

Medische zorg vreemdelingen

Over toegang en continuïteit van medische zorg voor
asielzoekers en uitgeprocedeerde asielzoekers



De burger heeft er recht op behoorlijk behandeld te worden door de overheid. En laten we duidelijk zijn: meestal gebeurt dat ook. Maar het lukt niet altijd. En dan is het goed dat iemand die zich benadeeld of onrechtvaardig behandeld voelt, voor bescherming terecht kan bij een onafhankelijk instituut. Dat instituut is de Nationale ombudsman.

De Nationale ombudsman levert een bijdrage aan het herstel van vertrouwen in de overheid. Hij doet dit door zijn kennis te delen met overheidsinstanties, onderzoek te starten of mensen te helpen bij onnodige bureaucratie. Een onderzoek van de Nationale ombudsman kan worden afgesloten met een rapport. Deze rapporten zijn openbaar en worden gepubliceerd op www.nationaleombudsman.nl

Medische zorg vreemdelingen

Over toegang en continuïteit van medische zorg voor asielzoekers en uitgeprocedeerde asielzoekers

Onderzoeksteam

Mevrouw mr. drs. N. van der Bijl, projectleider

Mevrouw mr. M.B. van der Kleij, senior-onderzoeker

Mevrouw mr. A.J.H. Tuzgöl-Broekhoven, onderzoeker

Mevrouw mr. P.C. van Dorst, onderzoeker

De heer J.J. Saeijs Msc, onderzoeker

Mevrouw drs. I. de la Rambelje, onderzoeker

Mevrouw bc. S. Beer, ondersteuning

Substituut ombudsman

Mevrouw mr. A. Stehouwer

Datum: 3 oktober 2013

Rapportnummer 2013/125

Beschouwing

Maatschappelijke context

Dit rapport komt uit in een periode dat er veel te doen is rond medische zorg aan (uitgeprocedeerde) asielzoekers. Ik ben mijn onderzoek op 21 februari 2013 gestart naar aanleiding van signalen over de medische zorg aan de mensen die verbleven in het tentenkamp in Ter Apel. Het overlijden van de heer Dolmatov, het rapport van de Inspectie Veiligheid en Justitie en het daarop volgend Kamerdebat zorgden ervoor dat ik tijdens mijn onderzoek werd geconfronteerd met een andere politiek-bestuurlijke dynamiek. Ook de medische zorg in de dagelijkse praktijk kreeg hierdoor een extra lading.

Naar aanleiding van de zaak Dolmatov is op verzoek van de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie door de Onderzoeksraad voor de Veiligheid een onderzoek gestart naar de kwaliteit van de asielketen. Dit onderzoek loopt nog en zal naar verwachting in februari 2014 worden afgerond.

Op 31 juli 2013 zond het EO programma “*De vijfde dag*” een reportage uit over Renata, een Georgisch meisje van 6 jaar dat is uitgezet naar Polen. In Polen bleek zij leukemie te hebben. De Inspectie Gezondheidszorg en de Inspectie Veiligheid en Justitie zijn naar aanleiding van deze uitzending op 8 augustus 2013 een gezamenlijk onderzoek gestart naar de medische behandeling van het Georgisch meisje. Het rapport wordt verwacht vóór 1 november 2013.

Op 13 september 2013 stuurde de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie een brief aan de Tweede Kamer over onder meer vreemdelingenbewaring en tijdsbesteding van asielzoekers in de opvang.

Het is niet mijn bedoeling om de inmiddels opgestarte onderzoeken met het verschijnen van dit rapport te doorkruisen. Doel van mijn onderzoek is om op basis van een inventarisatie van dagelijkse problemen concrete aanbevelingen te doen als het gaat om de toegang en continuïteit van medische zorg voor asielzoekers en uitgeprocedeerde asielzoekers op COA-locaties, in vreemdelingendetentie en op straat. Voor mij is niet zo zeer belangrijk wat er in protocollen en richtlijnen staat geschreven. Belangrijker is hoe het in de praktijk wordt uitgevoerd en uitwerkt.

Blikrichting

Ik zie hierbij een spanning tussen het denken vanuit het systeem en het denken vanuit mensen. Mij verplaatsend in de benaderingswijze van departementen, de Dienst Justitiële Inrichtingen en het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers zie ik dat hun blikrichting wordt bepaald door systeemdenken. “*Hoe kunnen we zorgkosten omlaag krijgen bij het COA?*”, “*Hoe zorgen we dat de veiligheid optimaal is gegarandeerd en we niet met een tweede Dolmatov te*

maken krijgen?”, “*Hoe verbinden we het ontmoedigingsbeleid voor ongedocumenteerden met het recht op medische zorg?*” Ik verplaats mij echter ook in de positie van vreemdelingen en probeer na te gaan wat dat ‘systeemdenken’ van de betrokken instanties in de dagelijkse praktijk voor hen betekent.

Als Nationale ombudsman vraag ik aandacht voor de risico’s van een eenzijdige benadering vanuit ‘de systemen’. De overheid moet verantwoorde systemen inrichten, maar moet zich tevens bewust zijn van de uitwerking die dat systeemdenken heeft op de leefwereld van diegenen waar het beleid voor gemaakt wordt. Probeer te kijken vanuit de vreemdeling. Waar leidt dit toe?

Kwetsbare positie versus zelfredzaamheid

Wat als eerste opvalt is de vaak geïsoleerde en kwetsbare positie van deze vreemdelingen 2000. Asielzoekers en uitgeprocedeerde asielzoekers zijn in de regel angstig, hebben geen netwerk en ook geen kennis van de typische Nederlandse gebruiken. Zelfredzaamheid die van Nederlanders gevraagd wordt, kan niet altijd in volle omvang ook van hen verwacht worden. De veronderstelde zelfredzaamheid staat goede toegang tot medische zorg zelfs in de weg. Het beleid van de Nederlandse overheid leidt ertoe dat (uitgeprocedeerde) asielzoekers een deel van hun zelfregie wordt ontnomen. Enerzijds door een bepaalde mate van zelfredzaamheid van ze te verwachten, die deze kwetsbare groep vaak niet heeft, (COA-locaties, en op straat) anderzijds door ze een deel van hun autonomie af te nemen (vreemdelingendetentie).

Geïsoleerde benadering

De blikrichting zorgt ook voor een geïsoleerde benadering van medische zorg. In de praktijk kan de aanspraak op medische zorg ingevolge artikel 64 Vreemdelingenwet 2000 van belang zijn voor de asielprocedure. Ziek zijn kan lonen en wordt in de asielprocedure dan ook met enige argwaan benaderd. De blikrichting van de overheid geeft kennelijk geen ruimte om het algemeen welbevinden van de (uitgeprocedeerde) asielzoeker in ogenschouw te nemen. Het leven in asielzoekerscentra, in vreemdelingendetentie en op straat brengt stress en onzekerheid met zich mee, hetgeen uiteraard van invloed is op de gezondheid. De vragen vanuit het perspectief van de (uitgeprocedeerde) asielzoeker worden niet gesteld. Er wordt niet gekeken naar wat er op dat gebied aan preventie gedaan kan worden. Bovendien wordt vanuit het systeem gecompartmenteerd gekeken naar medische zorg hetgeen in de uitvoering leidt tot grote verschillen voor de (uitgeprocedeerde) asielzoeker. Dit wordt duidelijk als we naar het verhaal van Adam kijken.

Adam

Elk hoofdstuk in dit rapport begint met het verhaal van de fictieve figuur Adam. Zijn verhaal kan gelezen worden als een collage samengesteld uit de gesprekken die voor dit onderzoek zijn gevoerd. Het verhaal van Adam is geschreven om de onderzoeksbevindingen te belichten vanuit het perspectief van de (uitgeprocedeerde) asielzoeker. Als Adam als asielzoeker in een COA-locatie zit, besteedt de overheid € 5.135 per jaar aan hem voor medische kosten. De overheid vindt dit bedrag per asielzoeker echter te veel. De zorgconsumptie is te hoog. Vanuit haar logica zoekt de overheid daarom naar mogelijkheden om op COA-locaties drempels op te werpen voor Adam. Als Adam vervolgens terecht komt in vreemdelingendetentie, dan besteedt de overheid € 8.044 per jaar aan medische kosten voor Adam. In vreemdelingendetentie is geld voor medische zorg kennelijk geen issue. De directie voelt zich immers verantwoordelijk voor Adam. Niet zozeer voor zijn algehele welbevinden, als wel voor zijn fit-to-fly-gesteldheid; voorkomen moet worden dat Adam als laatste redmiddel zichzelf ziek maakt zodat hij niet uitgezet kan worden of zichzelf in wanhoop iets aandoet. Als Adam op straat komt te staan, besteedt de overheid € 215 per jaar aan medische kosten voor Adam. De overheid heeft een ontmoedigingsbeleid voor illegaal verblijf. Daar past in dat de toegang tot medische zorg niet te makkelijk wordt gemaakt. De overheid faciliteert daarom enkel een vergoedingsplicht voor zorgverleners die met onbetaalde rekeningen blijven zitten.

Appèl

Adam is steeds dezelfde persoon met dezelfde zorgvragen. Er is echter een groot verschil in intensiviteit van de medische zorg op COA-locaties, in vreemdelingendetentie en op straat. De vraag is of die verschillen gerechtvaardigd zijn? Dat er verschillende bedragen mee gemoeid zijn heeft op zich geen zelfstandige betekenis. Deze verschillen vloeien voort uit verschillende achterliggende logica's. En voor deze verschillende logica's is naar mijn oordeel geen rechtvaardiging. De oplossing hiervoor is het niet louter focussen op de werking van systemen, maar te focussen op personen. Ik doe een appèl op de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om de blikrichting te veranderen richting de leefwereld van diegenen waar het beleid voor gemaakt wordt en recht te doen aan het uitgangspunt dat de toegang tot medische zorg gewaarborgd moet zijn. In dit rapport doe ik daartoe concrete aanbevelingen.

De Nationale ombudsman,



dr. A.F.M. Brenninkmeijer

Conclusies en aanbevelingen

Medische zorg op COA-locaties

De Nationale ombudsman oordeelt dat de toegang tot medische zorg op de COA-locaties nog te veel drempels kent. De randvoorwaarden voor een goede toegang tot medische zorg zijn gericht op zelfredzame asielzoekers. Echter, de kwetsbare positie van asielzoekers staat deze zelfredzaamheid vaak in de weg. Hierdoor kent de toegang tot medische zorg voor asielzoekers op COA-locaties nog te veel drempels. De Nationale ombudsman oordeelt daarnaast dat de toegang tot medische zorg verder onder druk komt te staan nu wordt nagedacht over het opwerpen van nog meer drempels om de zorgvraag van asielzoekers te reduceren. De Nationale ombudsman roept de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie op om deze blikrichting te veranderen, recht te doen aan het uitgangspunt dat de toegang tot medische zorg gewaarborgd moet zijn en de vragen rondom het beheersen van zorgkosten meer te benaderen vanuit het perspectief van de asielzoeker en daarbij de mogelijkheden van preventie te verkennen.

Aanbevelingen

De Nationale ombudsman doet de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie de volgende aanbevelingen:

- Geef invulling aan het feit dat medische zorg voor asielzoekers een kwetsbare groep betreft, niet alleen door te zorgen voor inhoudelijk aangepaste zorg, maar ook door de toegang tot zorg daarop aan te passen. Bevorder een goede toegang tot medische zorg door onbedoelde drempels weg te nemen.
- Overleg met het COA en met het Gezondheidscentrum Asielzoekers over het uitvoeringbeleid met betrekking tot het toekennen van zorgvervoer. De ketenpartners komen samen tot goede werkbare afspraken die recht doen aan het uitgangspunt dat de toegang tot zorg gewaarborgd moet zijn.
- Draag zorg voor meer kennis bij asielzoekers en bij zorgverleners over verschillende, vaak cultuurbepaalde, gezondheidssystemen. Wat kan een asielzoeker verwachten van het Nederlands gezondheidssysteem? Hoe werken gezondheidssystemen in andere landen?
- Informeer en overleg met het Gezondheidscentrum van de betreffende COA locatie over procedurele stappen als overplaatsen, in bewaring nemen of op straat zetten. Dit is van belang voor de continuïteit van de zorg, in verband met lopende of geplande onderzoeken of behandelingen en in verband met een goede overdracht van medische dossiers aan nieuwe zorgverleners.
- Zorg voor een betere samenwerking tussen COA en het Gezondheidscentrum. Bij organisatorische wijzigingen die gevolgen kunnen hebben voor de medische zorg aan asielzoekers, zoals een wijziging in het type opvanglocatie van een AZC naar een gezinslocatie, zou het Gezondheidscentrum door COA als ketenpartner moeten worden gezien en eerder betrokken moeten worden. Op die manier kan het

Gezondheidscentrum de consequenties van het beleid voor de medische dienst en de gezondheidszorg voor asielzoekers tijdig overzien en daarop anticiperen.

Medische zorg in vreemdelingendetentie

De Nationale ombudsman oordeelt dat de toegang tot medische zorg in vreemdelingendetentie nog te veel drempels kent. De nadruk op veiligheid staat zelfregie in de weg en daarmee de goede toegang tot medische zorg. Vanuit het belang van de veiligheid wordt de ingesloten een deel van hun zelfregie ontnomen, hetgeen zijn weerslag heeft op het welbevinden in het algemeen en de gezondheid in het bijzonder. Ook hier is onvoldoende oog voor het algemeen welbevinden van de vreemdelingen in detentie en mogelijkheden om gezondheidsklachten in detentie te verminderen of te voorkomen. De Nationale ombudsman roept de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie op om de blikrichting te veranderen, recht te doen aan het uitgangspunt dat de toegang tot medische zorg gewaarborgd moet zijn en de vragen rondom het beperken van risico's en het verhogen van de veiligheid in het kader van de gezondheid meer te benaderen vanuit het perspectief van de ingeslotene.

Aanbevelingen

De Nationale ombudsman doet de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie de volgende aanbevelingen:

- 🗨️ Geef invulling aan het feit dat medische zorg in vreemdelingendetentie een specifieke groep betreft, niet alleen door te zorgen voor inhoudelijk aangepaste zorg, maar ook door de toegang tot zorg daarop aan te passen. Bevorder een goede toegang tot medische zorg door onbedoelde drempels weg te nemen.
- 🗨️ Sta zelfzorgmedicatie op cel in beginsel toe.
- 🗨️ Licht ingesloten in beginsel in over geplande onderzoeken en behandelingen buiten detentie, zodat zij zich hierop kunnen voorbereiden.
- 🗨️ Vervoer mensen in vreemdelingendetentie niet meer geboeid, tenzij ze op een lijst staan vermeld als vluchtgevaarlijk. Maak duidelijke afspraken met DV&O over voorwaarden voor het afwijken van het advies van de directeur over het geboeid vervoeren.
- 🗨️ Betrek bij een beslissing van acute inzet (zoals de inzet van een isoleercel), zowel de veiligheidssituatie als de gevolgen voor het welbevinden door multidisciplinair overleg.
- 🗨️ Informeer en overleg met de medische dienst over procedurele stappen als uitzetten, overplaatsen of opheffen van bewaring. Dit is van belang voor de continuïteit van de zorg in verband met lopende of geplande onderzoeken of behandelingen en in verband met een goede overdracht van medische dossiers aan nieuwe zorgverleners.

Medische zorg op straat

De Nationale ombudsman oordeelt dat de toegang tot medische zorg voor ongedocumenteerden nog te veel drempels kent. De randvoorwaarden voor een goede toegang tot medische zorg zijn gericht op zelfredzame ongedocumenteerden en welwillende zorgverleners. De kwetsbare positie van ongedocumenteerden staat deze zelfredzaamheid in de weg. Daarnaast staan ook zorgverleners niet altijd open voor zorg aan ongedocumenteerden. Hierdoor kent de toegang tot medische zorg voor ongedocumenteerden te veel drempels.

De Nationale ombudsman oordeelt daarnaast dat de minister onvoldoende zicht heeft op de toegang tot medische zorg voor ongedocumenteerden in de praktijk. De Nationale ombudsman roept de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport dan ook op om de blikrichting te veranderen, recht te doen aan het uitgangspunt dat de toegang tot medische zorg gewaarborgd moet zijn en de vragen rondom het ontmoedigingsbeleid en recht op zorg meer te benaderen vanuit het perspectief van de ongedocumenteerde en daarbij de mogelijkheden van preventie te verkennen.

Aanbevelingen

De Nationale ombudsman doet de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de volgende aanbevelingen:

- 🗨️ Verstrekk een CVZ-zorgpas aan ongedocumenteerden waarop staat vermeld dat zij recht hebben op medisch noodzakelijke zorg
- 🗨️ Organiseer een (telefonisch) informatiepunt voor ongedocumenteerden en degenen die hen bijstaan, voor vragen over de toegang tot of het recht op zorg.
- 🗨️ Monitor de daadwerkelijke toegang tot zorg. Zorg voor zicht op de aard en omvang van de zorgvragen van ongedocumenteerden.
- 🗨️ Inventariseer wat zorgverleners nodig hebben om drempels voor de zorg voor ongedocumenteerden weg te nemen en neem die drempels weg.
- 🗨️ Zorg dat er een instantie is die actief bemiddelt tussen ongedocumenteerden en zorgverleners als de ongedocumenteerde feitelijk problemen ondervindt bij de toegang tot medische zorg.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
1.1	Aanleiding en achtergrond	3
1.2	Doelstelling	3
1.3	Afbakening	3
1.4	Aanpak	4
1.5	Leeswijzer	4
	Het verhaal van Adam	6
2	Medische zorg op een coa-locatie	9
2.1	Algemeen	9
2.2	De visie en taakopvatting van de overheid	12
2.3	Toegang medische zorg in de praktijk	13
2.4	Continuïteit medische zorg	21
2.5	Visie Nationale ombudsman	23
2.6	Aanbevelingen	26
	Het verhaal van Adam	28
3	Medische zorg in detentie	31
3.1	Algemeen	31
3.2	De visie en taakopvatting van de overheid	34
3.3	Toegang medische zorg	35
3.4	Continuïteit medische zorg	42
3.5	Visie Nationale ombudsman	44
3.6	Aanbevelingen	48
	Het verhaal van Adam	49
4	Medische zorg op straat	51
4.1	Algemeen	51
4.2	De visie en taakopvatting van de overheid	53
4.3	Toegang medische zorg	55
4.4	Continuïteit medische zorg	60
4.5	Visie Nationale ombudsman	61
4.6	Aanbevelingen	63
	Bijlage I: Literatuurlijst	65
	Bijlage II: Achtergrond	67



1 Inleiding

1.1 Aanleiding en achtergrond

Op 21 februari 2013 opende de Nationale ombudsman een onderzoek uit eigen beweging naar medische zorg voor (uitgeprocedeerde) asielzoekers.

Aanleiding voor dit onderzoek is een klacht van een arts die samen met een aantal collega's vrijwillig en op eigen kosten in het voorjaar van 2012 medische bijstand verleende aan mensen in het tentenkamp in Ter Apel. Naar eigen zeggen werden de artsen geconfronteerd met een paar honderd vreemdelingen met verschillende aandoeningen die nergens een behandeling kregen. De artsen constateerden dat deze mensen langdurig verstoken zijn geweest van voldoende medische zorg. Zij vonden dit schokkend omdat deze vreemdelingen kort daarvoor nog in asielzoekerscentra of in penitentiaire inrichtingen zouden hebben verbleven.

1.2 Doelstelling

Met dit onderzoek wil de Nationale ombudsman nagaan in hoeverre het recht op toegang tot medische zorg door de Nederlandse overheid in de praktijk wordt gewaarborgd voor asielzoekers en uitgeprocedeerde asielzoekers. De Nationale ombudsman heeft onderzocht hoe de toegang tot de gezondheidszorg en de continuïteit van deze zorg in de praktijk is geregeld, waar de knelpunten of dilemma's zitten en wat mogelijke oplossingen hiervoor zijn.

1.3 Afbakening

Medische zorg voor vreemdelingen is een breed onderwerp waarover al veel is geschreven. De Nationale ombudsman heeft zich in dit onderzoek primair gericht op de toegang en continuïteit van de curatieve zorg voor asielzoekers en uitgeprocedeerde asielzoekers. Om de continuïteit van medische zorg inzichtelijk te maken heeft de Nationale ombudsman in de opzet van het onderzoek gekozen de asielzoeker te volgen van een Centrale orgaan Opvang Asielzoekers (COA) locatie, naar vreemdelingendetentie en vervolgens 'op straat'. Overigens is in de onderzoeksbevindingen voor wat betreft het onderdeel vreemdelingendetentie en het onderdeel 'op straat' geen onderscheid gemaakt tussen mensen met een asielverleden en mensen zonder asielverleden. De toegang tot medische zorg is voor beide groepen hetzelfde geregeld. De conclusies en aanbevelingen in dit rapport hebben dan ook zeker hun gelding voor ongedocumenteerden zonder asielverleden.

1.4 Aanpak

Om meer inzicht in de problematiek te krijgen deed de Nationale ombudsman na de ontvangst van bovengenoemde klacht eerst een verkennend onderzoek. Er werd onder meer een literatuurstudie gedaan. Omdat rond het thema gezondheidszorg voor asielzoekers en gezondheidszorg voor vreemdelingen al veel onderzocht en geschreven is, heeft de Nationale ombudsman ervoor gekozen voort te bouwen op deze rapportages. In de literatuurlijst die als bijlage is toegevoegd, kunt u lezen welke stukken aan de rapportage ten grondslag liggen. Daarnaast zijn er oriënterende gesprekken gevoerd met verschillende professionals uit het veld. Op 8 februari 2013 bracht de Nationale ombudsman een bezoek aan de Vluchtkerk in Amsterdam, waar hij met diverse hulpverleners en met illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen sprak.

Op 21 februari 2013 bracht de Nationale ombudsman een persbericht uit waarin hij een onderzoek uit eigen beweging aankondigde. Naar aanleiding van dit bericht hebben diverse professionals die werkzaam zijn of waren in het veld via de e-mail en telefoon hun verhaal gedaan.

Na opening van het onderzoek zijn meer gesprekken gevoerd met professionals uit het veld, met vreemdelingen op straat en met hulpverleners. Ook is een aantal bijeenkomsten van hulpverlenende organisaties bezocht. Verder hebben onderzoekers van het Bureau Nationale ombudsman een bezoek gebracht aan acht locaties van het COA. Op deze locaties is gesproken met medewerkers van het COA, met medewerkers van de beveiliging (Trigion) en met medewerkers van Gezondheidscentrum Asielzoekers (Gezondheidscentrum). Ook werd per locatie een aantal asielzoekers geïnterviewd over hun ervaringen met medische zorg in de asielzoekersprocedure. Er is een bezoek gebracht aan de Praktijklijn in Wageningen en aan het detentiecentrum Schiphol. Ten slotte hebben medewerkers van het Bureau Nationale ombudsman in de detentiecentra in Rotterdam, Schiphol en Zeist steeds drie dagen met de medische dienst meegelopen.

De Nationale ombudsman heeft het verslag van bevindingen voorgelegd aan het COA, het Gezondheidscentrum, de drie bezochte detentiecentra, het Ministerie van Veiligheid en Justitie, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het College voor Zorgverzekeringen. Deze hebben een reactie op de bevindingen gegeven. De bevindingen zijn naar aanleiding van deze reacties op een aantal punten aangepast.

1.5 Leeswijzer

Hierna volgt een beschrijving, in drie hoofdstukken van de medische zorg voor (uitgeprocedeerde) asielzoekers in de praktijk. Hoofdstuk twee gaat in op de medische zorg aan asielzoekers in een COA-locatie; hoofdstuk drie beschrijft de medische zorg aan uitgeprocedeerde asielzoekers in vreemdelingenbewaring en in hoofdstuk vier komt de medische zorg aan uitgeprocedeerde asielzoekers die in Nederland 'op straat' verblijven aan

de orde. Ieder hoofdstuk wordt afgesloten met de visie van de Nationale ombudsman en een aantal aanbevelingen. In de bijlagen zijn de relevante wetsartikelen en de literatuurlijst opgenomen.

De Nationale ombudsman gelooft in de kracht van het persoonlijk verhaal. Daarom begint elk hoofdstuk met het verhaal van Adam. Het verhaal van Adam is fictief. De figuur Adam is ontsproten aan de fantasie van de Nationale ombudsman. De ervaringen van Adam zijn echter gebaseerd op de bevindingen van dit onderzoek. Het verhaal van Adam is een collage samengesteld uit de gesprekken die de Nationale ombudsman heeft gevoerd met asielzoekers, met mensen in vreemdelingenbewaring, met mensen op straat zonder verblijfstitel, met hulpverleners, met zorgverleners en met medewerkers uit de keten. Adam helpt de lezer de onderzoeksbevindingen te begrijpen vanuit het perspectief van de (uitgeprocedeerde) asielzoeker. Daarmee is het verhaal van Adam weliswaar fictief, maar van grote betekenis.

Het verhaal van Adam

Moe en gedesoriënteerd aankomen in Nederland

Adam ontvlucht de burgeroorlog in zijn thuisland Somalië in 2006. Een lange en zware reis naar Europa, die hij via een reisagent heeft geregeld, brengt hem uiteindelijk in Nederland. Dat is een andere bestemming dan hij gedacht had; hij wilde naar Engeland omdat daar familie van hem woont. De reisagent brengt hem rechtstreeks naar het aanmeldcentrum in Ter Apel. Adam voelt zich beroerd. Hij is moe en gedesoriënteerd na de reis. Hij vindt het maar koud in Nederland. Hij kan niemand verstaan. Meteen in de eerste week ondergaat hij een medische intake met een verpleegkundige. Via de telefoon helpt een tolk hem door het consult. Adam kan de tolk vertellen hoe vermoedid hij is, en dat hij last van zijn ogen heeft. De verpleegkundige verstrekt oogdruppels en adviseert hem om goed uit te rusten. Hij zal zijn krachten nodig hebben voor de asielprocedure.

Adam voelt zich echter nog helemaal niet fit en merkt dat hij zich slecht kan concentreren. Een arts van Medifirst oordeelt al snel na de ontmoeting met de verpleegkundige dat Adam in staat is om van start te gaan met de asielprocedure.

Hij krijgt een gehoor met een IND-ambtenaar over zijn asielverhaal; het kost hem moeite maar met hulp van de tolk die bij dit gesprek aanwezig is, kan hij goed uitleggen waarom hij gevlucht is. Daarna volgt nog zo'n gesprek, opnieuw in aanwezigheid van een tolk. Tot slot ondergaat hij een tuberculose-screening; dat is de standaardprocedure die van toepassing is op elke nieuwkomer in Nederland.

