

## **Plan van aanpak: uitbreiding “Medische nood” overleg**

In de Programmaraad van 18 juli 2024 is de analyse besproken die is gemaakt van vastlopende casuïstiek in de LVV; de uitkomst was onder meer dat medische omstandigheden en onduidelijkheid over de identiteit en nationaliteit belangrijke belemmeringen vormen. Een van de voorstellen voor de vervolgaanpak betrof het versterken van bepaalde overlegstructuren zoals het zogenoemde “medische nood” overleg in Amsterdam.

Verkend is wat de mogelijkheden zijn om deze overlegvorm dit jaar te benutten voor deelnemers uit alle LVV's. Partijen staan hier overwegend positief tegenover mits balans blijft bestaan in het onderzoeken van alle perspectieven. Daarom is het plan het overleg op korte termijn uit te breiden met zaken uit andere gemeenten dan Amsterdam waarvan eveneens de medische nood door BMA is vastgesteld.

## **Achtergrond**

De werkgroep medische nood in Amsterdam is ontstaan uit een casuoverleg waarin specifiek nierproblematiek werd besproken. Het betrof veelal dialyserende cliënten en mensen die op de wachtlijst stonden voor een transplantatie en/of voor wie een complex nazorgtraject te wachten stond. De samenwerking en geleerde lessen zijn vervolgens breder toegepast op casuïstiek met door BMA vastgestelde medische nood vaak met andere ernstige ziektebeelden al dan niet met een chronisch en/of progressief karakter.

## **Doel landelijke uitbreiding**

Kennisuitwisseling over artikel 64 aanvragen tussen de LVV gemeenten en het breder onderzoeken van toegang tot (niet) noodzakelijke zorg in het geval van terugkeer.

Kennis wordt met name opgedaan in het onderzoeken van de toegang tot noodzakelijke zorg in het land van herkomst. Indien blijkt dat voor de aanvrager de benodigde zorg feitelijk niet toegankelijk is kan kennis worden uitgewisseld over hoe dit het beste aan te tonen, zowel door het sparren met de aanwezige IND senior art. 64 als door het meeluisteren en meedenken in (vergelijkbare) casuïstiek van de overige casemanagers/gemeenten.

Behalve het onderbouwen/aantonen van de ontoegankelijkheid van benodigde zorg in het land van herkomst biedt het overleg gelegenheid om het gesprek te voeren over wat nodig is voor terugkeer indien onzeker is dat aan de bewijslast kan worden voldaan mbt toegankelijkheid van zorg. De basis hiervoor is gelegen in het BMA advies waarin met regelmaat extra aanwijzingen staan opgenomen voor de medische overdracht bij terugkeer. Behalve over het medisch noodzakelijke kan het gesprek gevoerd worden over overige factoren die betrokkene weerhouden terug te keren. Samen met de DTenV (en/of terugkeer NGO) kan gekeken worden wat mogelijk is om andere belemmerende omstandigheden te verzachten ten behoeve van een duurzamere terugkeer. Op die manier krijgen cliënten de kans zich al in een zo vroeg mogelijk stadium breed te oriënteren op hun toekomst in plaats van het eerst afwachten van langdurige, onzekere, weinig kans hebbende procedures.

Voor bemiddeling en hulp van de DTenV bij het onderzoeken van (extra) mogelijkheden om toegang te krijgen tot bepaalde zorg(instanties) in het land van herkomst is een mate van vertrouwen nodig dat betrokkene uiteindelijk ook daadwerkelijk zal terugkeren. Relaties met (instanties in) het land van herkomst zijn voor de DTenV van groot belang en het belasten van deze relaties met vragen of acties

zonder dat dit uiteindelijk leidt tot terugkeer is niet wenselijk vanuit hun oogpunt. Aan de andere kant leert de ervaring dat een zo concreet mogelijk ingevuld terugkeerplaatje de keuze om mee te werken aan terugkeer kan vergemakkelijken. Onzekerheden over de omstandigheden waarnaar iemand terugkeert, met name toegang tot medicijnen en zorg, kunnen juist tot terughoudendheid leiden.

In discussies hierover is daarom van belang balans te houden tussen het vertrouwen in de uiteindelijke terugkeer van betrokkene (moeilijk voorspelbaar) en het belang voor betrokkene om terugkeeromstandigheden beter in kaart te brengen (met verhoogde kans op bereidheid om mee te werken).

