



Ziek en op straat

Een jaar Medisch Opvangproject Ongedocumenteerden (MOO)



Inhoud

Voorwoord	3
Inleiding	4
Hoofdstuk 1 Probleembeschrijving en opvang MOO	5
Hoofdstuk 2 Meldpunt en cijfers	10
Hoofdstuk 3 Toegang tot de ggz	18
Hoofdstuk 4 Juridisch perspectief	23
Conclusie, ontwikkelingen en aanbevelingen	30
Literatuur	34
Afkortingen	35

Voorwoord

Drie jaar geleden ging het ASKV op zoek naar een oplossing voor ongedocumenteerden met ernstige psychische problemen die zonder zorg op straat kwamen te staan. Met 'ongedocumenteerden' doelen we op mensen zonder geldige verblijfsvergunning die woonachtig zijn in Nederland en afkomstig zijn uit een asielland. Dit resulteerde in het Medisch Opvangproject Ongedocumenteerden (MOO). Het MOO biedt in de eerste plaats noodopvang aan deze groep die nergens anders terecht kan. Daarnaast brengt het MOO de omvang van de groep in kaart, en de specifieke problemen waar zij tegen aanloopt. Dit als eerste stap om uiteindelijk tot structurele oplossingen te komen.

Het MOO is vanaf het begin een ambitieus project geweest met landelijke reikwijdte. Om dit te kunnen laten slagen heeft het ASKV samenwerking gezocht met de Open Deur. Met hen hebben we in 2010 de oprichting van het MOO gerealiseerd. Sinds 2011 draait het MOO op volle toeren.

Er is inmiddels al veel bereikt. Het pilotproject is van start gegaan, er zijn vijftien opvangplekken gerealiseerd, het meldpunt is geopend, de eerste resultaten zijn bekend en de knelpunten waar deze groep ongedocumenteerden tegenaan loopt zijn duidelijk in beeld gebracht. Ook in de tweede fase van het project is er natuurlijk nog veel werk te verzetten. Toch zijn hiermee de eerste belangrijke stappen richting structurele oplossingen al gezet.

Deze positieve resultaten zijn te danken aan de inzet van vele mensen die enthousiast hebben meegedacht en meegewerkt.

In het bijzonder bedanken we de psychologen Steffie van de Lande en Laura Shields, de huisarts Jankees de Ridder en de acht stagiaires maatschappelijk werk en dienstverlening en sociaal pedagogische hulpverlening: Niclas Siegenthaler, Nikky Kalkman, Shahayra Loefstok, Rick Eigenhuis, Fiona Prior, Kim Schievink, Mersiha Skelić en Mirjam Alblas. Het begeleiden van bewoners met psychische problemen kan een pittige kluit zijn. Dankzij de professionele en bevlogen inzet van dit team is er een prettige woonsfeer ontstaan waarin bewoners tot rust kunnen komen.

Voor het meldpunt en onderzoeksgedeelte van het project hebben we dankbaar gebruik gemaakt van de expertise van Niels Spierings (onderzoeker aan de Radboud Universiteit Nijmegen) en Marieke Gerritsen (databasedeskundige).

Voor de toegang tot zorg hebben we onze casuïstiek kunnen bespreken met Dokters van de Wereld. Daarnaast zijn we veelvuldig bijgestaan door Boukje Berents (ASKV en voormalig MAPP-medewerker). Hiervoor onze dank.

De kracht van het MOO schuilt ook in de verregaande samenwerking met ons netwerk van psychiaters, hulpverleners, vreemdelingenadvocaten en medewerkers van gemeentes en de GGD. In het bijzonder willen we hier de Equator Foundation noemen, met wie wij zeer prettig en intensief hebben samengewerkt. Ook zijn we de Woningstichting Rochdale en haar opvolger Woningcorporatie Stadgenoot dankbaar voor het ter beschikking stellen van de woningen.

Onmisbaar was ook de bijdrage van onze Raad van Advies. Tijdens driemaandelijks vergaderingen denken de leden van deze raad actief mee over strategieën en verbeteringen. Ook buiten de vergaderingen om zijn zij altijd bereid om ons van advies te voorzien en ons te informeren over belangrijke ontwikkelingen vanuit hun eigen expertise. Hierbij bedanken we alle leden van de Raad van Advies:

- Mw. G. van Heteren (voormalig Tweede Kamerlid PvdA, directeur Europa Arena, Directeur Global Health Initiative Erasmus Universiteit Rotterdam)
- Mr. F. van Haren (vreemdelingenadvocaat)
- Mr. C. de Klerk (vreemdelingenadvocaat)
- Mw. drs. A. M. Graumans (voormalig gemeenteraadslid PvdA Amsterdam)
- Mw. Ir. M.C. Kroesen (Dokters van de Wereld)
- M.D. W.F. Scholte (psychiater, Equator Foundation)
- E. Kors (psycholoog, directeur IMMO a.i.)
- Mr. Dr. D.H.A. Strik, (Eerste Kamerlid Groen Links, docent migratierecht)

Ten slotte willen wij iedereen bedanken die een financiële bijdrage aan het MOO heeft gegeven. Zonder deze bijdrage had het idee van het MOO geen werkelijkheid kunnen worden. Uit uw financiële steun spreekt vertrouwen in het project en onze aanpak. Dit waarderen wij ten zeerste.

Alice Beldman en Rieke Spierings

April 2012

Inleiding

Asielzoekers en ongedocumenteerden die lijden aan een depressie, psychose, schizofrenie, posttraumatische stress of andere psychische en psychiatrische ziektebeelden komen met enige regelmaat zonder hulp op straat te staan. Zij worden uit rijksvoorzieningen gezet en zijn meestal niet welkom in de gemeentelijke daklozenopvang. Zonder noodzakelijke voorzieningen en begeleiding kan deze groep ongedocumenteerden een gevaar zijn voor zichzelf en de samenleving.

Waarom dit kan lijden is duidelijk op het netvlies komen te staan door twee tragische incidenten. In april 2011 werd het Groningse dorp Baflo opgeschrikt door een schietpartij. Een politieagent en een 29-jarige vrouw kwamen daarbij om het leven. Een week eerder stak een 36-jarige man zichzelf in brand op de Dam in Amsterdam, waarna hij aan zijn verwondingen overleed. De dader van de schietpartij en de man die zichzelf in brand stak waren beiden uitgeprocedeerde asielzoekers.

Er zijn tal van vergelijkbare maar minder zichtbare situaties waarin ongedocumenteerden met psychische problemen een gevaar voor zichzelf en de samenleving zijn, omdat zij zijn uitgesloten van de noodzakelijke voorzieningen en begeleiding. Veel hulporganisaties hebben al jaren in toenemende mate te maken met ernstig getraumatiseerde, depressieve of zelfs suïcidale cliënten die genoodzaakt zijn op straat te overleven omdat opvang en zorg ontbreken.

Noodgedwongen richtten het ASKV en de Open Deur daarom het Medisch Opvangproject Ongedocumenteerden (MOO) op. Met als uitgangspunt: zieke mensen horen niet op straat. Het MOO is een project van drie jaar. Aan het einde van die drie jaar moet de opvang, behandeling en begeleiding van ongedocumenteerden met ernstige psychische problemen gegarandeerd zijn en gedragen worden door de reguliere instanties.

Inmiddels is er al veel gebeurd. Het MOO heeft opvangplekken gerealiseerd, de begeleiding vormgegeven, een aanname- en screeningsprotocol ontwikkeld, een landelijk meldpunt ingesteld, de expertise ingeschakeld van en samenwerking gezocht met behandelcentra, vreemdelingenadvocatuur, GGD, gemeente en buurtfaciliteiten, en de eerste stappen richting structurele oplossingen gezet.

Tijd om de balans op te maken. In deze publicatie zetten we de resultaten van het eerste projectjaar van

het MOO op een rij. Het eerste hoofdstuk beschrijft de vicieuze cirkel waar ongedocumenteerden met psychische problemen in Nederland in terechtkomen. Het bieden van onderdak blijkt de sleutel te zijn om ook iemands gezondheid en juridisch perspectief te kunnen verbeteren. Vanuit deze constatering is het MOO opgericht. Hoofdstuk een beschrijft het ontstaan en de organisatie van het MOO, en hoe het MOO haar opvang en begeleiding heeft georganiseerd.

In het tweede hoofdstuk schetsen we de omvang en samenstelling van de groep patiënten die momenteel op straat leeft. Ook geven we in dit hoofdstuk de resultaten die we met onze opvang boeken.

Medewerkers van het MOO hebben in kaart gebracht welke knelpunten de ongedocumenteerden belemmeren bij het creëren van een toekomstperspectief. Hiervoor hebben zij gebruik gemaakt van de bij het meldpunt geregistreerde cijfers en informatie. Ook de praktijkervaringen vanuit de opvang zijn hierbij betrokken. In het derde hoofdstuk wordt beschreven welke knelpunten er zijn als iemand toegang tot geestelijke gezondheidszorg nodig heeft. In het vierde hoofdstuk staan de knelpunten bij het creëren van een juridisch perspectief centraal.

Het MOO benoemt niet alleen de knelpunten, maar zoekt ook naar oplossingen hiervoor. In het afsluitende hoofdstuk geven we daarom een aantal aanbevelingen om tot verbetering te kunnen komen.

Met deze rapportage sluiten wij de eerste fase van het pilotproject af. Hiermee maken we een groep mensen met ernstige psychische problemen zichtbaar, die in Nederland de zorg ontberen die zij zo hard nodig hebben. Veel van deze uitgeprocedeerde asielzoekers en ongedocumenteerden waren al getraumatiseerd toen zij ons land binnenkwamen. Wij vinden dat de rijksoverheid haar verantwoordelijkheid voor deze groep patiënten moet nemen en de noodzakelijke voorzieningen moet bieden.

We zullen de resultaten en expertise van het eerste jaar MOO daarom inzetten om voorstellen te ontwikkelen voor duurzame oplossingen en structurele voorzieningen. Dit komt uiteindelijk niet alleen deze groep patiënten, maar de hele samenleving ten goede.

Hoofdstuk 1

Probleemconstatering en opvang MOO

Om wie gaat het?

Het ASKV en De Open Deur worden al jaren geconfronteerd met mensen zonder papieren die psychische problemen hebben. De mensen die bij ons aankloppen voor hulp zijn veelal afkomstig uit landen waar het afgelopen decennium burgeroorlogen hebben gewoed of nog steeds woeden. Eenmaal in Nederland aangekomen, hebben ze een lange en vaak gevaarlijke reis achter de rug, en weten meestal niet wat ze hier kunnen verwachten. Velen kampen met ernstige gezondheidsklachten. Hun noden zijn indringend en urgent. Doordat hun asielaanvraag is afgewezen, zijn zij wettelijk uitgesloten van voorzieningen die gericht zijn op de meest basale behoeftes als onderdak, inkomen en eten.

Een deel van deze mensen kampt met ernstige psychische of psychiatrische problemen. Asielzoekers hebben in hun land van herkomst, in Nederland of tijdens de reis hiernaar toe, vaak ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt, waaronder verschillende vormen van geweld of seksueel misbruik. Soms komt het voor dat iemand daardoor dusdanig in de war is dat hij of zij mogelijk een gevaar vormt voor zichzelf (bijv. door suïcidale klachten) en/of anderen. Vaak hebben ze ernstige depressieve of somatische klachten (hoofdpijn, niet of slecht kunnen slapen en angst), soms als gevolg van een posttraumatische stress-stoornis. Door hun uitzichtloze situatie, het ontbreken van een dak boven hun hoofd en angst voor de toekomst verergeren vaak de psychische klachten.

Anuradha komt uit Sri Lanka. Haar vader werd daar door het leger vermoord, waarna zij bij de Tamil Tijgers terechtkwam. Totdat zij werd opgepakt door de politie, die haar ondervroeg over haar activiteiten voor de Tamil Tijgers. Haar gevangenschap duurde een aantal weken, waarin zij structureel werd gemarteld en verkracht. Na haar vrijlating vreesde ze voor haar leven en vluchtte naar Nederland. Hier vroeg ze asiel aan. Ze was toen 19 jaar.

Ze had geen bewijs van wat ze had meegemaakt en kon door het trauma wat ze had opgelopen niet helder vertellen over haar ervaringen. Ook vond ze het moeilijk te verwoorden wat haar was overkomen. Na vier jaar werd haar asielverzoek afgewezen en haar verhaal als ongeloofwaardig afgedaan.

Anuradha werd uit de opvang gezet en kwam op straat te staan. Ze was 23 toen ze bij het ASKV kwam voor hulp. Ze was erg ziek: ze was in de war, ze sneed zichzelf en had suïcidale neigingen. Na overleg met een huisarts kon het ASKV een intakegesprek organiseren bij een ggz-instelling in Amsterdam.

Volgens de psychiater was snelle en adequate behandeling nodig. Door het ontbreken van basisvoorzieningen als huisvesting en een inkomen werd hier echter niet mee gestart. Door het uitblijven van de noodzakelijke zorg verslechterde haar gezondheid snel. Het ASKV ving haar ondertussen op in de eigen noodopvang, die echter ontoereikend is voor een psychiatrisch patiënt.

Na veel aandringen door het ASKV heeft de Medische Onderzoeksgroep (MOG) van Amnesty International een medisch onderzoek bij haar verricht. Het Amnesty-rapport bevestigde Anuradha's verhaal. Met dit rapport als onderbouwing is er een herhaald asielverzoek ingediend. Dit werd toegekend. Hierdoor kreeg zij ook weer toegang tot basisvoorzieningen.

Na jarenlang met haar psychische klachten in Nederland te hebben rondgelopen, kon haar behandeling eindelijk beginnen toen zij een vaste verblijfplaats kreeg.¹

¹ De voorbeelden in deze publicatie komen uit de hulpverleningspraktijk van het ASKV of het MOO. De persoonlijke gegevens van de betreffende asielzoekers zijn, conform de wetgeving met betrekking tot bescherming van de privacy, zodanig veranderd dat zij niet herkenbaar zijn.

Uitgeprocedeerd

Soms zijn de psychische problemen er de oorzaak van dat de asielzoeker niet coherent en consistent kan verklaren. Dit is echter wel een eis van de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND), die een asielverzoek als ongelofwaardig af kan doen als als iemand hiertoe niet in staat is.² Een aanvraag voor een verblijfsvergunning op medische gronden wordt beoordeeld door het Bureau Medische Advisering van de IND. Het oordeel wordt vaak gebaseerd op het papieren dossier van de patiënt en of de behandeling in land van herkomst beschikbaar is. Daarbij wordt niet gekeken of deze medisch noodzakelijke zorg ook daadwerkelijk toegankelijk is voor de patiënt. Deze aanvragen worden veelvuldig afgewezen op basis van deze beoordeling.³

Dit geldt ook voor mensen die niet in Nederland mogen blijven maar om redenen buiten hun schuld niet terug kunnen naar hun land van herkomst. Zoals door het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum van het Ministerie van Veiligheid en Justitie (WODC) onderzocht, geldt voor terugkeer bovendien dat een goede gezondheid essentieel is om deze te laten slagen.⁴

Geen opvang

Als iemand uitgeprocedeerd is en uit de rijksopvang wordt gezet, staat hij of zij op straat. In 2007 besloot de regering tot een uitgebreide amnestieregeling voor ongedocumenteerden die al lang in Nederland verbleven, de 'Pardonregeling'. Hier stond echter tegenover dat gemeentes hun gemeentelijke noodopvang voor ongedocumenteerde asielzoekers moesten beëindigen.⁵ De meeste gemeentes hebben dit ook gedaan. Sommige gemeentes bieden nog wel hulp in de vorm van leefgeld en incidentele opvang. De gemeentelijke opvangvoorzieningen voor dak- en thuislozen staan vaak niet (meer) open voor ongedocumenteerden.

Geen toegang tot zorg

Afgewezen asielzoekers en ongedocumenteerden krijgen moeilijk toegang tot de geestelijke gezondheidszorg (ggz). De behandeling wordt vaak niet gestart omdat de patiënt geen stabiele woonomgeving heeft en onverzekerd is. Hierdoor verergeren de psychische klachten vaak, en ontstaat een uitzichtloze situatie.

² Het toetsingskader staat in C14/3.3 Vc 2000

³ Protocol Bureau Medische advisering, oktober 2010.

⁴ Leerkes, A., Galloway, M., Kromhout, M. (Den Haag 2010). Kiezen tussen twee kwaden. Determinanten van blijf- en terugkeerintenties onder (bijna) uitgeprocedeerde asielmigranten. Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum; Ministerie van Veiligheid en Justitie.

⁵ Zoals vermeld in het Bestuursakkoord tussen de staatssecretaris van Justitie en de Vereniging van Nederlands Gemeenten inzake het vreemdelingenbeleid, 25 mei 2007.

Vicieuze cirkel

En zo ontstaat een vicieuze cirkel waar de ongedocumenteerde moeilijk zelf uit kan komen:

- geen verblijfsvergunning betekent geen opvang;
- geen opvang betekent geen toegang tot medische zorg;
- geen toegang tot medische zorg betekent geen kans op het creëren van een toekomstperspectief (hier of elders);
- geen toekomstperspectief betekent de voortzetting van 'illegaal' verblijf in Nederland;
- geen verblijfsvergunning betekent geen opvang.

MOO doorbreekt de vicieuze cirkel

Om deze vicieuze cirkel te doorbreken zijn het ASKV en De Open Deur op 1 januari 2011 gestart met het Medisch Opvangproject Ongedocumenteerden. Het project heeft een looptijd van drie jaar. Aan het einde van die periode moet de juiste opvang, behandeling en begeleiding van ongedocumenteerden met ernstige psychische problemen op structurele wijze geregeld zijn. Het ASKV ziet dit als de verantwoordelijkheid van de overheid.

Hoe gaan we dit doel bereiken? Het MOO bestaat uit drie onderdelen:

- 1 Het opvangproject: een kleinschalige locatie voor de opvang en begeleiding van ongedocumenteerden met psychische problemen.
- 2 Het meldpunt: monitoring en onderzoek om de omvang en problematiek van de patiënten in kaart te brengen.
- 3 Structurele oplossingen: creëren van draagvlak voor structurele verbeteringen in de situatie van deze groep. Het MOO richt zich hierbij op de toegang tot opvang en zorg en een eerlijke (medische) asielprocedure.

Het opvangproject

In 2010 begon het MOO met de opstart van het opvangproject. Er moesten geschikte woningen worden gevonden en ingericht voor de opvang, begeleiders aangetrokken, protocollen en signaleringslijsten opgesteld en andere voorbereidingen worden getroffen. Vanaf 2011 draaien de opvang en begeleiding op volle toeren. Begin 2012 beschikken we over 15 kamers, verdeeld over 5 woningen.

Het opvangproject bestaat uit drie fases:

- 1 Aanmelding en screening
- 2 Opvang en begeleiding
- 3 Overdracht en afsluiting

Aanmelding en screening

Het MOO heeft een aanmeldformulier ontwikkeld waarmee potentiële bewoners kunnen worden aangemeld.⁶

⁶ <http://askv.nl/moo/moo-aanmeld.html>

Op dit formulier staat aan welke criteria een cliënt moet voldoen en wat de werkwijze van het MOO is.

De criteria zijn:

- De betrokkene heeft ernstige psychische problemen.
- De betrokkene is ongedocumenteerd en afkomstig uit een asielland.⁷
- De betrokkene heeft geen adequate opvang.

