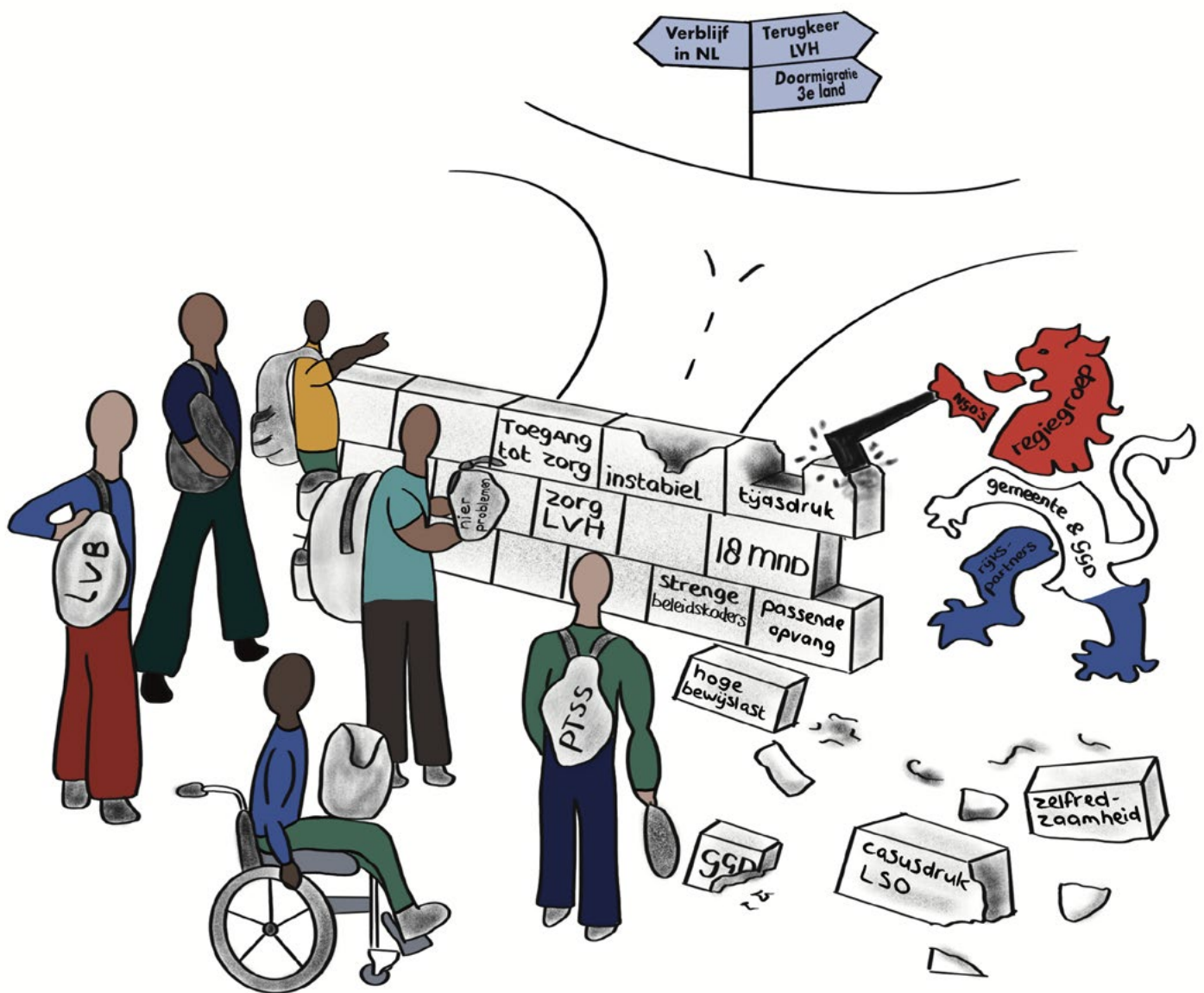


# Van Onzichtbaar naar Zichtbaar

Knelpunten met en Oplossingen voor Medisch Kwetsbare Ongedocumenteerden in de LVV Amsterdam



# Van Onzichtbaar naar Zichtbaar

**Knelpunten met en Oplossingen voor  
Medisch Kwetsbare Ongedocumenteerden in de LVV Amsterdam**

# DE REGIEGROEP ONGEDOCUMENTEERDEN AMSTERDAM

---

De Regiegroep Ongedocumenteerden Amsterdam houdt toezicht en monitort de uitvoering, voortgang en resultaten van gemeentelijk en landelijk beleid rondom ongedocumenteerden in Amsterdam; organiseert de samenwerking met maatschappelijke organisaties, gemeentelijke, landelijke en internationale overheden; werkt samen met lokale, landelijke en internationale partners aan een duurzaam toekomstperspectief voor ongedocumenteerden; en doet (on)gevraagd onderzoek op het gebied van mensen zonder een verblijfsvergunning. HVO-Querido, VluchtelingenWerk West en Midden-Nederland en ASKV-Steunpunt Vluchtelingen (samen: de regieraad) hebben het initiatief genomen tot het opzetten van de Regiegroep in Amsterdam voor het uitvoeringsplan 24-uurs opvang ongedocumenteerden. De Regiegroep rapporteert aan de stuurgroep LVV Amsterdam en de gemeente Amsterdam, in het bijzonder de wethouder Sociale Zaken, Diversiteit en Democratisering. De Regiegroep verricht haar taken sinds 2 september 2019.

## COLOFON

---

**'Van Onzichtbaar naar Zichtbaar: Knelpunten met en Oplossingen voor Medisch Kwetsbare Ongedocumenteerden in de LVV Amsterdam.'**

© Regiegroep Ongedocumenteerden Amsterdam (RgOA)  
Uitgave van de RgOA, Amsterdam, juni 2021  
Auteur en onderzoeker: Dr. Joan van Geel, medewerker van de RgOA  
Omslagontwerp en illustraties: Rianne Mertens, eigenaar Liefsmies  
Opdrachtnemer opmaak binnenwerk: Natnaël Tefera, eigenaar KODING

U mag citeren uit de RgOA-rapporten, mits u de bron vermeldt.

Regiegroep Ongedocumenteerden Amsterdam  
Surinameplein 122  
1058 GV Amsterdam

[www.rgoa.nl](http://www.rgoa.nl)  
[info@rgoa.nl](mailto:info@rgoa.nl)

Het onderzoek naar de knelpunten met en oplossingsrichtingen voor medisch kwetsbare ongedocumenteerden in de LVV Amsterdam is voorbereid en uitgevoerd door de Regiegroep Ongedocumenteerden Amsterdam in samenwerking met begeleidende organisaties in Amsterdam, lokale en landelijke overheden.

# VOORWOORD

---

Voor u ligt het rapport 'Van Onzichtbaar naar Zichtbaar' waarin de Regiegroep Ongedocumenteerden Amsterdam verslag doet van het onderzoek naar de knelpunten met en oplossingen voor medisch kwetsbare ongedocumenteerden in de LVV Amsterdam.

In Amsterdam wordt sinds 1 maart 2019 samengewerkt aan bestendige oplossingen voor ongedocumenteerden binnen de pilot-LVV. Dit gebeurt door een bijzondere samenwerking met verschillende partijen: lokale NGO's, lokale en landelijke overheden. De LVV is bedoeld voor mensen zonder recht op verblijf of rijksopvang. Enkele groepen zijn uitgesloten van deelname, zoals vreemdelingen met een zwaar inreisverbod van 10 jaar of hoger, ongewenstverklaarden, EU-burgers en Dublinclaimanten. Zij krijgen in principe geen opvang en begeleiding in de LVV. Mensen die in aanmerking komen voor deelname dragen een eigen verantwoordelijkheid voor het zoeken naar deze bestendige oplossing en worden hierbij ondersteund door middel van individuele begeleiding en opvang.

Op het LSO en de clusteroverleggen werken de verschillende partijen in Amsterdam samen om op casuïstiek niveau bestendige oplossingen te creëren voor LVV deelnemers. Om deze bestendige oplossingen te bereiken dienen knelpunten te worden opgelost. Dit blijkt een behoorlijke uitdaging bij deelnemers die kampen met medische problematiek. Daarom wordt in Amsterdam ingezet op specifieke ondersteuning voor medisch kwetsbaren, bijvoorbeeld door middel van het Medisch Opvangproject Ongedocumenteerden (MOO). **Dit rapport onderzoekt welke knelpunten er ondanks de extra inzet nog spelen, en welke mogelijke oplossingsrichtingen er zouden kunnen worden ingezet om de duurzame uitstroom van medisch kwetsbare ongedocumenteerden te verhogen.**

Dit onderzoek is uitgevoerd en geschreven door Dr. Joan van Geel, medewerker van de RgOA. Als coördinator van de RgOA wil ik Joan bedanken voor haar enorme inspanning om dit onderzoek tot een succes te maken. Vanwege de maatregelen rondom het coronavirus waren de omstandigheden waarin zij dit onderzoek heeft uitgevoerd verre van ideaal. Ondanks alles wist ze een goed resultaat af te leveren. Daarnaast bedank ik Angelique Thodé, die als medewerker van de RgOA Joan heeft geassisteerd in de uitvoering van het onderzoek. Verder bedank ik de begeleidende partijen, de lokale en landelijke overheden voor hun ondersteuning bij de dataverzameling, medewerking met interviews, het beantwoorden van vragen van de onderzoeker, het invullen van vragenlijsten, en het aanleveren van informatie of verwijzen naar documenten.

Ik wens u, namens de RgOA, nieuwe inzichten toe en hoop dat dit rapport en de aanbevelingen voldoende handvatten zullen bieden voor toekomstig beleid.



Mpanzu Bamenga  
Coördinator Regiegroep Ongedocumenteerden Amsterdam

# INHOUDSOPGAVE

---

<b>Voorwoord</b>	<b>4</b>
<b>Afkortingen</b>	<b>7</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>8</b>
<b>1. Introductie</b>	<b>11</b>
<b>1.1. Medisch kwetsbare ongedocumenteerden in de LVV Amsterdam</b>	<b>11</b>
<b>1.2. Doelstelling en hoofdvraag van dit onderzoek</b>	<b>11</b>
<b>2. Methoden van onderzoek</b>	<b>13</b>
<b>2.1. Definitie medisch kwetsbare ongedocumenteerden: wie werd (niet) meegeteld?</b>	<b>13</b>
<b>2.2. Data</b>	<b>15</b>
2.2.1. Moederlijst medisch kwetsbare ongedocumenteerden - 159 personen	15
2.2.2. GGD data – geanonimiseerde dataset zelfredzaamheidsindex	16
2.2.3. Interviews en vragenlijsten LVV partijen	17
<b>2.3 Bronnen</b>	<b>17</b>
<b>3. De populatie medisch kwetsbare ongedocumenteerden in de LVV Amsterdam</b>	<b>18</b>
<b>3.1. Hoe ziet de populatie medisch kwetsbare ongedocumenteerden eruit?</b>	<b>18</b>
<b>3.2. De trajecten van medisch kwetsbare ongedocumenteerden</b>	<b>19</b>
<b>3.3. De populatie medisch kwetsbare ongedocumenteerden in andere LVV steden</b>	<b>20</b>
<b>3.4. Aard van de medische problematiek</b>	<b>20</b>
3.4.1. Geestelijke gezondheid	21
3.4.2. Somatische problematiek	22
3.4.3. Basis Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL)	23
3.4.4. Verslavingsproblematiek	24
3.4.5. Multipelere problematiek	25
<b>4. Huidige oplossingsrichtingen</b>	<b>26</b>
<b>4.1. Casuïstiek overleggen: het LSO, MCO, COPPA en MRT</b>	<b>26</b>
<b>4.2. Opvang: HVO Querido, Maya Angelou, LDH, MOO basis en MOO intensief</b>	<b>27</b>
<b>4.3. Huisartsenzorg: de Kruispost en de GGD</b>	<b>29</b>
<b>4.4. Dokters van de wereld</b>	<b>29</b>
<b>4.5. Een passend(er) participatie aanbod</b>	<b>29</b>
<b>4.6. Ondersteuning bij terugkeer</b>	<b>30</b>
<b>4.7. Expertise delen</b>	<b>31</b>

# INHOUDSOPGAVE VERVOLG

<b>5. Knelpunten</b>	<b>32</b>
<b>5.1. Algemene knelpunten</b>	<b>32</b>
5.1.1. Te veel casussen, het belang van diepgang en beperkte medische informatieuitwisseling	32
5.1.2. Tijdsdruk op psychische, chronische en progressieve ziektebeelden	33
5.1.3. Niet-duurzame uitstroom en een gebrek aan een dekkende definitie van kwetsbaarheid	33
5.1.4. Wat doen we eerst? Paradox: stabiliseren versus activeren	34
5.1.5. Toegang tot zorg	35
5.1.6. Zwaar Inreisverbod	36
5.1.7. Geen passende opvang	37
<b>5.2. Knelpunten bij juridische begeleiding</b>	<b>38</b>
5.2.1. Artikel 64 Vw/een medische vergunning: (nog) niet duurzaam	38
5.2.2. Uitgangspunt zelfstandigheid, bewijslast en (her)aanvragen	38
5.2.3. Uitgangspunt zelfstandigheid, bewijslast en her-aanvragen	39
<b>5.3. Knelpunten bij TKO en TK begeleiding</b>	<b>40</b>
5.3.1. Discrepantie tussen beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg	40
5.3.2. Spanningsveld vraag en aanbod	42
<b>6. Toekomstige oplossingsrichtingen</b>	<b>43</b>
<b>6.1. Oplossingsrichtingen algemene knelpunten</b>	<b>43</b>
6.1.1. Scherp afgebakende en toetsbare definitie	43
6.1.2. Meer expertise en samenwerking met zorginstellingen	44
6.1.3. Profielschets en integrale trajecten met flexibele einddatum	45
<b>6.2. Oplossingsrichtingen juridische knelpunten</b>	<b>46</b>
6.2.1. Meer mensen tijdig laten doorstromen naar TK of integrale trajecten	46
6.2.2. Wettelijke en/of-beleids-kaders verruimen en in kaart brengen structurele problematiek	46
<b>6.3. Oplossingsrichtingen TKO en TO</b>	<b>47</b>
6.3.1. Samenwerkingsverbanden met ziekenhuizen in land van herkomst	47
<b>7. Het bereiken van duurzame oplossingen voor medisch kwetsbaren, nu en in de toekomst</b>	<b>48</b>
7.1. Conclusies	48
7.2. Aanbevelingen	49
<b>Literatuurlijst</b>	<b>53</b>
<b>Appendix A: definitie medisch kwetsbare ongedocumenteerden in de LVV Amsterdam</b>	<b>54</b>
<b>Appendix B: Generaliseerbaarheid van de bevindingen</b>	<b>55</b>

## AFKORTINGEN

---

<b>ASKV</b>	Amsterdams Solidariteits Komitee Vluchtelingen
<b>ADL</b>	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
<b>AVIM</b>	Afdeling Vreemdelingenpolitie, Identificatie en Mensenhandel
<b>AMC</b>	Academisch Medisch Centrum
<b>BBB</b>	Bed, Bood, Bad voorzieningen
<b>BMA</b>	Bureau Medische Advisering
<b>BtB</b>	Bridge to Better (Toekomst-en-terugkeer organisatie)
<b>CAK</b>	Centraal Administratie Kantoor
<b>CIS</b>	Centrum voor Internationale Samenwerking
<b>COPPA</b>	Casuïstiekoverleg Ongedocumenteerden met Psychische Problematiek Amsterdam
<b>DT&amp;V</b>	Dienst Terugkeer & Vertrek
<b>DvdW</b>	Dokters van de Wereld
<b>EMDR</b>	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
<b>GGD</b>	Geneeskundige en Gezondheidsdienst
<b>GGZ</b>	Geestelijke Gezondheidszorg
<b>GWF</b>	Goedwerk Foundation
<b>HIV</b>	Human immunodeficiency virus
<b>HVO-Querido</b>	Stichting Hulp Voor Onbehuisden Querido
<b>IND</b>	Immigratie en Naturalisatie Dienst
<b>JS</b>	Juridische screening
<b>JT</b>	Juridisch traject
<b>LDH</b>	Leger Des Heils
<b>LSO</b>	Lokale Samenwerking Overleg
<b>LVV</b>	Landelijke Vreemdelingen Voorziening
<b>MCO</b>	Medisch Cluster Overleg
<b>MOH</b>	Met Opgeheven Hoofd (terugkeer en toekomst oriëntatie VWN)
<b>MOO</b>	Medische Opvang Ongedocumenteerden, onderdeel van ASKV
<b>MRT</b>	Multidisciplinair Review Team
<b>NGO</b>	Niet-gouvernementele Organisatie
<b>OLVG</b>	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
<b>PPP</b>	Persoonlijk Perspectief Plan
<b>PTSS</b>	Post-traumatische Stress Stoornis
<b>RgOA</b>	Regiegroep Ongedocumenteerden Amsterdam
<b>RiZ</b>	Recht in Zicht (juridische begeleiding Leger des Heils)
<b>TKO</b>	Toekomst oriëntatie traject
<b>TK</b>	Terugkeer traject
<b>VWN</b>	Vluchtelingen Werk Nederland
<b>WODC</b>	Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatiecentrum

# SAMENVATTING

---

Dit rapport onderzoekt de subpopulatie medisch kwetsbare ongedocumenteerden in de LVV Amsterdam, welke knelpunten er spelen bij deze subpopulatie, en welke huidige en toekomstige oplossingsrichtingen er (kunnen) worden geïmplementeerd om tot duurzame oplossingen te komen. Een medisch kwetsbare ongedocumenteerde is 'een persoon zonder geldige verblijfsstatus die kampt met vastgestelde medische problematiek'. De centrale onderzoeksvraag in dit rapport is: **Hoe kunnen knelpunten die spelen bij medisch kwetsbare ongedocumenteerden worden opgelost, opdat de duurzame uitstroom uit het LVV-programma van deze groep wordt bevorderd?**

De eerste conclusie uit het onderzoek gaat over de subpopulatie medisch kwetsbare ongedocumenteerden: het is een substantiële en gevarieerde groep. De subpopulatie medisch kwetsbare ongedocumenteerden beslaat 44% (159/324) van de gehele Amsterdamse LVV-populatie op de peildatum 15 december 2020. Op deze datum hadden andere LVV steden respectievelijk 14% (Eindhoven), 24% (Utrecht), 30% (Rotterdam) medisch kwetsbare ongedocumenteerden in hun pilot. Van de 159 medisch kwetsbare ongedocumenteerden in de LVV Amsterdam kampen 130 (82%) medisch kwetsbare ongedocumenteerden met meerdere gezondheidsproblematiek en hebben 39 (25%) een chronische indicatie van de GGD. Het rapport zet daarnaast uiteen wat de aard en de ernst is van de medisch kwetsbare ongedocumenteerden in de pilot (deze varieert van lichte tot zware somatische, psychische, verslaving, algemene dagelijkse levensverrichtingen en meerdere problematiek).

Ten tweede concludeert het rapport dat een aantal oplossingsrichtingen die momenteel al worden ingezet in de LVV Amsterdam van belang zijn voor het bieden van gerichte begeleiding aan en het bereiken van duurzame oplossingen met medisch kwetsbare ongedocumenteerden. Voorbeelden zijn 60 opvangplekken met meer aandacht in de vorm van 24-uursbegeleiding voor kwetsbare deelnemers, 40 Amsterdamse MOO-plekken (Medische Opvang Ongedocumenteerden, onderdeel van ASKV) voor mensen die kampen met zware psychiatrische en/of somatische problematiek, de mogelijkheid van bevrozing van trajecten tijdens een intensieve traumabehandeling, inzet op stabilisering van psychische klachten, een apart clusteroverleg voor medisch kwetsbare ongedocumenteerden, extra begeleiding voor medisch kwetsbare terugkeerders, en samenwerkingsverbanden om medisch zorg toegankelijk te maken en houden voor medisch kwetsbare ongedocumenteerden. Het rapport laat zien dat deze huidige oplossingsrichtingen essentieel zijn voor het stabiliseren van medisch kwetsbare LVV-deelnemers, het verminderen van gezondheids-en-veiligheids-risico's in de samenleving, en uiteindelijk het vinden van duurzame oplossingen voor medisch kwetsbare ongedocumenteerden.

Ten derde bespreekt het rapport huidige knelpunten die blijven bestaan ondanks de inzet die momenteel al wordt gepleegd. Er is in de LVV Amsterdam sprake van een hoge casusdruk en beperkte medische informatie-uitwisseling. Daarnaast veroorzaakt de maximale looptijd van trajecten (18 maanden) nodeloze druk op medisch kwetsbaren met psychische, chronische en progressieve ziektebeelden. Niet-duurzame uitstroom blijft een aandachtspunt. Met name bij uitstroom uit het programma veroorzaakt het gebrek aan een dekkende definitie van 'kwetsbaarheid' tot veel discussie en wordt niet iedere kwetsbare ongedocumenteerde als zodanig (h)erkend. Dit kan tot schrijnende situaties leiden. In het rapport wordt gesproken over het belang van stabiliseren versus activeren, waarop verschillende visies bestaan. Tot slot wordt de (on)toegankelijkheid van zorg en het gebrek aan passende opvang voor mensen met (ernstige) gedragsproblematiek en/of verslavingen besproken. Het rapport analyseert naast deze algemene knelpunten tevens de specifieke knelpunten die spelen bij de juridische en terugkeer begeleiding.

Ten vierde presenteert het rapport welke kansen er nog liggen voor het realiseren van meer duurzame oplossingen. Mogelijke toekomstige oplossingsrichtingen aangedragen door de geïnterviewde partijen liggen zowel binnen als buiten de kaders van de LVV. Het rapport licht 3 van de besproken oplossingsrichtingen uitgebreid toe, omdat deze binnen de LVV kunnen worden geëffectueerd:



1. **Realiseren van flexibele einddatum trajecten van medisch kwetsbaren:** De gehanteerde 18 maanden termijn is onvoldoende passend in het geval van veel medisch kwetsbare ongedocumenteerden. Enerzijds zijn deze casussen veelal complex waardoor zij meer tijd vergen, anderzijds veroorzaakt de einddatum stress die een nadelig effect heeft op de te behalen doelstelling.
2. **Categoriseren van medisch kwetsbaren:** Het onderzoek wijst uit dat casus overleggen gebaat zouden zijn bij een goede definitie van medisch kwetsbare ongedocumenteerden, omdat hiermee kan worden ingezoomd op de specifieke problematiek die speelt – zoals bijvoorbeeld bij de nierpatiënten die in een terugkeer traject zitten – en het vinden van nauwsluitende oplossingen.
3. **Toegang tot zorg in Nederland en landen van herkomst zo goed mogelijk waarborgen:** Ondanks veel inspanningen hebben medisch kwetsbare ongedocumenteerden nog niet altijd (tijdige) toegang tot de juiste zorg – zowel in de regio Amsterdam alsook in het land van herkomst wanneer er sprake is van terugkeer. Hierop moet blijvend worden ingezet, bijvoorbeeld door aan te sluiten bij al bestaande affiliaties tussen ziekenhuizen in landen van herkomst en Nederlandse zorginstellingen.

Tot slot concludeert de RgOA dat voor een groot gedeelte van de medisch kwetsbare ongedocumenteerden geldt: voor hen is er een duurzaam toekomstperspectief ondanks hun medische kwetsbaarheid, mits zij de juiste begeleiding krijgen en er voldoende middelen beschikbaar zijn – zoals bijvoorbeeld voldoende bedden op woonlocaties met extra zorg. Voor een overblijvende groep geldt dat er voor hen geen oplossing zal worden gevonden in de huidige constructie van de LVV, bijvoorbeeld omdat er voor hen geen passend woon-en-begeleidingsaanbod is. Denk hierbij aan mensen met (zware) gedragsproblematiek, mensen die begeleid zouden moeten wonen (bijvoorbeeld vanwege LVB-problematiek), of mensen die behandelingen weigeren. Sommige mensen zijn dan niet begeleidbaar door de huidige LVV partners, en/of er is binnen de LVV Amsterdam geen passend woonaanbod. Voor hen moeten andere oplossingen worden gevonden binnen of buiten de LVV, evenals voor de ongedocumenteerden die überhaupt niet aan de toelatingscriteria van de LVV voldoen (zoals tot op heden bijvoorbeeld mensen met een zwaar inreisverbod).

Gebaseerd op deze conclusies formuleert de RgOA het volgende antwoord op de onderzoeksvraag. **Maatwerkoplossingen leveren momenteel een belangrijke bijdrage aan het vinden van een duurzaam perspectief voor medisch kwetsbare ongedocumenteerden en het verlagen van gezondheids-en-veiligheids-risico's in de samenleving. Desondanks blijven er knelpunten bestaan. Ook deze knelpunten (kunnen) worden opgelost door middel van maatwerkoplossingen.** Op basis hiervan adviseert de RgOA het huidige maatwerk oplossingsrichtingen te optimaliseren door:

### 1. Realiseren van een flexibele einddatum bij trajecten van medisch kwetsbaren

*Zoals hierboven beschreven bij punt 1 "realiseren van flexibele einddatum bij trajecten van medisch kwetsbaren".*

- Hierover dient de RgOA een voorstel in bij de Stuurgroep.
- De RgOA houdt toezicht op de voortgang van alle begeleidingstrajecten. Bij trajecten zonder einddatum dient in de gaten te worden gehouden dat deze niet verworden tot een opvangplek voor medisch kwetsbaren zonder einddatum. Deze deelnemers dienen dus actief begeleid te worden en er moet sprake zijn van perspectief.

### 2. Categorisatie van medisch kwetsbaren

*Zoals hierboven beschreven bij punt 2 "categoriseren van medisch kwetsbaren".*

- Partijen zouden samen bovengenoemde categorisatie van medisch kwetsbaren verder kunnen specificeren. Hierbij moet tevens een 'LVV route' bedacht worden voor elke categorie. Deze categorisatie helpt bij het beslissen over de benodigde expertise en het type begeleiding die iemand nodig heeft om tot een duurzame oplossing te komen.
- De begeleidende partijen zouden daarnaast samen een categorisatie van veelvoorkomende medische casuïstiek kunnen opstellen. Deze kan worden voorgelegd aan het MRT.
- De Gemeente en RgOA zouden systematisch casuïstiek in de laatste categorie (niet begeleidbaar) moeten verzamelen om uiteindelijk bestuurlijk op te schalen.

