

(On)zichtbaar?

“Je moet gewoon aan anderen denken. De mooiheid van de wereld is weg als iemand alleen aan zichzelf denkt en de verantwoordelijkheid tegen de mensheid vergeet.”

(Interview met ongedocumenteerde)

Een zorgethische studie naar de positie van ‘ongedocumenteerden’
tijdens de Covid-19 crisis

Masterthesis ZeB-70

Student:

Wout Visser

Studentnummer 1031015

Wout.visser@uvh.nl

Master Zorgethiek en Beleid

Begeleider: Dr. Pieter Dronkers

Tweede lezer: Dr. Adrienne de Rooter

Examinator: Prof. Dr. Carlo Leget

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
Samenvatting.....	4
1. Problemativering en relevantie.....	6
1.1. Aanleiding.....	6
1.2. Maatschappelijk probleem.....	7
1.3. Wetenschappelijk probleem.....	10
1.4. Onderzoeksvraag.....	12
1.5. Doelstellingen.....	12
2. Theoretisch kader.....	13
2.1. Ongedocumenteerden.....	13
2.2. Zorg en rechtvaardigheid (Care and justice).....	14
2.3. Kwetsbaarheid (Vulnerability).....	17
2.4. Verantwoordelijkheid (Responsibility).....	20
2.5. Burgerschap (Citizenship).....	22
3. Methode.....	25
3.1. Onderzoeksbenadering.....	25
3.2. Onderzoeksmethode.....	26
3.3. Dataverzameling en data-analyse.....	26
3.4. Ethische overwegingen.....	28
3.5. Kwaliteitscriteria.....	30
4. Bevindingen.....	31
4.1. Covid-19 beleid en Ongedocumenteerden.....	31
4.2. Ervaringen Ongedocumenteerden en Zorgverleners.....	41
4.2.1. Overzicht respondenten.....	41
4.2.2. Gevolgen maatregelen.....	44
4.2.3. Kwetsbaarheden.....	47
4.2.4. Kracht- en hulpbronnen.....	50
4.2.5. Verantwoordelijkheden.....	52
5. Discussie.....	58
6. Conclusies en aanbevelingen.....	62
7. Kwaliteit van het onderzoek.....	64
7.1. Kwaliteitscriteria.....	64
7.2. Beperkingen.....	67
Literatuur.....	70
Bijlage 1: Gespreksvragen.....	75

Voorwoord

Het onderzoek voor deze thesis werd uitgevoerd in de maanden maart, april en mei 2021. Een periode waarin Covid-19 nog in grote mate bepaalde wat er wel en niet mogelijk was.

Afspraken moesten online gepland worden, mensen waren moeilijk te traceren. Alle noodzakelijke aanpassingen leidden tot de nodige vertraging en vergden van iedereen die bij het onderzoek betrokken was de nodige flexibiliteit en geduld.

Gelukkig waren die eigenschappen dat bij het geweldige team van Dokters van de Wereld ruimschoots voorhanden. Met name de coördinatoren Margreet, Petra en Karlijn en ook de vertalers Samuel en Soraya wil ik hier bedanken voor hun bijdrage. Zonder jullie betrokkenheid had het onderzoek nooit in deze vorm gerealiseerd kunnen worden. Ook aan alle andere medewerkers en vrijwilligers van Dokters van de Wereld: heel erg bedankt voor jullie geweldige inzet en bereidheid aan dit onderzoek mee te werken.

Ook veel dank aan mijn scriptiebegeleiders vanuit de Universiteit voor Humanistiek. Zowel in de voorbereiding, tijdens de uitvoering, als op het allerlaatste moment heb ik jullie betrokkenheid bij mijn onderzoek als heel waardevol ervaren. Geweldig dat het mogelijk was om – na de opgelopen vertraging – de scriptie na te kijken, te beoordelen en administratief in orde te maken – in een recordtijd van 3 dagen.

De grootste dank (en bewondering) gaat uiteraard uit naar degenen die ik hier om redenen van toegezegde anonimiteit niet bij naam kan noemen, maar die een onuitwisbare indruk op mij hebben gemaakt: de personen zonder verblijfsvergunning, die de moeite hebben genomen om hun persoonlijke verhaal met mij te delen. Om zo, via deze verhalen, de noodzaak tot het erkennen van onze onlosmakelijke onderlinge afhankelijkheid inzichtelijk te kunnen maken. Ik hoop van harte dat jullie de dromen die jullie hebben kunnen realiseren.