Landgenoten

Als hij na tien dagen in Nederland net een beetje begint te wennen aan zijn nieuwe woonplek, wordt hij overgeplaatst naar het asielzoekerscentrum in Luttelgeest. Hij krijgt te horen dat zo'n overplaatsing op zich een goed teken is; hij mag in dit centrum zijn asielaanvraag afwachten. In Luttelgeest krijgt Adam een kamer toegewezen waarin al een wat oudere man uit Irak woont. Deze meneer Salim lijkt een teruggetrokken bestaan; hij weigert contact met andere asielzoekers en verzorgers en maakt een sterk vermagerde indruk. Onder de 450 asielzoekers die in het AZC van Luttelgeest wonen, bevinden zich ook enkele landgenoten van Adam. Dat vindt hij prettig; overdag kan hij met hen optrekken. Enkele dagen na zijn aankomst in Luttelgeest krijgt Adam opnieuw een medische intake, dit keer uitgevoerd door een verpleegkundige van het lokale Gezondheidscentrum Asielzoekers. Tot zijn verbazing beschikt ze al over informatie over hem. Ze legt hem uit hoe dat werkt: de verpleegkundige in Ter Apel heeft haar via het digitale informatiesysteem zijn gegevens doorgestuurd. Ze vertelt Adam ook dat uit het onderzoek gebleken is dat hij een lichte vorm van tuberculose lijkt te hebben. Voor de zekerheid moet hij naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis voor een longfoto. Hij krijgt een zorgpas die hij moet meenemen naar dit ziekenhuisbezoek.

De woonbegeleider van het COA legt uit hoe hij met twee verschillende bussen bij het ziekenhuis kan komen en dat hij een vergoeding van zijn reiskosten kan aanvragen omdat het ziekenhuis verder dan tien kilometer reizen is. Het wordt voor Adam een hele onderneming. Voor de heen- en terugreis samen is hij ruim vier uur onderweg, maar het lukt. Er worden röntgenfoto's gemaakt en de uitslag gaat naar

de huisarts van het Gezondheidscentrum Asielzoekers.

Een week later roept de huisarts van het Gezondheidscentrum Asielzoekers hem op om naar het spreekuur te komen. Inmiddels heeft Adam vriendschap gesloten met Mo, een leeftijdsgenoot uit Somalië. Mo woont al twee jaar met vrouw en kinderen in het Asielzoekerscentrum van Luttelgeest en maakt Adam graag wegwijs. Omdat Mo al redelijk Nederlands spreekt, wil hij wel als tolk voor Adam fungeren. Adam en Mo gaan daarom samen naar de huisarts, wiens praktijk op twaalf kilometer afstand van het asielzoekerscentrum ligt. Omdat er geen busverbinding is nemen ze de fiets. Voor Adam is dat een heel nieuwe ervaring.

De huisarts vertelt hem dat op de foto wat vlekjes op zijn longen te zien zijn. Het is niet ernstig, maar het is verstandig om hiertegen medicatie te nemen. De arts schrijft een recept voor en samen met Mo fietst Adam naar de apotheek in het dorp tien kilometer verderop om zijn medicijnen op te halen.

Geen zorgvervoer

Er gaan weken voorbij. Als Adam op een avond terugkeert op zijn kamer, ligt zijn kamergenoot Salim ziek op bed. Adam had hem al dagen horen hoesten; nu blijkt hij ook flinke koorts te hebben. Adam vraagt de portier om hulp, maar die geeft hem het advies om de Praktijklijn van het Gezondheidscentrum te bellen.

De telefoon staat in de hal en is in gebruik door een gezin. Hun gehele gesprek kan door alle omstanders letterlijk worden gevolgd. Hij moet lang wachten tot hij aan de beurt is. Via de tolk van het Gezondheidscentrum legt hij uit dat zijn kamergenoot Salim een arts nodig heeft. De assistente van de Praktijklijn in Wageningen is uiterst vriendelijk en blijft maar vragen stellen. Heeft Salim koorts? Hoe lang heeft hij al koorts? Adam weet het allemaal niet precies; hij is er alleen van overtuigd dat de situatie ernstig is. Het gesprek eindigt met het advies om de volgende dag met Salim naar het spreekuur van de verpleegkundige in het AZC te gaan. Adam is er niet gerust op, maar weet verder ook niet wat hij nog kan doen. Salim maakt een onrustige nacht door. De volgende dag neemt Adam hem mee naar het spreekuur. Daar, aan de balie, ten overstaan van een groot aantal andere bezoekers van het spreekuur, doet Adam in gebroken Engels zijn verhaal. Telkens wijst hij daarbij op Salim. De praktijkassistente begrijpt hem en maakt een afspraak voor diezelfde middag bij de huisarts.

Salim blijkt een dubbele longontsteking te hebben. Hij krijgt medicatie voorgeschreven, maar de huisarts is er niet zeker van of dit voldoende is. Omdat Salim ondervoed is en een lage weerstand heeft, besluit de huisarts om hem op te laten nemen in het ziekenhuis. Adam vraagt aan de bewaking van het centrum of er zorgvervoer geregeld kan worden; Salim kan bijna niet meer op zijn benen staan. Van de bewaking moet hij de Praktijklijn van het Gezondheidscentrum bellen om hiervoor toestemming te vragen. De assistente van de Praktijklijn is van mening dat Salim niet in aanmerking komt voor zorgvervoer. Als de locatiemanager dit hoort, besluit hij de taxi naar het ziekenhuis voor Salim dan maar uit eigen budget te vergoeden. De man op eigen gelegenheid laten gaan is onacceptabel. Later hoort Adam van een vriend dat hij in zo'n dringende situatie altijd via 112 om een ambulance kan oproepen. Adam weet niet hoe het verder gaat met Salim. Hij krijgt bericht dat hij naar een ander

AZC wordt overgeplaatst. Er wordt geen reden gegeven voor de overplaatsing. Aan de ene kant vindt hij het jammer dat hij de kennissen die hij heeft opgedaan, weer uit het oog verliest, maar aan de andere kant ziet hij dit als een verbetering. Hij komt in een stadscentrum te wonen.

Domper

In dit nieuwe AZC begint het hele verhaal opnieuw: hij krijgt een medische intake en een gesprek met de arts van het Gezondheidscentrum. Omdat zijn tuberculosekuur achter de rug is, moet hij opnieuw foto's laten maken. Zijn longen zijn nu schoon. Aan deze nieuwe huisarts vertelt Adam dat hij veel last heeft van slapeloosheid. Hij loopt overdag veel te piekeren. Zijn asielpcedure is nog onzeker en hij heeft al tijden niets meer gehoord van zijn vrouw en kinderen in Somalië. 's Nachts slaapt hij steeds slechter. De arts adviseert hem om veel te gaan wandelen. Ook krijgt hij een licht slaapmiddel voorgeschreven. Maar Adam merkt weinig verbetering; zijn klachten lijken juist te verergeren. Hij twijfelt: had hij wel moeten vluchten?

Dan komt er bericht van de IND: Adams asielaanvraag is afgewezen. Dat is een enorme domper. Na overleg met zijn advocaat gaat hij tegen deze afwijzing in beroep. Adam mag het beroep in Nederland afwachten. Daar gaan maanden overheen. Adam merkt dat hij psychisch steeds verder achteruit gaat. Hij bezoekt regelmatig het spreekuur van de praktijkassistente van het AZC, die hem meestal doorstuurt naar de verpleegkundige. Met haar kan hij over zijn situatie praten. Daarnaast mag hij sinds kort een half uur per week praten met de GGZ-verpleegkundige. Ook al ervaart Adam die gesprekken als prettig, ze helpen niet. Na twaalf weken krijgt hij een verwijzing naar de GGZ-psycholoog; met hem kan hij over zijn trauma's praten. In overleg met de huisarts krijgt hij inmiddels ook antidepressiva. Voor zijn vlucht uit Somalië heeft Adam dingen meegemaakt waarvan de beelden hem blijven achtervolgen. Het eczeem waar hij mee kampt, hangt volgens de huisarts ook samen met zijn nervositeit. Omdat Adam 's nachts zo onrustig is, wil hij het liefste een kamer alleen. Dat kan alleen als hij daarvoor een indicatie heeft. De woonbegeleider van het COA legt hem uit hoe hij een indicatie-aanvraag kan doen. De beslissing hierover bereikt hem nooit; er komt bericht over zijn asielpcedure. Tot in de hoogste instantie is het beroep afgewezen. Dat betekent dat zijn advocaat niets meer voor hem kan doen en dat hij Nederland binnen vier weken moet verlaten. Hij mag niet langer in het AZC blijven wonen.

Omdat hij geen paspoort of ander document heeft, is de terugkeer naar Somalië een probleem. Met de Dienst Terugkeer & Verkeer (DT&V) bezoekt hij meermalen de ambassade om een nieuw paspoort aan te vragen. Maar de Somalische autoriteiten betwijfelen of hij wel uit Somalië komt. DT&V vindt dat hij onvoldoende meewerkt aan zijn uitzetting. Als hij na enkele maanden rondzwerven van het ene adres naar het andere adres, zonder geldig vervoersbewijs in de trein wordt aangetroffen, houdt de spoorwegpolitie hem staande en draagt hem over aan de vreemdelingenpolitie. Adam verzet zich niet. Hij is ontzettend moe van zijn zwerfende bestaan. Als het voor de vreemdelingenpolitie duidelijk is dat hij geen verblijfspapieren heeft, wordt hij in vreemdelingenbewaring gesteld. De reden: illegaal verblijf in Nederland. De bewaringstelling moet voorkomen dat hij zich onttrekt aan uitzetting. Vrienden van Adam brengen nog snel zijn bezittingen, inclusief zijn medicatie, in twee koffers naar het politiebureau. Na een nacht op het politiebureau wordt hij samen met zijn bagage overgebracht naar Detentiecentrum Zeist.

2 Medische zorg op een COA-locatie

2.1 Algemeen

Onderdak

Het COA is verantwoordelijk voor de opvang en begeleiding van asielzoekers in Nederland. Asielzoekers verblijven in afwachting van de beslissing op hun asielverzoek of hun vertrek op een COA-locatie. Op dit moment zijn er 33 COA-locaties verspreid over het land. In 2013, tot 1 juli, bedroeg het aantal bewoners in de opvangcentra 14.426¹. Er zijn diverse typen opvanglocaties afhankelijk van de fase van de asielprocedure. De centrale ontvangstlocatie (col) is de eerste verblijfplaats van vreemdelingen die asiel willen aanvragen. In ongeveer drie dagen vindt identificatie, registratie en een tbc-controle plaats, waarna men door kan stromen naar een procesopvanglocatie (pol). Op de pol verblijven asielzoekers gedurende de rust en voorbereidingstermijn en de algemene asielprocedure. De rust en voorbereidingstermijn nemen ten minste zes dagen in beslag. Vervolgens verhuist hij naar een van de Asielzoekerscentra (AZC's) in het land. Uitgeprocedeerde asielzoekers kunnen geplaatst worden in een vrijheid beperkende locatie (vbl), terwijl er voor gezinnen met minderjarige kinderen in die fase onderdak wordt geboden in een gezinslocatie (gl). Voor uitgeprocedeerde asielzoekers geplaatst in deze specifieke opvangvormen geldt dat zij alleen recht hebben op medisch noodzakelijke zorg. Kinderen van asielzoekers tot achttien jaar hebben wel volledig recht op zorg. Het is aan de zorgverlener te beslissen welke zorg hij noodzakelijk acht voor een asielzoeker. De zorgverlener kan daarbij ook letten op de verwachte verblijfsduur van de bewoner in Nederland. Een asielzoeker verhuist gedurende de asielprocedure minimaal twee keer (van een col naar een pol naar een AZC) maar het aantal verhuizingen is vaak veel hoger door overplaatsing naar een gezinslocatie of een vrijheid beperkende locatie of omdat een AZC wordt gesloten. Overigens vindt een deel van de verhuizingen plaats op verzoek van bewoners. Een asielzoekerskind verhuist gedurende het verblijf in de opvang gemiddeld één keer per jaar².

Kwetsbare positie asielzoekers

Het merendeel van de asielzoekers verblijft tijdens de asielprocedure in AZC's. Een doorsnee AZC telt zo'n vierhonderd bewoners, van gemiddeld veertig verschillende nationaliteiten. Het COA voert een sober doch humaan beleid voor wat betreft de opvang. In de verschillende onderzoeken³ naar beleving van asielzoekers van hun verblijf in AZC's

¹ <http://www.coa.nl/nl/over-coa/feiten-en-cijfers>

² Ontheemd, De verhuizingen van asielzoekerskinderen in Nederland, Werkgroep Kind in AZC, januari 2013

³ Pharos, Zorg voor asielzoekers met psychische problemen, september 2010 en Kloosterboer, Kind in het centrum. Kinderrechten in asielzoekerscentra, november 2009.

komt naar voren dat zij de onzekerheid van de wachtperiode als problematisch ervaren, temeer omdat dit samengaat met het moeten verwerken van ingrijpende ervaringen in het land van herkomst en tijdens de reis. Daarbij kan de veelal ongunstige ligging van de AZC's het dagelijks leven en het welbevinden van asielzoekers belemmeren. En hoewel de opzet is dat asielzoekers slechts kort in het AZC verblijven, wonen veel asielzoekers jarenlang in de opvang voordat er een definitieve uitspraak is op hun (vervolg)asielaanvraag. Het leven op een kleine oppervlakte met bijbehorend gebrek aan privacy kan spanningen opleveren in het gezin en met de andere bewoners.

Daarbij komt dat de mogelijkheden voor een zinvolle dagbesteding beperkt zijn voor volwassenen. De kinderen hebben recht op onderwijs. Asielzoekers mogen in beginsel niet deelnemen aan het arbeidsproces omdat ze geen verblijfsvergunning hebben. Zij kunnen soms wat vrijwilligerswerk doen. In het volgen van een opleiding voor volwassenen (zoals een inburgeringscursus) wordt niet voorzien zolang men geen verblijfsrecht heeft. Zij verkeren hierdoor in een zeer afhankelijke positie. Dit alles draagt ertoe bij dat veel asielzoekers meer dan gemiddeld kampen met gezondheidsproblemen.⁴

Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft in haar beleidsplannen (2012-2015) asielzoekers om deze redenen als kwetsbare groep benoemd waar aandacht voor moet zijn.

Medische zorg

Tijdens de opvang in een COA-locatie kunnen de bewoners gebruik maken van speciaal voor hen ingerichte medische zorg. Bij elk asielzoekerscentrum is nu een vestiging van het Gezondheidscentrum. Hier zijn huisartsen, praktijkverpleegkundigen en praktijkassistenten werkzaam. Ook is er een GGZ consulent aanwezig.

De verpleegkundigen en de praktijkassistenten houden inloopspreekuur. Het aantal uren en de frequentie van het inloopspreekuur is gerelateerd aan het aantal bewoners per locatie. Zij geven de bewoners adviezen, voeren zorgtaken uit of verwijzen door naar het spreekuur van de huisarts of de GGZ consulent. Ook doen zij een medische intake bij nieuwe bewoners. De huisartsen zijn een aantal uren per dag, een paar dagen per week aanwezig. In één asielzoekerscentrum heeft het Gezondheidscentrum geen eigen vestiging en moeten bewoners naar een locatie elders in de stad. De huisartsen verwijzen zo nodig naar specialisten

Om een afspraak te maken met een huisarts of de verpleegkundige kan een bewoner behalve naar het inloopspreekuur ook bellen met de Praktijklijn. Net als voor alle andere inwoners van Nederland is de GGD verantwoordelijk voor de publieke gezondheidszorg voor asielzoekers. Deze zorg is met name gericht op preventie, voorlichting en screening. De verplichte controle op tuberculose, die alle asielzoekers bij hun aankomst krijgen, maakt hier deel van uit.

Vóór 2009 was de medische zorg in de centra anders georganiseerd. Het COA had in die tijd een contract met de Medische Opvang Asielzoekers (MOA) voor de medische zorg aan

⁴ Zie ook: Verloren tijd, advies over dagbesteding in de opvang van vluchtelingen, Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken, maart 2013.

asielzoekers. Dit waren verpleegkundigen, artsen, groepsvoorlichters en administratieve medewerkers die dagelijks op de locaties aanwezig waren en als taak onder meer hadden iedere asielzoeker een medische intake af te nemen, te zorgen voor de toegeleiding naar de reguliere zorg en te fungeren als eerste aanspreekpunt voor vragen over gezondheid. Het COA voerde, op basis van besluitvorming in de Tweede Kamer, met ingang van 1 januari 2009 een nieuw zorgmodel in voor de gezondheidszorg voor asielzoekers. Hierbij werd beoogd de volgende drie doelen te bereiken: meer helderheid in de verdeling van de verantwoordelijkheden in de gezondheidszorg voor asielzoekers, een effectievere inrichting van de zorg en uitvoering van het kabinetsstandpunt dat de gezondheidszorg voor asielzoekers reguliere zorg is. Het COA wilde toe naar een rechtstreeks contact tussen de reguliere zorg en de asielzoeker waarbij zelfredzaamheid van de asielzoeker centraal staat.

Wettelijke basis medische zorg

De vergoeding van de medische zorg is vastgelegd in de Regeling Zorg Asielzoekers.⁵ Asielzoekers hebben recht op bijna alle voorzieningen die vallen onder het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Daarnaast is in de Regeling Zorg asielzoekers ook de vergoeding geregeld van enkele verstrekkingen, die onder de Zorgverzekering niet tot het basispakket behoren. Voorbeelden hiervan zijn: mondzorg voor volwassenen, fysiotherapie, brillen, rollators, loophulpmiddelen en hoortoestellen. Tevens heeft een asielzoeker recht op een aantal voorzieningen op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Voor asielzoekers geldt geen eigen risico of een eigen bijdrage.

Sinds 1 januari 2009 heeft het COA de uitvoering in handen gegeven van zorgverzekeraar Menzis. De uitvoering ligt bij Menzis COA Administratie (MCA). Deze zorgt voor de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg conform de Regeling Zorg Asielzoekers, adequate zorginkoop en administratieve registratie en financiële afhandeling. Voor de organisatie van huisartsenzorg en het leiden van de patiënten naar de reguliere zorg heeft Menzis het hier voor genoemde eerstelijns landelijk Gezondheidscentrum voor asielzoekers opgericht. Het Gezondheidscentrum fungeert als eerste aanspreekpunt voor medische zorg voor alle asielzoekers in de opvang van het COA.

De Regeling Zorg Asielzoekers bevat een overzicht van zorg en diensten waar asielzoekers aanspraak op kunnen maken. In deze regeling staat onder meer aangegeven dat indien een asielzoeker naar een gecontracteerde zorgaanbieder is geweest en aan de gestelde voorwaarden heeft voldaan, de rekening door de MCA wordt betaald. Asielzoekers ontvangen van het MCA een zogenoemde zorgpas. Deze moet altijd worden getoond bij een bezoek aan een zorgaanbieder (evenals een paspoort, een ander identiteitsbewijs of een Vreemdelingenpas (W-document)).

⁵ Regeling Zorg Asielzoekers, Alles over de ziektekostenregeling voor asielzoekers in Nederland, geldig vanaf 1 januari 2009, versie 2012, opgesteld door Menzis COA Administratie BV (MCA)

In 2012 is het Gezondheidscentrum zorgconcept geïmplementeerd. Hierbij leren praktijkverpleegkundigen, praktijkassistenten en huisartsen te werken met taakdelegatie. Uitgangspunt is onder meer het bewerkstelligen van *“geïntegreerde huisartsenzorg aanvullend op eigen verantwoordelijkheid en zelfzorg met extra preventie, voorlichting, proactieve en begeleidende interventies, en zorgcoördinatie om medische risico’s te voorkomen”*

Pharos, kennis en adviescentrum voor de gezondheid van migranten en laagopgeleiden, bracht in september 2010 een rapport⁶ uit over de zorg voor asielzoeker met psychische problemen. Over zelfredzaamheid is daar onder meer het volgende over opgenomen: *“De visie op de asielzoeker als zijnde zelfredzaam en verantwoordelijk voor eigen handelen, staat deze zelfreflectie deels in de weg. Er blijft een spanningsveld bestaan tussen enerzijds de visie van zelfredzaamheid en anderzijds het beeld dat asielzoekers extra ondersteuning behoeven passend bij de aard van de problematiek.”*

⁶ Pharos, Zorg voor asielzoekers met psychische problemen, september 2010

2.2 De visie en taakopvatting van de overheid

Ministerie van Veiligheid en Justitie en COA

“Uitgangspunt voor de medische zorg op de asielzoekerscentra is dat “deze zoveel mogelijk aansluit bij de reguliere zorg.” Dat betekent dat asielzoekers gebruik kunnen maken van reguliere zorgverleners en -instellingen, zoals de huisarts, de verloskundige of het ziekenhuis. Op deze zorg zijn de reguliere kwaliteitsstandaarden van toepassing. De IGZ ziet toe op naleving hiervan. Het verstrekkingenpakket komt grotendeels overeen met het verstrekkingenpakket van de Zvw en de AWBZ.

Ander uitgangspunt is, dat de zorg voor asielzoekers goed toegankelijk is. Asielzoekers vormen een bijzondere doelgroep met veelal onvoldoende beheersing van één van de moderne talen en onbekendheid met het Nederlandse zorgsysteem.

In het zorgmodel dat vanaf 1 januari 2009 van kracht is, zijn daarom enkele aanvullende huisartsenvoorzieningen van toepassing. Dit zorgmodel is tot stand gekomen in nauwe afstemming met de diverse stakeholders. Asielzoekers kunnen voor de toegang tot de zorg gebruik maken van het inloopspreekuur huisartsenzorg dat op of nabij de COA-locatie wordt gehouden. Daarnaast kunnen asielzoekers zelfstandig een afspraak maken met de huisarts of via het medisch callcenter de Praktijklijn. De Praktijklijn garandeert de 24-uurs bereikbaarheid van de huisartsenzorg.

Het COA ondersteunt de laagdrempelige toegang tot de zorg verder door de asielzoeker wegwijs te maken in de organisatie van de gezondheidszorg in Nederland. Tot deze niet-medische gidsfunctie behoort onder meer het voorlichten van de asielzoeker en de ondersteuning van de minder zelfredzame asielzoeker bij het contact leggen met zorgverleners.

Elke zorgverlener kan voor de zorg aan asielzoekers via Tolk- en Vertaalcentrum Nederland (TVcN) gebruik maken van professionele tolken. De kosten hiervan worden door het COA rechtstreeks aan TVcN vergoed.

Vanuit het Ministerie van Veiligheid en Justitie is de verantwoordelijkheid om dit te organiseren neergelegd bij het Centraal Orgaan opvang asielzoekers. De wet COA en de Regeling verstrekkingen asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen 2005 (Rva 2005) regelen dit nader. Het COA geeft invulling aan deze taken door eerdergenoemde voorzieningen beschikbaar te stellen. Het COA heeft hiertoe een overeenkomst gesloten met Menzis (curatieve zorg), GGD Nederland (publieke zorg) en TVcN (tolkvoorzieningen). De niet-medische gidsfunctie is integraal onderdeel van de opvang op de COA-locaties.”

Cijfers medische zorg COA-locatie

De totale kosten voor medische zorg voor asielzoekers op COA-locaties waren in 2012 € 75.000.000. De gemiddelde bezetting van de centra was 14.604 personen. De totale medische kosten per asielzoeker op een COA-locatie was in 2012 gemiddeld € 5135,58. In 2011 waren de totale uitgaven aan medische zorg voor asielzoekers € 93.450.000 met een gemiddelde bezetting van 18.717 (inclusief de alleenstaande minderjarige vreemdelingen). De totale medische kosten per asielzoeker in een COA-locatie in 2011 was gemiddeld € 4.992,79.

2.3 Toegang medische zorg in de praktijk

In het kader van dit onderzoek is op acht COA-locaties gesproken over de toegang tot de medische zorg met de bewoners, COA medewerkers, het Gezondheidscentrum (verpleegkundigen, praktijkassistenten en leidinggevenden), huisartsen en de beveiliging. Bezocht werden vier asielzoekerscentra (Lutteleest, Alkmaar, Venlo, Nijmegen), drie gezinslocaties (Amersfoort, Emmen, Katwijk) en de centrale ontvangstlocatie en de vrijheid beperkende locatie in Ter Apel. In een gezinslocatie verblijven gezinnen met minderjarige kinderen die het land moeten verlaten omdat hun asielverzoek is afgewezen. In de vrijheidbeperkende locaties krijgen uitgeprocedeerde asielzoekers gedurende twaalf weken begeleiding en ondersteuning bij de terugkeer naar land van herkomst. Voor deze laatstgenoemde locaties geldt dat daar voor volwassenen alleen de noodzakelijke medische voorzieningen beschikbaar zijn. Voor de kinderen zijn er geen beperkingen ten aanzien van de medische zorg.

De Praktijklijn

Een belangrijke verandering in het aanbod van de medische zorg is de sinds 2009 door het Gezondheidscentrum ingestelde Praktijklijn. Wanneer een bewoner, buiten het inloopsprek uur van het Gezondheidscentrum, hulp (in verband met ziekte of een medische vraag) nodig heeft kan hij de Praktijklijn bellen. De Praktijklijn, gestationeerd in Wageningen, maakt gebruik van tolken via TVcN en werkt met een Frontoffice en een Backoffice. Bij het Frontoffice zijn in totaal 23 medewerkers werkzaam. Dit zijn praktijkassistenten die door middel van een triage (medische urgentie-bepaling)

beoordelen of een asielzoeker medische zorg nodig heeft en kunnen deze eventueel naar een zorgverlener (huisarts, verpleegkundige of andere zorgverleners zoals tandarts, verloskundige of een specialist) doorverwijzen. Ook beantwoordt de Frontoffice vragen van asielzoekers en geeft voorlichting. Een telefonische triage duurt gemiddeld vijf tot acht minuten. Het is daarbij van belang dat de praktijkassistenten de juiste vragen stellen. De Backoffice behandelt medisch-administratieve taken, zoals het maken van afspraken met andere zorgverleners, het behandelen van medische posten en het verwerken van aanvragen voor het verstrekken van (informatie uit) medische dossiers. Tijdens werkdagen is er altijd een arts aanwezig tot elf uur 's avonds. Na elf uur en in het weekend is er een arts telefonisch bereikbaar voor overleg. De arts die aanwezig is wordt gelijktijdig of achteraf betrokken bij de beoordeling van zorgvragen. Zorgvragen worden in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) geregistreerd en door een arts geautoriseerd. De telefoon waarmee in de opvanglocaties van het COA naar de Praktijklijn kan worden gebeld staat in de buurt van de receptie. Bij de receptie, waar een beveiligingsmedewerker zit, zijn ook mobiele telefoons verkrijgbaar om de Praktijklijn te bellen. Als het niet lukt met bellen, dan helpt de beveiligingsmedewerker naar eigen zeggen de bewoner vaak even.

Ervaringen met de Praktijklijn

Uit het onderzoek kwamen wisselende ervaringen met de Praktijklijn naar voren. Een beveiligingsmedewerker van Trigion geeft aan dat de Praktijklijn niet altijd goed werkt omdat het vaak te lang duurt voordat er een uiteindelijk een 'beslissing' wordt genomen. Bewoners die spoedeisende hulp nodig hebben (er werd een voorbeeld genoemd van iemand die gehecht moest worden, of iemand met hartklachten) hangen soms wel 50 minuten aan de telefoon. Het is een nadeel dat de medewerkers van de Praktijklijn 'op afstand' zitten waardoor de situatie niet altijd goed kan worden beoordeeld. Daarbij zou de Praktijklijn niets aannemen van de medewerkers van de beveiliging of COA. Ook bewoners gaven aan dat in spoedeisende situaties de Praktijklijn niet goed werkt.