### 3. Toegankelijke(re) zorg in Nederland en het land van herkomst.

*Duidelijkheid over en feitelijke toegankelijkheid tot zorg zijn belangrijke factoren in het realiseren van een duurzame oplossing. Wat er moet gebeuren om dit te kunnen garanderen:*

- De samenwerkende partijen binnen en buiten de LVV kunnen gezamenlijk met zorgverstrekkers (huisartsen, GGZ instellingen etc.) in de regio in gesprek om zorg toegankelijk(er) te maken en behouden voor LVV-deelnemers.
- De DT&V en terugkeer partijen zouden kunnen onderzoeken of er mogelijkheden zijn om aan te sluiten bij al bestaande affiliaties tussen overzeese en Amsterdamse ziekenhuizen.
- De IND wordt aangemoedigd om naast de beschikbaarheid van zorg in land van herkomst, tevens en op reële wijze mee te wegen of medische zorg ook feitelijk toegankelijk is voor de betreffende medisch kwetsbare.

### 4. Toetsbare definitie van kwetsbaarheid

*De vaststelling van kwetsbaarheid gebeurt momenteel aan de hand van afgeleide conclusies. Dat kan nauwkeuriger. Het hebben van een duidelijke definitie is van belang voor het maken van beslissingen over beëindigingen en doorverwijzingen, maar ook als de uiteengezette categorisatie zou worden geïmplementeerd.*

- De GGD of een andere medisch onderlegde actor/partij zou een actievere rol moeten kunnen vervullen in het definiëren van 'kwetsbaarheid'.
- Er is een medisch onderlegde actor/partij nodig die (pro)actief mee kan denken bij casusbesprekingen, en die als medische autoriteit adviezen kan geven over de inhoudelijke voortgang van het traject in relatie tot de medische situatie. Denk hierbij aan adequate zorg, het ontwikkelen van expertise en het bieden van gespecialiseerde begeleiding.

### 5. Oplossingen binnen en buiten de LVV

*Doorzoeken naar andere oplossingen binnen en buiten de LVV voor de medisch kwetsbare ongedocumenteerden met wie binnen de LVV geen duurzaam perspectief worden bereikt.*

- De GGD, Gemeente en RgOA zouden in samenwerking met begeleidende partijen van medisch kwetsbaren moeten onderzoeken of er een mogelijkheid bestaat om begeleid wonen te realiseren binnen de LVV. Als dat niet het geval is, dan zouden er afspraken moeten komen met begeleid wonen instellingen in de regio.
- De Gemeente moet doorzoeken met het Rijk naar mogelijkheden om medisch kwetsbaren die niet aan de LVV-voorwaarden voldoen, toch de juist begeleiding te bieden binnen of buiten de LVV. Het is zeer onwaarschijnlijk dat deze groep zonder begeleiding zelfstandig vertrekt.

# I. INTRODUCTIE

## 1.1. Medisch kwetsbare ongedocumenteerden in de LVV Amsterdam

De LVV Amsterdam heeft als doel het begeleiden van ongedocumenteerden naar een duurzaam toekomstperspectief, gedefinieerd als: legalisering van verblijf in Nederland, terugkeer naar land van herkomst, of doormigratie naar een derde land. Gedurende het LVV-traject werken deelnemers, samen met begeleidende organisaties, aan het verwzenlijken van dit perspectief. Onderdak is een middel om tot dat duurzaam perspectief te komen, en geen op zichzelf staande primaire doelstelling. Uitstroom uit het LVV-programma wordt als succesvol beschouwd als deze duurzaam is en/of ertoe leidt.

Na 1,5 jaar blijkt dat de LVV Amsterdam een substantiële subpopulatie bedient die kampt met medische problematiek. Voor dit onderzoek is de volgende definitie gehanteerd: *Een medisch kwetsbare ongedocumenteerde is een persoon zonder geldige verblijfsstatus die kampt met vastgestelde medische problematiek*<sup>1</sup>. In de LVV Amsterdam verblijven 159 medisch kwetsbaren<sup>2</sup>, waarvan ten minste 39 met een chronische indicatie<sup>3</sup>. Het aantal medisch kwetsbare ongedocumenteerden beslaat 44% van de gehele actuele populatie op peildatum 15 december 2020<sup>4</sup>.

Sommige medisch kwetsbare ongedocumenteerden zijn tussentijds ingestroomd in de pilot, anderen zaten al jarenlang in de voorloper van de LVV, de BBB (Bed, Brood, Bad voorzieningen). De LVV luidde een nieuwe periode in voor deze mensen, omdat er nu actief wordt gewerkt aan een duurzaam toekomstperspectief binnen of buiten Nederland. Met het oog op het waarborgen van de doorstroom en duurzame uitstroom van deze medisch kwetsbare ongedocumenteerden is aan de start van de pilot het streven geformuleerd niet meer dan de helft van de beschikbare LVV bedden (360) in te zetten voor mensen met medische problematiek. Ook zijn in Amsterdam in totaal 500 bedden beschikbaar voor ongedocumenteerden (360 LVV en 140 gemeentelijke bedden) waarvan 100 plekken gereserveerd zijn voor medisch kwetsbaren. Ondanks deze inspanning blijven er in de praktijk knelpunten bestaan. Er was daarom behoefte aan meer inzicht in deze subdoelgroep, in wat werkt en wat beter kan.

Ook de LVV Amsterdam ontkomt niet aan de huidige realiteit: de pandemie is het decor waartegen de LVV pilot zich heeft moeten ontwikkelen het afgelopen jaar. COVID-19 heeft op verschillende manieren invloed op de LVV en medisch kwetsbare ongedocumenteerden in de pilot. De RgOA beschreef bijvoorbeeld al eerder in voortgangsrapportages dat psychische problematiek kan verergeren ten tijden van een lockdown of quarantaine (Wang et. al. 2020; Sood 2020). Ook hebben de participatie organisaties geconstateerd dat – sinds zij gedwongen overstapten naar een online aanbod – juist de oudere, zwakkere en medisch kwetsbaren niet gemakkelijk meer aansloten in hun cursussen. Daarnaast vroeg de RgOA in eerdere documenten aandacht voor de COVID-19 gerelateerde belemmeringen in juridische en toekomst oriëntatie trajecten. De effecten van COVID-19 op de begeleiding en duurzame uitstroom van medisch kwetsbaren zijn niet specifiek onderzocht en moeten daarom in het achterhoofd gehouden worden tijdens het lezen van dit rapport<sup>5</sup>.

## 1.2. Doelstelling en hoofdvraag van dit onderzoek

Dit onderzoek heeft vier doelstellingen. Allereerst is het doel meer inzicht te genereren in de subpopulatie “medisch kwetsbare ongedocumenteerden” binnen de LVV. Daarnaast wordt beschreven welke interventies er momenteel worden gepleegd en waarom deze belangrijk zijn voor het bereiken van een duurzaam perspectief. Vervolgens wordt onderzocht welke knelpunten nog spelen bij (de begeleiding van) medisch kwetsbare ongedocumenteerden. Tot slot

<sup>1</sup> De exacte uitwerking van de definitie is te vinden onder appendix A.

<sup>2</sup> Voor een uitgebreide toelichting van de telling zie hoofdstuk 2. Peildatum: 15 december 2020.

<sup>3</sup> Bij een dergelijke indicatie stelt de GGD vast dat er sprake is van een chronisch of progressief ziektebeeld.

<sup>4</sup> Voor een uitgebreide toelichting van de telling zie hoofdstuk 2. Peildatum: 15 december 2020.

<sup>5</sup> Meer informatie over de impact van de COVID-19 pandemie op de begeleiding en uitstroom van medisch kwetsbaren is te vinden in het rapport van de Ombudsman (2021).

worden de huidige en mogelijke toekomstige oplossingsrichtingen in kaart gebracht die (zouden kunnen) worden geïmplementeerd teneinde de duurzame uitstroom van medisch kwetsbare ongedocumenteerden te optimaliseren. Daarop wordt in dit onderzoek de volgende hoofdvraag gesteld:

### **Hoe kunnen knelpunten die spelen bij medisch kwetsbare ongedocumenteerden worden opgelost opdat de duurzame uitstroom van deze groep wordt bevorderd?**

De hoofdvraag in dit onderzoek is expliciet gekoppeld aan de doelstellingen van de pilot: een duurzame oplossing voor ongedocumenteerden. Duurzame oplossingen zijn geformuleerd als: 1) legaliseren van verblijf in Nederland, 2) doormigratie naar een derde land, 3) terugkeer naar land van herkomst. Dit rapport beoogt concrete handvatten aan te bieden voor een LVV waarin ook voor medisch kwetsbare ongedocumenteerden de juiste begeleiding wordt gerealiseerd.

Hoofdstuk 2 bespreekt de methoden, dataverzameling en analyses die ten grondslag liggen aan de drie hoofdstukken die volgen. Hoofdstuk 3 brengt vervolgens de populatie medisch kwetsbare ongedocumenteerden in de LVV Amsterdam in beeld. Daarna wordt in hoofdstuk 4 besproken welke huidige inspanningen er worden verricht om met medisch kwetsbare ongedocumenteerden tot een duurzame oplossing te komen. Hoofdstuk 5 bespreekt welke knelpunten er ondanks deze inzet worden gesignaleerd binnen de LVV door verschillende partijen die zijn bevestigd op het thema medisch kwetsbare ongedocumenteerden. Er is daarbij een onderscheid gemaakt tussen algemene knelpunten, knelpunten bij juridische begeleiding, en knelpunten bij TKO en TK begeleiding. Hoofdstuk 6 geeft een overzicht van toekomstige oplossingsrichtingen ter bevordering van het welzijn en de duurzame uitstroom van de medisch kwetsbare ongedocumenteerden. Hoofdstuk 7 geeft antwoord op de onderzoeksvragen en vat de bevindingen samen.

## 2. METHODEN VAN ONDERZOEK

### 2.1. Definitie medisch kwetsbare ongedocumenteerden: wie werd er (niet) meegeteld?

De subpopulatie medisch kwetsbare ongedocumenteerden beslaat 43,9% van de gehele populatie van de LVV Amsterdam: 159 van de 326 deelnemers, peildatum 15 december 2020<sup>6</sup>. In dit onderzoek is gekozen voor een afgebakende definitie van medisch kwetsbare ongedocumenteerden, die alleen mensen includeert waarbij door een professional –de GGD, een arts, psychiater of crisisdienstmedewerker etc.– is vastgesteld dat er sprake is van medische problematiek. Hieronder vallen de volgende deelnemers:

- Mensen met ernstige verslavingsproblematiek
  - Die onder behandeling/toezicht staan van een medisch verpleegkundige/arts/behandelaar, in een afkickprogramma deelnemen, deelnemen aan een gereguleerd inname programma
  - *Hieronder vallen geen mensen die kampen met een nicotine verslaving, gokverslaving of die sporadisch softdrugs nuttigen)*
- Mensen met een vastgestelde licht verstandelijke beperking (LVB)
  - Vastgesteld aan de hand van een test/deskundige oordeel
- Mensen met ernstige psychische problematiek, hieronder vallen:
  - mensen bij wie dit is gediagnostiseerd en hiervoor medicatie nemen (denk aan schizofrenie, psychoses etc.)
  - mensen die momenteel intensieve traumabehandeling ondergaan
  - mensen die suïcidaal zijn waarvoor een behandelaar/GGD crisisdienst betrokken is
  - mensen die in een medische voorziening zijn geplaatst maar nog steeds onder de LVV en Gemeentelijke verantwoordelijkheid staan (zoals MOO-intensief)
- Mensen met ernstige somatische problematiek, hieronder vallen
  - mensen voor wie een art. 64 wordt aangevraagd o.b.v. medische documentatie (denk aan rapporten van behandelaar, arts etc.) (Geen zwangerschap)
  - mensen bij wie het BMA heeft geoordeeld dat zij terug kunnen naar land van herkomst ondanks ernstige somatische klachten waarvan aannemelijk is dat als zij verstoken zijn van medische voorzieningen zij komen te overlijden (denk hierbij bijvoorbeeld aan nierpatiënten, mensen in een rolstoel, mensen met kanker)
  - *Hieronder vallen geen mensen die kampen met somatische klachten van tijdelijke aard waarvoor geen artikel 64 Vw wordt aangevraagd. Denk hierbij aan COVID-19 patiënten, mensen met een gebroken been etc.*

Gehanteerde definitie van 'medisch kwetsbaren' in dit onderzoek.

<sup>6</sup> Hierbij is uitgegaan van de totale fysieke bezetting (326), plus de deelnemers die al in de opvang zitten maar wachten op 'omklapping' (omzetting naar de LVV, in totaal 36 deelnemers), peildatum 15 december 2020.

Het hanteren van deze definitie betekent automatisch dat er bepaalde mensen onzichtbaar blijven in dit onderzoek, zoals de mensen bij wie vermoedens van medische problematiek bestaan die nog niet door een professional zijn vastgesteld. Zij zijn niet meegeteld. Zoals later in het rapport zal worden beschreven zijn beperkte toegankelijkheid van en wachtlijsten in de (gespecialiseerde) zorg een probleem. Hierdoor worden trauma's, ernstige gedragsproblematiek of een licht verstandelijke beperkingen niet altijd gediagnostiseerd. Er zijn duidelijke signalen<sup>7</sup> binnen de LVV dat het aantal mensen met gedragsproblematiek, trauma's en licht verstandelijke beperkingen, hoger ligt dan het in dit rapport vastgestelde aantal.

De gehanteerde definitie is aan het begin van het onderzoek opgesteld in samenwerking met de GGD en MOO, omdat deze nodig was voor het verzamelen van de juiste data. Verschillende steden en partijen moesten tellingen verrichten aan de hand van de definitie. Om ervoor te zorgen dat al deze partijen dezelfde mensen telden, is er zo min mogelijk gebruik gemaakt van (juridisch) jargon (zoals bijvoorbeeld terminologie gehanteerd door het BMA).

Ook was het om deze reden niet mogelijk om de definitie tussentijds aan te scherpen aan de hand van voortschrijdende inzichten. Aan de hand van het voorliggende onderzoek kan deze definitie inmiddels op verschillende punten worden aangescherpt. De RgOA zou PTSS bijvoorbeeld opnemen onder voorbeelden van psychische problematiek, omdat dit vaak voorkomt onder de betreffende doelgroep. Bij nader inzien zou het voorbeeld van iemand in een rolstoel onder ernstige somatische problematiek verwijderd moeten worden, omdat we er tijdens het onderzoek achter kwamen dat het afhankelijk is van persoonsgebonden factoren of een vermindering van mobiliteit een belemmering vormt bij terugkeer.

Daarnaast zal niet iedere deelnemer met gedragsproblematiek door deze definitie worden gedekt. Zij worden vaak niet (tijdig) gediagnostiseerd. Zoals later in het rapport zal worden besproken vormen medisch kwetsbare ongedocumenteerden met gedragsproblematiek een lastig te plaatsen groep. Niet alleen omdat zij vaker kampen met multipale problematiek maar ook omdat voor hen niet de juiste opvangplek kan worden gerealiseerd in de LVV.

In de definitie is het volgende onderdeel opgenomen: "mensen bij wie het BMA heeft geoordeeld dat zij terug kunnen naar land van herkomst ondanks ernstige somatische klachten waarvan aannemelijk is dat als zij verstoken zijn van medische voorzieningen zij komen te overlijden (denk hierbij bijvoorbeeld aan nierpatiënten, mensen in een rolstoel, mensen met kanker)". In volgend onderzoek moet dit onderdeel van de definitie worden aangepast. Het onderdeel of iemand terug kan naar het land van herkomst ligt namelijk bij de IND en niet bij het BMA. Het BMA voorziet de IND van een medisch advies over of het achterwege blijven van de medische behandeling naar alle waarschijnlijkheid zal leiden tot een medische noodsituatie en zo ja, of de medische behandeling in het land van herkomst beschikbaar is. Dit kan vervangen worden door: mensen met ernstige somatische klachten, die afhankelijk zijn van de continuering van (gespecialiseerde) medische zorg of medicatie – in Nederland of elders.

Tot slot is de terminologie 'medisch kwetsbare ongedocumenteerde' bij nader inzien niet altijd terecht: niet elke medische problematiek veroorzaakt (dezelfde mate van) kwetsbaarheid. Er is in de LVV Amsterdam juist behoefte aan een toetsbare definitie van 'kwetsbaarheid' die door een professional kan worden vastgesteld. De definitie gehanteerd in dit onderzoek biedt daartoe nog geen uitsluitel. Hiervoor worden wel aanbevelingen gedaan in hoofdstuk 7.

Deze inzichten kunnen in vervolgonderzoek worden geïmplementeerd. Appendix B bespreekt in hoeverre de LVV-populatie, en de medisch kwetsbare ongedocumenteerden onder die populatie, een afspiegeling is van de populatie ongedocumenteerden in Amsterdam aan de hand van een korte methodologische reflectie.

---

<sup>7</sup> Bijvoorbeeld aan de hand van het aantal mensen die nog gescreend moeten worden door de GGD omdat er een vermoeden is van medische kwetsbaarheid, of het aantal incidenten met als gevolg een (tijdelijke) schorsing uit de opvang. Veelal ligt hier vermoedelijke gedrags- of psychiatrische problematiek aan ten grondslag die alvorens de crisissituatie niet is gediagnostiseerd. Ook de tragische suïcide in maart is een voorbeeld van onderliggende gezondheidsproblematiek die niet vroegtijdig door een professional was vastgesteld.

## 2.2. Data

Medische informatie is vertrouwelijk. Om uitspraken te doen over demografische en andere kenmerken van de LVV-subpopulatie medisch kwetsbare ongedocumenteerden is informatie op individueel niveau nodig. Deze gedetailleerde informatie is beschikbaar, maar kon in het kader van privacy maar tot op bepaalde hoogte beschikbaar worden gesteld aan de RgOA. Dit beïnvloedt de mate waarin uitspraken kunnen worden gedaan over de aard van de medische kwetsbaarheid, en andere gegevens<sup>8</sup>. Wat nu volgt is een beschrijving van de data die wel beschikbaar was. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van 3 data bestanden, die op verschillende manieren tot stand zijn gekomen. Hieronder een korte toelichting per data bestand.

### 2.2.1. Moederlijst medisch kwetsbare ongedocumenteerden –159 personen

De ‘moederlijst’ is een lijst met standaard gegevens (naam, leeftijd, opvangplek, geboortedatum) van medisch kwetsbare ongedocumenteerden binnen de LVV Amsterdam. Deze lijst is leidend voor de analyses in dit onderzoek. De lijst kwam als volgt tot stand. Allereerst is de lijst van het Medisch Cluster Overleg (vanaf nu: MCO) gehanteerd. Op dit overleg worden medisch kwetsbare deelnemers besproken. Deze mensen zijn meestal door de woonbegeleiding geagendeerd. De woonbegeleiding staat dichtbij de deelnemers en heeft hierdoor goed zicht op het welzijnsniveau in de woongroepen. Zij agenderen mensen om de volgende redenen: 1) wanneer zij signaleren dat een deelnemer kampt met ernstige of verslechterde gezondheidsproblematiek, 2) wanneer zij merken dat de begeleiding gespecialiseerder moet dan in de betreffende opvang kan worden geboden, 3) wanneer zich escalaties voortkomend uit de medische situatie voordoen, 4) wanneer er zorgen zijn over dreigend schrijnende situaties bij beëindiging zonder duurzaam perspectief. Deze lijst van het medisch clusteroverleg is verstuurd naar de woonbegeleiding met het verzoek om te checken wie er aan de gehanteerde definitie voldeed van medisch kwetsbare ongedocumenteerde zoals gehanteerd in dit onderzoek.

Vervolgens is deze lijst aangevuld met deelnemers die op het punt stonden te verhuizen naar de Anderlechtlaan. Deze locatie is speciaal ingericht voor medisch kwetsbaren. De GGD, Gemeente, het LOA, de RgOA, HVO-Querido en het Leger des Heils zijn samen in conclaaf gegaan om te bepalen welke deelnemers aan de toelatingscriteria voor de Anderlechtlaan voldeden.

Daarna is de lijst aangevuld met de Amsterdamse casussen bij MOO-basis en MOO-intensief (Medische Opvang Ongedocumenteerden van ASKV). Mensen met ernstige (MOO-basis) of zeer ernstige (MOO-intensief) psychiatrische en/of somatische problematiek uit heel Nederland kunnen worden doorverwezen naar MOO. Voor dit onderzoek zijn alleen de mensen meegenomen die bij MOO op een ‘Amsterdamse’ plek zitten. Deze deelnemers worden vervolgens door MOO begeleid op medisch, psychiatrisch, juridisch en terugkeer vlak. Daaropvolgend is de moederlijst wanneer nodig aangevuld met de MRT-casussen met een medische component en overige casussen die nog niet in de moederlijst waren opgenomen.

De totale lijst die ontstaan was door middel van bovengenoemde stappen is opgedeeld en naar de begeleidende organisaties gestuurd met het verzoek deze aan de hand van de gehanteerde definitie te checken, goed te keuren en/of aan te vullen waar nodig. Hierdoor vielen sommige deelnemers van de lijst af – zo werden er bijvoorbeeld enkele mensen de lijst afgehaald bij wie nog geen professional definitief heeft geconstateerd dat er medische problematiek speelt. Ook kwamen er mensen bij. Die laatste categorie zijn met name mensen die niet op het MCO stonden geagendeerd, maar bij wie wel medische problematiek is geconstateerd.

De moederlijst is de meest recente en volledige overzicht van medisch kwetsbare ongedocumenteerden in de LVV Amsterdam tot nu toe. Er zijn indicaties die erop wijzen dat niet iedere medisch kwetsbare ongedocumenteerde in deze lijst is opgenomen, evenals dat er nog discussie was over of sommige deelnemers die er wellicht af zouden moeten. Hoe tellen we bijvoorbeeld iemand bij wie een psychiater een stoornis heeft vastgesteld, maar die behandeling weigert, was een vraag. Of iemand die op een wachtlijst staat om getest te worden op een verstandelijke be-

<sup>8</sup> Een eigenschap die niet goed in kaart gebracht kon worden doordat er teveel “missing values” (incomplete data) was is de gemiddelde tijd die de medisch kwetsbare ongedocumenteerden in Nederland zijn. De algemene indruk binnen de LVV is dat de gemiddelde verblijfstijd in Nederland >10 jaar is.

perking? Deze discussies laten zien dat een definitie nooit 100% sluitend kan zijn, en er dus enkele mensen op de lijst zullen staan over wie kan worden gediscussieerd.

In totaal staan er 163 mensen op de moederlijst medisch kwetsbare ongedocumenteerden Amsterdam. Na een tweede ronde van data opschoning bleven er in totaal 159 personen gehanteerd op de lijst. De uiteindelijke moederlijst van 159 personen is gehanteerd bij de analyses in dit rapport, behalve voor de analyses in paragraaf 3.4.1 tot en met 3.4.5. Voor deze paragrafen vormde de GGD lijst de dataset (zie volgende sectie voor uitleg). Er zijn gradaties in de mate van kwetsbaarheid en de aard en ernst van medische problematiek. Deze zijn niet te analyseren aan de hand van de moederlijst. Om een differentiatie mogelijk te maken heeft de GGD een dataset aangeleverd.

## 2.2.2. GGD data – geanonimiseerde dataset zelfredzaamheidsindex

Gedurende de looptijd van de LVV tot nu toe heeft de GGD de gezondheid van deelnemers in kaart gebracht met een screening. Tijdens een screening worden 4 verschillende domeinen van gezondheid getoetst en gescoord, respectievelijk: geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, middelengebruik en basale ADL (activiteiten van het dagelijks leven). In de laatste wordt getoetst of iemand in staat is zelf de noodzakelijke persoonlijke verzorging uit te voeren en wordt beoordeeld hoe mobiel iemand is. Tijdens de screening worden deelnemers gescoord op deze onderdelen en tezamen vormen deze onderdelen de “zelfredzaamheidsindex”.

De eerste moederlijst (vóór dataopschoning) van 163 medisch kwetsbare ongedocumenteerden is verzonden naar de GGD. De GGD heeft op individueel niveau de scores ingevoerd, de lijst volledig en onherleidbaar geanonimiseerd, gehusseld, en naar de RgOA geretourneerd. Met deze data is de mate van zelfredzaamheid verder in kaart gebracht (zie hoofdstuk 3). Er zit een kleine discrepantie tussen de eerste en laatste versies van de moederlijst (4 personen) door een tweede data-opschoningsronde. De GGD lijst met zelfredzaamheidsindexscores is gebaseerd op de eerste versie van de moederlijst. Omdat deze geanonimiseerd is geretourneerd, konden de 4 personen die na data-opschoning afvielen niet worden getraceerd. Er is toen besloten om de zelfredzaamheidsindexlijst aan te houden voor paragraaf 3.4.1 tot en met 3.4.5, omdat een verschil van 4 personen geen statistisch significant verschil maakt in de gemiddeldes van de gepresenteerde data in hoofdstuk 3. In dit rapport ziet u dus het totaal cijfer van 159 medisch kwetsbare ongedocumenteerden. Dat cijfer wordt gehanteerd omdat dit het meest precieze is. Enkel voor de paragrafen waarin de zelfredzaamheidsindex is geanalyseerd (3.4.1. tot en met 3.4.5) wordt het totaal van 163 gehanteerd.

In het kader van dit onderzoek moeten twee dingen duidelijk zijn over de precisie van de zelfredzaamheidsindex. Allereerst geven de zelfredzaamheidsindexscores een indicatie van hoe zelfredzaam iemand wordt geacht. De Ombudsman uitte recentelijk kritiek op de volgens hen onvolledigheid van de GGD screening (Ombudsman 2021, p. 20). Het klopt dat de screening op dit moment niet zo is ingericht dat er een definitieve vaststelling van (de mate van) kwetsbaarheid uit komt. Immers, zelfredzaamheid is niet exact hetzelfde als de mate van medische kwetsbaarheid, alhoewel er overlap is tussen beide definities. Iemand kan bijvoorbeeld door zijn of haar medische kwetsbaarheid een 3 scoren op 1 van de 4 domeinen. Een score van 3 indiceert dat het functioneren van de betreffende persoon wordt beperkt door de medische situatie. Hij of zij is “beperkt zelfredzaam”, terwijl in de gehanteerde definitie deze persoon als medisch kwetsbaar wordt gecategoriseerd. Elke deelnemer op de moederlijst is dus medisch kwetsbaar, maar niet iedereen op de moederlijst is tot op dezelfde hoogte verminderd zelfredzaam.

