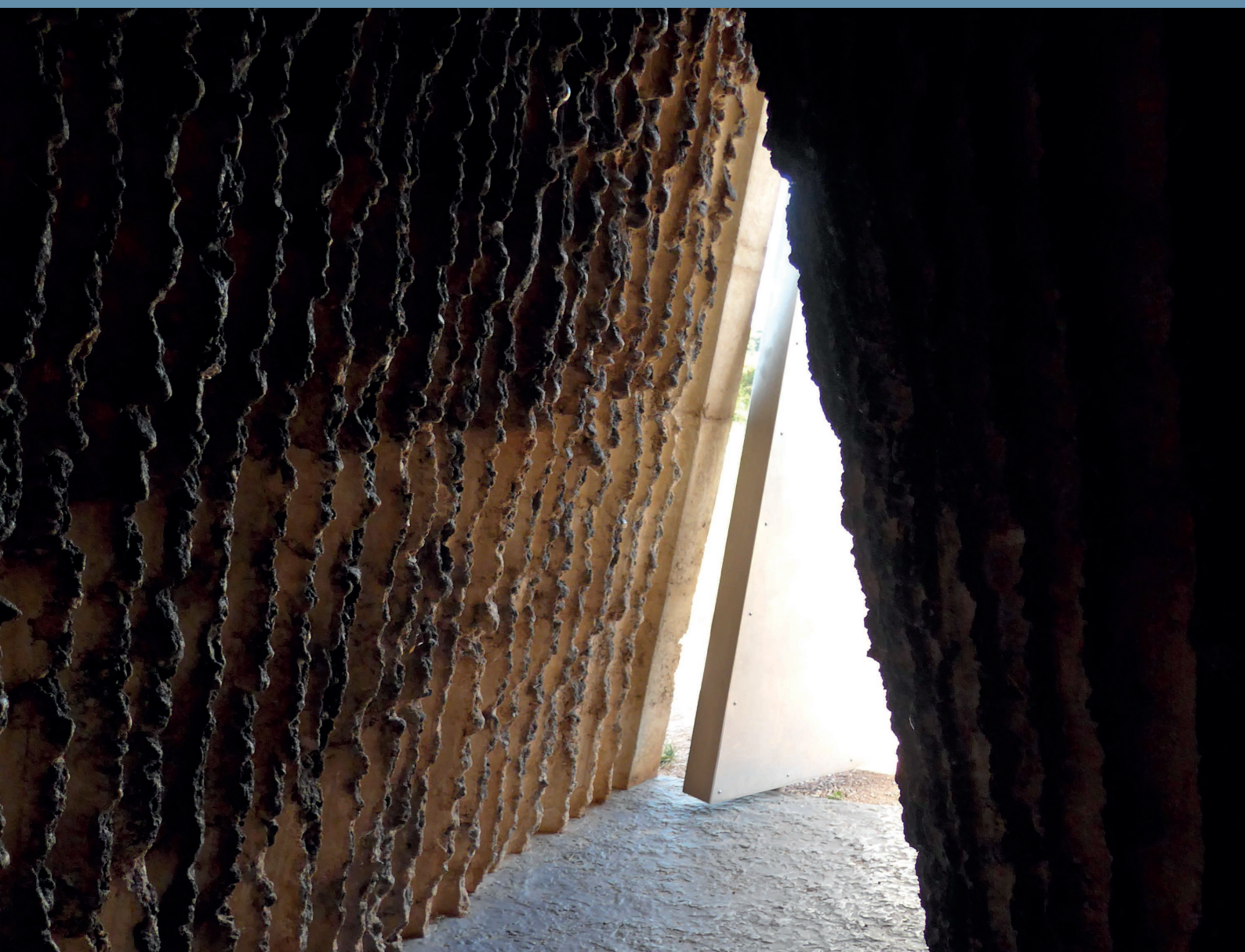


Toegang tot zorg voor ongedocumenteerde migranten

Wat helpt om zorg te krijgen?



Inhoud

Samenvatting en conclusies	3
Inleiding	6
1 Wat is bekend?	8
A. De gezondheid van ongedocumenteerden	8
B. Financiële regeling	8
C. Medisch noodzakelijke zorg	9
D. Toegang tot zorg	10
E. Hulpzoekgedrag	11
2 Wat helpt om (toegang tot) zorg te verkrijgen?	12
A. Begeleiden	12
B. Informeren van ongedocumenteerden	13
C. Informeren van zorgverleners en zorginstellingen	14
D. Bemiddelen bij het verkrijgen van zorg	14
E. Relatie met de gemeente	16
3 Ervaringen met zorgverleners	18
A. Huisarts	18
B. Verloskundige	18
C. Geestelijke gezondheidszorg (ggz)	19
D. Apotheek	20
E. Tandarts	21
F. Ziekenhuis	22
Tot slot	24

Samenvatting en conclusies

Ongedocumenteerde migranten met medische problemen hebben recht op zorg, ondanks het feit dat zij zich niet kunnen verzekeren tegen zorgkosten. Er is een regeling voor zorgverleners om de misgelopen kosten te declareren. Toch zijn er signalen dat het niet alle ongedocumenteerden makkelijk lukt om de juiste medische zorg te verkrijgen. Er is veel aandacht voor situaties waarin de toegang tot zorg voor ongedocumenteerden niet of moeilijk tot stand komt. De aanleiding voor deze publicatie is dat Pharos benieuwd was naar welke handelwijzen van begeleiders en organisaties bijdragen aan het wel verkrijgen van zorg. Dat is de focus van deze infosheet. Naast gegevens uit de literatuur is de input uit interviews met vertegenwoordigers van steunorganisaties die de opvang en begeleiding van ongedocumenteerden verzorgen, hierbij van grote waarde geweest.

Deze informatie is bedoeld voor begeleiders van ongedocumenteerden en voor anderen die met deze groep te maken hebben.

Aanpak

Voor deze infosheet is gebruikgemaakt van de beschikbare literatuur en van de praktijkkennis en ervaringen van medewerkers van 17 steunorganisaties voor ongedocumenteerden en uitgeprocedeerde asielzoekers die zijn geïnterviewd. Centraal staat de vraag wat bijdraagt aan de toegang tot en de kwaliteit van zorg voor hun cliënten.

De steunorganisaties werken vaak met vrijwilligers en zorgen voor opvang en begeleiding van ongedocumenteerde cliënten, die vanwege hun (uitgeprocedeerde) status uitgesloten worden van reguliere voorzieningen zoals huisvesting en de zorgverzekering. Deze organisaties spelen ook een belangrijke rol in de toeleiding naar zorg. Zij zoeken naar oplossingen als de zorg lastig tot stand komt of niet mogelijk lijkt. Deze oplossingen dragen bij aan de toegang van ongedocumenteerden tot de zorg.

Toegankelijkheid

Uit de literatuur komt naar voren dat de toegang voor ongedocumenteerden tot bepaalde zorgverleners (huisarts, apotheek, verloskundige, ziekenhuis) als redelijk tot goed wordt benoemd en de toegang tot andere zorgverleners

(tandarts, ggz) als matig tot slecht. De interviews met de steunorganisaties bevestigen dit beeld.

De toegankelijkheid van de zorg voor ongedocumenteerden kent nog steeds drempels. Die toegankelijkheid hangt af van verschillende factoren die voortdurend aan verandering onderhevig zijn, zoals de aanwezigheid of het verdwijnen van betrokken mensen, veranderingen in de regelgeving, de beschikbaarheid van subsidies en giften, en de welwillendheid van hulpverleners.

De toegankelijkheid van de zorg verschilt per regio. In sommige regio's loopt het beter dan in andere. Ook verschilt de toegang per zorgsoort. Dat wil zeggen dat waar in de ene regio de toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg gewaarborgd is, in een andere regio juist de toegang tot de tandartsenzorg goed geregeld is. Ook werken sommige organisaties met vaste artsen of een vaste tandarts, terwijl dit elders niet lukt. Over het algemeen kan worden geconcludeerd dat de huisartsenzorg als goed toegankelijk wordt beschouwd.

Op basis van onderzoek en praktijkervaringen zijn er factoren te benoemen die helpen bij het toegankelijker en beter maken van de zorg. Voor al deze factoren geldt dat de aanwezigheid van begeleiders met passie en doorzettingsvermogen doorslaggevend zijn voor het succes. Deze infosheet geeft inzicht in de mogelijkheden die zijn gecreëerd en de lessen die hieruit kunnen worden getrokken.

Werkzame elementen

Uit de literatuur en de interviews zijn de volgende werkwijze elementen gedestilleerd die een positieve invloed kunnen hebben op het vergroten van de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor ongedocumenteerden. Veel van deze elementen worden in de praktijk al op diverse plekken gehanteerd.

- Zorg ervoor dat **gezondheid een onderwerp is van de begeleiding**, ook als er vooralsnog geen medische of psychische klachten zijn. Dit helpt om in een vroeg stadium gezondheidsproblemen te signaleren en aan te pakken.
- Heb **extra aandacht voor ongedocumenteerden die ziek zijn** en/of in medische behandeling zijn. Monitoren of die behandeling loopt, helpt om te voorkomen dat hier dingen misgaan.

- Weet dat in de begeleiding van ongedocumenteerden **het geven van informatie over gezondheid en zorg continu nodig is** en erbij hoort. Het gaat dan onder andere om informatie over zaken als rechten en plichten in de zorg, assertief zijn en voor jezelf opkomen, afspraken maken en nakomen, en zich voorbereiden op vragen die aan een ongedocumenteerde kunnen worden gesteld.
- Aanvaard dat **het geven van informatie aan zorgverleners en zorginstellingen** een permanent onderdeel is van het begeleiden van ongedocumenteerden naar de zorg. Dit vraagt voortdurend tijd en volharding. Het gaat dan onder andere om informatie over het recht op zorg, over medisch noodzakelijke zorg en over de financiële regeling.
- Zorg dat je als steunorganisatie kunt beschikken over **schriftelijk informatiemateriaal** dat antwoord geeft op veelvoorkomende vragen. Je kunt dit geven aan zorgverleners die vragen hebben én aan ongedocumenteerden die naar zorgverleners toegaan. Deze informatie kan ook worden gebruikt voor een presentatie of een bericht in een interne nieuwsbrief van een zorginstelling.
- Beschouw **bemiddeling naar zorg** als een regulier onderdeel van de begeleiding van ongedocumenteerden. Gebruik deze bemiddeling om contacten met zorgverleners te verbeteren of op te bouwen.
- Zoek **een of meerdere betrokken huisartsen** met hart voor deze doelgroep, die kunnen helpen met pleitbezorging binnen de medische wereld en zo nodig kunnen bemiddelen bij stagnerende zorg.
- Korte, **persoonlijke lijnen met hulpverleners** vergroten de toegang tot de zorg doordat zorgverleners makkelijker kunnen worden aangesproken op hun zorgplicht.
- Het **meegaan als begeleider naar een afspraak** die een ongedocumenteerde heeft met een zorgverlener kan – zeker de eerste keer – nuttig zijn, om uitleg te geven, administratieve hindernissen weg te nemen en contacten te leggen met een instelling of zorgverlener.
- Probeer ook **medewerkers met een achtergrond of ervaring in de zorg** aan te trekken. Die kunnen helpen bij het signaleren en inschatten van medische klachten en het monitoren van de zorg. Ook kunnen zij effectiever contacten leggen met zorgverleners en eventueel bemiddelen.

