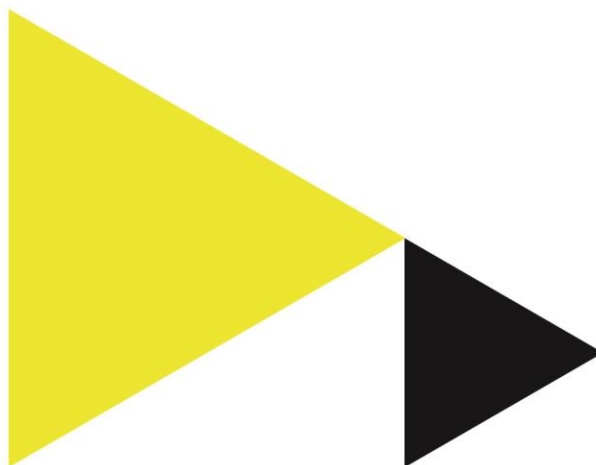


# Het welzijn van ongedocumenteerden als professionele opdracht

Een literatuurstudie en een reflectie op de rol van sociaal werk

Jesper Rözer, Saskia Welschen en Lex Veldboer (Lectoraat Stedelijk Sociaal Werk)  
Feb 2023



# Het welzijn van ongedocumenteerden als professionele opdracht

Een literatuurstudie en een reflectie op de rol van sociaal werk

## **Auteurs**

Jesper Rözer, Saskia Welschen en Lex Veldboer (Lectoraat Stedelijk Sociaal Werk)

## **Date**

1-Mar-23

## **Versie**

1.0

© 2023 Copyright Hogeschool van Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door print-outs, kopieën, of op welke manier dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Hogeschool Amsterdam.

# Samenvatting

Het leven van ongedocumenteerden is hard en vol onzekerheden. Ongedocumenteerden hebben de facto dan ook relatief veel zorg en ondersteuning nodig. Dit is niet alleen van belang voor gezondheid en welzijn op individueel niveau, maar ook maatschappelijk gezien. Wie meer ondersteuning krijgt, kan bijvoorbeeld actiever participeren in de maatschappij, valt minder snel ten prooi aan uitbuiting of malafide praktijken (zoals huisjesmelkers) en vertoont minder snel onbegrepen gedrag. Voor de volksgezondheid is het voordeel dat personen die goed ondersteund worden waarschijnlijk ook beter participeren in bijvoorbeeld vaccinatiecampagnes. Daarnaast hebben ongedocumenteerden die goede ondersteuning krijgen meer energie en ruimte om mee te werken aan hernieuwd perspectief, bijvoorbeeld het verwerven van een nieuwe legale status of het meewerken aan terugkeer naar het land van herkomst.

In deze studie hebben wij onderzocht of deze ondersteuning ook daadwerkelijk geleverd wordt. Daarvoor hebben wij een verkennende literatuurstudie uitgevoerd waarin ruim 50 studies zijn geïnccludeerd, voornamelijk uit of over Nederland. Uit de literatuur bleek dat er vooral veel kennis aanwezig is over medisch professionals (vooral zij die in een ziekenhuis werken) en psychologen. Het perspectief van sociaal professionals (zoals sociaal werkers) wordt daarentegen grotendeels gemist. Vandaar dat er aanvullend op de literatuurstudie een klein aantal personen (n=12) is geïnterviewd over de rol van sociaal professionals. De meesten van hen zijn zelf werkzaam als sociaal professional en werken bij de buurtteams, formele opvanglocaties en informele organisaties die specifiek zorg leveren voor ongedocumenteerden, zoals het Wereldhuis.

Uit de literatuur blijkt dat maar zeer beperkt zorg en ondersteuning wordt geleverd ongedocumenteerden. Dit komt enerzijds door een vraagverlegenheid aan de kant van ongedocumenteerden. Ongedocumenteerden zoeken niet snel hulp bij officiële instanties uit schaamte, onbekendheid met het systeem en omdat men bang is om op deze manier 'op de radar' te komen, dat wil zeggen, dat hun hulpvraag hun kans op uitzetting vergroot. Anderzijds wordt er weinig hulp verleend door een handelingsverlegenheid bij zorg- en sociale professionals. Dit is onder andere het gevolg van onduidelijke regelgeving en financiering, waardoor professionals niet weten of en hoe ze hulp kunnen bieden. Ook ontbreekt vaak de nodige kennis over de doelgroep waardoor men het lastig vindt om casussen op te pakken. Daarnaast spelen capaciteitsproblemen een rol. Een gebrek aan ondersteuning is vooral in het medische domein gerapporteerd en in mindere mate bij psychologische hulp. Over de ondersteuning van ongedocumenteerden in het bredere welzijnsdomein is in de literatuur vooralsnog weinig bekend.

Als er hulp wordt verleend, zo blijkt met name uit onderzoek onder medici en psychologen, schiet de hulp bovendien vaak tekort. Vaak wordt er te weinig hulp gegeven. Zo noemen ongedocumenteerden regelmatig dat zij een simpele pijnstiller krijgen, die geen recht doet aan de complexiteit van de hulpvraag. Als er wel gericht hulp wordt geboden blijkt deze vaak weinig effectief te zijn. Dit komt onder andere doordat methoden niet aansluiten op de doelgroep, medische voorgeschiedenis ontbreekt en door een gebrek aan kennis over de cultuur en complexe problematiek. Dit draagt eraan bij dat problemen vaak verergeren gedurende het verblijf in Nederland.

Groot gemis in de literatuur is het perspectief van sociaal professionals. Uit een kritische reflectie op de literatuur en de 12 interviews ontstaat het tentatieve beeld dat de praktijk van deze professionals aansluit op die van professionals in andere domeinen. Ook sociaal professionals lijken relatief weinig hulp te bieden, bijvoorbeeld op terreinen zoals schuldhulpverlening, opvoedondersteuning, of het tegengaan van eenzaamheid. De redenen zijn min of meer vergelijkbaar met die van medisch professionals. Buurtteams lijken bijvoorbeeld nauwelijks te weten hoe ze met ongedocumenteerden dienen om te gaan. Uit de gesprekken en uit de literatuur blijkt dat informele voorzieningen in dit gat springen. Zij kunnen echter niet op dezelfde schaal en met dezelfde expertise hulpverleners zoals deze formele partijen in potentie wel zouden kunnen. Bovendien is er sprake van gebrekkige wederzijdse bekendheid en samenwerking tussen formele en informele spelers. De handelingsverlegenheid bij de sociaal professionals is mogelijk nog groter dan die in het medische en psychisch domein vanwege het gebrek aan duidelijke richtlijnen en vanwege nog veel schaarsere voorzieningen dan in het medische domein. Ongedocumenteerden worden soms ook als 'te complexe doelgroep' beschouwd voor generalistische sociale professionals.

Al met al ontstaat het beeld dat de formele hulp aan ongedocumenteerden beter kan en moet. Ongedocumenteerden lijken voor een groot gedeelte onnodig slachtoffer te worden van een combinatie van onwetendheid, capaciteitsproblemen en gebrekkige daadkracht. Het lijkt dat op tenminste een drietal zaken dient te worden ingezet om de bestaande situatie te verbeteren. Ten eerste is het van groot belang dat de kennis over het werken met ongedocumenteerden bij alle partijen wordt vergroot. Dit zou ertoe moeten leiden dat hulpverleners zich bekwaam voelen om zorg te leveren aan deze doelgroep en dat ook daadwerkelijk doen. In het verlengde hiervan dienen bestaande effectieve interventies en best-practices meer voor het voetlicht te worden gebracht en nieuwe aanpakken te worden ontwikkeld. Ten tweede moet de regelgeving verhelderd worden, en misschien nog wel belangrijker, bekend worden gemaakt bij zowel ongedocumenteerden en professionals. Diverse recente studies hebben hier reeds een begin mee gemaakt (kader 2.1 in de tekst vat dit samen). Ten derde dienen (sociaal) professionals de hulp aan ongedocumenteerden nadrukkelijker als hun taak te zien zodat zij ongedocumenteerden niet blijven 'doorschuiven'. De samenwerking met informele spelers moet hierbij actief worden gezocht, aangezien ongedocumenteerden hier vaak als eerste aankloppen en deze partijen vaak al veel kennis in huis hebben. Uit de gesprekken die wij met hen voerden bleek ook dat deze informele partijen de samenwerking zoeken en graag kennis delen. Een aanpak op deze drie terreinen vormt een goed begin voor een betere ondersteuning aan ongedocumenteerden.

