform Medical and Policy Decision-Making. *The Gerontologist*, 00(00), 1-9. doi:10.1093/geront/gny031. Een abstract is te downloaden van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29718293>
- Scally, T. (2017). *Ontwikkelingsmogelijkheden voor ongedocumenteerden. Naar een duurzame toekomst voor mensen zonder status* (Initiatiefvoorstel, GroenLinks). https://utrecht.groenlinks.nl/sites/groenlinks.nl/files/downloads/newsarticle/Strekte%20ter%20vervanging%20Initiatiefvoorstel%20Bijlage%20Nota%20Ontwikkelingsmogelijkheden%20voor%20Ongedocumenteerden%20track%20changes_0.pdf
- Schoevers, M. A. (2011). *"Hiding and Seeking". Health problems and problems in accessing health care of undocumented female immigrants in the Netherlands* (Proefschrift). http://mighealth.net/nl/images/0/05/Proefschrift_Schoevers.pdf
- She Decides. (z.d.). Achtergrond. Geraadpleegd op 5 januari 2018 van van <https://www.shedecides.nl/achtergrond.html>
- Stichting LOS. (z.d. A). Onderwijs en opvoeding. Geraadpleegd op 2 februari 2018, van <http://www.stichtinglos.nl/content/onderwijs-en-opvoeding>
- Stichting LOS. (z.d. B). Zorgtoeslag en huurtoeslag. Geraadpleegd op 15 februari van <http://www.stichtinglos.nl/content/zorgtoeslag-en-huurtoeslag>
- Temizkan, F. (2016). *Access to Health Care for Undocumented Migrants with a Referral from 'Dokters van de Wereld' in the Netherlands* (Bachelor Thesis Gezondheid en Leven, Vrije Universiteit Amsterdam).
- Teunissen, H. (2016). *Involving migrants in shaping their primary care*. Enschede, Nederland: Ipskamp. <http://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/160818/160818.pdf?sequence=1>
- Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, 34 309, nr. 3. (2015). *Memorie van Toelichting. Regels met betrekking tot de terugkeer van vreemdelingen en vreemdelingenbewaring (Wet terugkeer en vreemdelingenbewaring)* (Bijlage: Technische informatie over de publicatie Advies Dokters van de wereld). <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-592405>
- UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). (2000). *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant)*, 11 August 2000, E/C.12/2000/4. <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>
- UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). (2016a). *General Comment No. 22 (2016) on the Right to sexual and reproductive health*. <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=17168&LangID=E>
- UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights. (2016b). *List of issues in relation to the sixth periodic report of the Kingdom of the Netherlands (E/C.12/NLD/Q/6, 14 October)*. http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CESCR/Shared%20Documents/NLD/E_C12_NLD_Q_6_25630_E.doc
- UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights. (2017). *Concluding observations on the sixth periodic report of the Netherlands (E/C.12/NLD/CO/6)*. <https://www.johannes-wier.nl/wp/wp-content/uploads/2017/11/IVESCR-Concluding-Observations-2017.pdf>
- UN General Assembly. (1966). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 16 December 1966*. <http://www.refworld.org/docid/3ae6b36c0.html>
- UN General Assembly. (1979). *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women* (United Nations, Treaty Series, vol. 1249, p. 13). <http://www.refworld.org/docid/3ae6b3970.html>
- UN General Assembly. (1989). *Convention on the Rights of the Child* (United Nations, Treaty Series, vol. 1577, p. 3). <http://www.refworld.org/docid/3ae6b38f0.html>
- UN General Assembly. (2015). *Transforming our world : the 2030 Agenda for Sustainable Development (A/RES/70/1)*. <http://www.refworld.org/docid/57b6e3e44.html>
- UN High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2011). *Back to Basics: The Right to Liberty and Security of Person and 'Alternatives to Detention' of Refugees, Asylum-Seekers, Stateless Persons and Other Migrants* (PPLA/2011/01.Rev.1). <http://www.refworld.org/pdfid/4dc935fd2.pdf>
- UN Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). (2015a). *Information Series on Sexual and Reproductive Health and Rights. Contraception and Family Planning*. http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Contra_FamPlan_WEB.pdf

- UN Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). (2015b). *Information Series On Sexual And Reproductive Health And Rights. Abortion*. http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Abortion_WEB.pdf
- UN Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. (2014). *The Economic, Social and Cultural Rights of Migrants in an Irregular Situation* (HR/PUB/14/1). www.ohchr.org/Documents/Publications/HR-PUB-14-1_en.pdf
- Van der Heijden, P. G. M., Cruyff, M., & Van Gils, G. H. C. (2015). *Schatting illegaal in Nederland verblijvende vluchtelingen*. (Utrecht: Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatiecentrum). https://www.wodc.nl/binaries/2402-volledige-tekst_tcm28-73349.pdf
- Veenema, T., Wiegers, T., & Devillé, W. (2009). *Toegankelijkheid van gezondheidszorg voor 'illegalen' in Nederland: een update* (Nivel). <https://www.nivel.nl/node/2430?database=ChoicePublicat&preref=1001787>
- Verenigde Naties. (1948). *Universele Verklaring van de Rechten van de Mens*. <https://www.amnesty.nl/encyclopedie/universele-verklaring-van-de-rechten-van-de-mens-uvm-volledige-tekst>
- Watjer, R., Van Rosmalen, J., & Janmaat, L. (2016). *Health care seeking practices of undocumented migrants in the Netherlands: a qualitative exploration of health care seeking behaviour* (Masterscriptie, Vrije Universiteit en Dokters van de Wereld). www.doktersvandewereld.org
- Werkgroep Kind in azc. (2014). *'Het is hier in één woord gewoon... stom!; Onderzoek naar het welzijn en perspectief van kinderen en jongeren in gezinslocaties'*. http://www.kind-in-azc.nl/docs/rapport_gezinslocaties.pdf
- World Health Organization. (1948). *Constitution*. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- Wolswinkel, J. (2009). ongedocumenteerde patiënten bij de huisarts. Onderzoek naar de morbiditeit van ongedocumenteerde patiënten en de daaraan gegeven zorg door Nederlandse huisartsen in enkele grote steden. Verslag wetenschapsstage geneeskunde UMC Utrecht. Begeleiding UMC Utrecht, Pharos, UMC St Radboud, LHV. Een uitgave van Pharos. https://www.huisarts-migrant.nl/inhoud/uploads/2011/09/Stageverslag_Wolswinkel_Ongedocumenteerden_huisartsonderzoek_morbiditeit.pdf
- Zorginstituut Nederland. (2015). *9e monitor Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen*. www.lampion.info/documents/doc/9e-monitor-regeling-financiering-zorg-onverzekerbare-vreemdelingen.pdf