- Investeer in **goede contacten met de gemeente**. Dit helpt op velerlei gebied, en zeker ook als er op het gebied van (toegang) tot de zorg zaken niet goed lopen.
- Het is nuttig als belangrijke zorgverleners en instellingen af en toe **met elkaar overleggen** over structurele aspecten van de (toegankelijkheid van de) zorg aan ongedocumenteerden.

Wat helpt?

Ten aanzien van de verschillende beroepsgroepen en zorgsoorten zijn de volgende zaken relevant voor begeleiders om hen te helpen bij het bewerkstelligen van zorg voor ongedocumenteerden.

Huisarts

- Investeer in goed contact met huisartsenpraktijken die affiniteit hebben met deze doelgroep.
- Informeer huisartsen in de gemeente/regio over de zorg aan ongedocumenteerden en de financiële regeling.
- Betrek huisartsen bij signalen over minder toegankelijke zorgsoorten.

Verloskundige

- Zorg voor een goede relatie met een of meerdere praktijken van verloskundigen.
- Maak zwangerschap en anticonceptie tot onderwerp van de begeleiding van vrouwen.

Ggz

- Investeer als steunorganisatie in een goed contact met een ggz-instelling.
- Overleg of de gemeente en de GGD kunnen helpen om toegang tot de ggz te krijgen.
- Kijk of je als steunorganisatie kunt helpen om betrouwbare informele tolken te regelen.

Apotheek

- Zorg voor een goed contact met een apotheek die een contract heeft met het CAK voor de levering van medicatie aan deze doelgroep.
- Als het bespreken van klachten over de medicijnvoorziening niet helpt, bespreek dit dan met het CAK, zodat zij dit kunnen aankaarten bij de apotheek.
- Probeer afspraken te maken met de gemeente over de betaling van de eigen bijdrage.

- Als dit niet lukt, zoek dan andere fondsen of regel aandacht of politieke druk.

Tandarts

- Agendeer de tandartsenzorg voor ongedocumenteerden bij lokale tandartsen.
- Betrek de gemeente en GGD hierbij, vraag om hun hulp en bemiddeling.
- Probeer een financieel potje te regelen met hulp van de gemeente en fondsen.
- Ga mee met je cliënten naar een tandartsafspraken. Dit draagt bij aan een goede relatie met de tandartsen en aan hun bereidheid tot zorgverlening.

Ziekenhuis

- Blijf ziekenhuizen informeren over het recht op medische zorg van ongedocumenteerden en de financiële regeling.
- Bespreek het met een ziekenhuis als een ongedocumenteerde rekeningen krijgt, aangezien dit niet effectief is.
- Overleg bij permanente haperingen in de zorgverlening met het management, specialisten, de klachtenfunctionaris of de patiëntenraad.
- Werk samen met een (verwijzende) huisarts, dit helpt om serieuzer te worden genomen.
- Begeleid cliënten persoonlijk naar afspraken; dit draagt bij aan het vertrouwen dat er geen misbruik wordt gemaakt van de zorg en stroomlijnt het proces voor hen.

In de zorg voor ongedocumenteerden speelt het begrip medische noodzakelijke zorg een centrale rol. De commissie Medische zorg aan (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen, ook wel de commissie-Klazinga genoemd, heeft in 2007 richtlijnen gemaakt voor alle artsen over het medisch handelen bij illegale, onverzekerbare vreemdelingen.¹ Deze richtlijnen maken duidelijk dat de verschillende professionele gedragsregels en juridische kaders geen onderscheid

toelaten tussen mensen als het gaat om het verlenen van gezondheidszorg. In de praktijk zijn niet alle hulpverleners en instellingen op de hoogte van de definitie van medisch noodzakelijke zorg en de toepassing van dit begrip voor hun praktijk. Er circuleren omschrijvingen van de te leveren zorg die beperkter zijn dan de hierboven beschreven definitie. Dit leidt dan logischerwijs tot een beperktere toegankelijkheid.

De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg, ook voor ongedocumenteerde migranten, ligt primair bij professionals en zorginstellingen. Maar in de praktijk zijn begeleiders en steunorganisaties belangrijk voor ongedocumenteerden om toegang te krijgen tot de zorg. Nederland heeft op basis van internationale verdragen de plicht om ieder mens in geval van ziekte geneeskundige hulp en verzorging te bieden. Dit sluit aan bij de missie die Pharos hanteert, namelijk toegang en kwaliteit van zorg voor iedereen. Dit is in lijn met de adviezen van het College voor de Rechten van de Mens, de Nationale Ombudsman en de Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken die aandringen op een duidelijkere regierol van de overheid ten aanzien van de zorg voor ongedocumenteerden.²

1 KNMG, LHV, et al. (2007). *Arts en Vreemdeling. Rapport van de commissie Medische zorg aan (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen (Commissie Klazinga)*. Utrecht: KNMG, LHV, NVvP, Orde van Medisch specialisten, Pharos.

2 Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken, de Nationale Ombudsman en het College voor de Rechten van de Mens (2015). *Verslag en aanbevelingen bij bijeenkomst 'Zorgeloos op straat', 16 juni 2015*. <https://acvz.org/wp-content/uploads/2015/12/Verslag-bijeenkomst-Zorgeloos-op-straat.pdf>

Inleiding

Vreemdelingen die niet rechtmatig in Nederland verblijven en niet over verblijfsdocumenten beschikken noemen we ongedocumenteerden. Soms worden ze ook illegale vreemdelingen genoemd. Een deel van hen is uitgeprocedeerde asielzoeker. Het aantal ongedocumenteerden in Nederland wordt geschat op ongeveer 35.000.³ Nieuwe schattingen aan de hand van aangepaste methoden zijn in de maak.⁴

Nederland kent een regeling om medische zorg voor ongedocumenteerden te vergoeden.⁵

Deze regeling wordt over het algemeen als doeltreffend beoordeeld en werkt in de praktijk naar tevredenheid.⁶ Maar hoewel het duidelijk is dat de Nederlandse gezondheidszorg in beginsel toegankelijk is voor ongedocumenteerde migranten, kan de toegang voor hen tot de zorg niet in alle gevallen worden gewaarborgd.⁷ Er zijn permanent signalen over de problemen die ongedocumenteerden ervaren bij het verkrijgen van medische zorg.⁸ Het gaat hierbij zowel om de toegang tot zorg als de kwaliteit van zorg. Onduidelijk is hoe deze signalen zich verhouden tot de toegang tot zorg en de zorgcontacten die wel naar tevredenheid verlopen. Het ontbreekt ook aan zicht op initiatieven en werkwijzen die bijdragen aan de toegang tot en de kwaliteit van zorg.

De afgelopen jaren heeft de gemeentelijke opvang van ongedocumenteerden een impuls gekregen in de vorm van de bed-bad-brood (BBB)-regeling, naast de al bestaande opvangvoorzieningen vanuit de steun- en op-

vangorganisaties (hierna steunorganisaties genoemd). Bij steunorganisaties gaat het om organisaties die hulp bieden aan migranten zonder verblijfsvergunning. Sommige organisaties beschikken over eigen huisvestingsplekken voor ongedocumenteerden, andere bemiddelen hierbij. Allen houden zich bezig met juridische hulpverlening en met vormen van psychosociale hulp en begeleiding. De meeste steunorganisaties bevinden zich in de grotere steden en in de Randstad. Dit zijn ook de plaatsen waar de meeste ongedocumenteerden zich bevinden.

De afgelopen jaren is er lang politieke onduidelijkheid geweest over de opvang van uitgeprocedeerde asielzoekers en andere ongedocumenteerden en de rol van de rijksoverheid en gemeentelijke overheid hierbij. Dit heeft mede bijgedragen aan het feit dat deze infosheet later uitkomt dan gepland.

De rijksoverheid overlegt nu met de gemeenten over het opzetten van de zogenaamde Landelijke Vreemdelingenvoorzieningen (LVV).⁹ Het lijkt erop dat de opvangplekken en begeleidingstaken van steunorganisaties in deze vreemdelingenvoorzieningen worden opgenomen. Dit betekent dat de praktijk van zorg en hulpverlening aan deze groep wordt voortgezet op de huidige wijze.

In 2016-2017 heeft Pharos medewerkers van steunorganisaties geïnterviewd. Hierbij is gebruikgemaakt van de lijst met organisaties van het Landelijk Ongedocumenteerden Steunpunt (LOS). Het doel van deze inventarisatie was om

3 Heijden PGM van der, Cruyff M & Gils GHC van (2015). *Schattingen illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen 2012-2013*. WODC, Ministerie van Veiligheid en Justitie.

4 Snippe J & Mennes R (2018). *Vooronderzoek data en methoden illegalenschatting*. Groningen/Rotterdam: Breuer & Intraval, in opdracht van WODC, Ministerie van Justitie en Veiligheid.

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

6 Castelijns E, Kollenburg A van, Oud N & Jong D de (2011). *Evaluatie van de bijdrageregeling 122a van de Zorgverzekeringswet (Eindrapport)*. Utrecht: Berenschot.

7 Bakker PF, Henneman L & Devillé WLJM (2012). *De toegang tot gezondheidszorg voor ongedocumenteerden onder artikel 122a*. Amsterdam/Utrecht: VUmc en Nivel.

8 Dokters van de Wereld (2018). *De deur naar zorg. Het recht op gezondheid en zorg voor ongedocumenteerde migranten*. Amsterdam: Dokters van de Wereld.

9 Zie brief aan de Tweede Kamer van 29-11-2018: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/11/29/tk-stand-van-zaken-locaties-vreemdelingen-voorzieningen-lvv>

meer zicht te krijgen op welke activiteiten bijdragen aan het verbeteren van de toegang tot zorg en de kwaliteit van zorg voor ongedocumenteerden, en daar werkzame elementen uit te destilleren door de uitkomsten te vergelijken met de bevindingen uit de literatuur.

Daartoe zijn 22 medewerkers van 17 steunorganisaties die wilden meewerken, geïnterviewd.¹⁰ Centraal stond hierbij de vraag wat in de ogen van deze organisaties bijdraagt aan een goede toegang en kwaliteit van zorg voor hun cliënten.

In deze infosheet geven we in hoofdstuk 1 een beknopte weergave van de literatuur. In hoofdstuk 2 en 3 geven we de uitkomsten van de interviews weer en formuleren we op basis van literatuur, praktijkkennis en de ervaringen van steunorganisaties welke factoren bijdragen aan een betere toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg.

Onze dank gaat uit naar de steunorganisaties die via de interviews medewerking hebben verleend aan deze infosheet. Verder zijn we dank verschuldigd aan Sanna Abbas en Merlijn van Schayk, die mee hebben gewerkt aan de totstandkoming van deze infosheet.

