

**Verslag van het symposium
naar aanleiding van**

20 jaar JWS

13 juni 2006

*Welkom en opening door voorzitter Daniel
Tavenier, huisarts*



Adriaan van Es is gevraagd om de 20 jarige geschiedenis van de Johannes Wier Stichting te belichten.

De geschiedenis maakt ons niet alleen maar bepaalt ook de wortels van onze identiteit en geeft ruimte aan hoe we de toekomst willen vormgeven

De Johannes Wier Stichting is medio jaren 80 vorige eeuw (vóór de val van de Berlijnse muur, tijdens de koude oorlog, militaire dictaturen in Latijns Amerika, een gesloten China, dictaturen in Oost-Europa) ontstaan. Een belangrijke rol daarbij hebben Wilde Ganzen, Guntherstein beraad, Wendy Orr (die velen inspireerde met haar acties tegen foltering in ZA) en Herman van Geuns gespeeld; er was behoefte aan een nieuwe organisatie waarin de medische aspecten van mensenrechten, rol en inzet van artsen nadrukkelijk aan de orde stelde, andere organisatie deden dit niet specifiek.

De naamgeving vormde een onderwerp van discussie; noemen naar Daniel Jonkty? Het werd Johannes Wier, een arts die zich tegen heksenverbrandingen verzette.

Doel was het mobiliseren van medische kennis ten behoeve van voorkómen van schendingen in solidariteit.



Aanvankelijk heel voorzichtig gekozen voor mensenrechtenschendingen in Turkije (professor Fisek vroeg steun voor een voor een Turkse rechter gedaagde arts), later Zuid Afrika, Marokko en Roemenië.

De thema's waren; apartheid-geneeskunde, martelingen, doodstraf, lijfstraffen, gevangnissen, oorlog, dus burgerlijke en politieke rechten, nog niet veel sociaal-economische rechten en daarna hongerstaking, asielzoekers, illegalen, koppelingswet en MensenRechtenEducatie.

In andere landen waren soortgelijke organisaties opgericht.

Samenwerking werd gezocht en gevormd met Amnesty International, British Medical Association, International Committee of the Red Cross, World Medical Association, International Council of Nurses.

De International Federation of Health and Human Rights Organisations (IFHHRO) werd opgericht.

JWS was vooral instrumenteel met een secretariaat, organiseerde de eerste conferenties. Er bestond een beeldbepalende Adviesraad.

In 1995 is door de JWS een onderzoek gedaan naar de wenselijkheid van een Speciale rapporteur. Bij de viering van het 2e lustrum is de aanstelling van een special rapporteur bij de Verenigde Naties bepleit (UN Special Rapporteur on the Independence and Integrity of Health Professionals).

In 2002 is deze gekomen (Paul Hunt), zij het met een ander mandaat: Special Rapporteur on the Right to Health. In 1999 erkenning van het Recht op Gezondheid; in 2000 General Comment 14, 2002 Conferentie in Soesterberg van IFHHRO waar deze een aparte organisatie werd.

In 2002 splitsten IFHHRO en JWS: Recht op Gezondheid was speerpunt van IFHHRO, JWS participeert JWS als kleine gespecialiseerde organisatie met een klein secretariaat, werkgroepen van vrijwilligers vaak afhankelijk van enkele mensen, maar vooral van Immy Scholte die dat secretariaat bemenst.

Ook anderen houden zich nu met het onderwerp Mensenrechten en Gezondheidszorg bezig. Afstemming en het sluiten van allianties is nodig bijvoorbeeld met de Zomer universiteit Amsterdam.

Laten we naar de Nederlandse situatie kijken en een realistische inschatting maken;

- Tweedeling in de zorg: toenemende marginalisering zwakkeren: hoe kiezen we als JWS positie en hoe profileren we ons als sterke organisatie? Recht op gezondheid in Nederland: mede bepaald door internationale indicatoren en verantwoordelijkheden.
- Uitzetting van vluchtelingen kinderen: welke stem verheft de JWS?
- Medische zorg voor en bejegening van asielzoekers: de inspectie verheft haar stem en dat verdient de steun van de JWS
- Stringenter veiligheidsbeleid roept de vraag op hoeveel vrijheidsrechten daaraan opgeofferd mogen worden, gaat identificatie voor zorg, politie voor de arts?
- Uitgezonden artsen waaronder militaire kunnen voor medische dilemma's komen te staan; hoe steunen we hen, welke waarborgen op noodzakelijke zorg hebben via Nederlandse militairen gevangen buitenlanders?