# Inhoudsopgave

1.	Inleiding .....	6
2.	De stand van zaken in de literatuur.....	8
3.	De rol van sociaal werk.....	14
4.	Conclusie.....	18
5.	Aanbevelingen.....	20
	Literatuurlijst.....	22

# 1. Inleiding

Ongedocumenteerden zijn mensen zonder een geldige verblijfsvergunning.<sup>1</sup> Schattingen van het aantal lopen sterk uiteen vanwege de ongrijpbaarheid van de populatie en verschillende gebruikte methoden. In een recente studie kwamen Van der Heijden, Cruyff, Engbersen & Van Gils (2020) bijvoorbeeld op basis van meerdere methoden uit op een schatting tussen de 18.000 en 74.000. Onder hen zijn uitgeprocedeerde asielzoekers die al dan niet kunnen worden uitgezet omdat het land van herkomst ze niet wil toelaten, staatlozen, kinderen van ongedocumenteerden, familieleden van Nederlanders die (nog) geen staatsburgerschap hebben, arbeidsmigranten zonder geldige papieren of wiens papieren zijn verlopen en slachtoffers van mensenhandel of oplichting.<sup>2</sup> Onder hen bevinden zich ook veel kinderen. Scholen in Amsterdam geven aan dat tussen de 4 en 6 procent van de kinderen geen geldige verblijfspapieren heeft (ombudsman metropool Amsterdam, 2021). Dit betekent dat in een gemiddelde klas in Amsterdam één ongedocumenteerde zit. De belangrijkste herkomstlanden zijn Ghana, Nigeria, Suriname en Marokko. Andere landen waar ongedocumenteerden vandaan komen zijn bijvoorbeeld Sierra Leone, Somalië en Irak.

Ongedocumenteerden hebben geen recht op verblijf in Nederland, kunnen niet legaal werken of wonen en ze kunnen zich niet verzekeren tegen ziektekosten. Bovendien hebben ze meestal te maken met een stressvolle geschiedenis met een moeilijke situatie in het land van herkomst, een gevaarlijke reis en afwijzing van de asielaanvraag. Dikwijls verblijft men in steden op straat. Het leven van ongedocumenteerden is dan ook hard en wordt vaak gekenmerkt door gezondheidsproblemen en een grote bestaansonzekerheid.

Ongedocumenteerden hebben de facto dan ook relatief veel zorg en ondersteuning nodig. Dit is niet alleen van belang voor de eigen gezondheid en welzijn, maar ook maatschappelijk. Met meer ondersteuning kan men bijvoorbeeld actiever participeren in de maatschappij, valt men minder snel ten prooi aan uitbuiting of malafide praktijken (zoals huisjesmelkers), en vertoont men minder snel onbegrepen gedrag. Voor de volksgezondheid is het voordeel dat personen die goed ondersteund worden waarschijnlijk ook beter participeren in bijvoorbeeld vaccinatiecampagnes en minder snel ziekten verspreiden (Schroever, 2011; Pharson, 2019; Hintjes, Siegman, & Staring, 2020; Kox, Boone, & Staring, 2020; Böcker, & de Lange 2022). Onderzoek van onder

---

<sup>1</sup> Dat ongedocumenteerden geen geldige verblijfsvergunning hebben wil niet zeggen dat men deze nooit krijgt. Vaak lopen er nog asielaanvragen of rechtszaken die nog geregeld resulteren in formele papieren. Uit gegevens van stichting Los (Koppes, 2017) bleek bijvoorbeeld dat van de 768 mensen die in 2013 in noodopvanglocaties woonden er in 2017 voor 331 een oplossing was gevonden, waarvan voor 208 dit een formele status behelsde. Dus 27 procent van het totaal aantal personen had een formele status verkregen. Dit wil zeggen, van 63 procent van de personen voor wie er een oplossing was gevonden. Van 10 procent van het totaal was dit terugkeer.

<sup>2</sup> De ombudsman van de metropool Amsterdam (het Parool, 2021) constateerde recent bijvoorbeeld dat een groot aantal ongedocumenteerden via agentschappen naar Nederland komt. Hiervoor moeten de ongedocumenteerden veel betalen en vaak ook al hun bezittingen verkopen. De belofte is dat men hier kan werken. Bij aankomst laten de agentschappen echter niks meer van zich weten waarnaar de personen geen geldige verblijfspapieren blijken te hebben en geen mogelijkheden meer hebben om terug te keren.

andere het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum van het Ministerie van Veiligheid en Justitie (WODC) wijst tevens uit dat voor een geslaagde terugkeer een goede gezondheid en welzijn essentieel is (Leerkes et al., 2010; zie ook Koppes, 2017).

Ook juridisch is het leveren van goede zorg van belang. Diverse wetten en verdragen stellen dat ongedocumenteerden recht hebben op medisch noodzakelijk zorg, wat er kortweg op neerkomt dat ongedocumenteerden recht hebben op dezelfde zorg waar gedocumenteerden aanspraak op maken (Pharos, 2007, zie kader 3.1 voor een nadere uitwerking).

Het leveren van goede zorg en ondersteuning aan ongedocumenteerden is echter niet vanzelfsprekend of gemakkelijk gezien de bijzondere juridische positie en complexiteit van de problemen. In deze literatuurstudie beschrijven wij zo goed als mogelijk welke zorg en ondersteuning ongedocumenteerden in Nederland krijgen. Daarvoor hebben we op een organische wijze de literatuur onderzocht. De nadruk ligt hierbij minder op de vraagzijde (de kant van de ongedocumenteerde), dan wel op de aanbodzijde (dus op datgene wat professionals doen en kunnen doen), hoewel verdieping van de vraagzijde voor een vervolgstudie van belang is. Het aantal studies is nog betrekkelijk klein, en vaak gaat het om beschrijving van de ervaring van een selectie van professionals of ongedocumenteerden. Hoewel de resultaten vaak vrij eenduidig zijn is desalniettemin enige voorzichtigheid met de interpretatie geboden.

Begrijpelijkerwijs is er vanuit de literatuur veel aandacht voor de meest acute medische en psychische zorg. De behoeften en noden van ongedocumenteerden reiken echter verder. Denk aan eenzaamheid, het verwerken van trauma's, het voorkomen van schulden, het omgaan met stress en huiselijk geweld, en, als men kinderen heeft, vragen met betrekking tot de opvoeding. Dit zijn zaken waar sociaal professionals bij kunnen helpen. Over de hulp van sociaal professionals aan ongedocumenteerden is echter nog nauwelijks iets bekend. In deze studie zoomen we daarom in een apart hoofdstuk kort in op de praktijkervaringen van sociaal professionals, mede op basis van gesprekken die wij hebben gevoerd met 12 betrokkenen.<sup>3</sup> Het betreft hier dus een kleine tentatieve verkenning. Nader onderzoek is nadrukkelijk nodig om de praktijken van sociaal werkers nader in kaart te brengen en om handvatten aan sociaal professionals aan te reiken.

---

<sup>3</sup> Het gaat hierbij onder andere om gesprekken met medewerkers van buurtteams (2x), informele inlooplocaties (4x), formele opvanglocaties (4x) en informele spelers (2x), voornamelijk uit Amsterdam (10x), maar ook uit Den-Haag (2x). Deze hebben we alleen gesproken in het kader van dit project, sommigen zelfs herhaaldelijk, maar we hebben deze personen niet systematisch uitgekozen, noch de gesprekken opgenomen en systematisch geanalyseerd.