Op een andere locatie was een beveiligingsmedewerker positief over de Praktijklijn, omdat verdeling van de verantwoordelijkheid duidelijker is geregeld. De beveiliging mag uitdrukkelijk geen diagnose stellen (*"dat is verzekeringstechnisch zo geregeld"*). Ook voor de bewoners is het nu beter geregeld omdat deze op elk moment terecht kan voor medische zorg en voorheen kwam het wel voor dat *"een huisarts niet wilde komen"*, aldus deze beveiligingsmedewerker. Een veelgehoord voordeel van de invoering van de Praktijklijn is dat er nu, op de achtergrond beschikbaar, altijd een arts mee kijkt. Ook kunnen bewoners nu te allen tijde medische hulp (al dan niet via de Praktijklijn) krijgen. Het feit dat de Praktijklijn 24 uur per dag bereikbaar is zou de zelfredzaamheid van de bewoners ten goede komen. Een huisarts vindt het maken van afspraken via de Praktijklijn heel omslachtig. Hij geeft het volgende voorbeeld: stel dat een bewoner een afspraak wil maken met de huisarts buiten het spreekuur van het Gezondheidscentrum.

Dan moet de bewoner de Praktijklijn bellen. De Praktijklijn moet dan vervolgens contact opnemen met het Gezondheidscentrum. Dan wordt er pas een afspraak gemaakt terwijl de huisarts gewoon op de locatie aanwezig is. De huisartsen geven aan dat een arts altijd de Praktijklijn kan bellen om - met toestemming van de patiënt - inzage te krijgen in het medisch dossier of met de huisarts van de Praktijklijn te overleggen.

Een verpleegkundige geeft aan dat voor 2009 verpleegkundigen en huisartsen altijd overdag op de COA-locatie aanwezig waren. Nu is dat niet meer het geval waardoor de bewoners niet alleen in de avond en nacht aangewezen zijn op telefonische triage, maar ook overdag als het spreekuur is afgelopen. Het feit dat de Praktijklijn 'op afstand staat' geeft, aldus deze verpleegkundige, problemen: *“Voor Nederlanders is het al moeilijk om telefonisch uit te leggen wat zij mankeren, laat staan voor een vluchteling die de taal niet machtig is en uit een andere cultuur komt.”* Ook maakt deze verpleegkundige zich zorgen over het aantal uren van de verpleegkundige dat naar eigen zeggen sinds 2009 met 80% is verlaagd. Het Ministerie van Veiligheid en Justitie herkent dit percentage niet. *“De formatie voor curatieve zorg voor verpleegkundige bedroeg bij de MOA 1,7 fte per 400 bewoners. Bij het Gezondheidscentrum ligt deze formatie op 1,4 fte.”*

Bij het Gezondheidscentrum wordt nagedacht over het gebruik van beeldtelefoons.

IGZ

De invoering van het zorgmodel voor de gezondheidszorg voor asielzoekers in 2009 was voor de IGZ aanleiding om in 2010/2011 onderzoek te doen naar de toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers en het bereik van de publieke zorg. In september 2011 bracht de IGZ een rapport uit⁷. In dit rapport constateerde de IGZ onder meer dat het Gezondheidscentrum asielzoekers met medische problemen en gezondheidsrisico's onvoldoende bereikte met de ingevoerde medische intake. En hoewel de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenzorg via de Praktijklijn aan de norm voldeed, bleek dat er niet altijd voldoende inlooppreekuren waren en dat er risico's waren in de beschikbaarheid van de huisarts. De jeugdgezondheidszorg had asielzoekerskinderen niet altijd voldoende in beeld of bereikte hen onvoldoende. IGZ constateerde dan ook dat de invoering van het zorgmodel een ingrijpende verandering betekende voor de betrokken organisaties en legde maatregelen op aan onder meer het Gezondheidscentrum en deed een aantal aanbevelingen aan het COA. In dit kader kondigde IGZ vervolgonderzoek aan teneinde te verifiëren of de organisaties de opgelegde maatregelen (en toegezegde verbeteracties) hadden gerealiseerd. In 2011/2012 vond dat vervolgonderzoek plaats. In dit (vervolg)onderzoek stond de vraag

⁷ IGZ, Goede vooruitgang in toegankelijkheid van de huisartsenzorg en bereik publieke gezondheidszorg volgens nieuw zorgmodel voor asielzoekers, september 2011

centraal of het COA en andere bij de zorg aan asielzoekers betrokken organisaties voldeden aan de gestelde normen voor de toegankelijkheid van huisartsenzorg en het bereik van publieke gezondheidszorg. In het rapport van 2012⁸ constateerde de IGZ onder meer dat de toegankelijkheid van huisartsenzorg en het bereik van de publieke gezondheidszorg was verbeterd doordat het COA, GGD en Gezondheidscentrum de normen van het in 2009 ingevoerde zorgmodel beter naleven. De IGZ was tevreden over de verbetering maar gaf tevens aan te willen *“dat de betrokken organisaties ervoor zorgen dat alle opvanglocaties en organisaties voldoen aan alle gestelde normen.”* Daarnaast bestond volgens de IGZ op de bijzondere opvanglocaties (gezinsopvanglocatie, procesopvanglocatie en vrijheid beperkende locatie) onduidelijkheid over de zorg en de toegankelijkheid van huisartsenzorg en dit leidt tot risico's. Daarom adviseerde de IGZ het COA om – daar waar dat nog niet het geval is – de toegang tot de huisartsenzorg en het bereik van de publieke gezondheidszorg in overeenstemming te brengen met de normen in het nieuwe zorgmodel voor asielzoekers.

Zorgvervoer

Onder bepaalde voorwaarden heeft de asielzoeker recht op ziekenvervoer. Voor het zittend ziekenvervoer is een machtiging van Menzis COA Administratie (MCA) vereist. MCA heeft de uitvoering van het zittend ziekenvervoer deels bij de Praktijklijn van het Gezondheidscentrum belegd. De machtiging dient vooraf te worden aangevraagd, tenzij dit vanwege het spoedeisende karakter onmogelijk was. In dat geval dient de machtiging achteraf plaats te vinden, en moet er minimaal sprake zijn van één van de in de Regeling Zorg Asielzoekers opgenomen indicaties, zoals spoedeisendheid (bijvoorbeeld bij bevalling, dreigende abortus, open tbc) of absolute noodzaak (zoals bij lichamelijke handicap als blindheid of rolstoelgebruik).

De klachten van de bewoners over de Praktijklijn gaan met name over het aanvragen van de zorgtaxi. Mensen geven onder meer aan dat zij meermalen moeten bellen; dat zij lang moeten wachten voordat zij iemand te spreken krijgen; dat zij ten onrechte niet in aanmerking komen voor een zorgtaxi. Zo kreeg een bewoner na een operatie geen zorgtaxi omdat het om een kijkoperatie ging. Een ander voorbeeld is een meer dan 38 weken hoogzwangere vrouw die voor haar dochtertje naar een afspraak in het ziekenhuis moest. De vrouw zou wel recht hebben gehad op een zorgtaxi als ze zelf een afspraak in het ziekenhuis zou hebben gehad. Maar omdat het een afspraak voor haar dochtertje betrof en niet voor haarzelf kreeg ze geen zorgtaxi en moesten ze gebruik maken van het openbaar vervoer. Andere geluiden waren dat bewoners urenlang moesten wachten op een taxi en dat de mensen van de Praktijklijn te ongeduldig (en onaardig) zouden reageren.

Meerdere medewerkers van het COA hebben tijdens het onderzoek van de Nationale ombudsman hun kritiek geuit op de wijze waarop het zorgvervoer geregeld moet worden. Het lukt niet altijd om dit via de Praktijklijn te regelen. Het komt voor dat het COA besluit

⁸ IGZ, Naleving normen nieuwe zorgmodel voor asielzoekers verder verbeterd en grotendeels op orde, vervolgonderzoek 2011/2012, Utrecht, mei 2012

om de kosten voor de zorgtaxi zelf maar te betalen, om ‘gedoe’ met de Praktijklijn te voorkomen. Het Gezondheidscentrum stelt dat zij zich houdt aan de richtlijnen zoals die zijn opgesteld door het COA. Het Gezondheidscentrum voelt geen ruimte om maatwerk toe te passen. Het Gezondheidscentrum benoemt de relatief hoge zorgvraag van asielzoekers en de tendens om toch wat meer ‘drempels’ op te werpen om de zorgvraag (en daarmee gepaard gaande kosten) enigszins terug te dringen.

Inloospreekuur

Bewoners kunnen naar een inloospreekuur. De praktijkassistente vraagt uit (triage) en maakt zo nodig een afspraak met een praktijkverpleegkundige of een huisarts. Het kan zijn dat de huisarts maar één keer per week voor het spreekuur op de COA-locatie is en dat bewoners na het maken van een afspraak bij hem terecht kunnen in zijn reguliere huisartsenpraktijk. Bij één locatie betekent dat bewoners voor een bezoek aan de huisarts eerst drie kilometer moesten lopen voordat ze bij een bushalte zijn voor vervoer naar de huisarts. Bij de balie wordt er door de praktijkassistente zelden gebruik gemaakt van de tolkentelefoon. Om toegang te krijgen tot de huisarts moet de asielzoeker daarom in het Nederlands of Engels en met gebaren duidelijk maken wat zijn medische klachten zijn. De huisarts en verpleegkundige maken indien nodig wel gebruik van de tolkentelefoon.

Ervaringen met het inloospreekuur

Volgens de bewoners is op de ene locatie de toegang tot de huisarts of verpleegkundige makkelijker dan op de andere. In één geval heeft dat te maken met het feit dat de huisarts niet in de buurt van het COA praktijk heeft, hetgeen betekent dan er een buskaartje van € 5 gekocht moet worden om bij de praktijk te komen. Maar in de meeste gevallen komt dit doordat de huisarts zoveel mogelijk wordt ‘afgeschermd’ door de praktijkverpleegkundige van het Gezondheidscentrum. Eén bewoner van een opvanglocatie merkte op dat de praktijkassistente de toegang tot de medische dienst ‘als een leeuw’ afschermd.

Er waren bewoners die zeer te spreken waren over de vestigingen van het Gezondheidscentrum, anderen waren (zeer) negatief. Zo gaf een aantal bewoners aan dat de inloospreekuren (een aantal ochtenden in de week van een half uur, soms een uur) ‘te kort’ waren. Bewoners vertellen dat zij op tijd op het spreekuur verschijnen maar dat de praktijkassistente – als de tijd van het spreekuur om is – het luikje gewoon sluit en de aanwezigen vertelt dat zij de volgende dag maar weer moeten terugkomen. Soms gebeurt het dat ze zitten te wachten voor het spreekuur en er wordt gezegd: *“Mijn tijd zit erop, bel de Praktijklijn maar”*. Het bellen van de Praktijklijn is dan het alternatief. Maar op andere locaties worden alle aanwezigen die op tijd op het spreekuur zijn verschenen wel diezelfde dag nog geholpen. Andere geluiden over het Gezondheidscentrum waren: er is geen privacy in de wachtruimte van het spreekuur waardoor men zich niet vrij voelt om hun verhaal te doen. Een mannelijke bewoner gaf het

voorbeeld dat aan hem gevraagd werd aan de balie zijn shirt omhoog te doen en aan te wijzen waar de pijn zat terwijl er vrouwen in de wachtkamer zaten. Vanuit het Gezondheidscentrum wordt erkend dat er in de wachtruimte tijdens het inloopspreekuur weinig privacy voor patiënten is. Op sommige locaties wordt de triage (op afspraak) daarom in een aparte ruimte gedaan. De accommodatie wordt verzorgd door het COA, in afstemming met het Gezondheidscentrum. Door het Gezondheidscentrum werd aangegeven dat zij in overleg was met COA om de wachtruimtes op korte termijn hierop beter uit te rusten. Bewoners geven aan dat er ten onrechte naar de status van de asielprocedure gevraagd wordt, waardoor zij het gevoel krijgen niet serieus te worden genomen in hun medische klachten.

Desgevraagd geven alle praktijkassistenten en verpleegkundigen aan dat de stand van zaken in de asielprocedure op zich geen rol speelt in de bejegening ten aanzien van bewoners met medische klachten, omdat zij vanuit hun professie gericht zijn op het beter maken en helpen van mensen. In de gezinslocatie waar volwassenen alleen recht hebben op medisch *noodzakelijke* zorg blijken de huisartsen geen onderscheid te maken tussen noodzakelijke en niet noodzakelijke zorg. Wel vinden sommige verpleegkundigen het relevant om naar de status van de asielprocedure te vragen omdat afspraken en behandelingsduur hierop worden afgestemd. Wordt iemand bijvoorbeeld op korte termijn uitgezet dan kan het zijn dat de medische behandeling daarop wordt afgestemd.

Huisartsen geven aan dat deze doelgroep wel specialisatie vereist. Er is meer tijd nodig voor een consult. Het is lastig dat bewoners vaak wisselen van locatie zodat het moeilijk is een vertrouwensrelatie op te bouwen met een patiënt. Een bewoner vertelde binnen één jaar vijf keer verhuisd te zijn.

Verwachtingen

Veel bewoners hebben op diverse COA-locaties gewoond. Zij vertelden hun ervaringen met betrekking tot de medische dienst op de diverse locaties. Zij gaven onder meer het volgende aan: *“Steeds zeggen ze: wacht nog maar een beetje”* of *“het gaat vanzelf over. Neem maar een Paracetamol.”* Bewoners voelen zich niet serieus genomen en sommigen vinden dat de Gezondheidscentrum medewerkers zich wat meer empathisch zouden mogen opstellen. Overigens worden de medewerkers (onder meer de woonbegeleiders) van de COA's in het algemeen wel als vriendelijk en behulpzaam aangemerkt.

De praktijkassistenten en de verpleegkundigen geven bijna allemaal aan dat asielzoekers andere verwachtingen hebben van medische zorg. Zo stelden sommigen: *“Een belangrijk verschil is dat wij in ons gezondheidssysteem een rustperiode van één à twee dagen kennen. We kijken het even aan. De asielzoeker is in het land van herkomst gewend om à la minute behandeld te worden. De gezondheidsvaardigheden die wij hier hebben, missen veel vreemdelingen doordat zij uit een andere cultuur komen.”*

Ook COA-medewerkers merken dat de verwachtingen van de mensen in de asielprocedure ten aanzien van de medische zorg niet reëel zijn. Zo komen er mensen Nederland binnen met jarenlange ‘medisch achterstallig onderhoud’ en verwachten dat zij volledige

‘herstelmogelijkheden’ krijgen. Het is daarom noodzakelijk dat er iets wordt gedaan aan het verwachtingspatroon van mensen.

“Sommige mensen komen al met een medische achterstand naar Nederland en verwachten dat zij hier voor alles en nog wat behandeld kunnen worden, bijvoorbeeld een volledige renovatie van het gebit.”, aldus een COA-medewerker. Een aantal COA-medewerkers noemde de zogenoemde ‘artikel 64 procedure’⁹ een mogelijkheid voor asielzoekers om – als zij uitgeprocedeerd zijn – toch op medische gronden een voorlopig verblijf in Nederland te bewerkstelligen. Volgens hen ‘loont ziek zijn’ en komen mensen daarom steeds met nieuwe medische feiten. Een aantal locatiemanagers noemde in dit kader de hoge kosten van de medische zorg in de asielprocedure. Bij COA gaat zo’n 20% van het totale budget op aan medische zorg. De hoge zorgvraag zou onder meer te wijten zijn aan een systeem dat zorgt voor langdurige onzekerheid.

Dagbesteding

Huisartsen, verpleegkundigen en praktijkassistenten zien veel psychische klachten. “De enige redder voor vluchtelingen is de psychiater”, aldus een verpleegkundige. De lange duur van asielprocedure, de daarbij horende spanning en het ontbreken van een zinvolle dagbesteding is volgens een aantal COA-medewerkers mede oorzaak van psychische problematiek. Zo stelde één van hen: “Komen ze niet met een trauma dan krijgen ze hier wel een trauma”.

De Adviescommissie Vreemdelingenzaken bracht in maart 2013 een advies uit over de mogelijkheden voor vreemdelingen in de opvang om activiteiten te ondernemen¹⁰. Het COA speelde voorheen een belangrijke rol bij het aanbieden van activiteiten. Het huidige opvangbeleid, ‘sober maar humaan’, is erop gericht dat bewoners zelf initiatieven ontwikkelen om te komen tot een zinvolle dagbesteding. De adviescommissie constateert dat als gevolg van een (langdurig) verblijf in de opvang en daarmee gepaard gaande verveling asielzoekers steeds passiever worden. Dit kan leiden tot volledige hospitalisering. Het lange wachten maar zeker ook het nietsdoen is een oorzaak of versterkende factor voor de constante stress die door asielzoekers wordt ervaren. De Adviescommissie deed de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie de aanbeveling een aantal maatregelen te nemen waardoor vreemdelingen meer activiteiten kunnen ondernemen. Dit zou de gezondheid van vreemdelingen ten goede komen en hospitalisatie kunnen tegengaan. Volgens een aantal medewerkers van het Gezondheidscentrum zou het verminderen van stress bij bewoners van COA-locaties drastisch verminderd kunnen worden als mensen een zinvolle dagbesteding zouden hebben. En vermindering van stress betekent ook minder hoge kosten voor medische zorg. Op een aantal locaties wordt, al dan niet in samenwerking met de gemeente, geprobeerd om activiteiten voor de bewoners te organiseren. In het rapport¹¹ van Pharos over de zorg voor asielzoeker met psychische problemen benadrukken de Gezondheidscentrum zorgverleners vooral het belang van activering, het nemen van eigen

⁹ Artikel 64 Vreemdelingenwet: uitzetting blijft achterwege zolang het gelet op de gezondheidstoestand van de vreemdeling of die van een van zijn gezinsleden niet verantwoord is om te reizen.

¹⁰ Verloren tijd, advies over dagbesteding in de opvang van vluchtelingen, Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken, maart 2013.

¹¹ Pharos, Zorg voor asielzoekers met psychische problemen, september 2010.

verantwoordelijkheid en bevordering van de zelfredzaamheid van asielzoekers. Dit uit zich ook in de neiging om psychische problematiek niet te snel als ziekte te diagnosticeren en de tijd te nemen om te bekijken hoe en of problemen zich verder ontwikkelen. Medewerkers van de GGZ maken ook melding van het belang van activeren, vooral door middel van groepsgerichte (preventieve) activiteiten. Ook werd aangegeven dat het ‘effect van zorg’ volgens sommige zorgverleners nog wel eens te wensen over laat. Als mogelijke oorzaken werden genoemd het ‘hulpzoekgedrag van de asielzoeker’ alsmede het feit dat *“de leefomgeving van de asielzoekers niet bijdraagt (eerder afbreuk doet aan) het bevorderen van welzijn en gezondheid”*.

Samenwerking COA en Gezondheidscentrum

Het COA heeft een niet-medische gidsfunctie hetgeen betekent dat COA-medewerkers de bewoners wegwijs maken in de organisatie van de gezondheidszorg in Nederland. Zij verstrekken informatie over hoe de zorg georganiseerd is en waar men met een zorgvraag terecht kan. Ook bieden ze, indien nodig, ondersteuning bij het contact leggen met zorgverleners. Daarnaast zorgt het COA voor het zogenoemd multidisciplinair overleg op locatie. Dit is een overleg tussen COA, de huisartsen en zo nodig andere zorgverleners. In het kader van het onderzoek is ook met de medewerkers van de diverse COA-locaties gesproken waarbij met name is gevraagd naar de ervaringen in de samenwerking met de Gezondheidscentra op de locaties en eventuele knelpunten. Ook hier zijn de ervaringen per locatie verschillend. Zo zijn er COA-locaties waar de samenwerking met de Gezondheidscentra prima verloopt. Als voorbeeld wordt genoemd de werkwijze als een incident plaatsvindt buiten het spreekuur van het Gezondheidscentrum. Ook al is de verpleegkundige nog wel op locatie (maar officieel niet meer aanwezig) dan is de regel dat de Praktijklijn wordt gebeld die vervolgens beslist of een verpleegkundige ingeschakeld moet worden. Sommige verpleegkundigen zijn echter wel direct benaderbaar voor hulp en op andere locaties wordt de officiële weg bewandeld en kan men niet direct bij ze aankloppen. In een locatie werd een voorbeeld gegeven van een kind dat was gevallen en een wond had. Er was een Gezondheidscentrum-medewerker aanwezig op de locatie maar toch moest eerst de Praktijklijn gebeld worden. Sommige locatiemanagers waren – met name over dit punt – over de samenwerking met het Gezondheidscentrum niet erg te spreken. Zij stelden dat toen de medische zorg nog in handen was van de MOA dit soort situaties makkelijker besproken en kortgesloten werden. Er was altijd een aanspreekpunt op de locatie aanwezig en er kon ‘maatwerk’ worden geleverd. Nu lijkt er zelfs over incidenten geen communicatie plaats te vinden. Een COA-medewerker: *“vaak moeten wij dan maar zorg verlenen, terwijl wij de knowhow niet hebben.”*

COA en Gezondheidscentrum zijn verschillende organisaties die gescheiden van elkaar opereren en waarbij regels en procedures belangrijker lijken. Volgens COA-medewerkers ‘verschuilt’ het Gezondheidscentrum zich soms ook achter het medisch beroepsgeheim, terwijl het voor het COA wel van belang is te weten wat globaal de medische situatie van

een bewoner is. Zo moet het COA bijvoorbeeld wel weten of er behoefte is aan thuiszorg na een ziekenhuisopname of dat er sprake is van ernstige psychische problematiek. Op andere locaties lijkt dit geen issue te zijn. Daar vindt volgens het COA regelmatig casuïstiek overleg plaats en zitten er medewerkers van het Gezondheidscentrum bij de overdracht in de ochtenden. COA-medewerkers brachten eveneens naar voren dat er relatief veel sprake is van psychische problematiek. Het is de ervaring van COA medewerkers dat samenwerking met andere hulpverlenende instanties, zoals de Crisisdienst, niet altijd optimaal is. Zo komt het regelmatig voor dat de Crisisdienst niet komt opdagen bij calamiteiten. De enige optie is dan om de politie te bellen.

Een knelpunt waar het Gezondheidscentrum naar eigen zeggen tegen aan loopt is dat de communicatie tussen COA en Gezondheidscentrum niet altijd optimaal verloopt. Zo kan het voor komen dat het Gezondheidscentrum pas op de dag zelf op de hoogte wordt gesteld van een wijziging van het soort opvang dat het centrum gaat bieden bijvoorbeeld een wijziging van een regulier AZC naar een gezinslocatie. Een dergelijke wijziging brengt veel verhuisbewegingen met zich mee. Het Gezondheidscentrum zou willen dat de communicatie met het COA verbetert en dat het Gezondheidscentrum als een volwaardige partner in de vreemdelingenketen wordt beschouwd. Immers, zo stelt het Gezondheidscentrum, *“het belang van medische zorg kan niet ondergeschikt worden geacht aan activiteiten van de vreemdelingenketen. Adequate zorg zou hierdoor in het gedrang kunnen komen.”*

Ook is het niet altijd eenvoudig om aan huisartsen te komen. De IGZ heeft hierover in haar rapport in 2011 gezegd: *“Als er in een regio geen reguliere huisartsenpraktijk is die de huisartsenzorg voor asielzoekers wil bieden, dan kunnen problemen ontstaan in de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de huisartsenzorg.”*

Het Gezondheidscentrum erkent dat het gebrek aan privacy in de wachtruimte van de Gezondheidscentrum op COA-locaties een belemmering kan vormen in de toegang tot medische zorg. Het Gezondheidscentrum is daarom voornemens om de locaties zo inrichten dat de privacy van bewoners maximaal gewaarborgd is.

2.4 Continuïteit medische zorg

Praktijkverpleegkundigen zijn erg te spreken over het HIS, waardoor de continuïteit van de medische zorg beter zou zijn gewaarborgd. Medische dossiers zijn nu digitaal en de huisarts kan precies zien welke handelingen de praktijkassistente of verpleegkundige op de locatie heeft verricht. Nu zijn de dossiers altijd bijgewerkt en actueel. Bij het Gezondheidscentrum zijn vanaf 2009 alle medische dossiers van vluchtelingen in de asielprocedure beschikbaar. Ook als zij inmiddels een status hebben of zijn uitgeprocedeerd.

Wel werd aangegeven dat er geen gegevens uitwisseling plaatsvindt met Medifirst. Medifirst werkt in opdracht van en adviseert de Immigratie- en Naturalisatiedienst. Na aankomst in een aanmeldcentrum wordt iedere asielzoeker medisch gecheckt door de

verpleegkundigen en artsen van Medifirst waarbij de vraag centraal staat of een asielzoeker lichamelijk en geestelijk in staat is om gehoord te worden over zijn asielmotieven. Al naar gelang het ingeschatte risico geleidt Medifirst patiënten door naar het Gezondheidscentrum. Als doorgeleiding aan de orde is dan is er sprake van een papieren overdracht. Medifirst wisselt niet standaard medische gegevens uit en neemt geen medische gegevens in het HIS van het Gezondheidscentrum op. Hiermee blijft de scheiding tussen behandelend arts en adviserend arts in stand. Dit heeft echter tot gevolg dat bewoners bij het lokale Gezondheidscentrum vaak nog een keer hun hele verhaal moeten doen.

Bewoners lieten nog weten dat, doordat zij vaak van het ene AZC naar het andere worden overgeplaatst, zij veelvuldig van specialist moesten veranderen. Het ging om mensen met chronische gezondheidsproblemen (nierfalen, hartproblemen, huidaandoeningen e.d.). Als ze te ver van hun behandelaar komen te wonen zijn ze genoodzaakt over te stappen naar een andere specialist dichterbij hun nieuwe woonplaats. Dit werd als erg onprettig ervaren en men voelde zich beperkt in de vrije keuze van een arts.

Een huisarts geeft aan dat de overdracht van medische gegevens met psychiatrische of zeer ernstige lichamelijke klachten tussen behandelaars niet goed geregeld is. Behandelaars moeten weten wanneer een bewoner wordt overgeplaatst en dat gebeurt in de praktijk niet. De reden waarom asielzoekers relatief vaak worden overgeplaatst kent de huisarts niet. Hij maakt zich zorgen over de continuïteit van de medische zorg bij overplaatsing. De Praktijklijn zegt hierover: *“Behandelaars moeten weten dat bewoners worden overgeplaatst. Dat gebeurt niet in de praktijk en dat zorgt voor problemen.”*

Verlaat een bewoner een COA-locatie om elders, niet zijnde een COA-locatie, te gaan wonen dan moet hij zelf zijn medisch dossier opvragen. Medicijnen worden, indien dit medisch verantwoord is, voor drie maanden meegegeven.