Ik ben ervan overtuigd dat de JWS een grote rol kan spelen. Misschien zijn onorthodoxe maatregelen nodig, i.s.m. andere organisaties.



Bij het 20 jarig jubileum van de Johannes Wier Stichting is aan Robert Simons, vice voorzitter, gevraagd over de toekomst te reflecteren; Quo Vadis?

In verband met de toekomst van de Johannes Wier Stichting voorspelt Marjon de Hond niet enkel zonneschijn. Er pakken enkele serieuze wolken samen en mogelijk houden we het zelfs niet geheel droog. Nu is het gelukkig mogelijk om je op zwaar weer voor te bereiden en dat zullen we dan ook moeten doen in de komende periode.

Bij nadere beschouwing zien we dat het niet om donderwolken gaat maar meer om stapelwolken en als we de verschillende stapeltjes nader beschouwen zien we een aantal maatschappelijk ontwikkelingen die kansen en bedreigingen bieden.

Twintig jaar Johannes Wier Stichting heeft veel opgeleverd als we kijken naar het aantal artsen en verpleegkundigen dat door ons op de een of andere manier in contact is gekomen met het interessante onderwerp mensenrechten en gezondheidszorg. Ook de positie die wij verwerven in het netwerk van aanpalende organisaties is belangrijk geweest. Maar de wereld is in veel opzichten zodanig aan het veranderen dat een heroriëntatie op de positie en activiteiten van JWS onvermijdelijk en misschien ook wel aantrekkelijk is.

In de komende minuten wil ik u meevragen voor een korte verkenning binnen de organisatie om daarna een *tour d' horizon* te maken van de externe wereld waarin de JWS opereert. In managementtaal heet dat een SWOT analyse (Strength, Weakness, Opportunity and Threats). Door sommigen laconiek ook wel de So What analyse genoemd.

Binnenwereld.

Kracht:

1. een prima bureau. Hier mag de trouwe bijdrage en toewijding door de jaren heen van Immy Scholte overigens wel eens publiekelijk worden genoemd.
2. een klein maar enthousiast bestuur. Hier moet de naam van Jan Vosters worden genoemd die de JWS sinds kort versterkt in de functie van secretaris, energie en gemotiveerd.
3. een aantal enthousiaste werkgroepen die inhoudelijk vorm geven aan het delicate grensgebied tussen mensenrechten en gezondheidszorg. Zij vormen de inhoudelijke kern van de organisatie.
4. goede bekendheid en reputatie van JWS onder collega's, organisaties en donateurs. Hier denk ik vooral aan de onmisbare rol die Adriaan van Es speelde en nog speelt en die van Daniel Tavenier onze huidige voorzitter die jarenlang zijn tijd en aandacht heeft verbonden aan de organisatie. Van beiden nemen we in formele zin op termijn afscheid maar het kan niet anders dan dat zij hun bijdrage zullen blijven leveren.

Zwakte:

1. de organisatie is uiterst kwetsbaar door de kleine omvang.
2. de boodschap van mensenrechten en gezondheidszorg spreekt niet vanzelf. Dit heeft altijd toelichting en uitleg nodig en wordt niet door collega's als vanzelfsprekend beschouwd.
3. een zwakke financiële basis.
4. moeilijk om nieuw talent aan de organisatie te binden, ook onder de collega's en studenten waardoor continuïteit onder druk kan komen.

Buitenwereld.

Kansen:

1. dilemma's doen zich nu ook voor om de hoek. Daar waar medische dilemma's op het gebied van mensenrechten in onze begintijd vooral werden verbonden met verre landen en barbaarse regimes, zien we dat ook in Europa en Nederland zich knelpunten op dit gebied voordoen. De zorg voor de onverzekerde is zo'n onderwerp.
2. opkomst van IFHHRO en andere organisaties die elkaar kunnen aanvullen. Daarin kan de JWS een verbindende rol spelen.
3. toenemende externe oriëntatie van medisch personeel is er grotere kans op herkenning en interesse.
4. langzame groei van contacten met opleidingsinstituten.
5. opkomst van het Right to Health principe

Bedreigingen:

1. opkomst van nieuwe organisaties die delen van het mandaat van JWS overnemen.
2. toenemend hogere barricades in de werving van (overheids-)fondsen.
3. afnemende bereidheid onder collega's om in vrije tijd een bijdrage te leveren.
4. een gecompliceerde wereld: wie zijn de good en wie zijn de bad guys? Een soort relativisme waarmee de universele waarden van mensenrechten minder vanzelfsprekend worden.
5. in Nederland is een zeker cynisme waar te nemen als het gaat om onze reputatie binnen de mensenrechten rapportages. Ik merk dat zelf ook tijdens mijn lessen MensenRechtenEducatie.