Als er op het moment van de aanmelding geen plaats in de opvang beschikbaar is, dan wordt dit direct doorgegeven. Als de betrokkene tot de doelgroep behoort, plaatsen wij hem of haar in de opvang of op de wachtlijst. Plaatsing gebeurt op basis van de datum van aanmelding in combinatie met de urgentie voor de betrokkene en de samenleving.

Soms lijkt er wel (tijdelijke) opvang voor de patiënt beschikbaar te zijn, maar is de toegang tot de ggz of iemands toekomstperspectief problematisch. Dan kan het zijn dat wij over gaan tot ambulante begeleiding. Daarbij proberen we bestaande netwerken in de woonplaats van de betrokkene zoveel mogelijk in stand te houden. Een sociaal netwerk is een elementaire levensbehoefte. Contact met landgenoten of bekenden draagt bij aan het welzijn van de cliënt. Een netwerk heeft ook een beschermende factor, contact met anderen voorkomt stress of helpt beter met stress om te gaan. Veel asielzoekers hebben hun sociale netwerk in hun thuisland achter moeten laten. Een nieuw netwerk is daarom extra belangrijk.

Zodra er een opvangplek voor iemand vrijkomt, vindt er een screeningsgesprek plaats met een psycholoog. Tijdens dit gesprek probeert de psycholoog een duidelijker beeld te krijgen van het ziektebeeld en de omstandigheden van de cliënt. Hiervoor maakt hij of zij gebruik van een screeningsprotocol, dat is ontwikkeld in samenwerking met Elsbeth Kors, klinisch psycholoog en psychotherapeut. Het protocol is gebaseerd op de DSM-IV en de criteria van het MOO. Door haar eerdere betrokkenheid bij het Meldpunt Asielzoekers met Psychische Problemen (MAPP) heeft Kors veel ervaring met deze doelgroep. Tijdens de screening wordt er onder meer gevraagd naar iemands huidige leefomstandigheden, voorgeschiedenis, lichamelijke en psychische klachten, agressie, zelfredzaamheid, verslaving en medicatie.

Het is een contra-indicatie als mensen in een acute crisis verkeren of een gevaar voor zichzelf of medebewoners vormen. Als dit uit de screening naar voren komt begeleiden wij de cliënt naar de crisisopvang en/of ggz-instellingen in de woonplaats van de bewoner. Ook verslavingsproblematiek kan een contra-indicatie zijn. Cliënten kunnen door hun verslaving niet in staat zijn

zich te richten op hun andere problemen, of kunnen onvoldoende meedraaien op het MOO. Ook deze mensen verwijzen we door naar de juiste hulpverlening.

Huisvesting

Het MOO beschikt over vijf woonpanden en een kantoor, allen gevestigd in dezelfde straat in een rustige buurt in Amsterdam Nieuw-West. Van de vijf panden zijn er vier mannenhuizen en een vrouwenhuis. Elk pand biedt ruimte aan drie personen, die ieder een eigen slaapkamer hebben. Keuken en badkamer worden gedeeld. Voor de bewoners is dit een prettige constructie. Drie personen geeft een gevoel van gezamenlijkheid en de bewoners kunnen elkaars welzijn een beetje in de gaten houden. Tegelijkertijd blijft het relatief rustig in huis, iets waar bij deze doelgroep veel behoefte aan is.

Tijdens kantooruren is het kantoor open voor bewoners. Ze kunnen er gebruik maken van de wasmachine en computer, een kopje koffie of thee drinken en lunchen met de medewerkers. Ook de individuele gesprekken vinden hier plaats. Op deze manier worden bewoners gestimuleerd om naar kantoor te komen en blijft de toegang laagdrempelig. Door de combinatie van een eigen slaapplek en een toegankelijk kantoor krijgen de bewoners enerzijds de rust die noodzakelijk is voor mensen met bijvoorbeeld posttraumatische stress-klachten⁸ en is er anderzijds dagelijks zicht op de bewoners. Zo kunnen de begeleiders makkelijk monitoren hoe het met de bewoners gaat. Als de begeleiders een verslechtering bij iemand zien, kunnen zij een gesprek met hem of haar aangaan en zo nodig ook de behandelaar inlichten. Omdat de doelgroep vaak niet zo'n groot eigen netwerk heeft, is het belangrijk dat zij ook voor emotionele steun en praktische hulp bij de medewerkers van het MOO terecht kunnen. Uiteraard is er een telefonische achtervang beschikbaar waar bewoners (bij noodsituaties) in de avonden, nachten en weekenden gebruik van kunnen maken.

Begeleiding

Dagelijks zijn er twee beroepskrachten op het opvangproject aanwezig. Zij hebben ruim ervaring met het opvangen en begeleiden van ongedocumenteerden. Daarnaast zijn er stagiaires aanwezig van de opleidingen maatschappelijk werk en dienstverlening en sociaal pedagogische hulpverlening. Zij onderhouden de dagelijkse contacten met de bewoners.

⁷ Ongedocumenteerde: persoon zonder geldige verblijfsvergunning die woonachtig is in Nederland en afkomstig is uit een asielland.

⁸ Zoals beschreven in: Gersons, Prof. Dr. B.P.R. en dr. M. Olff (2005). Behandelingsstrategieën bij Posttraumatische Stress Stoornissen. uitgever Bohn Stafleu van Loghum.

Een nieuwe bewoner krijgt eerst een kennismakingsgesprek met een psycholoog en een maatschappelijk werker in opleiding. Hierin wordt de gang van zaken uitgelegd en de cliënt wegwijs gemaakt. De maatschappelijk werker waarmee het eerste gesprek wordt gevoerd, wordt ook de vaste contactpersoon en dagelijkse begeleider van de cliënt. Hij of zij ziet toe op de dagbesteding en het ritme van de bewoner en bouwt een vertrouwensband met de bewoner op.

De psycholoog is wekelijks aanwezig om de stagiaires te begeleiden, contact met de ggz-instellingen te onderhouden en de geestelijke gesteldheid van de bewoners te monitoren. Daarnaast is er een huisarts als vrijwilliger aan het MOO verbonden.

Vanuit het ASKV zijn er hulpverleners en ondersteunende medewerkers op het gebied van administratie, projectontwikkeling, boekhouding en ICT nauw bij het project betrokken.

Dagbesteding en coping

Wekelijks is er een teambespreking waarbij alle medewerkers aanwezig zijn. Tijdens dit overleg wordt per cliënt besproken hoe het gaat, zowel op medisch, juridisch als sociaal vlak. Daarnaast is er tussen de psycholoog van het MOO en de ggz-behandelaar regelmatig contact over de psychische toestand van de cliënt. Als bewoners extra aandacht nodig lijken te hebben, kunnen zowel het MOO als de ggz-instelling hier direct op inspringen.

Alle medewerkers hebben trainingen gevolgd over de begeleiding van ongedocumenteerden met psychische problemen. Daarbij is zowel getraind op omgaan met psychiatrische ziektebeelden als op cultuurverschillen en de specifieke problematiek voor ongedocumenteerden.⁹

De psychiaters die de trainingen verzorgden adviseren ons te richten op de dagelijkse omstandigheden van de cliënt, zoals het dag- en nachtritme, het ondernemen van activiteiten en gezonde voeding. Positieve aandacht hiervoor leidt tot betere coping-strategieën. *Coping* is de manier waarop iemand met belastende gebeurtenissen of situaties omgaat.¹⁰ Mensen gebruiken verschillende, effectieve en minder effectieve, coping-strategieën.¹¹ De sociale steun die cliënten ontvangen van de medewerkers van het MOO, leidt tot positieve coping-strategieën.¹² Deze positieve coping-strategieën kunnen op hun beurt leiden tot bijvoorbeeld minder posttraumatische stressklachten.

⁹ Trainingen gegeven door psychiaters J. van Driel en I. Heijn, en psycholoog C. Vellinga.

¹⁰ Monat, A., & Lazarus, R. S. (1991). *Stress and coping: an anthology*. New York: Columbia University Press.

¹¹ Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). De relatie tussen cognitieve copingstrategieën en symptomen van depressie, angst en suïcidaliteit. *Gedrag & Gezondheid*, 29, 148-158.)

¹² Dirkzwager, A.J.E., Bramsen, I., & Van der Ploeg, H.M. (2003). Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: a prospective study. *Personality and Individual Differences*, 34, 1545-1559.

Naast de individuele trajecten met cliënten worden er ook groepsactiviteiten georganiseerd. Dit met het doel om het onderlinge contact tussen cliënten te bevorderen en te stimuleren dat ze ook op eigen initiatief met elkaar activiteiten gaan ondernemen. De sociale structuur die hierdoor ontstaat, draagt bij aan het vergroten van het sociale netwerk van de cliënten. Het gevoel sociale steun te krijgen draagt ook bij aan een goede coping-methodiek. Ten slotte kunnen de bewoners bij het ASKV Nederlandse taalcurssussen volgen.

Netwerk

Het MOO heeft een efficiënt en direct toegankelijk netwerk van vreemdelingenadvocaten, psychiaters, behandelingscentra en hulpverleners. Met de personen en instellingen waar we veel contact mee hebben zijn werkafspraken gemaakt:

- De woningbouwvereniging heeft de woningen aan ons ter beschikking gesteld. Het MOO kan gedurende de gehele projectperiode gegarandeerd van deze woningen gebruik blijven maken.
- We hebben regelmatig contact met de buurtregisseur van de woningbouwvereniging. Mochten er klachten zijn of problemen ontstaan weten we elkaar hierdoor direct te vinden en kunnen we elkaar snel op de hoogte stellen.
- De Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam zal in geval van crisis te allen tijde crisisinterventies plegen of bewoners indien nodig opnemen.
- Met de gespecialiseerde ggz-instelling De Equator Foundation zijn werkafspraken gemaakt over de begeleiding van bewoners die bij hen in behandeling zijn.
- Met de reguliere ggz in Amsterdam is een zorgketen opgezet om toegang tot de ggz voor de hele doelgroep te garanderen.
- Met de gemeente Amsterdam, IND, DT&V en de hulporganisaties vindt driemaandelijks overleg plaats waarin de situatie van de cliënten besproken wordt. Elk dossier wordt tevens voorgelegd aan de GGD Amsterdam.
- Het MOO heeft contact gelegd met de aangewezen apotheek voor de buurt waarin de opvanglocatie zich bevindt, en hun geïnformeerd over het opvangproject. Noodzakelijke medicijnen kunnen hierdoor zonder problemen verkregen worden.

Afsluiting en overdracht

Het MOO heeft in haar plannen op een gemiddeld verblijf van vier tot zes maanden per bewoner gerekend. In die periode kan de bewoner tot rust komen, met een ggz-behandeling gestart worden en stabiliteit in de psychische toestand bereikt worden. Daarna wordt een juridisch traject gestart.

Het is afhankelijk van het gecreëerde toekomstperspectief waar de bewoner na de MOO-periode terecht kan.

Het MOO zorgt voor de begeleiding daar naartoe. Pas nadat er een overdracht op juridisch, medisch en opvanggebied heeft plaatsgevonden, sluiten wij het dossier.

Conclusie

Zieke mensen moeten niet op straat komen te staan. Dit is het uitgangspunt van het MOO. De doelgroep van het MOO bestaat uit getraumatiseerde mensen die opvang en begeleiding nodig hebben. Dit bieden we hun met het opvangproject.

Hiermee doorbreken we ook de vicieuze cirkel waarin ongedocumenteerden met psychische problemen gevangen zitten. Door hun een stabiele opvangplek te bieden, kan gestart worden met de behandeling van hun klachten, waardoor er weer een toekomstperspectief voor hen ontstaat. Het MOO zorgt dat er voor iedere cliënt passende vervolgoopvang en begeleiding wordt gevonden. Dit geldt voor zowel de bewoners als de ambulante cliënten.

In het volgende hoofdstuk zetten we de bereikte resultaten op een rijtje. Ook presenteren we daar de cijfers over het aantal aanmeldingen en de samenstelling van de groep.

Hoofdstuk 2

Meldpunt en cijfers

Meld - en meetpunt

Het doel van het MOO is een goede structurele opvang voor ongedocumenteerden met psychische problemen tot stand te brengen. Hiertoe is het van belang de omvang van de doelgroep, de ernst van de problematiek en de bestaande knelpunten bij opvang, zorg en juridisch perspectief zo volledig mogelijk in beeld te brengen.

Door de bewoners van het opvangproject nauwkeurig te volgen verzamelen we gedetailleerde informatie over de specifieke knelpunten waar onze doelgroep mee te maken krijgt. Het pilotproject stelt ons ook in staat de opvangmethodiek verder te ontwikkelen. Onze ervaringen dienen als input en praktijkvoorbeeld voor de in de toekomst op te zetten structurele opvang voor deze groep.

Daarnaast heeft het MOO een landelijk meldpunt opgezet waar begeleiders, behandelaars en ongedocumenteerden contact mee op kunnen nemen. Bij het meldpunt kan een potentiële bewoner worden aangemeld. De aanmeldingen genereren een veelheid aan informatie over de omvang, samenstelling en leefomstandigheden van de doelgroep.

Presentatie MOO bij betrokken instanties

Iedereen kan potentiële bewoners aanmelden met behulp van het aanmeldformulier van het MOO. Om het aantal aanmeldingen te stimuleren heeft het MOO het opvangproject gepresenteerd bij verschillende instellingen en netwerken. In eerste instantie is dit in de regio Amsterdam gedaan, omdat de opvanglocatie daar gevestigd is. Het MOO is daar gepresenteerd bij 23 organisaties en instellingen die vaak contact hebben met ongedocumenteerden met psychische problemen. 5 van deze organisaties bieden maatschappelijke en juridische hulpverlening, 2 organisaties houden zich bezig met gezondheidszorg aan ongedocumenteerden, 10 zijn reguliere huisartsen en 6 zijn ggz-instellingen.¹³ Daarna is het project regionaal gepresenteerd tijdens de stedelijke overlegbijeenkomsten van ongedocumenteerdeninstellingen in Den Haag, Rotterdam en Utrecht.¹⁴ Ook heeft het MOO zichzelf voorgesteld bij de 2 landelijke netwerken voor ongedocumenteerden: Platform Migranten Zonder Verblijfsvergunning en het Breed Medisch Overleg.

¹³ Het betreft de hulpverleningsorganisaties ASKV, De Open Deur, het WOU, het Wereldhuis en VluchtelingenWerk Amstel tot Zaan, de gezondheidsorganisaties Dokters van de Wereld en de Kruispost, en de ggz-instellingen Equator Foundation, InGeest, Arkin, Stichting '45, PsyQ en I-psy.

¹⁴ Dit zijn bijeenkomsten waar de organisaties die met ongedocumenteerden werken samenkomen om expertise te delen en ontwikkelingen in kaart te brengen.

Aanmeldingen

De onderzoeksresultaten in dit hoofdstuk zijn gegeneerd uit de aanmeldingen die we in de periode van het eerste projectjaar - kalenderjaar 2011 - hebben ontvangen.¹⁵

We pretenderen niet dat deze cijfers een sluitend beeld geven van het aantal ongedocumenteerden met psychische problemen dat zich op dit moment in Nederland bevindt. Het onderzoek levert echter wel richtinggevende cijfers op over het aantal ongedocumenteerden met psychische problemen dat met serieuze opvangproblematiek te kampen heeft. Deze cijfers zijn wel degelijk relevant op beleidsniveau omdat hiermee de minimale omvang van de benodigde structurele opvangcapaciteit in beeld komt.

Aantal aanmeldingen

In 2011 heeft het MOO 92 aanmeldingen ontvangen. Hiervan zijn 5 mensen afgewezen omdat ze niet tot de doelgroep behoren.

Afwijzingen

1 persoon had bij aanmelding al een toekenning op artikel 64 ontvangen. Dit betekent dat er voor hem opvang beschikbaar is in een Asielzoekerscentrum (AZC). Bij 4 personen was er geen sprake van ernstige psychische problematiek. Veel afgewezen asielzoekers verkeren in moeilijke omstandigheden en dit heeft vaak weerslag op de gemoedstoestand van de persoon. Het MOO richt zich echter specifiek op asielzoekers met psychische of psychiatrische ziektebeelden zoals PTSS, schizofrenie, ernstige depressie en waanbeelden. Tijdens het aannamen- en screeningsproces beoordelen wij of dit bij iemand het geval is. Bij iedere afwijzing is de aanmelder op de hoogte gebracht. Zo mogelijk is er doorverwezen naar de geëigende instantie(s).

Doelgroep

87 mensen behoorden dus wel tot de doelgroep van het MOO. Van deze groep zijn de volgende variabelen in kaart gebracht:

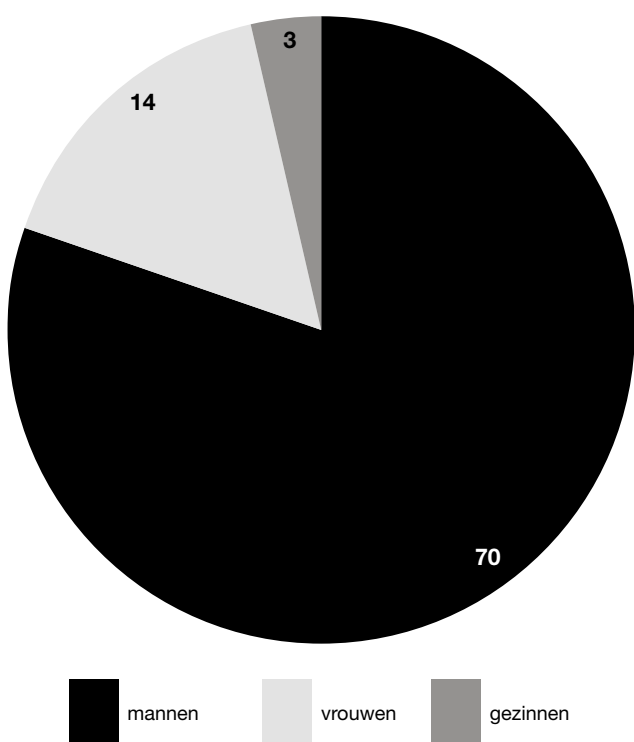
- Wat is hun sekse?
- Door wie worden zij aangemeld?
- Wat is hun land van herkomst?
- Waar verblijven zij binnen Nederland?
- Is er op het moment van aanmelden sprake van een ggz-behandeling?

¹⁵ Als we 2011 schrijven nemen we hierin de aanmeldingen die we eind 2010 ontvangen hebben mee. I.v.m. de urgentie zijn we in het laatste kwartaal van 2010 voorzichtig begonnen met opvangen van de eerste bewoners.

Sekse

In 2011 werden 70 mannen, 14 vrouwen en 3 gezinnen bij het MOO aangemeld.¹⁶ Gezinnen zijn als 1 aanmelding geteld en niet opgesplitst naar individuele gezinsleden. Dit omdat gezinnen doorgaans samen worden aangemeld en bij eventuele bewoning niet uit elkaar worden gehaald maar gezamenlijk worden opgevangen.