## 2. De stand van zaken in de literatuur

### **Het leven van ongedocumenteerden wordt gekenmerkt door onzekerheid, een slechte gezondheid en psychische klachten**

Gezien de zeer kwetsbare situatie van ongedocumenteerden is het niet verbazingwekkend dat onderzoek herhaaldelijk aantoont dat de gezondheid van de meeste ongedocumenteerden slecht tot zeer slecht is. In een studie van Kox et al. (2020) onder 105 ongedocumenteerden bleek bijvoorbeeld dat bijna allen een zeer slechte gezondheid hadden. Vergelijkbaar hiermee gaven in een studie van Vollebregt et al. (2020) bijna alle 101 ondervraagde ongedocumenteerden aan psychische klachten te hebben, waarbij in 85 procent van de gevallen het dermate ernstig was dat ze volgens de gebruikte methode klinische hulp nodig hadden van een professional. In een studie van Koppes et al. (2017) gaf 39 procent van de 84 geïnterviewde ongedocumenteerden aan zelfmoord overwogen te hebben, 45 procent het leven als uitzichtloos te ervaren en 40 procent het verblijf zonder geldige papieren uiteindelijk onmogelijk te vinden. En in een recente studie van Hintjes et al. (2020) gaf de overgrote meerderheid van de 50 geïnterviewde ongedocumenteerden aan een slechte gezondheid te hebben. Velen hebben dan ook zichtbare klachten (de Ombudsman metropool Amsterdam, 2021; Bernsten et al., 2022). Veel van deze verhalen zijn opgetekend en de klachten en oorzaken zijn divers. De gemeenschappelijke deler is echter (bijna) altijd de slechte gezondheid en het geringe toekomstperspectief. Om een aantal recente voorbeelden van de ombudsman van de metropool Amsterdam (2021, p. 14, 21, 25) te citeren:

*Een oudere ongedocumenteerde Ghanese vrouw vertelt dat zij bij kennissen slaapt. Soms een tijdje bij de ene, dan weer bij anderen. Ze mag dan in de woonkamer slapen, maar niet op de bank. Zij slaapt op het kleed in de woonkamer, en kan pas gaan slapen wanneer de bewoners naar bed gaan. In de coronatijd had ze een tijdje geen eten – omdat de markt waar zij groente en fruitafval kreeg niet open was – en leefde ze op groene thee. Ze heeft diabetes en dit leven valt haar zwaar. In Ghana heeft ze niemand meer, haar ouders en haar dochtertje zijn overleden. Van verdere familie verwacht ze dat zij haar niet zullen helpen, omdat zij zelf hen nooit geld heeft kunnen sturen. Elke zomer is voor haar een pijnlijke tijd, als anderen wel terug kunnen naar Ghana met cadeaus en familie kunnen bezoeken.*

*Zo blijkt een moeder zo bang te zijn om teruggestuurd te worden naar haar land van herkomst, dat zij er voor koos om buiten te slapen met haar zoon van 2 jaar. Het was midden in de winter. Het bleek daarna dat zij een aantal dagen met haar zoontje achter een lifschacht sliep. Haar zoontje werd in kritieke toestand opgenomen op de IC met een longontsteking, het was de vraag of hij het zou overleven.*

*Een Eritrese jongen van net achttien vertelt over zijn leven in Eritrea, dat zijn vader al jong weg was, in levenslange militaire dienst. Uit angst om zelf opgepakt te worden als hij achttien zou worden, vluchtte hij uit Eritrea. Op zijn reis is hij meerdere keren verhandeld in de woestijn en vervolgens bedreigd en mishandeld. In Libië werd hij vastgehouden en kreeg hij nauwelijks te eten. Hij werd neergezet in een ruimte, met een blikje op zijn hoofd,*



*waar dan op geschoten werd. Zijn oor werd geschampt door een kogel. Ook vertelt hij met tranen in zijn ogen hoe hij een van de weinigen was op de boot die de tocht overleefde. Van de veertig mensen op de boot zijn maar een paar levend aangekomen in Italië. De anderen zijn omgekomen tijdens de reis. Hij is dankbaar dat hij nu veilig is. Op de vraag of hij 's nachts slaapt, is het antwoord 'vaak niet', hij heeft veel nachtmerries. Hij heeft nooit psychologische hulp gekregen.*

Dit zijn recente verhalen uit Nederland. Vergelijkbare verhalen zijn bijvoorbeeld ook opgetekend door Schroevers in 2011, Van Meeteren in 2014, Teunissen et al. in 2014; de nationale Ombudsman in 2012, Lahuis et al. in 2019 en Bernsten et al. In 2022.

Systematische reviews van laten zien dat in internationaal perspectief Nederland wat dit betreft geen uitzondering is (Hacker et al. 2015; Winters, Rechel, de Jong, & Pavlova 2018). Een aanvullende observatie uit de internationale literatuur is dat de gerapporteerde psychische klachten mogelijk nog maar een beperkt beeld geven van de daadwerkelijke psychische stressoren waar ongedocumenteerden aan blootstaan. Dit komt doordat ongedocumenteerden vaak een stigma ervaren op het rapporteren van psychische klachten en zij deze vaak onderdrukken omdat zij bezig zijn met overleven (Ortega, 2018). De daadwerkelijke situatie kan dus nog schrijnender zijn.

### **We weten dat de noodzakelijke zorg nog maar moeilijk van de grond komt**

Een groot aantal nationale en internationale studies laat zien dat invulling geven aan de zorgbehoefte van ongedocumenteerden moeilijk is (bv. Hacker, 2015; Woodward et al., 2014; Winters et al., 2018; Ridde et al., 2019; Funge et al. 2020; Hintjes, Siegman, & Staring 2020; Bernsten et al., 2022). In eerste instantie komt dit door een handelingsverlegenheid aan de kant van de ongedocumenteerden. Ongedocumenteerden kloppen vaak zelf niet aan bij professionele instanties uit angst om uitgezet te worden, schaamte en onbekendheid met het systeem (zie o.a. Hacker, 2015; Hintjes et al., 2020; Bernsten et al., 2022). Mogelijk speelt passiviteit ook een rol. We weten dat dit op de loer ligt vanwege de stress en de beperkte mogelijkheden op sociale contacten (bv. via het werk). Als gevolg hiervan kan men simpelweg niet de energie hebben om een hulpverlener op te zoeken. Bovendien leven ongedocumenteerden, vanwege alle problemen, vaak van dag op dag waardoor men niet snel geneigd is om hulp te zoeken. Uit de internationale literatuur weten we tevens dat personen zonder geldige verblijfsvergunning die wel contact met (zorg)professionals hebben regelmatig het gevoel hebben om gediscrimineerd te worden (Hacker, 2015). Dit vergroot de ervaren mate van stigma en bemoeilijkt om verdere hulp te zoeken.

Daarnaast, zo weten we uit de literatuur, bestaat er de nodige handelingsverlegenheid bij professionals – zowel die werkzaam bij laagdrempelige als meer specialistische en medische zorg. Professionals weten überhaupt meestal niet of ze zorg dienen te verlenen aan ongedocumenteerden. De regels hieromtrent zijn ook lastig. In het medische domein is het rapport van de commissie Klazinga leidend die stelt dat “*de medische zorg gelijk [dient] te zijn aan de reguliere basiszorg voor verzekerden*” (Pharos, 2007, p. 9). Binnen het welzijnsdomein ontbreekt een dergelijk rapport, waardoor er nog meer onduidelijkheid is over hoe te handelen. Bovendien zijn er ook regels die hulp bemoeilijken. Meest in het oog springend voorbeeld is dat professionals volgens de wet geen huisvesting en werk mogen faciliteren, terwijl zij aan de andere

kant wel geacht worden passende ondersteuning te bieden. Daar zit een duidelijke spanning. Voor professionals en experts is het moeilijk om met deze tegenstrijdigheden om te gaan. Het is dan aantrekkelijk om zich op anderen zaken en doelgroepen te richten.

### **Kader 2.1. Recht en regelgeving**

Volgens internationale verdragen hebben ongedocumenteerden net als alle andere ingezetenen van een land recht op de grootst mogelijke mate van gezondheid en op toegang tot de gezondheidszorg (Derckx, 2021; Bernsten et al., 2022). Maar het recht op gezondheidszorg van deze groep kan op gespannen voet staan met het vreemdelingenbeleid, dat erop gericht is om illegaal verblijf te voorkomen en onaantrekkelijk te maken. Onderdeel van dit beleid is dat ongedocumenteerden uitgesloten zijn van sociale voorzieningen, waaronder ziektekostenverzekeringen. Deze uitsluiting van voorzieningen is in 1998 geregeld in de Koppelingswet (Bernsten et al., 2022). In artikel 10 van de vreemdelingwet is hierbij echter een uitzondering gemaakt voor medisch noodzakelijke zorg.

Er is bij medisch noodzakelijke hulp sprake van een vergoedingsregeling voor gedeelde inkomsten voor de zorgaanbieder op het moment dat de ongedocumenteerde niet zelf de kosten kan dragen. Echter, zoals Visser (2019, p2.) recent ook in haar scriptie concludeerde: *“het begrip ‘medisch noodzakelijke zorg’, de omvang van zorg die voor vergoeding in aanmerking komt, de hoogte van de vergoeding en de bereidheid van zorgverleners om deze zorg te verlenen beperken in de praktijk de toegankelijkheid tot zorg.”* (zie bijvoorbeeld ook de ombudsman metropool Amsterdam, 2021).