Tot slot, dank aan Eef, Mette en Meint, met wie ik mijn ideeën over ‘zorgzaam zijn voor elkaar’ iedere dag in de praktijk mag brengen.

Haarlem, 31 augustus 2021

Samenvatting

“We weten dat we ongedocumenteerd zijn, en alleen al door het feit dat we dat zijn, zijn we kwetsbaar. En dat we formeel gezien niet bestaan... feitelijk bestaan we wel. Wat ons pijn doet is dat we ook niet worden meegenomen in de groep van kwetsbaren. We zijn al zo kwetsbaar. En we willen ook meedoen, en meetellen in de samenleving. En we doen al het werk al dat de meeste Nederlanders, de mensen hier, liever niet willen doen. Wij doen het werk.”

(Interview ongedocumenteerde)

In de zorgethiek worden mensen beschouwd als fundamenteel relationele wezens. Wij zijn niet puur rationeel en onafhankelijk, maar belichaamd, en onvermijdelijk afhankelijk en onlosmakelijk met elkaar verbonden: “*inevitably dependent and inextricably interdependent*” (Kittay, 2015). Iedereen is dus per definitie kwetsbaar en naast dit ontologische kenmerk van de menselijke conditie zijn er andere bronnen en vormen van kwetsbaarheid die context-specifiek zijn en ons op verschillende manieren kunnen treffen: “*situational and pathogenic vulnerabilities*” (Mackenzie, Rogers, & Dodds, 2015), “*layers of vulnerability*” (Luna, 2019) of “*embodied and embedded vulnerabilities*” (Fineman, 2019). Dat dergelijke kwetsbaarheden mede veroorzaakt en versterkt worden door sociale, politieke en economische omgevingsfactoren, structuren én overheidsbeleid, heeft gevolgen voor de verdeling van verantwoordelijkheden jegens ‘kwetsbare’ groepen in de samenleving. En gelden deze verantwoordelijkheden alleen voor groepen die ‘burgers’ zijn, of voor ook voor “*non-citizens*” zoals ongedocumenteerde migranten omdat zij “*territorially present*” zijn? (Bosniak, 2017). Om zorgzaam met deze verschillende manifestaties van kwetsbaarheden om te kunnen gaan moet beleid niet slechts gericht zijn op bescherming, maar ook op het versterken van de relationele autonomie en capaciteiten van betrokken personen (Mackenzie, 2015). Tegelijkertijd is er sprake van een proces van responsabilisering die zorgt voor een fundamentele verandering in de verhouding tussen de overheid en de samenleving waardoor individuen en de gemeenschap ongevraagd verantwoordelijkheid krijgen toebedeeld voor dergelijke beleidsdoelen (Juhila, Raitakari, & Hall, 2017). Door deze ontwikkeling wordt de politieke zorgethische oproep, dat in een democratische en zorgzame samenleving de verdeling van verantwoordelijkheden rechtvaardig vorm moet krijgen via een “*struggle over needs interpretation*” (Fraser, 1987; Sevenhuijsen, 1998; Tronto, 2013) alleen maar urgenter.

In deze thesis beargumenteer ik, mede op basis van literatuuronderzoek, een beleidsanalyse en gesprekken met ongedocumenteerde migranten en hulpverleners van een maatschappelijke organisatie, dat een zorgethische benadering – gefundeerd in de erkenning van menselijke kwetsbaarheid – te prefereren is boven een mensenrechtenbenadering als normatief kader voor het beoordelen en vervullen van zorgbehoeften van ongedocumenteerde migranten. Enerzijds omdat ‘rechten’ uitgaan van een onrealistisch ideaaltype van de mens en zijn/haar kwetsbaarheid onjuist conceptualiseren, en anderzijds omdat zelfs de realisatie van sociale, economische en politieke rechten geen garantie biedt op de vervulling van de basale menselijke behoefte aan sociaal contact en het gevoel ergens bij te horen.

Bovendien is het aannemelijk te maken dat de uitgangspunten achter bestaand overheidsbeleid mede debet zijn aan de toegenomen kwetsbaarheid van ongedocumenteerden, die juist tijdens de Covid-19 crisis nadrukkelijk zichtbaar werd. De Nederlandse overheid moet daarom nadrukkelijker verantwoordelijkheid nemen ten aanzien van de zorg voor ongedocumenteerde migranten vanuit de erkenning dat een rechtvaardige overheid gelijke bekommernis heeft om burgers en niet-burgers die zich op haar grondgebied bevinden.