Grafiek 1 Man, vrouw, gezin verdeling

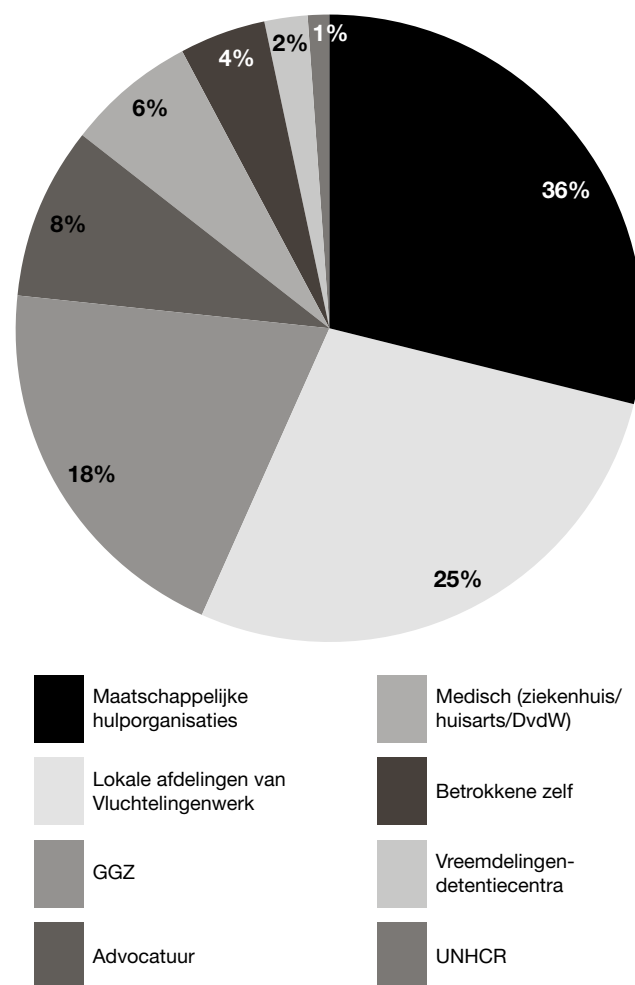


Aanmelders

Er zijn 8 soorten organisaties te onderscheiden die de aanmeldingen van potentiële cliënten verrichten. Meer dan een derde van alle aanmeldingen wordt gedaan door maatschappelijke en hulpverleningsorganisaties. Lokale afdelingen van VluchtelingenWerk hebben een kwart van de aanmeldingen gedaan. Daarna volgen de ggz en medische instellingen, die gezamenlijk ook verantwoordelijk zijn voor bijna een kwart van de aanmeldingen. Hierin zijn ook aanmeldingen vanuit de crisisdienst of gedwongen

opname meegenomen (dit is 3% van het totaal aantal aanmeldingen). De overige aanmeldingen zijn afkomstig van vreemdelingendetentiecentra, de advocatuur, VN-Vluchtelingenorganisatie UNHCR of de betrokkene zelf. Dat de (nood)hulporganisaties en de lokale afdelingen van Vluchtelingenwerk het grootste gedeelte van de aanmeldingen op zich nemen is geen verrassing. Zij worden veelvuldig geconfronteerd met asielzoekers die bij hen aankloppen omdat ze op straat staan. Het grote aandeel aanmeldingen vanuit de ggz is wel opvallend. Hieruit valt af te lezen dat de ggz groot belang hecht aan opvang om een doelmatige behandeling te kunnen bieden.

Grafiek 2 Soorten aanmelders

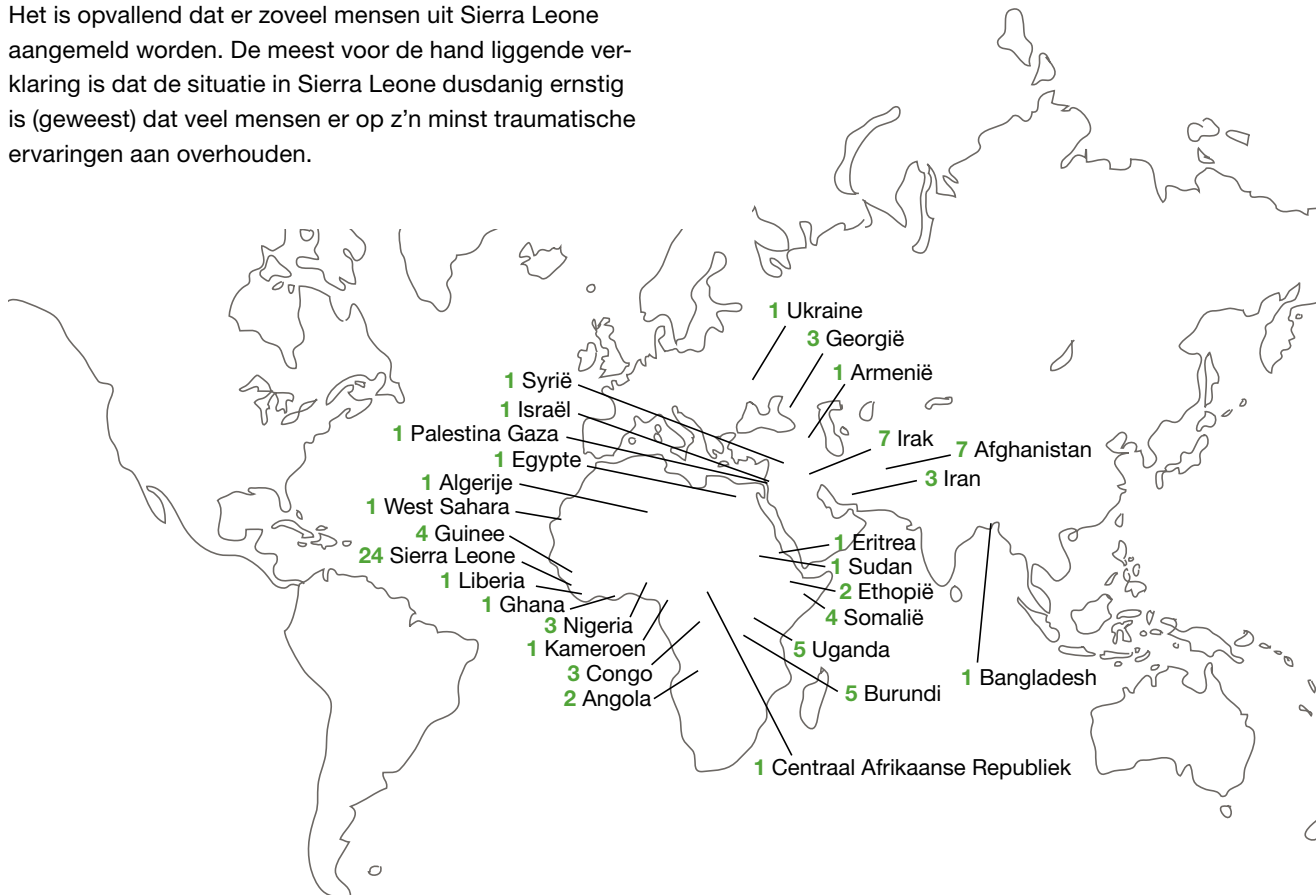


¹⁶ Met 'gezin' wordt minimaal 1 ouder met 1 of meerdere kinderen in Nederland bedoeld. Er zijn 2 gezinnen met vader, moeder en 2 kinderen aangemeld, en 1 gezin bestaande uit moeder en kind.

Herkomstlanden

Er zijn 28 verschillende landen van herkomst geteld, waarbij Sierra Leone de lijst nadrukkelijk aanvoert. Daarna volgen Afghanistan, Irak, Oeganda en Burundi. Verder is er een brede spreiding over (ex-)asiëlanden.

Het is opvallend dat er zoveel mensen uit Sierra Leone aangemeld worden. De meest voor de hand liggende verklaring is dat de situatie in Sierra Leone dusdanig ernstig is (geweest) dat veel mensen er op z'n minst traumatische ervaringen aan overhouden.



Verblijfplaats in Nederland

Binnen Nederland wonen de mensen die worden aangemeld hoofdzakelijk in de vier grote steden: Utrecht, Amsterdam, Den Haag en Rotterdam. Samen nemen zij 64% van het aantal aanmeldingen voor hun rekening. Het grootste aantal aanmeldingen komt uit Amsterdam (34) en Utrecht (13). De overige 36% komt uit alle windstreken van Nederland.

Dat het merendeel van de aangemelde ongedocumenteerden in de vier grote steden woont, was verwacht. Deze steden huisvesten relatief veel ongedocumenteerden. Ook is hier de bekendheid van het MOO het grootst. Dit betekent niet dat het probleem in andere steden en regio's niet speelt. Het MOO heeft gesprekken gevoerd met medewerkers van noodopvangorganisaties uit onder andere Groningen en Eindhoven. Zij gaven aan dat de problematiek van ongedocumenteerden met psychische problemen in grote mate aanwezig is in de regio's waar zij werkzaam zijn. Meer dan het geval lijkt uit het aantal aanmeldingen dat het MOO heeft ontvangen. Een oorzaak van het lage aantal aanmeldingen uit deze regio's is dat het voor het welbevinden van de betrokkene wenselijk is om zoveel mogelijk in de buurt van het eigen netwerk en leefomgeving te blijven. Amsterdam is vanuit dat gezichtspunt te ver weg.

Toegang tot de geestelijke gezondheidszorg

Ondanks aanwezige psychische problemen was ongeveer 40% van de cliënten op het moment van hun aanmelding niet in behandeling voor hun klachten. In Amsterdam maakten we een nadere inventarisatie van de zorgvraag.

We kozen voor Amsterdam omdat hier in 2011 een sluitende ggz-zorgketen is opgezet voor ongedocumenteerden met psychische problemen. De eerste inventarisatie dient om de benodigde omvang van de pilot zorgketen Amsterdam in 2012 te kunnen bepalen (zie voor meer informatie over deze pilot ook de conclusie van hoofdstuk drie, Toegang tot de ggz).

Op basis van gesprekken met 4 hulpverleningsorganisaties en de gegevens van de ggz-instellingen is geconcludeerd dat er in 2011 261 ongedocumenteerde patiënten in behandeling waren bij de deelnemende ggz-instellingen. Daarnaast zijn er naar schatting tussen de 200 en 250 ongedocumenteerden in beeld bij de (nood)hulporganisaties in de regio Amsterdam, die wel ggz-zorg nodig hebben maar deze zorg op dit moment niet krijgen.¹⁷

¹⁷ Werkafspraken pilot zorgketen: ggz-zorg voor ongedocumenteerden in regio Amsterdam 2012.

Deze cijfers komen overeen met de landelijke cijfers van het MOO. We kunnen dus concluderen dat er een zorgprobleem is voor ongeveer 40% van de ongedocumenteerden met psychische problemen die bij de instanties in beeld zijn.

MOO-trajecten

Nadat iemand is aangemeld en er is vastgesteld dat hij of zij tot de doelgroep behoort, zijn er drie mogelijkheden:

- 1 opvang en begeleiding
- 2 ambulante begeleiding
- 3 een plek op de wachtlijst voor bewoning

Opvang en begeleiding

Van de 87 mensen die tot de doelgroep behoren heeft het MOO in de periode tot en met 31 december 2011 26 mensen opgevangen. 15 mensen zijn doorgestroomd.¹⁸ Vanwege de hoge urgentie is het MOO in het derde kwartaal van 2010 al voorzichtig begonnen met het opvangen van de eerste mensen. Tot en met augustus 2011 beschikte het MOO over 12 woonplekken. Vanaf september 2011 kwamen hier 3 plekken bij, zodat het totaal 15 werd. De extra plekken zijn onder andere gerealiseerd omdat de wachtlijst zienderogen groeide. Dat is ook de voornaamste reden waarom we in de loop van 2011 zijn begonnen om een aantal mensen ambulant te begeleiden.

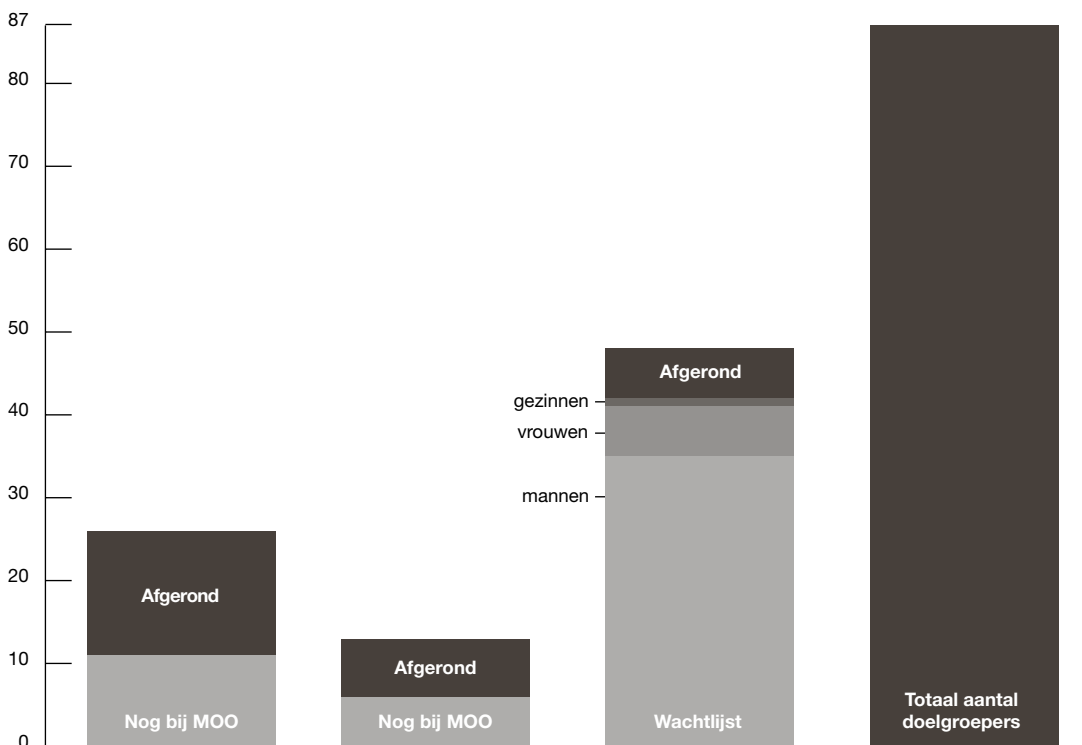
Ambulante begeleiding

Soms is de woonurgentie vrij hoog. Als er nog geen plek bij het MOO is, starten wij de begeleiding alvast ambulant. In 2011 hebben we 13 cliënten ambulant begeleid. Op 31 december 2011 waren de dossiers van 7 personen afgesloten, 6 werden er nog begeleid. In de praktijk bestaat de ambulante begeleiding vaak uit het bewerkstelligen van toegang tot zorg in de woonomgeving van de cliënt, het bieden van maatschappelijke ondersteuning of het bieden van juridische ondersteuning op verzoek van de advocaat of bij verlengingsaanvragen. Daarnaast worden we in toenemende mate gebeld met de vraag om advies. Het aantal eenmalige adviesgesprekken hebben we over de periode 2011 niet geteld.

Wachtlijst

Als iemand op de wachtlijst wordt geplaatst proberen we in contact te blijven met de aanmelder of betrokkene. Dit om te monitoren of de situatie tussentijds verandert. Tijdens de wachtperiode kan er meer of minder urgentie ontstaan voor opvang of ambulante begeleiding. Voor 6 personen op de wachtlijst is de situatie tussentijds dusdanig veranderd dat zij in 2011 weer van de wachtlijst zijn afgehaald. Hiervan hebben 2 personen in de tussentijd asiel aangevraagd, 2 personen waren niet meer te bereiken. Het is ook 2 keer voorgekomen dat een al

Grafiek 3 **Verdeling servicecombi: 31-12-2011**



¹⁸ Vlak voor de kerstperiode zijn er drie plekken vrijgekomen. Helaas was het vrijwel onmogelijk om aanmelders rond de kerst en jaarwisseling te bereiken en screeningsgesprekken te plannen. Hierdoor zijn de drie vrije plekken in 2012 opgevuld. 1 plek hebben wij voor een korte periode gereserveerd voor een bewoner die in vreemdelingendetentie vast zat.

aangemelde persoon een tijd later opnieuw is aangemeld door een andere instantie. Voor beide personen geldt dat de omstandigheden dusdanig veranderd waren, dat de eerste aanmelding is afgerond en de persoon opnieuw is geregistreerd. Op 31 december 2011 stonden er 42 personen op de wachtlijst. Hieronder zijn 35 mannen, 6 vrouwen en 1 gezin.

Resultaten opvang MOO

Een nieuwe bewoner wordt eerst wegwijs gemaakt binnen het MOO. Als hij of zij nog niet in behandeling is bij de ggz wordt dit zo snel mogelijk opgestart. Van de 26 bewoners in 2011 waren 13 bij plaatsing nog niet in behandeling. Voor 11 van hen is dit gerealiseerd bij een passende instelling. Voor 2 personen loopt dit traject op 31 december 2011 nog.

Als de persoon gestabiliseerd is, wordt vervolgens het juridisch perspectief onderzocht. Uitgangspunt is dat er voor iedereen een passend en realiseerbaar toekomstperspectief wordt gecreëerd, zodat men na afloop van het traject bij het MOO niet weer in de oude situatie belandt. We hebben per (oud-)bewoner in kaart gebracht welke stappen er op zorg- en juridisch gebied zijn genomen, en wat de stand van zaken op 31 december 2011 is. Dit overzicht staat op de volgende pagina's. We hebben de bewoners ingedeeld op het soort perspectief waar we naar toe werken of hebben gewerkt. De gegevens zijn uiteraard geanonimiseerd. Om toch een duidelijk beeld te kunnen schetsen van de omstandigheden vermelden we wel sekse, land van herkomst en of er bij aanmelding behandeling aanwezig was.