10 Medewerkers van de volgende steunorganisaties voor ongedocumenteerden zijn geïnterviewd voor deze inventarisatie: ASKV, Amsterdam; Fabel van de Illegaal, Leiden; Huize Agnes, Utrecht; INLIA, Groningen; Mai Mi Bath, Wageningen; Pauluskerk, Rotterdam; PRIME, Utrecht; Stem in de Stad, Haarlem; Stichting Op Stee, Emmen; Stichting Noodopvang Dakloze Vreemdelingen, Utrecht; STIL, Utrecht; STUV, Leiden; VLOT, Heerlen; Vluchtelingen in de Knel, Eindhoven; Vluchtelingenplatform, Arnhem; VluchtelingenWerk, Den Haag; Project Noodopvang Nijmegen.

1 Wat is bekend?

Hierna volgt een samenvatting van de beschikbare kennis op basis van de literatuur over de gezondheid van ongedocumenteerden, hun toegang tot zorg en andere relevante factoren die hierbij een rol spelen.

A. De gezondheid van ongedocumenteerden

Ten aanzien van gezondheid zijn ongedocumenteerden kwetsbaar en zij hebben over het algemeen een slechtere gezondheid dan ingezetenen. Een grote review van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) over de gezondheidstoestand van ongedocumenteerden in de Europese Unie komt op basis van de onderzochte literatuur tot de volgende conclusies:¹¹

- De volgende infectieziekten komen bij de groep ongedocumenteerden vaker voor: tuberculose, hepatitis B en seksueel overdraagbare aandoeningen.
- Er zijn meer risico's op problemen met de gezondheid van moeder en kind: ongewenste zwangerschap, infecties, tienerzwangerschappen, miskramen, gebrekkige zwangerschapscontroles, complicaties bij zwangerschappen en abortus. Onderzoek in Nederland bevestigt dit.¹²
- Kinderen lopen meer risico op infectieziekten, aangeboren afwijkingen en psychosociale problematiek.
- Ongedocumenteerden zijn in het algemeen kwetsbaar voor het ontwikkelen van sommige chronische ziekten (diabetes, hart- en vaatziekten).
- Zij hebben meer risico op het ontwikkelen van psychische problematiek en psychiatrische ziektebeelden. Dit heeft te maken met het stressvolle bestaan (zowel voor, tijdens als na de migratie) en de veelvoorkomende ervaringen van geweld. Zij zien zelf hun moeilijke levensomstandigheden als oorzaak van hun slechte

psychische gezondheid.¹³ Onderzoek in Zwitserland laat zien dat het niet hebben van een verblijfsrecht bijdraagt aan de psychische problematiek.¹⁴

B. Financiële regeling

Vreemdelingen zonder verblijfsvergunning kunnen geen zorgverzekering afsluiten. Toch kan medische hulp soms nodig zijn. Deze mensen moeten dan in principe zelf de kosten betalen. Als dat niet mogelijk is, kan een zorgverlener zich beroepen op de regeling van het CAK voor onverzekerbare vreemdelingen en daar een bijdrage aanvragen voor het deel van de kosten dat de patiënt niet kan betalen.¹⁵ Deze regeling geldt voor illegaal in Nederland verblijvende migranten van buiten de EU, en ook voor migranten die een procedure hebben lopen, maar niet in aanmerking komen voor een kostenregeling.

Alleen de zorgverlener kan een bijdrage aanvragen bij het CAK. Voor apothekers en ziekenhuizen geldt dat zij daarvoor een contract moeten hebben met deze instelling. Bij apotheken gaat dit om een beperkte lijst. Voor ziekenhuizen geldt dat ieder ziekenhuis een contract kan afsluiten met het CAK voor de zorg aan onverzekerbare vreemdelingen. De zorg moet, naar het oordeel van de zorgverlener, medisch noodzakelijk zijn. En de patiënt moet een onverzekerbare vreemdeling zijn die geen zorgverzekering kan afsluiten. Daarnaast moet er sprake zijn van een (gedeeltelijk) onbetaalde rekening, waarbij de kosten niet door of namens de patiënt kunnen worden betaald. De zorg moet vallen onder het basispakket van de Zorgverzekeringswet of onder de aanspraken op de Wet Langdurige zorg (Wlz). De meest recente monitor uit 2017 laat zien dat zorgverleners en zorginstellingen in 2016 ruim 33,5 miljoen euro

11 De Vito E, Waure C de, Specchia ML, et al. (2015). *Public Health aspects of migrants' health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

12 Jonge A de, Rijnders M, Agyemang C, et al. (2011). *Limited midwifery care for undocumented women in the Netherlands*. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 32 (4): 182-188.

13 Teunissen E, Sherally J, Muijsenbergh M van den, et al. (2014). *Mental health problems of undocumented migrants in the Netherlands: a qualitative exploration of help-seeking behaviour and experiences with primary care*. *BMJ Open* 4:e005738.

14 Heeren M, Witman L, Ehlert U, et al. (2014). *Psychopathology and resident status – comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants and residents*. *Comprehensive Psychiatry* 55: 818-825.

15 Voor meer informatie en uitleg, zie: <https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen>

hebben gedeclareerd.¹⁶ De ziekenhuiszorg was verantwoordelijk voor bijna de helft van de totale kosten van de regeling; de ggz nam een vijfde van de kosten voor zijn rekening. De farmaceutische hulp betrof 14% van het budget en de huisartsenzorg 4%. De verloskundige zorg kostte een kleine 2% van het totale budget. Minder dan 1% ging ten slotte naar de mondzorg.

De laatste monitor van het Zorginstituut (die de financiële regeling tot en met 2016 uitvoerde) laat zien dat apotheken in 2014 aan 7200 ongedocumenteerden geneesmiddelen hebben verstrekt.¹⁷ Dit is te beschouwen als maat voor de medische consumptie van deze groep. Twee derde van hen was man. De belangrijkste herkomstlanden waren Ghana (12%), Nigeria (12%), Suriname (9%) en Marokko (8%). Dit zijn geen landen waar destijds veel asielzoekers vandaan kwamen. Landen waar uitgeprocedeerde asielzoekers vandaan komen, zoals Sierra Leone, Somalië en Irak, leveren een relatief klein aandeel van enkele procenten. Dit illustreert dat de groep uitgeprocedeerde asielzoekers maar een beperkt deel vormt van de groep ongedocumenteerden. Sinds enkele jaren moeten ongedocumenteerden een eigen bijdrage van vijf euro betalen voor medicijnkosten. Veel gemeenten hebben financiële middelen beschikbaar gesteld voor het dekken van deze eigen bijdrage. Soms kunnen apotheken dit rechtstreeks declareren bij de gemeente, soms loopt het via een steunorganisatie. Het Zorginstituut constateerde in 2015 dat de vijf-euro-maatregel niet leidde tot een verminderde levering van geneesmiddelen aan onverzekerbare vreemdelingen.¹⁸

C. Medisch noodzakelijke zorg

In de zorg voor ongedocumenteerden speelt het begrip medische noodzakelijke zorg een centrale rol. De commissie Medische zorg aan (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen, ook wel de com-

missie-Klazinga genoemd, heeft in 2007 richtlijnen gemaakt voor alle artsen over het medisch handelen bij illegale, onverzekerbare vreemdelingen.¹⁹ Duidelijk is dat Nederland op basis van internationale verdragen, met name het Internationale Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (IVESCR), de plicht heeft om ieder mens in geval van ziekte geneeskundige hulp en verzorging te bieden. De richtlijnen in het rapport Arts en vreemdeling van de commissie-Klazinga geven artsen de ruimte om op basis van medische argumenten te beslissen of zorg al dan niet noodzakelijk is. Ook maken deze richtlijnen duidelijk dat de verschillende professionele gedragsregels en juridische kaders geen onderscheid toelaten tussen mensen als het gaat om het verlenen van gezondheidszorg. Dit betekent dat een arts zich niet kan verschuilen achter de overheid, het management, de administratie of de receptie van zijn of haar instelling. Het begrip 'medisch noodzakelijke zorg' wordt als volgt gedefinieerd:

"Zorg die volgens professionele richtlijnen of standaarden geïndiceerd is en die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt".²⁰

In de praktijk zijn niet alle hulpverleners en instellingen op de hoogte van deze definitie van medisch noodzakelijke zorg en de toepassing ervan in de praktijk. Er circuleren omschrijvingen van de te leveren zorg die beperkter zijn dan de hierboven beschreven definitie: bijvoorbeeld acute zorg, zorg in geval van levensbedreiging, of alleen de hoogst noodzakelijke zorg. Dit leidt dan logischerwijs tot een beperktere toegang van ongedocumenteerden tot de zorg. Het informeren van zorgverleners over begrippen, kaders en regelingen is blijvend noodzakelijk.²¹ De steunorganisa-

16 Ministerie van VWS (2017). *VWS Verzekerdenmonitor 2017*. Den Haag: Ministerie van VWS.

17 Zorginstituut Nederland (2015). *9e monitor Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen*.

18 Zorginstituut Nederland (2015). *9e monitor Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen*.

19 KNMG, LHV, et al. (2007). *Arts en Vreemdeling. Rapport van de commissie Medische zorg aan (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen (Commissie Klazinga)*. Utrecht: KNMG, LHV, NVvP, Orde van Medisch specialisten, Pharos.

20 Zie voor meer informatie: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/asielzoekers-en-ongedocumenteerde-vreemdelingen.htm>

21 Hal L van & Stoutjesdijk F (2018). *Alleen krijg je het niet voor elkaar. Een verkenning van medisch noodzakelijke zorg voor ongedocumenteerde migranten in Nederland*. Kennisplatform Integratie & Samenleving.

ties spelen hier een belangrijke rol in, alsmede landelijke organisaties als Dokters van de Wereld, het Landelijk Ongedocumenteerden Steunpunt (LOS), Lampion (Landelijk informatie- en adviespunt over de zorg aan ongedocumenteerden) en Pharos.