Ten tweede is de zelfredzaamheidsindex een momentopname. Een temporele weergave impliceert per definitie dat je iemand kan treffen op een uitzonderlijk goede of uitzonderlijk slechte dag. Zoals bij ieder mens, kunnen de scores fluctueren over tijd. De eventuele gezondheidsprogressie of devaluatie over tijd is niet zichtbaar in de huidige presentatie van de data, omdat er slechts één meetmoment is geweest. Sommige mensen zijn 1,5 jaar geleden gescreend, anderen 1 maand geleden. Daarnaast kunnen zaken als schaamte, cultuurverschillen, of taalbarrières leiden tot onderrapportages. Dit is een veelvoorkomend en welbekend rapportageprobleem bij deze doelgroep. Wederom luidt het devies daarom dit rapport te lezen met deze kanttekeningen in het achterhoofd.



### 2.2.3 Interviews en vragenlijsten LVV partijen

Om te evalueren wat er goed gaat en beter kan binnen de LVV met betrekking tot de medisch kwetsbare ongedocumenteerden, zijn de samenwerkende partijen benaderd voor een interview of het invullen van een vragenlijst. In deze interviews en vragenlijsten werden partijen uitgenodigd te reflecteren op verschillende aspecten van de LVV en de begeleiding van medisch kwetsbare ongedocumenteerden. Geïnterviewde partijen zijn: MOO (Medische Opvang Ongedocumenteerden, onderdeel van ASKV), de IND, HVO Querido, en de DT&V. De interviews werden online afgenomen, duurden gemiddeld 1-1,5 uur, en vonden plaats in november en december 2020. Geïnterviewden ontvingen na afloop van het interview een uitwerking van het interview ter goedkeuring. Daarnaast hebben begeleidende partijen een vragenlijst ingevuld, respectievelijk: MOH (toekomst-en-terugkeer begeleiding van VWN), GWF (toekomst-en-terugkeerorganisatie), BtB (toekomst-en-terugkeerorganisatie), RiZ (juridische begeleiding van het LDH), VWN (juridische begeleiding) en ASKV (juridische begeleiding).

Deze vragenlijsten en interviewguides zijn tot stand gekomen aan de hand van cluster-en-proces-overleggen, MRT's en casus-overleggen. Er is een inventarisatie gemaakt van veel voorkomende knelpunten waarop partijen gevraagd werden te reflecteren. Daarnaast was er ruimte voor partijen om zelf knelpunten aan te dragen die volgens hen aandacht behoeven. De vragenlijsten en interviews zijn vervolgens middels een kwalitatieve content analysis geanalyseerd.

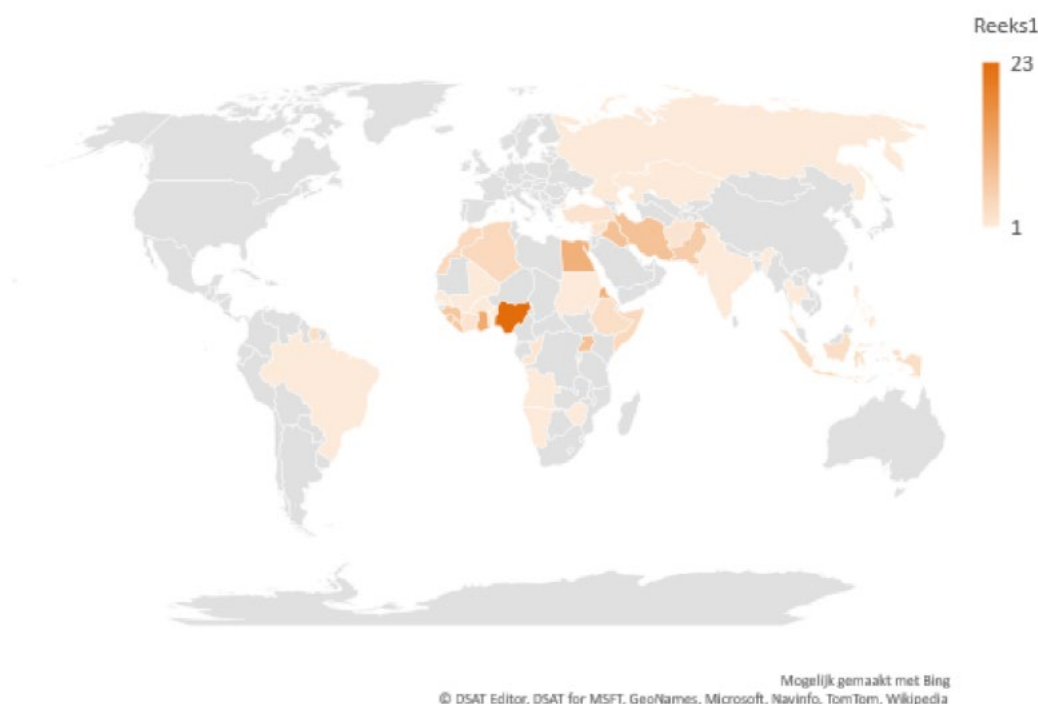
## 2.3. Bronnen

Voor dit onderzoek zijn tot slot een aantal bronnen geraadpleegd om meer inzicht te krijgen in met name de huidige oplossingsrichtingen (hoofdstuk 4). Hiervoor zijn subsidieaanvragen en jaarverslagen van verschillende NGO's bekeken. Hierin wordt de situatie omschreven die bestond voorafgaand aan de LVV pilot, alsmede resultaten en voortgang van de verschillende projecten. Daarnaast is zijn er verschillende wetenschappelijke en niet-wetenschappelijke bronnen geraadpleegd. Deze zijn te vinden in het literatuuroverzicht.

### 3. DE POPULATIE MEDISCH KWETSBARE ONGEDOCUMENTEERDEN IN DE LVV AMSTERDAM

#### 3.1. Hoe ziet de populatie medisch kwetsbare ongedocumenteerden eruit?

Dit hoofdstuk brengt de groep medisch kwetsbaren in de LVV Amsterdam in kaart. Hieruit blijkt dat het een diverse groep betreft. De gemiddelde leeftijd van medisch kwetsbare ongedocumenteerden in de LVV Amsterdam is 46 jaar. De jongste 3 personen zijn 21 jaar oud, de oudste persoon is 70 jaar oud. Deze gemiddelde leeftijd ligt hoger dan de gemiddelde leeftijd in de LVV, die op het moment van de peildatum op 39 jaar ligt. 73% (116 personen) zijn man, en 27% (43 personen) zijn vrouw. Deze gender verdeling komt ongeveer overeen met de gender verdeling in de huidige LVV populatie. Figuur 1 en tabel 1 geven een overzicht van de belangrijkste landen en regio's van herkomst:



Figuur 1 en tabel 1 (volgende pagina): een overzicht van de landen en regio's van herkomst van de medisch kwetsbare ongedocumenteerden in de LVV Amsterdam. Peildatum 15 december, 2020.

Regio	Aantal	%
Sub-Sahara Afrika	99	62%
Noord-Afrika	19	12%
Latijns Amerika	5	3%
overig	2	1%
Midden-Oosten	20	13%
Azië	14	9%
<i>Totaal medisch kwetsbare ongedocumenteerden in deze studie</i>	159	100%

Opvallend is dat het grootste deel van de medisch kwetsbare ongedocumenteerden in de LVV Amsterdam afkomstig is uit Sub-Sahara Afrika. Dit betekent niet dat mensen uit Sub-Sahara Afrika meer te maken hebben met psychische en somatische problematiek. Deze cijfers indiceren, gelijk de gehele populatie in de LVV, dat Sub-Sahara Afrikanen zijn oververtegenwoordigd onder ongedocumenteerden in Amsterdam. Nigerianen zijn het meest vertegenwoordigd, een groep voor wie het inwilligingspercentage van asiolverzoeken in 2019 onder de 1% kans ligt (Rijksoverheid, kerncijfers Asiel en Migratie, december 2019).

### 3.2. De trajecten van medisch kwetsbare ongedocumenteerden

Medisch kwetsbare ongedocumenteerden bevinden zich in verschillende trajecten binnen de LVV. Sommigen zitten in een juridische screening of een juridisch traject. Anderen bevinden zich in toekomstoriëntatie of bereiden zich voor op terugkeer. Sommige deelnemers worden overgeplaatst naar MOO, Medische Opvang Ongedocumenteerden, waar extra begeleiding aanwezig is. Deze deelnemers worden op een apart overleg besproken (hierover later meer).

Een gedeelte van de trajecten is 'bevrozen' gezet. Dat wil zeggen: wanneer de medische situatie van een deelnemer het niet toelaat dat hij of zij op dat moment actief aan zijn of haar toekomst kan werken, wordt het traject tijdelijk bevroren. Dit bijvoorbeeld wanneer iemand een intensieve traumabehandeling ondergaat. Hierdoor kunnen gesprekken over de toekomst te belastend zijn daarmee een belemmering vormen voor het werken aan duurzame oplossing. Hieronder een overzicht van de verdeling van trajecten:

Trajectsoort	%
Juridische Screening (JS)	7%
Juridisch Traject (JT)	49%
Toekomst Oriëntatie (TKO)	26%
Terugkeer traject (TK)	1%
MOO/bevroren	17%
Geen traject	0,5%

Tabel 2: Een overzicht van de trajectsoorten waarin de medisch kwetsbare ongedocumenteerden momenteel zitten.

Tabel 2 geeft een overzicht van de trajectsoorten waarin de medisch kwetsbaren ongedocumenteerden zitten op het moment van peildatum. Te zien is dat grofweg de helft van de medisch kwetsbare ongedocumenteerden in een Juridisch Traject (JT) zit. Dit valt te verklaren doordat a) er in Amsterdam verhoudingsgewijs meer deelnemers in een juridisch traject zitten dan in andere trajecten en b) als er sprake is van medische problematiek er vaak wordt uitgezocht of een verandering in de wet of in de situatie van de medisch kwetsbare ongedocumenteerde gronden biedt voor artikel 64 Vw of een medische vergunning.

Daarnaast zien we dat zo'n kwart van de medisch kwetsbare ongedocumenteerden in een TKO of TK traject zit. Zij oriënteren zich op een toekomst buiten Nederland. In de praktijk zijn er vaak al meerdere pogingen gedaan om verblijf in Nederland te legaliseren. De hoop op rechtmatig verblijf verdwijnt vaak niet helemaal. Immers, medisch kwetsbare ongedocumenteerden weten zelf ook dat een wetswijziging, of een verslechtering van hun medische situatie soms weer juridische mogelijkheden biedt. Deze mensen moeten dus ondersteund worden in het nadenken over en concretiseren van hun toekomst buiten Nederland.

Tot slot zit 17% in een traject bij MOO of het traject is tijdelijk bevroren. De meesten van hen zitten bij MOO-basis of MOO-intensief, speciale opvangplekken voor mensen die kampen met zware medische problematiek. Medische stabilisatie staat hier op de voorgrond. Bij MOO worden verschillende scenario's tegelijkertijd onderzocht en geen specifieke trajecten toegewezen. Deelnemers krijgen begeleiding die is toegespitst op de huidige situatie van de deelnemer waarbij zowel terugkeer naar het land van herkomst als legaal verblijf in Nederland wordt onderzocht als dat passend is. Deze deelnemers worden op een speciaal overleg (het COPPA, meer hierover in hoofdstuk 4 en 5)

besproken, en komen pas weer terug op het LSO wanneer er sprake is van uitstroom. Slechts een enkeling zit op dit moment niet in een traject. Deze mensen vallen onder gemeentelijke gezag.

### 3.3. De trajecten van medisch kwetsbare ongedocumenteerden

De LVV Amsterdam bedient op dit moment 159 medisch kwetsbaren, dit is 44% van de gehele populatie van de LVV Amsterdam (362 op het moment van peildatum). Een vergelijking met de andere LVV steden ziet er als volgt uit:

LVV Stad	Aantal medische kwetsbaren	% van de actuele populatie
Groningen	<i>geen data beschikbaar</i>	<i>geen data beschikbaar</i>
Eindhoven	8	13,6%
Utrecht	43	24,2%
Rotterdam	14	30,4%
Amsterdam	159	43,9%

Tabel 3: Aantal medisch kwetsbaren en het percentage medisch kwetsbaren t.o.v. de totale actuele LVV-populatie per stad. Groningen heeft geen data kunnen verzamelen. Peildatum: 15 december.  
Bron: deelnemers bestanden per stad.

Wat opvalt in tabel 3 is dat het percentage medisch kwetsbare ongedocumenteerden in Amsterdam hoger ligt dan in andere steden. De exacte redenen voor de verschillen in percentages zullen verder moeten worden onderzocht. Mogelijke verklaringen zijn verschillen in geografische ligging; een LVV in een grootstedelijk gebied heeft waarschijnlijk meer oudere ongedocumenteerden met een arbeidsmigratie verleden in haar populatie zitten die vaker met gezondheidsproblemen kampen (Rotterdam en Amsterdam). Een andere mogelijke verklaring ligt in de verschillende procesindelingen van de LVV's. Er kan geen definitieve uitspraak gedaan worden over mogelijke verklaringen voor een verschil in populatie. Deze zijn in dit onderzoek niet onderzocht.

### 3.4. Aard van de medische problematiek

Gezondheidsrisico's zijn inherent verweven met een leven zonder geldige verblijfsstatus. Ongedocumenteerde mensen leven over het algemeen een zo'n onopvallend mogelijk bestaan in de marges van de samenleving. Dit heeft onder andere tot gevolg dat ongedocumenteerden een bezoek aan de dokter uitstellen, ook wanneer dit dringend is. Ze blijven dan onzichtbaar voor instellingen en zorgverleners. Daarnaast blijkt tevens dat zorg om verschillende redenen in de praktijk niet altijd toegankelijk is voor ongedocumenteerden, ondanks het feit dat zij recht hebben op basiszorg.

Onderzoek heeft aangetoond dat ongedocumenteerden vaker kampen met gezondheidsvraagstukken gerelateerd aan psychosociale, psychiatrische - problematiek (Vollebregt et al., 2020; Heeren et al., 2014), infectieziekten, gynaecologische en zwangerschaps- problematiek (Van Beijnum et al., 2016). De voortdurende angst om te kunnen worden opgepakt of uitgezet heeft een negatieve impact op het psychische welzijn van ongedocumenteerden (Derckx, 2017; Van Beijnum et al., 2016).

Paragraaf 3.2. gaf een overzicht van het totaal aantal mensen bij wie sprake is van door een professional vastgestelde medische problematiek. Van de 159 hebben 39 (24,5%) een chronische indicatie, waarbij de GGD vaststelt dat er sprake is van een progressief of chronisch ziektebeeld. Bij deze mensen is de medische situatie een gegeven dat niet meer zal verbeteren. Hieruit valt nog niet af te lezen wat de ernst van de medische problematiek is en welke zorg er precies nodig is. Deze paragraaf diept verder uit wat de aard en ernst van deze problematiek is en geeft een inzicht in de mate van zelfredzaamheid onder de conditie dat zij toegang hebben tot opvang, zakgeld en begeleiding.

### 3.4.1. Geestelijke gezondheid

Zoals aangegeven in hoofdstuk 2 is de moederlijst met in totaal 159 medisch kwetsbare ongedocumenteerden leidend in dit onderzoek. De volgende vijf paragrafen vormen hierop een uitzondering: voor deze analyses is de GGD-lijst bestaande uit een totaal van 163 medisch kwetsbaren gehanteerd (zie methoden voor uitleg hierover).

Tijdens een GGD screening wordt op 4 verschillende domeinen bekeken hoe mensen functioneren en hoe zelfredzaam zij zijn onder de conditie dat zij toegang hebben tot opvang, zakgeld en begeleiding. Deze paragraaf bespreekt de score op het leefdomein 'geestelijke gezondheid'. De volgende drie paragrafen bespreken achtereenvolgend de andere drie leefdomeinen. Op elk onderdeel van de test kan een score op een schaal van 1 tot 5 worden gescoord. Deze geeft aan in welke situatie iemand verkeerd: van 'acute problematiek' (1) tot 'volledig zelfredzaam' (5). Tabel 3.4.1. geeft een totaal totaaloverzicht van de scores op het domein van geestelijke gezondheid.

Tabel 3.4.1. Geestelijke gezondheid

Score	Beschrijving score	Aantal	Percentage
1	acute problematiek	4	2%
2	niet zelfredzaam	58	36%
3	beperkt zelfredzaam	74	45%
4	voldoende zelfredzaam	26	16%
5	volledig zelfredzaam	0	0%
0	<i>missing value (geen score)</i>	1	1%
	totaal	163	100%
2,75	gemiddelde score		

Tabel 3.4.1. ZRI-scores op het leefdomein "geestelijke gezondheid" van medisch kwetsbare ongedocumenteerden in de LVV Amsterdam. Bron: GGD zelfredzaamheidsindex geanonimiseerde scorelijst.

Tabel 3.4.1. laat zien dat er onder medisch kwetsbare ongedocumenteerden in de LVV Amsterdam over het algemeen veel mensen zijn met ernstige tot zeer ernstige psychische gezondheidsproblematiek. Ruim 83% van de medisch kwetsbare ongedocumenteerden scoort de gemiddelde score (2,75) of lager en valt daarmee in de categorieën 'acute problematiek', 'niet zelfredzaam' of 'beperkt zelfredzaam'. Verder laat de tabel zien dat:

- In totaal verkeren er 4 mensen in een geestelijke noodsituatie. Dit betekent dat zij een acuut gevaar vormen voor zichzelf of anderen.
- De niet-zelfredzame groep (36%) kampt met aanhoudende geestelijke aandoeningen, maar zijn (anders dan de vorige groep) geen gevaar voor zichzelf en/of anderen. Het functioneren van deze mensen wordt ernstig beperkt door de aanwezige psychische gezondheidsproblemen. Ook staan deze mensen momenteel niet onder behandeling, bijvoorbeeld omdat zij daartoe te instabiel worden geacht of omdat zij behandeling weigeren.
- De grootste groep (45%) is 'beperkt zelfredzaam'. Dit houdt in dat zij een geestelijke aandoening hebben dat hun functioneren beperkt. De behandeltrouw is bij deze groep minimaal, of de geestelijke gezondheidsproblemen blijven bestaan ondanks dat zij behandeltrouw is.
- Slechts een kleine groep van de medisch kwetsbare ongedocumenteerden in de LVV Amsterdam is 'voldoende' (16%), en geen enkele persoon is 'volledig' (0%) zelfredzaam op het psychische domein. Deze medisch kwetsbaren vertonen minimale tekenen van geestelijke onrust of hun functioneren is slechts marginaal beperkt door hun psychische welzijn. Er is sprake van goede behandeltrouw of er is geen behandeling nodig.

De tabel indiceert dus dat van de 159 medisch kwetsbaren, de meeste kampen met (zeer) ernstige psychische problematiek die hun functioneren tot op verschillende hoogtes beperkt.

### 3.4.2. Somatische problematiek

Tabel 3.4.2 geeft een overzicht van de somatische gesteldheid van de medisch kwetsbare ongedocumenteerden. Gemiddeld bevinden de meeste medisch kwetsbare ongedocumenteerden zich ergens tussen 'niet zelfredzaam' en 'beperkt zelfredzaam' (gemiddelde score: 2,64) op het lichamelijke domein. Verder laat de tabel zien dat:

Tabel 3.4.2. Somatische gezondheid

Score	Beschrijving score	Aantal	Percentage
1	acute problematiek	0	0%
2	niet zelfredzaam	83	51%
3	beperkt zelfredzaam	55	34%
4	voldoende zelfredzaam	25	15%
5	volledig zelfredzaam	0	0%
0	<i>missing value (geen score)</i>	0	0%
	totaal	163	100%
2,64	gemiddelde score		

Tabel 3.4.2. ZRI-scores op het leefdomein "somatiek" van medisch kwetsbare ongedocumenteerden in de LVV Amsterdam. Bron: GGD zelfredzaamheidsindex geanonimiseerde scorelijst.

- Bij ruim de helft zijn de somatische klachten van dermate ernstige aard dat deze mensen niet zelfredzaam zijn (51%). Zij kampen met een chronische lichamelijke aandoeningen die medische behandeling vereist.
- Lichamelijke aandoeningen en klachten zijn ook aanwezig in minder ernstige mate: zo'n 55 medisch kwetsbare ongedocumenteerden (34%) zijn beperkt zelfredzaam door hun lichamelijke aandoening. Zij zijn wel behandeltrouw, maar blijven last houden van de betreffende somatische problematiek, of zijn niet behandeltrouw waar door de problematiek voortduurt.
- Niet iedere medisch kwetsbare ongedocumenteerde heeft last van ernstige lichamelijke problematiek. Ongeveer evenredig aan de percentages die we zagen bij psychische problematiek is 15%, ondanks hun lichamelijke klachten, voldoende zelfredzaam. Dit staat gelijk aan minimaal lichamelijk ongemak.
- Niemand van de medisch kwetsbare ongedocumenteerden wordt door de GGD als lichamelijk gezond gekwalificeerd. Met andere woorden: alle mensen die als medisch kwetsbaar zijn gekwalificeerd in dit onderzoek hebben last van lichamelijke klachten.

### 3.4.3. Basis Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL)

De zelfredzaamheidsindex geeft tevens een score weer op het gebied van basis Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL). Hierbij moet gedacht worden aan basale verzorgende taken die op dagelijkse basis moeten worden uitgevoerd (dus géén gespecialiseerde verzorgende taken) zoals tanden poetsen, aankleden en koken.

Tabel 3.4.3. Basis ADL

Score	Beschrijving score	Aantal	Percentage
1	acute problematiek	0	0%
2	niet zelfredzaam	4	2%
3	beperkt zelfredzaam	32	20%
4	voldoende zelfredzaam	50	31%
5	volledig zelfredzaam	75	46%
0	<i>missing value (geen score)</i>	2	1%
	totaal	163	100%
4,22	gemiddelde score		

Tabel 3.4.3. ZRI-scores op het leefdomein "basis ADL" van medisch kwetsbare ongedocumenteerden in de LVV Amsterdam. Bron: GGD zelfredzaamheidsindex geanonimiseerde scorelijst.

- We zien dat de medisch kwetsbare ongedocumenteerden ondanks hun medische klachten vaak toch redelijk voor zichzelf kunnen zorgen: 77% van de medisch kwetsbare ongedocumenteerden is, ondanks de beperkingen die voortkomen uit de medische problematiek, 'voldoende' (50 personen) of zelfs 'volledig' (75 personen) zelfredzaam.
- Zij ervaren geen beperkingen bij de uitvoering van basale ADL taken, of kunnen deze uitvoeren met behulp van hulp(middelen) zoals een wandelstok, rollator of incontinentiemateriaal.
- Vier medisch kwetsbare ongedocumenteerden zijn niet zelfredzaam op het gebied van ADL. Dit betekent dat het gebied van ADL niet door de persoon zelf wordt uitgevoerd waardoor een risico op verhongering, uitdroging en/of vervuiling optreedt.
- Voor 20% van de medisch kwetsbare ongedocumenteerden geldt dat zij beperkt zelfredzaam zijn om basis ADL taken zelfstandig uit te voeren. Zij hebben daarbij ondersteuning nodig.

### 3.4.4. Verslavingsproblematiek

Lang niet elke medisch kwetsbare ongedocumenteerde kampt met een verslaving: 31% is volledig zelfredzaam. Dit betekent dat er geen sprake is van buitenmatig middelengebruik. In 23% is er sprake van licht middelengebruik of geen middelengebruik ondanks dat de persoon in kwestie hier wel een aandrang toe voelt. Voor deze groep geldt dat er geen middelengebruik gerelateerde problematiek bestaat.

Tabel 3.4.4. Verslavingsproblematiek

Score	Beschrijving score	Aantal	Percentage
1	acute problematiek	1	1%
2	niet zelfredzaam	14	9%
3	beperkt zelfredzaam	60	37%
4	voldoende zelfredzaam	38	23%
5	volledig zelfredzaam	50	30%
0	<i>missing value (geen score)</i>	0	0%
	totaal	163	100%
3,78	gemiddelde score		

Tabel 3.4.4. ZRI-scores op het leefdoel "verslaving" van medisch kwetsbare ongedocumenteerden in de LVV Amsterdam. Bron: GGD zelfredzaamheidsindex geanonimiseerde scorelijst.

- Alhoewel er dus in 53% geen sprake is van obstakels in het dagelijks leven van de medisch kwetsbare ongedocumenteerden door middelengebruik, vormt de overige 47% een problematische groep die (sterk) verminderd zelfredzaam is door verslavingsproblematiek.
- Zo'n 60 mensen in de LVV zijn beperkt zelfredzaam doordat er aan middelengebruik gerelateerde problemen ontstaan in het dagelijks leven van deze ongedocumenteerden. U kunt hierbij denken onacceptabel gedrag in de opvang, niet komen opdagen tijdens afspraken met een casemanager vanwege middelengebruik, of niet helder kunnen nadenken over de toekomst. Naast deze (gedrags)problemen ondervindt deze groep geen lichamelijke of geestelijke problemen veroorzaakt door het middelengebruik.
- Verslavingsproblematiek gaat vaak gepaard met andere problematiek (bijvoorbeeld gedragsproblematiek). Ernstige verslavingsproblematiek is een contra-indicatie voor MOO. Hierdoor is voor deze personen vaak geen geschikte opvanglocatie binnen de LVV.
- In totaal zijn 15 medisch kwetsbare ongedocumenteerden (ernstig) verslaafd, waarvan 14 verergerde geestelijke en/of lichamelijke problemen ondervinden door het middelengebruik, en 1 persoon bij wie directe medische behandeling noodzakelijk was door overdosis, drugspsychose of hartproblematiek.