Kwalitatieve resultaten opvang MOO

sekse	land van herkomst	ggz-traject MOO	juridische route	resultaat 31-12-2011
(herhaald) asiel				
v	Oeganda	Behandeling opgestart. Diagnose: PTSS. Behandeling: medicatie en wekelijkse gesprekken.	Na stabilisatieperiode haar asielrelaas bekeken. Gezamenlijk bewijzen verkregen die asielrelaas onderbouwen. Herhaald asielverzoek ingediend.	Herhaalde aanvraag is ingewilligd. In afwachting van haar verblijfspapieren verblijft zij op een AZC. Samen met de ggz-behandelaar is bewerkstelligd dat zij op een AZC-locatie in de buurt van Amsterdam is geplaatst, waar zij bovendien een kamer voor zichzelf heeft gekregen. Wij blijven haar ambulante ondersteunen.
m	Sierra Leone	Hij zwierf in de buurt van stations en had dringend een stabiele woonplek nodig. Zo snel mogelijk behandeling opgestart. Hij heeft zware PTSS.	Na 2 jaar procederen is het gelukt om de Dublin-claim van tafel te krijgen. De IND heeft zijn asielaanvraag in behandeling genomen. Het 1 ^e en 2 ^e gehoor (voor zijn asielaanvraag) hebben plaatsgevonden, nu is het wachten op de beslissing van de IND. Wij blijven hem ambulante begeleiden.	Tijdens de asielprocedure verblijft hij op een AZC. Samen met de ggz-behandelaar is bewerkstelligd dat hij op een AZC-locatie in de buurt van Amsterdam is geplaatst, waar hij een kamer voor zichzelf heeft.
v	Eritrea	Behandeling opgestart.	Vorbereidingen voor herhaald asielverzoek getroffen.	Verblijfsvergunning verkregen omdat het ministerie het landbeleid voor Eritrea en de hiermee gepaard gaande bewijslast heeft aangepast. Zij woont bij haar partner die zij in Nederland heeft leren kennen.
m	Guinee	Deze jonge man was al onder behandeling. Dit liep goed. Zijn probleem was gebrek aan opvang.	De Medische Onderzoeks Groep (MOG) van Amnesty International brengt een onderzoeksrapport uit in deze zaak. Zodra deze er ligt, zal er een herhaald asielverzoek worden ingediend waarbij o.a. dit rapport als bewijslast zal dienen.	Wachten op rapport Amnesty.
v	Somalië	Behandeling was al aanwezig.	Vorbereidingen voor herhaald asielverzoek zijn opgestart.	

seks	land van herkomst	ggz-traject MOO	juridische route	resultaat 31-12-2011
medisch/artikel 64				
m	Somalië	Naast zijn psychische problematiek bleek deze man al maanden, zo niet jaren, met open TBC rond te lopen. Dit is geconstateerd toen hij via het MOO bij een huisarts terecht kwam. De GGD heeft vervolgens een uitgebreid behandelplan opgesteld.	Op basis van de TBC heeft hij direct art. 64 toegekend gekregen. Nadat zijn behandeling hiervoor was afgerond, is er een verzoek tot verlenging van art. 64 op basis van zijn psychische klachten ingediend.	De aanvragen voor art. 64 op grond van TBC en de verlenging van art. 64 op grond van zijn psychiatrische problematiek zijn beide toegekend. Momenteel verblijft hij op een AZC waar hij behandeling krijgt. Wij blijven hem ambulante ondersteunen.
m	Irak	Deze man was zeer wanhopig toen hij bij het MOO kwam wonen. Wij hebben behandeling voor hem opgestart.	Hij is al lange tijd in Nederland. Vanwege een kort verblijf in een ander Europees land komt hij niet voor het generaal pardon in aanmerking. Op basis van zijn psychische klachten wordt een art. 64-aanvraag opgestart, zodat hij tijdens zijn behandeling rust kan krijgen en een plan voor de toekomst kan maken.	Art. 64 is toegekend. Hij woont nu op een AZC in de buurt van Amsterdam. Wij blijven juridische ondersteuning bieden i.v.m. het traject na afloop van art. 64.
m	Sierra Leone	Er stond al een intake-gesprek bij een ggz-instelling gepland. Wij hebben hem financieel ondersteund zodat hij naar de behandelaar kon reizen.	Vanwege zijn psychische problemen hebben we een art. 64-procedure opgestart.	Hij is opgepakt en in vreemdelingendetentie gezet. Er bleek een Dublin-claim te lopen, hij is dan ook overgedragen aan Noorwegen.
m	Afghanistan	Deze cliënt is door de ggz aangemeld, omdat men zich ernstig zorgen maakte om zijn psychische situatie en instabiele woonomstandigheden.	Art. 64-procedure is opgestart. Hij heeft een voorlopige voorziening toegekend gekregen, en mag dus in ieder geval in Nederland blijven tot er over zijn aanvraag is beslist.	Omdat hij voldoende gestabiliseerd is, hebben we voor hem een woonplek in zijn eigen netwerk gevonden. Wij blijven hem voorlopig ambulante begeleiden en financieel ondersteunen. We wachten op de uitslag van zijn aanvraag.
m	Irak	Deze man leidde al een tijdje een zwerfend bestaan. Zijn eerder geïndiceerde medicatie slikte hij niet vanwege gebrek aan een (herhaal) recept. We hebben de cliënt z.s.m. bij de ggz aangemeld. Daar werd vanwege zijn ernstige klachten en paranoïde en psychotische toestand opname geïndiceerd.	Vanwege zijn psychische problemen een art. 64-aanvraag opgestart. Dit is in eerste instantie afgewezen. Het beroep bij de rechtbank is vervolgens echter gewonnen. Daarop is de IND in hoger beroep gegaan. Hij heeft een voorlopige voorziening toegewezen gekregen, en mag dus in ieder geval in Nederland blijven tot er over zijn aanvraag is beslist.	Het ggz-opnamecentrum heeft als voorwaarde voor opname gesteld dat er na zijn ontslag een plek in een AZC voor de cliënt beschikbaar moet zijn, vanwege het belang van een stabiele leefomgeving. Dit hebben we kunnen realiseren. De cliënt is momenteel opgenomen in het ggz-centrum en wordt daar intensief behandeld. T.z.t. begeleiden wij hem naar het AZC.
m	Sierra Leone	Hij heeft zeer ernstige PTSS en is chronisch suïcidaal, met name als er iets in zijn situatie en/of omstandigheden veranderd.	Deze bewoner heeft twee keer art. 64 toegekend gekregen. We hebben een aanvraag voor een tweede en laatste mogelijke verlenging van art. 64. opgestart, maar deze is afgewezen. In zijn land van herkomst zijn geen behandel mogelijkheden, maar volgens het BMA kan hij in een buurland wel behandeld worden.	Tegen deze afwijzing is bezwaar aangekend. DT&V gaat uitzoeken of er daadwerkelijk een behandeling in een buurland te realiseren is.
m	Irak	Vanwege zijn psychische problemen krijgt deze man regelmatig aanvallen die lijken op epilepsie.	Op grond van zijn trauma en bijbehorende aanvallen is voor deze bewoner art. 64 aangevraagd.	Er is een voorlopige voorziening toegekend. Het BMA heeft een specialistische psychiater geconsulteerd, waar de cliënt op gesprek is geweest. Momenteel zijn we in afwachting van de uitspraak van het BMA.
m	Guinee	Deze cliënt is door de ggz aangemeld omdat het zeer slecht met hem ging. Inmiddels is hij gestabiliseerd. De behandeling loopt nog door.	Bij aanmelding was er al art. 64 aangevraagd. Deze aanvraag loopt nog, wel is er een voorlopige voorziening toegekend.	We wachten al enige maanden op het BMA-rapport en de daaraan verbonden beslissing van de IND.

seks	land van herkomst	ggz-traject MOO	juridische route	resultaat 31-12-2011
m	Burundi	Er liep al een traumabehandeling. Er is met spoed een tweede behandeling opgestart vanwege ernstige verslavingsproblematiek.	Na afwijzing van zijn art. 64-aanvraag zijn we in beroep gegaan. Een voorlopige voorziening is inmiddels toegekend, binnenkort vindt uitspraak op het beroep plaats. Zijn land van herkomst is bevestigd door de ambassade.	De voorlopige voorziening is toegekend. We wachten de beslissing van de IND af.
m	Sierra Leone	De aanmeldende instelling had al een ggz-behandeling voor deze man gerealiseerd.	De aanmeldende instelling had ook al art. 64 aangevraagd. Voor deze man was met name het gebrek aan opvang een groot probleem.	In december 2011 is art. 64 toegekend. We zijn nu de overdracht naar het AZC aan het realiseren.
m	Sudan	De behandeling is gestart.	Art. 64 is aangevraagd, maar in eerste instantie afgewezen.	De advocaat heeft een beroep tegen de afwijzing ingediend en een voorlopige voorziening aangevraagd.
buiten schuld				
m	Gaza	Vanwege zijn sociale problematiek is er voor deze cliënt een stabiliserende behandeling gestart. Hierdoor is hij tot rust gekomen. De behandeling blijft doorlopen.	Samen met de cliënt is er gekeken naar de mogelijkheid om terug te keren naar Palestina. Dit blijkt niet mogelijk. Dat wordt ook bevestigd door DT&V, die een buiten schuld-procedure adviseert. Een complice-rende factor is dat er een ongewenst verklaring tegen de cliënt ligt. De advocaat probeert deze van tafel te krijgen.	Met financiële steun van de gemeente heeft de cliënt een nieuwe woonplek gevonden. Het MOO blijft hem ambulante begeleiden, door ondersteuning van de advocaat en gesprekken met de cliënt i.v.m. zijn geestelijke toestand.
geen perspectief in NL/terugkeer				
m	Sierra Leone	De cliënt is aangemeld door de ggz omdat hij op straat zwierf. Zijn behandeling in de stad waar hij vandaan kwam is voortgezet. Het MOO heeft de reiskosten voor deze behandeling op zich genomen.	Er is een art. 64-aanvraag opgestart. Er bleek echter onduidelijkheid te zijn over zijn identiteit.	Wij hebben de onduidelijkheid rondom zijn identiteit niet op kunnen helderen. Hierdoor was er voor hem geen perspectief in Nederland te creëren. Over terugkeer was niet met hem te praten. Uiteindelijk hebben wij de opvang beëindigd. De cliënt is weer terug gegaan naar stad waar hij vandaan kwam.
v	West-Sahara	Er is een behandeling bij een specialistisch traumacentrum opgestart. De patiënte leed aan een behoorlijk zware PTSS.	Vanwege haar herkomst was er geen legaal perspectief in Nederland mogelijk. We zijn met haar een terugkeertraject gestart. Zij heeft hierover een aantal maal met DT&V gesproken.	Hoewel zij niet negatief tegenover terugkeer stond, heeft zij uiteindelijk besloten niet verder dit traject in te gaan. Zij is vertrokken, vermoedelijk naar een ander Europees land.
m	Sierra Leone	Deze man is al vele jaren in Nederland. Hij zwierf al geruime tijd rond. Zijn advocaat maakte zich zorgen over hem en heeft hem aangemeld. Wij hebben ggz-behandeling gerealiseerd.	Voor deze bewoner is een art. 64-procedure opgestart.	De man blijft ondanks de behandeling erg verward. Om die reden is het moeilijk zijn herkomstland vast te stellen. Hij is een terugkeertraject ingegaan. Momenteel verblijft hij in een vrijheidsbeperkende locatie, in de afrondende fase van zijn terugkeertraject.
verblijf bij partner				
m	Nigeria	Er liep al een behandeling. Zijn voornaamste probleem ten tijde van plaatsing was huisvesting.	Deze cliënt heeft nooit eerder asiel aangevraagd. We hebben de mogelijkheden voor een medische procedure bekeken, maar hij was niet dusdanig ziek dat hij hiervoor in aanmerking kwam. Ondertussen heeft hij een Nederlandse partner. Ons advies was een procedure voor verblijf bij partner op te starten.	De cliënt heeft aangegeven een procedure voor zelfstandig verblijf bij partner op te starten. Hij is ook bij zijn partner gaan wonen.

seks	land van herkomst	ggz-traject MOO	juridische route	resultaat 31-12-2011
stabilisatiefase				
m	Kameroen	We zijn voor deze man een behandeling aan het opstarten.	De cliënt is na een paar weken opvang bij het MOO opgepakt en in vreemdelingendetentie geplaatst. Na een aantal weken is hij vrijgelaten, en kwam weer naar het MOO toe. Het ging psychisch nu zo slecht met hem dat wij de crisisdienst hebben ingeschakeld.	De crisisdienst heeft de cliënt opgenomen voor behandeling.
m	Sierra Leone	De behandeling loopt. Het MOO neemt de reiskosten op zich, zodat de cliënt bij zijn behandelaar kan blijven.	We waren ons aan het oriënteren op zijn juridische positie en mogelijke toekomstperspectief.	De cliënt is opgepakt en in vreemdelingendetentie geplaatst. Daar heeft hij een suicidepoging gedaan. Wij blijven contact met hem houden.
m	Uganda	Het blijkt erg lastig om een behandeling op te starten voor hem, omdat hij steeds wordt doorverwezen.	Als zijn behandeling is opgestart en hij weer stabiel is, gaan we met hem praten over zijn mogelijkheden.	
v	Iran	Deze vrouw heeft zeer grote psychische problemen. De overdracht van de behandeling naar Amsterdam was door de oude ggz-behandelaar zeer slecht geregeld. Hierdoor hebben we veel moeite om haar bij een passende instelling in Amsterdam in behandeling te krijgen. Het betreft een oudere mevrouw die geen Nederlands, Engels of Frans spreekt.	De advocaat van deze cliënte is met pensioen. Wij zoeken zelf een nieuwe advocaat voor haar. Er loopt een 3EVRM-zaak bij het Europees hof. Samen met de advocaat gaan wij kijken wat de juridische mogelijkheden zijn.	
m	Sierra Leone	Deze man was al onder ggz-behandeling bij zijn plaatsing bij het MOO.	De bewoner is pas kort bij het MOO. We zijn in de stabiliserende fase en hebben nog niet naar zijn juridisch perspectief gekeken.	

Opvangperiode

Van te voren schatten we de benodigde opvangperiode per bewoner in op 4 tot 6 maanden. In de praktijk blijkt dit gemiddeld 7 tot 8 maanden te zijn. Daarbij is er een groot verschil tussen de bewoners onderling, en zijn er uitschieters naar zowel veel kortere als veel langere bewoning.

Opvang als pilot

Het aantal opvangplekken van het MOO is bescheiden. Toch laten de resultaten zien dat het bieden van adequate opvang een belangrijke eerste stap is om de vicieuze cirkel waarin de doelgroep gevangen zit te kunnen doorbreken. In de meeste gevallen lukt het om ggz-behandeling te realiseren en een meer stabiele situatie voor iemand te creëren. Vanuit die basis kan vervolgens aan een toekomstperspectief gewerkt worden, zodat mensen niet meer ongedocumenteerd en getraumatiseerd op straat blijven zwerven.

Deze tussentijdse rapportage laat zien dat het aantal aanmeldingen groter is dan het aanbod dat wij kunnen bieden. Maar het laat ook zien dat er wel een structurele oplossing mogelijk is als er meer opvangcapaciteit gerealiseerd wordt. Uit het eerste jaar MOO blijkt ook

dat er een enorme volharding voor nodig is om resultaten te kunnen boeken. Er zijn een behoorlijk aantal knelpunten die het proces bemoeilijken of blokkeren. Een aantal hiervan waren al bekend, en zijn door het MOO opnieuw op de agenda gezet. Maar het opvangproject heeft ook een aantal nieuwe inzichten opgeleverd.

Deze knelpunten worden stap voor stap beschreven in de volgende twee hoofdstukken.

Hoofdstuk 3

Toegang tot de ggz

Inleiding

Een negatieve beslissing op de asielaanvraag betekent in de praktijk vaak dat iemand moeilijk toegang krijgt tot geestelijke zorg, ondanks het in de wet vastgelegde recht op noodzakelijke medische zorg voor iedereen. Op het moment dat er een acuut 'openbare orde-probleem' ontstaat, is crisishulp mogelijk. Een kleine verbetering in iemands toestand betekent echter dat hij of zij weer op straat komt te staan, zonder nazorg of behandeling. Ook worden patiënten regelmatig, ondanks aanwezige psychiatrische problematiek, naar de eerstelijnszorg terugverwezen in verband met hun ongedocumenteerde status. Soms al bij de aanmelding of na een intakegesprek en soms na een korte behandeling bij de ggz.

De voornaamste drempel voor het verkrijgen van passende medische zorg is dat uitgeprocedeerden niet verzekerd (kunnen) zijn tegen ziektekosten. Met de invoering van de Koppelingswet (op 1 juli 1998) werd het recht op sociale voorzieningen aan de verblijfsstatus gekoppeld. Wie geen geldige verblijfspapieren had, werd van de meeste collectieve overheidsvoorzieningen uitgesloten. Een uitzondering hierop werd gemaakt voor onderwijs, rechtsbijstand en medisch noodzakelijke zorg. Als er een medische behandeling nodig was diende de patiënt in eerste instantie de kosten zelf te betalen. Mocht hij of zij daartoe financieel niet in staat zijn, dan kon de zorgaanbieder onder voorwaarden aanspraak maken op een

vergoeding van de oninbare kosten. Hiervoor was het Koppelingsfonds in het leven geroepen. Het Koppelingsfonds was door de Stichting Koppeling opgericht met als doelstelling financiële compensatie te bieden aan artsen en hulpverleners die medisch noodzakelijke zorg hebben geboden aan onverzekerde "vreemdelingen zonder wettige verblijfsstatus die niet in staat waren de ziektekosten te betalen". Het fonds is op 1 juli 1998, tegelijk met de invoering van de Koppelingswet, operationeel geworden.¹⁹ Onder andere AWBZ-instellingen (bijvoorbeeld psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen) en ggz-instellingen moesten voor de vergoeding van kosten van onverzekerde patiënten echter een beroep doen op hun eigen budget. Een uitzondering hierop was de crisisdienst. Ongedocumenteerden met psychische problemen bleven daarom veelal verstoken van een ggz-behandeling.

Sinds 1 januari 2009 is artikel 122a van de Zorgverzekeringswet in werking getreden. Hierdoor kunnen AWBZ- en ggz-instellingen nu wel een vergoeding vragen voor ongedekte kosten van medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerbare vreemdelingen bij het College Voor Zorgverzekeraars (CVZ).

¹⁹ 19 637 Vluchtelingenbeleid, nr. 452. Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Den Haag, 2 juli 1999.

Uit een psychiatrisch onderzoek:

“Betreft een 25-jarige vrouw met een traumatisch belaste voorgeschiedenis die kampt met angstklachten, herbelevingen en vermijding. Daarnaast rapporteert zij diverse lichamelijke klachten, die een samenhang hebben met de stressklachten. Haar sociaal-maatschappelijke situatie is slecht, waarbij een beperkt sociaal netwerk en haar illegale status de voornaamste stressoren zijn.

Concluderend wordt gedacht aan een PTSS, waarbij de pijnklachten worden geduid als somatisatie zonder dat er van een somatisatiestoornis of andere psychiatrische diagnose kan worden gesproken.

Gezien de problematiek is een traumagerichte psychotherapeutische behandeling geïndiceerd bij patiënte waarbij de taalbarrière een complicerende factor is. Het is mogelijk dat de lichamelijke klachten van patiënte zullen opknappen, wanneer de PTSS voldoende behandeld is. Als adjuvante behandeling wordt een aanvullende fysiotherapeutische behandeling geopperd.

Omdat patiënte niet verzekerd is en er geen sprake is van een situatie waarin acuut medisch handelen noodzakelijk is of ernstige situaties voorkomen dienen te worden, is het niet mogelijk om patiënte te behandelen. Er wordt geadviseerd om een instelling of behandelaar te zoeken die wel een traumagerichte behandeling kan bieden voor deze onverzekerde patiënte.”

Huidige situatie

Ggz-instellingen kunnen nu 95 procent van de gemaakte kosten voor de behandeling van ongedocumenteerden met psychische problemen declareren. Daarmee lijkt de drempel voor goede zorg voor uitgeprocedeerde patiënten weggenomen. Het tegendeel blijkt waar. We ontvangen steeds meer signalen dat er nog steeds veel knelpunten zijn bij de toegankelijkheid tot ggz-instellingen. Dit wordt ook onderstreept in de evaluatie van artikel 122a in november 2011:

“Uit documenten van belangenorganisaties, gesprekken en de werkbijeenkomst blijkt dat er sprake is van onderbehandeling van ggz-problematiek bij illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen. Aangegeven is dat van de

doelgroep het topje van de ijsberg actief naar hulp zoekt, omdat ze bijvoorbeeld mondig en hoogopgeleid zijn. Twee van de belangenorganisaties die wij gesproken hebben geven aan dat er vrij veel meldingen van problemen zijn van illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen met betrekking tot de toegankelijkheid van ggz-instellingen. Er is volgens één van hen zelfs sprake van een toename van meldingen dat illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen niet terecht kunnen bij ggz-instellingen.”²⁰

²⁰ Berenschot, Evaluatie van de bijdrageregeling van artikel 122a van de Zorgverzekeringswet, november 2011.

Denis (30) komt uit Oeganda. In 2011 komt hij op het spreekuur van het ASKV. Hij slaapt niet, heeft nachtmerries en hoort stemmen. Ook geeft hij aan mensen te zien die er niet zijn. Het ASKV verwijst hem door naar een huisarts, deze meldt hem aan bij een ggz-instelling en binnen enkele weken wordt een intake gehouden en worden hem enkele gesprekken aangeboden.