Bewoners die in het bezit worden gesteld van een verblijfsvergunning maar nog geen reguliere woning hebben en daarom nog in een COA-locatie wonen, krijgen een standaardbrief van College voor Zorgverzekeringen (CVZ) waarin wordt meegedeeld dat zij zich nu zelf moeten verzekeren. Omdat dit zolang ze nog op een COA-locatie wonen niet mogelijk is, leidt dit soms tot het opleggen van boetes omdat ze niet aan hun verzekeringsplicht voldoen. De Nationale ombudsman heeft hierover onlangs geoordeeld dat de betrokken overheidsinstanties in het belang van de (ex)asielzoeker meer hadden moeten samenwerken om een oplossing te vinden voor het probleem en zich niet moeten verschuilen achter wet- en regelgeving en de eigen taakstelling.¹²

Worden bewoners op straat gezet omdat hun procedure is afgelopen en ze niet terugkeren naar het land van herkomst, dan krijgen ze volgens het Gezondheidscentrum, een medisch paspoort mee, waarin staat vermeld welke medicijnen ze gebruiken. Ook wordt verteld dat ze recht hebben op gezondheidszorg en dat ze zich daarvoor ‘overal kunnen melden’.

¹² Rapport No 013/124

2.5 Visie Nationale ombudsman

Zelfredzaamheid versus kwetsbaarheid

In de visie van de overheid op de zorg voor asielzoekers op de COA-locaties staat zelfredzaamheid centraal. Uitgangspunt is dat de zorg op de asielzoekerscentra zoveel mogelijk aansluit bij de reguliere zorg. De Nationale ombudsman constateert dat in de praktijk de kwetsbaarheid van asielzoekers de zelfredzaamheid in de weg staat en dat asielzoekers tegen veel drempels oplopen.

Het ministerie en het COA erkennen dat asielzoekers *“een bijzondere doelgroep vormen met veelal onvoldoende beheersing van moderne talen en onbekendheid met het Nederlandse zorgsysteem.”* Het Gezondheidscentrum Asielzoekers stelt dat asielzoekers *“vaak kwetsbare mensen zijn in een onzekere situatie”* en erkent dat dit hun zorgvraag beïnvloedt. Met het centraal stellen van de zelfredzaamheid en de inrichting van de medische zorg in de vorm van de Praktijklijn en het Gezondheidscentrum spreekuur, lijkt aan deze kwetsbaarheid echter voorbij gegaan te worden.

Drempels GCA Spreekuur

Op het spreekuur is de asielzoeker afhankelijk van de persoon en de beoordeling van de praktijkassistente of hij daadwerkelijk toegang krijgt tot de huisarts. Formeel heeft iedereen toegang tot de huisarts als hij daarom vraagt. De praktijkassistente en ook de verpleegkundige zijn er echter om de huisarts af te schermen en veel klachten op te vangen. Ook als iemand aangeeft dat hij de huisarts wil spreken, gebeurt het nog vaak dat de praktijkassistente of de verpleegkundige meedelen dat dat niet nodig is, omdat de huisarts niets anders zal zeggen dan zij al hebben gedaan.

Bij de balie wordt er door de praktijkassistente zelden gebruik gemaakt van de tolkentelefoon. Om toegang te krijgen tot de huisarts moet de asielzoeker daarom in het Nederlands of in het Engels en met gebaren duidelijk maken wat zijn medische klachten zijn. Daar komt bij dat er op veel COA-locaties nog onvoldoende privacy is aan de balie van de praktijkassistente met als gevolg dat de asielzoeker, om toegang te krijgen tot de huisarts, zijn medische klachten moet vertellen in het bijzijn van andere COA bewoners. Zelfs kan worden gevraagd in het bijzijn van anderen lichaamsdelen te ontbloten. Dit brengt uiteraard schaamte met zich mee en het weerhoudt mensen ervan hun medische klachten aan de balie te uiten. Met als mogelijk gevolg dat ze geen afspraak krijgen bij de huisarts.

Drempels Praktijklijn

Bij de Praktijklijn, die de asielzoekers 24 uur (buiten spreekuur om) kunnen bellen, lopen asielzoekers tegen soortgelijke drempels op. Ook aan de telefoon is er een praktijkassistente die door middel van een aantal triagevragen bepaalt of de asielzoeker toegang krijgt tot de

gevoel dat hij afgescheept en dus niet serieus genomen wordt. *“Ze proberen hier een virus te genezen met water!”*

De Nationale ombudsman is van mening dat de drempel van wantrouwen niet moet worden onderschat als drempel voor de toegang tot medische zorg. Het gevoel niet serieus genomen te worden kan er uiteindelijk toe leiden dat minder makkelijk en minder snel hulp wordt gezocht bij medische problemen. Anderzijds kan het gevoel bij de zorgverleners dat asielzoekers te hoge verwachtingen hebben en vaak met wisselende langskomen, er uiteindelijk toe leiden dat klachten van asielzoekers niet altijd worden onderkend en asielzoekers niet snel genoeg worden doorverwezen.

Deze drempel kan naar de mening van de Nationale ombudsman eenvoudig worden weggenomen door te investeren in informatiedeling over en weer. Het gevoel bij asielzoekers met een ‘paracetamolletje’ weggestuurd te worden kan weggenomen worden met meer uitleg over het Nederlandse zorgsysteem. Anderzijds kan er door kennis te nemen van gezondheidssystemen elders meer begrip worden, opgebracht bij de zorgverleners voor de vragen en teleurstelling bij asielzoekers.

Medische zorg in context

De Nationale ombudsman ziet zowel bij het COA als bij het Gezondheidscentrum Asielzoekers betrokken medewerkers. Het Ministerie van Veiligheid en Justitie schept de kaders van het beleid waarbinnen zij werken. Dit beleid van het ministerie bepaalt de context van de medische zorg op COA locaties.

Gezondheidsklachten en medische zorg zijn nauw verweven met de asielprocedure. Medische zorg op een COA-locatie is medische zorg in een bepaalde context. Enerzijds is de asielprocedure en het verblijf op een COA locatie in voortdurende onzekerheid en zonder zinvolle tijdsbesteding, ziekmakend. Anderzijds is de procedure zo ingericht dat ziek zijn kan lonen. Een asielzoeker kan een beroep doen op artikel 64 en vanwege ziekte een tijdelijke verblijfsvergunning krijgen. Dit brengt met zich mee dat een asielzoeker belang kan hebben bij ziek zijn. Dit gegeven brengt argwaan met zich mee bij de COA medewerkers en bij de zorgverleners.

Op alle COA-locaties, maar ook op het hoofdkantoor in Rijkswijk van COA komt in gesprekken aan de orde dat de zorgconsumptie van asielzoekers erg hoog is. Twintig procent van het totale budget van COA gaat op aan medische kosten. De asielzoeker zou ‘overvragen’. Het beleid van het ministerie en van het COA is erop gericht om de zorgvraag naar beneden te krijgen. Er wordt gedacht vanuit het beheersen van kosten van de medische zorg. Uitgaande van de veronderstelling dat er veel ‘onterechte’ zorgvragen zijn, wordt er nagedacht over het opwerpen van meer drempels zodat asielzoekers niet ‘met

elk wisselende' naar de huisarts gaan. De vragen die meer gericht zijn op preventie, de vragen vanuit het perspectief van de asielzoeker lijken niet te worden gesteld. Waarom is de zorgvraag zo hoog? Hoe staat het met het algemeen welbevinden van de asielzoeker op een COA-locatie? Wat kunnen we doen om de gezondheid van asielzoeker en het welbevinden in het algemeen te verbeteren?

De Nationale ombudsman constateert dat het kader van medische zorg voor asielzoekers op een COA-locatie gemotiveerd wordt vanuit het perspectief van de overheid, namelijk het beheersen van de kosten. Dit betekent dat het belang van goede toegang tot medische zorg voor asielzoekers weliswaar een rol speelt, maar niet centraal staat. Vanuit het belang om de kosten te beheersen en de zorgconsumptie te reduceren wordt er gekeken naar mogelijkheden om drempels op te werpen, in plaats van naar mogelijkheden te zoeken om het algemeen welbevinden van de asielzoeker te verbeteren. Er is onvoldoende oog voor mogelijkheden om de gezondheidsklachten van asielzoekers te verminderen of te voorkomen.

De Nationale ombudsman oordeelt dat de toegang tot medische zorg op de COA-locaties nog te veel drempels kent. De randvoorwaarden voor een goede toegang tot medische zorg zijn gericht op zelfredzame asielzoekers. Echter, de kwetsbare positie van asielzoekers staat deze zelfredzaamheid vaak in de weg. Hierdoor kent de toegang tot medische zorg voor asielzoekers op COA-locaties nog te veel drempels.

De Nationale ombudsman oordeelt daarnaast dat de toegang tot medische zorg verder onder druk komt te staan nu wordt nagedacht over het opwerpen van nog meer drempels om de zorgvraag van asielzoekers te reduceren. De Nationale ombudsman roept de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie op om deze blikrichting te veranderen, recht te doen aan het uitgangspunt dat de toegang tot medische zorg gewaarborgd moet zijn en de vragen rondom het beheersen van zorgkosten meer te benaderen vanuit het perspectief van de asielzoeker en daarbij de mogelijkheden van preventie te verkennen.

2.6 Aanbevelingen

De Nationale ombudsman doet de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie de volgende aanbevelingen:

- 🗨️ Geef invulling aan het feit dat medische zorg voor asielzoekers een kwetsbare groep betreft, niet alleen door te zorgen voor inhoudelijk aangepaste zorg, maar ook door de toegang tot zorg daarop aan te passen. Bevorder een goede toegang tot medische zorg door onbedoelde drempels weg te nemen.
- 🗨️ Overleg met het COA en met het Gezondheidscentrum Asielzoekers over het uitvoeringbeleid met betrekking tot het toekennen van zorgvervoer. De ketenpartners komen samen tot goede werkbare afspraken die recht doen aan het uitgangspunt dat de toegang tot zorg gewaarborgd moet zijn.

- Draag zorg voor meer kennis bij asielzoekers en bij zorgverleners over verschillende, vaak cultuur bepaalde, gezondheidssystemen. Wat kan een asielzoeker verwachten van het Nederlands gezondheidssysteem? Hoe werken gezondheidssystemen in andere landen?
- Informeer en overleg met het Gezondheidscentrum van de betreffende COA locatie over procedurele stappen als overplaatsen, in bewaring nemen of op straat zetten. Dit is van belang voor de continuïteit van de zorg, in verband met lopende of geplande onderzoeken of behandelingen en in verband met een goede overdracht van medische dossiers aan nieuwe zorgverleners.
- Zorg voor een betere samenwerking tussen COA en het Gezondheidscentrum. Bij organisatorische wijzingen die gevolgen kunnen hebben voor de medische zorg aan asielzoekers, zoals een wijziging in het type opvanglocatie van een AZC naar een gezinslocatie, zou het Gezondheidscentrum door COA als ketenpartner moeten worden gezien en eerder betrokken moeten worden. Op die manier kan het Gezondheidscentrum de consequenties van het beleid voor de medische dienst en de gezondheidszorg voor asielzoekers tijdig overzien en daarop anticiperen.

Het verhaal van Adam

Met een hernia de cel in

Adam komt aan in het Detentiecentrum Zeist. Bij binnenkomst wordt hij eerst uitgebreid gefouilleerd. Zijn bagage wordt grondig doorzocht. Zijn antidepressiva pillen, zijn huidcrème en zijn oogdruppels mag hij niet meenemen naar zijn cel. Adam voelt zich als een crimineel behandeld. Hij moet een groot deel van de dag in een cel doorbrengen. De eerste veertien dagen verblijft hij op de Inkomstenafdeling. Ook in het Detentiecentrum krijgt hij een medische intake, dit keer alleen met een verpleegkundige. Hij vertelt haar over de gezondheidsproblemen die hij de afgelopen maanden heeft opgelopen. Zijn depressiviteit is nog niet voorbij. De laatste maanden had hij via een hulporganisatie contact met een huisarts in Amsterdam; daar woonde hij ook. Meestal vond hij onderdak bij verschillende Somalische vrienden, al moest hij regelmatig verhuizen. De huisarts schreef hem medicatie voor die Adam zelf bij de apotheek ophaalde. De laatste drie maanden had hij er enorme rugpijnen bijgekregen. Twee weken geleden had hij daarvoor de huisarts bezocht. Die vermoedde een hernia en stuurde hem door naar een specialist. Die afspraak zou Adam over een week hebben.

De verpleegkundige maakt een afspraak met de huisarts van het centrum; die kan immers medicatie voorschrijven en beslissen over een eventuele doorverwijzing. Ook aan deze arts doet Adam zijn verhaal. De arts belooft dat hij zal kijken wat er mogelijk is. Als doorverwijzing naar een specialist nodig is, komt dat later wel. Eerst wil de arts kijken hoe het in het Detentiecentrum zal gaan met zijn rug. Bij pijn kan Adam paracetamol vragen aan de bewaking, maar niet meer dan vier tabletten per dag. De arts neemt de tijd om te praten over zijn psychische problemen. Daarna krijgt hij andere, lichtere medicijnen voorgeschreven. Adams verzoek om op een eenpersoonskamer te mogen worden geplaatst wordt niet ingewilligd. Zo komt Adam op de reguliere afdeling van het Detentiecentrum terecht. Er is hier plaats voor veertig bewoners. Zijn cel van tien vierkante meter deelt hij met een jonge Congolees. Een energiek type dat graag sport - ook op cel doet hij allerlei oefeningen - en van muziek houdt. Adam probeert zich zo goed mogelijk te schikken in zijn situatie, maar het valt hem niet mee. Het helpt ook niet dat hij niet weet hoe lang hij hier moet blijven. Van andere bewoners hoort hij dat het wel een half jaar kan duren. Hij mist de contacten met buiten; niemand komt hem in Zeist opzoeken. Soms belt hij zelf naar zijn vrienden. Als de pijn in zijn rug te erg wordt, vraagt hij via het 'afsprakenbriefje' een afspraak aan met de verpleegkundige. Die beoordeelt of Adam een afspraak moet krijgen met de huisarts. Meestal verwijst ze niet door maar praat ze zelf met hem. Hij krijgt daarna toestemming om meer paracetamol te slikken. Met alle verpleegkundigen heeft Adam goed contact. Ze komen vier keer per dag op de afdeling om medicijnen uit te delen. De eerste medicatieronde van acht uur 's morgens mist hij nog wel eens. Dan roept de bewaking door het luik dat de verpleging er is. Op zo'n vroeg uur is Adam vaak nog niet op, zeker niet als hij 's nachts slecht heeft geslapen. Tijdens de tweede ronde krijgt hij dan alsnog zijn medicatie en zijn zalfje. Hij moet de pillen slikken waar de verpleegkundige bijstaat, iets wat hij als zeer betuttelend ervaart. Men is bang dat hij zijn paracetamol anders opspaart en in één keer slikt, of aan andere bewoners geeft.

Kiezen trekken

Maanden verstrijken. Adam krijgt last van zijn gebit. Hij schrijft dit op het afsprakenbriefje. Hij moet eerst weer langs bij de verpleegkundige. Zij kijkt in zijn mond: twee achterste kiezen in de onderkaak zijn aangetast door cariës. Hij krijgt een afspraak met de tandarts, die om de twee weken met de tandartsbus op het terrein van het Detentiecentrum komt. Na drie weken wachten is hij aan de beurt. De tandarts vertelt hem dat de kiezen niet meer te redden zijn en getrokken moeten worden. Andere duurere oplossingen, zoals het plaatsen van een prothese of een wortelkanaalbehandeling, vallen niet onder de noodzakelijke zorg. Gelaten ondergaat Adam de extracties.

Een paar keer krijgt Adam bezoek van iemand van de Dienst Terugkeer & Verkeer (DT&V); dan gaat het over zijn terugkeer. Er loopt een aanvraag voor een laissez-passez bij de Somalische ambassade. Ook komt zijn advocaat af en toe op bezoek. Verder brengt hij zijn dagen door met een uurtje sporten, koken, internetten in de bibliotheek en rondhangen in de recreatieruimte van de afdeling. Maar het grootste gedeelte van de dag zit hij op cel, van half zes 's middags tot de volgende ochtend acht uur, en een half uur tussen de middag. Daar probeert hij de tijd te doden met lezen, maar de meeste tijd zit hij te piekeren. 's Nachts slaapt hij steeds slechter. Zijn celgenoot heeft bij het sporten een enkelband gescheurd. Hij moet nu zijn ene been laten rusten. De man kan er niet tegen dat hij moet stilzitten en reageert zich af op Adam.

Adams geestelijk welzijn heeft sterk te lijden onder de situatie. Zijn depressieve klachten nemen toe. Met zijn rug gaat het steeds slechter, de pijn is niet te harden en ook zijn eczeem wil maar niet verdwijnen. Voor de zoveelste keer vult hij een afsprakenbriefje in. De verpleegkundige maakt een afspraak met de arts. De arts ziet meteen dat het niet goed met hem gaat; hij is vermagerd en maakt een nerveuze indruk. De pijn is van zijn gezicht af te lezen. De arts wil snel een doorverwijzing naar een orthopeed; over een maand kan Adam daar terecht. Verder verwijst de huisarts hem naar een psycholoog voor wekelijkse gesprekken. De medicatie gaat ook omhoog: Adam krijgt meer antidepressiva en pijnstillers. In het sociaal-medisch overleg brengt de huisarts zijn zorgen over Adam in. Hier valt het besluit om Adam op de Bijzondere Zorgafdeling te plaatsen. Daar krijgt hij een kamer alleen.

Handboeien

Op een dag wordt hij vroeg gewekt door de bewakers. Hij moet zich aankleden om naar de orthopeed in het ziekenhuis te gaan. Hij voelt zich overvallen. Had hij dit van tevoren geweten dan had hij zijn gezicht geschoren en goede kleding klaargelegd. Hals over kop trekt hij maar wat aan. Zonder ontbijt vertrekt hij met twee bewakers naar de hoofdingang, waar hij wordt overgedragen aan de medewerkers van de Dienst Vervoer & Ondersteuning (DV&O). Hij wordt geboeid en in een busje gezet, waar nog een andere geboeide man zit te wachten.

De medewerkers van de DV&O brengen hem naar de wachtkamer. De handboeien gaan niet af, ze hebben er alleen een handdoekje overheen gelegd. Adam vindt het een gênante vertoning, maar hij wil koste wat het kost voor zijn rugklachten naar de specialist. Nadat er foto's zijn gemaakt constateert de specialist dat Adam een hernia onder in de rug heeft. De specialist wil eigenlijk zo snel mogelijk opereren om de wervels vast te zetten. Dit wordt geregeld; Adam kan de operatie over vier weken ondergaan.

Zijn advocaat heeft intussen opnieuw bij de rechtbank bezwaar gemaakt tegen de verlenging van de bewaring. Adam zit inmiddels zes maanden vast. Voor verlenging van bewaring moet er zicht zijn op uitzetting. Nu er maar geen documenten loskomen van de Somalische ambassade, ontbreekt dit zicht op uitzetting. De verlenging wordt geweigerd en de vreemdelingenbewaring wordt opgeheven. Voor zijn vertrek heeft Adam nog een gesprek met de verpleegkundige. Zij vertelt hem dat hij er goed aan doet om na zijn vrijlating weer contact te zoeken met een huisarts. Die kan hem doorverwijzen naar een andere orthopeed voor zijn rug en eventueel naar een psycholoog. De rugoperatie is afgeblazen. Als hij wil kan Adam zijn medische gegevens meekrijgen. Na zes maanden detentie staat Adam weer op straat. Hij heeft zijn medisch dossier, voldoende medicatie voor veertien dagen en een treinkaartje voor een enkele reis naar Amsterdam bij zich. Hij heeft de opdracht om binnen 24 uur Nederland te verlaten. Maar hoe?

3 Medische zorg in detentie

3.1 Algemeen

Detentie

Vreemdelingen die niet of niet meer in het bezit zijn van een geldige verblijfstitel moeten op eigen gelegenheid Nederland verlaten. Gebeurt dit niet en blijft hij zonder vergunning toch in Nederland dan kan een vreemdeling in bewaring worden genomen om zo te voorkomen dat hij zich onttrekt aan uitzetting. Dit is geregeld in artikel 59 van de Vreemdelingenwet. Onder de vreemdelingen in detentie zijn vreemdelingen die nooit een vergunning hebben aangevraagd in Nederland, maar ook asielzoekers van wie de asielaanvraag is afgewezen. In dit verslag ligt de focus op de asielzoeker. De uitvoering van de vreemdelingbewaring heeft plaats in detentiecentra. De medische zorg in vreemdelingenbewaring is voor alle vreemdelingen, met of zonder een asielachtergrond, in deze centra hetzelfde. Tijdens de vreemdelingenbewaring staat het werken aan terugkeer naar het land van herkomst centraal. De Dienst Terugkeer & Vertrek (DT&V) regelt en faciliteert het feitelijke vertrek. Bij veel asielzoekers speelt het probleem dat de juiste documenten ontbreken om naar het land van herkomst terug te kunnen reizen. Vaak lukt het niet om documenten te verkrijgen en blijft de vreemdeling langere tijd in vreemdelingenbewaring. Tevoren is niet duidelijk hoe lang de detentie gaat duren. Het is de rechter die toetst of de bewaring rechtmatig is en of deze verlengd kan worden. De rechter toetst daarbij of er voldoende zicht op uitzetting is. Is er geen zicht op uitzetting dan wordt de bewaring opgeheven. Dit laat onverlet dat iemand op een later moment weer opnieuw in vreemdelingenbewaring kan worden genomen als hij of zij weer zonder geldige verblijfsdocumenten door de politie wordt aangetroffen. Wederom wordt dan getracht tot uitzetting te komen. Met de inwerkingtreding van de Europese terugkeerrichtlijn op 24 december 2010 is de duur van de vreemdelingenbewaring vastgesteld op maximaal zes maanden. Deze termijn kan worden verlengd met maximaal twaalf maanden tot totaal achttien maanden als aan een aantal voorwaarden, genoemd in artikel 15 van de terugkeerrichtlijn is voldaan. Zicht op uitzetting is hierin de belangrijkste.

Naast deze vorm van detentie is er nog de zogenoemde grensdetentie. Met deze maatregel, geregeld in artikel 6 van de Vreemdelingenwet, krijgen asielzoekers te maken die op Schiphol aankomen en daar een asielverzoek indienen. Zij komen Nederland binnen via een Schengenbuitengrens¹⁴. Nederland hanteert het beleid om hen daarom de toegang tot Nederland te weigeren en zij worden aan de grens gedetineerd om te voorkomen dat zich toegang tot Nederlands en daarmee het Schengen grondgebied verschaffen. Tijdens die detentie vindt de eerste beoordeling van het asielverzoek plaats. De procedure neemt 14 dagen (een rust- en voorbereidingsperiode van zes dagen en een asielprocedure die

¹⁴ Verordening EG nr.562/2006 van het Europees Parlement en de Raad van 15 maart 2006 tot vaststelling van een communautaire code betreffende de overschrijding van de grenzen door personen (Schengengrenscodex).

maximaal acht dagen duurt) in beslag en kan zo nodig worden verlengd waardoor de detentie nog geruime tijd langer kan duren. Deze vorm van detentie vindt alleen plaats in het detentiecentrum bij de luchthaven Schiphol. Deze doelgroep bevindt zich formeel in het aanmeldcentrum van het Justitieel Complex Schiphol waar andere regels van kracht zijn. Het aanmeldcentrum valt onder de verantwoordelijkheid van de IND en is derhalve geen detentiecentrum waarbij DJI de vreemdelingenbewaring ten uitvoer legt.

In 2012 bedroeg de instroom van het aantal vreemdelingen in bewaring 5.420 (5158 in vreemdelingenbewaring op grond van artikel 59 Vw en 252 op grond van artikel 6 Vw), de gemiddelde bewaringsduur op een peilmoment in 2012 was 110,5 dagen¹⁵.

Kwetsbare positie vreemdeling

Veel uitgeprocedeerde asielzoekers in vreemdelingenbewaring verkeren al langdurig in een onzekere situatie over hun toekomstperspectief. Ze wilden hun toekomst in Nederland opbouwen en nu dit niet lukt, wordt van ze verwacht, vaak na vele jaren verblijf in een AZC, mee te werken aan hun terugkeer naar het land van herkomst. Obstakels daarbij zijn onder meer: het ontbreken van de juiste reisdocumenten, niet durven terugkeren in verband met de slechte veiligheidssituatie in het land van herkomst, familie of andere banden in Nederland, gezichtsverlies, medische of psychische problemen. Juist ook voor de net gearriveerde asielzoekers op Schiphol die (een deel van) hun asielprocedure in het aanmeldcentrum binnen de muren van het Justitieel Complex moeten doorbrengen is dit een moeilijke situatie. Vaak hebben ze een lange en inspannende reis achter de rug en weten niet wat de toekomst zal brengen. Ook is het mogelijk dat ze in het land van herkomst traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt. Kortom, de situatie waarin asielzoekers op Schiphol en uitgeprocedeerde asielzoekers in vreemdelingenbewaring verkeren, brengt vaak ook de nodige somatische en veel psychische klachten met zich mee. Extra complicaties daarbij zijn de taalproblemen en andere verwachtingen over hetgeen goede medische verzorging zou moeten inhouden. In het algemeen is de gezondheid van deze groep door dit alles kwetsbaar en maken zij veel gebruik van de medische zorg.

Penitentiaire beginselenwet

De vreemdelingenbewaring is, anders dan detentie in het kader van het strafrecht, een administratieve maatregel die niet bedoeld is als sanctie maar om onttrekking aan toezicht te voorkomen. Daarnaast moet er concreet zicht zijn op uitzetting. Vreemdelingenbewaring mag alleen worden toegepast als met minder ingrijpende middelen niet hetzelfde doel kan worden bereikt. In theorie is vreemdelingenbewaring het ultimum remedium. In de praktijk zijn er nauwelijks alternatieven voorhanden.

¹⁵ Vreemdelingenbewaring in getal 2008-2012. Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Veiligheid en Justitie, mei 2013.

De Nationale ombudsman bracht in augustus 2012 een rapport uit over vreemdelingenbewaring¹⁶ waarin de aanbeveling wordt gedaan vreemdelingenbewaring echt alleen als uiterste middel toe te passen en minder ingrijpende alternatieven voor bewaring te ontwikkelen. Daarnaast beveelt hij aan het huidige regime te herzien waarbij het nieuwe regime geen strafelementen zou mogen bevatten nu vreemdelingenbewaring geen bestraffing is maar slechts een bestuursrechtelijke maatregel om betrokkene beschikbaar te houden voor uitzetting.

Als opsluiting onvermijdelijk is dan moet deze volgens de Committee for the Prevention of Torture (CPT) volgens de Twenty guidelines of forced return van het Comité van ministers van de Raad van Europa plaatsvinden. Zo moeten de omstandigheden waaronder de detentie plaatsvindt tegemoetkomen aan de menselijke waardigheid *“Detention conditions must be compatible with respect for human dignity”*.