D. Toegang tot zorg

Kijkend naar Europa is duidelijk dat de toegang tot zorg voor ongedocumenteerden per land verschilt. Echter, zelfs waar ongedocumenteerden volledig toegang tot zorg hebben, staan vaak formele en informele barrières deze toegang in de weg. In Nederland zijn de mogelijkheden om zorg te krijgen in vergelijking met andere landen redelijk gunstig. Ongedocumenteerden hebben van alle zorgverleners het meest contact met de huisarts. De huisartsenzorg wordt door hen als redelijk tot goed toegankelijk ervaren.²² Toch zijn er ook in Nederland voortdurend aanwijzingen voor hindernissen die ongedocumenteerden ervaren bij het krijgen van toegang tot zorg.²³

Ongedocumenteerde vrouwen ervaren hindernissen in de toegang tot de gezondheidszorg, terwijl ze veel behoefte aan zorg hebben. Dit betreft vooral de seksuele en reproductieve gezondheid. Een deel van de vrouwen gebruikt geen anticonceptie, terwijl hier wel behoefte aan is.²⁴ Aangezien anticonceptie bij vrouwen boven de 21 jaar niet in de basisverzekering zit, komt dit ook bij ongedocumenteerde vrouwen voor eigen rekening. Dit verklaart

het geringe gebruik van anticonceptie. Ook het gebrek aan kennis van het zorgsysteem, de angst voor afwijzing door zorgverleners en de angst voor het inschakelen van de politie vanwege illegaliteit dragen hieraan bij. Dit leidt ook vaker tot het uit laten voeren van een abortus provocatus, die de ongedocumenteerde zelf moet betalen.²⁵ Indien zwanger, komen ongedocumenteerde vrouwen later dan andere migranten onder prenatale controle. Toch wordt de toegang tot de verloskundige zorg in Nederland voor ongedocumenteerde vrouwen als voldoende beschouwd.²⁶ Verloskundigen hanteren geen andere richtlijnen en ervaren geen hindernissen bij doorverwijzing naar ziekenhuizen.

De mondzorg staat bovenaan als het gaat om meldingen over problemen met toegang tot zorg.²⁷ Tandheelkundige behandelingen vallen sinds 2009 buiten het te vergoeden pakket voor ongedocumenteerde volwassenen. Dit komt overeen met het feit dat ook voor volwassen verzekerden tandartszorg niet in het basispakket wordt vergoed. Voor minderjarige ongedocumenteerden wordt de mondzorg wel vergoed. Dat heeft geleid tot een dramatische terugval in het aantal behandelingen. Het is aannemelijk dat een groot deel van de ongedocumenteerden tandzorg niet kan betalen en deze zorg niet krijgt.²⁸ De beperking in de toegang tot de mondzorg heeft echter slechts tot een beperkte toename van verwijzingen naar kaakchirurgen geleid. In diverse plaatsen zijn initiatieven ontstaan om de toegang tot tandzorg voor deze groep te verbeteren.²⁹

22 *Doctors of the World* (2013). *Access to healthcare in Europe in times of crisis and rising xenophobia. An overview of the situation of people excluded from healthcare systems.*

23 *Dokters van de Wereld* (2018). *De deur naar zorg. Het recht op gezondheid en zorg voor ongedocumenteerde migranten.* Amsterdam: Dokters van de Wereld.

24 Schoevers MA (2011). *"Hiding and seeking". Health problems and problems in accessing health care of undocumented female migrants in the Netherlands.* Nijmegen: Radboud Universiteit (academisch proefschrift).

25 *Dokters van de Wereld* (2018). *Seksuele en reproductieve zorg voor kwetsbare groepen. Barrières voor ongedocumenteerden in toegang tot anticonceptie en abortus.* Amsterdam: Dokters van de Wereld.

26 De Vito E, Waure C de, Specchia ML, et al. (2015). *Public Health aspects of migrants' health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region.* Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.

27 Doeleman A (2010). *Door nieuwe regeling veel gebitsproblemen illegalen.* *Nederlands Tandartsenblad*, 12-2-2010, p. 12-14; Breed Medisch overleg (2010). *'Voor hun kiezen...' Tandheelkundige zorg voor ongedocumenteerde migranten.* Breed Medisch Overleg (rapport).

28 Kes L. (2013). *Ongedocumenteerden en tandheelkundige zorg.* Amsterdam: Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) (masterscriptie).

29 Zie ook: *Dokters van de Wereld* (2017). *Toegang tot mondzorg voor ongedocumenteerde migranten in Nederland. Een overzicht van lokale particuliere initiatieven.* Amsterdam: Dokters van de Wereld. https://doktersvandewereld.org/wp-content/uploads/2018/06/20171012_Overzicht_particuliere_mondzorg_initiatieven.pdf

In een peiling naar de zorgbehoefte van ongedocumenteerden in Nederland wordt de toegang tot de psychische zorg het meest frequent als problematisch genoemd.³⁰ Er zijn geen cijfers beschikbaar over beperkte toegang in relatie tot goede toegankelijkheid van zorg voor deze groep. Mensen met complexe en chronische psychiatrische problematiek blijven soms verstoken van zorg. De mildere psychiatrische klachten worden vaak niet als medisch noodzakelijk beschouwd, waardoor een behandeling niet op gang komt. Het ontbreekt regelmatig aan kennis over de regeling voor financiering van de zorg voor deze groep.³¹ Ook zorgt het ontbreken van de financiering van professionele tolken voor een barrière om de ggz op te starten, die juist zo afhankelijk is van goede communicatie. Er is professioneel wel ruimte om informele tolken (familie, vrienden, kennissen) in de zorg in te zetten, maar dit wordt ontraden bij gevoelige onderwerpen.³²

De Nationale Ombudsman oordeelde in 2013 dat de toegang tot medische zorg voor ongedocumenteerden nog te veel drempels kent. De randvoorwaarden voor een goede toegang tot de gezondheidszorg gaan te veel uit van zelfredzame ongedocumenteerden en welwillende zorgverleners. Maar de kwetsbaarheid van veel ongedocumenteerden staat hun zelfredzaamheid in de weg en zorgverleners staan niet altijd open voor zorg aan deze groep. Ook oordeelt de Nationale Ombudsman dat er te weinig zicht is op de toegang tot zorg voor deze

groep.³³ Dit werd in 2015 bevestigd in een bijeenkomst van de Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken, de Nationale Ombudsman en het College voor de Rechten van de Mens.³⁴ Daar werd een oproep gedaan tot centrale monitoring van de daadwerkelijke toegang om deze voortdurende signalen over beperkte toegang in beeld te krijgen. Vanuit de overheid wordt deze oproep echter niet ondersteund.³⁵

E. Hulpzoekgedrag

Een belangrijke factor bij het verkrijgen van zorg is ook de manier waarop een ongedocumenteerde hulp zoekt, het hulpzoekgedrag.³⁶ Centraal bij dit hulpzoekgedrag staat of ongedocumenteerden op de hoogte zijn van hun recht op zorg. Zij zijn ook vaak bang dat zorginstanties en hulpverleners aangifte doen bij de politie. Dit weerhoudt hen van het vragen om medische hulp. Naast de ondersteuning door steunorganisaties maken ongedocumenteerden ook vaak gebruik van hun sociale netwerk om toegang te verkrijgen tot de zorg. Deze vormen van steun ervaren zij als belangrijk. Ook wanneer zij de zorgkosten zelf moeten betalen, zoals bij de tandarts of soms in het ziekenhuis, hangt de toegankelijkheid van de zorg grotendeels af van hun sociale netwerk, dat dan financieel bijspringt. De eigen bijdrage die wordt gevraagd voor medicatie wordt als een barrière gezien voor de toegang tot medicijnen. Of een ongedocumenteerde toegang krijgt tot zorg, hangt af van al deze genoemde factoren.³⁷

30 *Dokters van de Wereld & Artsen zonder Grenzen (2014). Assessment of unmet needs regarding access to health care of undocumented persons in the Netherlands. Amsterdam: Dokters van de Wereld/Artsen zonder Grenzen.*

31 *Doctors of the World (2013). Access to healthcare in Europe in times of crisis and rising xenophobia. An overview of the situation of people excluded from healthcare systems.*

32 *KNMG, KNOV, LHV, NHG, NIP, NPCF, NVvP, op initiatief van Pharos (2014). Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg.*

33 *De Nationale Ombudsman (2013). Medische zorg vreemdelingen. Over toegang en continuïteit van medische zorg voor asielzoekers en uitgeprocedeerde asielzoekers (rapport 2013/125).*

34 *Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken, Nationale Ombudsman en College voor de Rechten van de Mens (2015). Verslag en aanbevelingen bij bijeenkomst 'Zorgeloos op straat', 16 juni 2015.*

35 *Derckx VL (2017). Medische zorg aan irreguliere migranten: een status quo. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht (2): 121-134.*

36 *Watjer R, Roosmalen J van & Janmaat L (2016). Health care seeking practices of undocumented migrants in the Netherlands: a qualitative exploration of health care seeking behavior. Amsterdam: Dokters van de Wereld/VU University.*

37 *Bakker PF, Henneman I & Devillé WLJM (2012). De toegang tot gezondheidszorg voor ongedocumenteerden onder artikel 122a. Amsterdam/Utrecht: VUmc/NIVEL; Fierloos I (2015). Zorgzoekgedrag van uitgeprocedeerde asielzoekers in Nederland (bachelor thesis Gezondheid en Maatschappij).*

2 Wat helpt om (toegang tot) zorg te krijgen?

Deze infosheet is gebaseerd op de bestaande kennis uit literatuur en praktijk. In dit hoofdstuk volgt een uiteenzetting over de verschillende aspecten die een rol spelen bij de ondersteuning van ongedocumenteerden die zorg nodig hebben. Hierbij illustreren citaten met praktijkervaringen van geïnterviewde medewerkers van steunorganisaties deze verschillende aspecten.

Op basis van de literatuur en de verzamelde praktijken hebben we handreikingen geformuleerd voor begeleiders over de werkzame factoren en activiteiten die een gunstige rol kunnen spelen bij het verkrijgen van zorg voor ongedocumenteerden.

Steunorganisaties begeleiden ongedocumenteerden, die veelal uitgeprocedeerde asielzoekers zijn. Het zijn meestal organisaties van vrijwilligers met een betaalde beroepskracht. De financiering van deze organisaties gebeurt vaak op projectbasis vanuit gemeenten of andere fondsen (kerken, liefdadigheid). De begeleiding van de medewerkers richt zich op dagelijkse zaken en zeker ook op het onderzoeken van de mogelijkheden voor een toekomstig bestaan in Nederland, het land van herkomst of elders, en op het maken van keuzes hierin. Gezondheid speelt hierbij vaak een rol: hoe minder gezond iemand is, hoe lastiger het is om met een open blik te kijken naar de eigen toekomstmogelijkheden en hoe meer stress iemand heeft, hoe meer gezondheidsproblemen er zijn. Begeleiders zien vaak een stapeling van factoren die de gezondheid ondermijnen, zoals de dagelijkse spanning van het bestaan in de illegaliteit en angst over een gedwongen terugkeer. Dit draagt bij aan gezondheidsklachten, zoals psychiatrische problematiek en chronische ziekten.

Ten aanzien van de toegang tot zorg vermeldt de literatuur en zien begeleiders regelmatig drempels in de toegang tot de gezondheidszorg, en zorg die niet aansluit bij de behoeften van deze doelgroep. In de praktijk zijn er verschillen per regio: daar waar het in de ene regio goed gaat met een bepaalde zorgsoort, is het in een andere regio lastig deze zorg te krijgen. Bij instellingen zijn het soms baliemedewerkers en managers die lastige administratieve en financiële eisen stellen aan ongedocumenteer-

den, waardoor de toegang tot deze vorm van zorg moeilijk kan zijn. Begeleiders vinden soms dat hulpverleners het regelen van een verwijzing (te) makkelijk overlaten aan hen als medewerker van een steunorganisatie, terwijl dit een taak van de verwijzer zou moeten zijn.