Naar aanleiding van deze gesprekken neemt de betreffende psychiater contact op met het ASKV. Zij constateert dat Denis een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) heeft. Het ontbreken van een stabiele leefomgeving weerhoudt haar echter van een zinvolle behandeling.

Conclusie psychiatrisch onderzoek:

“Betreft een 30-jarige man uit Oeganda, die aangemeld wordt i.v.m. suïcidaliteit en de vraagstelling PTSS. Patiënt is een illegale vluchteling die sinds 2008 zonder geld en woonplaats in Nederland verblijft. Er is sprake van multiple traumatisering: kwijtraken van ouders op jonge leeftijd, zwerven sindsdien, gevangenisperiode met marteling en misbruik in Oeganda, verlies van beste vriend,

vrouw en kinderen zonder bericht moeten achterlaten. Naast sociale problematiek is er sprake van PTSS en depressie met suïcidaliteit.”

De psychiater vraagt het ASKV om hulp. Het gaat zienderogen slechter met Denis. Het MOO besluit hem tijdelijk onderdak aan te bieden en extra te begeleiden, zodat er wel een stabiele leefomgeving is en er tot behandeling kan worden overgegaan. De instelling besluit echter dat de behandeling toch niet wordt voortgezet omdat hij illegaal is en niet verzekerd.

De psychiater nodigt het ASKV uit om te bespreken wat wel mogelijk is. Uit het gesprek komt naar voren dat stabilisatiebegeleiding passend zou zijn. Dit is bij de huidige ggz echter niet beschikbaar. Daarom wordt besloten Denis door te verwijzen naar een derdelijnszorginstelling voor deze behandeling. Deze instelling blijkt geen aanspreekpunt voor een stabilisatietraject.

Hierop wordt Denis weer terugverwezen naar maatschappelijke steun en medische begeleiding door de huisarts.

Wat gaat er mis

Met name als een patiënt van een verzekerde naar een onverzekerde situatie gaat, zien wij grote problemen ontstaan. Dit speelt bijvoorbeeld als een asielverzoek is afgewezen, of de tijdelijke verblijfsvergunning wordt beëindigd. Als er wel behandeling is dan stopt deze vaak abrupt. Daarnaast gebruiken veel patiënten anti-depressiva, slaapmiddelen of anti-psychotica. Ook deze medicatie stopt vaak abrupt, wordt onregelmatig ingenomen en periodieke controle ontbreekt. Ook het starten van

een behandeling voor iemand die ongedocumenteerd is, blijkt zeer lastig. Dit heeft uiteraard grote gevolgen voor de geestelijke gezondheid en stabiliteit van mensen. Naar aanleiding van de casuïstiek van de pilot en de informatie van het meldpunt waaruit blijkt dat zo'n 40 procent van de mensen die zorg nodig hebben deze niet krijgt, hebben we een uitgebreide inventarisatie gemaakt in samenwerking met ggz-instellingen. Uit de analyse van deze inventarisatie door het MOO blijkt dat er zes oorzaken ten grondslag liggen aan de gebrekkige toegang tot ggz-zorg:

- 1 Onbekendheid met de CVZ-regeling
- 2 Stroeve doorverwijzingen van de huisarts naar ggz
- 3 Onduidelijkheid over apotheken
- 4 Onduidelijkheid over benodigde zorg: sociale psychiatrie of specialistische psychiatrie
- 5 Praktische problemen
- 6 Ontbreken van een stabiele omgeving en toekomstperspectief

Onbekendheid met de CVZ-regeling

De financiële regeling blijft een struikelblok. De CVZ-vergoedingsregeling bestaat al sinds 1 januari 2009, maar lijkt nog relatief onbekend bij instellingen en behandelaren. Bovendien wordt pas achteraf bepaald of de ingezette behandeling voldoet aan de voor vergoeding opgestelde criteria. Ook bedraagt de vergoeding niet de volle 100 procent. Het ontbreken van deze garantie vooraf en de beperkte vergoeding zijn belangrijke redenen om niet tot behandeling van de ongedocumenteerde patiënt over te gaan.

Het Breed Medisch Overleg deed echter een opvallende constatering:

“In het CVZ-rapport ‘Monitor Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen’, op 11 oktober 2010 uitgebracht aan de minister van VWS, komt naar voren dat door de AWBZ- en ggz-instellingen slechts voor 10% gebruik gemaakt is van het krachtens deze regeling ter beschikking staande budget voor 2009. Hieruit blijkt dat er meer ruimte in de begroting zit en dat kostenoverwegingen blijkbaar geen reden zijn om terughoudend te zijn in de te leveren zorg.”²¹

Organisaties die veelvuldig met de regeling werken bevestigen dat er in de praktijk weinig tot geen knelpunten bestaan bij het achteraf vergoed krijgen van de gemaakte behandelkosten. De onzekerheid die bij behandelaren hierover leeft lijkt dus het grootste probleem.

Stroeve doorverwijzingen van de huisarts naar ggz

Een knelpunt dat hierop aansluit is dat de doorverwijzing van huisarts naar ggz regelmatig stroef verloopt. Huisartsen die hun patiënt proberen door te verwijzen voor psychische behandeling lopen regelmatig vast en krijgen de patiënt terugverwezen omdat deze onverzekerd is. Het wijzen op de CVZ-regeling en deze uitleggen kan hier verschil maken. Bij huisartsen is echter soms ook veel onduidelijkheid over het bestaan en de werking van de CVZ-vergoedingsregeling voor ggz-instellingen. Zo heeft het MOO voor een Iraanse bewoonster een doorverwijzing ontvangen naar een ggz-instelling die zich met name richt op immigranten. Hier zijn de zorgprofessionals ook immigranten, zodat zij vaak dezelfde

taal spreken en beter aansluiten bij de leefwereld van de patiënt. In eerste instantie gaf de instelling aan haar niet te kunnen behandelen omdat zij niet verzekerd is. Nadat wij de CVZ-regeling hadden uitgelegd, hebben zij contact met CVZ opgenomen, een zorgcontract geregeld en zijn ze de cliënt gaan behandelen. De Iraanse vrouw geeft aan dat ze het zeer prettig vindt om met iemand in haar eigen taal over haar problemen te kunnen spreken en dat zij zich eindelijk begrepen voelt.

Wij ontvangen daarnaast signalen dat er ook huisartsen zijn die ongedocumenteerden weigeren.

Onduidelijkheid over apotheken

De CVZ-regeling met betrekking tot apotheken is helder: per regio is er een apotheek voor niet-verzekerden aangewezen. De medewerkers van de apotheek zijn overwegend goed op de hoogte van de regeling en werking ervan. De behandelaren echter niet altijd. Vaak weten ze niet dat ze het recept alleen naar de aangewezen apotheek kunnen sturen.

Ook de onverzekerde patiënt zelf en zijn of haar maatschappelijke begeleiders weten vaak niet dat ze naar de aangewezen apotheek kunnen gaan als ze een recept meekrijgen. We zien dat dit met name problemen oplevert als een patiënt van een verzekerde naar een onverzekerde situatie gaat. Het gevolg is dat de medicatie dan vaak plotsklaps stopt. Dit heeft uiteraard grote gevolgen voor de geestelijke gezondheid en stabiliteit van mensen.

Onduidelijkheid over benodigde zorg: sociale psychiatrie of specialistische psychiatrie

Er is tussen ggz-instellingen regelmatig discussie over de vraag wie de meeste geëigende behandelinstelling is voor deze groep. Daarbij wordt doorgaans een onderscheid gemaakt tussen sociale psychiatrie (tweedelijns) en specialistische psychiatrie (derdelijns).

Een deel van de ongedocumenteerden heeft zulke ernstige trauma's opgelopen dat er zeker specialistische (trauma)behandeling nodig is. Deze groep is aangewezen op specialistische traumacentra. Om een traumabehandeling in gang te kunnen zetten acht het ggz een stabiele situatie van essentieel belang. Het ontbreken van een vaste verblijfplaats en onduidelijkheid over of en hoe lang iemand in Nederland mag blijven, zijn veelal contra-indicaties voor het in gang zetten van een behandeling. Hierdoor gaan specialistische centra regelmatig niet op de doorverwijzing in. Om te kunnen profiteren van de specifieke (trauma-gerelateerde) expertise en gespecialiseerde zorg, ontbreekt het ongedocumenteerden in het algemeen teveel aan sociale stabiliteit.

Daarnaast geven deze centra aan dat ze bomvol zitten en te kampen hebben met lange wachtlijsten. Deels komen ze niet aan de specialistische traumabehandeling toe omdat ze bij een deel van de patiënten ook sociale psychiatrie aanbieden. Dit zou ook door de reguliere instanties verleend kunnen worden, zodat de traumacentra meer specialistische zorg kunnen bieden.

²¹ Brief BMO (21 november 2010) aan GGZ Nederland CVZ najaarsmonitor 2010 over de zorg aan onverzekerbare vreemdelingen.

Een ander deel van de ongedocumenteerden heeft psychische klachten die met name in verband kunnen worden gebracht met hun sociale problematiek (uitzichtloze situatie, moeilijke leefomstandigheden, geen vaste verblijfplaats, geen bestaansmiddelen, weinig toekomstperspectief, andere gezondheidsklachten, geen dagbesteding). De zorg voor deze patiënten is vooral sociaalpsychiatrisch. Deze groep kan door de reguliere ggz behandeld en gestabiliseerd worden.

Een aantal reguliere ggz-instellingen is echter van mening dat asielzoekers vanwege het culturele aspect en het specifieke soort problematiek specialistische zorg nodig hebben die zij niet bieden.

Praktische problemen

De behandeling van ongedocumenteerden met psychische problemen wordt bemoeilijkt door een aantal praktische problemen. Zo hebben veel ongedocumenteerden geen vaste verblijfplaats of postadres, zijn ze slecht bereikbaar en de taal niet machtig om Nederlandstalige brieven van de instelling te kunnen lezen, en ontbreekt het hun aan financiële middelen om naar de behandellocatie te reizen. Bovendien moet er vaak een tolk geregeld worden en komt er extra administratieve rompslomp bij de behandeling aan ongedocumenteerden kijken.

Deze punten worden door zorgverleners als problematisch beschouwd. De ervaring leert dat door begeleiding van maatschappelijke instellingen een deel van deze barrières weggenomen kan worden.

Bij het MOO wordt de cliënt bij de eerste afspraak standaard begeleid naar de behandelaar, huisarts en apotheek, dragen we zorg voor de reiskosten, ontvangen we de post voor de bewoner en herinneren we deze aan de gemaakte afspraken.

Ontbreken van stabiele omgeving en toekomstperspectief

Door de ggz worden regelmatig voorwaarden gesteld aan de situatie van ongedocumenteerden voordat tot behandeling wordt over gegaan. Voor een succesvolle behandeling is een stabiele omgeving vaak vereist. Het ontbreken van een vaste verblijfplaats en onduidelijkheid over of en hoe lang iemand in Nederland mag blijven, zijn veelal contra-indicaties voor het starten van de behandeling van met name PTSS. Aan deze voorwaarden kunnen veel ongedocumenteerden niet voldoen en zij blijven zo verstoken van behandeling.

Ondertussen wordt de problematiek juist verergert door een lange, slepende asielprocedure die de patiënt in jarenlange onzekerheid houdt of door het leven op straat zonder enig perspectief op verbetering.

Als de psychische problemen uiteindelijk zo ernstig worden dat er een crisissituatie ontstaat, is er meestal wel zorg te realiseren. Na het beëindigen van de crisisopvang wordt er echter geen vervolgplek of behandeling gerealiseerd en maakt de patiënt opnieuw een vrije val. Deze

problematiek wordt ook onderkend in de werkafspraken van de pilot zorgketen Amsterdam:

“Een deel van de ongedocumenteerden in de regio Amsterdam kampt met ernstige psychische of psychiatrische problemen. Crisishulp is voor hen nu goed te organiseren, maar nazorg en behandeling verloopt moeizaam. Op het moment dat er een acuut ‘openbare orde-probleem’ ontstaat, is crisishulp mogelijk. Echter een kleine verbetering in de toestand van de patiënt, betekent dat de patiënt wordt ontslagen, zonder nazorg of behandeling. Bovendien kan crisishulp worden voorkomen door eerder ingrijpen.”²²

Ook bij het MOO worden steeds vaker ongedocumenteerden aangemeld nadat hun crisisopvang en/of (gedwongen) opname in een psychiatrische instelling afloopt. Ten slotte komt een toenemend aantal ongedocumenteerden vanwege het ontbreken van een wettelijke status terecht in vreemdelingendetentie. Dit komt de psychische gezondheid vaak niet ten goede en kan iemand zelfs weer doen terugvallen in een crisissituatie. Amnesty International schreef hierover in een onlangs verschenen rapport:

“Meerdere (nationale en internationale) rapporten wijzen op de risico’s van gezondheidsschade ten gevolge van – langdurige – opsluiting. Gevangenschap maakt mensen kwetsbaar en heeft vaak een negatief gezondheidseffect. (...) Deze factoren veroorzaken gevoelens van angst en depressie, met soms (pogingen tot) suïcide en zelfbeschadiging tot gevolg. (...) Ook mensen die in goede gezondheid het detentiecentrum binnenkomen, kunnen te maken krijgen met slapeloosheid, verminderde eetlust, stress en depressie.”²³

Na beëindiging van de detentie worden zij zonder enige vervolgoopvang ‘geklinkerd’, en staan zij met hun verergerde psychische toestand (weer) op straat. Steeds vaker krijgt het MOO dan ook aanmeldingen vanuit (de psychiatrische diensten van) vreemdelingendetentie-instellingen.

Conclusie

Het belang van opvang wordt door een aantal medewerkers van ggz-instellingen steeds nadrukkelijker erkend. Daarnaast krijgt het MOO steeds vaker aanmeldingen vanuit vreemdelingendetentie en crisis- of gedwongen opname. Het belang van opvang voor iemand die net gestabiliseerd is, is essentieel. Daarnaast wordt het belang voor de openbare veiligheid en de publieke gezondheidszorg ook genoemd als een reden dat men bij ons aanklopt.

²² 2011. Werkafspraken pilot zorgketen: ggz-zorg voor ongedocumenteerden in regio Amsterdam.

²³ Amnesty International (Oktober, 2011). Vreemdelingendetentie in Nederland: Het moet en kan anders. Alternatieven voor Vreemdelingendetentie.

Wij beogen voor onze cliënten een tijdelijk bestaansminimum te garanderen en een stabiele leefsituatie te bieden. Zo kunnen bewoners tot rust komen en in staat worden gesteld om zélf naar hun toekomstperspectief te kijken en een stappenplan te maken om in de toekomst zelfredzaam te worden. Hierbij begeleiden we (middels de huisarts) op individueel niveau de cliënt richting de geëigende ggz-instelling. We kunnen voor hem of haar een aantal praktische barrières wegnemen, en met de cliënt de juiste apotheek bezoeken.

Het MOO heeft tot doel de toegang tot de ggz niet alleen op individueel niveau maar ook op structurele wijze te verbeteren.

Hiertoe hebben wij een aantal stappen ondernomen. Een deel van de genoemde knelpunten en ontwikkelingen zijn namelijk op lokaal of regionaal niveau te ondervangen. Daarom hebben het MOO en het ASKV samen met de ggz-instellingen in Amsterdam een ggz- zorgketen voor ongedocumenteerden uit asiellanden opgezet.²⁴ Dit onder coördinatie van de Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg Regio Amsterdam (Bureau Sigra). Het gezamenlijk geformuleerde doel luidt:

“het bieden van effectieve en efficiënte zorg voor ongedocumenteerden met psychische problemen;
het optimaal gebruikmaken van ieders deskundigheid, beschikbaarheid en specialisme en daarmee een verdeling van de zorglast;
duidelijkheid voor alle partijen en verwijzende instellingen;
waarmee de partijen in beginsel meer bieden dan reguliere zorg;
teneinde een preventieve werking te bewerkstelligen door crisissen en ernstig ontwrichtende situaties te voorkomen en de daaruit voortkomende uiteindelijke hogere kosten voor de zorg en maatschappij.”²⁵

Deze zorgketen in Amsterdam wordt de komende periode uitgetest en verbeterd. In het laatste hoofdstuk is daarover meer te lezen.

In het volgende hoofdstuk beschrijven we eerst de knelpunten die het bereiken van een juridisch perspectief blokkeren.

²⁴ Deelnemende partijen zijn: GGZ Arkin, GGZ inGeest, Stichting Arq, Psychotrauma Expertgroep (waaronder Equator Foundation en Centrum '45), ASKV Steunpunt Vluchtelingen (waaronder Medisch Opvangproject Ongedocumenteerden (MOO)).

²⁵ 2011. Werkafspraken pilot zorgketen: GGZ-zorg voor ongedocumenteerden in regio Amsterdam.

Hoofdstuk 4

Juridisch perspectief

Inleiding

Het uitgangspunt van het MOO is dat zieke mensen opgevangen moeten worden. Waar de reguliere opvang het af laat weten, garandeert het MOO tijdelijk een stabiele leefsituatie en een inkomen op het bestaansminimum. Zo kunnen cliënten tot rust komen en in staat worden gesteld om zelf naar hun toekomstperspectief te kijken en een stappenplan te maken om in de toekomst zelfredzaam te worden. Wij streven ernaar met iedere cliënt een passend en realiseerbaar toekomstperspectief te creëren, zodat men na afloop van een traject bij het MOO niet weer in de oude situatie belandt.

Welk toekomstperspectief er voor iemand mogelijk is, wordt uiteraard begrensd door de wetgeving en uitvoering

van de Vreemdelingenwet 2000 (Vw 2000). De mogelijkheden en beperkingen hiervan schetsen we in dit hoofdstuk. Het vreemdelingenbeleid kent een scheiding tussen asielaanvragen en reguliere aanvragen voor een vergunning tot verblijf. Een asielaanvraag is een aanvraag voor verblijf door iemand die is weggevlucht uit zijn of haar land van herkomst en in Nederland bescherming zoekt. Een reguliere aanvraag kan verschillende verblijfsdoelen hebben, zoals gezinshereniging, studie, arbeid, stage en familiebezoek. Hieronder valt ook het verblijf van iemand die buiten haar of zijn schuld niet uit Nederland kan vertrekken en van iemand die een medische behandeling moet ondergaan.

In juni 2009 wordt het ASKV benaderd door een advocaat. Hij verzoekt ons dringend om opvang te bieden aan een cliënt van hem. Abu is 27 jaar en komt uit Sierra Leone. Vanwege zijn ernstige psychische problemen is hij uit vreemdelingendetentie gezet. Tijdens zijn detentie stond hij onder 24-uurs camerabewaking vanwege suïcidaliteit.

Tijdens de intake maakt Abu een erg zieke indruk. Hij is nerveus, kortademig en nauwelijks aanspreekbaar. Hij meldt alleen dat zijn voormalige behandelaar heeft gezegd dat hij 'onder de mensen moet blijven'. Abu heeft een rommelige plastic zak bij zich, met hierin een grote verzameling van antidepressiva, slaapmiddelen en pijnstillers. Het is meteen duidelijk dat hij direct moet worden opgevangen. Abu krijgt een kamer in een van de noodwoningen van het ASKV. Ook wordt onmiddellijk gezocht naar een behandeltraject. Hij kan terecht bij Equator Foundation.