8 BIJLAGEN

BIJLAGE 1 VREEMDELINGENWET ARTIKEL 9.1 EN 10

VREEMDELINGENWET 2000²⁰² ARTIKEL 9 LID 1

Onze Minister verschaft aan de vreemdeling, die rechtmatig verblijf heeft op grond van artikel 8, onder a tot en met d, f tot en met h en j tot en met m, en aan de vreemdeling die rechtmatig verblijf heeft op grond van artikel 8, onder e, en gemeenschapsonderdaan is als bedoeld in artikel 1, sub 2°, 4° en 6°, een document of schriftelijke verklaring, waaruit het rechtmatig verblijf blijkt.

VREEMDELINGENWET 2000 ARTIKEL 10

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.

BIJLAGE 2 ZORGVERZEKERINGSWET ARTIKEL 4, 11 EN 122A

ZORGVERZEKERINGSWET ARTIKEL 4²⁰³

5 De zorgverzekeraar verlangt van de vreemdeling, bedoeld in de Vreemdelingenwet 2000, voor wie hem wordt verzocht een zorgverzekering te sluiten, een kopie van het document of de schriftelijke verklaring, bedoeld in artikel 9, eerste lid, van die wet, dat wordt aangemerkt als een bescheid als bedoeld in artikel 4:3, tweede lid, van de Algemene wet bestuursrecht.

ZORGVERZEKERINGSWET ARTIKEL 11

1 De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:

- a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
- b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.

2 In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.

3 Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.

4 In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:

- a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
- b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
- c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.

5 Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

202 <http://wetten.overheid.nl/BWBR0011823/2017-12-16#Hoofdstuk3>

203 <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2018-01-01>

ZORGVERZEKERINGSWET ARTIKEL 122A

1 Het CAK verstrekt bijdragen aan zorgaanbieders die inkomsten derven ten gevolge van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan:

- a. vreemdelingen als bedoeld in artikel 8, onderdelen f of h, van de Vreemdelingenwet 2000, voor zover het betreft vreemdelingen die in afwachting zijn van een beslissing op een aanvraag tot het verlenen van een verblijfsvergunning als bedoeld in artikel 14 van die wet, dan wel vreemdelingen die in afwachting zijn van een beslissing op een bezwaarschrift of een beroepschrift naar aanleiding van een beslissing als hiervoor bedoeld en deze procedure krachtens de Vreemdelingenwet 2000 of op grond van een rechterlijke beslissing in Nederland mogen afwachten, en
- b. vreemdelingen als bedoeld in artikel 10 van de Vreemdelingenwet 2000.

2 Onder medisch noodzakelijke zorg wordt verstaan zorg of overige diensten als bedoeld in artikel 11 van deze wet of in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg, met uitzondering van bij of krachtens algemene maatregel van bestuur aan te wijzen vormen van zorg of diensten, en slechts voor zover de zorgaanbieder verstrekking ervan, gezien de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf van de vreemdeling, medisch noodzakelijk acht.

3 Geen bijdrage wordt verstrekt voor zover de kosten voor de verleende zorg:

- a. op de vreemdeling of een verzekeraar van de vreemdeling kunnen worden verhaald,
- b. op grond van een andere wettelijke bepaling kunnen worden vergoed, of
- c. hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is.

4 Indien zorg is verleend die aan verzekerden doorgaans zonder verwijzing of recept wordt verleend, bedraagt de bijdrage:

- a. 100% van de kosten die verband houden met zwangerschap en bevalling, en
- b. 80% van de kosten in de overige gevallen, voor zover deze kosten niet op grond van het derde lid zijn of kunnen worden betaald of buiten beschouwing dienen te blijven.

5 In bijdragen als bedoeld in het eerste lid voor andere zorg dan de zorg, bedoeld in het vierde lid, wordt voorzien door middel van met het oog op verlening van die zorg tussen het CAK en zorgaanbieders gesloten overeenkomsten.

6 Indien een zorgaanbieder zowel in zorg als bedoeld in het vierde lid als in zorg als bedoeld in het vijfde lid kan voorzien, kan een overeenkomst als bedoeld in het vijfde lid zich tevens uitstrekken over de in het vierde lid bedoelde zorg en kunnen in die overeenkomst van het vierde lid afwijkende afspraken worden gemaakt.

7 Het CAK zendt jaarlijks voor 1 oktober aan Onze Minister een begroting van de kosten van de bijdragen, bedoeld in het eerste lid, voor het volgende kalenderjaar. Indien gedurende het jaar aanmerkelijke verschillen ontstaan of dreigen te ontstaan tussen de werkelijke en de begrote baten en lasten, doet het CAK daarvan onverwijld mededeling aan Onze Minister, onder vermelding van de oorzaak van de verschillen.