Analyse:

1. Verdere bezinning en analyse op positie binnen Nederland en daarbuiten
2. Vooral richten op professionals op basis van "patiënt/arts relatie"; deze basis van ons vak nog meer als uitgangspunt van onze activiteiten nemen.
3. De focus op waarin we sterk zijn, in het bijzonder MensenRechtenEducatie en alles wat daarmee te maken heeft. Update van het lesmateriaal en verdere uitbouw van het netwerk voor de aflevering van lessen in Nederland en daarbuiten. Voor dit en het vorige onderdeel moeten we werken aan de financiering van een vaste medewerker.
4. Vestiging kennis- en coördinatie centrum op het gebied van MensenRechtenEducatie in de brede zin van het woord.
5. Kiezen van strategische partners die wij expertise kunnen bieden. Hier kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de bijdrage van JWS aan de zogenaamde schaduwrapportages.
6. Intensiveren en professionaliseren van de fondswerving
7. Aantrekkelijk worden/blijven voor vrijwilligers om een bijdrage leveren door meer aan te sluiten bij hun wensen en mogelijkheden. Vooral jonge mensen en studenten (brieven en website).

8. Opstelling van een aangepast organisatieplan gekoppeld aan een herzien activiteitenplan.
9. Versterken van de continuïteit en inhoudelijke ontwikkeling, zowel binnen het bestuur als op het bureau.

Wellicht ben ik niet volledig geweest in mijn analyse maar er is geen storm nodig om de wolken te verdrijven. Een aanzwellend windje kan al wonderen doen.

Nederland was ooit wereldberoemd om zijn schilderkunst, vooral vanwege de mirakelse weergave van het licht. Laten we met elkaar ervoor zorgen dat de wolken wijken en het licht in ieder geval binnen de organisatie weer kans krijgt zich aan ons voor te doen.

In een wereld waarin er nog enorme verschillen zijn tussen de “*haves en de have nots*”, waar in toenemende mate angst bestaat tussen groepen, waarin bronnen, in het bijzonder schoon water, een eerste voorwaarde voor gezondheid, schaars worden, waarin de kwaliteit van het leefmilieu voor zo ongeveer iedereen onder druk staat. In zo’n wereld is het meer dan ooit noodzakelijk dat mensen die zich inzetten voor medische en verpleegkundige zorg hun stem laten horen en hun bijdrage leveren aan wat ook wel genoemd wordt de *civil society*, een samenleving waar we de gemaakt afspraken uitvoeren en waar voor de zwakken respect bestaat.



Noodzakelijke zorg: universeel of exclusief

Enkele overwegingen bij het werk van dokters, juristen, economen en politici in postkoloniaal perspectief door Mr Henk Vis, beleidscoördinator GGD Rotterdam

1 Introductie

Anton van Kalmthout zou hier spreken. Hij is verhinderd en heeft mij gevraagd hem te vervangen.

Ik ga het hebben over het vraagstuk van de toegang tot de zorg voor personen zonder geldige verblijfspapieren. Niet benaderd vanuit de universiteit maar vanuit de dagelijkse

dilemma’s van de GGD in de grote stad Rotterdam. Anton zou ongetwijfeld ook de medische verzorging van de mensen in de vreemdelingenbewaring en de uitzetcentra aanroeren. Dat onderwerp staat midden in de publiciteit sinds de Schipholbrand en de acties tegen detentie van kinderen. Ik concentreer mij op de niet gedetineerde illegalen .