In overleg met de IND kan de DT&V ook ambtshalve een artikel 64-procedure opstarten wanneer een deelnemer geen gemachtigde heeft. Tot slot geldt dat informatie van de DT&V over de nationaliteit, identiteit of brondocumenten van toegevoegde waarde kan zijn voor het BMA-advies of de artikel-64 aanvraag.

### **Proces:**

Een met wachtwoord beveiligde Excellijst waarin de zaken worden geïnventariseerd en geagendeerd wordt gedeeld met de projectleiders en LSO voorzitters. Voor elke gemeente is een apart tabblad waar de zaken kort kunnen worden beschreven. Instructies voor hoe deze in te vullen en wanneer wat met wie te delen tbv samenvoeging voor de agenda staan in het laatste tabblad.

### Voor wie:

De scope van de werkgroep zijn cliënten waarbij medische nood is vastgesteld of bij wie het aannemelijk is dat medische nood zal worden vastgesteld. Specifieker verstaan we onder medische nood, medische nood die is vastgesteld door het BMA. Wanneer de medische nood (nog) niet is vastgesteld door het BMA maar volgens de casemanager wel sprake is van medische nood, kan onder het agendapunt 'aanmeldingen' worden besproken of de betrokkene op de inventarisatielijst zal worden geplaatst.

### Met wie:

Deelname aan de werkgroep vindt bij voorkeur plaats door de casemanager van de cliënt zelf. Mocht het binnen een NGO zo georganiseerd zijn dat iemand gespecialiseerd is in artikel 64 aanvragen, zou dit een logisch alternatief kunnen zijn. Van belang is dat we in het beperkte aantal overleggen dat rest een bepaalde diepgang kunnen bereiken in de vraagstukken die voorliggen.

Namens de IND sluit **5.1, 2, e** aan, senior medewerker artikel 64. Namens de DT&V sloot in het verleden een lokale regievoerder aan (betrokken bij LVV Amsterdam). Per 4 september zal die inzet worden hervat waarbij afhankelijk van de aangedragen casuïstiek ook inzet van de afdeling Bijzonder vertrek overwogen wordt. Verdere inzet wordt pas bepaald na inventarisatie van de zaken en als er een duidelijker beeld is van welke gemeenten zaken aandragen. Mogelijk dat vanuit DT&V ook **5.1, 2, e** zal aansluiten. Het programmabureau ontvangt graag de stukken en zal aansluiten om inzichten en knelpunten op te halen en zo nodig verder te brengen.

Het voorzitterschap wordt uitgevoerd door LVV Amsterdam.

### Hoe:

- Gemeentes inventariseren binnen hun caseload bij wie medische nood is vastgesteld door BMA of voor wie aannemelijk is dat dit zou gelden.
- De excellijst dient voor de inventarisatie van zaken als ook voor de agendering door dit in betreffende kolom aan te geven
- Casuïstiek die voldoet aan de voorwaarden (medische nood door BMA vastgesteld/aannemelijk) kan worden opgenomen op de inventarisatielijst met een korte beschrijving. Deze kent geen maximum. De inventarisatielijst inclusief nieuwe aanmeldingen wordt aan de start van het overleg geaccordeerd. Per zaak wordt vervolgens aangegeven of deze op de agenda moet voor bespreking met vermelding van de reden/vraag zodat de IND en DTenV zich kunnen voorbereiden.
- Zaken waarin vragen leven kunnen tot vrijdag in de week voor het overleg worden geagendeerd voor bespreking met een maximum van in totaal 10 zaken per overleg.
- Casussen die op uiterlijk 10 oktober 2024 zijn aangemeld voor de inventarisatielijst kunnen op 16 oktober 2024 worden besproken tot een maximum van 10 geagendeerde zaken.
- Op 27 november is de tweede werkgroep gepland waarvoor tot 21 november 2024 zaken kunnen worden aangeleverd, eveneens met een maximum van 10 geagendeerde zaken.
- Tijdens de werkgroep is er ruimte om te brainstormen of om elkaar advies te geven.
- Wanneer er geen of weinig actuele vragen of geagendeerde vragen zijn wordt de werkgroep benut om zaken op de inventarisatielijst in meer detail te bespreken om meer inzicht te krijgen in elkaars werkwijze, knelpunten en tips en tricks.
- Ruimte op de agenda kan ook ingevuld worden met het uitwisselen van ervaringen met terugkeerders die ondanks (ernstig) medische omstandigheden toch zijn teruggekeerd. Randvoorwaarden en re-integratie kunnen onderwerp van gesprek zijn.
- Op die manier kunnen zowel succesfactoren als knelpunten zowel op terugkeer als ook in het verkrijgen van uitstel van vertrek worden verzameld en, indien relevant, als signaal mee teruggenomen worden door betreffende organisaties.