8 Het voor de bijdragen in een kalenderjaar beschikbare bedrag wordt voor 1 december van het daaraan voorafgaande jaar door Onze Minister vastgesteld.

9 Het bedrag, bedoeld in het achtste lid, wordt gedekt uit 's Rijks kas en wordt door het CAK afzonderlijk beheerd en geadministreerd.

10 De zorgaanbieder die in aanmerking wenst te komen voor een bijdrage als bedoeld in dit artikel, verstrekt het CAK of door het CAK aangewezen, bij de uitvoering van dit artikel betrokken personen, bij ministeriële regeling te bepalen gegevens die noodzakelijk zijn om het recht op en de omvang van een bijdrage te kunnen vaststellen, dan wel stelt hem deze gegevens voor dit doel voor inzage of het nemen van afschrift ter beschikking.

BIJLAGE 3 WET LANGDURIGE ZORG, WET MAATSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING EN JEUGDWET

WET LANGDURIGE ZORG ARTIKEL 2.1.1 LID 2196

In afwijking van het eerste lid zijn vreemdelingen die niet rechtmatig in Nederland verblijf genieten als bedoeld in artikel 8, onder a tot en met e en l, van de Vreemdelingenwet 2000, niet verzekerd.

WET MAATSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING ARTIKEL 1.1.1 BEGRIPSBEPALINGEN²⁰⁴

In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

-
- algemene voorziening: aanbod van diensten of activiteiten dat, zonder voorafgaand onderzoek naar de behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden van de gebruikers, toegankelijk is en dat is gericht op maatschappelijke ondersteuning;
-
- maatwerkvoorziening: op de behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden van een persoon afgestemd geheel van diensten, hulpmiddelen, woningaanpassingen en andere maatregelen:
- 1°. ten behoeve van zelfredzaamheid, daaronder begrepen kortdurend verblijf in een instelling ter ontlasting van de mantelzorger, het daarvoor noodzakelijke vervoer, alsmede hulpmiddelen, woningaanpassingen en andere maatregelen,
- 2°. ten behoeve van participatie, daaronder begrepen het daarvoor noodzakelijke vervoer, alsmede hulpmiddelen en andere maatregelen,
- 3°. ten behoeve van beschermd wonen en opvang;

WET MAATSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING ARTIKEL 1.2.2

- 1 Een vreemdeling komt voor het verstrekken van een maatwerkvoorziening slechts in aanmerking indien hij rechtmatig verblijf houdt in de zin van artikel 8, onderdelen a tot en met e en l, van de Vreemdelingenwet 2000.
- 2 Een vreemdeling komt in afwijking van het eerste lid niet in aanmerking voor een maatwerkvoorziening bestaande uit opvang in de gevallen, bedoeld in artikel 24, tweede lid, van Richtlijn 2004/38/EG. De eerste volzin is niet van toepassing op opvang in verband met risico's voor de veiligheid van betrokkene als gevolg van huiselijk geweld.
- 3 In afwijking van het eerste of het tweede lid kan worden bepaald dat in bij of krachtens algemene maatregel van bestuur te noemen gevallen, zo nodig in afwijking van artikel 10 van de Vreemdelingenwet 2000, bij of krachtens die maatregel aan te geven categorieën niet rechtmatig in Nederland verblijvende vreemdelingen, geheel of gedeeltelijk in aanmerking komen voor bij die maatregel aan te geven maatwerkvoorzieningen. Het in aanmerking komen voor een maatwerkvoorziening geeft een vreemdeling geen recht op rechtmatig verblijf.
- 4 In de in het derde lid genoemde maatregel kan worden bepaald dat het college zorg draagt voor het verstrekken van bij die maatregel aangewezen voorzieningen.

JEUGDWET ARTIKEL 1.3²⁰⁵

- 1 Deze wet is van toepassing op in Nederland verblijvende jeugdigen.
- 2 Het college is gehouden een voorziening te treffen als bedoeld in artikel 2.3, eerste tot en met derde lid, en uitvoering te geven aan artikel 2.4, tweede lid, ten aanzien van rechtmatig in Nederland verblijvende vreemdelingen. Onder vreemdeling wordt in dit artikel verstaan hetgeen daaronder wordt verstaan in de Vreemdelingenwet 2000.
- 3 Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan, in afwijking van het tweede lid, en zo nodig in afwijking van artikel 11 van de Vreemdelingenwet 2000, de verantwoordelijkheid van het college, bedoeld in het tweede lid, voor bij of krachtens die algemene maatregel van bestuur aan te geven categorieën rechtmatig in Nederland verblijvende vreemdelingen worden beperkt, gelet op de aard,

204 <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/2018-01-01>

205 <http://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2018-01-01>

de plaats of de verwachte duur van hun verblijf.