Ik ben zelf van oorsprong strafrechtsjurist en als dienstweigeraar bij de reclassering gaan werken. Dat heb ik 20 jaar gedaan tot ik bij de gemeente Rotterdam in 1991 sociale vernieuwing ging doen. Daarna heb ik me met veiligheid, armoedebeloid en sociale integratie mogen bezighouden tot ik me in 1999 bij de GGD aandiende voor het zorgbeleid. Sinds 2 jaar ben ik voorzitter van het illegalenplatform, een kring van organisaties in Rotterdam die zich bekommeren over het welzijn van mensen zonder papieren. Het valt me op dat ik me steeds met dwangsystemen bezighoud. Of het nu de strafwet, de vreemdelingenwet of de gedwongen opname in de psychiatrie betreft, het gaat steeds om toepassing van overheidsdwang. Dus realiseert u zich steeds dat we in de Vreemdelingenwet de dwang accepteren ten aanzien van personen die hier volgens het bevoegd gezag niet thuishoren.

Dat de Johannes Wierstichting 20 jaar bestaat is een felicitatie waard. Een twintigjarige is volwassen en kan de wereld aan. Dat zal nodig zijn want mijn inschatting is dat steeds meer morele dilemma's in de gezondheidszorg met handhaving van mensenrechten te maken hebben. Ik zie de JWS als een onmisbaar podium voor dokters en juristen, waar ook andere disciplines welkom zijn.

Achtereenvolgens schets ik de context van migratie, en focus ik mij op Rotterdam en de vraag naar medische zorg voor illegalen.

2 De vierde wereld dringt op

De dekolonisatie en de val van het ijzeren gordijn hebben belangrijke veranderingen bewerkstelligd in Europa. De mondialisering van de economie en het wegvallen van Europese binnengrenzen hebben de mobiliteit en de uitwisseling van goederen, diensten en personen vergemakkelijkt. Door deze ontwikkelingen zijn de verschillen tussen de westerse wereld en het Oostblok en de ontwikkelingslanden minder scherp geworden. Met de vierde wereld duid ik op de gemarginaliseerden die in de sloppen van de grote steden in het westen trachten te overleven. Vaak gaat het daarbij over gedesoriënteerde migranten, die hun dromen in duigen hebben zien vallen en de aansluiting op de moderne wereld hebben gemist als gevolg van exclusie en discriminatie en te hooggespannen verwachtingen. Zowel in Europa als de Verenigde Staten ziet men een massale trek van zuid naar noord. Officieel worden ze niet toegelaten, officieus zijn ze welkom als goedkope arbeidskracht.

In Nederland werden in de jaren 50 de Indië-gangers en Indonesiërs gehuisvest, in de jaren 60 de eerste grote groepen gastarbeiders uit Turkije en Marokko verwelkomd, in de jaren 70 grote aantallen Surinamers en Antillianen geherbergd en in de jaren 80 en 90 jaarlijks tienduizenden asielzoekers uit Afrika, Azië en Oost-Europa opgevangen. Nederland is onbedoeld een immigratieland geworden. Gezinshereniging en gezinsvorming leidden tot de volgimmigratie van tienduizenden kinderen, ouders en bruidgommen en bruiden. De meesten willen graag in een verzorgingsstaat als Nederland blijven. De verkleuring die de grote steden in een generatie ondergaan, heeft met deze processen te maken.

Vaak is de groep door automatisering en overdracht van productie naar lage lonen landen werkloos geworden en gemarginaliseerd. Door gebrekkige inburgering is de groep ook kwetsbaar voor discriminatie en uitbuiting en gehuisvest in achterstandwijken waar een armoedecultuur heerst.

Bij asielzoekers gaat het niet alleen om mensen die vluchten voor oorlog en geweld, foltering en onderdrukking en honger en malaise. De meesten vragen asiel omdat ze in het thuisland geen perspectief ontdekken. De mondialisering van de economie brengt voorspoed in voormalige ontwikkelingslanden zoals China en India. In de islamitische landen blijven grote verschillen tussen rijk en arm, mannen en vrouwen bestaan. De corruptie sluit velen uit van schaarse banen en verworvenheden hetgeen een stimulans is om te verlangen en te streven naar een vooruitzicht in Europa. Vaak is dat een bestaan zonder papieren, zonder vaste woon- of verblijfplaats en zonder gegarandeerde middelen van bestaan. Illegaliteit wordt op uiteenlopende wijzen gedefinieerd.

Het is nuttig om binnen de groep van illegalen een aantal subgroepen te onderscheiden:

- Uitgeprocedeerde asielzoekers; geen overtuigend vluchtverhaal of inmiddels is het herkomstland weer veilig verklaard voor repatrianten. Zij worden afgekoppeld van COA-faciliteiten en worden geacht zich naar elders -het herkomstland- te begeven.
- Verwanten en partners van ingezetenen die niet volgens de criteria van inburgering en acceptatie [garantstelling] zijn geïntroduceerd of die voordat zij een zelfstandige verblijfsstatus verwerven worden verstoten. Men laat het toeristenvisum verlopen. Zij

worden afhankelijk van het vangnet van de familie en leiden een onderduikersbestaan in de eigen etnische kolonie.