De commissie Klazinga (Pharos, 2007) heeft onder andere onderzocht wat er onder medisch noodzakelijke zorg moet worden verstaan. Ondanks dat het rapport ruim 15 jaar oud is, is dit nog steeds leidend (zie o.a. Bernsten, 2022). De commissie heeft in opdracht van de Landelijke Huisartsen vereniging, instellingen van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) samen met een groot aantal beroepsorganisaties richtlijnen en gedragsregels opgesteld aan de hand van wetgeving, (mensenrechten)verdragen en grondslagen voor professionals zoals de eed voor medici. Haar belangrijkste conclusie is dat wanneer de verblijfsduur van ongedocumenteerden onduidelijk of langdurig is – zoals meestal het geval is – *“de medische zorg gelijk [dient] te zijn aan de reguliere basiszorg voor verzekerden”* (p. 9). De legale status dient hierbij, net als bij bijvoorbeeld gedetineerden, niet te worden meegenomen. Ongedocumenteerden hebben volgens dit rapport medisch gezien dus dezelfde rechten als de burgers van een land. Ondanks het advies van de commissie Klazinga is er nog steeds discussie over de exacte interpretatie. Zoals Bernsten et al. (2022) aangeven zit niet alle medisch noodzakelijke zorg in het basispakket, en is niet alle zorg in het basispakket per definitie medisch noodzakelijk. Hiermee blijft er toch nog enige speelruimte.

Volgens Bloemen (2019), die ook in de commissie Klazinga plaatshad, onderschrijven ook richtlijnen voor sociaal werkers de plicht tot ondersteuning. Hieruit zou geconcludeerd kunnen worden dat sociaal professionals dezelfde zorg dienen te leveren aan

ongedocumenteerden als aan andere burgers. Dit behelst onder andere een outreachende aanpak waarbij actief contact wordt gezocht en hulp wordt geboden.

Het landelijk ongedocumenteerden steunpunt (LOS) heeft verschillende wetgeving (ook bijvoorbeeld over onderdak en werk) op een rijtje gezet op de volgende website: [www.basicrights.nl](http://www.basicrights.nl).

Ook spelen er bij professionals vragen over de financiering. Ongedocumenteerden dienen in principe zelf hun zorgkosten te betalen, maar als dit niet mogelijk is kan men gebruik maken van regelingen van het CAK (zie [hier](#)). Op deze manier kunnen professionals 80 procent van de oninbare kosten vergoed krijgen. Dit vraag echter extra papierwerk en wordt bovendien vaak als lastig ervaren, bijvoorbeeld omdat moet worden aangetoond dat de ongedocumenteerde het bedrag zelf niet kan bepalen. Ook moet de zorg in het basispakket zitten, wat lang niet altijd het geval is. Mondzorg of voorzieningen uit het sociaal domein die gefinancierd worden door de gemeenten zitten bijvoorbeeld meestal niet in het basispakket. Zeker in het geval van sociaal werk is de financiering hierdoor lastig.

Daarnaast spelen gebrek aan tijd en capaciteitsproblemen aan de kant van professionals in het sociaal domein een rol. Een strategie om met tijdgebrek om te gaan is om personen met geldige verblijfspapieren voorrang geven, bijvoorbeeld omdat het makkelijker is om hen te helpen. In feite zet men de ongedocumenteerden dan op rantsoen.

Bovendien is het daadwerkelijk leveren van kwalitatief goede zorg aan ongedocumenteerden niet eenvoudig. De zorg is arbeidsintensief, onder andere doordat de problematiek vaak complex is en er communicatieproblemen kunnen bestaan. Ook is er vaak geen medisch dossier van deze patiënten voorhanden, met als gevolg dat voorgeschiedenis en medicatiegebruik onbekend zijn. Ook kan er sprake zijn van politieke druk van leidinggevenden of beleidsmakers om zich niet aan de publiekelijk omstreden kwesties rond ongedocumenteerden te branden. Als gevolg van deze factoren zijn veel professionals terughoudend met het starten van een ondersteuningstraject. In plaats daarvan wijzen ze ongedocumenteerden vaak af of door (Schroevens, 2011; Hintjes et al., 2020).

Dit alles leidt ertoe dat zorg aan ongedocumenteerden - zowel medische zorg als ondersteuning vanuit welzijn - in de praktijk weinig wordt verleend. De Nationale Ombudsman (2014) laat bijvoorbeeld zien dat de overheid slechts 215 euro per jaar besteed aan de zorg voor ongedocumenteerden die “op straat leven”, tegenover respectievelijke 5.135 euro in een COA-locatie en 8.044 euro als men in vreemdelingendetentie zit. Ook laat de Nationale Ombudsman zien dat om en nabij de 7,5 procent van de ongedocumenteerden geneesmiddelen voorgeschreven krijgt, tegenover bijna 29 procent van de Nederlanders. Dit ondanks de veel grotere zorgklachten. En Schoevers et al. (2010) vonden dat 56 procent van de 100 geïnterviewde ongedocumenteerde vrouwen een niet vervulde zorgbehoefte had. Vergelijkbaar hiermee gaf in een studie van Koppes (2017) 48 procent van de 84 geïnterviewde ongedocumenteerden aan geen hulp te krijgen wanneer zij dit nodig had. Let wel, hulp van informele partijen was hierbij meegerekend. Daarmee is het gedeelte dat hulp van professionals krijgt dus kleiner.

De coronacrisis heeft het gebrek aan hulp extra zichtbaar gemaakt. Informele organisaties, zoals het Rode Kruis en Dokters van de Wereld, zagen bijvoorbeeld ineens een sterke toename van het aantal hulpvragen van personen zonder geldige verblijfsvergunning, wat erop wijst dat ze onder 'normale' omstandigheden onder de radar blijven en dus van hulp verstoken blijven (Böcker, & de Lange, 2022). Tevens liet de coronacrisis zien dat hulp vaak niet wordt gegeven. Zo waren er diverse berichten dat ongedocumenteerden zelfs waren uitgesloten van officiële voedselbanken (Böcker, & de Lange, 2022).

Desondanks laten Bernsten et al. (2022, p.145) zien dat de meeste ongedocumenteerden uiteindelijk wel hulp zoeken. Van de 90 personen zonder geldige verblijfsvergunning die in hun studie aangaven weleens ziek te zijn geweest gaven slechts 13 aan nooit een zorgverlener in Nederland te hebben bezocht. Het ziekenhuis en de huisarts werden het vaakst genoemd als zorgverlener, respectievelijk 50 en 49 keer. Dit lijkt veel, ook gezien de eerdergenoemde vraagverlegenheid van ongedocumenteerden en de handelingsverlegenheid van ongedocumenteerden, maar moet ook in perspectief worden geplaatst. Het onderzoek is uitgevoerd onder migranten zonder verblijfsvergunning uit Amsterdam die bekend zijn bij informele hulporganisaties en daarnaast al relatief lang in Nederland verblijven (de meesten tussen de 6 en 10 jaar). Van deze groep weten we dat zij relatief veel fysieke en psychische problemen ervaren en dat de informele spelers waar deze migranten bekend mee zijn vaak een netwerk van professionals hebben die bereid zijn om ongedocumenteerden te helpen (zo blijkt onder andere uit onze interviews). Deze cijfers willen dus niet zeggen dat personen zonder geldige verblijfsvergunning bij alle hulpvragen makkelijk ondersteuning krijgen, maar wel dat een groot gedeelte van hen uiteindelijk een keer hulp zoekt en krijgt.

### **De zorg lijkt nog het beste geregeld in de geestelijke gezondheidszorg**

Enkele studies hebben specifiek gekeken welke zorg dan niet wordt gegeven. Hierbij is er vooral veel aandacht voor de (acute) medische zorg in een ziekenhuis of bij een huisarts. Daaruit komt naar voren dat deze zorg door de ondervonden drempels in een groot aantal gevallen niet gegeven wordt (Nationale ombudsman, 2013; Woodward et al., 2014; De Vito et al., 2015; Winters et al., 2018; Ridde et al., 2019; Funge et al., 2020; Hintjes, Siegman, & Staring, 2020; Derckx, 2021). Voorbeelden betreffen de weigering van meerdere huisartsen om een ongedocumenteerd jongetje van 8 jaar met een arm uit de kom te helpen, een ongedocumenteerde die bij de spoedeisende hulp niet wordt geholpen met een open wond, en een tandarts die een ongedocumenteerde met kiespijn niet wil behandelen (Voogt, & Messinga, 2019). Voor de goede orde, als we naar diverse wetgeving en verdragen kijken (zie kader 2.1) zou er beargumenteerd kunnen worden dat in al deze gevallen zorg verleend dient te worden.<sup>4</sup>

Ook zijn er op bescheiden schaal onderzoeksresultaten beschikbaar over het gebruik van de geestelijke gezondheid (zoals recent ook geconcludeerd door Lahuis et al., 2019). Hier lijkt de toegang iets beter geregeld, mogelijk omdat hier vanuit de opvanglocaties al veel aandacht voor is. Desondanks wordt hier ook maar beperkt gebruik van gemaakt. Binnen het "Medisch

---

<sup>4</sup> Het twijfelgeval is de tandheelkundige zorg omdat dit niet in het basispakket zit. Er valt echter wel te beargumenteren dat deze zorg noodzakelijk is.