- 4 Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan, in afwijking van het tweede lid, en zo nodig in afwijking van artikel 10 van de Vreemdelingenwet 2000, de verantwoordelijkheid van het college, bedoeld in het tweede lid, geheel of gedeeltelijk worden uitgebreid tot bij of krachtens die algemene maatregel van bestuur aan te geven categorieën niet rechtmatig in Nederland verblijvende vreemdelingen.
- 5 Een voorziening als bedoeld in artikel 2.3, eerste tot en met derde lid, en de uitvoering van artikel 2.4, tweede lid, geeft een vreemdeling geen aanspraak op rechtmatig verblijf.²⁰⁶

²⁰⁶ <http://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2018-01-01>

BIJLAGE 4 BETAALPLICHT EN HULPVERLENINGSPLICHT

In de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst is de betalingsplicht van patiënten ('opdrachtgever') geregeld. Artikel 461 Wgbo luidt: "De opdrachtgever is de hulpverlener loon verschuldigd, behoudens voor zover deze voor zijn werkzaamheden loon ontvangt op grond van het bij of krachtens de wet bepaalde dan wel uit de overeenkomst anders voortvloeit." Volgens het overzichtsartikel van Lampion (landelijk informatie- en adviespunt over de zorg aan ongedocumenteerden) over de zorgplicht van zorgverleners, geldt in principe het beginsel van de contractsvrijheid: de patiënt heeft vrije artskenkeuze en de arts heeft - behalve in noodgevallen - patiëntenkeuze. De contracteervrijheid van de hulpverlener wordt ingeperkt door de hulpverleningsplicht: slechts in bepaalde gevallen kan een zorgverlener patiënten weigeren. Welke gevallen dat zijn is onderwerp van juridische discussie. In ieder geval kan de hulpverlener weigeren als bekend is dat de patiënt niet kan betalen en er geen sprake is van een dringend noodzakelijke behandeling.²⁰⁷

Volgens het KNMG-standpunt over het niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst²⁰⁸ kan een arts niet zonder meer besluiten geen behandelingsovereenkomst met een patiënt aan te gaan. Dat kan slechts indien 1) de professionele verantwoordelijkheid de arts ervan weerhoudt een geneeskundige behandelingsovereenkomst aan te gaan, of als 2) eerdere ervaringen van de arts met de patiënt aanleiding voor de arts zijn geen behandelingsovereenkomst aan te gaan vanwege het ontbreken van een (voldoende) vertrouwensbasis, of als 3) de arts een aanmerkelijk belang heeft bij het niet aangaan van de behandelingsovereenkomst, en wel een groter belang dan het belang van de patiënt bij het aangaan van de overeenkomst. In de toelichting staan een aantal voorbeelden, bijvoorbeeld als de praktijkgrootte het aannemen van nieuwe patiënten met het oog op het verlenen van noodzakelijke zorg niet toelaat. Het niet-verzekerd zijn of betalingsonmacht worden niet genoemd (voor uitgebreidere toelichting zie de tekst van het KNMG-standpunt).

Ook mag de behandelovereenkomst niet zonder goede reden opgezegd worden. Een behandelingsovereenkomst kan worden beëindigd als er voortdurend niet wordt betaald. Een enkele weigering om te betalen is in het algemeen onvoldoende reden voor beëindiging.²⁰⁹

Verder heeft het KNMG gedragsregels vastgelegd die een arts dient te volgen. Deze gedragsregels geven

invulling aan de WGBOnorm 'zorg van een goed hulpverlener'. Uit de KNMG-gedragsregels vloeit voort dat iedereen toegang tot de voor hem of haar noodzakelijke zorg dient te hebben. De arts neemt het belang van de individuele patiënt als uitgangspunt.²¹⁰

Naast gedragsregels en richtlijnen vanuit de beroepsorganisaties en bepalingen uit het civiele recht, is er voor het verlenen van medische hulp in noodsituaties een en ander vastgelegd in het strafrecht. Zie voor een uitgebreide beschrijving het artikel 'Zorgplichten van hulpverleners' op de website van Lampion.²¹¹

Zie ook Derckx (2017b) voor de hulpverleningsplicht voor tandartsen. *In Tandheekkundige zorg aan irreguliere migranten: de juridische context* gaat zij hier uitgebreid op in.

207 <http://www.lampion.info/te-verlenen-zorg/zorgplichten-van-zorgverleners>

208 KNMG, 2005.

209 Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst standpunt V.06 Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst

210 KNMG, 2013

211 <http://www.lampion.info/te-verlenen-zorg/zorgplichten-van-zorgverleners>

BIJLAGE 5 VERGOEDINGEN ZORGKOSTEN

ABORTUS

Indien er medische redenen zijn voor zwangerschapsafbreking, kan deze in een ziekenhuis met vergunning uitgevoerd worden. De abortus wordt dan vergoed vanuit de basisverzekering.

Mocht een vrouw besluiten tot zwangerschapsafbreking om niet-medische redenen, dan kan zij terecht bij abortusklinieken die een vergunning hebben voor het uitvoeren van zwangerschapsafbreking, een handeling die zonder vergunning strafbaar is. Deze abortuszorg wordt, indien de vrouw verzekerd is voor de volksverzekeringen en dus Wlz-verzekerd, vergoed vanuit de 'Subsidieregeling abortusklinieken',²¹² gebaseerd op de Kaderwet VWS-subsidies. Voor 2015 kregen abortusklinieken een subsidie op grond van de AWBZ via de 'Regeling subsidies AWBZ'. Aangezien de minister van mening was dat abortus buiten de reikwijdte van Wlz valt, is gekozen voor deze bekostiging.

ANTICONCEPTIE

Vrouwen jonger dan 21 jaar kunnen in aanmerking komen voor bepaalde vormen van hulpmiddelen voor anticonceptie (pessarium en koperhoudend spiraaltje) en ook contraceptieve geneesmiddelen (zoals de pil, hormoonspiraal) worden vanuit de basisverzekering vergoed.²¹³

Sterilisatie (m/v) valt niet onder de basisverzekering, condooms ook niet.

Voorlichting over alles wat met seks en anticonceptie te maken heeft, is gratis tot 25 jaar.²¹⁴

BEVOLKINGSONDERZOEKEN

Bevolkingsonderzoeken voor minderjarigen vallen onder de Jeugdgezondheidszorg.