A. Begeleiden

Steunorganisaties geven op verschillende manieren invulling aan de begeleiding van hun ongedocumenteerde cliënten. De begeleiding richt zich enerzijds op het onderzoeken van een toekomstperspectief, hetzij via juridische procedures om alsnog verblijfsrecht in Nederland te verkrijgen, hetzij via trajecten gericht op duurzame terugkeer. Anderzijds richt de begeleiding zich op dagelijkse essentiële zaken die nodig zijn voor een minimaal bestaan, zoals huisvesting en financiën. Begeleiding op psychosociaal gebied en ten aanzien van medische zaken hoort hierbij.

“Het komt voor dat we worden verrast door een gezondheidsprobleem. Als een cliënt er niet zelf over begint en wij ook niet, loop je kans dat een dergelijk probleem onbekend blijft. En dan kun je er ook niets aan doen of anderen inschakelen.”

“Soms gaan wij ook mee met cliënten naar afspraken met hulpverleners. Met name bij een eerste contact zorgt dit ervoor dat de cliënt serieus wordt genomen en beter wordt behandeld. Ook hoor je dan soms van de hulpverlener wat er nodig is aan behandeling of medicatie, zodat je daar op kunt letten in de begeleiding.”

“We hebben een sociaal psychiatrisch verpleegkundige in dienst. Daar hebben we bewust voor gekozen, omdat zij dan in de begeleiding veel kan doen aan de psychische klachten die er vaak zijn. Dit is heel succesvol. Zij geeft veel goede adviezen, ook over medicijnen die veel van onze cliënten gebruiken. Het is goed dat er bij ons iemand werkt met verstand van psychische problematiek.”

Meegaan met ongedocumenteerden naar hulpverleners is arbeidsintensief, maar wordt door de organisaties die hier gebruik van maken als succesvol bestempeld. Het zorgt voor een betere doorstroom binnen de zorg en zorgt ervoor dat er directe communicatie mogelijk is met de hulpverlener.

WAT HELPT

- Vraag tijdens begeleidingscontacten met cliënten actief naar hun gezondheid. Dat hoeft niet iedere keer. Je laat dan merken dat je oog hebt voor hun gezondheid. Daarmee vergroot je de kans dat je in een vroeg stadium hierover iets hoort. Dan kun je er iets aan proberen te doen, voordat een probleem te groot is geworden.
- Houd regelmatig contact met cliënten waarvan je weet dat ze een medische behandeling volgen. Je kunt dan helpen om in de gaten te houden of de behandeling nog goed loopt, de medicatie wordt ingenomen en/of de afspraken worden nagekomen. Hen hiertoe motiveren, soms met de nodige uitleg, helpt om de gezondheid van deze cliënten niet te laten verslechteren, en draagt bij aan hun zelfredzaamheid.
- Het fysiek begeleiden van ongedocumenteerden naar afspraken met hulpverleners kan soms nuttig zijn. Dit kan ertoe bijdragen dat cliënten serieus worden genomen. Je hebt hierdoor ook makkelijker contact met een hulpverlener en je kunt je cliënten helpen om de adviezen op te volgen.
- Het aannemen van (vrijwillige) medewerkers met een (para)medische achtergrond kan behulpzaam zijn bij de begeleiding van chronisch zieken. Het is immers bekend dat ongedocumenteerden vaker dan gemiddeld chronische lichamelijke en psychische problemen hebben. Deze medewerkers kunnen helpen bij het vroeg signaleren van gezondheidsproblemen en hebben ervaring in de begeleiding van zieke personen. Ook zijn zij in staat om in te schatten of medische zorg nodig of noodzakelijk is.

B. Informeren van ongedocumenteerden

Steunorganisaties vervullen een informerende rol naar hun cliënten. Denk hierbij aan uitleg aan ongedocumenteerden over de werking van het zorgsysteem en de rechten en plichten die daarbij horen voor alle betrokkenen. Dit is iets wat continu nodig is.

“Het is een belangrijke taak van ons om onze mensen daarover te informeren. We moeten ze uitleggen dat ze recht op zorg hebben en dat niet meteen de politie wordt gebeld als de dokter erachter komt dat je onverzekerd bent.”

“In sommige gevallen betekent dit niet alleen de cliënten informeren over hun rechten en de werking van het zorgsysteem, maar ook het ontmoedigen van te vaak of snel naar hulpverleners toestappen. De cliënten gaan soms te vaak naar de huisarts, en dat proberen we soms tegen te gaan door met ze in gesprek te gaan.”

Enkele organisaties geven hun cliënten een korte verklarende brief mee naar afspraken met hulpverleners. In deze brief staat dat een hulpvrager ongedocumenteerd is en zich niet kan verzekeren, maar toch recht op zorg heeft. En er staat informatie in over hoe en waar de kosten te verhalen zijn, alsmede de naam van een contactpersoon voor als er vragen zijn.

Een aantal organisaties hebben hun krachten gebundeld om tot een website te komen met informatie over basisrechten voor ongedocumenteerden, waarop ook informatie over het recht op de verschillende zorgsoorten is opgenomen.³⁸

WAT HELPT

- Het is nuttig om een ongedocumenteerde voor te bereiden op de vragen die hij of zij krijgt van baliemedewerkers of de financiële administratie van een ziekenhuis.
- Het helpt om iemand daarbij te stimuleren om assertief te zijn. Dat betekent onder andere dat iemand duidelijk moet zijn over dat hij of zij geen geld heeft om te betalen en zorg nodig heeft.
- Maak een korte standaardbrief met het logo van je steunorganisatie die een ongedocumenteerde mee kan nemen en kan laten zien aan de balie, met informatie over bestaande rechten, plichten en financiële regelingen. En met de naam van een begeleider en hoe die bereikt kan worden.

38 <https://www.basicrights.nl>

- Soms helpt het als je bij een eerste bezoek aan een instelling of zorgverlener meegaat om uitleg te geven en administratieve en financiële hindernissen weg te nemen.
- Leg de betrokken ongedocumenteerde uit dat het belangrijk is om afspraken na te komen en op tijd te komen, want als dit niet goed gaat stagneert de zorg en kan die niet effectief zijn. Ook neemt dan de bereidheid van de zorgverlener om de zorg te verlenen af.

C. Informeren van zorgverleners en zorginstellingen

Steunorganisaties constateren dat veel hulpverleners en zorginstellingen niet goed op de hoogte zijn van richtlijnen en regelgeving over de te verlenen zorg aan ongedocumenteerden. Dit leidt dan tot een willekeurige handelwijze ten aanzien van hulpvragen. Of een zorgtraject in gang wordt gezet, is dan vooral afhankelijk van welwillende personen in instellingen, zoals baliepersoneel, medewerkers van de financiële administratie of zorgverleners.

“Wij hebben vaak moeten vechten voor zorg voor cliënten. Het lijkt bijna alsof iemand dood moet gaan om geholpen te worden. Meestal draait het echt om het woord ‘geld’. Dat artsen of behandelaren weigeren te behandelen, heeft er meestal mee te maken dat ze niet op de hoogte zijn van de vergoedingen die ze kunnen krijgen. Het is echt trekken aan de instellingen soms.”

“We moeten veel bellen om uit te leggen dat ongedocumenteerden recht hebben op zorg. We moeten de balie medewerkers van de zorginstelling bij de eerste keer dat we een cliënt aanmelden vaak extra uitleg geven. Als we dat de eerste keer goed doen, dan bespaart het ons problemen in het vervolg van een behandeling. Ook helpt de uitleg dan bij de volgende cliënten. Soms gaat het dan een tijd goed. En ook kan het ineens weer misgaan, vaak is er dan ander personeel, en dan beginnen we weer van vooraf aan.”

Er zijn weinig steunorganisaties die structureel voorlichting en informatie geven aan professionals in de zorg over de zorg aan deze doelgroep. Wel reageren zij

regelmatig op incidenten met individuele ongedocumenteerden bij wie het niet is gelukt om toegang tot de zorg te verkrijgen. Dit komt meestal neer op bemiddelen en uitleggen.

WAT HELPT

- Accepteer dat het informeren van hulpverleners en zorginstellingen een continu doorgaand proces is. In de praktijk is het niet haalbaar dat iedere hulpverlener en instelling op de hoogte is van alle ins en outs over deze groep en de regelgeving en financiering van de zorg voor hen. Zorgverleners informeren vraagt dus voortdurend aandacht.
- Het meegeven van schriftelijke informatie naar afspraken met hulpverleners heeft effect op de toegang. In een dergelijke brief staat dat een hulpvrager ongedocumenteerd is en zich niet kan verzekeren, maar wellicht toch zorg nodig heeft. Daarnaast is het belangrijk om informatie te geven over hoe en waar de kosten te verhalen zijn, alsmede de naam van een begeleider voor als er vragen zijn.
- Maak gebruik van beschikbaar materiaal op websites zoals van Dokters van de Wereld, Stichting LOS en Lampion.
- Informeren van medewerkers van zorginstellingen kan bijvoorbeeld door een presentatie te geven over relevante zaken en regelingen in een zorginstelling, zowel aan mensen van de balie en de financiële afdeling als aan zorgprofessionals. Of door deze informatie te laten verspreiden via de interne nieuwsbrief van een instelling. Gebruik daarbij voorbeelden van incidenten waarbij de toegang tot zorg geweigerd werd om dit te illustreren en te veranderen. Dit kan ook helpen om als steunorganisatie een relatie op te bouwen met de medewerkers van zo'n instelling.

D. Bemiddelen bij het verkrijgen van zorg

De informerende rol van steunorganisaties loopt vaak over in een bemiddelende rol om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren. De organisaties vervullen deze bemiddelende rol zowel op het individuele niveau van contact leggen met een hulpverlener of medewerker van een zorginstelling, als op het organisatieniveau als er structurele barrières zijn in de toegang tot zorg.

“We moeten soms bemiddelen om mensen in zorg te krijgen. Cliënten worden afgescheept met dat er al lange wachttijden zijn voor verzekerden en dat er geen ruimte is voor onverzekerden. Of er wordt na het intakegesprek gezegd dat er geen geld is voor de behandeling. En dan moeten wij bemiddelen. Daar gaat veel tijd overheen. En dat is lastig. Uiteindelijk lukt het bijna altijd wel. Als je het gewoon volhoudt, en blijft pushen en niet opgeeft. Het kost alleen veel tijd en dat is vooral voor de cliënten erg vervelend.”

“Onze rol als organisatie bij de ondersteuning van gezondheidsproblemen bij cliënten beschouwen wij zeker als succesvol. Ja, we hebben bijgedragen aan succesvolle medische behandelingen en ook aan een laagdrempelige toegang tot de zorg.”

“Wij gaan erop in als de artsen het niet serieus genoeg nemen. En bij tandartszorg, maar dat is sowieso heel lastig. Maar bij psychische zorg is er veel interpretatie mogelijk en als wij zien dat iemand heel ziek is, dan is het lastig om verder te komen. We pushen en doen ons best, maar helaas lukt het niet altijd.”