De Penitentiaire Beginselenwet, opgesteld voor regulier strafrechtelijk gedetineerden, is ook van toepassing op het regime binnen de vreemdelingenbewaring met uitzondering van de grensdetentie op Schiphol (zie hieronder onder Reglement regime grenslogies). Voor vreemdelingenbewaring geldt het sobere regime van beperkte gemeenschap. Dit betekent dat minimaal 18 en maximaal 63 uur per week aan activiteiten en bezoek worden geboden. Voor strafrechtelijk gedetineerden is de afgelopen jaren het dagprogramma sterk gereduceerd, het avondprogramma afgeschaft en ook deelname aan recreatie, arbeid, sport en educatie zijn tot een minimum teruggebracht. Omdat er geen onderscheid wordt gemaakt tussen strafrechtelijk gedetineerden en de administratief rechtelijke maatregel van vreemdelingenbewaring geldt ook voor vreemdelingen dit sobere regime. Daarbij verblijven vreemdelingen met twee personen op één cel (van 17.00 uur tot 8.00 uur en tussen 12.00 uur en 13.00 uur) en kent de vreemdelingenbewaring geen mogelijkheid tot onderwijs of arbeid. De gedachte daarachter is dat vreemdelingenbewaring zich niet leent voor activiteiten die zijn gericht op het aanleren of onderhouden van vaardigheden met het oog op resocialisatie in de Nederlandse samenleving. Door gelijkshakeling van het regime van vreemdelingenbewaring aan het regime voor strafrechtelijke detentie zijn vreemdelingen in bewaring onderworpen aan dezelfde beperkingen, dwangmiddelen en disciplinaire straffen als strafrechtelijk gedetineerden.

In de Penitentiaire beginselenwet (Pbw) is opgenomen dat de directeur van een detentiecentrum zorg draagt voor de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van een arts. De directeur dient er onder meer voor te zorgen dat de gedetineerden een arts kunnen bezoeken (desgevraagd een arts van eigen keuze), dat medicatie voorhanden is en indien nodig dat een gedetineerde wordt overgebracht naar een ziekenhuis.

¹⁶ Vreemdelingenbewaring: strafregime of maatregel om uit te zetten, over respect voor mensenrechten bij vreemdelingenbewaring, Nationale ombudsman, 7 augustus 2012, 2012/105.

Reglement regime grenslogies

Het regime voor asielzoekers, die direct na binnenkomst op Schiphol gedetineerd worden tijdens de behandeling van hun asielverzoek, is vastgelegd in het Reglement regime grenslogies. Daarin is opgenomen: “de vreemdeling wordt aan geen andere beperkingen onderworpen dan die volstrekt noodzakelijk zijn om zijn verblijf in het grenslogies te verzekeren alsmede om de veiligheid en de orde aldaar te handhaven”. Onder het Reglement regime grenslogies hebben mensen iets meer bewegingsvrijheid. Zo zijn de celdeuren daar tussen 8.00 uur en 21.30 uur geopend. Wat betreft de medische zorg vallen ze onder hetzelfde organisatie van zorg zoals dit wordt gehanteerd in vreemdelingenbewaring in de detentiecentra. Over medische zorg is in het Reglement regime grenslogies in artikel 8 opgenomen dat de directeur zorg draagt voor de verlening van de noodzakelijke medische hulp aan de vreemdeling en voor de geestelijke verzorging van de vreemdeling.

3.2 De visie en taakopvatting van de overheid

Ministerie van Veiligheid en Justitie

De visie en taakopvatting van het Ministerie van Veiligheid en Justitie ten aanzien van medische zorg voor vreemdelingen in detentie luidt:

“Op basis van de Penitentiaire beginselenwet (Pbw) is de minister van Veiligheid en Justitie verantwoordelijk voor toegang tot zorg voor vreemdelingen in detentie. Deze verantwoordelijkheid is in artikel 42 Pbw belegd bij de directeur van de betreffende inrichting en wordt uitgevoerd middels bovengenoemde visie en taakopvatting. De medische dienst voorziet in een groot aantal vormen van medische (psychische zorg), indien de benodigde zorg niet in het Detentiecentrum geboden kan worden, kan overplaatsing naar het justitieel medisch centrum (JMC) of behandeling in een regulier ziekenhuis worden geïndiceerd door de arts.”

Dienst Justitiële Inrichtingen

De visie en taakopvatting van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) ten aanzien van medische zorg voor vreemdelingen in detentie luidt:

“DJI hanteert geen aparte visie voor de medische zorg aan vreemdelingen. De visie op gezondheidszorg heeft betrekking op alle binnen de justitiële inrichtingen verblijvende personen. Visie van DJI ten aanzien van medische zorg:

- ▶ DJI draagt in haar inrichtingen zorg voor een doeltreffende, doelmatige en op de patiënt gerichte gezondheidszorg, waarvan de kwaliteit gelijkwaardig is aan de gezondheidszorg in de vrije maatschappij, rekening houdend met de bijzondere situatie van vrijheidsbeneming.*
- ▶ Deze zorg wordt ingekaderd door het principe van noodzakelijkheid. DJI biedt gezondheidszorg wanneer deze noodzakelijk is en niet (op verantwoorde wijze) kan worden uitgesteld tot na het verblijf of behandeling bij DJI.”*

In de Gezondheidszorgvisie DJI¹⁷ is opgenomen dat het gezondheidszorgbeleid van DJI zich op vijf aandachtsgebieden richt met daaraan gekoppeld een aantal beleidsdoelstellingen. Die aandachtsgebieden zijn: een goed psychosociaal klimaat, zorg op maat, investeren in personeel, infrastructuur van de zorg en continuïteit van de (na)zorg. Daarbij wordt onder meer aangegeven dat de schade als gevolg van ingesloten zijn zoveel mogelijk wordt beperkt en dat DJI de kwaliteit van het psychosociale klimaat in de inrichtingen bevordert en in stand houdt. Ten behoeve van de gezondheidszorg in de inrichtingen wordt gestreefd naar continuïteit van de zorg door goede afstemming met samenwerkingspartners in de gezondheidszorg. DJI zorgt voor een zodanig aanbod van gezondheidszorg dat rekening wordt gehouden met de mogelijkheden en de zorgbehoefte van de ingeslotenen en de specifieke omstandigheden van de vrijheidsbeneming.

Cijfers medische zorg in detentie

De zorgkosten in 2011 voor vreemdelingen in detentie waren gemiddeld € 20,61 per bezette plaats per dag. Dit is een gemiddelde van € 7.522,65 per ingesloten vreemdeling per jaar. In 2012 waren de zorgkosten gemiddeld € 21,98 per bezette plaats per dag. Dit is een gemiddelde van € 8.044,68 per ingesloten vreemdeling per jaar (schrikkeljaar).

3.3 Toegang medische zorg

Medewerkers van het Bureau Nationale ombudsman bezochten detentiecentrum Schiphol en spraken daar met vreemdelingen en alle betrokken partijen bij de medische zorg aan vreemdelingen¹⁸ namelijk de directie, de verpleegkundigen, een aantal huisartsen en psychologen en met een aantal detentietoezichthouders. Daarnaast liepen medewerkers van het Bureau Nationale ombudsman in alle detentiecentra (Schiphol, Rotterdam en Zeist) drie dagen mee met de medische dienst.

Medische dienst

De directie van een detentiecentrum is verantwoordelijk voor de algemene gang van zaken en ook voor de organisatie van de gezondheidszorg. De directeur is gemachtigd het hoofd van de medische dienst aan te sturen en om in te grijpen in de organisatie van de medische zorg als dat noodzakelijk is in het belang van de handhaving van de orde of de veiligheid van de inrichting of van een ongestoorde ten uitvoerlegging van de vrijheidsbeneming. De medische dienst in detentiecentra bestaat uit een of meer justitieel geneeskundigen (huisartsen) en verpleegkundigen en staat onder leiding van het hoofd medische dienst. Het hoofd medische dienst valt, hiërarchisch gezien, onder de directie van de inrichting. Daarnaast zijn een huisarts, een psycholoog en een psychiater beschikbaar. De huisarts is verantwoordelijk voor de medische zorg die wordt geleverd. Strikt genomen gaat het hoofd medische dienst over de operationele kant en de huisarts over de kwaliteit van de zorg. Echter, vanwege de rol die het hoofd medische dienst heeft in bijvoorbeeld de ontwikkeling van protocollen, heeft deze ook een rol in de kwaliteit van de geboden zorg.

¹⁷ Gezondheidszorgvisie DJI, 2006

¹⁸ In het rapport ligt de focus steeds op de (uitgeproce-deerde) asielzoeker. Tijdens het bezoek aan het detentiecentrum Schiphol, detentiecentrum Rotterdam en detentiecentrum Zeist heeft de focus gelegen op de ongedocumenteerde vreemdeling. Dit omdat er in vreemdelingendetentie geen onderscheid wordt gemaakt in de behandeling van een (uitgeproce-deerde) asielzoeker of een persoon zonder asielverleden.

Verpleegkundigen werken zelfstandig en hebben in detentiecentra een zeer belangrijke en verantwoordelijke rol. Het grootste deel van de zorg komt neer op de verpleegkundigen. Elke toeleiding door de verpleegkundige naar de huisarts wordt door de huisarts gezien. Verder worden alle handelingen in het HIS geregistreerd. De huisarts hoeft echter niet alle handelingen van de verpleegkundigen te fiatieren. DJI¹⁹ erkent dat een belangrijk deel van de noodzakelijke zorg, vaker dan in de vrije maatschappij, in detentiecentra door de verpleegkundigen wordt verricht. Volgens DJI betekent dit *“dat de verpleegkundigen een groot deel van de dag zelfstandig werken en niet onder de supervisie van een arts. Het gevolg is dat verpleegkundigen zich regelmatig op het terrein van de medische diagnose begeven. Wanneer daarbij de wettelijke kaders niet in acht worden genomen, dan kan dat tot onverantwoorde situaties leiden. Om die reden treedt de verpleegkundige altijd namens en onder verantwoordelijkheid van de arts op als toeleider naar de in- en externe disciplines.”* Tijdens het spreekuur beoordeelt de verpleegkundige of de zorgvraag door de verpleegkundige kan worden afgehandeld, de betrokkene zelfzorg kan toepassen of dat voorlichting voldoende is. Indien dit niet mogelijk is wordt betrokkene naar de huisarts, de tandarts of een andere professional toeleid. Hoe cruciaal deze taak is wordt duidelijk in het onderzoek van de Inspectie Veiligheid en Justitie over het overlijden van de asielzoeker Alexander Dolmatov waarin wordt geconcludeerd dat medische zorg in het detentiecentrum Rotterdam in die zaak niet heeft voldaan aan de eisen van verantwoorde zorg doordat verpleegkundigen teveel verantwoordelijkheid naar zichzelf hebben toegetrokken²⁰.

In detentiecentrum Schiphol (700 plaatsen beschikbaar) zijn overdag vier verpleegkundigen aanwezig, In de avonduren zijn dat er drie en 's nachts is er één verpleegkundige aanwezig. Op Schiphol is er dus 24 uur per dag een verpleegkundige beschikbaar omdat in het detentiecentrum ook bolletjesslikkers zitten die acute medische hulp nodig kunnen hebben. In het detentiecentrum Schiphol is 40 uur per week een huisarts beschikbaar. In Rotterdam is plaats voor 550 vreemdelingen. In Zeist is plaats voor 280. In beide detentiecentra zijn vier tot vijf verpleegkundigen aanwezig van 7.30 uur tot 22.00 uur. In Zeist is een huisarts aanwezig in de ochtend en op maandag en vrijdag de hele dag. De psycholoog is er ook dagelijks. In Rotterdam is de arts vijf dagen aanwezig. In Rotterdam is er, omdat daar de gezinnen worden ondergebracht, wekelijks een kinderspreekuur met een gespecialiseerde verpleegkundige. De kinderen worden wekelijks opgeroepen. Op het moment van dat medewerkers van het Bureau Nationale ombudsman de detentiecentra bezochten was ruim de helft van de beschikbare plaatsen voor vreemdelingenbewaring bezet.

Direct na aankomst

Eenmaal in detentie volgt na aankomst in het detentiecentrum zo snel mogelijk, doch uiterlijk binnen 24 uur een medische intake waarbij zo nodig gebruik wordt gemaakt van een tolk. Verpleegkundigen van de medische dienst onderzoeken hierbij de lichamelijke en geestelijke gezondheidstoestand van een vreemdeling. Indien nodig ondernemen zij actie

¹⁹ Referentiekader justitieel verpleegkundigen zorg DBV, Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Justitie, maart 2010

²⁰ Het overlijden van Alexander Dolmatov, Inspectie Veiligheid en Justitie, Ministerie van Veiligheid en Justitie, 28 maart 2013.

en verwijzen zij iemand door. Deze intake, die ongeveer 30 minuten duurt, is verplicht en wordt door de meeste nieuwkomers zonder problemen ondergaan. De intake is bedoeld om goed zicht te krijgen op de gezondheidssituatie van de nieuwkomer, maar wordt ook gedaan vanuit veiligheidsoverwegingen. Zo kan bijvoorbeeld moeilijk hanteerbaar gedrag tijdig worden ingeschat en kunnen risico's voor de volksgezondheid worden voorkomen. Indien betrokkene afkomstig is uit een AZC dan wordt, na zijn toestemming, contact gezocht met de Praktijklijn in Wageningen. Is er een dossier, dan wordt dit toegestuurd. Het opvragen van het dossier bij het Gezondheidscentrum is nodig omdat het systeem van het Gezondheidscentrum niet voor de DJI beschikbaar is. Indien daartoe aanleiding bestaat wordt ook, na toestemming van betrokkene, informatie opgevraagd van een behandelend specialist of eigen huisarts. De arts in het detentiecentrum leest alle intakes en fiatteert deze de eerstvolgende werkdag.

De eerste dag wordt bij aankomst alle bagage nagekeken op aanwezige medicatie. Hieruit kan worden afgeleid of iemand al onder behandeling is voor bepaalde gezondheidsklachten en of voortzetting van medicatie nodig is. Na controle door de medische dienst wordt de eigen medicatie retour gestuurd naar de 'receptie ingeslotenen' om deze te bergen in de bagage. Zij krijgen dit niet op cel. Echt dubieuze mixen van medicatie worden ook wel weggegooid. In detentiecentra geldt de regel dat men nooit medicatie in eigen beheer mag hebben. Ook zelfzorgmedicatie (verkrijgbaar zonder recept) wordt, in tegenstelling tot andere PI's, in het algemeen niet toegestaan op cel.

De eerste veertien dagen verblijven de vreemdelingen op de 'inkomstenafdeling'. Dit geldt niet voor vrouwen en gezinnen. Zij worden allemaal in Rotterdam ondergebracht waar een speciale gezinsafdeling is ingericht. Op de 'inkomstenafdeling' wordt bekeken waar de persoon het best geplaatst kan worden. Vragen daarbij zijn: met wie kan hij op cel worden geplaatst of zijn er bijzondere gezondheidsredenen om hem op de Extra Zorgafdeling (EZA) te plaatsen. Dit is een afdeling met alleen eenpersoonscellen, een lagere bezetting en relatief meer begeleiding. Plaatsing verloopt altijd via Bureau capaciteit Vreemdelingen van het hoofdkantoor van DJI, die namens de staatssecretaris een plaatsingsbeslissing neemt.

Op de afdeling

Eenmaal geplaatst op de afdeling heeft de ingeslotene de mogelijkheid door het invullen van een afsprakenbriefje, in contact te komen met een verpleegkundige. Dit afsprakenbriefje kan in eigen taal worden ingevuld en volstaan kan worden met het invullen van de naam. Deze briefjes worden binnen 24 uur behandeld door een verpleegkundige. Indien iemand aangeeft naar de huisarts te willen dan zal de verpleegkundige eerst proberen meer duidelijkheid over de klacht te krijgen om zo alvast informatie voor de huisarts in te winnen of, indien mogelijk, de vraag zelf af te handelen. De verpleegkundige beslist of er een

afpraak met de huisarts wordt gemaakt. De verpleegkundigen zijn de hele dag en avond aanwezig en zien de bewoners regelmatig. Binnen de detentiecentra werken op elke locatie een vaste groep van drie tot vier huisartsen die elkaar afwisselen bij de spreekuren. Zij zijn vaak maar een keer in de week aanwezig. Verpleegkundigen werken zelfstandig, maar officieel is de huisarts verantwoordelijk. De arts hoeft niet alle handelingen verricht door verpleegkundigen achteraf te fatteren. Een arts verwoordde: *“Wat ik niet zie, weet ik niet. Ik ben niet verantwoordelijk voor wat ik niet zie.”*

Als er medicijnen worden voorgeschreven is er wel een fiat van de huisarts nodig. Een van de artsen geeft aan de tijd die aan een patiënt kan worden besteed erg kort te vinden, namelijk vijftien minuten, zeker als gebruik moet worden gemaakt van de tolkentelefoon. Is er sprake van een acute medische situatie dan wordt de medische dienst direct gebeld door de bewaking. Dit gebeurt regelmatig. De bewaking belt ook met de medische dienst als ze denken dat er mogelijk wat aan de hand is met iemand. Meerdere dagdelen per week houdt een huisarts spreekuur. In het weekend is er een arts voor spoedgevallen beschikbaar. Een van de artsen constateert dat de medische klachten toenemen naar mate men langer in bewaring zit. Ook psychiaters en psychologen zijn beschikbaar. Er is dagelijks contact met apotheken om medicijnen te bestellen. In een van de detentiecentra houdt de verpleegkundige ook spreekuur op de afdeling. Daar kan iedereen ook zonder afspraak naar toe. Ook een ander detentiecentrum gaat binnenkort starten met deze werkwijze.

Dagelijks zijn er vier rondes over de afdelingen tijdens welke de verpleegkundigen de medicatie uitdelen. De IGZ heeft in haar rapport van december 2009²¹ geoordeeld dat het uitdelen van de medicatie niet door de detentietoezichthouders (dth) mag gebeuren omdat het een medische handeling betreft. Bij het uitdelen wordt nauwlettend in de gaten gehouden of de bewoner zijn medicatie daadwerkelijk slikt, dit uit veiligheidsoverwegingen. Veiligheid staat voorop en zo wordt voorkomen dat mensen medicatie opsparen en een overdosis nemen of gaan handelen in medicatie. Het uitdelen van de medicatie wordt ook benut om even te kijken hoe het met de vreemdeling gaat. Slaat het medicijn aan, dan is de dosering goed. Er kan een pleister of elastieken kous worden uitgedeeld of urinemonster worden opgehaald e.d. Als mensen weigeren hun medicatie te nemen wordt de medicatie nogmaals aangeboden in de volgende twee medicatierondes. Wanneer de ingeslotene drie keer zijn of haar medicatie weigert, wordt een gesprek gepland met de huisarts.

Als iemand in gehoor is bij de IND en de verpleegkundige komt langs de cel met medicijnen, dan neemt de verpleegkundige de medicijnen weer mee en wordt het innemen van medicijnen uitgesteld. Soms zelfs een hele dag. Ook als iemand een afspraak heeft bij de huisarts of in het ziekenhuis en op diezelfde dag staat een IND gehoor gepland dan komt de afspraak bij de huisarts of het ziekenhuis te vervallen. De verpleegkundige probeert in dat geval de gedetineerde wel op het eerstvolgend spreekuur in te plannen.

²¹ Medische diensten in detentiecentra: ‘Verantwoorde zorg, maar nog niet geborgd’, Inspectie voor de gezondheidszorg, december 2009.

Desgevraagd geeft de verpleegkundige aan dat het hoor- en beslisproces van de ingeslotene voor gaat op de medische zorg.

Soort medische klachten

De meeste klachten van vreemdelingen in detentie betreffen ‘achterstallig’ medisch onderhoud. Dit is met name bij mensen die enige tijd op straat hebben geleefd. Daarnaast komen mensen met klachten naar de medische dienst waarvoor in een normale setting mensen niet naar de huisarts gaan. Verpleegkundigen verklaren dat door de detentie lichamelijke klachten worden uitvergroot omdat er weinig afleiding is. Bovendien is de medische zorg zeer laagdrempelig. Verder wordt door verschillende medewerkers van de medische dienst ook aangegeven dat ‘ziek zijn kan lonen’. Hiermee wordt bedoeld dat veel vreemdelingen hopen dat hun gezondheidstoestand aanleiding is om hen bijvoorbeeld op grond van artikel 64 niet uit te zetten en van verpleegkundigen wordt verwacht dat ze hen daarin ondersteunen. Aan die verwachtingen kunnen de verpleegkundigen niet (altijd) voldoen hetgeen wel eens leidt tot frustratie bij de betrokken vreemdeling. Dit alles neemt niet weg dat de verpleegkundigen aangeven medische klachten steeds serieus te nemen. De verpleegkundigen zien veel wanhoop en onmacht. Een verpleegkundige van de medische dienst schatte het aantal zorgovervragers op 20% tot 30%. Als redenen hiervoor worden genoemd; het vragen van aandacht en het zoeken van afleiding. Verpleegkundige: *“Ach, die heeft vitamine a (aandacht) nodig en dat wordt dan gegeven”*.

In het Referentiekader van DJI is aangegeven dat de vreemdelingenpopulatie zijn eigen problematiek kent:

“De vreemdelingenpopulatie wordt over het algemeen gekenmerkt door een lage sociaaleconomische status, risicovol gedrag, een verwaarloosde gezondheid en een marginaal bestaan. Daarnaast is een groot deel van de ingeslotenen afkomstig uit landen waar tuberculose en/of andere infectieziekten endemisch zijn. Ook komt verslaving en psychisch gestoord gedrag onder deze populatie meer voor. Dit vraagt dan ook om een specifieke deskundigheid van verpleegkundigen, zodat een optimale begeleiding, zorg en behandeling is voor deze doelgroep”.

Zelfzorgmedicatie

Een andere kant van deze verwevenheid is dat in detentie er alles aan wordt gedaan om te voorkomen dat mensen zichzelf ziek kunnen maken om niet uitgezet te hoeven worden. De ingeslotenen mag voorgeschreven medicatie noch zelfzorgmedicatie op cel houden. Een van de directeuren van de detentiecentra gaf als reden aan dat de ingeslotenen in vreemdelingen-detentie veelal in een uitzichtloze situatie zitten en wanhopig zijn. DJI wil geen risico lopen.

In twee detentiecentra beschikt de bewaking over een voorraad van Paracetamol tabletten. Bij bijvoorbeeld hoofdpijn kan daarom gevraagd worden. De pil moet worden geslikt in aanwezigheid van de dth-er. Die kruist vervolgens op een lijst aan wie de pil heeft ingenomen. Er wordt één pil per keer verstrekt en maximaal één keer per zes uur. Is de voorraad op, dan verstrekt de medische dienst een nieuwe voorraad en levert de bewaking de lijst in zodat de medische dienst kan zien wie wanneer een pil heeft genomen en of dit aanleiding is voor een gesprek. De teampost kan beschikken over bepaalde pijnstilling in de periode dat de medische dienst niet aanwezig (tussen 22.00 uur en 7.30 uur).

In de detentiecentra Zeist en Schiphol heeft de ingeslotene de insuline niet op cel. In Rotterdam heeft de ingeslotene de insuline wel op cel in de eigen koelkast, maar kan deze niet toedienen, zonder de vereiste toebehoren die niet op cel aanwezig zijn.

Voor zelfzorgmedicatie geldt, net als voor de voorgeschreven medicatie dat men deze niet op cel mag hebben. Dit geldt dus ook voor bijvoorbeeld hoestdrank of neusspray. Zalf en oogdruppels mag men wel op cel hebben. De medische dienst beraadt zich over de vraag welke zelfzorgmedicatie in de winkel aanwezig zou moeten zijn. Het aanbod zou in iedere detentiecentrum hetzelfde moeten zijn. Wat wel of niet wordt toegestaan hangt af van de veiligheidsrisico's en de gezondheidsrisico's die het zelf beschikken over deze middelen met zich mee zou kunnen brengen. Zelfzorgmedicijnen die bijvoorbeeld een brandbaar gas of een verslavend middel als codeïne bevatten, zijn daarom niet toegestaan. Kukident-pasta is niet verkrijgbaar in de winkel omdat een ingeslotene daarmee zijn luikje of stopcontacten dicht zou kunnen plakken. Zelfs het kunnen beschikken over zelfzorgproducten als wattenstokjes staat ter discussie omdat hiervan door de bewaking tegen de medische dienst werd gezegd: *“Ga jij ze allemaal uit de wc vissen?”*. Het afdelingshoofd beslist uiteindelijk over welke zelfzorgmedicijnen en -producten op cel mogen worden gehouden.

Handboeien

Vershillende verpleegkundigen geven aan dat het vervoer naar het ziekenhuis wat humaner is geworden nu er niet meer altijd wordt geboeid. Alleen in Zeist heeft de Nationale ombudsman signalen gehoord dat er nog overwegend geboeid wordt vervoerd naar het ziekenhuis. Er wordt wel een handdoekje of kledingstuk over de handboeien heen gegooid. Asielzoekers die in grensdetentie zitten (artikel 6 Vw) worden nooit geboeid. Geboeid vervoer leidde ertoe dat mensen af zagen van ziekenhuisbezoek. Vaak kwamen ze daar later weer op terug omdat de gezondheidsklachten bleven bestaan. De directie neemt de beslissing of iemand geboeid moet worden in verband met vluchtgevaar. Maar ook de dienst die het vervoer uitvoert, Dienst Vervoer en Ondersteuning (DV&O) maakt een eigen afweging en zij bepalen uiteindelijk hoe ze iemand vervoeren. Dat dit wel eens tot problemen leidt laat het volgende voorbeeld zien dat werd gegeven in een van de detentiecentra.

Het betreft een vreemdeling in detentie die al een tijdje op de lijst staat om geopereerd te worden aan

poliepen in zijn neus. Hij is al een keer in het ziekenhuis geweest voor de operatie, maar toen was niet goed aan hem doorgegeven dat hij nuchter moest zijn. Dat was hij niet. De operatie kon toen niet doorgaan. Deze man is al vaak naar het ziekenhuis geweest voor onderzoeken en steeds is hij niet geboeid vervoerd. Op het moment dat hij voor de tweede keer naar het ziekenhuis zou gaan voor de operatie werd hij door DV&O geboeid. Hij wilde dat niet. DV&O wilde hem toen niet vervoeren. Pas een kwartier voordat de operatie zou kunnen beginnen werd de medische dienst geïnformeerd. Er is toen nog getracht deze meneer met eigen vervoer naar het ziekenhuis te brengen. Dat was echter al te laat en de operatie is voor de tweede keer afgeblazen.

Er wordt niet van te voren verteld wanneer men een afspraak in het ziekenhuis heeft om zo de kans te verkleinen dat betrokkene daarover dit aan iemand buiten de inrichting doorgeeft en probeert te vluchten. Het gevolg hiervan is wel dat men plotseling van zijn bed kan worden gelicht om naar het ziekenhuis te gaan voor een afspraak of behandeling zonder dat betrokkene zich daarop heeft kunnen voorbereiden.