- De groep gelukzoekers die zonder asielaanvraag of visum in Nederland aankomt en blijft. Het gaat om een bont gezelschap van artiesten, criminelen, studenten, prostituees, vrijdenkers, oorlogsmisdadigers en voetballers. Zij trachten zolang het kan te overleven zomogelijk met valse papieren, zomogelijk met onderbetaald werk en zonodig door het plegen van delicten.
- Personen uit de EU25 landen zonder werkvergunning en ziektekostenverzekering hebben het recht zich in NL op te houden maar profiteren niet van de NL verzorgingsstaat.
- Personen in de vreemdelingenbewaring en de uitzetcentra.

De schatting is dat er in Nederland 150.000 a 200.000 mensen zonder geldige verblijfsstatus trachten te overleven waarvan de helft in de 4 grote steden. Voor de agglomeratie van Rotterdam houden wij rekening met ongeveer 20.000 personen.

3 Rotterdam

Rotterdam verschilt in essenties van Amsterdam en dat is niet alleen maar een stromende Nieuwe Maas tegenover een stilstaand IJ. Amsterdam behield haar historische centrum terwijl dat van Rotterdam volledig werd weggebombardeerd. Het moderne Rotterdam is een trekpleister voor de havenconomie, onderwijsinstellingen en zorginstellingen en voor talloze forensen.

In Rotterdam is veel aan de hand geweest vanaf 2002. De verkiezingsoverwinning van Fortuyn heeft een grondige heroriëntatie veroorzaakt op een trefzeker veiligheidsbeleid en op de multiculturele samenleving. De vrijblijvende houding ten opzichte van inburgering van met name moslims en andere niet westerse migranten werd afgeschaft, terwijl een meer consequent activeringsprogramma werd aangenomen. De structurele ondermijning van de sociale cohesie door steeds weer andere groepen nieuwkomers leidde tot een initiatief om de draaglast van de stad te verminderen: de Rotterdamwet maakt het mogelijk om in sommige wijken de samenstelling van de bevolking te beïnvloeden en minder uitkeringsgerechtigden te huisvesten. De Rotterdamwet verschafte bevoegdheden en middelen om de achterstanden te weren en de voordelen te versterken. Een poging om illegaliteit strafbaar te stellen faalde. Een specifiek Rotterdams vreemdelingenbeleid heeft het niet gehaald.

Rotterdam onderscheidt zich in Nederland als volgt:

- De armste, jongste en meest diverse bevolking die snel wisselt van verblijfplaats
- Weinig elite, weinig toerisme, geen grachtengordel en geen oud geld
- Veel migranten[kinderen] aan de kant, zwarte scholen belemmeren integratie
- Een traditioneel laag opleidingsniveau met fervente pogingen om dit op te voeren
- Veel nadruk op verhoging van de veiligheid: de veelplegersaanpak: repressie en zorg
- Disproportioneel hoog aantal sociale huurwoningen= disproportioneel gehalte van armoede
- Nadruk op inburgering en werk; minder toegeeflijk tav uitkeringsgerechtigden.
- Repressie van illegaal wonen en werken[sancties en boetes]
- Kortom: de ezel wil een egel worden: het afwentelen van een te grote draaglast is begonnen.

Het werk van de GGD in deze stad is te typeren als volgt:

- Het bewaken en bevorderen van de volksgezondheid in ruime zin

- Het voorkomen en bestrijden van infectieziekten bij allen die zich in Rotterdam bevinden
- Het opbouwen van een informatiepositie omtrent de gezondheidstoestand van de bevolking
- Het garanderen van de toegang tot –en de kwaliteit van – de zorgvoorzieningen
- Het manifesteren van de openbare vangnetfunctie: persoonsgerichte zorg en zorgregie.

Conclusie: gezondheidszorg voor mensen zonder papieren past binnen de ruime definitie van Volksgezondheid die niet ophoudt bij ingezetenen. Het is niet clandestien maar legitiem. Voor deze stelling vind ik steun in verdragen en wetgeving en de regeringsverklaringen.