De bemiddeling van steunorganisaties krijgt vaak ook het karakter van belangenbehartiging. Zij zetten zich in voor het recht van de cliënt op medische zorg en bemiddelen in het verkrijgen van toegang. Enkele steunorganisaties hebben medewerkers of vrijwilligers die een zorgachtergrond hebben. Zij zien dat het deze medewerkers beter lukt om te bemiddelen, mede omdat zij zelf een zorgachtergrond hebben.

“Een voormalige huisarts is werkzaam voor ons en adviseert en bemiddelt naar de zorg. Zij spreekt leidinggevenden van instellingen aan dat de zorg medisch noodzakelijk is en daarom gegeven moet worden. Dat alle patiënten daar recht op hebben, ook deze groep. Omdat ze huisarts is geweest, weet ze artsen goed aan te spreken op

hun verantwoordelijkheid en zorgplicht. Zij heeft net iets meer kracht of macht om dat door te geven aan de zorgverlener. Als ik zelf bel, dan nemen ze niet zo snel mijn boodschap aan.”

“We kennen elkaar persoonlijk, tevens heb ik een medische achtergrond als psychiatrisch verpleegkundige, dus ik weet waarover ik praat. Ik schat zelf de klachten van iemand in. In overleg met zorgprofessionals die ik ken komen we snel tot een oplossing, en het scheelt veel tijd.”

“Ik geloof dat als je elkaar kent en hebt laten zien dat je een betrouwbare persoon of instelling bent, dat het dan voor een zorgverlener makkelijker is om mee te werken en te helpen.”

Deze bemiddelende rol vergt van organisaties veel tijd en volharding. Het kost met name veel energie om mensen bij de specialistische zorg binnen te krijgen. In sommige gevallen neemt een behandelend huisarts deze bemiddelende rol op zich. Deze is dan proactief en positief betrokken bij de doelgroep en het verkrijgen van zorg voor hen. Een bemiddelende rol geeft steunorganisaties de kans om korte lijnen naar hulpverleners toe te onderhouden. Ze kunnen hulpverleners dan makkelijker persoonlijk benaderen over cliënten, wat de toegankelijkheid van de zorg vergroot. Deze korte lijnen worden onderhouden via telefonisch contact of e-mail. Het persoonlijk begeleiden van cliënten naar afspraken biedt ook kansen om contact te onderhouden met hulpverleners. In grote steden, zoals Amsterdam, Rotterdam en Den Haag, bestaan stedelijke overleggen over de zorg aan ongedocumenteerden, waar incidenten van het niet of lastig verkrijgen van toegang tot zorg besproken worden.

WAT HELPT

- Beschouw bemiddeling naar zorg als regulier onderdeel van het werk. In de praktijk is het niet haalbaar dat de regelgeving en financiering altijd en overal bekend is. En dus gaan er dingen mis.
- Bemiddelen kan fungeren als middel om relaties op te bouwen met hulpverleners en instellingen. Daar kunnen toekomstige cliënten van profiteren.

- Het inzetten van medewerkers en vrijwilligers met een achtergrond in de zorg kan helpen in de contacten met hulpverleners en instellingen. Zij spreken de taal van de gezondheidszorg, kunnen daardoor zorgprofessionals makkelijker aanspreken en daarmee goed een bemiddelende rol op zich nemen.
- Zoek een betrokken huisarts, die naast het zelf hulp verlenen aan ongedocumenteerden, ook als verwijzer kan bemiddelen als bij een verwijzing de toegang tot zorg niet goed loopt. Ook kan deze huisarts helpen dit onderwerp te agenderen bij overleggen van de plaatselijke huisartsen.
- Soms lukt het om lokaal een multidisciplinair overleg op te zetten. Dit leidt tot een sterker netwerk door kortere lijnen en persoonlijk contact tussen professionals en andere ketenpartners. Daar kunnen ook incidenten en problemen in de toegang tot zorg bijgehouden, besproken en opgelost worden.

E. Relatie met de gemeente

Het merendeel van de steunorganisaties is voor financiering van hun diensten afhankelijk van (project) subsidies. Deze subsidies komen gedeeltelijk van de gemeenten in de regio waar zij werken. De hoogte en het doel van de subsidie varieert per gemeente. In sommige gevallen vergoedt deze de kosten voor de eigen bijdrage voor de apotheek of de vergoeding van tandartskosten in geval van acute nood. Daarnaast zijn er andere subsidies of giften van kerkgemeenschappen, stichtingen, landelijke fondsen of giften van donateurs. Vaak is er een combinatie van meerdere geldbronnen.

“Financieel gezien worden de kosten voor ongedocumenteerden uit drie fondsen betaald. Het eerste is een fonds vanuit een van de kerken. Hieruit kunnen de 5 euro voor de apotheek, reiskosten naar zorgvoorzieningen zoals verder weg gelegen ggz-instellingen, tandartskosten, maar ook niet-noodhulp zoals fysiotherapie worden vergoed. Vanuit de gemeente is daarnaast een fonds voor noodopvang en leefgeld. Ten slotte is er nog een fonds van de diaconie waar de juridische kosten uit worden betaald.”

Een aantal organisaties heeft een vast aanspreekpunt bij de gemeente, in de meeste gevallen is dit een medewerker die zorg en welzijn in zijn of haar portefeuille heeft. Bij deze medewerker kunnen vragen rondom vergoeding voor zorgkosten worden voorgelegd, maar ook andere punten. De relaties tussen steunorganisaties en gemeenten worden als wisselend ervaren. Sommige organisaties ervaren deze relatie als stroef, terwijl deze volgens andere organisaties goed is.

“Ik heb een keer paar krukken moeten huren voor iemand, dat hadden wij voorgeschoten en hebben we van de gemeente teruggekregen. We hebben één contactpersoon bij de gemeente die eigenlijk alles voor ons regelt. En die spreken we dan vooraf aan met de vraag wat hij van de kosten vindt en of we dit kunnen declareren. Hij is belast met het dossier vluchtelingen en werkt direct onder de wethouder zorg en welzijn. Onze contacten zijn heel divers, over kosten die gemaakt worden, dossiers die we aan de burgemeester willen voorleggen, de organisatie van bed-bad-brood-opvang en het indienen van de evaluatie elk half jaar.”

Daarnaast financiert een aantal gemeenten ook nog de bed-bad-brood (BBB) opvangvoorziening. In sommige gemeente heeft dit geleid tot meer betrokkenheid van de gemeente bij het werk van de steunorganisaties voor ongedocumenteerden.

“De BBB-regeling via de gemeente gaat goed. Er is regelmatig contact met de beleidsadviseur van de gemeente. Sinds de BBB-regeling van kracht is loopt het contact goed, zowel ambtelijk als bestuurlijk.”

“Sinds de BBB mogen ook onze cliënten in de daklozenopvang en de 24-uurs ziekenboeg. De GGD kijkt of er een medische indicatie is. Zo heeft de beleidsambtenaar zich recent hard gemaakt voor opname op deze ziekenboeg toen een van onze cliënten een longontsteking had.”

WAT HELPT

- Investeer in goed contact tussen de steunorganisatie en de beleidsambtenaar (en/of wethouder) die vluchtelingen in de portefeuille heeft. Dit helpt op velerlei gebied, zoals het maatschappelijke en politieke draagvlak, de financiële steun en de huisvesting.
- Ten aanzien van de gezondheid van en de zorg voor ongedocumenteerden is de betrokkenheid van medewerkers zorg en welzijn nuttig, om voorzieningen proberen te regelen en om te helpen om een overleg of netwerk op te zetten.
- Soms kan een ongedocumenteerde met een specifieke zorgvraag of met een stagnerende behandeling geholpen worden met een afspraak met een medewerker of de wethouder. Die kan dan beoordelen wat hij of zij vanuit de gemeente kan doen.
- Het kan helpen om contacten met gemeenteraadsleden te onderhouden, zodat die de zorg voor ongedocumenteerden kunnen bespreken in de gemeenteraad.

3 Ervaringen met zorgverleners

In dit hoofdstuk komen de verschillende zorgsoorten aan de orde. Op basis van de literatuur (zie hoofdstuk 1) en de interviews met medewerkers van steunorganisaties worden per zorgsoort enkele activiteiten benoemd die effectief zijn voor de (toegankelijkheid van de) zorg aan ongedocumenteerden. De ervaringen verschillen, zowel per regio als per zorgsoort. De nadruk ligt op succeservaringen, omdat daar het meest van valt te leren als het gaat om het bereiken van een goede toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg.

A. Huisarts

De zorgverlener met wie ongedocumenteerden het meest contact hebben is de huisarts. De huisartsenzorg wordt door hen als redelijk tot goed toegankelijk ervaren. Ook de steunorganisaties bestempelen het contact met huisartsen meestal als goed.

De helft van de geïnterviewde steunorganisaties heeft afspraken met vaste huisartsen en deze zijn soms ook vastgelegd. De andere organisaties hebben afspraken gemaakt met de plaatselijke huisartsen over een roulatiesysteem, zodat ongedocumenteerden verspreid worden over meerdere huisartsenpraktijken.

De steunorganisaties helpen in de meeste gevallen bij het leggen van een eerste contact van een ongedocumenteerde met de huisarts. Deze bemiddelende rol vergt van organisaties tijd en volharding. Een goed contact met de huisarts is echter van cruciaal belang voor de zorg. De huisarts kan immers de toegankelijkheid van de tweedelijnszorg vergroten. Ook kan een huisarts de praktijkondersteuner ggz (poh-ggz) inzetten als een verwijzing naar de ggz niet lukt, die ofwel zelf behandelt ofwel beter kan onderbouwen dat specialistische zorg toch echt noodzakelijk is.

“Ik heb nog nooit een huisarts gesproken die mensen niet wil helpen, het is vaak onbekendheid met de regelingen die hen doet aarzelen. Het hebben van een ‘ambassadeur’ in een grotere praktijk of binnen het lokale huisartsennetwerk werkt goed.”

“Het loopt goed, vooral het contact op cliëntniveau. Als wij ergens tegenaan lopen, dan zouden de huisartsen zeker openstaan voor een afspraak. Het gaat met name goed, omdat deze huisartsen persoonlijk betrokken zijn. Dan heb je weinig contact nodig, als die drive er maar is.”

“De huisarts die veel van de ongedocumenteerden in zijn praktijk heeft, speelt een positieve rol bij de bemiddeling als specialistische zorg noodzakelijk is. Want de huisarts wordt hierin serieuzer genomen dan wij als steunorganisatie. Specialisten willen immers de relatie met de huisarts goed houden, want die verwijst patiënten naar hen.”