### 3.4.5. Multipele problematiek

Voorgaande paragrafen zouden de indruk kunnen wekken dat medisch kwetsbare ongedocumenteerden kampen met één specifiek gezondheidsprobleem. Dit is niet het geval. Uit de zelfredzaamheidsindexscores komt duidelijk naar voren dat veel mensen kampen met multipele problematiek, dat wil zeggen dat zij laag scoren op verschillende leefdomeinen. Ook de Ombudsman rapporteert dat hulpverleners meer aandacht vragen voor multipele problematiek (Ombudsman 2021, p. 20-21).

Multipele problematiek komt voor in verschillende gradaties. Soms ontwikkelen ziektebeelden of gezondheidsproblemen van medisch kwetsbare ongedocumenteerden zich parallel aan elkaar, maar meestal is er sprake van onderlinge afhankelijkheid. Bijvoorbeeld: iemand die kampt met een verslaving kan daarvan fysieke problemen ondervinden, waardoor basale ADL taken niet meer voldoende kunnen worden uitgevoerd. Een ander voorbeeld is psychisch lijden dat ontstaat uit stress over lichamelijke klachten. De data leende zich niet om vast te stellen of, en zo ja in welke mate, er sprake is van causaliteit (de ene klacht veroorzaakt de andere) of correlatie (klachten hangen met elkaar samen). Wel is te zien welke combinaties van gezondheidsproblemen schuilgaan achter de lage zelfredzaamheidscores. Hieronder in de tabel een overzicht van de (zeer) ernstige voorkomende vormen van multipele gezondheidsproblematiek onder medisch kwetsbare ongedocumenteerden in de LVV pilot Amsterdam.

Multipele problematiek	Aantal	Waarvan	Niet zelfredzaam op domein
Crisissituatie op meerdere domeinen	3		n.v.t.; acute crisissituatie
Op minimaal 2 domeinen niet zelfredzaam	21	16 4 1	Psychisch + somatisch Somatisch + verslaving Psychisch + ADL
Op minimaal 1 domein niet zelfredzaam en op minimaal 1 domein beperkt zelfredzaam	106	38 59 6 3	Psychisch + beperkt zelfredzaam ander domein Somatisch + beperkt zelfredzaam ander domein Verslaving + beperkt zelfredzaam ander domein ADL + beperkt zelfredzaam ander domein
Totaal	130		

Tabel 3.4.5. Weergave van multipele gezondheidsproblematiek van medisch kwetsbare ongedocumenteerden in de LVV Amsterdam. Bron: GGD zelfredzaamheidsindex geanonimiseerde scorelijst.

- In totaal kampen 130 van de 159 medisch kwetsbare ongedocumenteerden met multipele problematiek. Er zijn 3 mensen bij wie er een acute crisissituatie op meerdere domeinen speelt. Dat is minder dan in het totaaloverzicht van de geestelijke gezondheid (in totaal 4 mensen in een crisissituatie, zie 3.4.1.) omdat daarbij slechts naar één domein gekeken is.
- Verder zijn er 21 mensen die 'niet zelfredzaam' zijn op minimaal twee domeinen. De meesten van hen kampen met een combinatie van somatische en psychische problematiek, meestal van aanhoudende of chronische aard. Hierdoor wordt hun functioneren ernstig beperkt en is continue (gespecialiseerde) zorg nodig.
- In 106 gevallen is er sprake van multipele problematiek die ervoor zorgt dat mensen niet zelfredzaam zijn op minimaal één domein, en beperkt zelfredzaam op minimaal één ander domein. Hierin vallen ook mensen die op minimaal één domein niet zelfredzaam, en op twee of zelfs drie andere domeinen beperkt zelfredzaam zijn. Het domein waarop de medisch kwetsbare ongedocumenteerde niet zelfredzaam is verschilt, maar is in de meeste gevallen psychisch of somatisch.
- Medisch kwetsbare ongedocumenteerden die slechts op één domein niet zelfredzaam zijn en op andere domeinen voldoende of volledig zelfredzaam zijn, zijn niet zichtbaar in deze tabel (deze zijn besproken in voorgaande paragrafen). Uit de tabel kan geconcludeerd worden dat grofweg 60% van de medisch kwetsbare ongedocumenteerden kampt met multiple problematiek, die hun zelfredzaamheid op meerdere domeinen verminderd of geheel verhinderd.

## 4. HUIDIGE OPLOSSINGSRICHTINGEN

Dit hoofdstuk beschrijft de middelen en strategieën die momenteel worden ingezet in de LVV Amsterdam om medisch kwetsbare ongedocumenteerden te stabiliseren, ondersteunen, en begeleiden naar een duurzaam perspectief. De LVV Amsterdam heeft vanaf haar start ingezet op een aantal extra voorzieningen en middelen voor medisch kwetsbare ongedocumenteerden. Ook werden sommige al bestaande voorzieningen geïntegreerd in de LVV Amsterdam (zoals MOO). Dit hoofdstuk bespreekt de huidige inzet, het doel van deze inzet, en biedt waar mogelijk inzicht in effectiviteit van deze inzet. Tot nu toe blijkt dat deze huidige beschikbare middelen soms niet voldoende zijn om tot duurzame oplossingen te komen. Daarom bespreekt het hoofdstuk 5 knelpunten die onverminderd blijven voor komen, en hoofdstuk 6 mogelijke toekomstige oplossingsrichtingen.

De volgende paragrafen bespreken huidige oplossingsrichtingen die momenteel worden ingezet om de duurzame uitstroom van medisch kwetsbare ongedocumenteerden te optimaliseren. Om de huidige oplossingsrichtingen in kaart te brengen hebben MOO, LDH en de GGD (de partijen met expertise die momenteel deze inzet plegen) documentatie aangeleverd. Daarnaast is de data van de interviews met hen en HVO Querido geanalyseerd en heeft de RgOA gebruik gemaakt van documentatie zoals werkafspraken en het handboek van de LVV Amsterdam.

### 4.1. Casuïstiek Overleggen: het LSO, MCO, COPPA en het MRT

De LVV Amsterdam kent allereerst, net als de andere LVV gemeenten, het LSO. Op het LSO zijn aanwezig: de GGD, Gemeente, IND, AVIM, DT&V, en de begeleidende NGO's (ASKV, VWN, BtB, GWF) en de gespecialiseerde projecten van die NGOs (MOO, RiZ en MOH), het Loket Ongedocumenteerden Amsterdam (LOA), en de woonbegeleiding (HVO Querido en LDH, Maya Angelou). De RgOA zit voor. Op het LSO wordt bij het toebedelen van trajecten rekening gehouden met de (regionale of thematische) expertise van begeleidende NGOs. Verder worden casussen inhoudelijk besproken.

Het LSO in Amsterdam is belast met veel casuïstiek, waardoor casussen niet altijd tot in detail kunnen worden besproken. Daarom heeft Amsterdam daarnaast zogeheten 'cluster overleggen' waarop met meer diepgang ingegaan wordt op casuïstiek. In 2020 werd het 'Medisch Cluster Overleg' (MCO) geïnitieerd, waarop complexe casuïstiek met een medische component kon worden besproken. Voor enkele medische kwetsbare ongedocumenteerden konden op het MCO stappen worden gezet in de vorm van passende opvang en zorg, die kunnen bijdragen aan het realiseren van een duurzame oplossing.

Bij anderen moest worden geconstateerd dat er op het MCO geen oplossingen op korte termijn konden worden gerealiseerd. Het MCO heeft gezorgd voor een beter inzicht in de populatie medisch kwetsbare ongedocumenteerden. Uit het MCO bleek dat menig medisch kwetsbare ongedocumenteerde niet op de juiste opvanglocatie zat. Daarnaast bleek dat er nog meer behoefte is aan het specificeren van de diverse sub-doelgroepen en het specificeren van 'kwetsbaarheid' door een professionele partij. De RgOA en de GGD zijn momenteel bezig met het vinden van de juiste vorm voor het MCO.

MOO (Medische Opvang Ongedocumenteerden) bestaat reeds 10 jaar en heeft haar eigen overlegstructuur, het zogeheten 'COPPA-overleg' (Casuïstiekoverleg Ongedocumenteerden met Psychische Problematiek Amsterdam). Hierbij zijn aanwezig: de DT&V, IND, de RgOA, GGD, Arq Centrum '45 en de Gemeente Amsterdam. Alle mensen die bij MOO worden opgevangen worden besproken op het COPPA. De Amsterdamse LVV-casuïstiek wordt officieel bevestigd en beëindigd op het LSO. MOO biedt opvang aan ongedocumenteerden met ernstige psychiatrische en/of somatische problematiek uit heel Nederland. Op het COPPA overleg wordt zeer precies bekeken welke stappen er moeten worden ondernomen om mensen te stabiliseren en naar een duurzame toekomst te geleiden. Er zijn 80 opvangplekken waarvan 40 gereserveerd voor de gemeente Amsterdam.

Als op het LSO, MCO en eventuele clusteroverleggen geen duurzaam perspectief wordt bereikt, kunnen de partners gezamenlijk besluiten de casus op te schalen naar het MRT (Multidisciplinair Review Team). Op het MRT zijn aanwezig: medewerkers van de Rijkspartners (IND en DT&V) de casemanager(s) van de deelnemer, en in Amsterdam tevens de Regiegroep. Er wordt niet genotuleerd zodat er vrijuit kan worden gedacht en gesproken wat mogelijke oplossingen zijn in de voorliggende casus. Na afloop van het MRT wordt een advies opgesteld dat wordt verstuurd naar het lokale LSO, dat het advies, soms in samenwerking met MRT leden, kan uitvoeren. Het Amsterdamse LSO heeft tot

op heden 5 casussen opgeschaald en er zijn momenteel verschillende casussen in voorbereiding. Alle tot nu toe gediende casussen hadden een medische component. Het MRT is een adviesorgaan en heeft geen beslisbevoegdheden.

Tot slot is opvallend dat op deze verschillende overleggen geen medisch specialist aanwezig is. Door de afwezigheid van een professional en het ontbreken van een definitie van 'kwetsbaarheid' ontstaat er discussie over de mate van kwetsbaarheid tussen niet-specialisten. Hierdoor worden beslissingen over doorverwijzingen en/of beëindigingen bemoeilijkt.

## 4.2. Opvang: HVO Querido, Maya Angelou, LDH, MOO basis en MOO intensief

Opvang is een belangrijk onderdeel van het bereiken van een duurzame oplossing voor medisch kwetsbare ongedocumenteerden. De LVV Amsterdam beschikt momenteel over drie verschillende 'type' opvanglocaties: woonplekken op basis van zelfregie (260 plekken), woonplekken met extra aandacht voor kwetsbare bewoners (60 plekken), en MOO (40 Amsterdamse plekken). Hieronder een toelichting van deze opvanglocaties en hoe zij bijdragen aan het bereiken van de LVV doelstellingen.

### 1. Woonplekken op basis van zelfregie (260 plekken)

Het grootste deel van de beschikbare woonplekken in de LVV Amsterdam zijn op basis van zelfregie en worden georganiseerd door HVO Querido. Stichting Maya Angelou verzorgt woonplekken voor 24 zelfstandige vrouwen. Hiervoor is doelbewust gekozen. Zo worden deelnemers gestimuleerd tot zelfstandigheid. Zoals het aantal medisch kwetsbare deelnemers (159) indiceert, woont niet elke medisch kwetsbare ongedocumenteerde op een woonlocatie met extra voorzieningen en begeleiding; er wonen dus ook medisch kwetsbare ongedocumenteerden op plekken die zijn ingericht op zelfregie (waar geen 24-uursbegeleiding aanwezig is).

De woonbegeleiding van HVO Querido en Maya Angelou heeft veel te maken met medisch-gerelateerde vraagstukken in de dagelijkse begeleiding; taxi ritjes regelen van en naar het ziekenhuis, (gedrag-problematisch-gerelateerde) conflicten tussen bewoners beslechten, contact opnemen met apotheken etc. Ook liggen er mensen op éénpersoonskamers om prikkelarme omgevingen voor hen te creëren, en zijn woonbegeleiders het eerste aanspreekpunt bij suïcideproblematiek. De dagelijkse begeleiding door HVO Querido en Maya Angelou is belangrijk, te meer voor medisch kwetsbare ongedocumenteerden die niet op een woonplek met extra aandacht terecht kunnen, omdat zij zich anders niet staande kunnen houden in een opvang die is ingericht op zelfregie. Ook hebben woonbegeleiders in deze opvang een belangrijke signaleringsfunctie. Op deze wijze wordt een zo stabiel mogelijke leefomgeving gecreëerd waar deelnemers allereerst tot rust kunnen komen om vanuit daar te werken aan hun toekomstperspectief.

### 2. Woonplekken met extra aandacht voor kwetsbare bewoners (60 plekken)

Op deze locatie van het LDH worden mensen geplaatst die verminderd zelfstandig zijn door hun medische situatie, of mensen die kwetsbaar worden geacht om andere redenen (bijvoorbeeld slachtofferschap mensenhandel). Voorwaarde voor verblijf op deze locatie zijn het beschikken over een GGD-indicatie voor intensieve begeleiding. In 2020 was er bij meer dan 80% van de bewoners op deze LDH locatie sprake van psychische problematiek en bij meer dan 70% van de cliënten was er sprake van somatische problematiek. Bij veel mensen is sprake van meerdere problematiek. De woonbegeleiding observeert een groeiend aantal mensen met gedragsproblematiek. Bij bijna alle bewoners is sprake van trauma. De meesten ondergaan daarvoor traumabehandeling of staan hiervoor op de wachtlijst. Van de 60 plekken op deze locatie zijn 15 gereserveerd voor slachtoffers van mensenhandel.

In tegenstelling tot de woonplekken op basis van zelfregie is op deze locatie 24 uur per dag woonbegeleiding aanwezig. Woonbegeleiders hebben een intensieve begeleidingsrol. De begeleiding richt zich op het creëren van regelmaat, structuur, en veiligheid en op bescherming van privacy. In deze rust kunnen deelnemers werken aan hun herstel en zich geleidelijk weer richten op hun toekomst.

De woonbegeleiding is ook hier het eerste aanspreekpunt voor de cliënten met medisch inhoudelijke vragen. Denk hierbij aan medische vragen m.b.t. diabetes, COPD, verlamming, HIV/AIDS, hartproblemen, nierdialyse, cognitieve problemen door dementie, verslaving, LVB, schizofrenie, incontinentie etc. De woonbegeleiding verwijst

door naar de juiste (keten)partners. Daarnaast biedt de woonbegeleiding ondersteuning bij medicatiebeheer voor de personen die hiertoe niet in staat zijn. Een verpleegkundige en een sociaal psychiatrisch verpleegkundige komen binnenkort voor tezamen 16 uur per week het team op deze locatie ondersteunen.

Tot slot kenmerkt deze locatie zich door samenwerking tussen casemanagers en woonbegeleiders. De woonbegeleiding observeert medisch kwetsbare deelnemers van dichtbij, en beschikt daarom over relevante informatie. Deze informatie is van toegevoegde waarde voor de inhoudelijke voortgang van trajecten en ter voorbereiding van het MRT als een casus wordt opgeschaald. Woonbegeleiders kunnen ook optreden als bemiddelaar tussen casemanager en de medisch kwetsbare ongedocumenteerde, mocht dit nodig zijn. Op de locatie is een spreekkamer aanwezig. Hier kunnen medisch kwetsbare ongedocumenteerden die zich elders niet veilig of op hun gemak voelen, of die beperkt mobiel zijn, met hun casemanagers in gesprek. Casemanagers waarderen deze samenwerking en geven aan dat deze een toegevoegde waarde heeft voor de inhoudelijke begeleiding van medisch kwetsbare ongedocumenteerden.

### 3. MOO (40 Amsterdamse plekken)

MOO (Medische Opvang Ongedocumenteerden van ASKV) biedt een combinatie van opvang met veel persoonlijke aandacht en intensieve begeleiding aan ongedocumenteerden met (zeer) ernstige psychiatrische en somatische problematiek. MOO observeert dat ongedocumenteerden met (zeer) ernstige psychiatrische en somatische problematiek vaak in een negatieve vicieuze cirkel belanden: zonder verblijfsvergunning hebben zij geen recht op opvang, en zonder opvang is er geen toegang tot passende medische zorg. Zonder medische zorg zijn mensen met (zeer) ernstige psychiatrische problemen niet in staat om zelf, of met behulp van een organisatie, een toekomstperspectief te creëren. Zonder noodzakelijke voorzieningen en intensieve begeleiding kan deze zeer kwetsbare groep een gevaar zijn voor zichzelf en voor de samenleving. MOO is begonnen als een project van ASKV en biedt inmiddels structureel opvang en begeleiding aan medisch kwetsbare ongedocumenteerden.

Om met deze medisch kwetsbare ongedocumenteerden tot een duurzaam perspectief te komen, werkt MOO intensief samen met hulporganisaties, de Gemeente, de GGD, GGZ-instellingen, medici, MOH, advocaten, de IND en DT&V. MOO zorgt voor geleiding naar passende behandeling en houdt toezicht op het medicijngebruik van haar bewoners. Op de kleinschalige woongroepen is veel aandacht voor rust en regelmaat ter bevordering van stabilisatie van het ziektebeeld. Naast een dagprogramma zijn er modules – door MOO zelf ontworpen – om de zelfredzaamheid van deze groep te vergroten. Ondertussen worden er stappen gezet in de juridische begeleiding of in de richting van toekomstoriëntatie en terugkeer. Om toegelaten te worden tot MOO geldt een behandelcriterium, wat inhoudt dat mensen al onder toezicht van een behandelaar staan of dat hiertoe een indicatie is.

MOO is onderverdeeld in MOO-basis en MOO-intensief. Bij MOO-basis wonen medisch kwetsbare ongedocumenteerden met ernstige psychiatrische en/of somatische problematiek. In 2020 is gestart met MOO-intensief dat zich richt op medisch kwetsbare ongedocumenteerden met zeer ernstige psychiatrische en somatische problematiek. MOO-intensief biedt 24-uurs verzorging en dagelijkse psychiatrische begeleiding. HBO- verpleegkundigen houden toezicht op medicatiegebruik en begeleiden deelnemers naar verschillende zorginstellingen. Ziektebeelden die voorbij komen bij MOO-intensief zijn ernstige vormen van PTSS, schizofrenie, psychosen, waanbeelden (i.c.m.) kanker, MS, dementie, verstandelijke beperking en autisme.

Trajecten bij het MOO hebben geen afgebakende looptijd. De ziektebeelden zijn divers en (zeer) ernstig. Van de 110 deelnemers die in 2020 werden begeleid zijn 27 mensen (semi-) duurzaam uitgestroomd<sup>9</sup>. Slechts 1 persoon vertrok met MOB. De overige 83 personen worden nog begeleid. MOO vormt een cruciale bijdrage aan het vinden van duurzame oplossingen voor complexe casussen met een zware medische component. Sinds kort is MOO officieel onderdeel van de LVV Amsterdam. Wanneer woonbegeleiders en/of casemanagers aangeven dat een casus te zwaar voor hen is – en de begeleiding dus meer expertise vereist – worden deze casussen opgeschaald naar MOO. Gegeven de ziektebeelden van de deelnemers draagt MOO tevens bij aan de veiligheid van de samenleving.

Alle huidige woonvormen leveren een belangrijke bijdrage aan het behalen van de LVV doelstellingen. Stabiliteit en rust zijn zeer belangrijke factoren die naast de voortgang van trajecten ook de effectiviteit van behandelingen beïnvloeden. Zoals eerder genoemd kunnen PTSS behandelaren weigeren om met een behandeling te starten wan-

<sup>9</sup> Art. 64: 7, Asiel: 3, Kinderpardon: 1, medische vergunning: 1, vergunning o.b.v. slachtofferschap mensenhandel: 1, HASA: 11, stabilisatie waarna overgedragen aan TKO organisatie: 1, terugkeer 2.

neer mensen geen stabiele woonomgeving hebben. Daarnaast zijn de opvanglocaties van belang omdat er meerdere medisch kwetsbare ongedocumenteerden verblijven die anderzijds een gevaar zouden vormen voor zichzelf of de samenleving.

In Amsterdam zijn nog een aantal bedden beschikbaar (zogenoemd Ziekenboeg en de Transformatorweg 6) waar zieke ongedocumenteerden kortdurend opgevangen kunnen worden. Bijvoorbeeld om op te knappen na ziekenhuisopname of wanneer ze zeer kwetsbaar zijn. Soms liggen in de Ziekenboeg ook tijdelijk LVV'ers, gedurende een herstelperiode na een ziekenhuisopname. Voor specifieke categorieën medisch kwetsbare ongedocumenteerden waarbij sprake is van ernstige gedrags-en/of-verslavingsproblematiek heeft de LVV geen passende opvang en begeleiding. Hierover meer in het volgende hoofdstuk.

### 4.3. Huisartsenzorg: de Kruispost en de GGD

Medisch kwetsbare ongedocumenteerden die momenteel geen huisarts hebben kunnen op verschillende manieren toegang krijgen tot deze zorg. De Kruispost biedt zorg in het geval van niet-complexe gezondheidsproblematiek. Zij hebben een eigen praktijk waar ongedocumenteerden welkom zijn. Complexe en multi-pele zorgvragen (denk aan psychiatrie, verslaving etc.) wordt doorverwezen naar de GGD, die sinds kort de huisartsenzorg voor 2 woonlocaties op zich neemt. De GGD heeft 1 huisarts in dienst en 2 geaffilieerde huisartsen die dienst zullen doen als huisarts van de bewoners van de LVV. Momenteel wordt onderzocht of de mensen die de GGD in haar huisartsenpraktijk heeft opgenomen kunnen worden meegenomen in het corona vaccinatie programma.

Zowel de Kruispost en de GGD kunnen geen spreekuur draaien op locatie. Dat betekent dat, behalve in het geval van spoed, deelnemers naar de praktijk toe moeten komen. Dit is voor de minst mobiele medisch kwetsbare ongedocumenteerden een probleem (zie ook Ombudsman, 2021, p. 24). De GGD onderzoekt momenteel of het mogelijk is dat er verpleegkundige versterking komt op de locaties zelf, zodat er kortere doorverwijs lijnen zullen ontstaan en er meer zorg kan worden geboden op locatie.

### 4.4. Dokters van de wereld

Dokters van de Wereld is een NGO die zich op verschillende manieren inzet voor medisch kwetsbare ongedocumenteerden. DvdW brengt frequente bezoeken aan de opvanglocaties met een 'zorgbus', waarin deelnemers terecht kunnen met gezondheidsvragen. Ook verstrekt DvdW eigen bijdragen voor medicatie.

Recentelijk is besloten dat de DvdW de GGD gaat ontlasten door korte screenings over te nemen. DvdW zal een meer benaderbare positie op de woonlocaties aannemen, waardoor de GGD zich meer zal kunnen richten op diagnostiek en uitspraken over de mate van kwetsbaarheid.

GGZ wachtlijsten zijn een veelvoorkomend probleem in de regio Amsterdam, zowel voor ongedocumenteerden als rechthebbenden. Dit belemmert de doorstroom en effectiviteit van het LVV programma, omdat behandeling van psychische problematiek de begeleiding kan bevorderen en visa versa (zie 5.1.4). Per september is Dokters van de Wereld daarom gestart met groepsbijeenkomsten met een therapeutisch karakter, ter overbrugging van de wachttijden. De conclusie van Dokters van de Wereld is dat toegangsproblemen tot de GGZ blijven bestaan en dit is afgezien van de corona crisis die naar verwachting de druk op de GGZ verder zal verhogen.

### 4.5. Een passend(er) participatie aanbod

Verschiedende partijen geven in de interviews aan dat het activeren van medisch kwetsbare ongedocumenteerden bijdraagt aan hun herstel en welzijn. Activiteiten brengen structuur aan in de dag en zorgen voor afleiding. Ook de GGD merkt op dat er behoefte is aan activiteiten om passiviteit en hospitalisering van deelnemers tegen te gaan. Dit geldt voor elk traject.

Op dit moment is er een breed aanbod in de LVV van cursussen en activiteiten verzorgd door ASKV, Here to Support, Stichting Life Goals en BOOST. Voorbeelden van cursussen en activiteiten zijn: vloggen, fietsen maken, kaperscursus, tuinieren, ondernemerschap, fietsles, naailes, zelfverdediging, theater, City Rights Market, Denktank,

deelname aan evenementen en participatie bij (sport)verveningen. MOO hanteert eigen modules die gericht zijn op de versterking van zelfredzaamheid en coping mechanismen.

De participatie organisaties worden zwaar getroffen door de COVID-19 maatregelen. Ook de Ombudsman signaleerde dit recentelijk (Ombudsman 2021, p. 3-4). Ze hebben met toewijding veel van de aangeboden cursussen weten te digitaliseren, en hebben met de nodige aanpassingen andere activiteiten fysiek of in de buitenlucht laten doorlopen. De RgOA heeft opgemerkt dat de oudere medisch kwetsbare ongedocumenteerden niet gemakkelijk omschakelen naar digitaal contact met hun casemanager, en dat dit de eerste groep is die uit beeld raakte bij de activiteiten. COVID-19 houdt mensen die het kwetsbaarst zijn binnen met negatieve implicaties voor psychisch welzijn tot gevolg.

In de beleving van sommige partijen zou het huidige aanbod – afgezien van de beperkingen ontstaan door COVID-19 – aangescherpt kunnen worden om zo beter aan te sluiten bij de behoeften van medisch kwetsbaren. Enerzijds zou er een behoefte tot meer laagdrempelige activiteiten en anderzijds juist aan specifieke cursussen, bijvoorbeeld gericht op het vergroten van arbeidsmogelijkheden bij terugkeer. Daarnaast zou er ook een onderscheid gemaakt moeten worden in aanbod voor medisch kwetsbaren met somatische en psychische klachten: voor mensen met psychische problematiek is fysieke beweging een beproefde methode om hun welzijn te verbeteren, terwijl deze activiteiten niet altijd mogelijk zijn voor mensen met somatische klachten. In de beleving van deze partijen zou het huidige aanbod beter kunnen.

Op basis van de data verzameld voor dit rapport valt niet vast te stellen of het huidige aanbod voldoende passend is voor de doelgroep medisch kwetsbare ongedocumenteerden. Er moet daarom meer inzichtelijk komen in of het aanbod aansluit bij de behoeftes, of de doorverwijzing naar activiteiten goed verloopt, en wat er kan en wordt doorgezet ten tijde van COVID-19. Dit zal verder onderzocht worden door de RgOA in de ontwikkelvraag over activering.