“In mijn land is een gezegde: ‘Goede regels doen goed en wát goed is moet een regel worden’. In Nederland lijkt het gezegde: ‘We hebben een regel, en dát is goed’”.

(Interview met ongedocumenteerde)

1. Problematisering en relevantie

“No one suffers a lack of shelter without there being a social failure to organize shelter in such a way that it is accessible to each-and-every person. [...] In some of our most vulnerable experiences of deprivation, what is revealed is not only our precariousness as individual persons ... but also the failures and inequalities of socioeconomic and political institutions.” (Butler, 2015, p. 21)

“Zolang je dingen kunt zien, ben je nog in leven. Aan de binnenkant van mijn deur heb ik daarom geschreven ‘adjoki nebsei’ – wat in het Amhaars betekent: ‘Go for it my soul’”.

(Interview met ongedocumenteerde)

1.1. Aanleiding

De Master Zorgethiek en Beleid gaat uit van een brede definitie van zorg en geeft ruim aandacht aan politieke vragen over de plaats van zorg in onze samenleving. Precies de inhoudelijke verdieping die ik zocht als politicoloog met een eigen adviespraktijk in het sociaal domein. Universele mensenrechten vormen in mijn werk de rode draad en hebben voor mij jaren als maatstaf gediend om te denken over ‘het goede’ in mijn werkzaamheden als pleitbezorger voor de rechten van kinderen en jongeren, of beleidsadviseur bij hulporganisaties of mensenrechteninstanties. Tijdens deze Master is deze maatstaf in een ander daglicht komen te staan. In de kritische zorgethische bespiegelingen kwamen ‘rechten’ vooral naar voren als uitingen van een mensbeeld waarin het autonome en onafhankelijke individu centraal staat, dat moraliteit bovendien primair ziet in termen van juridisch afdwingbare verplichtingen. Morele afwegingen ingegeven door afhankelijkheid en kwetsbaarheid van mensen onderling en aandacht voor hun specifieke situatie en behoeften zouden zich moeilijk tot een rechtenbenadering verhouden: *“care ethics as distinct moral theory ... asserted the voice of care as a legitimate alternative to the justice perspective of liberal human rights theory”* (Sander-Staudt, 2016).

De Covid19-crisis was gedurende de cursus alomtegenwoordig en duurt deze tot de dag van vandaag voort. Van de relatief ‘apolitieke’ eerste golf met veel maatschappelijke solidariteit verschoof de crisis zich in politiek-maatschappelijk opzicht naar de huidige ‘iedere-sector-voor-zich’ tendens resulterend in een openbare ‘belangenstrijd’. Daarbij werd steeds

duidelijker hoe cruciaal het is dat je belangen in Den Haag goed vertegenwoordigd zijn. Tijdens een beleidsanalyse-opdracht kwam ik op het spoor van mensen die in geen enkele persconferentie aan de orde kwamen: personen zonder geldige verblijfstatus, de zogenaamde ‘ongedocumenteerden’. Een zeer heterogene groep mensen, die enerzijds via het informele economische circuit actief deel uitmaakt van de samenleving, maar zich anderzijds in allerlei opzichten aan de ‘randen’ van dezelfde samenleving bevindt. Een publicatie van begin 2021 vatte de positie van deze ‘onzichtbaren’, na een jaar pandemie, krachtig samen: “De meest hulpeloze slachtoffers van de coronacrisis worden door de politiek keihard genegeerd: wie in Nederland niet aan tafel komt heeft geen stem”¹. Pas weer een halfjaar later, in mei 2021, werd het eindelijk mogelijk voor deze kwetsbare groep om zich te laten vaccineren.

Het onderzoek van de Universiteit voor Humanistiek (hierna: UvH) naar de impact van de Covid-19 maatregelen onder een viertal doelgroepen, waaronder ongedocumenteerden in samenwerking met de hulporganisatie Dokters van de Wereld² (hierna: DvW), was in dit kader een uitgelezen mogelijkheid om het spanningsveld dat ik gedurende de Master Zorgethiek en Beleid ervoer, tussen voor mij nieuwe inzichten over zorgethische uitgangspunten enerzijds en de mij bekende universele zeggingskracht van de mensenrechtenbenadering anderzijds, verder te onderzoeken. Hoe kan er zorgethisch gedacht worden over mensen die weliswaar feitelijk onderdeel van onze samenleving zijn, maar geen formele verblijfsstatus hebben? Hoe wordt er voor hen gezorgd tijdens de crisis in een samenleving waar niet iedereen ‘aan tafel komt’? Hoe zijn de verantwoordelijkheden voor zorg aan hen eigenlijk verdeeld?