WAT HELPT

- Investeer als steunorganisatie in goed contact met een huisartsenpraktijk die affiniteit heeft met de zorg voor deze doelgroep. In grotere gemeenten is spreiding over meerdere praktijken wenselijk ter voorkoming van overbelasting van enkele praktijken.
- Zorg dat je de huisartsen in de gemeente of regio voorziet van informatie over de zorg aan ongedocumenteerden en over de financiële regeling voor de gemaakte kosten. Dit kun je doen door contact te leggen met de plaatselijke of regionale huisartsenvereniging. Een huisarts met wie je veel samenwerkt kan hierbij een rol spelen.
- Betrek de huisarts(en) bij signalen van het minder toegankelijk zijn van andere zorgsoorten. Een betrokken huisarts kan extra gewicht geven aan het aankaarten bij andere zorgverleners of een ziekenhuis.

B. Verloskundige

De verloskundige zorg voor zwangere ongedocumenteerde vrouwen verloopt volgens de literatuur redelijk goed. De steunorganisaties melden dat er meestal een of een paar praktijken zijn die de zorg voor deze groep op zich nemen en de administratieve wegen kennen.

Wel constateren onderzoekers dat deze vrouwen zich vaak laat melden voor controle van hun zwangerschap. Dit is deels uit onbekendheid met hoe de geboortezorg in Nederland is georganiseerd, maar zeker ook omdat zij soms de zwangerschap laat onderkennen of deze verborgen willen houden. Vrees voor registratie speelt ook een rol.

De meeste bevallingen vinden in het ziekenhuis plaats. De verloskundigen sturen hier volgens de steunorganisaties op aan, omdat de thuissituatie van deze vrouwen vaak minder geschikt is voor een thuisbevalling en uit vrees voor complicaties tijdens de bevalling. Ongedocumenteerde vrouwen maken minder vaak gebruik van de kraamzorg dan andere pas bevallen vrouwen in Nederland, meestal worden zij in de kraamperiode door landgenoten geholpen.

Er zijn wel signalen dat het ontbreken van financiering van tolken de zorgverlening lastig maakt, vanwege de vaak optredende taalbarrière. Daardoor gaat er nog wel eens iets mis tijdens of na de bevalling.

“Wij hebben hier goed contact met een verloskundigenpraktijk. Die vinden het leuk om te werken voor mensen met een diverse culturele herkomst. Zij zijn ook betrokken bij deze kwetsbare vrouwen en hun kinderen. En er is nooit gedoe over geld, zij weten hoe ze moeten declareren en vallen daar nooit de vrouwen mee lastig.”

“Het ging hier even wat minder toen de praktijk stopte die altijd de ongedocumenteerden begeleidde. Wij hebben dit samen met de stoppende verloskundige aangekaart bij de verloskundigenkring. Vrij snel was een andere praktijk bereid om deze zorg op zich te nemen. Niets dan lof voor deze beroepsgroep.”

“Laatst moest een baby opgenomen worden omdat ze uitgedroogd was en onvoldoende dronk. De moeder sprak nauwelijks Nederlands en had niet goed begrepen dat ze hier goed op moest letten. Er was geen kraamhulp, alleen een vriendin die hielp. Dan zie je dat het bij deze groep makkelijker dan normaal mis kan gaan.”

WAT HELPT

- Zorg voor een relatie met een of een paar praktijken van verloskundigen. Zoek deze praktijk(en) indien nodig via de regionale kring van verloskundigen.
- Maak zwangerschap en anticonceptie tot een onderwerp waar je vanuit je begeleiding over spreekt met vrouwen. Dit zorgt ervoor dat ze met vragen of problemen bij je aankloppen, ondanks het feit dat anticonceptie niet wordt vergoed. Het kan ook bijdragen aan een vroegere zwangerschapscontrole. Soms wil een verloskundige praktijk helpen met het geven van voorlichting.

C. Geestelijke gezondheidszorg (ggz)

Uit onderzoek komt naar voren dat ongedocumenteerden meer dan gemiddeld psychische problemen hebben. Steunorganisaties onderschrijven dit. De toegang tot de ggz is een van de grotere knelpunten in de zorg voor ongedocumenteerden. Het vraagt vaak geduld, tijd en creativiteit van medewerkers van steunorganisaties om toegang tot de ggz te realiseren voor hun cliënten. In meerdere plaatsen is er geen structurele toegang tot de ggz.

De toegang tot psychische hulpverlening wordt volgens de steunorganisaties voor een deel belemmerd door de onwetendheid van baliemedewerkers en managers over de regeling voor financiering van de zorg voor ongedocumenteerden. Ook de kosten voor tolken worden genoemd als hindernis om een ggz-behandeling op te starten. Daarnaast speelt ook de instabiele omgeving en sociale situatie van de cliënten een rol bij het afhouden van zorg door de ggz. Hulpverleners geven dan aan dat een stabiele leefsituatie van belang is voor de behandeling. Zolang deze er niet is, is behandeling in hun optiek niet mogelijk. Hulpverleners zijn bang dat de problematiek te veel samenhangt met het niet hebben van een verblijfsrecht en dat daarom de behandeling nooit zal stoppen, of dat ze meegesleept zullen worden in juridische procedures. In sommige gevallen kunnen steunorganisaties een stabiele leefomgeving helpen bieden, waardoor een behandeling dan toch kan worden opgestart.

Steunorganisaties zien dat als een behandeling in de ggz eenmaal op gang is gekomen, die zorgverlening dan redelijk tot goed verloopt. De eigen bijdrage die wordt

gevraagd voor medicatie is daarbij wel een punt van zorg. De ondersteunende organisaties hebben over het algemeen regelmatig contact met de psychiater, psycholoog of sociaal psychiatrisch verpleegkundige van een cliënt. Naast de huisarts hebben zij het vaakst contact met de ggz-hulpverlener van een cliënt. Het contact met deze zorgverleners wordt als goed tot redelijk ervaren.

“Met name de administratie, baliemedewerkers en managers hebben blijkbaar instructie gekregen om de deur dicht te houden. Als mensen eenmaal in behandeling zijn, gaat het wel goed.”

“Wij proberen aan te tonen dat de zorg wel nodig is. Vaak komt voor dat iemand bijvoorbeeld wordt afgewezen voor psychische zorg, omdat er geen sprake is van een stabiele situatie. Wij proberen aan te tonen dat wij een 24/7 uurs opvang hebben die wel een stabiele situatie biedt.”

“We merken dat zware gevallen vanuit het asielzoekerscentrum op straat worden gezet. We krijgen sinds de BBB-regeling steeds meer zware gevallen binnen. Eerder was dat vaak een uitzondering. Mogelijk vanuit de redenering dat gemeenten toch BBB moeten verzorgen. Vanuit de Dienst Terugkeer & Vertrek werd ook gevraagd om bepaalde personen op te vangen zodra de BBB-locatie gereed was. Wij vinden dit niet juist, want in het azc zijn mensen verzekerd. De helft van de mensen die we opvangen heeft (ernstige) psychisch problematiek. Ongeveer een kwart is in ggz-behandeling. We proberen mensen naar de wel goed toegankelijke ggz verder weg in de regio te sturen. En we hebben een samenwerking met een huisarts die een sociaal psychiatrisch verpleegkundige in dienst heeft.”

“In het verleden verliep de doorverwijzing naar de psychiatrische afdeling van het ziekenhuis. Nu loopt dat niet meer goed en hierdoor is de geestelijke gezondheidszorg voor de ongedocumenteerden in de regio minder goed bereikbaar. Nu moeten we verwijzen naar landelijke gespecialiseerde instellingen die veel verder weg liggen.”

WAT HELPT

- Investeer als steunorganisatie in een goed contact met een ggz-instelling of ggz-praktijk waarvan gebleken is dat die affiniteit heeft met deze doelgroep.
- Zorg dat de lokale ggz-instelling en vooral de manager(s) informatie krijgt over de financiële regeling en de procedure om de gemaakte kosten te kunnen declareren. Want de onbekendheid hiermee is groot en dit draagt bij aan het afhouden van zorg.
- Overleg met de gemeente en/of de GGD (vanuit de taak van de openbare geestelijke gezondheid) of die kunnen helpen om een betere toegang tot de ggz te bewerkstelligen. Zeker als de gemeente actief meewerkt aan de opvang van ongedocumenteerden ligt er ook een verantwoordelijkheid om te zorgen voor een lokale toegang tot de ggz.
- Kijk of je als steunorganisatie kunt helpen bij het inschakelen van informele tolken in de hulpverlening. Al is een informele tolk niet ideaal, het is beter dan niets.

D. Apotheek

De apotheek wordt over het algemeen als goed toegankelijk beschouwd. Als een ongedocumenteerde bekend is bij de apotheek, loopt de uitgifte van medicatie meestal goed. Dit maakt dat er relatief weinig contact nodig is tussen steunorganisaties en apotheken. Als het wel nodig is, wordt het contact als goed benoemd.

Vanaf 2014 moeten ongedocumenteerden 5 euro betalen bij het afhalen van medicijnen. In sommige gevallen moeten zij deze kosten zelf betalen. De 5 euro-regeling leidt volgens veel steunorganisaties niet tot belemmeringen bij het verkrijgen van medicatie, omdat deze kosten opgevangen worden. In de meeste gevallen is de betaling van deze eigen bijdrage voor het verkrijgen van medicatie geregeld via de gemeente. Dit kan zijn via rechtstreekse afspraken tussen apotheek en gemeente of via een vergoeding van de gemeente aan een steunorganisatie. Indien de gemeente geen bijdrage levert, hebben in sommige gevallen stichtingen of lokale organisaties de betaling van de eigen bijdrage op zich genomen. Dat systeem is kwetsbaarder, aangezien fondsen weg kunnen vallen.

In enkele gevallen hebben de lokale steunorganisaties de hulp ingeroepen van gemeente en lokale media om medewerking van apotheken te verkrijgen.

“Het is fijn dat de gemeente de 5 euro-regeling op zich heeft genomen. De gemeente moet zich altijd hard blijven maken voor de mensen die enorm ziek zijn. Als het rijk het niet doet, dan moet de gemeente het maar doen.”

“We hebben één gecontracteerde apotheker. Dat loopt op zich goed, maar er is recent een wisseling geweest en toen waren nog niet alle medewerkers daar goed op de hoogte. De eigen bijdrage krijgen mensen van ons vergoed en dan declareren wij dat bedrag bij de gemeente. Het is toch lastig dat er soms een wisseling is van gecontracteerde apotheken. Als het net veranderd is, hebben wij er weer meer werk aan.”

“Een tijd geleden was er geen enkele apotheek die een contract wilde via het CAK om voor onze groep medicatie te leveren. De apotheken weigerden medicijnen te verstrekken. Toen hebben we de hulp van de politiek ingeroepen, want zonder medicamenteuze zorg kun je zieke ongedocumenteerden niet helpen. Het werd opgepakt door het debatcentrum hier in de stad. Die wijdde er een debat aan en het kwam ook in de krant terecht. Er was tijdens die debataavond een betrokken arts van een gezondheidscentrum. Die zei: ‘Ik heb het besproken met mijn collega’s en met de apotheek beneden, en wij hebben besloten dat wij dit gaan oppakken. Wij zorgen ervoor dat wij een contract krijgen, zodat wij medicatie kunnen leveren aan ongedocumenteerden.’ En dat loopt nu prima.”