Extra Zorg Afdeling

In Rotterdam heeft men de beschikking over 32 plaatsen op de Extra Zorg Afdeling (EZA). In Zeist heeft men een twintigtal van dit soort plaatsen. Op deze afdeling zitten mensen die extra zorg behoeven. Vaak gaat het om psychische klachten zoals depressiviteit of om gedragsproblematiek. Als iemand op de EZA geplaatst wordt gaat er meteen een verpleegkundige langs en wordt die persoon diezelfde dag ook gezien door een psycholoog. Wordt een vreemdeling in een isolatie- of observatiecel geplaatst, hetgeen een beslissing is van de directeur, dan gaat dagelijks iemand van de medische dienst langs om te kijken hoe het gaat. De arts of psychiater geeft de directeur advies over de plaatsing in een isolatiecel als beschermende maatregel en over de vraag of het nodig is iemand onder 24 uur cameratoezicht te plaatsen. De medische dienst laat weten dat het voorkomt dat mensen zelf vragen om in een observatiecel geplaatst te worden omdat ze even weg willen uit de hectiek en rust nodig hebben.

Tijdens een van de bezoeken aan de detentiecentra werd de plaatsing van een vrouw in de observatiecel, vanwege suïcide neigingen, ingebracht in het ochtendoverleg door de geestelijk verzorger. De geestelijk verzorger vroeg zich af of dit echt nodig was. Daarop gaf de aanwezige psychologe aan dat zij deze vrouw goed kent en ervan overtuigd is dat de plaatsing in een observatiecel niet goed voor haar is. De directeur blijft echter bij haar beslissing. Na het overlijden van de heer Dolmatov is binnen de Directie Bijzondere Voorzieningen de afspraak gemaakt dat bij suïcidale uitingen geen enkel risico meer wordt genomen.

Tandarts

Een maal per week komt de tandartsbus op het terrein van het detentiecentrum. De verpleegkundigen maken een lijst van mensen die naar de tandarts willen. Veel mensen hebben problemen met hun gebit door achterstallig onderhoud of onbekendheid met mondhygiëne. Kortgezegd vult de tandarts kiezen of trekt ze. Het gaat vooral om bestrijding van pijn en om erger te voorkomen. Langdurige of luxe behandelingen worden niet gegeven. Zowel Ingeslotenen als de tandarts geven aan dat er relatief veel kiezen worden getrokken. Veel mensen willen naar de tandarts waardoor er een wachttijd kan zijn van een week of meer.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg

De IGZ, belast met het toezicht op de kwaliteit van de gezondheidszorg in penitentiaire inrichtingen, bracht in december 2009 een rapport²² uit over de medische diensten in de detentiecentra. In dat onderzoek concludeert de IGZ dat de zorg zo is georganiseerd dat het mogelijk is verantwoorde en veilige zorg te bieden, hetgeen niet betekent dat er geen risico's zijn of dat de zorg niet kan worden verbeterd. In alle detentiecentra worden door de IGZ knelpunten gesignaleerd die kunnen leiden tot verminderde toegang tot deskundige zorg of verminderde continuïteit van zorg. Als knelpunten worden onder meer genoemd: het handelen is gericht op de zorgvraag van de individuele patiënt, er wordt niet overal tijd genomen voor kwaliteitsmanagement, de zorg in avond, nacht en weekend kent diverse risico's zoals ongewenst gebruik van de noodvoorraad medicatie en lange aanrijtijd van artsen en de psychologische zorg is erg afhankelijk van de ervaring en kennis van de individuele psycholoog, er is geen overkoepelende visie en geen uitgewerkte taak en functieomschrijving met concreet bij functioneringsgesprekken te evalueren doelen. Hierop hebben de detentiecentra een gezamenlijk plan van aanpak ingediend. In het Tussentijds Toezichtbericht "*Toezicht Centra voor Vreemdelingenbewaring*" van de Inspectie voor Veiligheid en Justitie (voorheen Inspectie voor de Sanctietoepassing) van januari 2012 is het signaal opgenomen dat in de drie bezochte detentiecentra de vreemdelingen spontaan aan de Inspectie de nodige onvrede hebben geuit over de medische zorg. De Medische Dienst zou de gezondheidsproblemen onderschatten en medische noodzakelijke ziekenhuisbehandelingen zouden niet plaatsvinden of zijn stopgezet²³. Op dit moment bezoekt de IGZ alle detentiecentra voor een regulier tweede bezoek.

3.4 Continuïteit medische zorg

Informatieoverdracht

Om de juiste medische zorg te kunnen bieden is van belang een goed beeld te hebben van de gezondheidstoestand van de betrokkenen. Om die reden vindt ook snel na aankomst in een detentiecentrum een medische intake plaats. De artsen en verpleegkundigen binnen de detentiecentra dragen zorg voor het medische dossier in het HIS. In HIS wordt medische

²² Medische diensten in detentiecentra: verantwoorde zorg maar nog niet geborgd. Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag, december 2009.

²³ Inspectie voor de Sanctietoepassing, Tussentijds toezicht centra voor vreemdelingenbewaring, januari 2012.

informatie opgenomen en bijgehouden. Is betrokkene afkomstig uit een asielzoekerscentrum, uit een ander detentiecentrum of eventueel politiecel en is er medische informatie aanwezig dan dient ook die informatie snel bekend te zijn bij de medische dienst van het detentiecentrum. In zijn algemeenheid geven artsen aan geen problemen te ondervinden bij het opvragen van medische gegevens bij bijvoorbeeld het Gezondheidscentrum (voor mensen afkomstig uit een AZC) of een specialist, al kan het laatste geval wel wat langer duren voor ze de gevraagde informatie hebben. De betrokken patiënt dient hiervoor een toestemmingsverklaring te ondertekenen. Wel werd door een arts in een van de detentiecentra voorgesteld om het zo te regelen dat er eenmalig toestemming wordt verleend door betrokkene waarmee alle benodigde informatie bij diverse instanties/systemen opgevraagd kan worden. Komt betrokkene uit een andere PI dan kan voor de medische geschiedenis het DJI systeem Duwar geraadpleegd worden. Dit kan alleen als de PI waar de persoon vandaan komt het dossier heeft gearchiveerd (mag daar dus niet meer 'open' staan). Naar aanleiding van de dood van de heer Dolmatov is er een aangepast formulier, M 118 geïntroduceerd. Dit formulier wordt door de politie of Koninklijke Marechaussee ingevuld als zij een persoon zonder papieren hebben opgepakt die vervolgens in vreemdelingenbewaring wordt genomen. Het formulier is een begeleidend schrijven dat meereist met de ingeslotene gedurende de periode dat deze in bewaring verblijft tot het moment dat de bewaring wordt opgeheven. Bijzonderheden uit de M118 hebben betrekking op het gedrag en de houding van de vreemdeling en bijzonderheden met betrekking tot de gezondheid en moet er onder meer voor zorgen dat belangrijke informatie ook direct bekend is bij de directie en bij de medische dienst. Het formulier bevat echter ook informatie over mogelijke criminele antecedenten.

Voortzetting medische behandeling na vertrek uit het detentiecentrum

Worden mensen uitgezet of gaan zij met opheffing (dat wil zeggen worden zij op straat gezet) dan krijgen ze medicatie mee voor twee weken. HIV-medicatie of TBC-medicatie zijn hierop een uitzondering en worden vaak voor een langere periode meegegeven. Psychotrope middelen zoals benzodiazepinen worden niet meegegeven. Daarnaast ontvangen ze een medicijnpaspoort met internationale codes, zodat overal duidelijk is welke medicatie wordt gebruikt. Dit paspoort krijgt men ook mee als men niet wordt uitgezet naar het land van herkomst maar met opheffing gaat, dus op straat gezet. In Zeist wordt bij vertrek het medisch dossier in de koffer gedaan. Een medisch paspoort wordt daar niet standaard meegegeven.

Het uitzetten van personen of het op straat zetten van personen wordt niet standaard in overleg met de medische dienst gedaan. Als het gebeurt, is dit vaak op initiatief van een betrokken verpleegkundige. Alleen als iemand ernstig ziek is en om die reden op de BMD-lijst (bijzondere medische dossiers) staat, dan kan deze niet zomaar uitgezet worden. In dat

geval moet er altijd eerst overleg zijn met een psycholoog of arts, bijvoorbeeld omdat de behandeling niet onderbroken kan worden bij bijvoorbeeld nierstenen, brandwonden, zwangerschap, bepaalde psychische klachten, HIV etc. Ook de mensen die op de EZA zijn geplaatst worden op de BMD-lijst gezet. Mensen kunnen toestemming geven om de gegevens van de BMD-lijst te delen met DT&V. Er kan dan gekeken worden of een verpleegkundige mee moet vliegen bij uitzetting, of dat er medicijnen beschikbaar zijn in land van herkomst of zelfs medische opvang geregeld kan worden in land van herkomst. Tevens is het mogelijk, indien daarvoor medische indicaties zijn, om een fit-to-fly beoordeling te laten plaatsvinden door een onafhankelijk arts. Deze arts beoordeelt of een vreemdeling fit is om te vliegen. Het enkele feit dat iemand staat ingepland voor het spreekuur bij de huisarts, een onderzoek, of een behandeling vormt geen belemmering voor uitzetting of op straat zetten. Als iemand niet op de BMD-lijst staat, wordt dat niet gecheckt.

In het hierboven genoemde rapport van de IGZ uit 2009 kwam naar voren dat de continuïteit van de zorg na detentie onvoldoende protocollair was geregeld, waardoor soms gedetineerden zonder noodzakelijke vervolgzorg op straat kwamen te staan omdat de medische dienst niet tijdig op de hoogte was gesteld van hun ontslag. In een van de detentiecentra werd het voorbeeld genoemd van een vreemdeling die op de wachtlijst stond voor een herniaoperatie. De advocaat had de rechter om opheffing van de bewaring gevraagd en de rechter had dit gehonoreerd. De dag voordat de vreemdeling geopereerd zou worden, werd de bewaring opgeheven en stond hij onverzekerd op straat. Volgens de medische dienst handelen advocaten niet altijd in het belang van hun cliënt. Volgens de medische dienst is de medische zorg niet los te koppelen van de asielprocedure en een mogelijk vertrek uit het detentiecentrum. Daarom is het zo belangrijk om de stand van zaken in die procedure te weten. Een voorbeeld daarvan is een persoon die over een week uitgezet gaat worden maar die nog één keer voor controle naar de specialist moet. In dat geval heeft de medische dienst naar de specialist gebeld met de vraag of de controleafspraak vóór de uitzetting plaats kan vinden.

3.5 Visie Nationale ombudsman

Veiligheid versus zelfregie

De Dienst Justitiële Inrichtingen hanteert geen aparte visie voor medische zorg aan vreemdelingen. De visie op gezondheidszorg is dezelfde als die voor strafrechtelijke gedetineerden, namelijk de kwaliteit van de gezondheidszorg moet gelijkwaardig zijn aan de reguliere gezondheidszorg, tenzij de zorg kan worden uitgesteld tot na het verblijf in detentie. Daarnaast betekent dit dat de veiligheid binnen de inrichting leidend is bij alles wat daar plaatsvindt en dit geldt ook voor de medische zorg.

De Nationale ombudsman constateert dat er in de praktijk geen sprake is van enige vorm van zelfregie of autonomie. De wijze waarop de medische zorg is georganiseerd doet geen

recht aan het karakter van vreemdelingenbewaring. De asielzoeker die vanuit het COA, of de vreemdeling die van straat terecht komt in vreemdelingendetentie, heeft ineens te maken met het tegenovergestelde van zelfredzaamheid. Vanuit het oogpunt van veiligheid wordt hem elke vorm van zelfbeschikking en zelfregie voor wat betreft medische zorg ontnomen. In het besef dat in vreemdelingenbewaring van de vreemdeling verwacht wordt dat hij zelf actief werkt aan zijn terugkeer naar land van herkomst, dat hij zich richt op een leven in land van herkomst waarin hij zelf aan het roer staat, is het contrast met het ontnemen van zelfregie des te groter.

DJI geeft wel aan dat de vreemdelingenpopulatie zijn eigen problematiek kent: “een lage sociaaleconomische status, risicovol gedrag, een verwaarloosde gezondheid en een marginaal bestaan. Ook komt verslaving en psychisch gestoord gedrag voor.” Met het centraal stellen van veiligheid wordt naar het oordeel van de Nationale ombudsman voorbij gegaan aan het specifieke karakter van vreemdelingendetentie, de problematiek van de populatie en het belang van deze mensen om enige vorm van regie te houden.

Drempels spreekuur

In detentie is veel medisch personeel aanwezig. Bovendien is er dagelijks veel contact tussen de verpleegkundigen en de ingeslotenen. De ingeslotenen zien de verpleegkundigen vier keer per dag op de afdeling tijdens de medicatieronde. Ook wordt in de detentiecentra gewerkt met een verpleegkundigenspreekuur op de afdeling. Daarnaast kunnen gedetineerden een afsprakenbriefje invullen als ze de huisarts willen zien. Deze briefjes worden elke dag behandeld door de verpleegkundigen. De verpleegkundigen beoordelen of zij de ingeslotenen zelf kunnen helpen of dat deze door de huisarts gezien moet worden. Ook hier geldt dat de verpleegkundigen zo veel mogelijk klachten opvangen en de huisarts afschermen. Ook als iemand aangeeft dat hij de huisarts wil spreken, gebeurt het nog dat de verpleegkundige aangeeft dat nergens toe leidt omdat de huisarts hem of haar niets anders zal zeggen.

Drempels medicatie

Vanuit het oogpunt van veiligheid mag de uitgeprocedeerde asielzoeker in detentie niet langer zelf beschikken over zijn medicatie. Hij krijgt zijn medicatie tijdens de medicatierondes soms meerdere keren per dag uitgereikt van de verpleegkundige en moet deze medicatie onder toezicht van een verpleegkundige innemen. Ook mag de uitgeprocedeerde asielzoeker niet langer zelf beschikken over zijn zelfzorgmedicijnen, zoals hoestdrank of paracetamol, omdat veel van deze zelfzorgmedicijnen naar het oordeel van de directie van het detentiecentrum gevaarlijk kunnen zijn voor de gezondheid of gevaar kunnen opleveren voor de veiligheid binnen het detentiecentrum.

Drempels bezoek specialisten

Van zelfregie is ook geen sprake als het gaat om bezoeken aan specialisten buiten het detentiecentrum. Vanuit veiligheidsoverwegingen wordt aan de gedetineerden niet verteld wanneer zij een afspraak hebben voor een onderzoek of een behandeling in het ziekenhuis. Ze worden kort van te voren uit hun cel gehaald en door de DV&O naar de zorgverlener buiten het detentiecentrum gebracht. Hierdoor kunnen ze zich noch mentaal, noch fysiek goed voorbereiden op een bezoek aan de specialist.

Daar komt bij dat in sommige gevallen het vervoer nog steeds geboeid verloopt. Gelukkig is het niet meer overal zo dat een vreemdeling in detentie standaard geboeid wordt bij vervoer buiten het detentiecentrum. De directie houdt een lijst bij van mensen die naar haar mening vluchtgevaarlijk zijn. In beginsel worden alleen die mensen geboeid vervoerd naar het ziekenhuis. Het is echter DV&O die uiteindelijk beslist over het geboeid vervoer. Als DV&O er om wat voor reden dan ook anders over denkt, kan zij de persoon alsnog boeien. Dit is niet alleen een directe beperking van de zelfregie, maar beperkt ook de toegang tot medische zorg. Sommige mensen vinden het geboeid gaan zo vernederend, dat zij om die reden liever afzien van de medische behandeling.

De Nationale ombudsman constateert dat in vreemdelingendetentie de veiligheid zelfregie in de weg staat en daarmee de goede toegang tot medische zorg.

Medische zorg in context

De medewerkers van de medische dienst in detentie zijn, net als de medewerkers van het Gezondheidscentrum Asielzoekers op de COA locaties, zeer betrokken bij hun werk. Ook zij verrichten hun werk binnen een bepaalde context. De kaders van medische zorg in vreemdelingendetentie worden bepaald door het Ministerie van Veiligheid en Justitie.

Gezondheidsklachten en medische zorg zijn nauw verweven met de procedure en met het verblijf in detentie. Enerzijds kunnen medische klachten reden zijn om de vreemdeling (voorlopig) niet uit te zetten en al dan niet tijdelijk verblijf in Nederland toe te staan. Anderzijds zijn de omgeving en de uitzichtloze situatie in vreemdelingendetentie ziekmakend. Daar komt bij dat er geen zinvolle dagbesteding is en er daardoor veel tijd is om te piekeren en om elk pijntje ook daadwerkelijk te voelen. Verpleegkundigen geven aan zich hiervan bewust te zijn, maar toch elke klacht serieus te nemen.

Medische zorg in de context van vreemdelingendetentie betekent voorts dat de procedure altijd gaat voor de medische zorg. Als iemand wordt gehoord door de IND en de verpleegkundige komt langs met medicijnen, dan wordt het innemen van medicijnen uitgesteld. Soms zelfs een hele dag. Ook het uitzetten van personen of op straat zetten van personen wordt zonder standaard overleg met de medische dienst gedaan. Alleen als iemand ernstig ziek is en om die reden op de zogenaamde BMD-lijst staat, dan kan deze

niet zomaar uitgezet worden. Het feit dat iemand staat ingepland voor een onderzoek, of een behandeling vormt geen belemmering voor uitzetting of opheffing.

De Nationale ombudsman is van oordeel dat de toegang en continuïteit van medische zorg altijd gegarandeerd moet zijn. Het belang van de procedure mag geen belemmering vormen voor de toegang of continuïteit van medische zorg in vreemdelingendetentie. Dit betekent dat er altijd een afweging zal moeten worden gemaakt tussen de voortgang van de procedure en de goede medische zorg.

De Nationale ombudsman constateert dat het kader van medische zorg voor vreemdelingen in detentie gemotiveerd wordt vanuit het perspectief van de overheid: namelijk de veiligheid en het voorkomen van risico's. Dit is niet altijd in het belang van de medische zorg voor de vreemdeling in detentie. Onder het argument van veiligheid wordt er onnodig inbreuk gemaakt op de zelfregie van de vreemdelingen in detentie. Opvallend is verder dat, in tegenstelling tot de COA-locaties, geld geen rol speelt als het gaat om medische zorg. De gemiddelde zorgkosten per vreemdeling in detentie (€ 8044,68 in 2012) zijn aanzienlijk hoger dan de gemiddelde zorgkosten per asielzoeker op een COA locatie (€ 5135,58 in 2012). De overheid voelt het als een zware zorgplicht en doet er veel aan om te voorkomen dat een gedetineerde iets overkomt of zichzelf wat aandoet. Het lijkt erop dat dit sinds het overlijden van de heer Dolmatov versterkt is. Het beleid van het ministerie en van DJI is erop gericht om de veiligheid van de gedetineerden te waarborgen zolang deze onder de verantwoordelijkheid van de directeur vallen. De overheid wil geen enkel risico lopen. Daarmee staat veiligheid voorop en het belang van de vreemdeling bij zelfregie als het gaat om medische zorg is daaraan ondergeschikt.

Wat verder opvalt, is dat ook in detentie geen oog lijkt te zijn voor het algemeen welbevinden van de vreemdeling in detentie.²⁴ Het ontnemen van een belangrijke mate van autonomie en zelfregie draagt niet bij aan het algemeen welbevinden en kan de medische klachten doen verergeren. Dit is des te meer opvallend nu de vreemdeling in detentie er juist op voorbereid zou moeten zijn om terug in eigen land het heft in eigen handen te nemen. De vragen die meer gericht zijn op preventie, de vragen vanuit het perspectief van de asielzoeker lijken niet te worden gesteld. Wanneer interfereert het beperken van risico's met de toegang tot de zorg of de gezondheid van de ingeslotene? Op welke manier kan de ingeslotene zo veel mogelijk zijn autonomie behouden als het gaat om de zorg voor zijn gezondheid. Wat kan gedaan worden om de gezondheid van de ingesloten en het welbevinden in het algemeen te verbeteren?

De Nationale ombudsman oordeelt dat de toegang tot medische zorg in vreemdelingendetentie nog te veel drempels kent. De nadruk op veiligheid staat zelfregie in de weg en daarmee de goede toegang tot medische zorg. Vanuit het belang van de

²⁴ Zie ook rapport Nationale ombudsman over Vreemdelingenbewaring: strafregime of maatregel om uit te zetten, 2012.105.

veiligheid wordt de ingeslotenen een deel van hun zelfregie ontnomen, hetgeen zijn weerslag heeft op het welbevinden in het algemeen en de gezondheid in het bijzonder. Ook hier is onvoldoende oog voor het algemeen welbevinden van de vreemdelingen in detentie en mogelijkheden om gezondheidsklachten in detentie te verminderen of te voorkomen. De Nationale ombudsman roept de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie op om de blikrichting te veranderen, recht te doen aan het uitgangspunt dat de toegang tot medische zorg gewaarborgd moet zijn en de vragen rondom het beperken van risico's en het verhogen van de veiligheid in het kader van de gezondheid meer te benaderen vanuit het perspectief van de ingeslotene.

3.6 Aanbevelingen

De Nationale ombudsman doet de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie de volgende aanbevelingen:

- Geef invulling aan het feit dat medische zorg in vreemdelingendetentie een specifieke groep betreft, niet alleen door te zorgen voor inhoudelijk aangepaste zorg, maar ook door de toegang tot zorg daarop aan te passen. Bevorder een goede toegang tot medische zorg door onbedoelde drempels weg te nemen.
- Sta zelfzorgmedicatie op cel in beginsel toe.
- Licht ingeslotenen in beginsel in over geplande onderzoeken en behandelingen buiten detentie, zodat zij zich hierop kunnen voorbereiden.
- Vervoer mensen in vreemdelingendetentie niet meer geboeid, tenzij ze op een lijst staan vermeld als vluchtgevaarlijk. Maak duidelijke afspraken met DV&O over voorwaarden voor het afwijken van het advies van de directeur over het geboeid vervoeren.
- Betrek bij een beslissing van acute inzet (zoals de inzet van een isoleercel), zowel de veiligheidssituatie als de gevolgen voor het welbevinden door multidisciplinair overleg.
- Informeer en overleg met de medische dienst over procedurele stappen als uitzetten, overplaatsen of opheffen van bewaring. Dit is van belang voor de continuïteit van de zorg in verband met lopende of geplande onderzoeken of behandelingen en in verband met een goede overdracht van medische dossiers aan nieuwe zorgverleners.

Het verhaal van Adam

Geen zorgpas, geen ziekenhuis

Na zijn vertrek uit het Detentiecentrum reist Adam naar Amsterdam. Daar komt hij meteen op het Centraal Station al een bekende tegen. Die helpt hem met zijn twee zware koffers de tram in naar de Vluchtkerk, waar hij een aantal weken kan blijven. Het is winter en het is koud in de kerk. De pijn in zijn rug wordt alleen maar erger. Ook raken zijn medicijnen op. Via een medewerker van een hulporganisatie kan Adam een afspraak maken bij een huisarts in de buurt. Hij aarzelt om te gaan. Hij is illegaal en wil niet opnieuw problemen krijgen. Hoe weet hij nou dat die arts niet naar de vreemdelingenpolitie belt? De hulpverleenster weet hem te overtuigen toch te gaan. Ze brengt hem met de auto, zodat hij niet hoeft te lopen. Zijn medische dossier neemt hij mee. De arts is uiterst vriendelijk. Hij vraagt een kleine bijdrage, van vijf euro. Hij vertelt dat hij wel iets kan declareren, maar dat geeft te veel administratieve rompslomp. Hij onderzoekt Adam en spreekt lang met hem over zijn psychische klachten. Hij schrijft hem pijnstillers voor en antidepressiva. Het belangrijkste is om een specialist naar zijn hernia te laten kijken. De huisarts weet wel een goede specialist en maakt een afspraak voor Adam. Bovendien vindt de huisarts behandeling door een psychiater belangrijk, omdat hij een Posttraumatisch Stress Syndroom (PTSS) vermoedt. Om echter met succes behandeld te worden is het belangrijk dat zijn basissituatie goed is: de patiënt moet een vast woonadres en een vast leefpatroon hebben, zonder voortdurende stress over dagelijkse behoeften. Bij Adam is dit niet het geval.

Ongedocumenteerd

Twee weken later gaat Adam naar de afspraak bij de orthopeed. Bij de balie van het ziekenhuis vraagt men naar zijn zorgpas. Omdat hij die niet heeft, mag hij niet naar de afspraak. Hij begrijpt er niets van en belt de hulpverleenster. Zij vraagt in welk ziekenhuis hij is. Hij kan alleen terecht in ziekenhuizen die door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) zijn gecontracteerd. Zij dacht dat de huisarts dat wel wist. Helaas, Adam kan in dit ziekenhuis niet terecht. Hij moet via zijn huisarts een afspraak maken met een specialist in een ander ziekenhuis. De moed zakt Adam in de schoenen. Hij voelt zich ellendig en ziet de toekomst somber in. Hij moet weer ander onderdak vinden. Hij wil het liefst gewoon werken en een huis huren, maar dat mag hij als ongedocumenteerde niet. Hij belt zijn advocaat. Die vertelt hem dat hij een nieuwe aanvraag voor een verblijfsvergunning heeft ingediend op grond van het buiten-schuld criterium. Hij kan immers niet terug naar Somalië, terwijl hij van alles heeft geprobeerd om reisdocumenten te krijgen.

Uiteindelijk lukt het Adam een afspraak te krijgen met een specialist in een ziekenhuis dat wel een contract met CVZ heeft. De specialist stelt gelukkig geen vragen over zijn verblijfsstatus of ziektekostenverzekering. Hij onderzoekt Adam grondig en voert nog overleg met de vorige specialist in Utrecht. Diezelfde week kan de hernia-operatie plaatsvinden. Na zes dagen mag de patiënt weer naar 'huis'. In het ziekenhuis heeft Adam al aan revalidatie gedaan. Hij is alweer enigszins mobiel maar kan zich nog niet alleen redden. Hij krijgt via de hulporganisatie tijdelijk onderdak bij particulieren.

Hij moet de fysiotherapie voortzetten, maar dat kan alleen als hij het zelf betaalt. Dit kan hij niet, dus gaat hij maar niet. Hij doet wel zo veel mogelijk zijn oefeningen. De pijn in zijn rug is gelukkig verdwenen en met de dag gaat het lopen beter.

Zijn advocaat laat hem weten dat de aanvraag voor de vergunning is afgewezen. Hij raadt hem aan in bezwaar te gaan. Adam had echt gehoopt op deze vergunning. Hoe hij deze tegenvaller moet verwerken weet hij echt niet meer. Vrienden van hem hebben wel op deze manier verblijf in Nederland gekregen en hebben hun leven weer kunnen oppakken. Wat zou hij dat ook graag doen. Hij volgt de raad van zijn advocaat op en gaat in bezwaar, maar het kost hem enorm veel moeite. Hij voelt zich heel moe en depressief. Hij probeert weer een afspraak te maken bij zijn huisarts. De assistente vraagt hem waarom hij nu alweer een afspraak wil, hij is immers al vier keer eerder langs geweest deze maand. Hij weet het zelf ook niet meer precies. Wat hij wil, kan hij niet meer bedenken.