Opvangproject Ongedocumenteerden” (MOO, 2012) bleek bijvoorbeeld 40 procent van de ondervraagden niet behandeld te worden voor hun psychische klachten. Dit percentage is in de praktijk vermoedelijk groter, omdat respondenten die aan het onderzoek meededen al op de radar van instanties stonden.

### **De kwaliteit van de geleverde zorg laat vaak ook te wensen over**

Als er wel sprake van behandeling is, blijkt deze bovendien vaak niet effectief. Dit komt mede doordat behandelaars vaak wetenschappelijk niet-bewezen of niet op de doelgroep aansluitende therapievormen inzetten (Winters et al., 2018). Vooral bij de aanpak van psychische klachten is gedocumenteerd dat de aanpak beperkt effectief is (Lahuis et al., 2019; Silove, 2017). Een mogelijke verklaring daarvoor is dat specialistische kennis over de specifieke achtergrond van de doelgroep essentieel is om problemen adequaat aan te pakken (Koppes, 2017).

Ook is het moeilijk om eerdere medische gegevens te verkrijgen omdat ongedocumenteerden geen, onvolledige of onwettige papieren hebben. Hierdoor worden hulpvragen en behandeling niet automatisch gekoppeld aan bijvoorbeeld een Burgerservicenummer en daarmee gedocumenteerd. Daardoor is het bijvoorbeeld moeilijk om goed inzicht te krijgen in de totale hulpvraag en eerdere of andere behandelingen (ombudsman metropool Amsterdam, 2021). Als ongedocumenteerden wel zorg proberen te krijgen, dan blijven zij dan ook niet zelden onbevredigd achter. De reactie van een geïnterviewde van Koppes (2017, p. 28) is wat dit betreft typerend: *“Je krijgt paracetamol, maar dat helpt niet voor alles. Als je echt ziek bent brengen ze je naar de dokter, maar dat is alleen in het uiterste geval.”* En zoals de nationale Ombudsman optekende nadat de behandeling van een man wederom was gestaakt: *“Hij weet het zelf ook niet meer precies. Wat hij wil, kan hij niet meer bedenken”* (2011, p. 50).

### 3. De rol van sociaal werk

#### **Er is nog weinig bekend over de rol van sociaal werk in de literatuur**

In tegenstelling tot het onderzoek over (acute) medische zorg en specialistische psychische hulp is er weinig bekend over de toegang en kwaliteit van sociaal werk voor ongedocumenteerden. Mogelijk is een reden voor de geringe aandacht dat acute medische zorg en professionele psychologische hulp dichter aansluiten bij de eerste levensbehoeften van ongedocumenteerden. Het werk van sociaal professionals kan in vergelijking hiertoe wat minder acuut of relevant lijken.

Zoals in de inleiding al gesteld kunnen sociaal professionals echter een cruciale rol spelen. Te denken valt aan het helpen bij de behoefte aan sociale contacten, activering, perspectief bieden en het beperken van stress. Sociaal werkers zijn opgeleid om, vaak op basis van intensief contact, hiermee aan de slag te gaan. Een lange historie van studies laat zien dat ook deze aspecten van levensbelang zijn en een grote impact hebben op het welzijn en de gezondheid van personen (bv. Braveman, & Gottlieb, 2014). Diverse studies beschrijven dan ook dat ongedocumenteerden juist hieraan behoefte hebben (bv. Koppes, 2017; Van Loenen et al., 2018; Silove, 2017; Lahuis et al., 2019; Mack et al., 2020). Koppes interviewde (2017) bijvoorbeeld 84 ongedocumenteerden en beschrijft dat velen van hen “gezien” willen worden, “zinnvolle dagbesteding” willen, met “vriendelijke mensen” in contact willen treden, en hun “verhaal kwijt willen” (p. 30). Door hier voortijdig aan te werken kunnen ernstigere problemen worden voorkomen en kunnen ongedocumenteerden de energie behouden om aan hun toekomst te werken, zij het via een nieuwe procedure (die veel energie vergt) of door te werken aan terugkeer naar het land van herkomst.

#### **Sociaal professionals bedienen deze doelgroep maar in beperkte mate**

Uit de literatuur rijst echter het beeld op dat hulp door sociaal professionals nauwelijks wordt gegeven. Ten eerste doordat er maar beperkt aandacht is voor de rol die sociaal professionals kunnen spelen en kennis vaak ontbreekt. Ten tweede doordat, zoals uit enkele studies blijkt, ongedocumenteerden in de praktijk weinig hulp zoeken bij sociaal professionals (Bernsten et al., 2022).<sup>5</sup> De internationale literatuur bevestigt dit beeld. Allegri, Banks en Devillanova (2022) laten bijvoorbeeld zien dat ongedocumenteerden veel vaker dan andere Italianen in het ziekenhuis behandeld worden voor problemen die voorkomen hadden kunnen worden als zij eerder hulp hadden gezocht, bijvoorbeeld bij sociaal professionals.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Van de 77 ongedocumenteerden die hulp hadden gezocht waren er 50 in het ziekenhuis geweest, 49 bij de huisarts, 14 bij een psycholoog, 8 bij het Rode Kruis, 6 bij de tandarts, 5 bij de Kruispost, 3 bij de Dokters van de Wereld en 13 bij andere zorgverleners. Aangezien alleen psychologische hulp duidelijk een sociale notie heeft, is dit een indicatie dat ongedocumenteerden vooral bij medische klachten hulp zoeken.

<sup>6</sup> Concreter gaat het om “avoidable healthcare” (AH) dat gedefinieerd wordt als: “hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC), i.e., medical conditions for which hospitalization is not needed when primary care is timely and effective. De effecten zijn uitgedrukt in odds ratio's. De odds ratio is 1.4.

Om de praktijken van sociaal professionals nader te verkennen hebben wij een kleine groep betrokkenen (zelf professional of met veel kennis van het werkveld) (12) geïnterviewd.<sup>7</sup> Wat opvalt in de gesprekken is dat de hulp van sociaal professionals nog vaak beperkt blijft tot de formele opvanglocaties, zoals de landelijke vreemdelingenvoorzieningen. Zij bieden 24 uur zorg en zijn vaak voortgekomen uit de bekendere ‘bed-bad-brood’ voorzieningen. Het is de dagtaak van de sociaal werkers die hier werken om de ongedocumenteerden die gebruik maken van de voorziening te begeleiden. Het is de bedoeling dat ongedocumenteerden hier werken aan een ‘bestendige oplossing’ (zie [hier](#)). Dit kan zijn alsnog uitzetting of legalisering van verblijf. Deze strikte focus op uitzetting of legalisering vormt een grote drempel voor veel ongedocumenteerden, die bovendien wantrouwig zijn vanwege de relatie tussen deze voorzieningen en de overheid. Vandaar dat hier maar een beperkt aantal ongedocumenteerden van gebruik maakt.<sup>8</sup>

Bij andere aanbieders van sociaal werk lijkt de hulp nog te blijven steken. Zoals Karim el Boujjoufi, jongerenwerker uit Den-Haag, aangaf: “*Maar ik kan ook niet toveren. Vaak strandt de hulpvraag.*” Vooral de buurtteams, en in mindere mate de ouder-kind-teams, worden hierbij als voorbeeld genoemd omdat zij door diverse betrokkenen worden gezien als de eerste post naar (verdere) ‘sociale hulp’. Bovendien werden de buurtteams (OKT’s bestaan al langer) ten tijde van de interviews in veel plaatsen net opgezet, waardoor zij extra onder een vergrootglas lagen. Er was bij diverse betrokkenen zowel frustratie dat de huidige teams nog weinig deden, als de hoop dat men meer zou doen. Dit hoorden we bijvoorbeeld terug bij Conrad Köckert, teammanager van de opvang in Amsterdam:

*[De buurtteams] worden als we speak gevormd en de kans is wederom groot dat het vraagstuk ongedocumenteerden buiten schot blijft, simpelweg omdat de kennis hierover ontbreekt aan de kant van de reguliere gemeentelijke spelers in de sociale basis.*

Conrad Köckert (teammanager opvang ongedocumenteerden, HVO-Querido Amsterdam)

*Wij verwijzen [vanuit de opvanglocaties] naar de buurtteams, maar vanuit de buurtteams krijgen we een omgekeerde reactie. Wat moeten we eigenlijk met die mensen, en wat mogen ze? Dat is iets dat ze niet geleerd hebben in hun studie...*

Conrad Köckert (teammanager opvang ongedocumenteerden, HVO-Querido Amsterdam)

Op basis van de gesprekken krijgen wij het beeld dat bij de sociaal werkers (exclusief die bij de opvanglocaties) de handelingsverlegenheid, net als bij andere zorgprofessionals, grotendeels voortvloeit uit een gebrek aan inhoudelijke kennis en financiële uitvoeringscapaciteit. Tijdsdruk en capaciteitsproblemen lijken met name een grote rol te spelen. De buurtteams werden hierbij weer als voorbeeld gesteld. Zoals Mara Quast, projectleider bij HVO-Querido, aan ons aangaf: “*Een van de dingen waar de buurtteams dus tegenaan zijn gelopen, die ze snel willen doorzetten,*

---

<sup>7</sup> Het gaat hierbij onder andere om gesprekken met medewerkers van buurtteams (2x), informele inlooplocaties (4x), formele opvanglocaties (4x) en informele spelers (2x), voornamelijk uit Amsterdam (10x), maar ook uit Den-Haag (2x).

<sup>8</sup> In het nieuwe regeerakkoord staat dat de LVV wordt uitgebreid naar een landelijk netwerk, waarbij de opvang altijd gericht is op terugkeer.

*zijn ongedocumenteerden.... Zij zijn gewoon onder hele hoge druk [d.w.z. capaciteitsproblemen] een schifting aan het maken. Maar is dit tijdelijk?"* Gezien de wachttijden binnen het sociaal werk in het algemeen is het aannemelijk dat dit bij andere organisaties in het sociaal domein ook speelt. Ons vermoeden is dat de handelingsverlegenheid bij sociaal professionals nog wat groter is dan bij andere professionals omdat er duidelijke kaders ontbreken zoals die er bijvoorbeeld voor medische professionals wel zijn in de vorm van het rapport van de commissie Klazinga (zie kader 2.1). Nieuwe studies zijn nodig om dit nader te onderzoeken.

### **Kader 3.1. Tips voor sociaal professionals**

Bloemen heeft in 2019 in een essay nader bekeken wat sociaal werkers voor ongedocumenteerden kunnen betekenen. Hij onderschrijft hier dat ongedocumenteerden op papier gebruik kunnen maken van het aanbod vanuit het sociaal domein, terwijl dit, zoals ook wij constateren, toch nog weinig gebeurt. Hij geeft aan dat sociaal werkers bij de hulp naar ongedocumenteerden moeten doen wat ze altijd al doen, maar dat er ook speciale aandachtspunten zijn die vragen om andere accenten. Hij noemt er acht die hij in zijn artikel nader uitwerkt:

1. Investeer in vertrouwen
2. Let op de communicatie en regel eventueel een tolk
3. Wees cultuursensitief
4. Onderzoek perspectief (bijvoorbeeld voor een legaal vervolg of vrijwilligerswerk)
5. Leg uit en informeer
6. Motiveer en activeer
7. Bemiddel
8. Werk samen (bijvoorbeeld met vreemdelingenadvocaten)

### **Informele spelers vervangen de rol van sociaal professionals**

Uit onze gesprekken en uit de literatuur blijkt dat informele spelers - die vaak op vrijwillige basis sociaal werk verrichten - in het gat springen dat formele partijen laten vallen. Zij vervullen hiermee een vergelijkbare rol als sociaal professionals. Te denken valt aan instanties gelieerd aan de kerk of moskee, of culturele zelforganisaties. Hier wordt hulp en ondersteuning geboden die in de literatuur ook wel 'sociaal schaduwwerk' wordt genoemd (Schrooten et.al., 2019, Welschen et. al., 2020). Een concreet voorbeeld is het Wereldhuis. Het Wereldhuis is een informele (grotendeels door kerken gefinancierde) voorziening met vestigingen in Den Haag en Amsterdam, die fungeert als een open huis voor ongedocumenteerden waar ze bijvoorbeeld terecht kunnen voor advies en soms concrete hulp (zie [hier](#)). Ook Amnesty International, Dokters van de Wereld en Het Leger Des Heils bieden bijvoorbeeld vaak hulp aan ongedocumenteerden

Zowel uit de gesprekken die wij voerden als uit de literatuur blijkt een groot voordeel van deze organisaties dat zij formeel niet aan de staat zijn gelieerd. Dit maakt het in de ogen van ongedocumenteerden veiliger om naar deze organisaties toe te gaan, omdat ze niet hoeven te vrezen dat zij 'op de radar komen' van overheidsinstanties. Bovendien sluiten deze informele spelers vaak goed aan op de leefwereld van de ongedocumenteerde, zij het cultureel of religieus. Dit maakt het deze organisaties laagdrempelig, en het contact makkelijker. Veel ongedocumenteerden die hulp zoeken kloppen in eerste instantie dan ook bij deze informele



spelers aan (Teunissen et. al., 2014, Green et.al., 2014, Bloemen, 2019 Kox et al., 2020; Böcker, & de Lange, 2022).

Uit de literatuur blijkt echter dat deze informele spelers vaak niet de (specialistische) kennis in huis om bij elke hulpvraag te helpen. Ze voelen dan ook regelmatig de behoefte om alsnog naar professionele hulp door te verwijzen, maar lopen daarbij vaak op tegen drempels, veroorzaakt door wederzijds onbekendheid of wantrouwen (Welschen et al., 2020). Winst kan bereikt worden door een effectievere samenwerking tussen formele en informele spelers waarbij beiden elkaar beter weten te vinden. Ineke van Beijnum, vrijwilliger bij het Wereldhuis, beaamde dat dit ook bij hen speelde. Zij gaf aan dat zij en haar collega's de buurthuizen nog redelijk in het vizier hebben, maar ander sociaal werk minder. Haar aandacht ging met name uit naar de gedeeltelijk nog op te richten buurtteams:

*Ongedocumenteerden komen bij mij op spreekuur met veel klachten waarbij ik ze wil doorverwijzen. Maar met name de buurtteams hebben wij ook niet goed op de radar.*

Ineke van Beijnum, vrijwilliger Wereldhuis Den Haag

### **Kader 3.2. Neemt de onafhankelijkheid van informele spelers af?**

Diverse studies in de literatuur plaatsen vraagtekens bij de samenwerking tussen informele spelers en de overheid omdat dit de onafhankelijk zou beïnvloeden. Kox en Staring (2020) laten bijvoorbeeld op basis van etnografisch onderzoek zien dat de overheid via de samenwerking invloed kan uitoefenen, bijvoorbeeld door medewerkers dreigen te vervolgen, medewerkers verantwoordelijk te stellen voor het uitzetten van ongedocumenteerden, of eisen aan de subsidie te stellen. Hiermee maakt de overheid deze partijen een loyale partner in het controleren van de migratiestromen. Zoals ze stellen is dit 'a subtle responsibility process' (Kox, & Staring, 2020 p.1). Dit belemmert de mogelijkheid van deze organisaties om hulp te verlenen (zie ook Van Meeteren, 2010: 127; Staring, & Aarts, 2010). Voor een effectieve zorg aan de ongedocumenteerden is het dus nodig om te waarborgen dat informele spelers hun onafhankelijke vertrouwenspositie kunnen behouden en geen verlengstuk van beleid worden.

## 4. Conclusie

Ongedocumenteerden en de samenleving als geheel hebben er baat bij als ongedocumenteerden goede medische en sociale hulp krijgen. Wie meer ondersteuning krijgt, kan bijvoorbeeld actiever participeren in de maatschappij, valt minder snel ten prooi aan uitbuiting of malafide praktijken (zoals huisjesmelkers), vertoont minder snel onbegrepen gedrag en neemt eerder deel aan vaccinatiecampagnes. Daarnaast hebben ongedocumenteerden die goede ondersteuning krijgen meer energie en ruimte om mee te werken aan hernieuwd perspectief, bijvoorbeeld het verwerven van een nieuwe legale status of het meewerken aan terugkeer naar het land van herkomst. Ook uit ethisch en juridisch oogpunt is het leveren van goede zorg van belang. Diverse wetteksten en verdragen stellen dat ongedocumenteerden recht hebben op medisch noodzakelijk zorg. Dit komt er kortweg op neer dat ongedocumenteerden recht hebben op dezelfde zorg waar gedocumenteerden aanspraak op kunnen maken (zie kader 2.1).