#### 4.6. Ondersteuning bij terugkeer

Terugkeer van medisch kwetsbare ongedocumenteerden naar het land van herkomst vergt vaak extra inzet van de TKO en TK organisaties. Naast het concretiseren van leefdomeinen zoals werk en wonen, moet ook de medische situatie bij terugkeer zo duidelijk mogelijk zijn. Hierbij is genezing niet noodzakelijk, maar om daadwerkelijk tot terugkeer te komen moet er minimaal duidelijkheid zijn over feitelijke toegankelijkheid van zorg en medicatie.

MOO heeft de belemmeringen die spelen bij terugkeer van hun populatie in kaart gebracht<sup>10</sup>. MOO wijst erop dat als wezenlijke vragen ondanks de nauwe samenwerking toch onbeantwoord blijven terugkeer van medisch (zeer) kwetsbare ongedocumenteerden praktisch niet uitvoerbaar is. Deze vragen hebben betrekking op de medische situatie, maar ook op andere domeinen zoals inkomen, werk en woonsituatie en moeten proactief kunnen worden beantwoord.

De TKO en TK organisaties werken samen met DT&V en lokale partnerorganisaties in landen van herkomst om in elke individuele casus een zo concreet mogelijk beeld te schetsen van de volgende aspecten:

- Waar gaat de medisch kwetsbare ongedocumenteerde wonen?
- Hoe gaat de persoon voorzien (worden) in levensonderhoud?
- Wie kan hem/haar ondersteunen met de zorgtaken?
- Hoe worden medicatie en/of behandelingen bekostigd?
- (Waar) is deze zorg beschikbaar en toegankelijk?

Partijen zijn erg creatief gebleken in het bedenken van oplossingen. Zo werd voor een gedeeltelijk verlamde deelnemer een taxi gebruiksklaar gemaakt door een lokale partnerorganisatie. Deze werd vervolgens door een kennis bestuurd en samen leefden zij van de inkomsten. Ook hebben TKO en TK partijen verschillende medisch kwetsbare ongedocumenteerden onder begeleiding van een medicus geholpen over te stappen naar medicatie die beschikbaar was in het land van herkomst.



<sup>10</sup> De bevindingen van MOO zijn te lezen in: "Belemmeringen bij Terugkeer", ASKV (2019).

Medisch kwetsbare ongedocumenteerden zijn door hun (jarenlange) marginalisatie vaak aangewezen op ondersteuning van derden. Zeker wanneer zij (ernstig) ziek zijn, is er sprake van een afhankelijkheidsrelatie tot begeleiders en behandelaren. Daarom zetten TKO en TK partijen tevens in op twee belangrijke aspecten van terugkeer: vergroten van zelfstandigheid en contacten herstellen in het land van herkomst. Door middel van cursussen en trainingen wordt gepoogd de zelfredzaamheid, veerkracht, en het gevoel van eigenwaarde van medisch kwetsbare ongedocumenteerden te vergroten.

Ook worden medisch kwetsbare ongedocumenteerden gestimuleerd en geholpen bij het (her)opbouwen van hun netwerk. Bij ongedocumenteerden in het algemeen, en medisch kwetsbare ongedocumenteerden in het bijzonder, veroorzaakt het gevoel 'mislukt' te zijn schaamte: men ging naar Europa, keert met lege handen terug, en moet ook nog eens verzorgd worden. Een netwerk dat bereid blijkt iemand weer op te nemen is een belangrijke stap in het terugkeerproces.

Vanuit de theorie lijken zware medische casussen zich te lenen zich voor een integraal traject, waarin alle perspectieven gelijktijdig, in samenspraak met een behandelaar en tegen het licht van arbeids-en/of-opleidingsmogelijkheden worden onderzocht (zie paragraaf 6.2.4.). Vanuit de praktijk is opgemerkt dat dit wel met specifieke voorwaarden is omkleed; een goed integraal traject kenmerkt zich door geoliede samenwerking tussen verschillende NGO's, eenduidige en genuanceerde communicatie met de deelnemer. Of dit behalve theoretisch ook een praktische oplossing is die op grote schaal kan worden toegepast, is nog niet onderzocht in de LVV Amsterdam.

## 4.7. Expertise delen

Er is expertise aangaande de begeleiding van medisch kwetsbare ongedocumenteerden aanwezig binnen de LVV. Zo is RiZ (van het LDH) gespecialiseerd in het begeleiden van mensen die (seksueel) zijn uitgebuit. Ook zijn er verschillende TKO en TK organisaties met expertise op specifieke regio's of landen, met lokale samenwerkingspartners aldaar. De afgelopen en komende maanden is/wordt er samengewerkt om deze expertise te delen tussen verschillende organisaties binnen de LVV. Ook is er samenwerking met experts buiten de LVV gezocht die een bijdrage hebben geleverd of zullen leveren aan de volgende workshops:

- Workshop over de begeleiding van slachtoffers van seksuele uitbuiting waarin voodoo en juju een rol spelen
- Workshop over omgang met suïcide(uitingen)
- Workshop Licht Verstandelijke Beperking (LVB)
- Workshop over psychosociale problematiek

Deze workshops dragen bij aan de verdieping van kennis en kunde die aanwezig is bij verschillende organisaties in de LVV. Ze hebben met name het doel om concrete handvatten te bieden voor de casemanagers en woonbegeleiding. Zo kan er nog meer maatwerk worden geleverd.

## 5. KNELPUNTEN

Ondanks de inzet die momenteel al wordt gepleegd in de LVV Amsterdam, blijven sommige knelpunten bestaan. Dit hoofdstuk behandelt de belangrijkste knelpunten die voorkomen bij de toelating, begeleiding en uitstroom van medisch kwetsbare ongedocumenteerden. Hiervoor is de data uit de vragenlijsten en interviews geanalyseerd. Daarnaast is gebruik gemaakt van de observaties die de basis vormen van de monitor die de RgOA tweemaandelijks opstelt. Allereerst wordt stilgestaan bij algemene knelpunten die veel voorkomen bij medisch kwetsbare ongedocumenteerden. Vervolgens wordt onderzocht welke specifieke knelpunten zich in de juridische en toekomstoriëntatie en/of terugkeer begeleiding voor doen.

### 5.1. Algemene Knelpunten

Paragraaf 5.1. bespreekt een 6-tal algemene knelpunten die voorkomen in de LVV bij (de begeleiding van) medisch kwetsbare ongedocumenteerden. Deze knelpunten zijn niet traject-gebonden. De interviews en vragenlijsten met genoemde partijen dienden als data voor deze analyse.

#### 5.1.1. Te veel casussen, het belang van diepgang en beperkte medische informatie-uitwisseling

Het LSO van Amsterdam staat, met een capaciteit voor 360 casussen, voor de uitdaging om iedere deelnemer met de juiste diepgang en zorgvuldigheid te bespreken. Casussen met een medische component zijn vaak, maar niet per definitie, gecompliceerd. Ze kosten meer tijd om te bespreken. Het grote aantal casussen dat moet worden besproken op het LSO vormt een probleem: dit resulteert in minder in plaats van meer diepgang. Ook zijn er geen begeleidende partijen met (gespecialiseerde) medische kennis aanwezig op het LSO.

Om die reden werd in Amsterdam het Medisch Cluster Overleg (MCO) geïnitieerd. Dit is een overleg waarop vastlopende casussen werden besproken, of waarover onder de woonbegeleiding zorgen bestonden. Het MCO had een urgent karakter: er werden meestal (acute) woonproblematiek besproken, meestal van medisch kwetsbaren die op een andere woonlocatie zouden moeten zitten met meer structuur en begeleiding. Voor enkele medisch kwetsbare ongedocumenteerden werd op het MCO een oplossing gevonden. Maar het MCO bleek nog niet voor elke casus voldoende om tot een oplossing te komen. Er bleek behoefte aan meer informatie over de doelgroep. Ook bleek op het MCO dat er behoefte is om beter in kaart te brengen wat de diversiteit onder de populatie is zodat er beter kan worden ingezoomd op specifieke oplossingen.

De Rijkspartijen geven aan dat er vaak nog veel gedetailleerdere informatie mist die de kans op het bereiken van een duurzaam perspectief zou verhogen. De begeleidende partijen stellen hiertegenover dat de procedurele voorwaarden voor medisch kwetsbare ongedocumenteerden te streng zijn en dat de verantwoordelijkheid voor het verzamelen van de juiste documentatie niet altijd bij hen kan worden gelegd. Hierop wordt verder ingegaan in 5.2. Gedetailleerde informatie is nodig in zowel juridische als terugkeer trajecten van medisch kwetsbare ongedocumenteerden. Soms is deze informatie niet beschikbaar, of lukt het niet om die boven water te krijgen.

Daarnaast bestaat het probleem dat medische informatie niet altijd kan worden gedeeld tot in detail. Er zitten geen medici aan tafel bij het MCO, en medische informatie moet goed beschermd blijven. Met het delen hiervan moet voorzichtig worden omgesprongen. Binnen de LVV Amsterdam is nog geen systematische manier gevonden om medische informatie tussen verschillende partners veilig en te delen. Externe behandelaars kunnen niet altijd informatie delen. Een partij merkt op tijdens het interview dat behandelaars terughoudend zijn omdat zij niet goed op de hoogte zijn van de relevantie van medische informatie voor de voortgang van casussen, dat ze niet weten wat de LVV inhoudt, en dat ze geen weet hebben van medisch-juridische procedures. Om deze redenen kunnen behandelaars ook terughoudend zijn in het verstrekken van medische informatie.

Deze beperking is een realiteit die er soms voor zorgt dat er beslissingen moeten worden genomen op basis van onvolledige informatie. Het is daarom belangrijk dat goed wordt afgewogen welke medische informatie wordt gedeeld, en dat dit alleen gebeurt als dit bijdraagt aan het bereiken van een duurzame oplossing voor de persoon in kwestie.



## 5.1.2. Tijdsdruk op psychische, chronische en progressieve ziektebeelden

In Amsterdam zijn aan de start van de LVV oude BBB locaties ‘omgeklapt’ (in de LVV geïncorporeerd). Sommige deelnemers zaten daar al jaren of maanden, en ontvingen gedurende die tijd medische zorg als zij dat nodig hadden. De LVV Amsterdam heeft een looptijd van maximaal 18 maanden. Ten opzichte van de oude BBB locaties is de afgebakende looptijd nieuw, en vooral voor de deelnemers die al jaren in de BBB locaties zaten, is dit een groot verschil. In plaats van enkel onderdak moeten ongedocumenteerden nu actief meewerken aan het formuleren van hun toekomstperspectief. Hier is soms weerstand tegen. Wanneer iemand niet meewerkt aan de inhoudelijke voortgang van het traject kan LVV deelname worden beëindigd. Hiermee stopt tevens de opvang.

Voor mensen die kampen met progressieve, chronische, en/of psychische/psychiatrische ziektebeelden levert de eindigheid van het programma en opvang veel stress op, één partij refereert naar de LVV als een “pressure cooker”. Meerdere partijen geven aan dat de druk om te stabiliseren en actief te werken aan een toekomst soms zelfs een verslechtering van het ziektebeeld teweeg kan brengen. Deze partijen achten een gestandaardiseerde termijn daarom niet wenselijk voor medisch kwetsbare casuïstiek. Ook wijzen partijen erop dat deze casussen meer dan 18 maanden nodig zouden hebben omdat er sprake is van afhankelijkheid van derde partijen (zoals medici, psychologen, psychiaters).

De eindigheid van het programma heeft volgens de TKO en TK partijen anderzijds ook een functie. Het feit dat mensen niet voor altijd recht zullen hebben op opvang zorgt voor meer besluitvaardigheid en beweging in de casus, aldus deze partijen. TKO en TK partijen geven aan dat het ziektebeeld bepalend is in het verloop van het traject. Zo is HIV een chronische ziekte, maar hoeft dit terugkeer niet in de weg te staan (hiervan later in het rapport een voorbeeld, zie 5.3.1).

Alle partijen geven aan dat er waarschijnlijk een groep overblijft van deelnemers voor wie geen duurzame oplossing zal worden gevonden. Om te kunnen vaststellen of de eindigheid van het programma dermate stressvol is dat deze de voortgang van het traject belemmert, moet men inzicht hebben in het type en de zwaarte van de medische problematiek. Afhankelijk van de medische problematiek kan de eindigheid van het programma een negatief effect hebben op medisch kwetsbare ongedocumenteerden.

## 5.1.3. Niet-duurzame uitstroom en een gebrek aan een dekkende definitie van kwetsbaarheid

Een belangrijk knelpunt dat blijvend aandacht vraagt is (dreigende) niet-duurzame uitstroom uit het LVV programma. Met deze mensen wordt geen duurzaam perspectief bewerkstelligd. Mensen blijven dan ongedocumenteerd en in veel gevallen raken zij ook dakloos.

Daarnaast is er een groep voor wie niet-duurzame uitstroom dreigt. De meningen zijn verdeeld over hoeveel casussen van medisch kwetsbare ongedocumenteerden er momenteel zijn in de LVV Amsterdam voor wie vrijwel alles is gepoogd, maar voor wie desondanks geen duurzame oplossing wordt bereikt. Voor dergelijke casuïstiek zou alleen het MRT nog een oplossing kunnen bieden. De partijen geven aan dat het een realiteit is dat er een groep mensen is voor wie – na het doorlopen van de LVV – geen duurzame oplossing wordt gevonden. Onder hen bevinden zich medisch kwetsbaren. “Daar [met deze groep die overblijft] moeten we iets mee” is een veelgehoorde uitspraak. De meeste geïnterviewde partijen zijn het erover eens dat er geen andere duurzame uitstroombmogelijkheden dan de in de convenant overeengekomen opties (1. Legalisering verblijf, 2. Terugkeer naar land van herkomst, 3. Doormigratie) te bedenken zijn voor medisch kwetsbare ongedocumenteerden. De IND geeft aan dat de drie in het convenant overeengekomen beschikbare perspectieven een gegeven zijn. Dit betekent dat oplossingsrichtingen vooral zullen moeten focussen op het genereren van meer duurzame uitstroom.

Bij de beëindiging van de LVV van medisch kwetsbare ongedocumenteerden ontstaat discussie over de mate van kwetsbaarheid, omdat met het beëindigen van de LVV tevens de opvang ten einde komt. De vraag is dan of dit zal leiden tot schrijnende situaties. Enerzijds wil men humanitaire crisissituaties vermijden. Anderzijds wordt getracht ‘dichtslibben’ van het programma te voorkomen. Er moet dus telkens een juiste afweging worden gemaakt. De GGD verricht in dergelijke gevallen een screening. Aan de hand van de screening doet de GGD uitspraak over:

- **Profiel opvang:** LVV/anders. Hierbij adviseert de GGD of iemand in een LVV locatie op basis van zelfregie kan functioneren, of dat iemand extra ondersteuning van de woonbegeleiding heeft.
- **Prioriteit wachtlijst:** ja/nee/n.v.t. Dit geldt voor nieuwe aanmeldingen die nog niet kunnen worden toegelaten tot de LVV. De GGD kan oordelen dat, gegeven een medische situatie, iemand recht heeft op voorrang voor plaatsing.
- **Uitgebreide screening:** ja/nee. Hierbij adviseert de GGD of zij noodzaak ziet voor een uitgebreide screening.

Zoals uitgelegd in 2.2.2. leidt de screening niet tot een definitieve vaststelling van kwetsbaarheid. Immers, zelfredzaamheid is niet exact hetzelfde als de mate van medische kwetsbaarheid, alhoewel er overlap is tussen beide definities. Daarnaast doet de GGD geen uitspraken over kwetsbaarheid, daar zij iedereen zonder woning kwetsbaar acht.

Bij beëindiging van de LVV van medisch kwetsbaren moet momenteel gewerkt worden met afgeleide informatie van derden en de GGD. Dit heeft geleid tot de praktijk waarin de GGD screening wordt gebruikt om een bepaalde mate van kwetsbaarheid af te lezen. Als iemand een indicatie krijgt voor een normale LVV woonlocatie of uitgebreide screening, is deze persoon minder kwetsbaar dan iemand die extra (medische) ondersteuning nodig heeft, zo is de veronderstelling momenteel. Uit de praktijk blijkt dat dit echter niet altijd de lading dekt: een hoogzwangere vrouw die verder zelfredzaam en gezond is valt tussen wal en schip. Ze is té zelfredzaam voor opvang met extra zorg, en er zijn geen indicaties voor een uitgebreide screening. Alhoewel dit niet blijkt uit voorgenoemde, is zij in de ogen van veel betrokken partijen te kwetsbaar voor de straat.

Om dergelijke situaties te voorkomen vaart de RgOA momenteel tevens op advies van externen, wanneer dit beschikbaar is. Ook wordt de input van de casemanager en woonbegeleiding meegewogen. Er zitten geen andere partijen aan de Amsterdamse LVV-tafel die een definitieve uitspraak kunnen doen over de mate van kwetsbaarheid. Het beslismoment over uitstroom zou danig worden verbeterd wanneer er een scherpere definitie van kwetsbaarheid zou komen die door een (medische) autoriteit kan worden vastgesteld.

#### 5.1.4. Wat doen we eerst? Een paradox: stabiliseren versus activeren

Het ziektebeeld van medisch kwetsbare ongedocumenteerden kan een traject doen stagneren. Begeleidende partijen zijn bij deze casussen veelal bezig met maatschappelijke ondersteuning: het doorverwijzen naar en contact onderhouden met een behandelaar, zorgen dat iemand in de juiste opvang zit, opschaling naar MOO of MRT, contact onderhouden met de woonbegeleider etc. Er zijn twee manieren waarop de medische situatie een traject kan belemmeren.

Allereerst kan de aard van de medische situatie directe complicaties veroorzaken voor de inhoudelijke begeleiding in een traject. Denk bijvoorbeeld aan een licht verstandelijke beperking, waarbij het lastig kan zijn om met de persoon in kwestie in kaart te brengen welke documenten moeten worden vergaard, of hoe iemands netwerk in het land van herkomst eruit ziet.

Ten tweede kan het ziektebeeld (tijdelijk) worden verergerd door tijdsdruk van de LVV, of gedurende een behandeling die wordt ondergaan. Denk hierbij aan PTSS. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) is een veelgebruikte therapie tijdens traumabehandelingen. Door herbelevingen kunnen (tijdelijk) verslechtingen optreden. Ook is bekend dat de medicatie ter controlering van depressieve en psychiatrische stoornissen bijwerkingen kunnen veroorzaken die het coherent en consistent verklaren van een vluchtverhaal kunnen compliceren. Een casemanager heeft het vluchtverhaal nodig om in detail te kunnen onderzoeken welke bewijsstukken er nodig zijn en door wie deze zouden kunnen worden geleverd. Een gesprek daarover kan te belastend zijn voor de persoon in kwestie.

Doorgaan met het traject kan in zulke gevallen een belemmering zijn voor zowel de voortgang van het traject als voor het genezingsproces, en verkleint daarmee de kans op een duurzame oplossing. Tegelijkertijd kunnen deze behandelingen en medicatie niet worden uitgesteld, omdat dit zou kunnen leiden tot sterfte, suicidaliteit etc.

Wanneer de medische situatie de begeleiding (tijdelijk) in de weg staat, zou stabilisatie of genezing voorrang moeten krijgen, aldus verschillende partijen. Op dit moment is een bevriezing van een traject alleen mogelijk tijdens intensieve traumabehandeling, fase 2 bij Equator. Bevriezing van trajecten als mensen traumabehandeling ondergaan bij andere GGZ instellingen staat ter discussie. De RgOA onderzoekt momenteel de mogelijkheden om soortgelijke afspraken te maken over bevroren van trajecten wanneer traumabehandeling wordt ondergaan bij andere zorginstellingen.



Sommige partijen geven aan dat menig ziektebeeld inherent verweven is met de ongedocumenteerde, uitzichtloze positie waarin mensen zich bevinden. De wetenschappelijke literatuur wijst inderdaad op allerlei ziektebeelden die samenhangen, worden veroorzaakt of verergerd door het feit dat ongedocumenteerden zich in een gemarginaliseerde, kwetsbare sociaal-maatschappelijke, en onzekere positie bevinden (Vollebregt et al. 2020; van de Sande, van den Muijsenberg, 2017; Schroevers et al. 2010). Voortslepende onzekerheid kan allerlei gezondheidsklachten tot gevolg hebben – van verhoogde bloeddruk tot hartfalen.

Ook wordt er door partijen gewezen op het risico van hospitalisering. Hierbij raken mensen, mede door jarenlang niet te kunnen participeren in de maatschappij, dermate afhankelijk van zorg en anderen dat het lastig is hen uiteindelijk naar zelfstandigheid terug te begeleiden die nodig is om tot een duurzame oplossing te komen. Bezien vanuit dit perspectief, is het werken aan een toekomstperspectief wellicht wél goed voor medisch kwetsbare ongedocumenteerden. Het biedt hen immers zicht op een andere toekomst, die een vermindering van stress, onzekerheid en sociaal-maatschappelijke kwetsbaarheid teweeg zou kunnen brengen.

Er bestaat momenteel geen consensus over wat de beste aanpak en volgorde is: stabiliseren voorafgaand of gedurende een traject? Binnen MOO wordt dit per casus afgestemd met de behandelaar. Diens advies is hierbij leidend. Partijen geven aan dat er voor béide wat te zeggen valt, en dat het casus afhankelijk is wat werkt en wat niet. Ook wijst een partij erop dat het belangrijk is een onderscheid te maken tussen de oorzaken van verschillende ziektebeelden. Sommige ziektebeelden worden veroorzaakt door de situatie waarin ongedocumenteerden zich bevinden, maar andere veelvoorkomende problematiek zoals PTSS ontstaat niet door onzekerheid en een leven op straat maar door trauma. Waar bij de eerste sprake zou kunnen zijn van doorbraken in de casus als er ondanks het ziektebeeld wordt gewerkt aan een toekomst, geldt dat voor trauma niet; hiervoor is eerst traumabehandeling en stabilisatie nodig.

Op dit moment is er geen gedifferentieerd beleid in de LVV Amsterdam op basis waarvan verschillende keuzes zouden kunnen worden gemaakt, afgezien van de mogelijkheid tot pauzeren van een traject bij intensieve traumabehandeling. Gezien er geen eenduidig oorzakelijk verband is, past streven naar maatwerk het beste. Hoofdstuk 7 bespreekt aanbevelingen voor de doorontwikkeling van maatwerk in de LVV Amsterdam.

### 5.1.5. Toegang tot zorg

Toegang tot basale zorg is wettelijk vastgelegd, maar niet vanzelfsprekend voor ongedocumenteerden (Ombudsman 2021; Vollebregt et al. 2020; van de Sande, van den Muijsenberg, 2017; Van Beijnum et al., 2016; Schroevers et al. 2010). Haperende toegang tot zorg voor medisch kwetsbare ongedocumenteerden komt voor omdat zorginstellingen en zorgverstrekkers niet altijd goed op de hoogte zijn van vergoedingsregelingen. Het beeld bestaat bij zorgverstrekk-

kers dat declaraties bij het CAK omslachtig zijn en lang op zich laten wachten, waardoor toegang tot zorg soms onterecht ontzegd, of nodeloos gecompliceerd wordt. Woonbegeleiders en casemanagers geven aan met regelmaat te moeten bemiddelen tussen de LVV-deelnemers, huisartsen, apotheken en ziekenhuizen, voor het realiseren van kosteloze toegang tot zorg. Ook zijn ongedocumenteerden zelf geneigd om de stap naar de dokter niet of te laat te ondernemen.

Ziekenhuizen ondervinden problemen met de doorstroom omdat er in de stad alleen een kortlopend vangnet is (de Ziekenboeg) voor mensen die nog moeten herstellen maar al wel uit het ziekenhuis worden ontslagen. MOO heeft sinds 1 januari 2020 een aparte afdeling opgezet ter ondervanging van dit probleem: een kleinschalige, intramurale setting waar 20 opvangplekken gerealiseerd zijn (MOO-intensief). Verder zijn er weinig plekken voor mensen die langere tijd zouden moeten herstellen. Dit laatste is in Amsterdam niet gecentreerd geregeld, en moet dus op ad-hoc basis worden bewerkstelligd door sociaal werkers in ziekenhuizen.

Daarnaast geldt voor de toegang tot gespecialiseerde zorg een algemeen probleem: lange wachtlijsten. Met name in de GGZ kunnen de wachtlijsten in de regio Amsterdam behoorlijk oplopen. Dit heeft evidente effecten op de (door)looptijden in de trajecten van medisch kwetsbare ongedocumenteerden. Hierdoor wordt de discussie zoals besproken in 5.1.4. mede gevoed.

### 5.1.6. (Zwaar) inreisverbod

Mensen met ongewenstverklaring en/of een (zwaar) inreisverbod van 10 jaar of meer worden niet toegelaten tot de LVV Amsterdam en vallen daarom officieel buiten dit onderzoek. MOO heeft de afgelopen jaren wel opvang en begeleiding geboden aan deze groep. MOO ziet dat contra-indicaties zoals strafrechtelijke feiten verwickeld kunnen zijn met een ernstig psychiatrisch ziektebeeld. Om incidenten te voorkomen heeft volgens hen ook deze groep toegang tot begeleiding, GGZ-behandelingen en stabilisatie door middel van opvang nodig. MOO heeft de passende expertise in huis om ook mensen met een zwaar inreisverbod te begeleiden.

Vrijwel alle partijen die samenwerken in het LVV-verband zijn bekend met (de begeleiding van) mensen met een (zwaar) inreisverbod. Omdat MOO en de GGD medisch kwetsbare met een (zwaar) inreisverbod zien omdat zij verblijven in de stad en er verder geen opvangplekken voor hen zijn, is er een vraag over gesteld in de vragenlijsten.

Verschillende partijen herkennen dat medische kwetsbaarheid kan correleren met contra-indicaties zoals een (zwaar) inreisverbod. Als dat ziektebeeld psychiatrisch, gedrags-problematisch of verslavings-gerelateerd van aard is, is de kans klein dat deze mensen zonder professionele hulp zouden komen tot stabilisatie en uiteindelijk een duurzame oplossing in de vorm van terugkeer naar het land van herkomst of legalisering van hun verblijf in Nederland. Wanneer artikel 64 Vw (herhaaldelijk) wordt verstrekt en hiermee wordt erkend dat vertrek naar land van herkomst tijdelijk niet mogelijk is voor de persoon in kwestie, maar deze persoon door zijn of haar (zware) inreisverbod ook niet in aanmerking komt voor een (medische) vergunning, zit er in deze casussen weinig vooruitgang.