4 Het wettelijke kader, de juridische poot om op te staan.

Men kan illegalen typeren als mensen zonder rechtspositie. De Koppelingswet van 1998 sluit hen uit van vergunningen, voorzieningen, aanspraken uitkeringen en subsidies. De veronderstelling van volledig verstoken zijn van rechten is echter onjuist, omdat internationale verdragen uitgaan van een universeel beginsel van humanitair recht dat voor iedereen geldt.

Als het gaat om zoiets elementairs als de gezondheidstoestand van mensen, dan blijkt ook de Nederlandse wetgeving aanknopingspunten te bezitten, waarop men rechten en aanspraken op medische behandeling kan baseren. Daarmee onderscheidt zich het recht van de gunst.

Mensen zonder verblijfsrechten vallen dus niet volledig uit de zorg van de overheid voor de Volksgezondheid. Ze zijn niet alleen maar afhankelijk van goedgeefse burgers en de caritas. Voor het wettelijk kader van de zorgplicht jegens iedereen, ongeacht zijn verblijfsstatus of draagkracht of verzekering, vinden wij houvast in de Grondwet, het non discriminatiebeginsel, de Strafwet die zorgweigeren aan hen die in een hulpbehoevende toestand verkeren strafbaar stelt, de Koppelingswet 1998 die van exclusie van vreemdelingen uitzondert de medisch noodzakelijke zorg, en diverse andere wetten die kwaliteit, medische tucht en Volksgezondheidstaken beschrijven.

De Nederlandse regering heeft deze principes herbevestigd in de illegalennota van april 2004. De Europese verdragsbepalingen over de mensenrechten en de verdragstekst met betrekking tot het internationale convenant over economische sociale en culturele rechten schrijven de lidstaten voor dat zij binnen hun gezondheidssysteem garanties handhaven voor universele toegang voor noodgevallen.

Zo zijn er ook verdragen die rechten van kinderen en vrouwen een speciale beschermwaardigheid geven. Vanzelfsprekend is de volksgezondheid een dominant belang bij bestrijding van besmettelijke ziekten. Vanzelfsprekend rijdt de ambulance, onderzoekt de schoolarts kinderen van illegale ouders en komt het vangnet in werking bij verkommerden en verloederden ongeacht de verblijfsstatus.

De combinatie van strafrecht[zorgweigeren], tuchtrecht[de beroepsregels] en civielrecht [letselschade] maken het theoretisch onaantrekkelijk om personen zonder verblijfspapieren en geld zorg te weigeren.

Als personen zich als patiënt manifesteren en zich met medische klachten aandienen dan is altijd een doktersbeslissing noodzakelijk. Het niet accepteren van een persoon als patiënt is tuchtrechtelijk aanvechtbaar. Dokters hebben een speciale verantwoordelijkheid door de eed van Hippocrates.

Ook de illegaal blijft een rechtssubject die een claim mag indienen als hij is benadeeld.

5 De toegang tot de zorg in het geding

De ontwikkelingen in het zorgstelsel dragen bij aan meer nadruk op bedrijfsmatige beheersing van zorgverlening. Zorgaanbieders dienen te concurreren, te besparen, zich te onderscheiden met excellente zorg voor betaalbare bedragen. Naast het ziekenfondspakket is voor gegadigden veel andere en duurdere zorg beschikbaar gekomen. Mensen met geld hebben vaak veel geld over voor hun gezondheid.

Wij kunnen om de definitie in te vullen van noodzakelijke zorg een onderscheid maken tussen mogelijke, wenselijke, aanbevolen, noodzakelijke en acuut levensreddende zorg. Het zijn oplopende gradaties van urgentie, die bij verwaarlozing ernstige consequenties zullen hebben voor de gezondheid en het eventuele genezingsproces. In het begrip noodzaak is besloten een timingsvraag. De onmiddellijkheid van ingrijpen ligt bij noodzaak voor de hand. De als medische noodzaak beoordeelde klacht is evident en dadelijk – in elk geval binnen afzienbare tijd – vatbaar voor interventie.

Diagnostiek is te beschouwen als urgente en objectieve vaststelling van inzicht omtrent de klacht.

Pijn en handicap zijn indicaties voor de beleving en de gevolgen van de klacht door de betrokkene.