Inmiddels is er door de IND een positieve beschikking afgegeven op grond van artikel 64. Hiermee krijgt Abu tijdelijk rechtmatig verblijf, omdat ook de IND van mening is dat terugkeer naar Sierra Leone binnen drie maanden tot een medische noodsituatie zal leiden. Met Abu gaat het iets beter, maar hij is nog steeds erg ziek.

Het MOO begeleidt Abu op ambulante wijze. Gezien het tijdelijke karakter van het rechtmatige verblijf en de ernst van zijn psychiatrische klachten, is door het MOO in overleg met de advocaat een aanvraag op medische gronden ingediend. Deze procedure werd ook geadviseerd door de IND. Dezelfde IND weigert de aanvraag vervolgens in behandeling te nemen op grond van het ontbreken van een paspoort uit het land van herkomst.

Deze eis voor een medische procedure wordt door de IND slechts losgelaten als de aanvrager kan bewijzen dat hij of zij er alles aan gedaan heeft om een paspoort te bemachtigen. Dit is een proces dat vaak jaren in beslag neemt.

Het Bureau Medische Advisering geeft aan dat terugkeer onmogelijk is, gezien de psychische toestand van Abu. Er wordt door de IND of de ambassade van Sierra Leone niet aan de nationaliteit of identiteit van Abu getwijfeld. Ondertussen is de verlenging van artikel 64 toegekend en de tweede verlenging aangevraagd. Hierdoor valt Abu onder de zogenoemde 'uitstel van vertrek'-regeling. Hij heeft een woonplek op het AZC en is verzekerd voor ziektekosten. Een verblijfsvergunning heeft hij echter niet.

Voor bewoners van het MOO zijn er drie routes die we juridisch gezien kunnen bewandelen:

- 1 een reguliere verblijfsaanvraag (artikel 64 of een medische verblijfsvergunning)
- 2 een herhaald asielverzoek
- 3 terugkeer naar het land van herkomst

Een eerste mogelijkheid is om een reguliere verblijfsaanvraag te doen. Dit kan bijvoorbeeld een aanvraag op basis van medische gronden zijn, zodat er in ieder geval een medische behandeling in Nederland kan plaatsvinden. Voor mensen die om redenen buiten hun schuld niet terug kunnen naar hun land van herkomst kunnen we een reguliere buiten schuld-procedure opstarten.

De tweede optie is het indienen van een herhaald asielverzoek. Dit is een mogelijkheid als het eerste asielverzoek onterecht is afgewezen. Bijvoorbeeld als de asielzoeker door zijn of haar psychische problemen niet heeft kunnen voldoen aan de eis van de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) om coherent en consistent te verklaren.²⁶

Als er in Nederland geen legaal perspectief te creëren is, is er de mogelijkheid om terug te keren naar het land van herkomst. Een goede gezondheid is echter essentieel om terugkeer te laten slagen, blijkt uit onderzoek van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum van het Ministerie van Veiligheid en Justitie (WODC).²⁷ Hier ontbreekt het bij onze doelgroep echter vaak aan.

Wat gaat er mis

De drie mogelijke routes om tot een toekomstperspectief te komen kennen ieder hun eigen obstakels. Deze schetsen we hieronder. De nadruk ligt daarbij op de medische procedures, omdat het MOO hier vanwege de aard van de doelgroep – ongedocumenteerden met psychische problemen – het meeste mee te maken heeft.

Uitstel van vertrek (artikel 64) en motie Spekman

Er kan een medische reden zijn om een uitgeprocedeerde vreemdeling niet uit Nederland te verwijderen. Artikel 64 van de Vreemdelingenwet stelt dat uitzetting achterwege blijft zolang het gelet op de gezondheidstoestand van de vreemdeling of die van een van zijn gezinsleden niet verantwoord is om te reizen. Toepassing van artikel 64 heeft tot gevolg dat de vertrekplicht gedurende een bepaalde periode wordt opgeschort. Gedurende deze periode heeft de vreemdeling wel rechtmatig verblijf, maar geen verblijfsvergunning. Om voor artikel 64 in aanmerking te komen moet er sprake zijn van een medische noodsituatie

én er moet geen behandeling beschikbaar zijn in het land van herkomst. Als iemand niet in staat is om te reizen is dat ook voldoende grond.

De motie Spekman (2010) regelt dat onder specifieke voorwaarden zieke asielzoekers in een eerder stadium voor rijksopvang in aanmerking komen. De voorwaarden om voor artikel 64 en/of opvang in aanmerking te komen blijken in de praktijk echter te strikt, waardoor veel zieke asielzoekers alsnog verstoken blijven van rijksopvang en medische nood dreigt bij uitzetting.

Werkgroep Ongedocumenteerden met Psychische Problemen

Dit probleem heeft het MOO besproken met een aantal vreemdelingenadvocaten. De problemen met deze procedure werden door hen herkend. Daarom hebben zij de Werkgroep Ongedocumenteerden met Psychische Problemen (WOPP) opgericht.

In deze werkgroep maken advocaten, ggz-behandelaren en noodopvangorganisaties zich samen hard voor opvang en juridische mogelijkheden voor zieke asielzoekers en voor ongedocumenteerden met psychische problematiek in het bijzonder. De werkgroep wil ongedocumenteerden in psychische nood hoog op de agenda krijgen en artikel 64 en de motie Spekman beter voor hen toegankelijk maken.

Bureau Medische Advisering

De IND laat zich in deze verblijfsprocedure adviseren door het Bureau Medische Advisering (BMA) over de gezondheidstoestand van de aanvrager. Het advies van het BMA speelt een grote rol bij de beslissing van de IND.

Het BMA geeft antwoord op drie vragen:

- 1 Wat zijn de medische gevolgen als de medische behandeling zou worden gestaakt, of anders geformuleerd: ontstaat er binnen drie maanden een medische noodsituatie als behandeling uitblijft?
- 2 Welke therapiemogelijkheden zijn er in het land van herkomst beschikbaar en onder welke voorwaarden?
- 3 Kan betrokkene medisch gezien reizen en zo ja, onder welke voorwaarden?²⁸

Medische noodsituatie

De vraag of beëindiging van de lopende behandeling op korte termijn tot een medische noodsituatie zal leiden is een zeer essentieel onderdeel van het medisch advies. De gedeelde ervaring van alle WOPP-leden is dat artikel 64 voor mensen met psychische problemen doorgaans op deze grond wordt afgewezen. Het BMA-advies dat er geen medische noodsituatie ontstaat betekent in de praktijk dat als iemand met medicatie en een sociaal psychiatrisch verpleegkundige op het vliegtuig wordt gezet, verwacht wordt dat deze persoon niet binnen drie maanden

²⁶ Het toetsingskader staat in C14/3.3 Vc 2000.

²⁷ Leerkes, A., Galloway, M., Kromhout, M. (Den Haag 2010). Kiezen tussen twee kwaden. Determinanten van blijf- en terugkeerintenties onder (bijna) uitgeprocedeerde asielmigranten. Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum; Ministerie van Veiligheid en Justitie.

²⁸ IND, informatiebrief uitvoering motie Spekman.

den in het land van herkomst komt te overlijden (of volledig verlies van ADL-zelfstandigheid danwel gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis tot gevolg heeft). De definitie van 'medische nood' die het BMA hanteert is een juridische definitie en niet een medische. In het BMA-protocol van oktober 2010 wordt de omschrijving van de medische noodsituatie op korte termijn geciteerd uit de VreemdelingenCirculaire 2000. Opvallend is echter dat de operationele omschrijving van dit begrip (p.9) niet alle elementen uit de omschrijving van het VreemdelingenCirculaire overneemt. Zo blijft onvermeld dat het staken van de medische behandeling 'invaliditeit of een andere vorm van ernstige geestelijke of lichamelijke schade' tot gevolg kan hebben.²⁹ De definitie die het BMA hanteert laat zo geen ruimte om op grond van ernstig geestelijk lijden een artikel 64-aanvraag in te dienen, terwijl dit een patiënt de tijd zou geven om eerst beter te worden voordat hij of zij naar de verdere toekomst hoeft te kijken.

In 2004 werd de commissie Smeets in het leven geroepen om de gezondheidsgevolgen van de toen nieuwe asielprocedure in kaart te brengen. Volgens deze commissie is de gerichtheid van het BMA op de operationalisering van medische nood "sterk situationeel bepaald" en "creëert [het] een norm voor medische behandelaars die onhanterbaar is". De commissie Smeets formuleert een aantal ijkpunten die wel meegenomen zouden moeten worden bij de beoordeling of verblijf toegekend moet worden op basis van de gezondheidstoestand van de patiënt. Dit zijn onder meer: "aard, ernst en het stadium van de ziekte, de prognose over de ontwikkeling van de ziekte bij het ontbreken van medische zorg, de oorzaak, het tijdstip en de context van het ontstaan van de ziekte" en ook twee ijkpunten die in het huidige beleid volledig zijn verdwenen: de feitelijke toegankelijkheid van de benodigde medische zorg en de aanwezigheid van familieleden als sociaal en medisch vangnet.³⁰

Behandelmogelijkheden

Vervolgens is de taak van het BMA om uitspraken te doen over de behandelmogelijkheden in het land van herkomst. Dit roept veel vragen op. Het BMA kijkt alleen naar de algemene beschikbaarheid van een behandeling of medicatie, maar niet naar de feitelijke toegankelijkheid en kwaliteit van medische zorg.

Deze beschikbaarheid van de behandelmogelijkheden in het land van herkomst beschrijven de medische adviseurs met behulp van de landeninformatie. De informatie is vooral afkomstig van International SOS en van vertrouwensartsen van het Ministerie van Buitenlandse Zaken.

De informatie waarop het BMA zich baseert is vaak summier. Het BMA vraagt veelal wel uitgebreid om informatie, maar er wordt vaak op geantwoord met alleen de namen en adressen van medische instellingen. Inhoudelijke informatie over behandelingen ontbreekt bijna altijd.

Op basis van deze summiere informatie beoordeelt de IND alleen of er ergens in het land van herkomst een behandelaar is die de noodzakelijke behandeling kan bieden. Er wordt niet gekeken naar de feitelijke toegankelijkheid. Deze is afhankelijk van bijvoorbeeld de reisafstand naar de behandelaar, kosten van de behandeling of mogelijke uitsluiting op basis van etniciteit of sekse. In het BMA-protocol staat dat het buiten beeld blijft of de aangegeven behandelvormen individueel toegankelijk zijn.³¹ Commissie Klazinga (waarin artsen zich uitspreken over situaties waarin zij terecht komen bij het verlenen van medische zorg aan ongedocumenteerden) oordeelt dat een medisch advies waarin de individuele toegang tot zorg niet is beoordeeld, als een onverantwoordelijke individuele zorg moet worden beschouwd en dus in strijd is met goed hulpverlenerschap conform wet BIG.³² Minister Leers geeft hierop antwoord in een brief van 11 februari 2011 aan de Tweede Kamer. Het antwoord is echter politiek en niet medisch van aard. Hij stelt dat we het gat tussen onze medische kwaliteit en standaarden niet moet willen dichten via het vreemdelingenrecht.³³

Reismogelijkheden

Het BMA heeft ook als taak om in haar adviezen specifieke reisvoorwaarden te formuleren.

Een overzicht van verschillende casussen die besproken zijn in de Werkgroep Ongedocumenteerden met Psychische Problemen leert dat het gros van de aanvragers volgens het Bureau Medische Advisering wel degelijk ernstig ziek is, maar dat men wel in staat wordt geacht te reizen onder professionele begeleiding en/of met medicatie en/of met een fysieke overdracht.

Wat de fysieke overdracht betreft, is het sinds 2010 (na een uitspraak van de Raad van State) voldoende als in het BMA-advies een medische instelling of een naam van een arts wordt vermeld die de behandeling *in theorie* zou kunnen overnemen.

Het is aan de Dienst Terugkeer en Vertrek (DT&V) om de fysieke overdracht te waarborgen. Gesprekken met deze dienst kunnen echter vaak geen doorgang vinden vanwege de slechte psychische toestand van cliënten. Een nieuwe ontwikkeling is dat rechtbanken van DT&V willen weten hoe die voorgeschreven fysieke overdracht

²⁹ IND, Protocol Bureau Medische advisering, oktober 2010.

³⁰ Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid (Commissie Smeets). (Tytserk, 1 maart 2004). Medische aspecten van het Vreemdelingenbeleid.

³¹ Protocol Medische advisering aan de Immigratie- en Naturalisatie Dienst, en het kantoor Landsadvocaat.

³² Commissie Klazinga (december 2007). Arts en Vreemdeling.

³³ 19 637 Vreemdelingenbeleid, Nr. 1398. Brief van de Minister voor Immigratie en Asiel, aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Den Haag, 11 februari 2011.

daadwerkelijk wordt geregeld in het land van herkomst. Omdat DT&V hierop geen antwoord heeft wordt de betreffende persoon vaak niet teruggestuurd. Tegelijkertijd krijgt iemand echter ook géén toekenning en belandt hierdoor in een vacuüm.

Als het BMA constateert dat behandeling in het land van herkomst aanwezig is, wordt er tijdens de periode ter voorbereiding op de fysieke overdracht (als deze al plaats kan vinden) evenmin opvang geboden.

De forse kritiek op de werkwijze van het BMA en de beoordeling door de IND van aanvragen van artikel 64 is niet nieuw. Meerdere instanties, organisaties en instellingen hebben dit al naar voren gebracht. De onderbouwing van de adviezen wordt veelal als onvoldoende ervaren. Een punt van kritiek is ook dat er door niet-specialisten oordelen geveld worden over rapporten van gespecialiseerde psychiaters en psychologen over de medische problematiek van een aanvrager.

Vooralsnog blijft de huidige werkwijze echter bestaan. Met als gevolg dat veel artikel 64-aanvragen afgewezen worden.

Spekmanroute

Niet alleen in voorbereiding op, maar ook tijdens de medische procedure is de opvang van en medische zorg aan ongedocumenteerden met psychische problemen van groot belang.³⁴

De Spekmanroute is op 18 december 2008 in het leven geroepen omdat de Tweede Kamer wilde voorkomen dat medisch-kwetsbare mensen zonder opvang op straat belanden. Met de Spekmanroute zouden zij opvang kunnen krijgen gedurende de behandeling van hun medische aanvraag of verzoek om artikel 64.

In de praktijk blijken er echter vele problemen te bestaan bij de uitvoering. Hierdoor krijgt deze groep mensen alsnog geen opvang in afwachting van de beslissing op hun aanvraag.

Bovendien leidt de wijze van uitvoering van de motie Spekman door de IND ook niet tot opvang van asielzoekers die al voor 1 januari 2010 een aanvraag op medische gronden in hebben gediend. Mensen die ongewenst zijn verklaard komen ook niet in aanmerking voor deze motie. Ook ongedocumenteerden die nooit asiel hebben aangevraagd vallen buiten de regeling. Een grote groep zorgbehoevenden valt dus buiten de boot bij de uitvoering van de motie Spekman.

In de zomer van 2009 is er een Ex-Ante Uitvoeringstoets (EAUT) uitgevoerd. Op basis van ervaringen van de afgelopen jaren werd de verwachte doelgroep hierin op ongeveer 1200 ex-asielzoekers per jaar geschat. In de evaluatie van de motie Spekman worden de cijfers vanaf

1 juli tot en met 22 november 2010 gepresenteerd.

“Tot en met 22 november 2010 zijn er ongeveer 230 informatiepakketten verzonden aan vreemdelingen die tot de doelgroep behoren. Daarvan zijn er circa 130 pakketten retour gezonden. De IND heeft ongeveer 60 van deze retour gezonden pakketten compleet bevonden en is er een afspraak gemaakt om de aanvraag in te dienen bij het IND-loket. De overige aanvragen waren ofwel niet compleet omdat de toestemmingsverklaring ontbrak ofwel omdat het medisch dossier van de vreemdeling naar het oordeel van het BMA niet actueel dan wel volledig was. In ongeveer 50 gevallen heeft het BMA binnen twee weken medisch advies uitgebracht. Aan een kleine 10 vreemdelingen is artikel 64 Vw toegekend omdat niet binnen twee weken advies kon worden uitgebracht. Rond de 40 aanvragen zijn op basis van het BMA-advies direct afgewezen en een kleine 10 aanvragen zijn direct ingewilligd.

(...) Gelet hierop, en mede door de goede ketensamenwerking, is de uitvoering van de motie succesvol.”³⁵

Gezien de uiterst strenge uitvoering van de motie Spekman is dit lage aantal toekenningen niet verbazingwekkend. De conclusie echter wel. Het is natuurlijk positief dat minister Leers wil doorgaan met de opvang van zieke asielzoekers die aan bovengenoemde voorwaarden voldoen. Maar in totaal kregen dus slechts twintig zieke asielzoekers in het eerste jaar opvang op grond van deze nieuwe regeling. De minister beoordeelt de motie als succesvol, maar zijn de voorwaarden om voor opvang in aanmerking te komen niet te strikt als er maar zo weinig mensen aan kunnen voldoen?

Om deze vraag te onderzoeken heeft de Werkgroep Ongedocumenteerden met Psychische Problemen (WOPP) dertig casussen uit heel Nederland onder de loep genomen. Daaruit blijkt dat het merendeel van de aanvragen niet strandt om inhoudelijke redenen maar omdat volgens de IND niet aan alle administratieve vereisten is voldaan. Zo dient er gebruik gemaakt te worden van een speciaal aanvraagpakket, waarbij het gemiddeld een week duurt voordat dit pakket wordt ontvangen. Daarnaast dient er voldoende (specialistische) informatie te worden toegestuurd, voorzien van alle toestemmingsverklaringen van zowel de vreemdeling als de arts(en). De juiste informatie dient in de juiste envelop te worden geretourneerd. Al deze informatie mag niet meer dan een maand oud zijn. Dit is niet eenvoudig: alle medici dienen in dezelfde korte periode een volledige reactie te sturen, anders verloopt ondertussen de termijn van de overige medische rapportages.

³⁴ Met ‘tijdens de procedure’ bedoelen we de periode na indiening van de aanvraag maar voor de toekenning of afwijzing.

³⁵ Evaluatie van de uitvoering van de motie Spekman c.s. over uitgeprocedeerde asielzoekers die een aanvraag om medische redenen hebben ingediend (3 februari 2011).

In de praktijk blijkt dat de aanvraag niet in behandeling wordt genomen als een arts geen informatie verstrekt. Het gebeurt ook dat aanvragen niet in behandeling worden genomen omdat alleen informatie van een huisarts onvoldoende wordt bevonden of omdat de verkeerde envelop is gebruikt.

Een representatief voorbeeld:

Op 2 maart 2012 wordt een aanvraag ingediend. Naast de standaard vereiste bijlagen bevat deze een intake-verslag van de psychiater en het patiëntendossier van de huisarts (februari 2012) met een verslag van de crisisinterventie van november 2011. Op 7 maart 2012 wordt een brief nagestuurd van een psychiater van een andere ggz-instelling, waarin de behandeling wordt toegelicht. Naar deze brief, die gedateerd is op eind december 2011, werd in de aanvraag reeds verwezen.

De IND beantwoordt de aanvraag met een standaardbrief: "Gebleken is dat niet alle relevante stukken zijn gestuurd en/of dat de verzonden stukken niet compleet zijn." Een nota van Bureau Medische Advisering is bijgevoegd waarin staat dat zij het verzoek om opvang niet in behandeling kunnen nemen omdat de huidige psychiatrische behandeling niet duidelijk is, omdat het laatste behandelplan ontbreekt en omdat de informatie van de tweede psychiater ontbreekt. De stukken die 7 maart zijn nagestuurd worden niet meegenomen in de aanvraag.