1.2. Maatschappelijk probleem

Begin 2021 publiceerde de Ombudsman het onderzoeksrapport Onzichtbaar, over de situatie van enkele tienduizenden ongedocumenteerden in Amsterdam³ (Zuurmond, 2021). Het

¹ Vrij Nederland, 26 februari 2021 <https://www.vn.nl/slachtoffers-coronacrisis-ongedocumenteerden/>

² DvW mobiliseert mensen om gezamenlijk te strijden voor de toegang tot gezondheidszorg en het recht op gezondheid. Zowel in eigen land als in het buitenland heeft DvW medische programma’s. Op basis van onderzoek naar de knelpunten in de praktijk rond het recht op gezondheid en de toegang tot zorg, komt DvW bij zorgverleners en beleidsmakers op voor de belangen van gemarginaliseerde mensen en groepen. DvW streeft hierbij naar structurele verbeteringen en vindt het belangrijk dat mensen in hun kracht worden gezet zodat zij zelf het recht op zorg op kunnen eisen. Met zogenaamde Zorgbussen en inloopsprekuren is DvW actief in Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Nijmegen. Zie <https://www.doktersvandewereld.org>

³ Er is grote verscheidenheid: het kan gaan om uitgeprocedeerde asielzoekers die niet willen meewerken aan vrijwillige terugkeer naar hun herkomstland, maar het gaat ook om arbeidsmigranten, vreemdelingen wier vergunning is verlopen, statelozen die niet kunnen terugkeren naar land van geboorte of slachtoffers van mensenhandel.

schetst een indringend beeld van de leefwereld van ongedocumenteerden en stelt dat, om te voorkomen dat mensen ten prooi vallen aan uitbuiting en een onmenswaardig bestaan leiden, “de overheid actief de samenwerking moet zoeken met andere instanties”. Volgens de Ombudsman zijn ongedocumenteerden vooral kwetsbaar, niet zozeer omdat zij kwetsbare personen zijn, maar “omdat zij in relatie tot de overheid en medeburgers kwetsbaar zijn”⁴. Naast dit recente rapport zijn er diverse onderzoeken (Wissink, 2021) en online publicaties⁵ verschenen die de impact van de Covid-19 crisis op de levens van ongedocumenteerden beschrijven.

De Nederlandse overheid voert, mede op de golven van de publieke opinie, sinds de jaren 90 een restrictief vreemdelingen- en migratiebeleid, resulterend in teruglopende aantallen ongedocumenteerden⁶. Maar de huidige -demissionaire- staatssecretaris is naar eigen zeggen nog niet tevreden, omdat “het uitzetten van illegalen door een wetwijziging in 2011 te ingewikkeld is”⁷. Maar de Commissie ‘Langdurig verblijvende vreemdelingen zonder bestendig verblijfsrecht’ concludeerde al in 2019 dat de aanwezigheid en verblijfsduur van ongedocumenteerden niet verder is in te perken door wet en beleid verder aan te scherpen. “Dat is al vijftientig jaar lang geprobeerd en daar ligt de oorzaak niet (meer). De sleutel ligt bij de uitvoering.” (Commissie van Zwol, 2019, p. 7)

Het spanningsveld tussen de landelijke beleidsambities en de feitelijke uitkomsten komt sterk tot uiting in de uitvoering op lokaal niveau. Er is sprake van “beleid van uitsluiting en praktijk van insluiting” en deze tegenstelling plaatst gemeenteoverheden voor grote dilemma’s in termen van publieke orde, veiligheid en volksgezondheid. (Kos, Maussen, & Doornik, 2016) Formeel biedt dus alleen de regering opvang, maar de realiteit is alsnog dat tienduizenden mensen in grote mate kwetsbaar zijn en voor hun basisbehoeften afhankelijk zijn van lokale partijen, te weten gemeenteoverheden en hulporganisaties. De overheid organiseert zorgverantwoordelijkheden voor deze doelgroep daarmee in feite van

⁴ Zouka, documentaire getiteld De Onzichtbaren

⁵ Blog “#I would stay home if I had one”: <https://www.uu.nl/en/opinion/blog-i-would-stay-home-if-i-had-one-the-impact-of-the-covid-19-crisis-on-unauthorized-migrants-in>; Reportage Nieuwsuur (20/05/2020) <https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2332490-illegaal-en-door-corona-geen-werk-hoe-komt-mijn-familie-aan-geld.html>; Documentaire De Onzichtbaren (2021) <https://www.youtube.com/watch?v=QzvZSsDFhDY>

⁶ Schattingen van de WODC laten de afgelopen decennia een duidelijke dalende trend zien: van 200.000 personen in de jaren 90 van de vorige eeuw, naar aantallen tussen 23.000 en 58.000 (van der Heijden, Cruyff, & Engbersen, 2020). Het overgrote deel van de populatie bevindt zich in de G4 steden.