De financiering van het bloedonderzoek voor zwangeren (Prenatale Screening Infectieziekten en Erytrocytenimmunisatie) verloopt via het RIVM conform de NZA-tarieven²¹⁵ en is verdisconteerd in de verloskundige tarieven en valt dus binnen het basispakket. De screening op het Down-, Edwards- en Patau-syndroom d.m.v. een combinatietest moet zelf betaald worden (170 Euro). Screening hierop d.m.v. de NIPT ontdekt meer kinderen met en de uitslag van de NIPT klopt vaker dan de uitslag van de combinatietest. Het zit in het basispakket, maar wordt alleen gedaan als vrouwen meedoen aan een wetenschappelijke studie. Deelnemende vrouwen moeten beschikken over een Nederlandse zorgverzekering, dus hierbij worden ongedocumenteerde mensen automatisch geëxcludeerd.

BEVOLKINGSONDERZOEKEN

Voor de bevolkingsonderzoeken naar borstkanker, baarmoederhalskanker en darmkanker geldt dat mensen ingeschreven moeten staan in de Basis Registratie Personen. Er is andersgeen mogelijkheid voor deelname.

BRILLEN EN LENZEN

Gewone brillen of filterbrillen (brillenglazen en montuur) worden niet vergoed. Kunsttranen vallen ook niet onder de hulpmiddelenzorg.

Een verzekerde heeft recht op de vergoeding van lenzen als er sprake is van een medische indicatie voor het dragen van deze lenzen. Veelal is dit het geval bij een hoge refractieafwijking (> 10 dioptrieën); grote verschillen (> 4 dioptrie) in sterkte tussen linker- en rechteroog (anisometropie); sterke cilindervorming (hoog astigmatisme, > 4 dioptrie); keratoconus en hoornvliestransplantatie.

212 Subsidieregeling abortusklinieken, <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035433/2017-01-01>. Zie ook: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2014b

213 <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/a/anticonceptiemiddelen-zvw>

214 <https://www.sense.info/>

215 Informatie via de website van het RIVM http://www.rivm.nl/Onderwerpen/B/Bevolkingsonderzoeken_en_screeningen/Bevolkingsonderzoek_en_u/Welke_bevolkingsonderzoeken_zijn_er#dep en via mailcontact met de persvoorlichter van het RIVM.

Verder zijn er allerhande hulpmiddelen zoals lopen, software ter ondersteuning van communicatie, memorecorders etc. die vallen onder de basisverzekering.²¹⁶

FYSIOTHERAPIE

'Fysiotherapie of oefentherapie is gericht op de behandeling van lichamelijke klachten door bijvoorbeeld een ziekte, ongeval, operatie of aangeboren afwijking. Het heeft tot doel het voorkomen, opheffen of verminderen van beperkingen en is onder andere gericht op pijnbestrijding en verbetering van mobiliteit.'

Volwassenen komen alleen in aanmerking voor behandeling van de aandoeningen die op de chronische lijst staan. De eerste 20 behandelingen zijn voor eigen rekening. Een uitzondering is bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Hiervan worden de eerste negen behandelingen vergoed vanuit de basisverzekering.²¹⁷

Kinderen tot 18 jaar kunnen in aanmerking komen voor vergoeding vanuit de basisverzekering voor behandeling van aandoeningen, ook aandoeningen die niet op de chronische lijst staan. Vergoeding geldt vanaf de eerste behandeling, wel is er een maximum aantal behandelingen.²¹⁸

Er worden naar aanleiding van een advies van Zorginstituut Nederland veranderingen verwacht. Geconstateerd werd dat het huidige systeem leidt tot het uitwijken naar duurdere zorg (bijvoorbeeld operaties en ziekenhuisopnamen) en om uitstel of zelfs het afzien van zorg.²¹⁹ Volgens de beroepsorganisatie van fysiotherapeuten is fysiotherapie zinnige en zuinige zorg die aantoonbaar bijdraagt aan het optimaal kunnen functioneren van mensen (conform WHO's ICF²²⁰). Zij pleit er dan ook voor dat fysiotherapie in het basispakket komt, met vrijstelling van eigen risico, zodat het toegankelijk is voor iedereen die deze zorg nodig heeft.²²¹

Genderbehandelingen

In een Algemene maatregel van bestuur (AMvB) uit 2008 is vastgelegd dat genderbehandelingen niet als medisch noodzakelijke zorg worden beschouwd. Zie verder IVF-behandelingen.

(GENDERGERELATEERD) GEWELD

Vele soorten hulp kunnen nodig zijn in geval van eerder doorgemaakt of actueel geweld. In geval van somatische en psychische zorg geldt dat zorgverleners zorgkosten kunnen declareren zoals eerder beschreven.

Mocht een abortus gewenst zijn, dan is ook bij zwangerschap t.g.v. seksueel geweld, geen vergoeding mogelijk.

Van maatschappelijke opvang zoals een blijf-van-mijn-lijfhuis kan een ongedocumenteerde in principe geen gebruik maken aangezien dit vanuit de WMO bekostigd wordt en daardoor niet toegankelijk voor deze doelgroep.

GGZ

Voor zorg (gedekt door de basisverzekering) vanuit een GGZ-instellingen kan alleen een beroep gedaan worden op de Regeling onverzekerbare vreemdelingen indien zij gecontracteerd zijn. GGZ-instellingen kunnen worden gecontracteerd indien er daadwerkelijk onverzekerbare vreemdelingen in zorg zijn.²²²

Vrijgevestigde GGZ-zorgverleners kunnen geen contract afsluiten met het CAK en zij kunnen derhalve geen zorgkosten voor ongedocumenteerden declareren.