Het resultaat is dat de asielzoeker niet in aanmerking komt voor opvang in het kader van de motie Spekman. Hij krijgt niet de kans om binnen een bepaalde termijn de ontbrekende stukken aan te vullen. Er moet opnieuw een pakket worden aangevraagd bij de IND en alle medici moeten opnieuw worden aangeschreven omdat de medische gegevens inmiddels ouder dan een maand zijn. De uitvoeringspraktijk is kortom weerbarstiger dan het lijkt. Het filter is bedoeld om misbruik van de motie Spekman te voorkomen. Zo hoopte men er bijvoorbeeld de spreekwoordelijke ingegroeide teennagel uit te pikken: ex-asielzoekers zonder serieuze medische klachten die artikel 64 aanvragen om onderdak te krijgen in een asielzoekerscentrum. Het filter houdt in de praktijk echter ook zieke mensen tegen. Zonder enige beoordeling van de gezondheid van de aanvragers duren procedures hierdoor onnodig lang en staan ernstig zieke mensen nog steeds op straat.

De motie Spekman heeft bijgedragen aan een snellere besluitvorming nadat een aanvraag in behandeling is genomen. Hoewel snelle besluitvorming op zich positief is, blijkt dit in de praktijk met name te leiden tot snelle afwijzingen. Dit in tegenstelling tot de standaard artikel 64-procedures, waarbij de beslisperiode velen malen langer is, maar de kans op een positief resultaat ook vele malen groter.

Door de snelle afwijzingen zien advocaten zich genoodzaakt in de bezwaarfase een Voorlopige Voorziening (VoVo) bij de rechtbank aan te vragen. Een toegekende Voorlopige Voorziening (VoVo) geeft het recht om in Nederland te blijven gedurende de afwachting van de uitspraak. We zien steeds vaker dat de rechtbank deze VoVo toewijst op grond van onzorgvuldige besluitvorming bij de IND. Ondanks deze toewijzing wordt de asielzoeker echter niet toegelaten tot een asielzoekerscentrum, waardoor schrijnende situaties ontstaan.

Aanvraag tot verblijf op medische gronden

Sinds de herziene asielprocedure van juli 2010 is het uitgangspunt dat medische problemen zoveel mogelijk in een vroeg stadium van de asielprocedure worden beoordeeld. Zodoende kan medische problematiek worden meegenomen in de beslissing op de asielaanvraag. Het kan echter voorkomen dat medische problemen pas tijdens of na de beroepsfase in de asielprocedure aan het licht komen, ontstaan of verergeren en daardoor niet meer kunnen worden meegenomen in de beslissing op de asielaanvraag. Ook kunnen medische problemen op zichzelf aanleiding zijn om een aanvraag in te dienen voor het verlenen van een reguliere verblijfsvergunning voor medische behandeling. Voorwaarden zijn dat het uitblijven van een medische behandeling leidt tot een medische noodsituatie, Nederland naar het oordeel van de minister het meest aangewezen land is voor de medische behandeling en de financiering van de medische behandeling is geregeld.

Men kan een beroep doen op de reguliere medische procedure om in aanmerking te komen voor een medische verblijfsvergunning.

De hierboven genoemde artikel 64-regeling is een zogenoemde uitstel van vertrek-regeling. De aanvrager krijgt geen verblijfsvergunning, maar wel recht op opvang in een AZC en een zorgverzekering. Een verblijf voor medische behandeling is wel een verblijfsvergunning, en geeft daarmee ook het recht op sociale voorzieningen. Om in aanmerking te komen voor deze medische verblijfsvergunning moet iemand aan een aantal voorwaarden voldoen. Er zijn twee belangrijke knelpunten voor ongedocumenteerden. Ten eerste de hoge legeskosten die bij indiening van een medische aanvraag betaald moeten worden. Deze kosten zijn voor ongedocumenteerden vaak niet op te brengen. Ten tweede het paspoortvereiste. Dit betekent dat de te overleggen bewijzen op met name het gebied van nationaliteit en identiteit steeds vaker als harde voorwaarde worden gesteld om überhaupt een medische procedure te kunnen starten. Dit is volgens ons een disproportionele eis, zeker als in de asielprocedure helemaal niet getwijfeld is aan iemands afkomst of identiteit. Nu worden procedures afgewezen omdat iemand geen paspoort bezit, zonder dat er naar de aanvragers medische toestand wordt gekeken.

Deze eis wordt slechts losgelaten als de aanvrager aan de IND bewijzen kan overleggen dat hij of zij er alles aan gedaan heeft om een paspoort te bemachtigen. Dit proces neemt vaak jaren in beslag.

Deze twee knelpunten hebben mede tot gevolg dat er een verschuiving plaatsvindt van medische aanvragen naar verzoeken om artikel 64. Met als resultaat dat de groep mensen die vroeger direct een vergunning kon aanvragen nu eerst in de wachtkamer belandt. De rechtspositie van deze groeiende groep is zeer wankel.

Buiten schuld-procedure

Het komt voor dat mensen van wie het asielverzoek is afgewezen toch niet terug kunnen keren naar hun land van herkomst, om redenen waar zij zelf niks aan kunnen doen. Zij kunnen een reguliere buiten schuld-procedure opstarten. Een groot probleem is dat deze procedure heel lang kan duren, soms wel jaren. Hierdoor zitten mensen lang in onzekerheid over hun toekomstperspectief en hebben al die tijd geen recht op opvang en voorzieningen.

Herhaalde Asielaanvraag (HASA)

De groep asielzoekers die al bij binnenkomst in Nederland kampt met ernstige psychische problematiek blijkt aanzienlijk te zijn. Het project Meldpunt Asielzoekers met Psychische Problemen (MAPP) heeft het bestaan en de omvang van deze groep in kaart gebracht. Uit onderzoek van het MAPP is gebleken dat tijdens de asielprocedure weinig rekening wordt gehouden met de psychische problemen van de asielzoeker. Deze problemen zijn er in veel gevallen echter de oorzaak van dat een asielzoeker geen consistente verklaring kan afgeven, waardoor het asielverzoek ten onrechte wordt afgewezen.³⁶

Om dit te voorkomen is in de herziene asielprocedure (vanaf 1 juli 2010) standaard een medische check voor elke asielzoeker opgenomen. Het doel van die check is om gezondheidsproblematiek vroeg te signaleren, zodat er bij beoordeling van de aanvraag rekening mee gehouden kan worden. De medische check werkt echter nog niet naar behoren, blijkt uit de 'Asielbarometer' van VluchtelingenWerk. Hun conclusie luidt:

“De kwaliteit van het medisch advies is echter nog niet goed genoeg. Het is niet duidelijk wat de diagnose is en welke gevolgen er verbonden moeten worden aan een bepaalde diagnose.”³⁷

Ook na de invoering van de medische check worden er nog steeds asielverzoeken afgewezen omdat een asielzoeker door zijn of haar psychische problemen geen coherent en consistent asielrelaas kan doen. Als het asielverhaal na veel inspanning door hulpinstaties en

advocatuur wel gestaafd kan worden, kan er een herhaald asielverzoek worden ingediend. Het indienen van een herhaald verzoek is echter aan strikte voorwaarden verbonden. In de tussenliggende periode hebben deze mensen geen recht op opvang en verergeren hun psychische klachten vaak.

Terugkeer naar land van herkomst

Daarnaast is er een groep ongedocumenteerden met ernstig psychische problemen waarvoor geen legaal perspectief in Nederland te creëren is, maar die wel kunnen terugkeren naar het land van herkomst.

In 2010 heeft het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) onderzocht waarom sommige uitgeprocedeerde asielmigrantenzoekers terugkeren naar het land van herkomst terwijl anderen de voorkeur geven aan illegaal verblijf in Nederland. Gezondheid blijkt van grote invloed te zijn op iemands intentie om terug te keren. Zoals in de samenvatting van het rapport wordt gezegd:

“Het onderzoek laat zien dat een deel van de lage mate van terugkeerintentie toegeschreven lijkt te moeten worden aan gezondheidsproblemen. De indruk bestaat dat het merendeels gaat om psychische klachten. De studie laat zien dat er een sterk positief verband is tussen gezondheid en terugkeerintentie.

Gezondheid lijkt op verschillende manieren bij te dragen aan zelfstandige terugkeer. Het gaat gepaard met een positiever oordeel over terugkeer en de maatschappelijke omstandigheden in het land van herkomst. Daarnaast lijkt het bij te dragen aan het (zelf)vertrouwen dat men terugkeer tot een succes kan maken.

Verder zijn er aanwijzingen dat (psychisch) gezonde respondenten in vergelijking met respondenten met gezondheidsklachten in sterkere mate ontvankelijk zijn voor drang vanuit de overheid tot zelfstandige terugkeer wanneer zij bijna zijn uitgeprocedeed.”³⁸

Door de knelpunten in de artikel 64-procedure en bij de motie Spekman krijgen mensen echter niet de kans om eerst beter te worden. Pas dan kunnen zij een weloverwogen keuze maken om aan een geslaagde terugkeer te werken.

Conclusie

Ons uitgangspunt is dat zieke mensen moeten worden opgevangen. Daarna kan er gekeken worden wat iemands toekomstperspectief is, in Nederland of in het land van herkomst.

³⁶ Berents, Mellink, Pannekoek (maart 2009). Goed Gehoord? Drie jaar Meldpunt Asielzoekers met Psychische Problemen – MAPP.

³⁷ VluchtelingenWerk Nederland (zomer 2011). Herziene asielprocedure een verbetering? In Asielbarometer, nummer 1.

³⁸ Leerkes, A., Galloway, M., Kromhout, M. (Den Haag 2010). Kiezen tussen twee kwaden. Determinanten van blijf- en terugkeerintenties onder (bijna) uitgeprocedeerde asielmigranten. Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum; Ministerie van Veiligheid en Justitie.

Er zijn meerdere manieren om in aanmerking te komen voor legaal verblijf in Nederland. Daarnaast bestaat er voor sommige mensen de mogelijkheid om terug te keren. Omdat de doelgroep van het MOO uit zieke mensen bestaat, komen medische aanvragen bij ons in de praktijk het meeste voor. Er zijn echter veel knelpunten die een kansrijke aanvraag bijna onmogelijk maken. Hierdoor blijven zieke mensen nog steeds op straat staan.

Om een aanvraag op medische gronden te kunnen doen is een goede voorbereiding van groot belang. De voormalige staatssecretaris van Justitie, Nebahat Albayrak, heeft bepaald dat de aanvrager zélf verantwoordelijk is voor het compleet maken van het medische dossier ter onderbouwing van de medische aanvraag. Zo zou een snelle eerste schifting gemaakt kunnen worden tussen kansrijke en kansarme aanvragen.

Uit de hulpverleningspraktijk is echter gebleken dat vooral mensen met psychische problemen niet in staat zijn de noodzakelijke handelingen te verrichten. Zeker niet als opvang, individuele begeleiding en toegang tot de ggz in deze voorbereidende fase ontbreken.

Het Medisch Opvangproject van het ASKV startte gelijktijdig met de uitvoering van de motie Spekman. Deze motie leek een goede vervolglocatie te bieden aan de patiënten die het MOO opvangt tijdens de voorbereiding op een juridische procedure. De praktijk blijkt echter anders te zijn.

Om tot structurele verbeteringen te komen in de situatie van ongedocumenteerden met psychische problemen richten wij ons daarom op de knelpunten in de bestaande procedures. In het volgende hoofdstuk schetsen we ontwikkelingen en aanbevelingen met betrekking tot deze procedures.

Daarnaast geven we ook aanbevelingen om de toegang tot zorg te verbeteren. En we noemen de voorgenomen ontwikkelingen binnen het meldpunt en de opvang van het MOO.

Conclusie, ontwikkelingen en aanbevelingen

Inleiding

Zieke mensen zet je niet op straat, maar geef je opvang en begeleiding. Met dit uitgangspunt is het Medisch Opvangproject Ongedocumenteerden opgericht. Ongedocumenteerden met psychische problemen komen in een negatieve vicieuze cirkel terecht: geen papieren, geen opvang, geen behandeling, geen papieren. Door opvang te bieden kunnen we deze vicieuze cirkel doorbreken. We streven ernaar voor iedereen een passend en realiseerbaar toekomstperspectief te creëren, zodat men na het verblijf bij het MOO niet weer in de oude situatie belandt.

Het ASKV heeft ervoor gekozen om met een pilotproject te laten zien wat er mogelijk is en wat de resultaten van deze aanpak zijn. Uit de resultaten van het eerste jaar MOO blijkt dat de vicieuze cirkel inderdaad doorbroken kan worden door adequate opvang en begeleiding te bieden. Dit is de basis van waaruit verder gewerkt kan worden.

Uit de eerste periode MOO kunnen we concluderen dat opvang en begeleiding de basis zijn:

- voor een stabiele leefsituatie;
- voor toegang tot (effectieve) ggz-behandeling;
- om naar iemands toekomstperspectief te kijken en hieraan te werken, ongeacht of dit legaal perspectief in Nederland is of terugkeer naar land van herkomst;
- om incidenten te voorkomen.

De resultaten en expertise van het eerste jaar MOO zetten we in om structurele voorzieningen te realiseren, die aansluiten bij de medische zorg en opvang die ongedocumenteerde psychiatrische patiënten nodig hebben. We ontwikkelen voorstellen voor duurzame oplossingen die deze groep én de samenleving ten goede komen.

In dit laatste hoofdstuk staan deze structurele oplossingen centraal. We bespreken per projectonderdeel waar we naartoe werken, hoe we dit aan het vormgeven zijn en welke ontwikkelingen wij op gang willen brengen. Ook geven we aanbevelingen om de geconstateerde knelpunten op te lossen. Dit alles met het doel om de voorwaarden te scheppen die duurzame oplossingen mogelijk maken.

Probleemconstatering en opvang

Het doel van het opvangproject is om een goed werkend praktijkvoorbeeld neer te zetten. De ervaringen en resultaten van het MOO dienen als voorbeeld voor nieuw op te zetten structurele voorzieningen. Ook laat het MOO zien dat opvang aan ongedocumenteerden met psychische problemen wel degelijk realiseerbaar is.

Het belang van opvang moge duidelijk zijn. Maar hoe moet deze opvang er dan uit zien? Het MOO heeft dit onderzocht en in de praktijk gebracht. In de eerste fase van het project hebben we een aanname- en screeningsprotocol ontwikkeld, de opvang en begeleiding vormgegeven en een samenwerking opgezet binnen een netwerk van instellingen. De combinatie van stabiele opvang, professionele behandeling en begeleiding is een van de bepalende aspecten van het project gebleken.

De komende projectperiode staat in het teken van het aanscherpen en aanvullen van onze kennis. Medio 2012 starten we een onderzoek waarin we de opvang en begeleiding zoals die gewenst is door ggz-instellingen, GGD en gemeente in kaart brengen. Dit integreren we vervolgens in de opvang zoals we die nu bieden om als praktijkvoorbeeld te dienen.

Meldpunt en cijfers

Het doel van het meldpunt is om de doelgroep in kaart te brengen. Hiermee willen we zicht krijgen op de grootte van de groep waarvoor structurele opvang noodzakelijk is, en op de knelpunten waar deze groep tegenaan loopt.

Dit doen we door te meten:

- Hoeveel mensen worden er aangemeld?
- Wat zijn de kenmerken van deze groep?
- Welke resultaten behalen we met bewoners van het opvangproject?

Het meldpunt levert veel nuttige en noodzakelijke informatie op. In het vervolg van het project blijven we systematisch aanmeldingen stimuleren en cijfers genereren die inzicht geven in (de grootte van) gepaste structurele opvang.

Voor iedere persoon die op de wachtlijst van het MOO staat, is deze wachtlijst te lang. De komende periode gaan we precies in kaart brengen hoe lang de gemiddelde verblijftijd bij het MOO duurt en welke factoren daarin bepalend zijn. Ook gaan we onderzoeken hoe lang iemand gemiddeld op de wachtlijst staat. Dit onderzoek zal medio 2012 starten.

Hoog in het vaandel staat het creëren van een passend en realiseerbaar toekomstperspectief, zodat men na opvang bij het MOO niet weer in de oude situatie belandt. De komende periode gaan we een onderzoek uitvoeren naar de resultaten op langere termijn. Waar staat iemand een half jaar of een jaar nadat de opvang bij het MOO is beëindigd? Dit onderzoek zal eind 2012 gestart worden, medio 2013 verwachten we de resultaten.

Als aanvulling op dit onderzoek gaan we steekproefsgewijs bekijken wat er met mensen gebeurt die wel op de

wachtlijst staan, maar (nog) niet in de opvang terecht zijn gekomen. Deze resultaten zullen ook in 2013 gepresenteerd worden.

Na anderhalf jaar MOO merken we dat we behalve als meldpunt ook steeds vaker als vraagbaak fungeren. De komende periode gaan we in kaart brengen waar de kennisbehoefte ligt en van wie deze afkomstig is. Waar nodig kunnen er voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd worden.

Toegang tot de ggz

Zieke mensen hebben in de eerste plaats een behandeling nodig, zodat zij beter kunnen worden of ten minste stabiliseren. Ons doel is dan ook om de ggz breed toegankelijk te maken voor ongedocumenteerden met psychische problemen en psychiatrische ziektebeelden. In het derde hoofdstuk hebben we de knelpunten bij de toegang tot de ggz in kaart gebracht. Een deel van deze knelpunten is op lokaal of regionaal niveau te ondervangen. Daartoe hebben het MOO en het ASKV samen met de ggz-instellingen in Amsterdam een ggz-zorgketen voor ongedocumenteerden uit asiellanden opgezet.³⁹ Dit onder coördinatie van de Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg Regio Amsterdam (Bureau Sigra).

In 2012 gaat het MOO deze pilot in samenwerking met de partners verder ontwikkelen, evalueren en verbeteren. In 2012 en 2013 willen we de opgedane expertise inzetten om soortgelijke zorgketens op regionaal of lokaal niveau op te zetten, aangepast aan de plaatselijke situatie. Zo kunnen de plaatselijke ggz-instellingen afspraken maken wie voor welke problematiek de geëigende behandelaar is, kunnen de ggz en maatschappelijke organisaties afspraken maken over de begeleiding van de patiënt, en kan onbekendheid met de CVZ-betaleregeling worden weggenomen.

Verder zal het MOO in het laatste kwartaal van 2012 starten met het organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten aan de ggz. Tijdens deze bijeenkomsten bespreken we de doelgroep, hun problematiek en de problemen bij het verkrijgen van toegang tot ggz. Hiermee willen we de drempels wegnemen voor ggz-instellingen om de doelgroep in behandeling te nemen.

Toegang tot zorg is een groot goed, en het belang hiervan wordt door velen gedragen. Het Breed Medisch Overleg houdt zich hier nadrukkelijk mee bezig. Het MOO is aangesloten bij het BMO en zal middels dit platform de voorlichting op zich nemen.