In deze rapportage hebben wij door middel van een literatuurstudie gekeken hoe het met de gezondheid van ongedocumenteerden is gesteld en hoe vervolgens de sociale en medische hulp wordt vormgegeven. Aangezien er nog weinig kennis is over de hulp die gegeven wordt door sociaal professionals (zoals onder andere gegeven door sociaal werkers), zijn de bevindingen hierover mede gebaseerd op verkennende gesprekken die wij hebben gevoerd met 12 betrokkenen uit het sociaal domein. Zij waren onder andere werkzaam bij de opvanglocaties, bij buurtteams en vrijwilliger bij informele organisaties die ongedocumenteerden hulp aan boden.

### **Er is sprake van beperkte hulp ondanks de slechte gezondheidsstatus en het geringe welzijn**

Gezien de precaire situatie is het niet verrassend dat de gezondheidssituatie van ongedocumenteerden in de regel slecht is en blijkt af te nemen naarmate personen langer in Nederland verblijven. Zorgwekkend hieraan is dat dit vermoedelijk gedeeltelijk komt doordat er weinig hulp wordt verleend. Enerzijds komt dit door een zekere vraagverlegenheid aan de kant van ongedocumenteerden. Zij vragen relatief weinig hulp omdat zij onder andere te druk zijn met overleven, niet weten waar ze hulp kunnen krijgen, beducht zijn voor de kosten en bang zijn dat het vragen van hulp de kansen op uitzetting vergroot. Anderzijds blijkt uit de literatuur ook een handelingsverlegenheid van professionals. Veel heeft te maken met onduidelijke regelgeving en financiering waardoor professionals niet weten of en hoe ze hulp kunnen bieden. Ook ontbreekt vaak de nodige kennis over de doelgroep waardoor men het lastig vindt om casussen op te pakken. Daarnaast spelen capaciteitsproblemen een rol. Bovendien, zo blijkt met name uit onderzoek onder medici en psychologen, schiet de professionele hulp die door hen gegeven wordt vaak tekort. Vaak wordt er te weinig hulp gegeven, en als er wel gericht hulp wordt geboden blijkt deze vaak weinig effectief te zijn, onder andere door de complexiteit van de zorgvraag en gebrekkige kennis.

Uit de literatuur doemt het voorzichtige beeld op dat ook sociaal professionals weinig hulp verlenen, grotendeels door dezelfde factoren als bij andere professionals, zoals onduidelijke regelgeving, een gebrek aan informatie en capaciteitsproblemen. Dit wordt bevestigd door de gesprekken die wij met een selectief aantal betrokkenen hebben gevoerd. Wat opvalt uit deze

gesprekken is dat sociaal professionals het zelden als hun taak lijken te zien om ongedocumenteerden te helpen of zich hiertoe niet bekwaam voelen – tenzij zij op het kleine aantal formele opvangplekken werken. Hierdoor ontstaat een situatie waarin niemand er proactief op uit trekt om ongedocumenteerden te informeren en te helpen (het outreachende werken) en men ongedocumenteerden te vaak blijft afwijzen en doorverwijst als de spreekwoordelijke ‘hete aardappel’. Uit de gesprekken en uit de literatuur blijkt dat informele voorzieningen in dit gat springen. Zij kunnen echter niet op dezelfde schaal en met dezelfde expertise hulp verlenen zoals formele partijen in potentie wel zouden kunnen. Bovendien is er sprake van gebrekkige wederzijdse bekendheid en samenwerking tussen formele en informele spelers. De handelingsverlegenheid bij de sociaal professionals is mogelijk nog groter dan die in het medische en psychisch domein vanwege het gebrek aan duidelijke richtlijnen en vanwege nog veel schaarsere voorzieningen dan in het medische domein. Ongedocumenteerden worden soms ook als een ‘te complexe doelgroep’ beschouwd voor generalistische sociale professionals.

## 5. Aanbevelingen

Het lijkt er dus sterk op dat de mentale en fysieke gezondheid van ongedocumenteerden onnodig snel achteruitgaat naarmate men langer in Nederland verblijft door de beperkte hulp en zorg die men ontvangt. Hoewel met name het onderzoek naar de sociale zorg (bijvoorbeeld door sociaal werkers) nog beperkt is, geeft de huidige studie al diverse aanknopingspunten voor verbeteringen.

Ten eerste is het van groot belang dat de kennis over het werken met ongedocumenteerden bij alle partijen wordt vergroot. Dit dient erin te resulteren dat zorg niet langer uitblijft omdat zich hiertoe niet bekwaam voelen. Opleidingen, trainingsinstituten, zorginstanties en opdrachtgevers zoals gemeenten dienen hierin het voortouw te nemen. Onderzoek dient hierbij te helpen en bestaande effectieve methoden en best-practices onder het voetlicht te brengen en nieuwe te introduceren en onderzoeken. Uiteraard zijn er al samenwerkingsverbanden in het veld, maar bestaande netwerken kunnen worden uitgebreid en nieuwe opgezet. Een interventie die bijvoorbeeld mogelijk navolging verdient is DREAMzone. Dit project, opgezet aan de universiteit van Kansas, bestaat uit een 4 uur durende workshop waarin geïnteresseerden getraind worden om vier punten te verbeteren: bewustwording, kennis, contact en vaardigheden in het omgaan met ongedocumenteerden. Mooi aan het project is het bereik, de effectiviteit, en het bijbehorende onderzoek waarmee de workshop wordt gevoed (Cisneros, & Lopez 2016; Cadenas et al., 2018; Cisneros, & Lopez, 2020). De professionals die wij hebben gesproken waren in ieder geval allen zeer bereidwillig om hun kennis te delen. Dat kan een mooi begin zijn.

Ten tweede dient de regelgeving verhelderd te worden en - misschien nog wel belangrijker - bekend te worden gemaakt bij ongedocumenteerden en professionals. Diverse recente studies hebben de regels opnieuw verhelderd en er is recent een website gelanceerd met informatie voor ongedocumenteerden. Kader 2.1 vat dit samen. Desondanks kan het lastig blijven voor veel professionals omdat zij niet juridisch zijn opgeleid en er grijze gebieden en twistpunten over de praktische uitleg van wetten blijven bestaan. Aan de ene kant is het voor opleidingen dan ook de taak om basale juridische vaardigheden aan sociaal professionals mee te geven. Aan de andere kant dienen professionals ook de samenwerking met juristen te zoeken. Gebrek aan kennis of complexe regelgeving mag het recht op zorg nooit in de weg zitten.

Ten derde zouden (sociaal) professionals de hulp aan ongedocumenteerden nadrukkelijker als hun taak moeten zien zodat zij ongedocumenteerden niet blijven doorschuiven. Organisaties, zoals gemeenten, zouden hen hierbij moeten faciliteren, onder andere door tijd en middelen vrij te maken en professionals de nadrukkelijke taak te geven om ongedocumenteerden te helpen. Het kan helpen om hierbij de samenwerking met informele spelers te zoeken, aangezien ongedocumenteerden hier vaak als eerste aankloppen. Dit kan bijvoorbeeld door structureel overleg tussen de buurtteams en de informele spelers.

Dit maakt ook de weg vrij voor sociaal professionals om outreachend te werken, ongedocumenteerden te informeren over hun rechten en hen te stimuleren om eerder voor hulp aan te kloppen. Dit is hard nodig omdat de literatuur laat zien dat ongedocumenteerden vooral bij

(lichte) sociale klachten geen hulp zoeken, onder andere vanwege schaamte en omdat ze druk zijn met overleven. Gevolg is dat klachten verergeren en zich uiteindelijk ook lichamelijk manifesteren. Het is dan vaak extra complex en kostbaar om de klachten te behandelen.

Door op deze drie punten in te zetten kan voorkomen worden dat de gezondheid en welzijn van ongedocumenteerden onnodige verslechtert. Dit is niet alleen goed voor hen, maar voor ons allen.