4 Medische zorg op straat

4.1 Algemeen

Als een asielaanvraag is afgewezen moet de vreemdeling het land binnen een bepaalde termijn verlaten. Diegenen die niet vrijwillig vertrekken worden onder dwang teruggebracht naar het land van herkomst. In bepaalde gevallen is een gedwongen vertrek echter niet mogelijk. Bijvoorbeeld wanneer de vreemdeling of het land van herkomst niet meewerkt bij het verkrijgen van de benodigde reisdocumenten. Zo weigert Irak bijvoorbeeld om mee te werken aan gedwongen terugkeer van vreemdelingen. De vreemdelingen die niet uitzetbaar zijn, komen uiteindelijk vaak op straat te staan.

Schattingen over het aantal ongedocumenteerden²⁵ in Nederland lopen uiteen. In Nederland verblijven naar schatting tussen de 60.667 en 133.624 vreemdelingen zonder papieren²⁶. Sommige ongedocumenteerden wonen al jaren in Nederland en leiden een redelijk ‘gewoon’ leven, met werk en school en een sociaal netwerk. Andere leiden een marginaal bestaan: dakloos, zwervend. Sommige ongedocumenteerden hebben een asielverleden, anderen niet. Het betreft in het algemeen een groep mensen in bijzonder kwetsbare omstandigheden. Het leven van een ongedocumenteerde wordt beheerst door onzekerheid. De basis van het bestaan is op essentiële punten aangetast, met veel gezondheid ondermijnende aspecten en een zwak (sociaal) steunsysteem.

Uitgeprocedeerde asielzoekers²⁷ kunnen in beginsel geen aanspraak maken op sociale voorzieningen, maar hebben wel recht op medisch noodzakelijke zorg. Internationale afspraken van de Verenigde Naties en de Europese Unie verplichten de overheid om ongedocumenteerden te verzekeren van toegang tot volwaardige preventieve en curatieve zorg.²⁸

Koppelingswet

In 1998 werd de Koppelingswet ingevoerd. Deze wet is bedoeld om het verblijf van ongedocumenteerden in Nederland te ontmoedigen, door aanspraken op collectief gefinancierde voorzieningen te koppelen aan de verblijfstitel. Personen zonder wettelijke verblijfstatus kunnen daardoor geen beroep doen op uitkeringen en voorzieningen zoals kinderbijslag, huursubsidie, bijstand of verstrekkingen op grond van de AWBZ (langdurige geestelijke gezondheidszorg, verpleeghuizen en dergelijke). De invoering van de Koppelingswet maakt het ongedocumenteerden onmogelijk zich tegen ziektekosten te verzekeren.

Medisch noodzakelijke zorg

Hoewel ongedocumenteerden zich niet kunnen verzekeren tegen ziektekosten, hebben zij wel recht op medisch noodzakelijke zorg. Dit recht is vastgelegd in de Vreemdelingenwet 2000 en in het Internationale Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten

²⁵ De Nationale ombudsman heeft ervoor gekozen om het woord ‘ongedocumenteerd’ te gebruiken in plaats van ‘illegaal’. Dit laatste woord heeft een negatieve klank terwijl er alleen maar verwezen wordt naar mensen die onrechtmatig in Nederland verblijven. Het kan zijn dat mensen wel over documenten beschikken, maar niet over een geldig Nederlands verblijfsdocument.

²⁶ WODC, Schattingen illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen 2009, juni 2011.

²⁷ In het rapport ligt de focus steeds op de (uitgeprocedeerde) asielzoeker. In de gesprekken die zijn gevoerd en de informatie die is verzameld voor dit deel van het rapport is het onderscheid tussen ongedocumenteerden met asielverleden en ongedocumenteerden zonder asielverleden niet gemaakt. Dit, omdat het onderscheid voor wat betreft de toegang tot medische zorg in theorie noch in de praktijk wordt gemaakt.

²⁸ Internationaal Verdrag inzake economische, culturele en sociale rechten (art.12), Verenigde Naties.

(artikel 12), dat is geratificeerd door de Nederlandse regering. Of er sprake is van medisch noodzakelijke zorg, wordt door een arts bepaald. Onder medisch noodzakelijke zorg wordt alle zorg verstaan die de arts als medisch noodzakelijk beschouwt op basis van zijn kennis, ervaring en algemeen erkende, medische wetenschappelijke overwegingen en omvat in ieder geval de zorg rond zwangerschap en bevalling.

Daarnaast hebben niet rechtmatig verblijvende kinderen toegang tot preventieve jeugdgezondheidszorg alsmede tot het rijksvaccinatieprogramma.

Commissie Klazinga

Het begrip medisch noodzakelijke zorg is lange tijd onderwerp van discussie geweest. De Commissie Klazinga heeft het begrip aan een onderzoek onderworpen en adviseert 19 december 2007 in haar rapport *“Arts en Vreemdeling”* om het begrip medisch noodzakelijke zorg beter te laten aansluiten bij de praktijk en het daarom te definiëren als ‘passende en medisch verantwoorde zorg’. Dit advies is in overeenstemming met de Memorie van Toelichting bij het wetsvoorstel, omdat artsen de behandeling beperkt kunnen houden of kunnen uitstellen als zorg uitgesteld kan worden in verband met de duur van het verblijf. Volgens de Europese Verordening nr. 631/2004 moet het bij medisch noodzakelijke zorg gaan om zorg die medisch noodzakelijk wordt gedurende het tijdelijke verblijf. Hoe langer een arts verwacht dat een vreemdeling in Nederland verblijft, des te groter wordt de noodzaak om te behandelen. In de Memorie van Toelichting wordt hieraan toegevoegd: *“De vraag welke medische zorg in relatie tot de duur van het verblijf als noodzakelijk moet worden gekwalificeerd, dient op grond van medische overwegingen te worden beantwoord.”* (uit rapport Berenschot november 2011)

Bijdrageregeling CVZ

In beginsel moeten ongedocumenteerden en andere, onverzekerbare vreemdelingen, de kosten van medische hulp zelf betalen. Indien dit niet mogelijk is, dan kan een zorgaanbieder (onder bepaalde voorwaarden) aanspraak maken op een vergoeding bij het CVZ. Sinds 1 januari 2009 is het CVZ op grond van artikel 122a van de Zvw verantwoordelijk voor het verstrekken van bijdragen aan zorgaanbieders die inkomsten derven op grond van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen²⁹.

De bijdrageregeling artikel 122a Zvw houdt in dat zorgverleners voor een vergoeding van oninbare kosten bij het CVZ terecht kunnen indien zij medisch noodzakelijke hulp hebben verleend aan ongedocumenteerden. Het CVZ beheert en verdeelt de compensatiegelden voor oninbare zorg, geleverd aan ongedocumenteerden en heeft daarnaast de taak de uitvoering van de bijdrageregeling te monitoren en de regeling onder zorgverleners bekend te maken. In de bijdrageregeling staat voorts aangegeven dat alleen een vergoeding geldt indien zorgverleners medisch noodzakelijke hulp hebben verleend. Hieronder vallen direct

²⁹ Berenschot, Evaluatie van de bijdrageregeling van artikel 122a van de Zorgverzekeringswet, 7 november 2011

toegankelijke zorg (huisartsen, kraamhulp, verloskundigen, tandartsen (tot 18 jaar) en acute ziekenhuiszorg) en niet-direct toegankelijke zorg. Het laatste is zorg die toegankelijk is na recept, verwijzing of indicatiestelling (apotheken, ziekenhuizen, GGZ-instellingen, verpleeghuizen en ambulancediensten).

Bij direct toegankelijke zorg ontvangt de zorgverlener 80% van de oninbare vordering. Gezondheidszorg die gerelateerd is aan zwangerschap en bevalling wordt voor 100% vergoed. Tandheelkundige zorg voor ongedocumenteerden van 18 jaar en ouder wordt niet vergoed, omdat deze zorg geen deel uitmaakt van het basispakket van de Zvw. Bij niet-direct toegankelijke zorg worden de kosten alleen vergoed indien de desbetreffende zorginstelling een overeenkomst heeft gesloten met het CVZ. In de overeenkomst wordt afgesproken aan welke voorwaarden moet worden voldaan.

4.2 De visie en taakopvatting van de overheid

Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is verantwoordelijk voor de toegang tot medische zorg voor vreemdelingen op straat. Gevraagd naar de visie en taakopvatting stelt VWS:

“Nederland kent geen wetgeving die het verlenen van medische zorg aan wie dan ook verbiedt. Integendeel, zorgaanbieders zijn uit hoofde van hun professionele verantwoordelijkheid verplicht om in voorkomend geval medische noodzakelijke zorg te verlenen. De zorgverlener bepaalt welke zorg medisch noodzakelijk is.

De rekening van verleende medisch zorg zal in beginsel aan een niet rechtmatig verblijvende vreemdeling worden gepresenteerd. Iedere vreemdeling die hier niet rechtmatig verblijft, is er in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor dat de kosten van aan hem verleende medische zorg worden betaald.

Omdat de Nederlandse overheid het onwenselijk acht dat zorgaanbieders geconfronteerd worden met onbetaalde rekeningen is de wettelijke bijdrageregeling voor zorgaanbieders in het leven geroepen. Dit is geregeld in artikel 122a van de Zorgverzekeringswet. In deze bepaling is geregeld dat zorgaanbieders in aanmerking komen voor financiering uit collectieve middelen onder door de wet aangegeven voorwaarden. Het betreft hier geen semi-verzekering voor betrokkenen, maar een financiële bijdrage voor zorgaanbieders die medisch noodzakelijke zorg hebben verleend aan in betalingsonmacht verkerende vreemdelingen en dientengevolge inkomsten derven.

Daarmee is het Nederlandse zorgsysteem adequaat ingericht en voldoet Nederland aan de verschillende mensenrechtenverdragen.”

In antwoord op de vraag van welk aantal ongedocumenteerden het VWS uitgaat in haar beleid ten aanzien van medische zorg voor deze groep stelt het VWS:

“Het ministerie van VWS hanteert geen eigen schattingen en sluit zich aan bij de schattingen die in het kader van vreemdelingenbeleid worden gehanteerd (dossier Kamerstukken II, 19 637, te vinden via www.tweedekamer.nl).”

College voor Zorgverzekeringen

Het CVZ voert artikel 122a van de Zvw uit. Gevraagd naar de visie en taakopvatting stelt het CVZ:

“Artikel 122a Zvw geeft ons de taak, en de daarbij behorende bevoegdheden, om bijdragen te verstrekken aan zorgaanbieders, die inkomsten derven ten gevolge van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerbare vreemdelingen. Onder het begrip ‘medisch noodzakelijke zorg’ valt het basispakket van de Zvw en de AWBZ-aanspraken.

Het CVZ heeft niet de opdracht noch de bevoegdheid om te waarborgen dat de zorg ook daadwerkelijk aan de betreffende vreemdeling wordt geleverd. De wetgever legt die verantwoordelijkheid bij de zorgaanbieder, die door de vreemdeling wordt benaderd met een beroep op zorg. Wij hebben geen zorgplicht tegenover de zorgbehoevende vreemdeling, maar slechts een vergoedingsplicht tegenover een zorgaanbieder die zorg heeft verleend aan een onverzekerbare vreemdeling, en dan nog slechts in het geval dat die vreemdeling niet in staat blijkt de nota zelf te voldoen.

Tot eerstelijns zorg en spoedeisende zorg heeft de vreemdeling rechtstreeks toegang.

Voor tweedelijns zorg en farmaceutische zorg contracteren wij een aantal daartoe geselecteerde zorgaanbieders in de tweede lijn (artikel 122a, vijfde lid Zvw). Die contractering vindt zodanig plaats dat het zorgaanbod goed gespreid is over het land. Indien nodig kan er voor een specifiek geval een afzonderlijk contract worden afgesloten.

In het verlengde van artikel 122a Zvw zijn we verantwoordelijk voor het geven van voorlichting aan zorgaanbieders. Wij geven deze voorlichting vooral op collectief niveau door middel van onze website en contacten met koepelorganisaties van zorgaanbieders.

Indien nodig geven wij deze informatie ook op individueel niveau. Zorgaanbieders kunnen daarvoor contact met ons opnemen. Het komt ook voor dat uit individuele casuïstiek blijkt dat een specifieke zorgaanbieder onvoldoende bekend is met het bestaan en/of de inhoud van artikel 122a Zvw. In dat geval zijn wij bereid om aan de individuele zorgaanbieder uitleg te geven.

Het bovenstaande heeft tot gevolg dat medewerkers van het CVZ, ondanks het ontbreken van een formele zorgplicht, dagelijks betrokken zijn bij het organiseren van zorg voor individuele onverzekerbare vreemdelingen.”

Cijfers medische zorg op straat

In 2011 heeft het CVZ een bedrag van € 22.221.000 uitgekeerd aan zorgkosten. Uitgaande van een schatting van 100.000 ongedocumenteerden³⁰ komt dit op een bedrag van totale medische kosten per ongedocumenteerde vreemdeling voor de overheid van € 221,21. In 2012 was het totaal bedrag van CVZ € 21.596.000, dit komt neer op een bedrag van € 215,96 per ongedocumenteerde.

Op 1 januari 2011 telt Nederland 7866 zelfstandig gevestigde huisartsen.³¹ In 2011 hebben 654 huisartsen een declaratie bij het CVZ ingediend. Dit is 8,3% van het totaal aantal huisartsen in Nederland. In 2012 is dit aantal gestegen naar 800 huisartsen, 10,2%.

De door het CVZ gecontracteerde apotheken declareren maandelijks de door hen aan onverzekerbare vreemdelingen geleverde geneesmiddelen. De kosten voor farmacie vormen daardoor, volgens CVZ, de beste graadmeter van het feitelijk beroep dat op de regeling wordt gedaan. Er zijn door de gecontracteerde apotheken 83.850 geneesmiddelen gedeclareerd. Als door een apotheek meerdere geneesmiddelen zijn geleverd aan een patiënt met dezelfde initialen, geslacht, geboortejaar en nationaliteit dan zal dat dezelfde patiënt zijn geweest. Uitgaande van die veronderstelling zijn er in 2012 voor 7.430 onverzekerbare vreemdelingen geneesmiddelen gedeclareerd³².

Uitgaande van een schatting van 100.000 ongedocumenteerden op straat heeft slechts 7,5% gebruik gemaakt van voorgeschreven geneesmiddelen. Ter vergelijking: van de Nederlanders maakte in 2008 38,5% gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen³³.

4.3 Toegang medische zorg

Onderzoek

In het kader van het onderzoek spraken onderzoekers van het Bureau Nationale ombudsman met vertegenwoordigers van verschillende maatschappelijke organisaties die zich inzetten om vreemdelingen te helpen bij de toegang tot medisch noodzakelijke zorg. De onderzoekers brachten bezoeken aan de Stichting LOS in Utrecht, een hulppost van Dokters van de Wereld in Amsterdam en het medisch opvangproject ongedocumenteerden in Amsterdam. Verder woonden onderzoekers een bijeenkomst bij van het Breed Medisch Overleg, een platform voor kennisuitwisseling en samenwerking rond (het recht op) gezondheid(szorg) voor ongedocumenteerde migranten. De onderzoekers hielden tevens interviews met een huisarts, een arts werkzaam voor hulporganisatie en met een advocaat.

De Nationale ombudsman zelf bezocht de Vluchtkerk in Amsterdam, waar op dat moment een grote groep ongedocumenteerde vreemdelingen verbleef waarvan een deel voorheen in een tentenkamp hadden verbleven. Hij sprak daar met medewerkers van Dokters van de Wereld en met een uitgediende asielzoekster.

³⁰ Gebaseerd op de eerder genoemde cijfers van het WODC gaat de Nationale ombudsman voor deze berekening uit van een globale schatting van het aantal vreemdelingen dat zonder papieren in Nederland leeft.

³¹ Bron: Cijfers uit de registratie van huisartsen, peiling 2011 van Nivel.

³² Bron: 7^e monitor Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen 24 mei 2013 van CVZ.

³³ Bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM.

Onderzoekers bezochten verder het (voormalig) tentenkamp op het Malieveld in Den Haag en spraken daar met verschillende ongedocumenteerde vreemdelingen. Tevens hebben zij open interviews gehouden met drie ongedocumenteerde vreemdelingen op het Bureau Nationale ombudsman. Tot slot heeft de Nationale ombudsman de minister van VWS en het CVZ schriftelijk een aantal vragen gesteld.

Huisarts

De huisarts vormt voor deze vreemdelingen net als voor mensen met een wettelijke verblijfstitel, de toegangspoort tot zorg. In beginsel kunnen ongedocumenteerden bij elke huisarts terecht met hun medische klachten. De zorgverleners zijn uit hoofd van hun professionele verantwoordelijkheid verplicht om in voorkomend geval medisch noodzakelijke zorg te verlenen. Hoewel de toegang tot de zorg op papier is geregeld, zijn er in de praktijk diverse drempels voor vreemdelingen om toegang te krijgen tot deze zorg.

Onbekendheid vreemdelingen

In de eerste plaats weten veel ongedocumenteerden niet dat zij recht hebben op medisch noodzakelijke zorg en hoe zij voor deze zorg in aanmerking kunnen komen. In interviews geven ongedocumenteerden verder aan dat zij bang zijn om medische zorg te zoeken. Zij hebben weerstand jegens elke vorm van registratie of het noemen van een adres. Er heerst bij hen angst dat de huisarts contact zoekt met de politie. Ondanks medische klachten gaan zij daarom niet naar een huisarts.

“Iedereen is bang, bang, bang...”

Passantentarief

Daarnaast moeten vreemdelingen de zorg in beginsel zelf betalen, maar hebben daar over het algemeen het geld niet voor. In dat geval kan de zorgverlener een deel van de zorgkosten declareren bij het CVZ. Volgens diverse hulporganisaties zijn niet alle artsen bereid om ongedocumenteerden zonder geld te behandelen. Omdat de medische zorg aan ongedocumenteerden nogal wat administratief regelwerk vergt, hanteren sommige huisartsen bijvoorbeeld een ‘passantentarief’ van € 30 die deze patiënten moeten betalen als ze de eerste keer op het spreekuur komen. Een huisarts in de Bijlmer huurt van dit geld bijvoorbeeld een administrateur in om de extra administratie te doen. Het passantentarief is een entreetarief, de consulten daarna zijn gratis, maar voor veel ongedocumenteerden blijft € 30 een (te) hoog bedrag. Een andere huisarts vraagt voor elk doktersbezoek € 5.

Leefomstandigheden

Ook de leefomstandigheden van ongedocumenteerden reduceren in de praktijk sterk de mogelijkheid om de eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid te nemen. Het BMO concludeerde in een expertmeeting op 30 november 2011 reeds dat *“er niet alleen aandacht dient te zijn voor de zorg als zodanig, maar ook voor determinanten van de gezondheid: participatie,*

arbeidsomstandigheden, huisvesting, middelen van bestaan, leven in angst, isolatie.” De noodzaak om te blijven werken om van een inkomen verzekerd te zijn leidt tot uitstel van huisartsenbezoek en slechte therapietrouw. Het ontbreken van mantelzorg en de woonomstandigheden maken bedrust meestal onmogelijk. Gebrek aan geld leidt tot het slechts gedeeltelijk aanschaffen van de noodzakelijke medicijnen en het gebruiken van geneesmiddelen van kennissen. Geen enkele medische behandeling slaat aan als men niet genoeg gevoed is en rust heeft. Voor psychiatrische patiënten geldt dit nog sterker. Er is bij deze patiënten eerst een perspectief nodig voor dat de behandeling gestart kan worden. Dit perspectief ontbreekt vanwege de leefomstandigheden. Onderzoek wijst zelfs uit dat een ongedocumenteerde status een ziekmakende factor is³⁴. Het wetsvoorstel tot strafbaarstelling van illegaal verblijf en de bezuinigingen in de zorg, zoals op de tolkentelefoon, zetten de zorgverlening aan ongedocumenteerden volgens hulpverleningsorganisaties verder onder druk.

Steunorganisaties

Als gevolg van de hierboven beschreven drempels lukt het ongedocumenteerden in veel gevallen niet om op eigen houtje de zorg te krijgen die zij nodig hebben. Zij zijn afhankelijk van hun sociale omgeving of steunorganisaties om hen in contact te brengen met een zorgverlener. Diverse landelijke en lokale steunorganisaties, zoals Stichting LOS, Dokters van de Wereld, Lampion, Vluchtelingen in de Knel, Rotterdams Ongedocumenteerden Steunpunt en de Johannes Wier Stichting informeren en bemiddelen voor ongedocumenteerden wanneer deze problemen tegenkomen in de toegankelijkheid van de zorg. Per organisatie worden tien- tot meerdere honderdtallen patiënten op jaarbasis geïnformeerd en geholpen. Uit de informatie van deze hulporganisaties komt naar voren dat een groot deel van deze mensen allerlei barrières ervaart in hun vraag naar medische zorg.

Sinds 2009 heeft het Breed Medisch Overleg³⁵ via inventarisaties bij VWS aandacht gevraagd voor barrières in de toegankelijkheid van zorg voor ongedocumenteerden. In juni 2009 wordt signaleerd dat het wegvallen van de regionale GGD-platforms een risico vormt voor een kwalitatieve en effectieve monitoring van de toegankelijkheid en het aanpakken van knelpunten op lokaal niveau. Dokters van de Wereld registreerde in 2009 en 2010 237 incidenten van patiënten via informatiesprekuren en de telefonische helpline³⁶.

Genoemde incidenten en signalen geven aan dat voor veel ongedocumenteerden de zorg niet goed toegankelijk is en dat zij afhankelijk zijn van de hulp van steunorganisaties. De steunorganisaties gaan ervan uit dat daarnaast zeer waarschijnlijk een aanzienlijke groep ongedocumenteerden bestaat die niet weet dat ze recht hebben op zorg en bovendien angst hebben zich bij welke instantie dan ook te melden.

³⁴ Schoevers M. Hiding and Seeking. Health problems and problems in accessing health care of undocumented female immigrants in the Netherlands. Proefschrift Radboud Universiteit, Nijmegen, 2011.

³⁵ Het Breed Medisch Overleg (BMO) is een netwerk van organisaties en personen die betrokken zijn bij de medische zorg voor mensen zonder verblijfsvergunning. Het BMO is opgezet door het Landelijk Ongedocumenteerden Steunpunt (LOS). Deelnemers zijn o.a. Dokters van de Wereld, Pharos, Lampion, Ondersteuningscomitee Illegale Arbeiders (OKIA), Samen Kerk In Nederland (SKIN), Landelijke Huisartsen Vereniging, etc.

³⁶ ‘Niet vergeten’, bevindingen en aanbevelingen van het MDOC-project, Amsterdam 2009. Een incidenten wordt hier gedefinieerd als de situatie waarbij zorg niet of te laat is geleverd, terwijl de patiënt wel de juiste stappen heeft ondernomen.

Rol IGZ

IGZ kent het beleid om meldingen van ontoegankelijkheid van de zorg voor ongedocumenteerden altijd te onderzoeken, omdat het gaat om een zeer kwetsbare groep. Ook hulporganisaties die betrokken zijn bij de zorg voor ongedocumenteerden kunnen een melding doen bij de inspectie. De IGZ geeft aan in de afgelopen jaren nauwelijks meldingen over dit onderwerp te hebben ontvangen

Toegangsgarantie

Een advocaat die al jaren procedeert voor ongedocumenteerden die behandeling wegens ziekte nodig hebben, geeft aan dat met artikel 122a Zvw de toegang tot medische zorg niet gegarandeerd is. In zo'n 30 zaken die hij in behandeling heeft speelt het probleem dat een ongedocumenteerde medische zorg nodig heeft, maar geen afspraak kan krijgen. Zijn stelling is dat artikel 122a Zvw niet volstaat. De overheid zou een actieve rol moeten spelen in die gevallen dat zorgzoeker en zorgverlener er samen niet uitkomen. In de procedures die hij aanspande tegen het CVZ om bemiddeling dan wel aanwijzing van een zorgverlener voor ongedocumenteerden te verkrijgen werd hij in het ongelijk gesteld. Deze advocaat gaf inzage in deze 25 dossiers in het kader van het onderzoek. De advocaat gaf in een gesprek ook aan dat hij gezondheidszorg onlosmakelijk verbonden ziet met het kunnen voorzien in de basale levensbehoeften. Zonder onderdak, voedsel en kleding is de kans om gezond te blijven klein. Veel van zijn cliënten zijn dakloos en leven op straat. Hij procedeert daarom in veel gevallen ook om hen geplaatst te krijgen in een COA-voorziening of in de noodopvang van een gemeente.

Onbekendheid zorgverleners

Niet alleen bij de ongedocumenteerden en hun sociale netwerk, maar ook bij de zorgverleners is er sprake van onbekendheid met de wettelijke regelingen betreffende de (toegang tot de) gezondheidszorg in Nederland voor ongedocumenteerden. De mensen die bij de hulporganisaties aankloppen, hebben over het algemeen slechte ervaringen met zorgverleners, zelfs met gecontracteerde ziekenhuizen. Vaak komen ze niet verder dan de balie omdat ziekenhuismedewerkers niet van de regeling op de hoogte zijn en de ongedocumenteerden wegsturen. Dit is naar het oordeel van het BMO opvallend omdat het beeld is dat zowel het CVZ als de Landelijke Vereniging Huisartsen (LHV) aan goede informatievoorziening doen.

Onderzoek Pharos

Pharos³⁷ heeft de situatie zoals die gold voor en na de invoering van het huidige zorgmodel onderzocht, waarbij het onderzoek zich met name richtte op de toegang tot ziekenhuiszorg voor ongedocumenteerde kinderen. Uit dit onderzoek bleek onder meer dat de ongedocumenteerde kinderen en hun ouders ook na invoering van het huidige zorgmodel slecht op de hoogte zijn van hun rechten en plichten ten aanzien van (de toegang tot) gezondheidszorg. Ouders weten vaak niet dat artsen een geheimhoudingsplicht hebben, waardoor ze een noodzakelijk ziekenhuisbezoek voor hun kind uitstellen. Sommige jongeren geven hun gegevens niet graag aan de baliemedewerker omdat ze bang zijn voor aangifte bij de politie. Volgens de onderzoekers heeft de nieuwe financieringsregeling op dit

³⁷ Pharos Kennis- en adviescentrum migranten, vluchtelingen en gezondheid, *Ongedocumenteerde kinderen en de toegang tot ziekenhuiszorg*, juni 2010

punt onvoldoende verbetering gebracht. Ook is uit het onderzoek naar voren gekomen dat lang niet alle artsen op de hoogte waren van de rechten en plichten van ongedocumenteerde kinderen. Bij niet-spoedeisende zorg verleenden twee van de vijftien ondervraagde artsen pas hulp aan deze kinderen nadat dat de ouders hadden betaald.

Complexe problematiek

Een andere drempel voor zorgverleners om medische zorg te verlenen aan ongedocumenteerden is de complexiteit van de zorg. Er is vaak sprake van een cumulatie van problemen: een posttraumatische stressstoornis, verwerking van het verlies van familie, bezit en onzekerheid over de toekomst en daardoor zorgen vooral voor de kinderen, financiële problemen en huisvestingsproblemen. Het betreft uiterst kwetsbare mensen die soms niet kunnen lezen en schrijven. Wantrouwen en een gevoel van onrechtvaardig behandeld te zijn aan de kant van de patiënt maken zorgverlening niet makkelijk. Daarbij komt dat patiënten door cultuurverschillen vaak te laat of helemaal niet op het spreekuur komen opdagen, wat artsen nogal frustreert. Op hun beurt zijn de ongedocumenteerden teleurgesteld dat ze na ‘tien minuten weer op straat staan’, wat ze interpreteren ‘als niet serieus genomen te worden’.