Behandeling van psychische problemen – zonder dat sprake is van een psychische stoornis volgens de

216 <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/v/visuele-hulpmiddelen-zvw>

217 Besluit Zorgverzekering, http://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2017-09-30#Hoofdstuk2_Paragraaf1_Artikel2.6

218 <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/f/fysiotherapie-en-oefentherapie-zvw>

219 Minister van VWS, 2017

220 International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

221 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, 2016).

222 <https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen>

DSM-5²²³ – valt niet onder de geneeskundige GGZ. Indien deze klachten binnen de huisartsenzorg behandeld worden, zo nodig met ondersteuning van een POH-GGZ²²⁴, valt het onder dezelfde regeling als huisartsenzorg. Indien iemand wordt opgenomen in een GGZ-instelling, bijvoorbeeld in een psychiatrisch ziekenhuis of instelling voor verslavingszorg, dekt de basisverzekering in principe alle kosten tot een verblijf van 3 jaar, daarna is er vergoeding vanuit de Wet langdurige zorg.

GGZ-ZORG DIE NIET GEDEKT IS DOOR DE BASISVERZEKERING IS:

1. Behandeling van aanpassingsstoornissen (bijvoorbeeld na echtscheiding, verlies van werk of rouw).²²⁵
2. Geïndiceerde preventie van depressie, paniek- en angst en problematisch alcohol gebruik.²²⁶
3. De behandeling van psychische stoornissen bij jeugdigen. Deze zorg wordt sinds 2015 gefinancierd vanuit de Jeugdwet.²²⁷
4. Psychologische interventies waarvoor geen of onvoldoende wetenschappelijk bewijs is dat deze effectief zijn

HUISARTSENZORG

Alle huisartsen kunnen een beroep doen op de Regeling onverzekerbare vreemdelingen. Maximaal 80% van de oninbare vordering wordt vergoed. Voor een consult mag het passantentarief gerekend worden. Bij zwangerschap en bevalling bedraagt de vergoeding 100% van de oninbare vordering. Een ongedocumenteerde patiënt kan voor ziekenhuiszorg en geneesmiddelen doorverwezen worden naar ziekenhuizen en naar gecontracteerde apotheken.²²⁸

IVF-behandelingen

In een Algemene maatregel van bestuur (AMvB) uit 2008 is vastgelegd dat IVF-behandelingen en genderbehandelingen niet als medisch noodzakelijke zorg worden beschouwd en waarvoor geen 'bijdrage kan worden verstrekt aan zorgaanbieders die inkomsten derven ten gevolge van het verlenen van die zorg aan bepaalde groepen vreemdelingen'. De toelichting bij deze AMvB vermeldt dat deze behandelingen niet moeten worden gestart zolang niet vast staat dat de patiënt langdurig verblijf in Nederland is toegestaan. Omdat 'illegalen per definitie niet rechtmatig verblijven, zijn deze vormen van zorg in deze amvb uitgezonderd'.

INFECTIEZIEKTEN WAARVOOR TESTEN BIJ DE GGD MOGELIJK IS

Geneeskundige zorg in het kader van individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten, zoals verwijzen, diagnosticeren, behandelen en begeleiden (ook) met het oog op bevorderen van de therapietrouw, vallen binnen de basisverzekering.²²⁹ Testen op seksueel overdraagbare aandoeningen op aanvraag van een huisarts of specialist worden bijvoorbeeld vanuit de basisverzekering vergoed. Algemene preventieve maatregelen en bron- en contactopsporing door GGD-en zijn taken op het gebied van collectieve preventie en vallen binnen de Wet publieke gezondheid.

Voor Tuberculosescreening en screening op seksueel overdraagbare aandoeningen bij de GGD, moet wel een indicatie bestaan. Voor het kosteloos afnemen van een HIV-test bij de GGD bijvoorbeeld moet iemand uit een HIV-endemisch gebied komen.

JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Alle jeugdigen in Nederland hebben tot hun 18e verjaardag recht op jeugdgezondheidszorg (JGZ). Het

223 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition, standaardwerk voor classificatie psychische stoornissen.

224 Een POH-GGZ, praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg, heeft meestal een achtergrond in de psychologie, psychiatrie of maatschappelijk werk, bepaalt wat de klachten precies zijn en wat het vervolgtraject wordt, bijvoorbeeld behandeling door POH-ggz of doorverwijzing naar de GGZ of maatschappelijk werk.

225 <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/g/geneeskundige-ggz-zvw>

226 <http://www.psycholoog-en-praktijk.nl/zorgverzekering-ggz/zorgverzekering-en-vergoeding-psycholoog>

227 <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/g/geneeskundige-ggz-zvw>

228 <https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen>

229 <https://www.ggdghorkennisnet.nl/?file=22275&m=1427109237&action=file.download>

doel van de JGZ is bijdragen aan een gezonde en veilige opgroeisituatie van jeugdigen, als individu en als groep. Dit doet de JGZ door voorlichting, vroegtijdige signalering en waar nodig het aanbieden van aanvullende hulp.²³⁰ Ook ongedocumenteerde kinderen hebben recht op gratis JGZ.