# Literatuurlijst

- Allegri, Banks en Devillanova (2022)
- Bernsten, L., de Lange, T. & Rijken, C. (2022). *Migranten zonder verblijfsvergunning. Rechten en sociaaleconomische positie*. Amsterdam University Press.
- Bloemen, E. (2019). Ongedocumenteerde vreemdelingen in beeld. Wat kun je als sociaal werker betekenen? Vakblad Sociaal Werk 6: 18-20.
- Böcker, A., & de Lange, T. (2022). *De impact van de coronacrisis op ongedocumenteerde arbeidsmigranten in Nederland*. Nijmegen Sociology of Law Working Papers Series. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health. It's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports*, 129, 19-31.
- Cadenas, G.A., Cisneros, J., Todd, N.R., & Spanierman, L.B. (2018). DREAMzone: Testing two vicarious contact interventions to improve attitudes toward undocumented immigrants. *Journal of Diversity in Higher Education*, 11(3), 295–308.
- Cisneros, J., & A. Lopez (2016). DREAMzone: Educating Counselors and Human Service Professionals Working with Undocumented Students. *Journal for Social Action in Counseling and Psychology*, 8(2), 32-48.
- Cisneros, J., & Lopez, A. (2020). Ally Competency and Self-Efficacy for Working with Undocumented Students. *Journal of Student Affairs Research and Practice*, 57(3), 309-321.
- Derckx, V.L. (2021). Het recht op zorg voor de gezondheid van onrechtmatig verblijvende vreemdelingen in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- De Vito, E, de Waure, C., Specchia, M.L., Ricciardi, W. (2015). *Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Funge J.K., Boye, M.C., Johnsen, H., & Nørredam, M. (2020). No Papers. No Doctor”: A Qualitative Study of Access to Maternity Care Services for Undocumented Immigrant Women in Denmark. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 6503.
- Green, G., Davison, C., Bradby, H., Krause, K., Mejias, F. M., & Alex, G. (2014). Pathways to care: how superdiversity shapes the need for navigational assistance. *Sociology of Health & Illness*, 36(8), 1205-1219.
- Hacker, K., Anies, M., Folb, B.L., & Zallman, K. (2015). Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk management and healthcare policy*, 8, 175-183.
- Hajer, M., & Ambrosini, M. (2020). Who help irregular migrants? Supporter of irregular migrants in Amsterdam (The Netherlands) and Turin (Italy). *REMHU*, 28(59), 199-216.
- Heijden, van der, P.G.M., Cruyff, M.J.L.F., Engbersen, G.B.M., & Gils, van, G.H.C. (2020). *Schattingen onrechtmatig in Nederland verblijvende vreemdelingen 2017 – 2018*.
- Hermsen, N., Kahmann, m. van Treeck, j., Out, M., & de Gruijter, M. (2021). *Tussenevaluatie pilot Landelijke Vreemdelingenvoorzieningen*. Verwey Jonker Instituut.
- Het Parool (2021). *Gemeentelijk ombudsman: ‘Ongedocumenteerden moeten beter in beeld komen’*. Toegang via: <https://www.parool.nl/amsterdam/gemeentelijk-ombudsman-ongedocumenteerden-moeten-beter-in-beeld-komen~b8f73e7e/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.startpage.com%2F>.

- Hintjes a, H.M., Karin, A., Siegmanna, R., Staring, H.J.M. (2020). Seeking health below the radar: Undocumented People's access to healthcare in two Dutch cities. *Social Science & Medicine*, 248, 1-10.
- Koppes, S. (2017). *Valse of hoop of bittere noodzaak. Opvang van mensen zonder verblijfsrecht*. Een rapport in opdracht van Amnesty International en Stichting Los.
- Kox, M., Boone, M., & Staring, R. (2020). The pains of being unauthorized in The Netherlands. *Punishment and society*, 22(4): 534-552.
- Lahuis, A.M., Scholte, W.F., Aarts, R., & Kleber, R.J. (2019). Undocumented asylum seekers with posttraumatic stress in the Netherlands. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1605281.
- Leerkes, A., Galloway, M., & Kromhout, M. (2010). *Kiezen tussen twee kwaden. Determinanten van blijf- en terugkeerintenties onder (bijna) uitgeprocedeerde asielmigranten*. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum; Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Mack, A., Verbeek, E., & Klaver, J. (2020). *Plan- en procesevaluatie landelijke vreemdelingenvoorzieningen*. Regioplan.
- MOO 2012
- Ombudsman metropool Amsterdam (2021). *Onzichtbaar Onderzoek naar de leefwereld van ongedocumenteerden in Amsterdam en Nederland*. Amsterdam: de ombudsman.
- Nationale Ombudsman (2011).
- Nationale Ombudsman (2013). Medische zorg vreemdelingen: Over toegang en continuïteit van medische zorg voor asielzoekers en uitgeprocedeerde asielzoekers.
- Ortega, A.N., McKenna, R.M., Kemmerick Pintor, J.H., Langellier, B.A., Roby, D.H., Pourat, N., Bustamante, A.V., & Wallace, S.P. (2018). Health care access and physical and behavioral health among undocumented Latinos in California. *Medical Care*, 56(11), 919-926.
- Pharos (2019). *Toegang tot zorg voor ongedocumenteerde migranten Wat helpt om zorg te krijgen?* Utrecht: Pharos.
- Pharos (2007). *Arts en Vreemdeling. Rapport van de commissie Medische zorg aan (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen (Commissie Klazinga)*. Utrecht: KNMG, LHV, NVvP, Orde van Medisch specialisten, Pharos.
- Ridde V., Aho, J., Malick Ndao, E., Benoit, M., Hanley, J., Lagrange, S., Fillol, A., Raynault, M., & Cloos, P. (2020) *Unmet healthcare needs among migrants without medical insurance in Montreal, Canada*. *Global Public Health*, 15:11, 1603-1616, DOI: 10.1080/17441692.2020.1771396
- Schroevers, M. (2011). "Hiding and seeking". Health problems and problems in accessing health care of undocumented female immigrants in the Netherlands. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Schroevers, M., Loeffen, M.J., van Muijsenbergh, . M.E., & Lagro-Janssen, A.L.M. (2010). Health care utilisation and problems in accessing health care of female undocumented immigrants in the Netherlands. *Int J Public Health*, 55:421-428.
- Schrooten, M., et al., (2020). *Sociaal schaduwwerk*. Amsterdam: Werkplaats Sociaal Domein Amsterdam en Omgeving.
- Silove 2017
- Staring, R., & Aarts, J. (2010) *Jong en Illegaal in Nederland. Een Beschrijvende Studie naar de Komst en het Verblijf van Onrechtmatig Verblijvende (Voormalige) Alleenstaande*

Minderjarige Vreemdelingen en hun Visie op de Toekomst. The Hague: Boom Juridische uitgevers.

- Teunissen, E., Sherally, J., van den Muijsenbergh, M., Dowrick, C., van Weel-Baumgarten, E., & Van Weel, C. (2014). Mental health problems of undocumented migrants (UMs) in the Netherlands: a qualitative exploration of help-seeking behaviour and experiences with primary care. *BMJ open*, 4(11).
- Van Loenen, T., van Den Muijsenbergh, M., Hofmeester, M., Dowrick, C., van Ginneken, N., Mechili, E. A., ... Pavlic, D. R. (2017). Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: A qualitative study on health needs, barriers and wishes. *The European Journal of Public Health*, 28(1), 82–87.
- Van Meeteren, M. (2014) *Irregular Migrants in Belgium and The Netherlands. Aspirations and Incorporation*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Visser, D. (2019). *Gezondheidszorg voor ongedocumenteerde vreemdelingen. wie betaalt de rekening?* Universiteit van Amsterdam: scriptie.
- Vollebregt, (2020). Undocumented migrants in the Netherlands - adverse life events, living conditions and mental health.
- Voogt, W. & Messinga, M. (2019). Toegang tot alle zorg. *Vakblad Sociaal Werk*, 6, 23-25.
- Welschen, S., Lucas, P., Hoijtink, M., & Veldboer, A.P.M. (2020). *Licht op sociaal schaduwwerk: literatuurstudie naar (Nederlandse) informele sociaalwerkpraktijken die plaatsvinden onder de radar*. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam.
- Winters, M., Rechel, B., de Jong, L., & Pavlova, M. (2018). A systematic review on the use of healthcare services by undocumented migrants in Europe. *BMC Health Services Research*, 18(1), 30.
- Woodward, A., Howard, N., & Wolffers, I. (2014). Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: A scoping review. *Health Policy and Planning*, 29(7), 818–830. <https://doi.org/10.1093/heapol/czt061>