In Rotterdam zien wij

- In de eerste lijn aan de hand van de declaraties bij de stichting Koppeling een uitbreiding van het aantal huisartsen op een gelijkblijvend gedeclareerd budget en een duidelijke stijging van het aantal HIV patiënten die het apotheekbudget opstuwten.
- In de tweede lijn van de ziekenhuizen is de alertheid voor persoonsidentificatie en verificatie van de verzekeringspositie prioriteit geworden. De toegang voor personen zonder evidente klachten, zonder geld of zonder doktersbrief of pleitbezorger is discutabel geworden. Sommige ziekenhuizen eisen schuldbekentenissen of voorschotten voordat men illegalen in behandeling neemt. Dergelijke praktijken van “pay before cure” staan op gespannen voet met het beginsel dat een arts – en niet de econoom – de medische noodzaak dient te toetsen. Dokters lopen geen financieel risico, ziekenhuizen wel. Zij beschikken over een stroppenpot.
- De derde lijn van AWBZ instellingen beschikt niet meer over een financiële compensatie van kosten gemaakt voor illegale chronische patiënten. De minister van VWS heeft uitgelegd dat men geen duurzame zorg kan combineren met een legitiem vertrekperspectief. Betrokkenen kunnen zich desnoods beroepen op de uitweg van de medische verblijfsvergunning bij de IND
- Zo kan het zijn dat illegalen in een acute psychose via de BOPZ toepassing in de kliniek belanden ter afwending van het gevaar in verband met de stoornis. Sommigen verblijven al jaren in de kliniek. Sommige verslaafde prostituees blijken na de sluiting van de Keileweg niet in aanmerking te komen voor beschermd wonen omdat ze geen ingezetene blijken te zijn en dus geen AWBZ aanspraken hebben. Een jonge Marokkaan met een dwarslaesie verblijft al 5 jaar in een revalidatie-instituut hangende een procedure voor een verblijfsvergunning.
- Kinderen kiezen niet voor een illegaal bestaan. Ze zijn wel leerplichtig en dienen naar school te gaan. De Centrale Raad voor Beroep erkende onlangs de aanspraak op bijstand van kinderen die rechtmatig in NL wachten op uitsluitel, doch geen geldige verblijfsstatus bezitten. Deze kinderen maken echter geen aanspraak op kinderbijslag. De situatie van kinderen in detentiecentra baart zorgen. Kinderartsen gaan een protocol vaststellen voor de medische praktijk van verantwoorde zorg. Er is veel dynamiek op dit front.

6 Enkele conclusies

- Een illegaal bestaan is een haast onverdraaglijk bestaan zonder faciliteiten
- Grote steden bieden de meeste absorptie voor illegale overlevers
- Medisch noodzakelijke zorg is niet clandestien maar legitiem
- Acceptatie van illegale patiënten is een modern medisch ethisch dilemma
- Repatriëring van illegalen is een belangrijke humane optie.
- Preventief ontwikkelingsbeleid kan stromen wanhopige bootvluchtelingen naar de Canarische eilanden en naar Lampedusa reduceren.
- Nederland is niet gastvrij maar fatsoenlijk als het gaat om toegang tot medisch noodzakelijke zorg. De GGD ziet toe op de toegang tot de zorg.
- Het voorkomen van crepeergevallen in het publiek domein dient het imago van de geciviliseerde stad in binnen- en buitenland en is te beschouwen als een combinatie van humanitair beleid en het welbegrepen eigenbelang.



Een nieuw stelsel: recht op gezondheid gegarandeerd? Door Ivan Wolffers, arts en hoogleraar Gezondheidszorg en Cultuur

Maleisië is blij met de immigranten uit Laos en Cambodja. Illegale arbeid is goedkoop en gemakkelijk. Geen arbeidsvoorwaarden, geen veiligheid maar ook geen toegang tot zorg. De globalisering leidt tot vrij verkeer van goederen en informatie maar niet tot vrij verkeer van mensen. Illegalen worden opgesloten. Zorgen om de onverschilligheid van de burger.

De reactie op “De 26.000 gezichten” is te pijnlijk voor woorden. Nederland treitert zijn vluchtelingen, ontmoediging voorbij. Kleinering en verdrukking bv van getrouwde mannen leidt tot “irregular anger outburst”. Dit lossen we medicamenteus op in plaats van gebruik te maken van potenties.

We onthouden verdrukten noodzakelijke zorg terwijl we ons zorgen maken om de toegankelijkheid van zinloze zorg voor de eigen burgers. Onthouden van zorg is een Mensenrechtenschending.

Zie ook www.ivanwolffers.nl.