Voor deze casussen geldt dat er waarschijnlijk alleen een bestendig perspectief kan worden gevonden wanneer a) de onderliggende strafrechtelijke feiten nogmaals tegen het licht gehouden kunnen worden, en/of b) het ziektebeeld meegewogen kan worden, en/of c) er sprake is van een holistische, interdisciplinaire begeleiding bij terugkeer. Dergelijke begeleiding is op dit moment niet toegankelijk voor mensen met een (zwaar) inreisverbod. De GGD geeft aan dat het opvallend vaak voorkomt dat mensen met een (zwaar) inreisverbod (nog) geen vreemdelingenadvocaat hebben. Volgens de IND zou er meer inzicht moeten komen in alle omstandigheden en de onderliggende strafrechtelijke feiten en de aard ervan, om te bepalen of een verzoek om opheffing kansrijk zou zijn, maar de IND vraagt zich af of er voor deze groep goed onderbouwde verzoeken tot opheffingen worden ingediend.

Niet elke partij heeft een uitgesproken visie op of, en zo ja onder welke voorwaarden, mensen met een (zwaar) inreisverbod zouden moeten worden toegelaten tot de LVV. De IND geeft aan dat de convenant vastgelegde afspraken een gegeven zijn en spreekt zich niet uit over deze kwestie. Er zijn ook begeleidende partijen in de pilot die mensen met een OGV of (zwaar) inreisverbod weigeren te begeleiden. MOO heeft de afgelopen jaren ervaren dat ook voor deze groep uiteindelijk een duurzame oplossing kan worden bewerkstelligd en bepleit dat juist deze groep kwetsbaar is door onderliggende gedragsproblematiek, verslavingen en ernstige psychiatrische stoornissen.

### 5.1.7. Geen passende opvang

Ondanks de verschillende opvanglocaties in de LVV is passende opvang soms een probleem. Als een casus op het onderdeel opvang vastloopt kan dit verstrekkende gevolgen hebben. Een voorbeeld van een casus waaruit blijkt dat er voor specifieke groepen medisch kwetsbare ongedocumenteerden geen passende opvang en/of begeleiding is in de LVV:



Meneer Pasha<sup>11</sup> is 59 jaar oud en oorspronkelijk afkomstig uit Iran. Voor de start van de LVV verbleef meneer Pasha zo'n 10 jaar in Nederland. In 2011 deed hij zijn eerste asielaanvraag, welke in 2013 werd afgewezen. Sindsdien struikt meneer van plek naar plek: hij verbleef onder andere in een flat met andere ongedocumenteerden, in de 'Vluchtgarage', een in 2014 gekraakte autogarage in Amsterdam Zuidoost en in verschillende HVO Querido opvanglocaties die hij moest verlaten in verband met schorsingen. Vanaf 2019 zit meneer in de LVV, waar zijn welzijn inmiddels is verslechterd.

Meneer Pasha is gediagnosticeerd met een autismespectrumstoornis en PTSS. Beiden worden negatief beïnvloed door zijn woonsituatie. In verband met zijn autismespectrumstoornis hebben verschillende GGZ behandelaren aangegeven dat hij gebaat is bij een stabiele, voorspelbare, prikkelarme leefomgeving, waarin hij niet wordt blootgesteld aan complexe sociale interacties met anderen. Voor goed functioneren heeft hij een beschikking tot een éénpersoonskamer nodig, waarin hij zich kan terugtrekken als sociale interacties teveel van hem vragen. Een psychiater concludeert dat een andere situatie te riskant is voor meneer en eventuele medebewoner(s), en dat VBL Ter Apel tevens niet kan worden beschouwd als adequate opvang.

Sinds zijn officiële toelating tot de LVV in juli 2019 heeft meneer Pasha op 7 verschillende locaties gewoond. Op verschillende locaties raakte meneer, ondanks de inspanningen die aldaar werden verricht om een prikkelarme omgeving te creëren, steeds weer betrokken bij (ernstige) conflicten waardoor hij moest worden geschorst. MOO kon meneer niet opnemen omdat de gestelde noodzakelijke mate van isolatie ook daar niet kan worden geboden. Tot slot weigerde ook Veldzicht meneer op te nemen, omdat er volgens de GGD wel sprake is van GGZ problematiek, maar er geen noodzaak is om deze in een klinische setting te behandelen.

Verschillende psychiaters concludeerden reeds in 2017 en 2019 dat meneer Pasha gebaat zou zijn bij behandeling, maar wezen hem af omdat zijn woonomgeving daarvoor niet stabiel genoeg werd geacht. De inhoudelijke voortgang van het traject van meneer Pasha is nauwelijks opgeschoten omdat de casemanager vrijwel alleen maar bezig is geweest met crisismanagement en maatschappelijke begeleiding. Hierdoor kan de casus niet worden opgeschaald naar het MRT: er is immers nog veel niet uitgezocht.

De conclusie is dat meneer Pasha na bijna 1,5 jaar LVV nog steeds niet op de juiste woonlocatie zit. Hierdoor ontbreekt het hem aan de juiste dagelijkse woonbegeleiding. Tot ieders verontrusting raakt meneer Pasha continue overprikkeld en betrokken bij incidenten. Zonder een rustige woonomgeving kan meneer niet starten met psycho-educatie en andere behandelingen, die het eventueel mogelijk zouden kunnen maken om met hem een inhoudelijk gesprek te voeren over de toekomst. Dit is een duidelijk voorbeeld van een deelnemer voor wie geen passende opvang is in de LVV en die redelijkerwijs niet inhoudelijk begeleidbaar tot hij stabiliseert.

<sup>11</sup> Meneer Pasha is een pseudoniem. Dit betreft een echte casus uit de LVV Amsterdam. Om privacyoverwegingen zijn verschillende details veranderd.

## 5.2. Knelpunten bij JS en JT

Deze volgende paragrafen bespreken de knelpunten die met name voorkomen in de LVV bij (de begeleiding van) medisch kwetsbare ongedocumenteerden in een JS (juridische screening) en/of een JT (juridisch traject). Deze analyses zijn met name gebaseerd op de interviews met de juridische NGOs en de IND.

### 5.2.1. Artikel 64 Vw/een medische vergunning: (nog) niet duurzaam

De juridische NGO's zijn kritisch op de tijdelijke aard van art. 64 Vw (uitstel van vertrek regeling) en de eventueel daaropvolgende medische vergunning. Artikel 64 Vw is een tijdelijke uitstel van vertrek regeling. Toewijzing van een aanvraag op grond van artikel 64 Vw leidt tot opschorting van de vertrekplicht van de betreffende persoon, maar levert geen verblijfsvergunning op. Het biedt dus (nog) geen duurzame oplossing.

Een verblijfsvergunning die verband houdt met een medische behandeling is ook tijdelijk, in beginsel voor één jaar, met mogelijkheid tot verlenging (artikel 3.58 onder p. Vreemdelingenbesluit). Bij een aanvraag voor verlenging van uitstel van vertrek of een medische vergunning wordt de medische situatie van de persoon opnieuw onder de loep gelegd. Als de situatie van de betreffende persoon in de tussentijd is gestabiliseerd, kan het zo zijn dat iemand weer in staat tot reizen wordt geacht en wordt het uitstel van vertrek of de vergunning niet verlengd. MOO geeft aan dat, zeker in het geval van zwaardere psychiatrie, de tijdelijkheid van de medische vergunningen een complicerende factor in het herstelproces van de medisch kwetsbare ongedocumenteerde is en dat het vreemd is dat stabilisatie kan leiden tot het intrekken van een vergunning. MOO observeert dan terugval en zou het liefst zien dat psychiatrische patiënten in aanmerking zouden komen voor vergunningen die meer continuïteit waarborgen.

MOO doet de suggestie dat aan een klinische opname automatisch een BMA advies gekoppeld zou kunnen worden. MOO stelt dit voor omdat het evident is dat de persoon in kwestie kampt met zwaardere medische problematiek en het dus handig zou zijn als er direct een uitspraak zou komen van het BMA over de beschikbaarheid van zorg en medicatie in land van herkomst. Zo zouden deze complexe casussen efficiënter kunnen worden aangepakt.

Bij een klinische opname (bijvoorbeeld in een crisissituatie) wordt artikel 64 Vw voor de duur van de opname toegekend. De IND geeft aan dat het geen beleid is om klinische opnames te combineren met een direct BMA-advies, omdat een klinische opname per definitie urgent is en de persoon niet kan reizen. De IND geeft daarnaast aan dat het belangrijk kan zijn dat er een ondersteunende NGO, gemachtigde of advocaat is die medisch kwetsbare ongedocumenteerden (blijvend) begeleidt en die de momenten van her-aanvragen voor hen monitort. Een juridische NGO wijst erop dat mensen die uitstromen uit de LVV met een artikel 64 aanvraag wel weer mogen her-instromen, maar niet actief gemonitord worden.

### 5.2.2. Uitgangspunt zelfstandigheid, bewijslast en her-aanvragen

Een belangrijk uitgangspunt binnen de LVV is een actieve, constructieve houding van de deelnemer. De vreemdelingenwetgeving gaat ook uit van eigen verantwoordelijkheid van de betreffende persoon of een gemachtigde. Zo moeten mensen hun (gebrek aan) netwerk in kaart brengen, zelf documentatie verzamelen en overleggen, en zijn zij zelf verantwoordelijk voor vertrek indien er geen sprake is van een geldig verblijfsrecht.

Begeleidende partijen beargumenteren dat het juist een vermindering van zelfstandigheid is die het voor sommige medisch kwetsbare ongedocumenteerde lastig maakt zélf deze beweging in de casus te bewerkstelligen. Bij verminderde zelfredzaamheid worden medisch kwetsbare ongedocumenteerden overvraagd, niet zelden omdat hun primaire dagelijkse focus ligt bij stabiliseren, overleven, of pijnmanagement, zo stellen verschillende partijen die zijn geïnterviewd.

De LVV Amsterdam kent bijvoorbeeld een casus waarin sprake is van een licht verstandelijke beperking (LVB). De betreffende persoon heeft eerder in een beschermde woonvorm gewoond. Dit geeft aan dat de persoon verminderd zelfstandig is. Het MRT uitte zorgen over het vermogen van de betreffende persoon om zelfstandige keuzes te kunnen maken. Dit is een voorbeeld van een casus waarbij de aanname dat mensen zelfstandige keuzes maken wordt geproblematiseerd. Op basis van de huidige data is niet vast te stellen om hoeveel casussen binnen de LVV het gaat.

Het Sociaal Cultureel Planbureau schat dat tussen de 6,4%-8,3% van de Nederlandse bevolking een licht verstandelijke beperking heeft (Woittiez, Eggink & Ras, 2019). Dit percentage is niet per se representatief voor de doelgroep ongedocumenteerden, maar geeft een indicatie dat er inderdaad meer mensen met LVB in de LVV Amsterdam zouden kunnen verblijven.

Begeleidende NGO's vinden daarnaast dat van medisch kwetsbare ongedocumenteerden die erg ziek zijn, niet kan worden verwacht dat zij zelf kunnen onderbouwen dat de zorg die zij nodig hebben feitelijk ontoegankelijk is in het land van herkomst. Begeleidende NGO's geven aan dat bijvoorbeeld objectief verifieerbare informatie moeilijk te vergaren is door stroperige bureaucratie in landen van herkomst, een extra moeilijk opgave als je zelf ziek bent.

De IND geeft aan dat onderbouwing voor de feitelijke ontoegankelijkheid van zorg in het land van herkomst nog te vaak gebaseerd wordt op algemeenheden. Dit moet praktischer, gedetailleerder en verder uitgewerkt worden om overtuigend te zijn. Oplossingsrichtingen liggen volgens de IND met name bij de persoon zelf, of zijn/haar gemachtigde, maar kan zich voorstellen dat sommige medisch kwetsbare ongedocumenteerden het specificeren en vergaren van documentatie niet alleen kunnen, en dat de hulp van een NGO hierbij nodig is.

Uit bovenstaande blijkt dat er verschillende visies zijn binnen de LVV op de mate van zelfstandigheid en verantwoordelijkheid die kan worden verwacht van de deelnemers die kampen met medische problematiek.

### 5.2.3. Uitgangspunt zelfstandigheid, bewijslast en her-aanvragen

De juridische NGO's geven aan dat sommige procedurele uitgangspunten obstakels vormen die de uitkomst van de procedure beïnvloeden. Los van de inhoud werpen de voorwaarden verbonden aan de procedures barrières op voor medische kwetsbare ongedocumenteerden. Alle juridische NGO's die zijn geïnterviewd wijzen op dergelijke procedurele knelpunten. Voorbeelden zijn:

- **De korte en strakke termijnen die worden gehanteerd bij een artikel 64 procedure, terwijl er sprake is van afhankelijkheid van derden in het vergaren van de juiste documentatie.** Met name de medewerking van behandelaren is niet vanzelfsprekend.
- **De beoordelingscriteria bij medische nood.** Eén partij wijst erop dat het bij mensen met psychiatrische problematiek moeilijk is om aannemelijk te maken dat het ontberen van een behandeling hen binnen 3 maanden in medische nood zal doen verkeren; het is bijvoorbeeld lastig voor een psychiater om in te schatten of en zo ja, wanneer, iemands suïcidaliteit uitmondt in een poging tot zelfdoding, of niet.

Daarnaast zijn juridische partijen kritisch op het BMA-advies. Het BMA (Bureau Medische Advisering) is onderdeel van het Ministerie van Justitie en Veiligheid en adviseert de IND over medische aspecten van casussen. Het BMA beziet onder andere of medische behandeling in het land van herkomst beschikbaar is. Met beschikbaarheid wordt bedoeld: dat "een gevraagde specifieke medische behandeling (waaronder ook medicatie) aanwezig is op een bepaald moment in het gevraagde land van herkomst of land van bestemming."<sup>12</sup> De persoon in kwestie krijgt de gelegenheid om aannemelijk te maken dat de beschikbare zorg voor hem/haar feitelijk niet toegankelijk is<sup>13</sup>. Juridische partijen geven aan dat;

- **Het moeilijk is om voldoende aannemelijk te maken dat medische behandeling feitelijk niet toegankelijk is als het BMA heeft geadviseerd aan de IND dat behandeling wel beschikbaar is.** De toets op beschikbaarheid gehanteerd door het BMA is breed gedefinieerd – "op enig moment beschikbaar" – en ook niet geografisch gespecificeerd – "in het land van herkomst". De geografische locatie kan bepalend zijn voor de feitelijke toegankelijkheid van zorg. Zo is er momenteel in de LVV een voorbeeld van een meneer die zou moeten terugkeren naar Nigeria, maar die de verschillende bestanddelen van zijn huidige medicatie zou moeten halen in Abuja én Lagos, twee steden gelegen op zo'n 1,5u vliegen van elkaar.

<sup>12</sup>Zie p. 8:

<https://ind.nl/documents/protocol%20bma%202016%20webversie.pdf>

<sup>13</sup> Hiervoor is het belangrijk dat de nationaliteit en identiteit van de persoon zijn vastgesteld aan de hand van documenten. Voor meer informatie over nationaliteit/identiteit:

<https://ind.nl/documents/wi%202018-16.pdf>

- **Er een betere navolging zou moeten zijn van het Paposhvili arrest en meer realistische bewijslast ten overstaan van de feitelijke toegankelijkheid van zorg.** In de zaak Paposhvili schaarde het EHRM de toegang tot noodzakelijke medische behandeling onder 3 EVRM (Wegelin 2017), en stelde dat de Belgische Staat ook de feitelijke toegankelijkheid en niet enkel de beschikbaarheid van een medische behandeling dient mee te wegen in haar overwegingen. NGO's geven aan dat wanneer zij de kosten van en afstand tot een behandeling scherp krijgen, het moeilijk blijft om aan te tonen dat de medisch kwetsbare persoon niet zou kunnen werken om het kapitaal bij elkaar te krijgen deze reis en behandeling te bekostigen. De bewijslast ligt volgens hen onrealistisch hoog.
- **De afschaffing van de discretionaire bevoegdheid zou moeten worden teruggedraaid, zonder dat dit consequenties heeft voor andere doelgroepen (refererend naar de eerdere afweging van het Kabinet om het Kinderpardon "uit te ruilen" tegen de discretionaire bevoegdheid).**

Het valt de IND-deelnemer aan het Amsterdamse LSO op dat onderbouwing van feitelijke ontoegankelijkheid vaak nog wordt gebaseerd op algemeenheden. De kennis en expertise om de benodigde gedetailleerde informatie in het land van herkomst te achterhalen ligt voornamelijk bij toekomstoriëntatie en terugkeer partijen. Het is om deze reden dat in paragraaf 5.2.4 wordt gesproken over integrale traject mogelijkheden.

Alle betrokken partijen zijn het erover eens dat er medisch kwetsbare ongedocumenteerden zullen overblijven voor wie, ondanks alle inspanningen, geen duurzame oplossing wordt gevonden. Partijen zijn het er niet over eens of dit komt ondanks de wettelijke kaders (bieden voldoende ruimte voor het vinden van oplossingen) of door de wettelijke kaders (bieden onvoldoende ruimte voor het vinden van oplossingen). De wettelijke kaders bepalen uiteindelijk het speelveld van de partijen in de LVV. Partners kunnen elkaar opzoeken en samenwerken, maar de wettelijke kaders blijven leidend in wat er wel of niet mogelijk is.

### 5.3. Knelpunten bij TKO en TK

Deze volgende paragrafen bespreken de knelpunten die met name voorkomen bij Toekomstoriëntatie en Terugkeer trajecten. Voor deze paragrafen zijn de interviews met de TKO en TK NGO's, de DT&V en de IND geanalyseerd. Ook zijn algemene observaties van de RgOA verwerkt in de analyses.

#### 5.3.1. Discrepantie tussen beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg

In de praktijk bestaat er een discrepantie tussen beschikbaarheid en feitelijke toegankelijkheid van zorg. Vrijwel alle geïnterviewde partijen herkennen dit. De toegankelijkheid is persoonsafhankelijk, wat betekent dat de toegankelijkheid tot zorg beïnvloed kan worden door allerlei persoonsgebonden factoren. Het BMA toetst enkel de beschikbaarheid. Onderbouwen dat zorg feitelijk niet toegankelijk is, ligt bij de persoon zelf.

De NGO's hebben zorgen geuit over het vermogen van medisch kwetsbare ongedocumenteerden om zelfstandig te onderbouwen dat zorg feitelijk niet toegankelijk is in het land van herkomst. Het vraagstuk over deze verantwoordelijkheid daargelaten, is het duidelijk dat wanneer er sprake is van een verschil tussen beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg, er moeilijkheden ontstaan bij de terugkeerbegeleiding van medisch kwetsbare ongedocumenteerden. Een voorbeeld hiervan vind u op de volgende pagina.





Meneer Samuel is een 58 jarige man die 16 jaar ongedocumenteerd in Nederland verblijft. Na zijn afgewezen asielaanvraag heeft hij jarenlang ongedocumenteerd bij vrienden gewoond en fysieke arbeid verricht – afwassen in restaurants, schoonmaken in kantoren. Hij is afkomstig uit Oeganda en heeft HIV, waardoor zijn gezondheid de laatste jaren danig is verzwakt en hij niet meer in staat is hetzelfde fysieke werk te verrichten als voorheen. Momenteel staat hij onder behandeling van een internist in het AMC, waar hij de nieuwste HIV-medicatie ontvangt. Tevens staat hij onder behandeling van een psycholoog die hem helpt met zijn ziekte om te gaan. Meneer Samuel is behandeltrouw, hij weet dat zijn immuunsysteem direct verzwakt en hij het risico loopt resistent te worden tegen zijn medicatie als hij nalatig is tijdens zijn behandeling.

Het BMA-advies luidt dat behandeling beschikbaar is en dat meneer ook zou kunnen reizen. Met andere woorden: meneer kan terug naar zijn geboorteland Oeganda. Meneer Samuel staat twijfelend tegenover terugkeer. Zijn ongedocumenteerde leven in Nederland ervaart hij als onwaardig en uitzichtloos, maar de toegang tot zorg houdt hem in leven. Hij is angstig voor wat hem in Oeganda te wachten staat omdat hij niet weet hoe hij zijn behandeling moet betalen en geen weet heeft van levende familieleden in zijn geboortedorp Gulu, dat inmiddels is uitgegroeid tot een kleine stad gelegen op zo'n 5 u rijden ten noorden van Kampala. Zijn enige familielid, een zoon, woont in Amerika. Met hem heeft hij goed contact. Momenteel verblijft hij op een LVV-locatie van het Leger Des Heils waar extra aandacht is voor bewoners. Zijn medische situatie is stabiel, zijn geestelijke gesteldheid fluctueert<sup>14</sup>.

De situatie van meneer Samuel laat zien dat er een discrepantie bestaat tussen de beschikbaarheid van een behandeling die – theoretisch gezien – op enig moment en onder bepaalde voorwaarden beschikbaar zou zijn in Oeganda, en de lokale en persoonlijke realiteit van de specifieke casus die ervoor zorgen dat feitelijke toegankelijkheid gecompliceerder ligt. De bestanddelen van de nieuwste medicatie die meneer Samuel in het AMC ontvangt zijn inderdaad beschikbaar in Oeganda, maar er zijn enkele belemmeringen om daar daadwerkelijk toegang toe te krijgen.

Allereerst krijgt meneer Samuel in Nederland een modern medicijn, waarvan de bestanddelen niet beschikbaar zijn in het publieke HIV/AIDS programma in Oeganda. Meneer Samuel moet ofwel overstappen op andere medicatie binnen het publieke HIV-programma, of hij zal afhankelijk zijn van privé klinieken waar de moderne medicatie wél beschikbaar is. Transitie tussen HIV-medicatie is niet zonder medisch risico en moet onder begeleiding van een medisch specialist gebeuren. Maakt meneer Samuel de transitie niet, dan zijn er aanzienlijke kosten verbonden aan zijn behandeling. Mits meneer Samuel toegang heeft tot medicatie en hij behandeltrouw blijft, dan is hij in staat om licht werk te verrichten, maar de opbrengsten van dergelijke arbeid zou niet voldoende zijn om een behandeling in een privékliniek te kunnen bekostigen.

Tot slot heeft meneer Samuel geen zicht op waar hij zou moeten wonen. Zijn woonplek houdt verband met de twee bovengenoemde obstakels: als meneer Samuel zou terugkeren wil hij terug naar de plek die hij kent, Gulu. In zijn geboortedorp kent hij nog wel wat mensen. Als hij de banden weet aan te halen met een oude vriend denkt hij dat hij daar misschien zou mogen wonen. Maar dan loopt hij nog steeds aan tegen het probleem van de financiering; hij heeft verder geen nauwe familiebanden waar hij op terug kan vallen voor financiële steun om zijn behandeling te bekostigen. Een eventuele transitie naar een ander medicijn houdt ook verband met waar hij komt te wonen: in Gulu, waar hij oorspronkelijk vandaan komt, wordt andere medicatie verstrekt dan in bijvoorbeeld Kampala.

Deze casus brengt enkele persoonsafhankelijke factoren aan het licht die belemmeringen opwerpen in de feitelijke toegankelijkheid van zorg bij terugkeer. De feitelijke toegankelijkheid wordt bepaald door de contextuele en

<sup>14</sup> Het verhaal van meneer Samuel is een fictief voorbeeld, gebaseerd op verschillende recente casussen die in de LVV Amsterdam de revue zijn gepasseerd.

persoonsgebonden kenmerken zoals iemands netwerk, en woonsituatie. In sommige regio's kunnen andere factoren zoals etniciteit, religie politieke voorkeur of gender ook van invloed zijn op de toegankelijkheid van zorg. De nabijheid van behandelingen in combinatie met de mobiliteit van de medisch kwetsbare ongedocumenteerde, zijn of haar financiële positie en zeer specifieke zaken zoals het type medicijn of behandeling die nodig zijn spelen zijn daarnaast ook een rol van in de mate van feitelijke toegankelijkheid.

Zoals we ook zagen bij meneer Samuel is de angst voor een verslechtering van de medische situatie een belangrijke reden voor mensen om weerstand te bieden tegen medewerking aan terugkeer naar het land van herkomst. Vanuit het perspectief van de medisch kwetsbare ongedocumenteerden geldt daarom: hoe concreter de situatie kan worden geschetst, hoe beter. Terugkeer partijen in de LVV Amsterdam richten zich daarom op het (her)contacteren van familieleden, het concretiseren van zorg, woning en inkomen. Mits de juiste, intensieve begeleiding kan worden geboden door een organisatie met passende expertise kan de discrepantie tussen de beschikbaarheid en de feitelijke toegankelijkheid van behandelingen worden overbrugd.

Er zijn ook casussen waarbij de discrepantie tussen beschikbaarheid en feitelijke toegankelijkheid niet te overbruggen blijkt. De knelpunten bij veel nierpatiënten zijn hiervan een voorbeeld. Continuïteit van nierdialyses is van levensbelang, en alhoewel er dialyses beschikbaar zijn in landen van herkomst, zijn deze vaak onbetaalbaar voor iemand die geen (fysieke) arbeid meer kan verrichten door het ziektebeeld, niet erg mobiel is en dus moet betalen voor vervoer van en naar de kliniek, en afhankelijk is van zorg die is georganiseerd op basis van publiek/private samenwerkingsverbanden. In Nigeria bijvoorbeeld, lopen de kosten van een behandeling op rond de 80USD/behandeling (waarvan nierpatiënten er zo'n 2 á 3 per week nodig hebben).

De RgOA concludeert dat er bij een discrepantie tussen beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg verschillende belemmeringen spelen die vragen om nauwe samenwerkingsverbanden tussen organisaties en zorgverleners. Tot op zekere hoogte gebeurt dat momenteel in LVV-verband, maar er liggen ook nog kansen om dit te intensifiëren. Hoofdstuk 6 bespreekt toekomstige mogelijke oplossingsrichtingen.