⁷ NOS, 16 december 2020 <https://nos.nl/artikel/2360919-steeds-minder-illegalen-in-nederland-staatssecretaris-nog-niet-tevreden.html>

zich af. DvW stelt daarover dat de overheid zelfs zover gaat dat “opvang geen mensenrecht is, maar een gunst die verleend kan worden aan mensen die niet legaal in Nederland zijn.” (Dokters van de Wereld, 2019, p. 1)

De Covid-19 pandemie heeft de kwetsbaarheid en bestaansonzekerheid van de ongedocumenteerde migranten ongenadig aan het licht gebracht. Tot de uitbraak van de crisis in 2019 lukte het de overgrote meerderheid om met onregelmatige inkomsten uit werkzaamheden als bouwvakker, schoonmaker of *nanny* hun te dure ondergehuurde woningen te betalen, schoolgaande kinderen te ondersteunen en onder de radar te blijven. Maar door de crisis werden ze opeens zichtbaar: hun inkomen stopte, maar een vangnet ontbrak – zelf aankloppen bij een reguliere voedselbank was zonder papieren niet toegestaan.⁸ Ook bij DvW werkte de crisis direct door: “Eenmaal op straat ben je kwetsbaar. Sommige vrouwen gaan zelfs noodgedwongen de prostitutie in. Ons speciale spreekuur zit vol vrouwen met vragen over seksuele aandoeningen of abortus.” En ook in deze precaire situatie is het maar de vraag wie de verantwoordelijkheid neemt voor het ondersteunen van deze groep: “Op papier hebben we de toezegging dat deze groep het recht heeft op vaccinatie. Maar papier is geduldig en we moeten nog maar zien op welke manier de voorlichting en de vaccinatie gebeurt. Via huisarts, de GGD, de opvang? Mijn zorg is dat deze mensen niet bereikt worden. Iemand moet vertellen dat ze recht hebben op vaccinatie. En degene die vaccineert moet de speciale omstandigheden van deze groep begrijpen.”⁹

Afgelopen week, op 15 augustus 2021, is Kabul gevallen. Sindsdien dringen de verschrikkelijke beelden en verhalen van Afghanistan die hun land wilden ontvluchten zich op via de media en zijn ruim 100.000 mensen Afghanistan ontvlucht, waarvan ongeveer 1000 naar Nederland. De week voor de overname door de Taliban ondertekende staatssecretaris Broekers-Knol nog een cynische brief aan de Europese Commissie met de oproep om voortzetting van de uitzetting van Afghanistan omdat “stoppen het verkeerde signaal zou geven en nog meer Afghaanse burgers zou motiveren hun huis te verlaten en naar de EU te gaan”. Ondertussen is er door de snelle ontwikkelingen ter plaatse sinds 11 augustus een moratorium afgekondigd op de asielpcedure en gedwongen uitzetting van Afghaanse vluchtelingen. Desalniettemin (mogelijk: daardoor) zijn er de afgelopen twee weken huiveringwekkende

⁸ De Groene Amsterdammer, 19 mei 2021 <https://www.groene.nl/artikel/je-staat-er-niet-alleen-voor>

⁹ DvW directeur Kuipers in Farma Magazine, 22 februari 2021 <https://farma-magazine.nl/jasper-kuipers/> “De laatste vergeten groep in de maatschappij is verstoken van medische zorg en van vaccinatie”

reacties vanuit de maatschappij en politiek Den Haag de wereld in geslingerd. Brandende autobanden en explosies in Harskamp waar een eerste groep Afghanen tijdelijk gehuisvest wordt, tot leden van de Tweede Kamer die in hun communicatie reppen van en herhaling van asielexplosie 2015 en falend uitzetbeleid. In deze vijandige maatschappelijke context bevinden zich een aantal tienduizenden ongedocumenteerden die op zoek zijn naar erkenning voor hun aanwezigheid in onze samenleving. Die aantallen zullen de komende jaren niet bij onveranderd beleid niet afnemen. In plaats van de grenzen dicht, zijn er wellicht duurzamere oplossingen te vinden die kunnen bijdragen aan een – zorgzame – herijking van het Nederlandse vreemdelingenbeleid.