Aanbevelingen

- 1 Onlangs heeft Berenschot een evaluatie van de bijdrageregeling voor vergoeding van kosten van behandeling aan onverzekerbare vreemdelingen uitgevoerd. Het Breed Medisch Overleg heeft hierop gereageerd met de volgende aanbeveling: "Uit de evaluatie blijkt dat de ggz-zorg in bepaalde regio's minder toegankelijk is ("Wel leeft de indruk dat er minder bekendheid is omtrent de regeling in 'stille gebieden' en binnen de ggz."). Deze constatering herkennen wij. Het zou dan ook toe te juichen zijn als op dit punt CVZ een pro-actieve rol zou willen innemen."⁴⁰
Ook het MOO beveelt van harte aan dat het CVZ een actieve rol inneemt bij het informeren van ggz-instellingen omtrent de betaalregeling.
- 2 Het MOO sluit zich ook aan bij een eerdere aanbeveling van het BMO, dat medische vakverenigingen een grote en pro-actieve rol dienen te spelen om meer bekendheid te geven aan de positie van ongedocumenteerden en hun recht op medische zorg.
- 3 De ggz-instellingen dienen op regionaal niveau onderling af te stemmen hoe ze de zorgplicht aan ongedocumenteerden invullen en inhoudelijk verdelen. Ook kunnen zij kennis uitwisselen over onder meer de CVZ-regeling.
- 4 Ten slotte zou de informatievoorziening aan ongedocumenteerden over hun rechten veel nadrukkelijker moeten plaatsvinden.

Juridisch perspectief

Doel van het MOO is om de zorgvuldigheid en kwaliteit van de juridische procedures op medische gronden te verbeteren. Het probleem waar we stelselmatig tegenaan lopen is dat er door een juridische bril wordt gekeken naar medische problematiek, waarbij er voorbij wordt gegaan aan de reële situatie waarin de desbetreffende persoon zich bevindt.

Wat betreft het juridisch toekomstperspectief voor de doelgroep richt het MOO zich met name op de artikel 64 uitstel van vertrek-regeling (VW 2000), met en zonder de motie Spekman.

Om deze regelingen beter toegankelijk te maken voor ongedocumenteerden met psychische problemen is in 2011 de Werkgroep Ongedocumenteerden met Psychische Problemen (WOPP) opgericht. In samenwerking met het WOPP gaat het MOO de komende tijd een aantal stappen ondernemen. In de eerste plaats voeren we een lobby richting de landelijke politiek. We gaan in gesprek met Tweede Kamerleden om ze te informeren over de huidige slechte uitvoering van artikel 64 en de motie Spekman.

³⁹ Deelnemende partijen zijn: GGZ Arkin, GGZ inGeest, Stichting Arq, Psychotrauma Expertgroep (waaronder Equator Foundation en Centrum '45), ASKV Steunpunt Vluchtelingen (waaronder Medisch Opvangproject Ongedocumenteerden (MOO)).

⁴⁰ BMO, brief n.a.v. evaluatie van de bijdrageregeling van artikel 122a van de Zorgverzekeringswet. Utrecht, 18 januari 2012.

Ook dragen we oplossingen aan om deze procedures en de uitvoering ervan kwalitatief te verbeteren. De gesprekken worden onderbouwd met (exemplarische) casuïstiek die binnen de werkgroep is verzameld. We zijn in 2011 met deze gesprekken gestart en zullen hier in 2012 mee verder gaan. De aanbevelingen hieronder zullen wij in deze gesprekken uiteraard naar voren brengen.

In de tweede plaats gaan we de uitvoerende instanties, met name de artsen van het Bureau Medisch Advies (BMA), aanspreken op hun verantwoordelijkheden als medici. In dit traject gaan we eerst met het BMA in gesprek. In vervolggesprekken brengen we steeds nadrukkelijker contra-expertise en second opinions op de adviezen in. In 2012 wordt het BMA uitgenodigd om bij een overleg van het WOPP aanwezig te zijn.

Een derde stap is dat we jurisprudentie vergaren en creëren over de invulling van het begrip 'medische nood'. Wij willen dat dit weer een medisch begrip wordt, waarbij de huidige juridische invulling niet leidend meer is.

Tot slot willen we de onderlinge uitwisseling van kennis tussen de ketenpartners van het WOPP verder uitbreiden.

Aanbevelingen

De motie Spekman:

- 1 Alle mensen die een aanvraag voor artikel 64 hebben ingediend en een voorlopige voorziening (VoVo) toegelaten hebben gekregen, moeten door het rijk worden opgevangen tot er een beslissing over de aanvraag is genomen.
- 2 De Spekman-route dient ook toegankelijk te worden gemaakt voor ongedocumenteerden zonder asielachtergrond en voor mensen in de (hoger) beroepsfase. Voor deze groepen is de route nu niet toegankelijk.
- 3 Het komt regelmatig voor dat op een artikel 64-aanvraag wordt besloten dat iemand wel ziek is, maar toch geacht wordt terug naar het land van herkomst te kunnen. Deze mensen dienen overheidsopvang te krijgen tot het moment dat terugkeer gerealiseerd kan worden.
- 4 Er moeten meer geschikte AZC-plekken voor psychiatrische patiënten komen. Bij het plaatsen van mensen in een AZC moet rekening met de locatie gehouden worden, zodat de behandeling van de patiënt bij de eigen behandelaar voortgezet kan worden.
- 5 De overheid moet de administratieve drempels wegnemen die de aanvraag van de Spekman-route bemoeilijken. Zo zou aanvullende informatie (binnen een bepaald tijdsbestek) wel geaccepteerd moeten worden en worden meegenomen in de aanvraag.

Bureau Medische Advisering (BMA) (artikel 64):

- 1) Het BMA moet voor de beoordeling van iemands medische situatie gespecialiseerde artsen inzetten, waarvan de functie gelijkwaardig is aan die van de behandelend arts. Zo kan een basisarts niet een psychiatrisch ziektebeeld beoordelen, een psychiater wel.

2) Het moet standaard mogelijk zijn om onafhankelijke contra-expertise in te roepen naar aanleiding van een BMA-advies. De zwaarte hiervan moet gelijkwaardig zijn aan het BMA-advies. Deze mogelijkheid bestaat op vergelijkbare wijze bij bijvoorbeeld een taalanalyse.

3) Bij beoordeling van de aanvraag moet niet gekeken worden naar de theoretische beschikbaarheid van de benodigde zorg, maar naar de individuele toegankelijkheid van deze zorg voor de aanvrager.

4) De berichtgeving over de aanwezige zorg is nu afkomstig van anonieme bronnen en SOS-berichtgeving. Deze informatie zou op zijn minst aangevuld moeten worden met onafhankelijke expertise van internationale zorgorganisaties, zoals Artsen zonder Grenzen of het Rode Kruis.

Medische procedure:

- 1 Het ontbreken van een paspoort mag geen aanleiding zijn om een aanvraag niet inhoudelijk te beoordelen. Mocht de beslissing op de aanvraag positief zijn, dan kan er alsnog verzocht worden om iemands identiteit aan te tonen. Als dit niet mogelijk blijkt, dient coulant te worden omgegaan met de zogenaamde 'bewijsnood'.

Ten slotte

Het doel van het MOO is de juiste opvang, behandeling en begeleiding van ongedocumenteerden met ernstige psychische problemen te realiseren. Zodat na afloop van dit project zieke mensen niet meer op straat staan en een reëel toekomstperspectief krijgen. Het is duidelijk gebleken dat adequate opvang de sleutel is om hun situatie te kunnen verbeteren. Een aantal ggz-instellingen heeft inmiddels aan het MOO laten weten dat zij hun cliënten succesvoller kunnen behandelen sinds het MOO hun opvang garandeert. De rijksoverheid dient hier als eerste haar verantwoordelijkheid in te nemen. Hierboven doen wij een aantal aanbevelingen om opvang door de rijksoverheid te realiseren. Het huidige politieke klimaat en de op handen zijnde strafbaarstelling van illegaliteit maken de situatie er niet makkelijker op. Het aantal zieke mensen dat op straat staat, wordt echter niet vanzelf kleiner.

Een deel van de groep ongedocumenteerden met psychische problemen zal niet in aanmerking komen voor landelijke opvang. Voor hen willen wij in samenwerking met gemeentes lokale oplossingen realiseren. Het zijn tenslotte de gemeentes die met het probleem geconfronteerd worden. De gemeentes met wie wij in gesprek zijn geven aan dat zij het probleem herkennen. Ook bij hen staan er ongedocumenteerden die ernstig ziek zijn op straat. Dit is een zeer onwenselijke situatie. De combinatie van ernstig ziek zijn en ongedocumenteerd zijn maakt mensen extra kwetsbaar. Deze groep heeft daarom specifieke aandacht nodig. Tijdens gesprekken met gemeentes benadrukken we daarom dat er juist voor deze groep een oplossing gevonden moet worden.

Bridget groeit op bij haar vader, op het platteland van Oeganda. Haar moeder is op jonge leeftijd overleden. Na de dood van haar vader wordt ze door de 'Region Chief' uitgehuwelijkt aan een man die, zo blijkt later, een rebel is. Hij neemt haar mee naar een rebellenkamp in Congo. Daar wordt ze tegen haar wil vastgehouden. Af en toe worden er mensen die geprobeerd hebben te vluchten publiekelijk dood gemaakt. Bridget woont zo'n twee jaar in dit kamp, als haar man tijdens een missie om het leven komt. Kort daarna wordt ze gedwongen mee te gaan op een missie naar Oeganda. Ze moet een koffer dragen en erg ver lopen. Op een gegeven moment wordt haar begeleider bij de Oegandese grens aangehouden. Nadat Bridget naar hem toeloopt, wordt ook zij aangehouden. In haar koffer blijken explosieven te zitten en Bridget wordt gearresteerd. Tijdens haar detentieperiode wordt ze stelselmatig gemarteld en verkracht. Op een dag wordt ze voor dood gehouden en op een lijkenstapel in een moeras gegooid. Op deze manier weet ze te ontkomen. Ze krijgt hulp van een vrouw die haar naar Nederland helpt vluchten.

In augustus 2010 vraagt Bridget asiel aan in Nederland. Haar aanvraag wordt door de IND afgewezen omdat ze geen identiteits- of reisdocumenten bij zich heeft. En omdat de IND van mening is, dat als Bridget echt weg wilde uit het kamp, zij op het moment dat haar begeleider werd aangehouden had kunnen vluchten. Omdat ze is teruggelopen naar haar begeleider, die een paar meter achter haar liep, wilde ze volgens het IND niet echt vluchten. De IND vindt haar vluchtverhaal ongeloofwaardig.

Tijdens de asielprocedure merken de asieladvocaat en de mensen van Vluchtelingenwerk meermaals op dat het niet goed gaat met Bridget. Ze lijkt erg in de war en heeft veel lichamelijke klachten. In de drie maanden dat Bridget in een AZC verbleef, is er echter geen psychiater bij haar komen kijken.

Nadat haar asielaanvraag is afgewezen wordt ze op straat gezet. Ze komt terecht bij het ASKV, die

haar aanmeldt bij het MOO. In oktober 2010 wordt ze door het MOO opgevangen. Tijdens de intakeprocedure komt duidelijk naar voren dat ze ernstige psychische klachten heeft. Het MOO verwijst haar door naar een traumacentrum. Daar wordt onze zorg gedeeld. De psychiater die de intake verzorgt maakt zich ook ernstige zorgen over Bridget. Een traumabehandeling volgt.

Het was overduidelijk dat haar psychische problemen de oorzaak zijn geweest dat haar asielaanvraag werd afgewezen. Nadat zij psychische behandeling heeft gekregen, hebben we met haar over haar asielverhaal kunnen praten.

We hebben voor haar een andere advocaat gezocht en een verzoek gedaan bij Amnesty International voor een medisch onderzoek. Daar is haar dossier onderzocht en is zij als cliënt geaccepteerd. Amnesty International bevestigt haar verhaal. Het lukt het MOO ook om contact op te nemen met de 'Region Chief' en de directeur van haar oude school. Beiden bevestigen haar verhaal schriftelijk. Mede op basis van deze informatie dient haar advocaat een herhaald asielverzoek in.

Met medewerking van haar behandelaar en het COA is het gelukt om in een AZC in de buurt van Amsterdam een plek te krijgen, zodat haar behandeling voortgezet kan worden. In juni 2011 wordt haar herhaalde asielaanvraag toegekend. Bridget krijgt een verblijfsvergunning b-grond (3 EVRM). Het MOO blijft ondertussen contact met haar houden, terwijl ze in afwachting van haar papieren en een woning in het AZC blijft wonen.

In maart 2012 krijgt ze een eigen huisje in Amsterdam. Het gaat -naar omstandigheden- goed met haar. Ze is wat spraakzamer, ziet er goed uit en begint heel voorzichtig toekomstplannen te maken. Ze gaat nu een integratietraject in, met de nadruk op verder Nederlands leren. Ooit hoopt ze verpleegster te worden.

Literatuur

Amnesty International (oktober, 2011). *Vreemdelingen-detentie in Nederland: Het moet en kan anders -Alternatieven voor Vreemdelingendetentie-*.

Berenschot (november 2011). *Evaluatie van de bijdrageregeling van artikel 122a van de Zorgverzekeringswet.*

Berents, Mellink, Pannekoek (maart 2009). *Drie jaar Meldpunt Asielzoekers met Psychische Problemen -MAPP. Goed Gehoord?.*

Borst-Eilers (Den Haag, 2 juli 1999). *Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. 19 637 Vluchtelingenbeleid, nr. 452.*

Breed Medisch Overleg (21 november 2010). *Brief aan GGZ Nederland CVZ najaarsmonitor 2010 over de zorg aan onverzekerbare vreemdelingen.*

Breed Medisch Overleg (18 januari 2012). *Brief aan Vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Evaluatie van de bijdrageregeling van artikel 122a van de Zorgverzekeringswet.*

Commissie Klazinga (december 2007). *Arts en Vreemdeling.*

Dirkzwager, A.J.E., Bramsen, I., & Van der Ploeg, H.M. (2003). *Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: a prospective study. Personality and Individual Differences, 34, 1545-1559.*

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). *De relatie tussen cognitieve copingstrategieën en symptomen van depressie, angst en suicidaliteit. Gedrag & Gezondheid, 29, 148-158.*

Gersons, Prof. Dr. B.P.R. en dr. M. Olf (2005). *Behandelingsstrategieën bij Posttraumatische Stress Stoornissen.* uitgever Bohn Stafleu van Loghum.

IND. *Informatiebrief uitvoering motie Spekman.*

IND (oktober 2010). *Protocol Bureau Medische advisering.*

Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid (Commissie Smeets). (Tytserk, 1 maart 2004). *Medische aspecten van het Vreemdelingenbeleid.*

Leerkes, A., Galloway, M., Kromhout, M. (Den Haag 2010) *Kiezen tussen twee kwaden. Determinanten van blijf- en terugkeerintenties onder (bijna) uitgeprocedeerde asielmigranten.* Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum; Ministerie van Veiligheid en Justitie.

Leers (Den Haag, 3 februari 2011). *Kamerbrief, Evaluatie van de uitvoering van de motie Spekman c.s. over uitgeprocedeerde asielzoekers die een aanvraag om medische redenen hebben ingediend.*

Leers (Den Haag, 11 februari 2011). *Brief van de Minister voor Immigratie en Asiel, aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. 19 637 Vreemdelingenbeleid, Nr. 1398.*

Monat, A., & Lazarus, R. S. (1991). *Stress and coping: an anthology.* New York: Columbia University Press.

Nieuwenhuijzen Kruseman (3 januari 2012). *Ook in 2012 is de zorg er voor iedereen.* KNMG.

Spekman, Van de Camp, Anker (17 december 2008). *Evaluatie Vreemdelingenwet 2000, Motie van het lid Spekman c.s. 30846, nr. 4.*

VluchtelingenWerk Nederland (zomer 2011). *Herziene asielprocedure een verbetering?* In Asielbarometer, nummer 1.

Werkafspraken pilot zorgketen: ggz-zorg voor ongedocumenteerden in regio Amsterdam. 2011.

Afkortingen

ASKV	Amsterdams Solidariteits Komitee Vluchtelingen
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZC	Asielzoekerscentrum
BMA	Bureau Medisch Advies
BMO	Breed Medisch Overleg
CVZ	College Voor Zorgverzekeraars
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DT&V	Dienst Terugkeer en Vertrek
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
ggz	geestelijke gezondheidszorg
HASA	Herhaalde Asielaanvraag
IND	Immigratie- en Naturalisatiedienst
MAPP	Meldpunt Asielzoekers met Psychische Problemen
MOG	Medische Onderzoeksgroep (Amnesty International)
MOO	Medisch Opvangproject Ongedocumenteerden
PTSS	Posttraumatische Stress-stoornis
VoVo	Voorlopige Voorziening
VW 2000	Vreemdelingenwet 2000
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum van het Ministerie van Veiligheid en Justitie
WOPP	Werkgroep Ongedocumenteerden met Psychische Problemen

Noodgedwongen ontstond drie jaar geleden bij het ASKV het idee voor een opvangproject voor ongedocumenteerden met ernstige psychische problemen. Door deze groep onderdak te bieden wilden we voorkomen dat zij zonder zorg op straat komen te staan. Dit resulteerde in het Medisch Opvangproject Ongedocumenteerden (MOO). Het MOO biedt niet alleen opvang, maar brengt ook de omvang van deze groep in kaart, en de knelpunten en problemen waar zij tegen aan lopen. Uiteindelijk hopen we zo tot structurele oplossingen te komen.

Of dit ambitieuze landelijke project in de praktijk zou gaan werken was natuurlijk nog maar de vraag. Het ASKV is hierom een samenwerking aangegaan met de Open Deur. Samen hebben we in 2010 de start van het MOO daadwerkelijk kunnen realiseren. Sinds begin 2011 draait het MOO op volle toeren.

In deze publicatie geven we een overzicht van de resultaten van een jaar MOO. Ook benoemen we hierin de moeilijkheden waar ongedocumenteerden met psychische problemen tegenaan lopen. Uiteraard geven we tot slot een serie aanbevelingen om deze knelpunten aan te pakken.

Colofon

Medisch Opvangproject Ongedocumenteerden

Bezoekadres Dirk Sonostraat 169, 1067 XX Amsterdam
Postadres Postbus 8888, 1006 JB Amsterdam
Tel 020 775 3478, 06 4030 8918, 06 3605 1219
Fax 020 845 4191
moo@askv.nl
www.askv.nl/moo



Tekst Alice Beldman, Boukje Berents, Steffie van de Lande en Rieke Spierings

Eindredactie Rinske Bijl

Fotografie Bas Baltus

Vormgeving Inge Bekkers

Het MOO is een initiatief van het ASKV en de Open Deur. Het ASKV is een onafhankelijke organisatie die zich inzet voor de belangen van asielzoekers en uitgeprocedeerden in Nederland. Het ASKV steunt en begeleidt afgewezen asielzoekers die niet terug kunnen naar hun land van herkomst. De Open Deur is een oecumenisch centrum dat onder meer pastorale en psychosociale begeleiding biedt aan mensen zonder documenten.

April 2012

Het MOO is financieel mogelijk gemaakt door: Innovatiefonds Zorgverzekeraars, Skanfonds, Cordaid, KNR Projecten in Nederland, Gemeente Amsterdam, Het R.C. Maagdenhuis, Stichting Rotterdam, Stichting RCOAK (Roomsche Katholiek Oude Armen Kantoor), Stichting aan het Roer, Stichting M.C. van Beek, Haëlla Stichting, Hélène de Montigny Stichting, Stichting Casterenshoeve, M.A.O.C. Gravin van Bylandt Stichting, Mr August Fentener van Vlissingen fonds, VAJN (Vereniging Asieladvocaten en -juristen Nederland) en particuliere giften.