### 5.3.2. Spanningsveld vraag & aanbod

In de LVV Amsterdam wordt, wanneer de ongedocumenteerde dat wenst, eerst naar het juridisch perspectief gekeken voordat wordt ingezet op toekomst oriëntatie en eventueel terugkeer. De gedachte daarachter is dat deelnemers pas open staan om terugkeer te overwegen als ze zeker weten dat een verblijfsvergunning uitgesloten is.

De stap van toekomst oriëntatie naar een terugkeertraject wordt alleen gezet wanneer er sprake is van een serieuze terugkeer intentie. Tijdens een artikel 64 procedure en in een terugkeertraject wordt uitgezocht wat de praktische (on)mogelijkheden zijn voor terugkeer, bijvoorbeeld ten aanzien van de beschikbaarheid van medische zorg. Daarnaast worden tijdens een TKO en TK traject andere leefdomeinen zoals wonen en werk geconcretiseerd.

Verschillende partijen geven aan dat er een belangrijk spanningsveld zit tussen de intentie en het concretiseren van terugkeer. Immers, het concretiseren van de (medische) realiteit in het land van herkomst kan de welwillendheid om terug te keren verhogen. Maar als er geen initiële intentie tot terugkeer is, gaan partijen hun werkrelaties in het land van herkomst niet aan het werk zetten om deze specifieke informatie te verzamelen. Dat werk kan voor niets zijn en de relaties beschadigen voor toekomstige contacten, als de deelnemer vervolgens toch besluit niet mee te willen werken. TKO en TK partijen werken samen met lokale NGO's die vergoedingen ontvangen op basis van teruggekeerde deelnemer. Lokale NGO's hebben dan ook niet de financiële middelen om deze gedetailleerde informatie per persoon te onderzoeken.

Een strikte opvolging van deze stappen kan ertoe leiden dat er geen duurzame oplossing wordt gevonden. Dit is zonde, omdat de specifieke informatie over de omstandigheden in het land van herkomst doorslaggevend kan zijn in de overweging van de deelnemer om te kiezen voor terugkeer. In het geval van medisch kwetsbare ongedocumenteerden kan middels dit onderzoek eventueel ook duidelijk worden dat terugkeer met medische overdracht praktisch gezien niet mogelijk is, wat concrete input kan opleveren voor een juridische procedure (bijvoorbeeld medisch buiten schuld).

De DT&V geeft aan relatief weinig (wel in toenemende mate) casussen te zien waarbij na een verzoek daartoe van de persoon in kwestie, met alle betrokken partijen kan worden geconcludeerd dat echt álles is uitgezocht. Immers, als een TK-traject niet wordt gepoogd, is die optie nog niet volledig uitgesloten.

## 6. TOEKOMSTIGE OPLOSSINGSRICHTINGEN

### 6.1. Oplossingsrichtingen Algemene Knelpunten

Tijdens de interviews is aan partijen gevraagd mee te denken over mogelijke oplossingsrichtingen voor de algemene knelpunten. In de volgende paragrafen worden deze mogelijke oplossingsrichtingen uiteengezet. Daarnaast heeft de RgOA mogelijke oplossingsrichtingen gedestilleerd aan de hand van de besproken knelpunten. Allereerst worden de oplossingsrichtingen voor de in hoofdstuk 5 besproken algemene knelpunten besproken.

#### 6.1.1. Scherp afgebakende en toetsbare definitie

De oplossing voor verschillende geschetste knelpunten ligt allereerst in een heldere definitie van medisch kwetsbare ongedocumenteerden die door alle partijen gehanteerd en gedragen wordt. Dit onderzoek laat zien dat er, met toegang tot de juiste medische informatie, bruikbare subcategorieën onder de medisch kwetsbare ongedocumenteerden te definiëren zijn. Er is bijvoorbeeld behoefte aan het differentiëren van verschillende ziektebeelden, en het onderscheiden van verschillende mate van kwetsbaarheid.

Een categorische, preciezere indeling van de medisch kwetsbare ongedocumenteerden maken het mogelijk gerichte aanpassingen te maken in het programma, of groepsgewijze oplossingen te vinden. De IND wijst erop dat categorisaties helpen bij het inzichtelijk maken van medische problematiek. Medisch kwetsbare ongedocumenteerden kunnen bijvoorbeeld worden geclusterd op basis van de aard van medische problematiek, waardoor heel specifiek kan worden ingezoomd op de benodigdheden bij terugkeer.

De RgOA acht het gebruik van categorieën tevens bruikbaar voor het maken van meer exacte inschattingen over bijvoorbeeld het aantal MOO-bedden dat beschikbaar zou moeten zijn voor de LVV, alsmede of er genoeg plekken voor kwetsbaren aanwezig zijn in de LVV, en/of waar expertise zou moeten worden aangevuld, bijvoorbeeld aan de hand van trainingen.

De RgOA concludeert tevens dat de scherpere definitie een beter toegangsbeleid kan waarborgen waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen:

- 1) Medisch kwetsbaren bij wie het werken aan een toekomstperspectief mogelijk is ondanks de medische problematiek waarmee zij kampen.** Ze zijn begeleidbaar, wat betekent dat ze aanspreekbaar en in staat zijn een bijdrage te leveren aan de voortgang van hun traject. Genezing is geen voorwaarde voor een duurzaam perspectief, maatwerk daarentegen een vereiste.  
*Denk hierbij aan deelnemers die lijden aan bepaalde chronische medische aandoeningen of ouderdomskwalen.*
  - Bij medisch kwetsbare ongedocumenteerden die in deze categorie vallen die kampen met ernstige klachten zijn trajecten zonder tijdsdruk wenselijk.
  - Gedurende terugkeer traject zou kunnen blijken dat behandeling in het land van herkomst wel of juist niet toegankelijk is. Dit eerste kan leiden tot terugkeer, het tweede kan aanleiding zijn voor de start van bijvoorbeeld een medisch buiten schuld procedure. Het is daarom belangrijk dat deze mensen doorstromen naar een integraal traject, waarbij alle mogelijke perspectieven gelijktijdig worden onderzocht.
- 2) Medisch kwetsbaren bij wie werken aan een toekomstperspectief het ziektebeeld (tijdelijk) verergert waardoor de kansen op het bereiken van een duurzaam perspectief verkleinen.**  
*Denk hierbij aan mensen die een intensief medisch traject ingaan, bijvoorbeeld omdat zij PTSS klachten hebben. Gesprekken over de toekomst kunnen tijdelijk te belastend zijn voor deze deelnemers.*
  - Bij deze deelnemers is het verstandig te wachten met starten van trajecten, of het traject te bevriezen, zodat stabilisatie de volledige aandacht kan krijgen.
  - Wanneer het mogelijk is om weer aan een toekomstperspectief te werken moet er ruimte zijn voor kleine stapjes. Er kunnen op de achtergrond al dingen worden uitgezocht ten dienste van de duurzame uitstroom

zonder de deelnemer daar al teveel mee te belasten.

- Het is belangrijk de behandelaar bij deze trajecten te betrekken.

### 3) Medisch kwetsbaren die niet begeleidbaar zijn.

*Denk hierbij aan het voorbeeld van meneer Pasha en anderen met ernstige gedrags-en/of-verslavingsproblematiek voor wie ofwel geen juiste opvangplek is, of die inhoudelijk niet begeleidbaar zijn door hun medische problematiek (zelfs niet bij het MOO).*

- Als mensen een noodzakelijke behandeling weigeren, zijn zij niet begeleidbaar in de LVV.
- Voor specifieke categorieën is bovendien geen passende opvang mogelijk binnen de LVV (begeleid wonen).
- Als de conclusie is dat er niks (meer) bereikt kan worden, dan is het wenselijk dat hierover consensus wordt bereikt voorafgaand of op het LSO en dat de Gemeente en het Rijk oplossingen bedenken buiten de LVV.

Deze categorisatie kan NIET worden gemaakt op basis van ziektebeelden. Ziektebeelden bevinden zich namelijk op een schaal; de ene persoon met autisme is wellicht wel begeleidbaar, de ander absoluut niet. Ook zijn er andere persoonsafhankelijke factoren die ervoor kunnen zorgen dat de één met diabetes prima kan terugkeren naar land van herkomst, terwijl dat voor de ander niet mogelijk blijkt. Het is daarom noodzakelijk om dit per casus te blijven bekijken en maatwerk te leveren. Op basis hiervan kan worden gesteld dat in principe veel mensen bij aanvang van de LVV begeleidbaar zijn. Echter, tijdens het traject kan blijken dat er meer tijd nodig is, dat het traject bevroren moet worden, óf dat een deelnemer toch niet (meer) begeleidbaar blijkt.

Daarnaast is er behoefte aan een hanteerbare definitie van “kwetsbaarheid” om discussies, omslachtige procedures en schrijnende situaties te voorkomen. Bij beëindiging van de LVV van medisch kwetsbaren wordt momenteel gewerkt met afgeleide informatie van derden en de GGD. De RgOA neemt de uiteindelijke beslissing. Dit is een suboptimale gang van zaken. Uit de praktijk blijkt namelijk dat werken met afgeleide informatie niet altijd de lading volledig dekt. Genoemde voorbeelden in het rapport zijn mensen die zelfredzaam blijken uit de screening, maar kwetsbaar zijn om andere redenen (bijvoorbeeld door een vergevorderde zwangerschap, (vermeende) minderjarigheid, of (vermeend) slachtofferschap van seksuele uitbuiting). De RgOA vaart momenteel op advies van externen en afgeleide conclusies aan de hand van de GGD screenings die een inschatting geven over de mate van kwetsbaarheid. Dit zou exacter kunnen, met een definitie die beter aansluit bij de voorbeelden die in de praktijk de revue passeren. Het beslismoment over beëindiging van programma en opvang is gebaat bij een heldere definitie van kwetsbaarheid die door een medische autoriteit wordt vastgesteld.

## 6.1.2. Meer expertise in de LVV en samenwerking met zorginstellingen

Een aantal partijen zouden het liefst zien dat er meer medische expertise komt in de LVV. Dit is wenselijk om meer diepgang te krijgen tijdens het LSO en cluster overleggen en om beter in te schatten wat de mate van medische kwetsbaarheid is. Dat laatste is met name prangend als de LVV voor medisch kwetsbare ongedocumenteerden moet worden beëindigd.

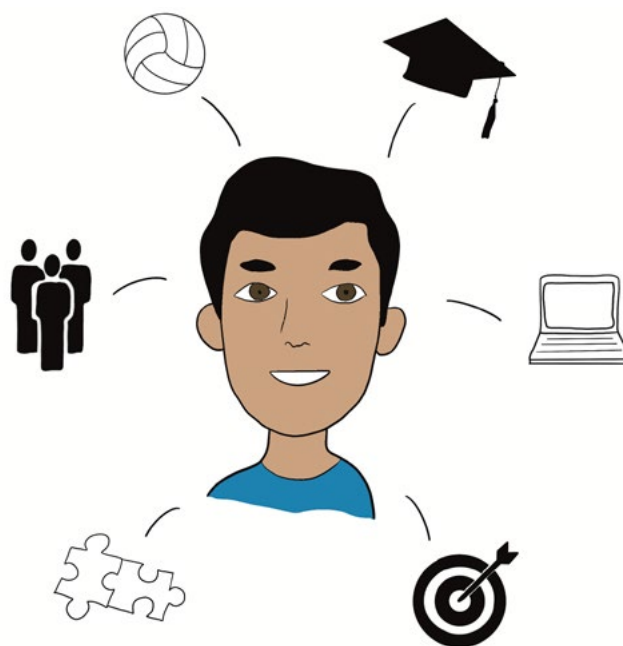
Omdat nou eenmaal niet alle vormen van zorg kunnen worden ingekocht in de LVV is er ook gesproken met partijen over andere oplossingen. Meerdere partijen zijn het erover eens dat intensievere samenwerking met zorginstellingen zoals verzorgingstehuizen, begeleid-wonen instellingen en verslavingsklinieken wenselijk is. In eerste instantie voor een betere toegang tot zorg en de mogelijkheid behandelaars makkelijker bij de LVV te betrekken. Voorbeelden van instellingen waarmee intensievere samenwerking zou worden gewaardeerd zijn de GGZ in Geest en de Jellinek kliniek (verslavingszorg). Ook opperen sommige partijen dat het goed zou zijn om te onderzoeken of de druk op Amsterdamse behandelaars zou kunnen worden verlaagd door medisch kwetsbare ongedocumenteerden door te sturen naar minder drukbezette regio's.

MOO pleit voor meer samenwerking met onder andere het COA en ziet het belang van een gesloten opvangketen met landelijke dekking. Beëindiging van Rijksopvang zou samen moeten gaan met een toets op kwetsbaarheid. Wanneer er sprake is van verminderde zelfredzaamheid, of kwetsbaarheden zoals LVB, verslavings-en/of-gedragsproblematiek, kan worden doorverwezen naar passende opvang/MOO. Zo komen er geen medisch kwetsbaren op straat terecht, en wordt het risico op incidenten gereduceerd, aldus MOO.

Betere samenwerking is ook gewenst met het oog op door-en-uitstroom binnen en uit de LVV. Niet voor iedere medisch kwetsbare ongedocumenteerde zal een oplossing gevonden worden. Het streven zou moeten zijn om voor medisch kwetsbare ongedocumenteerden een oplossing te vinden binnen de gestelde duurzame uitstroommogelijkheden. Verschillende partijen vinden het desondanks een goed idee vinden als er meer zou worden samengewerkt met verpleeghuizen en andere zorginstellingen zoals begeleid wonen om zodoende de doorstroom in de LVV te kunnen blijven waarborgen en inhumane situaties te voorkomen. De GGD en HVO Querido moedigen daarom aan dat er meer samenwerkingsverbanden komen met verpleegtehuizen, beschermde en begeleide woonvormen, die ongeacht iemands juridische status bereid zijn mensen op te nemen.

### 6.1.3. Profielschets en integrale trajecten met flexibele einddatum

Verschillende partijen hebben aangegeven dat het passend zou zijn om integrale trajecten mogelijk te maken voor medisch kwetsbare ongedocumenteerden. In een dergelijk traject houdt een multidisciplinair team zich simultaan bezig met het onderzoeken van alle perspectieven, verblijf, doormigratie en vertrek naar land van herkomst (incl. activering in het land van herkomst). Tot op zekere hoogte is dit mogelijk in de huidige LVV Amsterdam (middels parallelle trajecten), maar hiervan wordt nog niet veel gebruik gemaakt. Een integraal traject betreft tevens de behandelaar bij het bepalen van de richting van de mogelijke duurzame oplossing. Tot op heden blijkt dat behandelaren vaak zorgen hebben over de invloed van een traject op de behandeling en stabiliteit van een medisch kwetsbare ongedocumenteerde, en daarom gesprekken over een toekomst (buiten Nederland) niet wenselijk achten. Eén partij merkt op dat de GGZ beter gefaciliteerd zou moeten worden (in termen van geld en tijd) om actief mee te kunnen denken over de voortgang van een casus.



Theoretisch gezien lijken zware medische casussen zich te lenen voor een integraal traject. Vanuit de praktijk blijkt dat dit wel met specifieke voorwaarden is omkleed; een goed integraal traject kenmerkt zich door geoliede samenwerking tussen verschillende NGO's en eenduidige en genuanceerde communicatie met de deelnemer. Of dit behalve theoretisch ook een praktische oplossing is, is nog niet onderzocht.

Daarnaast deed de DT&V een suggestie voor een 'profielchets' die aan het begin van de pilot van alle deelnemers – niet alleen van medisch kwetsbare ongedocumenteerden – zou moeten worden gemaakt. Dit is uitgebreider dan het huidige persoonlijk perspectief plan (PPP). Een profielchets zou een gedetailleerd portret moeten zijn van de deelnemer waarmee in kaart wordt gebracht wat iemands capaciteiten, netwerk, en mogelijkheden zijn. Heeft de deelnemer opleiding genoten? Wat zijn andere vaardigheden van deze persoon? Hoe ziet zijn/haar netwerk eruit? Deze profielchets moet ter beschikking staan van alle partijen en in elke traject soort. Het zou tevens als opstapje kunnen dienen voor de bewijsstukken of concrete stappen die moeten worden verzameld en ondernomen in verschillende trajecten. Zelfs wanneer trajecten bevroren zijn kan er aan de hand van een dergelijke profielchets op de achtergrond het een en ander worden uitgezocht, bijvoorbeeld of er überhaupt behandelingen mogelijk zijn in het land van herkomst.

Tot op heden zijn er twee mogelijkheden voor medisch kwetsbare ongedocumenteerden om een uitzondering te krijgen op de 18 maanden termijn. Een traject bevroren of doorverwijzing naar MOO (waar niet met strakke looptijden wordt gewerkt) betekent dat een traject de 18 maanden termijn zou kunnen overstijgen. Vanwege het maatwerk dat idealiter zou moeten worden geleverd, is een gestandaardiseerde termijn volgens sommige partijen überhaupt niet passend voor casussen waarin medische problematiek een rol speelt. De RgOA wijst op de noodzaak de groep medisch kwetsbare ongedocumenteerden nog verder uit te splitsen in verschillende categorieën voor wie verschillende strategieën kunnen worden uitgezet. Voor sommige categorieën kan dan worden besloten dat langere looptijden nodig zijn (bijvoorbeeld voor medisch kwetsbare ongedocumenteerden voor wie terugkeer nog een mogelijkheid is).

## 6.2. Oplossingsrichtingen juridische knelpunten

Tijdens de interviews is aan partijen gevraagd mee te denken over mogelijke oplossingsrichtingen voor de juridische knelpunten die werden aangedragen. In de volgende paragrafen worden deze mogelijke oplossingsrichtingen uiteengezet.

### 6.2.1. Meer mensen tijdig laten doorstromen naar TK of integraal traject

Dit klinkt misschien tegenstrijdig: meer medisch kwetsbare ongedocumenteerden laten doorstromen naar een TK of integraal traject om tot oplossingen voor juridische knelpunten te komen. Dat is het niet altijd. In een TK of integraal traject kan proactief en diepgaand verkend worden hoe de (medische) aspecten van TK eruit zien. Dit kan tot twee dingen leiden. Enerzijds kan het ertoe leiden dat er bij de medisch kwetsbare ongedocumenteerde een terugkeer intentie ontstaat doordat het leven in het land van herkomst wordt geconcretiseerd. Anderzijds is het mogelijk dat er gedurende het traject duidelijk wordt dat terugkeer praktisch geen optie is, bijvoorbeeld omdat zorg feitelijk ontoegankelijk is. De terugkeer partijen hebben de expertise én samenwerkingsverbanden met lokale organisaties die nodig zijn om samen met juridische partijen deze, vaak zeer gedetailleerde informatie en documentatie te verzamelen.

Opgemerkt wordt dat het moment van overdracht van een juridische partij naar een TKO partij van belang is. Er moet voldoende tijd overblijven om toekomstoriëntatie modules te volbrengen en terugkeer grondig te kunnen uitzoeken. In het geval van een integraal traject blijft er een juridische partij betrokken die nauw samenwerkt om alle benodigde documentatie te verzamelen.

### 6.2.2. Wettelijke en/of-beleids-kaders verruimen en in kaart brengen structurele problematiek

Bij verschillende begeleidende NGO's klinkt in de interviews de roep om verruiming van de wettelijke-en/of-beleids-kaders. Zo geven de juridische partijen aan dat specifieke voorwaarden en medische nood met meer coulantie en empathie zouden moeten worden beoordeeld. Ook moet de bewijslast volgens hen realistischer worden. De juridische partijen geven daarnaast aan dat het belangrijk is dat het Paphosvill-arrest serieuzer in acht wordt genomen. Met andere woorden: zij achten het belangrijk dat de IND in het kader van de beoordeling niet alleen kijkt naar de beschikbaarheid van medische behandelingen, maar temeer naar de feitelijke toegankelijkheid ervan. De verantwoordelijkheid van de onderbouwing hiervan zou niet alleen bij de medisch kwetsbare ongedocumenteerde of zijn/haar gemachtigde moeten liggen. Ook wijzen de NGO's op de noodzaak voor meer vergoedingen voor de sociale advocatuur, de negatieve effecten van de afschaffing van de discretionaire bevoegdheid, en stellen zij speciale procedures voor, voor zaken die bij het MRT hebben gediend maar die desondanks niet-duurzaam dreigen uit te stromen.

Artikel 64 Vw is geen duurzame oplossing. Maar deze zou in de toekomst kunnen leiden tot een duurzame oplossing. Dit omdat er na een jaar aaneengesloten uitstel van vertrek op basis van artikel 64 Vw, een aanvraag voor een verblijfsvergunning op basis van medische gronden kan worden ingediend. Als er een jaar aaneengesloten uitstel van vertrek vooraf is gegaan aan de aanvraag voor een medische vergunning, gelden er enkele vrijstellingen. Sommige begeleidende NGO's geven aan dat toewijzing van uitstel van vertrek op basis van artikel 64 Vw een mogelijke eerste stap is richting een eventuele medische vergunning. Om deze reden vinden zij dat artikel 64 Vw van een jaar of langer zou moeten worden gezien als een resultaat van de LVV. Voor kwetsbare psychiatrische patiënten acht MOO het noodzakelijk dat zij in aanmerking zouden moeten komen voor meer duurzame vergunningen die meer continuïteit waarborgen, waardoor terugval in het ziektebeeld (en in de illegaliteit) kan worden voorkomen.

De DT&V geeft daarentegen aan dat verlening van artikel 64 Vw een kans biedt om goed en gezamenlijk te werken aan de terugkeer van een medisch kwetsbare ongedocumenteerde. Immers, de persoon is tijdelijk zeker van gezondheidszorg (via RvA) en kan dan samen met zijn/haar begeleider en een TKO en TK partijen werken aan een bestendige toekomst in land van herkomst.

Het veranderen van wettelijke en/of-beleids-kaders is niet aan de LVV. Wel kan er binnen de LVV zo goed mogelijk worden samengewerkt om veelvoorkomende juridische euvels en mogelijke oplossingsrichtingen gestruc-

tureerd in kaart te brengen. Dezelfde exercitie is ondernomen door VWN aangaande het vraagstuk van Ethiopische/ Eritrese deelnemers, en door MOH (VWN) met betrekking tot specifieke problemen die spelen bij TKO en TK trajecten van nierpatiënten. Een bundeling van casussen met dezelfde problemen kan worden aangedragen aan beleidsmedewerkers die invloed uitoefenen op de wetgeving.

### 6.3. Oplossingsrichtingen TKO en TO

Tot slot werd in de interviews ook gesproken over mogelijke oplossingsrichtingen voor de knelpunten die spelen bij toekomst oriëntatie en terugkeer. In het hoofdstuk over huidige oplossingsrichtingen werd al even kort gesproken over de mogelijkheid om het participatieaanbod onder de loep te nemen, onder andere om deze te richten op activiteiten ter ondersteuning van en voorbereiding op terugkeer. In de volgende paragraaf wordt een andere mogelijke oplossingsrichting uiteengezet.

#### 6.3.1. Samenwerkingsverbanden met ziekenhuizen in landen van herkomst

Nederlandse ziekenhuizen hebben allerlei samenwerkingsverbanden met ziekenhuizen in ontwikkelingslanden. Ziekenhuizen hebben bijvoorbeeld educatieve uitwisselings-en-ontwikkelingsprojecten, en werken samen op onderzoeksgebied en training<sup>15</sup>. Op Universiteiten is überhaupt veel aandacht voor internationale studentenmobiliteit-en-samenwerking. Zo heeft het CIS (Centrum voor Internationale Samenwerking) van de VU in 2019 voor verschillende projecten samenwerkingsverbanden opgezet in Indonesië, Zuid-Afrika, Ethiopië, Kenia, Bhutan, Rwanda, Ghana, Mali, en Maleisië<sup>16</sup>. Met name op de afdeling Tropengeneeskunde is er sprake van langlopende affiliates met ziekenhuizen in herkomstlanden van LVV deelnemers.

De DT&V merkte op dat dergelijke bestaande samenwerkingsverbanden wellicht iets zouden kunnen betekenen voor de LVV. Het onderzoek naar nierpatiënten, uitgevoerd door VWN, heeft laten zien dat gespecialiseerde kennis van artsen in Nederland noodzakelijk is, maar dat het plaatje pas 'rond' is als er tevens contact is met artsen in landen van herkomst. Dit is belangrijk voor concrete informatie maar ook voor een soepele overdracht tussen verschillende behandelaren. VWN heeft voor het betreffende onderzoek specifieke vragen uitgezet bij partnerorganisaties in de landen van herkomst, over bijvoorbeeld de kosten en toegankelijkheid van verschillende stadia in behandelingen.

De RgOA heeft tevens een gesprek gevoerd met dialyse verstrekkers in de regio Lagos. Hieruit bleek dat de zeer specifieke informatie die nodig is om de toekomst van een medisch kwetsbare ongedocumenteerde in het land van herkomst te kunnen concretiseren voor handen, maar moeilijk te bereiken is. Het zou daarom goed zijn om nader te onderzoeken of bestaande affiliates tussen ziekenhuizen in Nederland en herkomstlanden zouden kunnen worden ingezet voor dataverzameling en het operationaliseren van medische overdrachten. Ook zou het in de toekomst mogelijk moeten zijn om extra vormen van ondersteuning te krijgen voor de groep met medische problematiek die terug wil keren.

---

<sup>15</sup> Zie bijvoorbeeld:

<https://www.advalvas.vu.nl/verhalen/een-vu-boost-voor-medische-zorg-nigeria>

<https://www.ru.nl/nieuws-agenda/nieuws/vm/rich/2019/radboud-50-jaar-actief-afrika-indonesie/>

<sup>16</sup> [https://www.vu.nl/nl/Images/VU\\_Jaarverslag\\_2019\\_tcm289-943113.pdf](https://www.vu.nl/nl/Images/VU_Jaarverslag_2019_tcm289-943113.pdf)

# 7. HET BEREIKEN VAN DUURZAME OPLOSSINGEN VOOR MEDISCH KWETSBAAREN: NU EN IN DE TOEKOMST

## 7.1. Conclusies

Dit rapport heeft de populatie medisch kwetsbare ongedocumenteerden in de LVV-Amsterdam inzichtelijk gemaakt, uiteengezet wat er momenteel gebeurt om deze subpopulatie naar duurzame uitstroom te begeleiden, welke knelpunten er nog spelen en wat er in de toekomst beter zou kunnen. Uit het rapport kunnen de volgende conclusies worden getrokken.