Als de geboorte van een kind wordt aangegeven bij een gemeente, wordt de GGD in kennis gesteld zodat de nodige zorg op tijd kan worden gegeven. Via een landelijk netwerk worden kennisgevingen verzonden en bijvoorbeeld in Amsterdam wordt de GGD nog extra bericht.²³¹

LOGOPEDIE, ERGOTHERAPIE EN DIËTETIEK

Logopedie omvat logopedisch zorg mits de zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. Ergotherapie omvat ergotherapeutische zorg, mits deze als doel heeft de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen, tot een maximum van tien behandelingen per kalenderjaar. Diëtetiek omvat dieet-zorg, mits de zorg een geneeskundig doel heeft, tot een maximum van drie behandelingen per kalenderjaar.²³²

HULPMIDDELEN VOOR HET BEWEGINGSSYSTEEM

Hulpmiddelen voor het bewegingssysteem komen in aanmerking voor vergoedingen vanuit de basisverzekering indien er sprake is van een ernstige aandoening. Te denken valt aan korsetten bij afwijkingen aan de wervelkolom, braces en orthopedisch schoeisel (met een eigen bijdrage van 135 E), maar ook (aangepaste) rolstoelen, en hulpmiddelen die ondersteuning bieden bij beperkingen van de functie van hand en arm, en transferhulpmiddelen, toiletstoelen. De basisverzekering vergoedt dit als mensen kortdurend op deze hulpmiddelen zijn aangewezen, in geval van permanent gebruik valt het onder de Wmo.²³³ Eenvoudige hulpmiddelen zoals steunzolen en krukken worden niet vergoed. Bijvoorbeeld krukken of een rollator moeten mensen zelf kopen of huren. Mensen met verblijfsrecht kunnen in aanmerking komen voor bijzondere bijstand vanuit de gemeente als zij het niet kunnen betalen, maar dit geldt niet voor ongedocumenteerde mensen.²³⁴

MEDICATIE BUITEN HET BASISPAKKET

Een deel van de medicatie die mensen gebruiken, valt buiten het basispakket. Het kan hier zowel gaan om vrij verkrijgbare zelfzorgmedicatie als om medicijnen op recept die niet in het basispakket zitten.

MONDZORG

Sinds 2006 is mondzorg grotendeels uit het basispakket verdwenen²³⁵, en in 2009 veranderde de vergoedingsregeling voor ongedocumenteerden. Sindsdien kunnen tandartsen alleen een tegemoetkoming ontvangen voor verleende zorg die onder het basispakket valt.²³⁶

De basisverzekering biedt voor volwassenen geen dekking voor gewone tandartszorg, met uitzondering van de kosten van chirurgische tandheelkundige hulp, uitgevoerd door een kaakchirurg en röntgenonderzoek hiervoor, uitneembare prothesen (kunstgebitten) voor de boven- en/of onderkaak en bijzondere tandheelkunde.

De basisverzekering dekt onder de 18 jaar wel de meeste tandartskosten.²³⁷

Voor zorg uit het basispakket kan maximaal 80% van het bedrag wat mensen niet zelf kunnen betalen, worden vergoed via de Regeling onverzekerbare vreemdelingen.²³⁸

230 <https://www.ncj.nl/over-ncj/organisatie/jeugdgezondheidszorg/>

231 Informatie verkregen van een juridisch medewerker bij een gemeente

232 Besluit Zorgverzekering, http://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2017-09-30#Hoofdstuk2_Paragraaf1_Artikel2.6

233 <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/b/bewegingshulpmiddelen-zvw>

234 Eenvoudige loophulpmiddelen niet meer vergoed. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/zijn-medische-hulpmiddelen-opgenomen-in-het-basispakket>; Bijzondere bijstand <http://www.stichtinglos.nl/content/bijzondere-bijstand>

235 Besluit Zorgverzekering, 28 juni 2005. <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2018-01-01>

236 Derckx, 2017b

237 <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/m/mondzorg>

238 <https://www.hetca.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen>

RIJKSVACCINATIEPROGRAMMA

De vaccinaties voor kinderen worden via het RIVM door de Rijksoverheid (VWS) gefinancierd. In 2019 zal deze financiering overgeheveld worden naar de gemeenten.²³⁹

TOLKENVERGOEDING

Voor asielzoekers in een asielzoekerscentrum, cliënten van de vrouwenopvang en slachtoffers van mensenhandel worden kosten voor een tolk vergoed. Sinds kort geldt ook een beperkte regeling voor tolken voor toegelaten vluchtelingen.

ZIEKENHUISZORG

Onverzekerbare vreemdelingen kunnen bij gecontracteerde ziekenhuizen terecht voor alle ziekenhuiszorg, de zorg wordt vergoed op basis van het contract. Vanaf 1 januari 2018 kan ieder ziekenhuis een overeenkomst met het CAK aangaan voor zorg aan onverzekerbare vreemdelingen.

Ziekenhuizen zonder contract kunnen alleen een bijdrage krijgen voor zorg waarvoor verwijzing of overplaatsing naar een gecontracteerd ziekenhuis niet mogelijk is. Hieronder valt ook acute zorg. De bijdrage bedraagt 80% van de oninbare vordering. Er is één uitzondering: bij zwangerschap en bevalling is geen verwijzing nodig. Dan bedraagt de vergoeding 100%.²⁴⁰