Administratieve rompslomp

Huisartsen vinden de administratie die bij de zorgverlening komt kijken, vaak veel gedoe, zo stellen de hulporganisaties. Een huisarts die veel ongedocumenteerden in zijn praktijk behandelt, beschrijft de bijdrageregeling als ‘omslachtig, onduidelijk en tijdrovend.’ Steeds weer moet hij naar het CVZ een verklaring sturen, waarin staat dat hij heeft onderzocht of de patiënt de rekening kan betalen, wat bijna nooit zo is. Behalve deze verklaring stuurt hij ook een papieren rekening mee voor zijn consult, waarbij hij de identiteit van de patiënt slechts aanduidt met diens initialen, zijn geslacht en het land van herkomst. Voor zijn eigen administratie houdt hij van iedere patiënt een schaduw dossier bij, waarin wel alle persoonsgegevens staan vermeld. Voor de anonimiteit van de patiënt vult hij standaard hetzelfde fictieve huisadres in en hanteert hij als verklaringsdatum steeds 1 januari. In feite is het formulier niets waard, maar het is echter noodzakelijk voor de accountantscontrole. Als de factuur door het CVZ is goedgekeurd ontvangt hij het formulier retour en krijgt hij een vergoeding van 80%.

Vergoeding onvoldoende

De vergoeding van 80% vinden sommige huisartsen onvoldoende. Het bieden van medische zorg aan ongedocumenteerden duurt, gelet op de taal- en cultuurbarrière en de overwegend complexe problematiek over het algemeen langer dan de andere consulten. Daarnaast vergt de medische zorg aan ongedocumenteerden veel begeleiding (toegeleiding naar ziekenhuis, apotheek) en nazorg. De CVZ-regeling dekt bovendien niet alle kosten zoals het gebruik van een tolkentelefoon en de reiskosten voor medische behandelingen (bijvoorbeeld het treinkaartje naar een gecontracteerd ziekenhuis).

Intensief

Vanwege de genoemde drempels lijkt slechts een beperkt aantal huisartsen open te staan voor medische zorg aan ongedocumenteerden. De belasting voor deze groep huisartsen is in ieder geval erg groot. Bovendien worden door hulporganisaties steeds weer (en meer) ongedocumenteerde patiënten naar hen doorgestuurd. Het risico bestaat dat deze huisartsen door de complexe hulpvragen en de extra administratieve handelingen overbelast raken. De meeste andere huisartsen die dus zelden of nooit te maken krijgen met een hulpvraag van ongedocumenteerden, weten daardoor niet welke wegen te bewandelen.

Onderzoek Berenschot

Op verzoek van de minister van VWS heeft bureau Berenschot een evaluatieonderzoek uitgevoerd. Hierbij werd onder meer onderzocht of de bijdrageregeling van 122a Zvw doeltreffend is en welke effecten deze in de praktijk heeft. Met betrekking tot de toegankelijkheid van de medische zorg concludeerde Berenschot in 2011 onder meer dat dit geen structureel probleem vormt. Wel werd geconstateerd dat de onverzekerbare vreemdeling niet overal even welkom is. Ten aanzien van de toegankelijkheid van de bijdrageregeling werden de volgende aandachtsgebieden geduid:

“Uit de gevoerde gesprekken, documenten en de werkbijeenkomst blijkt dat de mate van bereidheid om zorg te verlenen aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen wisselt per onderscheiden zorgaanbieder. De bereidheid lijkt het grootst te zijn bij huisartsen.

De toegang tot zorg is enerzijds afhankelijk van de informatievoorziening die wordt verleend aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen. De doorverwijzing, met name naar de huisarts, verloopt grotendeels via een ‘informeel netwerk’ (...)

Anderzijds is de toegang tot zorg sterk afhankelijk van de kennis en ervaring met de bijdrageregeling van medewerkers binnen de zorginstellingen. Met name in de AWBZ-instellingen is dit merkbaar (...)
Gesprekspartners geven aan dat van de doelgroep slecht het topje van de ijsberg actief naar hulp zoekt, omdat ze bijvoorbeeld mondig en hoogopgeleid zijn. (...)”

4.4 Continuïteit medische zorg

Wanneer uitgeprocedeerde asielzoekers uiteindelijk op straat komen te staan kunnen zij geen aanspraak meer maken op de medische voorzieningen van de AZC of de detentiecentra waar zij voorheen verbleven. Bij ontslag uit deze centra krijgen deze mensen indien nodig, voor een bepaalde tijd medicijnen mee. De onbekendheid met het Nederlandse zorgsysteem en de overige genoemde drempels in de toegang tot zorg brengen met zich mee dat de zorg na het beëindigen van de asielprocedure soms niet kan worden gecontinueerd.

Wanneer ongedocumenteerden er wel in slagen om in contact komen met een zorgverlener, dan vormt het doorverwijzen door de zorgverlener een risico voor de continuïteit van de zorg. De patiënt moet zelf op de juiste bestemming zien te komen. Het kan zijn dat men daarvoor met het openbaar vervoer moet reizen, terwijl men geen geld heeft. Sommige artsen betalen daarom zelf de vervoerskaartjes voor deze mensen. De

ongedocumenteerden zijn tevens afhankelijk van de zorgverlener voor een goede verwijsbrief. Eenmaal in het ziekenhuis moeten zij ook nog voorbij de balie zien te komen. Er zijn ook artsen die bij het doorverwijzen telefonisch contact opnemen met het ziekenhuis om er zeker van te zijn dat de patiënt geholpen wordt.

4.5 Visie Nationale ombudsman

Geen taakopvatting, wel vooronderstellingen

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft geen visie op haar taak als het gaat om medische zorg voor vreemdelingen op straat. Wel gaat zij uit van twee vooronderstellingen.

- a. In Nederland gaan illegale, onverzekerde patiënten net als reguliere patiënten naar de huisarts
- b. Huisartsen zijn bereid zorg te verlenen.

De Nationale ombudsman constateert dat beiden vooronderstellingen niet juist zijn. In de praktijk worden zowel aan de kant van de ongedocumenteerden als aan de kant van de zorgverleners drempels gevoeld, die de toegang belemmeren.

Drempels ongedocumenteerden

Met de vooronderstelling dat ongedocumenteerden net als reguliere patiënten naar de huisarts gaan gaat de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport uit van een grote mate van zelfredzaamheid. Maar juist hier is sprake van een heel kwetsbare groep. Ongedocumenteerden willen vaak niet gevonden worden. De angst voor hoge rekeningen, aanhouding en uitzetting maakt dat contacten met officiële instanties in het algemeen vermeden worden. Dat laatste wordt nu al versterkt waargenomen in verband met de discussie over de strafbaarstelling illegaal verblijf. Deze veronderstelde zelfredzaamheid staat toegang tot medische zorg in de weg.

De Nationale ombudsman constateert voorts dat tegelijkertijd ook hier geen sprake is van een geïntegreerde benadering die medische zorg bij deze kwetsbare groepen juist wel vereist. Gesteld kan worden dat de kwaliteit van het bestaan van ongedocumenteerden op alle vlakken onder druk staat. Onder de ongedocumenteerden bevinden zich sterk gemarginaliseerde en getraumatiseerde groepen zonder enig perspectief in Nederland. Soms ook zonder mogelijkheid om terug te keren naar land van herkomst. Het ongedocumenteerd zijn geeft een grote psychische belasting. Onderzoeken wijzen uit dat het ontbreken van een economische basis en perspectief ziekmakend is als zodanig, maar ook een medische behandeling vaak moeilijk maakt.

Drempels zorgverleners

Ook de tweede vooronderstelling is niet juist. Ook zorgverleners voelen drempels om daadwerkelijk open te staan voor zorg aan ongedocumenteerden. Naast het feit dat vaak sprake is van complexe problematiek bij deze doelgroep, brengt de regeling van CVZ administratieve rompslomp met zich mee en dan krijgt de zorgverlener niet eens al zijn kosten vergoed. De overheid, in dit geval het ministerie van VWS, erkent dat er in dit kader een zorgplicht is, maar laat de invulling geheel over aan zorgverleners. Zij vertaalt haar zorgplicht voor ongedocumenteerden naar een vergoedingsplicht voor zorgverleners. De Nationale ombudsman is van oordeel dat het Ministerie van VWS daarmee niet genoeg waarborgen biedt voor een goede toegang tot medische zorg.

Zicht op toegang

De Nationale ombudsman constateert voorts dat naast het feit dat de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport geen visie heeft op haar taak als het gaat om medische zorg voor ongedocumenteerden op straat, ook geen zicht heeft op de toegang tot medische zorg voor deze groep. Het CVZ brengt jaarlijks de eigen financiële afhandelingen in kaart. Daarmee wordt echter geen inzicht verkregen in hoe groot de groep is die de zorg niet weet te vinden en in de zorgvragen waar ze mee blijven zitten. De monitoring van de toegang tot zorg en het ondersteunen en informeren van patiënten (en zelfs ook zorgverleners over de uitvoering van de regeling) wordt noodgedwongen opgepakt door Ngo's en kerken. De overheid heeft geen zicht op de aard en omvang van de vraag en de verleende zorg. Uit de gegevens van CVZ blijkt dat in 2012 nog geen 7500 ongedocumenteerden gebruik hebben gemaakt van voorgeschreven medicijnen. Dit is slechts 7,5%. Het lijkt er eerder op dat de regeling onvoldoende werkt. De totale medische kosten per ongedocumenteerde per jaar zijn extreem laag. Het gaat om een bedrag van € 215,96. Dit is nog geen 5% van de medische kosten van dezelfde mensen in een COA locatie en nog geen 3% van de medische kosten van dezelfde mensen in vreemdelingendetentie.³⁸ De Nationale ombudsman is van oordeel dat zonder zicht op de daadwerkelijke toegang tot medische zorg de minister van VWS niet kan beoordelen of haar beleid voldoende waarborgen biedt.

Medische zorg in context

De Nationale ombudsman constateert dat het kader van medische zorg voor ongedocumenteerden wordt gemotiveerd vanuit het perspectief van de overheid, namelijk ontmoediging van illegaal verblijf. Dit betekent dat het belang van toegang tot medische zorg voor ongedocumenteerden wellicht een rol speelt, maar niet centraal staat. Vanuit het belang van het ontmoedigen van illegaal verblijf wordt er door de overheid niets gedaan om de toegang tot medische zorg voor ongedocumenteerden te waarborgen. De zorgplicht voor ongedocumenteerden wordt ingevuld als een vergoedingsplicht voor de zorgverlener. De overheid monitort bovendien niet of de vooronderstellingen waar haar beleid op is

³⁸ Ter verdediging zal de overheid aanvoeren dat deze populaties niet te vergelijken zijn omdat factoren als leeftijdsopbouw en geslacht niet zijn meegewogen in de vergelijking. Deze factoren zullen wellicht enige nuances in de cijfers aanbrengen. Het grote verschil in medische kosten kan echter niet door verschil in leeftijdsopbouw en geslacht worden verklaard.

gebaseerd werkelijkheid zijn. Verder is ook hier onvoldoende oog voor het algemeen welbevinden van de ongedocumenteerden en mogelijkheden om gezondheidsklachten te verminderen of te voorkomen. De vragen die meer gericht zijn op preventie, de vragen vanuit het perspectief van de ongedocumenteerden lijken niet te worden gesteld. Wat kan gedaan worden om de gezondheid van ongedocumenteerden en het welbevinden in het algemeen te verbeteren?

De Nationale ombudsman oordeelt dat de toegang tot medische zorg voor ongedocumenteerden nog te veel drempels kent. De randvoorwaarden voor een goede toegang tot medische zorg zijn gericht op zelfredzame ongedocumenteerden en welwillende zorgverleners. De kwetsbare positie van ongedocumenteerden staat deze zelfredzaamheid in de weg. Daarnaast staan ook zorgverleners niet altijd open voor zorg aan ongedocumenteerden. Hierdoor kent de toegang tot medische zorg voor ongedocumenteerden te veel drempels. De Nationale ombudsman oordeelt daarnaast dat de minister onvoldoende zicht heeft op de toegang tot medische zorg voor ongedocumenteerden in de praktijk. De Nationale ombudsman roept de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport dan ook op om de blikrichting te veranderen, recht te doen aan het uitgangspunt dat de toegang tot medische zorg gewaarborgd moet zijn en de vragen rondom het ontmoedigingsbeleid en recht op zorg meer te benaderen vanuit het perspectief van de ongedocumenteerde en daarbij de mogelijkheden van preventie te verkennen.

4.6 Aanbevelingen

De Nationale ombudsman doet de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de volgende aanbevelingen:

- 🗨️ Verstrek een CVZ-zorgpas aan ongedocumenteerden waarop staat vermeld dat zij recht hebben op medisch noodzakelijke zorg
- 🗨️ Organiseer een (telefonisch) informatiepunt voor ongedocumenteerden en degenen die hen bijstaan, voor vragen over de toegang tot of het recht op zorg.
- 🗨️ Monitor de daadwerkelijke toegang tot zorg. Zorg voor zicht op de aard en omvang van de zorgvragen van ongedocumenteerden.
- 🗨️ Inventariseer wat zorgverleners nodig hebben om drempels voor de zorg voor ongedocumenteerden weg te nemen en neem die drempels weg.
- 🗨️ Zorg dat er een instantie is die actief bemiddelt tussen ongedocumenteerden en zorgverleners als de ongedocumenteerde feitelijk problemen ondervindt bij de toegang tot medische zorg.

Literatuurlijst

Overzicht gebruikte informatie

Publicaties 2013

- College voor de rechten van de mens, Rapportage Mensenrechten 2012, 8 juli 2013
- Eindverslag Expertmeeting Tweede monitoringsbijeenkomst Publieke Gezondheid en Ongedocumenteerden, 27 november 2012, Breed medisch overleg, 19 maart 2013
- ACVZ, Vreemdelingenbewaring of een lichter middel? Advies over de besluitvorming bij inbewaringstelling van vreemdelingen, 29 mei 2013
- ACZV, Verloren tijd, Advies over dagbesteding in de opvang voor vreemdelingen, 22 maart 2013
- Inspectie Veiligheid en Justitie; Rapport: Het overlijden van Alexander Dolmatov, 12 april 2013
- Inspectie Veiligheid en Justitie en Inspectie voor de Gezondheidszorg; Verslag bezoek inspecties aan het JMC en DCR, 20 juni 2013
- Ontheemd; De verhuizingen van asielzoekerskinderen in Nederland, Werkgroep Kind in AZC, januari 2013
- Vreemdelingenbewaring in getal 2008-2012. Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Veiligheid en Justitie, mei 2013
- CVZ, Monitor Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen, 24 mei 2013

Publicaties 2012

- IGZ, Naleving normen nieuwe zorgmodel voor asielzoekers verder verbeterd en grotendeels op orde, Vervolgonderzoek 2011/2012, Utrecht mei 2012
- CVZ, Monitor Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen, 17 april 2012
- Onderzoek Hogeschool Utrecht; Mogelijkheden omtrent zorgverlening onverzekerbare vreemdelingen, 10 mei 2012
- Ziek op straat, een jaar medisch opvangproject ongedocumenteerden MOO, april 2012
- Nationale ombudsman, Vreemdelingenbewaring: strafregime of maatregel om uit te zetten, 7 augustus 2012
- “Caught between rights and restrictions”, Vu-University en Dokters van de Wereld, geschreven door Nina van Egmond, maart 2012
- International Observatory rapport van Medecins du Monde over toegang tot zorg, 2012
- Menzis COA Administratie BV (MCA), jaarplan 2012 en 2013
- Regeling Zorg Asielzoekers, Alles over de ziektekostenregeling voor asielzoekers in Nederland, geldig vanaf 1 januari 2009, versie 2012. Het is opgesteld door Menzis COA Administratie BV (MCA)

- 🗨 Eindverslag Expertmeeting: Effecten van uitsluiting op de publieke gezondheid, casus ongedocumenteerden, 30 november 2011, Breed medisch overleg, Utrecht maart 2012
- 🗨 Prof. Rodrigues en drs. Spronk- van der Meer, Gezinslocaties en het recht op gezondheid van minderjarige vreemdelingen, A &MR 2012, nr. 10.
- 🗨 Inspectie voor de Sanctietoepassing, Tussentijds toezicht centra voor vreemdelingenbewaring, januari 2012

Publicaties 2011

- 🗨 IGZ, Goede vooruitgang in toegankelijkheid huisartsenzorg en bereik publieke gezondheidszorg volgens nieuwe zorgmodel asielzoekers, Utrecht, september 2011
- 🗨 Berenschot, eindrapport; Evaluatie van de bijdrageregeling van artikel 122a van de zorgverzekeringswet, 7 november 2011
- 🗨 CVZ, Monitor Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen, 13 april 2011
- 🗨 Defence for Children, de gezinslocaties in Gilze Rijen en Katwijk; geen plek voor een kind, quick scan, december 2011
- 🗨 Schoevers M. Hiding and Seeking. Health problems and problems in accessing health care of undocumented female immigrants in the Netherlands. Proefschrift Radboud Universiteit, Nijmegen, 2011

Publicaties 2010

- 🗨 CVZ, Monitor Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen, 11 oktober 2010
- 🗨 CVZ, Monitor Regeling financiering zorg illegalen, 7 april 2010
- 🗨 BMO-inventarisatie, rondom toegang van tandheelkundige zorg, 2010
- 🗨 Pharos, Zorg voor asielzoekers met psychische problemen, september 2010
- 🗨 Referentiekader justitieel verpleegkundigen zorg DBV, Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Justitie, maart 2010
- 🗨 Pharos, Ongedocumenteerde kinderen en de toegang tot ziekenhuiszorg, juni 2010

Publicaties voor 2010

- 🗨 Arts en Vreemdeling, commissie Medische zorg voor uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen (van KNMG,LHV, NVvp, Phaeros, OMS), Utrecht 2007
- 🗨 COA, Programma van eisen. Ziektekostenregeling Asielzoekers 2009, Rijswijk april 2008
- 🗨 EVASP, naar een betere bescherming voor minderjarige asielzoekers, Defence for Children International, ECPAT Nederland, samenvatting, 2009-2010
- 🗨 Medische diensten in detentiecentra: 'Verantwoorde zorg, maar nog niet geborgd', Inspectie voor de gezondheidszorg, december 2009
- 🗨 K. Kloosterboer, Kind in het centrum. Kinderrechten in asielzoekerscentra, november 2009

Achtergrond

Vreemdelingenwet 2000

“(…)

Artikel 6

1. De vreemdeling aan wie toegang is geweigerd kan worden verplicht zich op te houden in een door de ambtenaar belast met grensbewaking aangewezen ruimte of plaats.
2. Een ruimte of plaats, bedoeld in het eerste lid, kan worden beveiligd tegen ongeoorloofd vertrek.
3. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot het voor de beveiligde ruimte of plaats, bedoeld in het eerste lid, geldende regime, waaronder begrepen de nodige beheersmaatregelen. Hoofdstuk 9 van de Algemene wet bestuursrecht is niet van toepassing.
4. Een krachtens het derde lid vastgestelde algemene maatregel van bestuur wordt aan de beide kamers der Staten-Generaal overgelegd. Hij treedt in werking op een tijdstip dat, nadat vier weken na de overlegging zijn verstreken, bij koninklijk besluit wordt vastgesteld, tenzij binnen die termijn door of namens een der kamers of door ten minste een vijfde van het grondwettelijk aantal leden van een der kamers de wens te kennen wordt gegeven dat het onderwerp bij wet wordt geregeld. In dat geval wordt een daartoe strekkend voorstel van wet zo spoedig mogelijk ingediend. Indien het voorstel van wet wordt ingetrokken of indien een van beide kamers van de Staten-Generaal besluit het voorstel niet aan te nemen, wordt de algemene maatregel van bestuur ingetrokken. (…)

Artikel 59

1. Indien het belang van de openbare orde of de nationale veiligheid zulks vordert kan, met het oog op de uitzetting, door Onze Minister in bewaring worden gesteld de vreemdeling die:
 - a. geen rechtmatig verblijf heeft;
 - b. die rechtmatig verblijf heeft op grond van artikel 8, onder f, g en h.
2. Indien de voor de terugkeer van de vreemdeling noodzakelijke bescheiden voorhanden zijn, dan wel binnen korte termijn voorhanden zullen zijn, wordt het belang van de openbare orde geacht de bewaring van de vreemdeling te vorderen, tenzij de vreemdeling rechtmatig verblijf heeft gehad op grond van artikel 8, onder a tot en met e, en l.
3. Bewaring van een vreemdeling blijft achterwege indien en wordt beëindigd zodra hij te kennen geeft Nederland te willen verlaten en hiertoe voor hem ook gelegenheid bestaat.
4. Bewaring krachtens het eerste lid, onder b, of het tweede lid duurt in geen geval langer dan vier weken. Indien voorafgaande aan de beslissing op de aanvraag toepassing is

gegeven aan artikel 39, duurt de bewaring krachtens het eerste lid, onder b, in geen geval langer dan zes weken.

5. Onverminderd het vierde lid duurt de bewaring krachtens het eerste lid niet langer dan zes maanden.
6. In afwijking van het vijfde lid en onverminderd het vierde lid kan de bewaring krachtens het eerste lid ten hoogste met nog eens twaalf maanden worden verlengd, indien de uitzetting, alle redelijke inspanningen ten spijt, wellicht meer tijd zal vergen, op grond dat de vreemdeling niet meewerkt aan zijn uitzetting of de daartoe benodigde documentatie uit derde landen nog ontbreekt.
7. Het vijfde en zesde lid zijn van overeenkomstige toepassing op de vreemdeling aan wie de verplichting of maatregel, bedoeld in artikel 6, eerste of tweede lid, dan wel artikel 58 is opgelegd. (...)

Artikel 64

Uitzetting blijft achterwege zolang het gelet op de gezondheidstoestand van de vreemdeling of die van een van zijn gezinsleden niet verantwoord is om te reizen. (...)

Artikel 67

1. Tenzij afdeling 3 van toepassing is, kan Onze Minister de vreemdeling ongewenst verklaren:
 - a. indien hij niet rechtmatig in Nederland verblijft en bij herhaling een bij deze wet strafbaar gesteld feit heeft begaan;
 - b. indien hij bij onherroepelijk geworden rechterlijk vonnis is veroordeeld wegens een misdrijf waartegen een gevangenisstraf van drie jaren of meer is bedreigd dan wel hem terzake de maatregel als bedoeld in artikel 37a van het Wetboek van Strafrecht is opgelegd;
 - c. indien hij een gevaar vormt voor de openbare orde of nationale veiligheid en geen rechtmatig verblijf heeft als bedoeld in artikel 8, onder a tot en met e dan wel l;
 - d. ingevolge een verdrag, of
 - e. in het belang van de internationale betrekkingen van Nederland.
2. Indien de bekendmaking van de beschikking, waarbij de vreemdeling ongewenst wordt verklaard, geschiedt door toezending, wordt van de beschikking mededeling gedaan in de Staatscourant.
3. In afwijking van artikel 8 kan de ongewenst verklaarde vreemdeling geen rechtmatig verblijf hebben.(...)"

Penitentaire Beginselenwet

"(...)

Artikel 42

1. De gedetineerde heeft recht op verzorging door een aan de inrichting verbonden arts of diens vervanger.

2. De gedetineerde heeft recht op raadpleging, voor eigen rekening, van een arts van zijn keuze. De directeur stelt in overleg met de gekozen arts de plaats en het tijdstip van de raadpleging vast.
3. De directeur draagt zorg dat de aan de inrichting verbonden arts of diens vervanger:
 - a. regelmatig beschikbaar is voor het houden van een spreekuur;
 - b. op andere tijdstippen beschikbaar is, indien dit in het belang van de gezondheid van de gedetineerde noodzakelijk is;
 - c. de gedetineerden die hiervoor in aanmerking komen onderzoekt op hun geschiktheid voor deelname aan arbeid, sport of een andere activiteit.
4. De directeur draagt zorg voor:
 - a. de verstrekking van de door de aan de inrichting verbonden arts of diens vervanger voorgeschreven medicijnen en diëten;
 - b. de behandeling van de gedetineerde op aanwijzing van de aan de inrichting verbonden arts of diens vervanger;
 - c. de overbrenging van de gedetineerde naar een ziekenhuis dan wel andere instelling, indien de onder b bedoelde behandeling aldaar plaatsvindt.
5. Bij algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld inzake het klagen over beslissingen die ten aanzien van gedetineerden zijn genomen door de aan de inrichting verbonden arts of diens plaatsvervanger. (...)”

Zorgverzekeringswet

“(..)

Artikel 122a

1. Het College zorgverzekeringen 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 6 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, 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, recept of zonder indicatie als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten 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 College zorgverzekeringen 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 College zorgverzekeringen 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 College zorgverzekeringen 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 College zorgverzekeringen afzonderlijk beheerd en geadministreerd.
 10. Het College zorgverzekeringen zendt jaarlijks voor 15 maart aan Onze Minister een jaarrekening waarin het rekening en verantwoording aflegt over de verstrekte bijdragen, bedoeld in het eerste lid, in het afgelopen kalenderjaar.
 11. De jaarrekening, bedoeld in het tiende lid, wordt zoveel mogelijk ingericht met overeenkomstige toepassing van titel 9 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek en gaat vergezeld van een jaarverslag omtrent het door het College zorgverzekeringen gevoerde beleid bij het verstrekken van de in het eerste lid bedoelde bijdragen, de doeltreffendheid van dat beleid en de uitvoering van het werkprogramma ter zake in het afgelopen kalenderjaar.
 12. De artikelen 40, tweede tot en met elfde lid, 72, tweede tot en met vijfde lid, 74, derde, vierde en vijfde lid, en 75, vierde lid, zijn van overeenkomstige toepassing.
 13. De zorgaanbieder die in aanmerking wenst te komen voor een bijdrage als bedoeld in

dit artikel, verstrekt het College zorgverzekeringen of door dat College 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. (...)”

Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten, New York, 16-12-1966

“(..)

Article 12

1. The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.
2. The steps to be taken by the States Parties to the present Covenant to achieve the full realization of this right shall include those necessary for:
 - (a) The provision for the reduction of the stillbirth-rate and of infant mortality and for the healthy development of the child;
 - (b) The improvement of all aspects of environmental and industrial hygiene;
 - (c) The prevention, treatment and control of epidemic, endemic, occupational and other diseases;
 - (d) The creation of conditions which would assure to all medical service and medical attention in the event of sickness. (...)”

Uitgave: Bureau Nationale ombudsman

Foto omslag: Joost van den Broek, Hollandse Hoogte

Vormgeving: Vijfkeerblauw, Rijswijk

Print: Vijfkeerblauw, Rijswijk

oktober 2013



de Nationale ombudsman
Postbus 93122
2509 AC Den Haag

Telefoon (070) 356 35 63
Fax (070) 360 75 72
www.nationaleombudsman-nieuws.nl