### 1. Relatief veel medisch kwetsbare ongedocumenteerden met gevarieerde problematiek in de LVV Amsterdam.

Allereerst concludeert dit rapport dat de LVV Amsterdam te maken heeft met een relatief grote en gevarieerde groep medisch kwetsbaren ongedocumenteerden in de LVV populatie. De subpopulatie medisch kwetsbare ongedocumenteerden beslaat 44% (159/324) van de gehele Amsterdamse LVV-populatie op de peildatum 15 december 2020. Op deze datum hadden andere LVV steden respectievelijk 14% (Eindhoven), 24% (Utrecht), 30% (Rotterdam) medisch kwetsbare ongedocumenteerden in hun pilot. In vergelijking met de andere LVV steden ligt dit percentage hoog, terwijl Amsterdam tegelijkertijd kampt met zaken zoals GGZ wachtlijsten en een gebrek aan huisartsen die ongedocumenteerden willen opnemen in hun praktijk.

De aard en de ernst van de medische problematiek varieert van lichte tot zeer zware somatische, psychische, verslaving, algemene dagelijkse levensverrichtingen en multi-problematiek. Van de 159 medisch kwetsbare ongedocumenteerden in de LVV Amsterdam kampen 130 (82%) met multipole gezondheidsproblematiek. Dit laatste betekent dat mensen op minimaal twee leefdomeinen een lage zelfredzaamheidsindex score hebben. In totaal hebben 39 (25%) een chronische indicatie van de GGD, dit betekent dat het ziektebeeld chronisch is. Hieruit kan worden geconcludeerd dat ten minste 30 medisch kwetsbare ongedocumenteerden in de LVV op het moment van dataverzameling gehuisvest werden op een opvanglocatie waarop niet de ondersteuning aanwezig is die zij nodig hebben. Hierdoor kan hun eigen bijdrage aan de inhoudelijke voortgang van het traject niet optimaal zijn.

### 2. Huidig maatwerk essentieel en noodzakelijk.

Ten tweede concludeert het rapport dat in LVV Amsterdam wordt ingezet op een aantal oplossingsrichtingen die effectief en noodzakelijk zijn. Maatwerk wordt momenteel geleverd, bijvoorbeeld door middel van 60 opvangplekken met meer aandacht in de vorm van 24-uurs begeleiding voor kwetsbare deelnemers, 40 Amsterdamse MOO plekken (Medische Opvang Ongedocumenteerden, onderdeel van ASKV) voor mensen die kampen met zware psychiatrische en/of somatische problematiek, en de mogelijkheid van bevrozing van trajecten bij een intensieve traumabehandeling. Ook wordt er ingezet op stabilisering van psychische klachten, is er een apart clusteroverleg voor medisch kwetsbare ongedocumenteerden, en werken de GGD en NGO's samen om zorg toegankelijk te maken en houden voor medisch kwetsbare ongedocumenteerden. Het rapport laat zien dat deze huidige oplossingsrichtingen essentieel zijn voor het stabiliseren van medisch kwetsbare LVV-deelnemers, het verminderen van gezondheids-en-veiligheids-risico's in de samenleving, en uiteindelijk het vinden van duurzame oplossingen voor medisch kwetsbare ongedocumenteerden.

### 3. Sommige knelpunten blijven resultaten drukken.

Ondanks de inzet die momenteel al wordt gepleegd, blijven sommige knelpunten bestaan en deze drukken de resultaten van de LVV in Amsterdam. Er is in de LVV Amsterdam sprake van een hoge casusdruk en beperkte medische informatie-uitwisseling. Daarnaast veroorzaakt de eindigheid van het programma nodeloze druk op medisch kwetsbaren met psychische, chronische en progressieve ziektebeelden. Niet-duurzame uitstroom blijft een aandachtspunt. Met name bij uitstroom uit het programma leidt het gebrek aan een dekkende definitie van kwetsbaarheid tot veel



discussie en wordt niet iedere kwetsbare ongedocumenteerde als zodanig (h)erkend. Dit kan tot schrijnende situaties leiden. In het rapport wordt gesproken over het belang van stabiliseren versus activeren, waarover verschillende visies bestaan. Tot slot wordt de (on)toegankelijkheid van zorg en het gebrek aan passende opvang voor mensen met (ernstige) gedragsproblematiek en/of verslavingen besproken.

De juridische begeleiding loopt met name aan tegen het feit dat sommige juridische uitkomsten van tijdelijke aard zijn (zoals art. 64 Vw of een medische vergunning) en dus (nog) niet duurzaam. Daarnaast wijzen de NGO's op het uitgangspunt zelfstandigheid dat in het geval van sommige medische casussen problematisch is. Tot slot geven zij aan dat de IND de wettelijke en/of beleidskaders te streng hanteert, of dat deze niet realistisch zijn. Voor TKO en TK begeleiding geldt dat een discrepantie tussen beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg in het land van herkomst moeilijk overbrugbaar is. Daarnaast bestaat er een spanningsveld tussen vraag en aanbod: zonder serieuze terugkeer intentie wordt belangrijke informatie over de medische situatie in het land van herkomst niet verder uitgezocht, terwijl deze informatie mensen ook gerust kan stellen waardoor terugkeer in overweging kan worden genomen.

#### 4. Oplossingsrichtingen voor de toekomst.

De geïnterviewde partijen zagen op verschillende vlakken, zowel binnen als ook buiten de LVV-kaders, ruimte voor verbeteringen. Velen beaamden dat de LVV gebaat zou zijn bij een scherp afgebakende, toetsbare definitie van medisch kwetsbare ongedocumenteerde, en van 'kwetsbaarheid'. Ook gaven partijen aan dat meer expertise en nauwere samenwerking met zorginstellingen welkom zijn. Een profielschets en integrale trajecten zouden kunnen helpen bij een holistische benadering. In lijn hiermee werd geopperd dat meer medisch kwetsbaren tijdig zouden moeten doorstromen naar een TK of integraal traject, omdat gedurende deze trajecten proactief kan worden uitgezocht hoe de medische situatie in het land van herkomst eruit zal komen te zien. De NGO's benadrukten dat wettelijke en/of beleidskaders human en reëler moeten worden. Tot slot zag één geïnterviewde partij mogelijkheden om aan te sluiten bij al bestaande samenwerkingsverbanden met ziekenhuizen in landen van herkomst. Kortom, de samenwerkende partijen zien oplossingsrichtingen die zouden kunnen zorgen voor meer duurzame uitstroom van medisch kwetsbare ongedocumenteerden.

De hoofdvraag van dit onderzoek luidde: **"Hoe kunnen knelpunten die spelen bij medisch kwetsbare ongedocumenteerden worden opgelost, opdat de duurzame uitstroom van deze groep wordt bevorderd?"** Aan de hand van de bevindingen luidt het antwoord op deze vraag: **Maatwerkoplossingen leveren momenteel een belangrijke bijdrage aan het vinden van een duurzaam perspectief voor medisch kwetsbare ongedocumenteerden en het verlagen van gezondheids-en-veiligheids-risico's in de samenleving. Desondanks blijven er knelpunten bestaan. Ook deze knelpunten (kunnen) worden opgelost door middel van maatwerkoplossingen.** Immers, voor een bepaalde groep medisch kwetsbare ongedocumenteerden geldt dat zij (zullen) uitstromen uit de LVV zonder duurzaam perspectief. Voor veel medisch kwetsbare ongedocumenteerden geldt echter dat een duurzaam perspectief haalbaar is ondanks medische problematiek die speelt. De LVV Amsterdam stelt zich niet ten doel om medische problematiek op te lossen; ook met chronische aandoeningen moet er kunnen worden gewerkt aan perspectief. Maar, middels maatwerk wordt wel getracht medisch kwetsbare ongedocumenteerden te stabiliseren. Hierdoor worden zij begeleidbaar en kan er worden gewerkt aan een duurzaam perspectief.

## 7.2. Aanbevelingen

Op basis van de resultaten van dit onderzoek doet de RgOA de volgende 5 aanbevelingen die zijn toegespitst op het optimaliseren van (huidige) maatwerkoplossingen. Drie aanbevelingen zijn direct overgenomen uit de toekomstige oplossingsrichtingen besproken in hoofdstuk 6. Twee aanbevelingen heeft de RgOA gedestilleerd aan de hand van de resultaten van dit onderzoek. Deze aanbevelingen zouden direct kunnen worden geëffectueerd. Hieronder één voor één toegelicht.

## 1. Realiseren van een flexibele einddatum bij trajecten van medisch kwetsbaren.

Zoals uiteen gezet kan tijdsdruk een averechts effect hebben op de voortgang van het traject. Per casus van medisch kwetsbare ongedocumenteerden zal bekeken moeten worden of de standaard trajectduur van 18 maanden bevorderend werkt of niet. Zo niet, dan kan ervoor gekozen worden om deze los te laten. Het is daarbij belangrijk dat er een scherpe monitoring wordt gehanteerd, waarbij trajecten met een flexibele einddatum niet verworden in een opvangplek zonder einddatum. Ook is actieve betrokkenheid van de behandelaar wenselijk.

- Hierover dient de RgOA een voorstel in bij de Stuurgroep.
- De RgOA houdt toezicht op de voortgang van alle begeleidingstrajecten. Bij trajecten zonder einddatum dient in de gaten te worden gehouden dat deze niet verworden tot een opvangplek voor medisch kwetsbaren zonder einddatum. Deze deelnemers dienen dus actief begeleid te worden en er moet sprake zijn van perspectief.

## 2. Categorijsatie van medisch kwetsbaren.

Ter behoefte van een slagvaardigere begeleiding van medisch kwetsbare ongedocumenteerden is er een duidelijk afgebakende categorisatie nodig waarbij onderscheid gemaakt wordt op basis van begeleidbaarheid van de deelnemer. De meeste medisch kwetsbaren zullen begeleidbaar zijn, mits de juiste begeleiding kan worden geboden en er passende opvang kan worden gerealiseerd. Op basis van deze categorisatie kan ook worden besloten dat iemand méér begeleiding nodig heeft en bijvoorbeeld moet worden doorverwezen naar MOO. De RgOA heeft in dit rapport de volgende categorisatie voorgesteld:

- **Medisch kwetsbaren bij wie het werken aan een toekomstperspectief mogelijk is ondanks de medische problematiek waarmee zij kampen.** Ze zijn begeleidbaar, wat betekent dat ze aanspreekbaar en in staat zijn een bijdrage te leveren aan de voortgang van hun traject. Genezing is geen voorwaarde voor een duurzaam perspectief, maatwerk daarentegen een vereiste.
- **Medisch kwetsbaren bij wie werken aan een toekomstperspectief het ziektebeeld (tijdelijk) verergert waardoor de kansen op het bereiken van een duurzaam perspectief verkleinen.** Zij zijn tijdelijk niet begeleidbaar, bijvoorbeeld omdat zij een traumabehandeling ondergaan. Deze trajecten kunnen (in overleg met behandelaar) tijdelijk bevroren worden, of er kan gewacht worden met de start van het traject. Casemanagers kunnen soms wel op de achtergrond inhoudelijk bezig blijven.
- **Medisch kwetsbaren die niet begeleidbaar zijn.** Mensen voor wie ofwel geen juiste opvangplek is, of die inhoudelijk niet begeleidbaar zijn door hun medische problematiek (zelfs niet bij het MOO). Denk hierbij bijvoorbeeld aan met ernstige gedrags-en/of-verslavingsproblematiek.

Deze categorisatie kan NIET worden gestandaardiseerd op basis van ziektebeelden. Ziektebeelden bevinden zich namelijk op een schaal; de ene persoon met ziekte A is wellicht wel begeleidbaar, de ander absoluut niet. Ook zijn er andere persoonsafhankelijke factoren die ervoor kunnen zorgen dat de één met ziekte B prima kan terugkeren naar land van herkomst, terwijl dat voor de ander met dezelfde ziekte niet mogelijk blijkt. Het is daarom noodzakelijk om dit per casus te blijven bekijken en maatwerk te blijven leveren. Als deze categorisatie systematisch wordt toegepast is het wel waarschijnlijk dat zich categorische verschillen in ziektebeelden gaan aftekenen. Dan zien we bijvoorbeeld dat mensen met LVB meer voorkomen in de laatste categorie, of mensen met HIV meer in de eerste categorie. Op basis hiervan kan zich expertise ontwikkelen en kunnen zaken geclusterd worden aangedragen aan bestuurders.

- Partijen zouden samen bovengenoemde categorisatie van medisch kwetsbaren verder kunnen specificeren. Hierbij moet tevens een 'LVV route' bedacht worden voor elke categorie. Deze categorisatie helpt bij het beslissen over de benodigde expertise en het type begeleiding die iemand nodig heeft om tot een duurzame oplossing te komen.

- De begeleidende partijen zouden daarnaast samen een categorisatie van veelvoorkomende medische casuïstiek kunnen opstellen. Deze kan worden voorgelegd aan het MRT.
- De Gemeente en RgOA zouden systematisch casuïstiek in de laatste categorie (niet begeleidbaar) moeten verzamelen om uiteindelijk bestuurlijk op te schalen.

### 3. Toegankelijke(re) zorg in Nederland en het land van herkomst.

Duidelijkheid over en feitelijke toegankelijkheid tot zorg zijn belangrijke factoren in het realiseren van een duurzame oplossingen voor medisch kwetsbare ongedocumenteerden. In het rapport zijn verschillende suggesties gedaan om de toegang tot zorg in zowel Nederland alsook het land van herkomst voor medisch kwetsbaren ongedocumenteerden te optimaliseren.

- De samenwerkende partijen binnen en buiten de LVV kunnen gezamenlijk met zorgverstrekkers (huisartsen, GGZ instellingen etc.) in de regio in gesprek om zorg toegankelijk(er) te maken en behouden voor LVV-deelnemers.
- De DT&V en terugkeer partijen zouden kunnen onderzoeken of er mogelijkheden zijn om aan te sluiten bij al bestaande affiliaties tussen overzeese en Amsterdamse ziekenhuizen.
- De IND wordt aangemoedigd om naast de beschikbaarheid van zorg in land van herkomst, tevens en op reële wijze mee te wegen of medische zorg ook feitelijke toegankelijk is voor de betreffende medisch kwetsbare.

### 4. Toetsbare definitie van kwetsbaarheid.

Tevens geldt het advies om te komen tot een toetsbare definitie van 'kwetsbaarheid'. Op dit moment ontbreekt het de pilot aan een scherp afgebakende en toetsbare definitie, en er bestaat geen toetsingskader aan de hand waarvan de mate van kwetsbaarheid kan worden vastgesteld. Dit gebeurt momenteel aan de hand van afgeleide conclusies. Dit kan nauwkeuriger. Dit is van belang voor het maken van beslissingen over beëindigingen en doorverwijzingen, maar ook als de uiteengezette categorisatie zou worden geïmplementeerd. Dit zou ook belegd kunnen worden bij een (psychiatrisch) verpleegkundige.

- De GGD of een andere medisch onderlegde actor/partij zou een actievere rol moeten kunnen vervullen in het definiëren van 'kwetsbaarheid'.
- Er is een medisch onderlegde actor/partij nodig die (pro)actief mee kan denken bij casusbesprekingen, en die als medische autoriteit adviezen kan geven over de inhoudelijke voortgang van het traject in relatie tot de medische situatie. Denk hierbij aan adequate zorg, het ontwikkelen van expertise en het bieden van gespecialiseerde begeleiding.














### 5. Oplossingen binnen en buiten de LVV.

Tot slot adviseert de RgOA dat er moet worden door gezocht naar oplossingen binnen en buiten de LVV voor de medisch kwetsbare ongedocumenteerden voor wie binnen de LVV geen duurzaam perspectief wordt bereikt. Denk hierbij aan de nierpatiënten voor wie alles is gepoogd maar die niet zonder zorg op straat kunnen worden gezet. Om daarnaast de doorstroom in het programma te kunnen waarborgen en schrijnende of gevaarlijke situaties te voorkomen is het daarom wenselijk dat er meer afspraken komen met verzorgingstehuizen, begeleid wonen en afkickprogramma's met instellingen die bereid zijn mensen zonder verblijfsstatus te accepteren.

- De GGD, Gemeente en RgOA zouden in samenwerking met begeleidende partijen van medisch kwetsbaren moeten onderzoeken of er een mogelijkheid bestaat om begeleid wonen te realiseren binnen de LVV. Als dat niet het geval is, dan zouden er afspraken moeten komen met begeleid wonen instellingen in de regio.

→ De Gemeente moet onderzoeken met het Rijk naar mogelijkheden om medisch kwetsbaren die niet aan de LVV-voorwaarden voldoen, toch de juiste begeleiding te bieden binnen of buiten de LVV. Het is zeer onwaarschijnlijk dat deze groep zonder begeleiding zelfstandig vertrekt.

**tabel 7.1. Huidige oplossingsrichtingen**

	Overleggen: LSO, MCO, COPPA, MRT	Opschaling naar het MRT	Opvang: HVO Querido, LDH, MOO basis en MOO intensief	Huisartsenzorg: de Kruispost en de GGD	Dokters van de wereld	Een passend(er) participatie aanbod	Ondersteuning bij terugkeer	Expertise delen Een passend(er) participatie aanbod
<b>KNELPUNT</b>								
Teveel casussen, het belang van diepgang en beperkte medische informatie-uitwisseling								
Tijdsdruk op psychische, chronische en progressieve ziektebeelden								
Niet-duurzame uitstroom								
Wat doen we eerst? Paradox: stabiliseren versus activeren								
Toegang tot zorg								
Geen passende opvang								
Artikel 64 Vw/ een medische vergunning: (nog) niet duurzaam								
Uitgangspunt zelfstandigheid								
Wettelijke en/of-beleids-kaders								
Discrepantie tussen beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg								
Spanningsveld vraag & aanbod								

Tabel 7.1.: Totaaloverzicht van geanalyseerde algemene (geel) knelpunten, knelpunten bij JT en JS (oranje), bij TKO en TK (rood), de huidige (blauw) oplossingsrichtingen.

tabel 7.2. Toekomstige oplossingsrichtingen

	Scherp afgebakende en toetsbare definitie van medisch kwetsbare ongedocumenteerden	Meer expertise en samenwerking met zorginstellingen	Profielschets en integrale trajecten met flexibele einddatum	Meer mensen tijdig laten doorstromen naar TK-trajecten	Wettelijke en/of-beleids-kaders verruimen	In kaart brengen structurele problematiek	Samenwerkingsverbanden met ziekenhuizen in land van herkomst
<b>KNELPUNT</b>							
Teveel casussen, het belang van diepgang en beperkte medische informatie-uitwisseling							
Tijdsdruk op psychische, chronische en progressieve ziektebeelden			1				
Niet-duurzame uitstroom		1			1	1	1
Wat doen we eerst? Paradox: stabiliseren versus activeren			1				
Toegang tot zorg				1			1
Geen passende opvang		1				1	
Artikel 64 Vw/ een medische vergunning: (nog) niet duurzaam					1	1	
Uitgangspunt zelfstandigheid		1			1	1	
Wettelijke en/of-beleids-kaders					1	1	
Discrepancie tussen beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg			1	1			1
Spanningsveld vraag & aanbod			1	1			

Tabel 7.2.: Totaaloverzicht van geanalyseerde algemene (geel) knelpunten, knelpunten bij JT en JS (oranje), bij TKO en TK (rood), de toekomstige (groen) oplossingsrichtingen.

## Literatuurlijst:

---

ASKV. (2019). Belemmeringen bij terugkeer. Medisch Opvangproject Ongedocumenteerden. ASKV: Amsterdam.

Beijnum, van, I., Midden, van, M., Neevel, I., Oostvogels, M., Schimmel, S., Roëll, S. & Vleugels, K. (2016). 'Status quo. Een literatuur studie naar gezondheidsdeterminanten van ongedocumenteerde migranten in Europa en hun toegang tot zorg in Nederland'. Médecins du Monde the Netherlands/Dokters van de Wereld: Amsterdam.

Derckx, V. (2017). 'Medische zorg aan irreguliere migranten: een status quo', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2017, p. 121-134.

Heeren, M., Wittmann, L., Ehlert, U., Schnyder, U., Maier T. & Muller, J. (2014). Psychopathology and resident status – Comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labour migrants and residents. *Comprehensive Psychiatry*, 55 (4), p. 818-825.

Heijden, P. van der, Cruyff, M. Engbersen, G., Gils, H. van. (2020). Schattingen onrechtmatig in Nederland verblijvende vreemdelingen. WODC: Utrecht.

Ombudsman Metropool Amsterdam. (2021). Onzichtbaar. Onderzoek naar de leefwereld van ongedocumenteerden in Amsterdam en Nederland. Ombudsman: Amsterdam.

Sande, van de J., M. van den Muijsenbergh. (2017). Undocumented and documented migrants with chronic diseases in the Netherlands. *Family Practic*, 34 (6): 649-655.

Schroevens, M.A., Loeffen, M. J., van den Muijsenbergh, M.E., and A.L. Lagro-Janssen. (2010). Health care utilisation and problems in accessing health care of female undocumented migrants in the Netherlands. *International Journal of Public Health*, 55 (1): 421-8.

Sood, S. (2020). "Psychological effects of the Coronavirus disease-2019 pandemic". *Research & Humanities in Medical Education*, 7 (2020): 23-26.

Vollebregt, S., Scholte, W., Hoogerbrugge, A., Bolhuis, K., Vermeulen, J. (2020). Undocumented migrants in the Netherlands: adverse life events, living conditions and mental health. *MedRxiv*, (online only), p. 1-20. doi.org/10.1101/2020.07.16.20148759.

Wegeling, B. (2017). EHRM gooit roer om in medisch zaken. Arrest Poposhvili verbetert verblijfpositie ernstig zieke vreemdelingen. *A&MR* (2): 61-66.

Woittiez, I., E. Eggink, M. Ras. (2019). Het aantal mensen met een licht verstandelijke beperking: een schatting. Notitie ten behoeve van het IBO-LVB. SCP: Den Haag.

Wang, C., R. Pan, X. Wan, Y. Tan, L. Xu, C. Ho, R. Ho. (2020). "Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 corona virus disease (COVID-19) epidemic among the general population of China". *Environmental Research and Public Health*, 17 (1729): 2-25.

# Appendix A

---

## Definitie medisch kwetsbare ongedocumenteerden LVV Amsterdam

**Medisch kwetsbare ongedocumenteerde in de LVV:** Een medisch kwetsbare ongedocumenteerde is een persoon zonder geldige verblijfsstatus die kampt met vastgestelde medische problematiek.

**Onder deze definitie vallen de volgende mensen:**

- MRT casussen met een medische component
- Mensen met ernstige verslavingsproblematiek
  - o Die onder behandeling/toezicht staan van een medisch verpleegkundige/arts/behandelaar, in een afkickprogramma deelnemen, deelnemen aan een gereguleerd inname programma
  - o (denk bijvoorbeeld aan iemand met een methadon verslaving die terug zou moeten naar een land waar geen afkickprogramma's zijn)
  - o Hieronder vallen geen mensen die kampen met een nicotine verslaving, gokverslaving of die sporadisch softdrugs nuttigen)
- Mensen met een vastgestelde licht verstandelijke beperking (LVB)
  - o Vastgesteld aan de hand van een test/deskundige oordeel
- Mensen met ernstige psychische problematiek, hieronder vallen:
  - o mensen bij wie dit is gediagnostiseerd en hiervoor medicatie nemen (denk aan schizofrenie, psychoses etc.)
  - o mensen die momenteel intensieve traumabehandeling ondergaan
  - o mensen die suïcidaal zijn waarvoor een behandelaar/GGD crisis dienst betrokken is
  - o mensen die in een medische voorziening zijn geplaatst maar nog steeds onder de LVV en Gemeentelijke verantwoordelijkheid staan (zoals MOO-intensief)
- Mensen met ernstige somatische problematiek, hieronder vallen
  - o mensen voor wie een art. 64 wordt aangevraagd o.b.v. medische documentatie (denk aan rapporten van behandelaar, arts etc.) (GEEN zwangerschap!)
  - o mensen bij wie het BMA heeft geoordeeld dat zij terug kunnen naar land van herkomst ondanks ernstige somatische klachten waarvan aannemelijk is dat als zij verstoken zijn van medische voorzieningen zij komen te overlijden (denk hierbij bijvoorbeeld aan nierpatiënten, mensen in een rolstoel, mensen met kanker)
  - o Hieronder vallen geen mensen die kampen met somatische klachten van tijdelijke aard waarvoor geen artikel 64 Vw wordt aangevraagd. Denk hierbij aan COVID-19 patiënten, mensen met een gebroken been etc.

# Appendix B

---

## Generaliseerbaarheid van de bevindingen

In hoeverre is de LVV-populatie, en de medisch kwetsbare ongedocumenteerden onder die populatie, een afspiegeling is van de populatie ongedocumenteerden in Amsterdam? Dit is niet te zeggen. In een recentelijk verschenen rapport van de Ombudsman Amsterdam over ongedocumenteerden in de stad wordt geschat dat alleen in Amsterdam al 10.000-30.000 ongedocumenteerden zouden verblijven (Ombudsman, 2021, p. 35). Veel instellingen werken met de schatting van het WODC dat er in 2017-2018 tussen de 23.000 en 58.000 ongedocumenteerden in Nederland zouden verblijven (WODC, 2020). Het WODC benadrukt dat het gaat om een schatting. De onderzoekers hanteren het zogeheten 'Poissonmodel' dat berust op een drietal assumpties (Van der Heijden et. all. 2020, p. 6). Deze assumpties beïnvloeden de precisie van de schatting. De onderzoekers leggen uit dat elke assumptie kan leiden tot onder-of-over-schatting. De aangegeven range is dus niet per se gelijk aan het daadwerkelijke aantal ongedocumenteerden dat in Nederland verblijft.

Daarnaast worden medisch kwetsbare ongedocumenteerden vaak pas 'zichtbaar' op het moment dat de nood aan onderdak en medische voorzieningen hoog wordt. Er kan dus niet worden gesteld dat de LVV-populatie, en het percentage medisch kwetsbare ongedocumenteerden onder hen, een afspiegeling is van de totale populatie ongedocumenteerden in Amsterdam of in Nederland.