### Wanneer:

De twee werkgroepen die worden opengesteld voor deelnemers vanuit alle LVV's staan gepland op woensdag 16 oktober en woensdag 27 november 2024 van 9.30 tot 11 en vinden plaats via webex. Agenderen van casuïstiek kan tot de vrijdag ervoor zodat de agenda vóór het weekend samengesteld en gedeeld kan worden. De huidige deelnemers van Amsterdam worden op 4 september officieel geïnformeerd over de openstelling/uitbreiding van de laatste twee werkgroepen.

### Status van besprekingen en rapportage:

Afspraken en actiepunten worden bijgehouden in een Excel lijst die zal worden gedeeld. Hierin staan tevens de instructies opgenomen voor het invullen en delen. Verwacht wordt dat ieder voor zijn eigen zaken het Excel bestand en de casusbeschrijvingen update op basis van ontwikkelingen en eventuele besprekingen. Momenteel rapporteert RGOA de afspraken en actiepunten ook in CVS, het Amsterdamse clientvolgsysteem. De IND geeft aan dat deze aantekeningen niet worden meegenomen in een beschikking. Wel wordt de zaak in de minuut aangemerkt als LVV zaak.

De geupdate lijst wordt zonder herleidbare persoonsgegevens gedeeld met het programmabureau om deze samen te voegen tot een agenda die kan worden gedeeld met de deelnemers.

Tot slot, de bijeenkomsten vinden plaats in de vorm van een werkgroep en kent geen besluitvormingskarakter, ook niet in het kader van het MRT. Eventuele afspraken of actiepunten zien daarom enkel op het uitzoeken van de medische situatie, het opvragen van een BMA, of het onderzoek naar de (feitelijke) toegang tot medische voorzieningen in land van herkomst.

### **Waarborgen privacy:**

Gezien de kennisbehoefte op medische zaken en om kruisbestuiving te stimuleren is gekozen om in het medische nood overleg van Amsterdam ook de mogelijkheid te bieden zaken te agenderen van andere LVV gemeenten. Om niet onnodig persoonsgegevens te delen met andere gemeenten zijn er een aantal keuzes gemaakt uit voorzorg.

Zaken worden mondeling en zo veel mogelijk anoniem besproken. Gezien het doel, namelijk kennisuitwisseling, worden wel de kenmerken besproken van bepaalde ziektebeelden die mogelijk spelen in de casuïstiek en de mogelijkheden om al dan niet noodzakelijke zorg te ontvangen in landen van herkomst. Ook niet medische omstandigheden die de toegang tot zorg/medische behandeling beïnvloeden kunnen worden besproken zoals de aanwezigheid van een sociaal netwerk (of het aantonen van het gebrek eraan). Deelnemers aan het overleg worden zekerheidshalve voor de eerste deelname gevraagd een geheimhoudingsverklaring te tekenen zover de uitwisseling herleidbare details bevat. Door het minimale aantal overleggen en zaken waar ruimte voor is (slechts 2 werkgroepen met max 10 zaken per overleg) beslaat het risico in zijn algemeenheid slechts een beperkt aantal zaken.

Van de deelnemers ontvangen enkel de IND en DTenV een versie met persoonsgegevens zodat zij zich kunnen voorbereiden op de geagendeerde casussen. Voor de overige deelnemers wordt een agenda verspreid voorzien van een lijst met gecodeerde zaken met geanonimiseerd ID. Enkel de IND, DTenV en inbrengende partij zullen precies weten over wie het gaat. Andere deelnemers kunnen meeluisteren en leren van inhoudelijke aspecten van de zaak. Risico's met betrekking tot herleidbaarheid worden door bovenstaande voorzorgsmaatregelen tot een minimum beperkt en anders ondervangen met de getekende geheimhoudingsverklaring door de deelnemers.