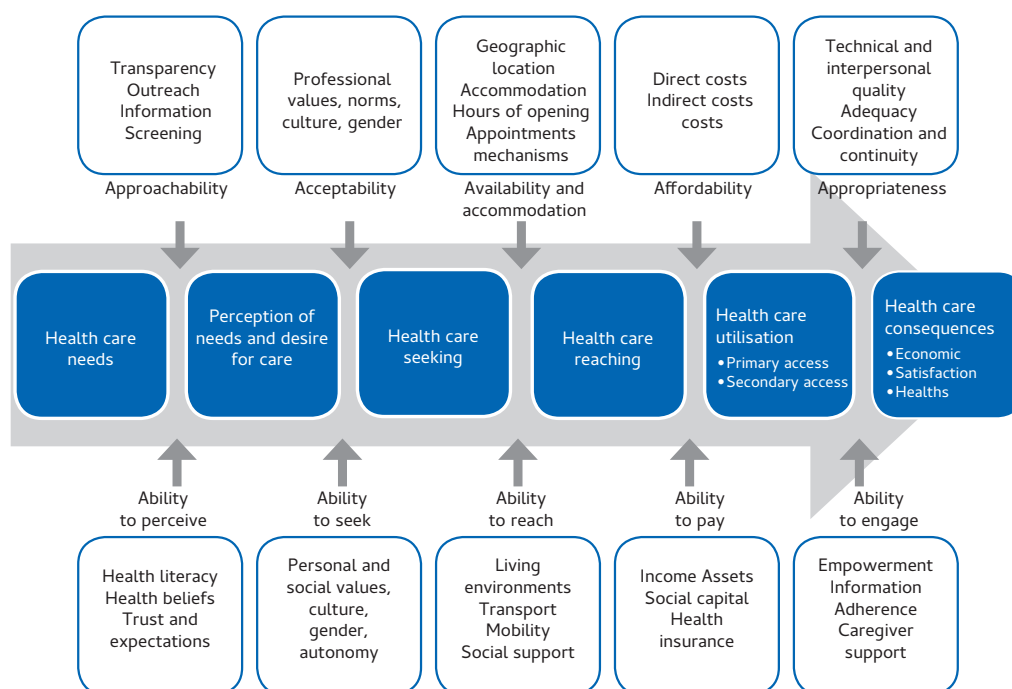
ZORG RONDOM ZWANGERSCHAP EN BEVALLING

Zorgverleners kunnen voor zorg rondom zwangerschap en bevalling 100% vergoeding krijgen via de Regeling onverzekerbare vreemdelingen.

²³⁹ Ministerie van VWS, c2017a, p. 151

²⁴⁰ <https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen/informatie-per-beroepsgroep/ziekenhuis>

BIJLAGE 6 PATIËNTGERICHTE TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG, EEN CONCEPTUEEL MODEL



FIGUUR 26: PATIËNTGERICHTE TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG, EEN CONCEPTUEEL MODEL

Levesque et al.²⁴¹ splitsen de 3 AQ indeling m.b.t. toegankelijkheid van zorg (Availability, Accessibility, Acceptability en Quality zoals beschreven in general comment no 14, zie hoofdstuk 2) nog verder uit. Zij beschrijven juist ook de wisselwerking tussen 'vraag'- en 'aanbodzijde'

Approachability: de mate waarin mensen met gezondheidsbehoeften daadwerkelijk op de hoogte zijn van het bestaan van die zorgvoorzieningen die voor hen relevant zijn, en de mate waarin daadwerkelijk gebruik gemaakt kan worden van deze voorzieningen.

Acceptability: de mate waarin zorgvoorzieningen sociaal en cultureel acceptabel zijn.

Availability and accommodation: de mate waarin zorgvoorzieningen fysiek en op tijd bereikbaar zijn.

Affordability: de mate waarin mensen in staat zijn om tijd en geld te besteden aan zorgvoorzieningen. Dit hangt direct samen met de prijs van voorzieningen maar ook kosten ten gevolge van verlies van inkomen.

Appropriateness: de mate waarin zorgvoorzieningen de zorg bieden waaraan behoefte is, waaronder de technische en interpersoonlijke kwaliteit van de diensten.

Aan de 'vraagzijde' beschrijft Levesque de vermogens waar mensen over moeten kunnen beschikken om de benodigde stappen te kunnen zetten in het verkrijgen van passende zorg, van het kunnen identificeren van zorgbehoeften via het zoeken, bereiken en gebruiken van zorgvoorzieningen naar gevolgen voor de gezondheid. Iemands verblijfsstatus heeft impact op al deze vijf vermogens. Dit geldt ook voor de 'aanbodzijde'. Bereikt outreach vanuit de gezondheidszorg en screening bijvoorbeeld ongedocumenteerde mensen, hoe zit het met de kosten, met de continuïteit van zorg?

241 Levesque, Harris en Russell, 2013

BIJLAGE 7 ALGEMENE GEGEVENS 135 RESPONDENTEN EUROPEAN OBSERVATORY 2016 EN 2017**1.4 GESLACHT**

GESLACHT	
Vrouw	34
Man	101

1.5 LEEFTIJD

LEEFTIJD	
17-21	10
22-26	7
27-31	21
32-36	25
37-41	18
42-46	12
47-51	15
52-56	11
57-61	5
62-66	2
67-71	4
72- 76	1
onbekend	4

1.6 NATIONALITEIT

TOP 15 NATIONALITEIT RESPONDENTEN	
Marokko	15
Nigeria	12
Eritrea	11
Egypte	9
Ethiopië	8
Irak	8
Guinee	7
Algerije	6
Ghana	6
Filipijnen	6
Suriname	6
Afghanistan	3
Ivoorkust	3
Libië	3
Soedan	3
Overig	22
Onbekend	7

1.7 VERBLIJFSSTATUS

VERBLIJFSSTATUS	
Ongedocumenteerd	110
Asielzoekers	14
Verblijfsstatus	5
Onbekend	6

1.8 ASIELVERLEDEN

ASIELVERLEDEN?	
Uitgeprocedeerd	65
In procedure	12
Nog niet ingediend	5
Dublinregulering	2
Heeft asiel gekregen	2
Asiel gekregen in ander EU land	1
Geen	48