WAT HELPT

- Investeer als steunorganisatie in goed contact met de apotheek die een contract heeft met het CAK voor de levering van medicatie aan ongedocumenteerden.
- Als zaken niet goed lopen met een apotheek en overleg niet tot verandering leidt, overweeg dan dit te bespreken met het CAK, aangezien die organisatie invloed heeft op een gecontracteerde apotheek.
- Probeer afspraken te maken met de gemeente over de betaling van de 5 euro die apotheken per recept moeten vragen.

- Als de gemeente niet wil meewerken, zoek dan naar mogelijkheden bij andere fondsen (kerken, liefdadigheid) of probeer politieke druk te organiseren via de gemeenteraad, het publieke debat of de media.

E. Tandarts

De financiële barrières zijn een groot obstakel voor de toegang tot de tandheelkundige zorg. Het ontbreken van een regeling voor deze zorg wordt in de literatuur gezien als de belangrijkste oorzaak van een beperkte toegang tot de mondzorg. De tandarts wordt ook door de steunorganisaties vaak als punt van zorg genoemd.

De toegankelijkheid van de tandartsenzorg is wisselend en verschilt per gemeente of regio.

De contacten van de steunorganisaties met tandartsen in vergelijking tot bijvoorbeeld huisartsen zijn veel beperkter. Een meerderheid van de organisaties heeft nauwelijks contact met tandartsen. De indruk bestaat dat een tandarts pas laat in beeld komt, als het meer dan nodig is of er ernstige pijnklachten zijn. Als er wel contact is, dan wordt dit als matig tot redelijk bestempeld.

“Het contact met de tandarts is slecht. Vroeger was het wel goed, maar nu niet meer, omdat in de oude regeling nog werd betaald voor de tandarts.”

“Mondzorg, dat gaat moeizaam, ook bij de ene tandarts waar we afspraken mee hebben. Dat komt ook omdat praktijken nu anders zijn dan vijf jaar geleden. Tandartsen hebben vaak geen vaste aanstelling meer, er is veel wisseling. We moeten vaak steeds opnieuw dingen uitleggen. Daar lopen we tegenaan.”

Initiatieven

In diverse plaatsen zijn initiatieven ontstaan om de toegang tot de tandzorg voor deze groep te verbeteren. Een aantal steunorganisaties heeft toegang tot de mondzorg geregeld via een direct contact met een tandarts die bereid is om in noodgevallen te helpen. In sommige gevallen krijgt deze tandarts dan via de gemeente een vergoeding. Soms richt de gemeente een fonds hiervoor op, waar tandartsen een deel van de kosten kunnen declareren. In een paar steden is op initiatief van een steunorganisatie

en de gemeente met hulp van de lokale tandartsvereniging een tandartsenpool opgezet. In een andere stad zijn er een aantal tandartsen die elke maand één ongedocumenteerde patiënt gratis helpen. In steden met een universitair ziekenhuis lukt het soms om in bijzondere gevallen een beroep te doen op een polikliniek (bijzondere) tandheelkunde. Daarnaast zijn er individuele tandartsen die op eigen initiatief hulp bieden, zonder daarvoor geld te vragen.

Door het creëren van pools van tandartsen en het inzetten van steunfondsen door de gemeente of andere donoren is de leemte in de mondzorg enigszins opgevuld. Er blijft echter weinig ruimte voor sanering van gebitten of langdurige behandelingen.

“Wij hebben afspraken met iemand van de polikliniek van het universitaire ziekenhuis. Dat kan alleen voor goedkope behandelingen en dus komt het vaak neer op trekken. Heel soms gaat iemand direct naar de tandarts, die rekening moet dan door een fonds betaald worden.”

WAT HELPT

- Probeer de tandartsenzorg voor ongedocumenteerden te agenderen bij de lokale of regionale afdeling van de KNMT (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde) met de vraag om mee te denken over hoe de zorg aan deze groep beter vorm zou kunnen krijgen.
- Betrek de gemeente erbij, vraag om hun hulp en bemiddeling. Soms speelt de GGD hierbij een rol vanuit hun taak in de publieke zorg.
- Kijk of je een financieel potje kunt creëren, met hulp van de gemeente en andere fondsen (particulier, liefdadigheid, kerken), waaruit je kunt putten voor specifieke situaties en waaruit je de kosten voor mondzorg in beperkte mate kunt dekken.
- Ga met ongedocumenteerde cliënten mee naar een afspraak met de tandarts. Dit helpt bij het onderhouden van de relatie met de tandartsen en laat hen zien dat zij een rol hebben in het steunsysteem voor deze kwetsbare groep. Dit zorgt ook voor een hogere

bereidheid van tandartsen om zich voor deze groep in te zetten.

F. Ziekenhuis

Het contracteren van meer ziekenhuizen door het CAK die een volledige vergoeding van de kosten krijgen, heeft bijgedragen aan een verbeterde toegang tot die ziekenhuizen.

De frequentie van het contact tussen steunorganisaties en ziekenhuizen is wisselend. Het contact dat er is, wordt als redelijk tot goed bestempeld.

Ieder ziekenhuis heeft een eigen werkwijze: op de ene plek moet een ongedocumenteerde wel eerst iets tekenen over de betaling, elders niet. Soms stuurt een ziekenhuis wel rekeningen, soms niet.

Er zijn maar een paar steunorganisaties die op organisatieniveau afspraken hebben gemaakt met ziekenhuizen, zodat ongedocumenteerde cliënten er soepel terecht kunnen.

Soms staat de invulling van het begrip medisch noodzakelijke zorg de toegang tot de ziekenhuiszorg nog in de weg. Huisartsen oordelen dan dat het medisch noodzakelijk is dat zorg wordt geboden, terwijl ziekenhuizen een andere invulling geven aan de definitie daarvan. Soms speelt een gebrek aan kennis bij medewerkers van de balie en administratie over de regeling rondom ongedocumenteerden een belemmerende rol. Persoonlijk contact met personeel van de balie of de (financiële) administratie helpt dan om de financiële regeling te verduidelijken. Een aantal organisaties geeft informatie op papier mee aan ongedocumenteerden bij een bezoek aan het ziekenhuis. Sommige steunorganisaties vinden het ongewenst dat pas na hun tussenkomst zorg tot stand komt. Dit betekent dan namelijk dat ongedocumenteerden niet zelf naar het ziekenhuis kunnen gaan. Als dit het geval is, wordt de bemoeienis van de steunorganisatie een vereiste om toegang tot de zorg te krijgen, en dat is ongewenst.

“Het contact is goed. Het gaat heel goed, het is nooit een probleem. Iemand die daar werkt lost het goed op. Deze persoon is ook een vluchteling geweest. Daarom is hij goed op de hoogte en helpt hij graag.”

“Het contact met dit ziekenhuis is in de afgelopen vijf jaar gegroeid en heeft vorm gekregen door goede contacten en goed te communiceren. Zo was er in het begin veel onduidelijkheid over de betalingen van rekeningen en kregen de cliënten nog steeds rekeningen opgestuurd. Door telefonisch uitleg te geven aan de administratie van het ziekenhuis en met behulp van een standaardbrief waarin verklaard werd uit welk land iemand afkomstig is, de reden van het onverzekerd zijn en waarom men geen inkomen heeft, zijn deze problemen opgelost. Op dit moment zijn deze standaardbrieven niet meer nodig.”

WAT HELPT

- Het is van belang om ziekenhuizen doorlopend te blijven informeren over het recht op medische zorg van ongedocumenteerden en de financiële regeling die er is. Dit kan door het meegeven van schriftelijke informatie en door persoonlijk contact, waarbij vooral medewerkers van de balie en de financiële administratie belangrijk zijn.
- Dit geldt ook als cliënten rekeningen krijgen die ze niet kunnen betalen. Dan is communicatie hierover extra belangrijk, om te zorgen dat deze rekeningen cliënten niet blijven achtervolgen.
- Bij permanente haperingen in de toegang tot de ziekenhuiszorg kan overleg met het management, specialisten, de klachtenfunctionaris of de patiëntenraad helpen om tot verbeteringen te komen en afspraken te maken.
- Het kan helpen om serieuzer genomen te worden als je als steunorganisatie samenwerkt met een (verwijzende) huisarts met wie een goed contact bestaat.
- Door cliënten persoonlijk te begeleiden naar afspraken in het ziekenhuis, krijgen zorgverleners er meer vertrouwen in dat er geen misbruik wordt gemaakt van de zorg. Ook kun je zo je cliënten beter helpen om de adviezen en behandelingen op te volgen. Het versnelt en stroomlijnt het proces voor de ongedocumenteerde cliënt.

Tot slot

Deze infosheet geeft een overzicht van de beschikbare kennis en ervaringen over de toegang tot de gezondheidszorg en de zorgverlening aan ongedocumenteerde migranten. De uitkomsten uit onderzoeken worden geïllustreerd met praktijkervaringen van medewerkers van steunorganisaties, die een belangrijke rol spelen in de begeleiding en opvang van ongedocumenteerden, die doorgaans uitgesloten zijn van hulp door veel officiële instanties.

Deze infosheet laat zien dat de zorgverlening aan deze groep in Nederland redelijk is, maar dat er op sommige gebieden nog leemtes zijn in de toegang tot de zorg, met name in de mondzorg en de ggz.

De afgelopen jaren is er lang politieke onduidelijkheid geweest over de opvang van ongedocumenteerden en de rol van de rijksoverheid en de gemeentelijke overheid hierbij.

De kans is zeer groot dat steunorganisaties een grote rol blijven spelen in de opvang en begeleiding van uitgeprocedeerde asielzoekers en andere ongedocumenteerden. Deze infosheet biedt handvatten voor het werk van deze steunorganisaties over het verkrijgen van toegang tot en goede zorg voor hun cliënten.

De volgende websites bevatten in aanvulling op deze infosheet nuttige informatie:

- <http://www.lampion.info>
- <https://doktersvandewereld.org>
- <http://www.stichtinglos.nl>
- <https://www.pharos.nl>

Colofon

Deze publicatie is auteursrechtelijk beschermd. Wilt u (delen van) de tekst kopiëren of reproduceren of anderszins gebruiken dan vragen wij u vriendelijk altijd de bron te vermelden.

De infosheet Toegang tot zorg voor ongedocumenteerde migranten is een uitgave van Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen.

Deze publicatie is mede mogelijk gemaakt door een financiële bijdrage van de commissie Projecten In Nederland (PIN) van de Konferentie Nederlandse Religieuzen (KNR).

Auteur

Evert Bloemen, arts, senior trainer/adviseur

Meelezers

Rian Ederveen (Stichting LOS), Margreet Kroesen (Dokters van de Wereld), Marjan Mensinga (Pharos), Catelijne Mittendorff (Pharos), Wil Voogt (Lampion)

Fotografie cover

Evert Bloemen

Mei 2019

CONTACT

Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen

Arthur van Schendelstraat 600 D

Postbus 13318, 3507 LH Utrecht

Telefoon 030 234 98 00

E-mail info@pharos.nl

www.pharos.nl