1.3. Wetenschappelijk probleem

In de zorgethische literatuur is veel geschreven over de relationele essentie van de mens, de noodzaak zorg centraal te stellen in de samenleving en daarmee over de politieke implicaties van zorgethiek: ‘het voorzien in zorgbehoeften’ zou het belangrijkste sociale doel zijn (Tronto, 1993, p. 175). Het concept kwetsbaarheid staat in de zorgrelatie centraal (Mackenzie, Rogers, & Dodds, 2015), zowel het ontologische karakter als het sociaal politieke aspect (*embodied and embedded vulnerability*, (Fineman, 2008, 2017, 2019) en daar hangt nadenken over de verdeling van zorgverantwoordelijkheden mee samen (Urban Walker, 2008; Tronto, 2013). Tronto stelt dat de eerste vraag die gesteld moet worden als het gaat over de verdeling van zorgverantwoordelijkheden is: “*Who sits at the table, and who doesn’t?*” (Tronto, 2013, p. 59). Hoewel deze politiek-georiënteerde zorgethici dus de verdeling van relationele zorgverantwoordelijkheden noodzakelijk achten, blijven de manieren waarop en de omstandigheden waaronder deze in de praktijk verdeeld en aanvaard worden nog te veel onderbelicht.

Een voorbeeld in casu is de situatie van de ongedocumenteerden, die zich de facto in de samenleving bevinden maar geen formele verblijfsstatus hebben. Zij zijn *territorially present, status non-citizens* (Bosniak, 2007, 2017). Deze ‘niet-rechthebbenden’ delen logischerwijs als mens in het existentieel kwetsbare karakter van het leven, maar hebben daarnaast te maken met de ongelijke verdeling van kwetsbaarheden, wat kan leiden tot bestaansonzekerheid of *precarity* (Butler, 2009). Lorey (2011) verbindt deze precariteit van Butler met inzichten van Foucault die stelde dat de kunst van regeren *conducting conduct* is, ofwel ‘het sturen van gedrag’ (Subject and Power, 2001). Lorey stelt dat overheden de universele existentiële

kwetsbaarheid van mensen categoriseren om hen controleerbaar en beheersbaar te houden. Zij noemt dat een proces van *governmental precarization*, ofwel besturen op basis van bestaansonzekerheid (2011, p. 4). Hoe kunnen deze migranten, die een precair bestaan leiden in de samenleving maar daar formeel geen onderdeel van uitmaken, toch toegang krijgen tot zorgpraktijken en daar conform de uitgangspunten van de politieke zorgethiek ook invloed op uitoefenen? Wat betekent dit voor de fundamentele kwestie van “het recht om rechten te hebben” en deel uit te maken van een gemeenschap die de rechten van haar bevolking moet en wil accepteren? Volgens Hannah Arendt (1951) een recht dat vooraf moet gaan aan universele mensenrechten. Bosniak stelt dat alle burgers, ongeacht hun verblijfsstatus, erkenning moeten krijgen als ‘juridische subjecten’ in het land waar zij verblijven. “*In fact, when it comes to many of the most basic rights under law— what some states call ‘fundamental rights’— territorially-present non- citizens of all categories are, at least formally, indistinguishable from citizens.*” (2017, p. 330). In de *lived citizenship* benadering staan juist de geleefde burgerschapspraktijken centraal als analytisch raamwerk om over de positie van gemarginaliseerde groepen zoals ongedocumenteerde migranten in de samenleving na te denken. (Lister, 2007). Deze gelaagde analyse kijkt verder dan de natiestaat als domein van burgerschap en betreft “*the actual spaces in which citizenship is expressed*” waardoor een “*embodied, rather than abstract view of citizenship*” ontstaat een meer geaard begrip van burgerschap als een praktijk.

Naast de situatie van de ongedocumenteerde zelf, speelt in de kwestie van de verdeling van verantwoordelijkheden ook de positie van de zorgverlener (in casu hulporganisatie DvW) een belangwekkende rol. Hoe ervaren zorgverleners hun ‘afgeleide kwetsbaarheden’ (*derivative vulnerability*, Fineman, 2019)? Hoe zijn zorgverantwoordelijkheden die hieruit voortvloeien verdeeld tussen de overheid en andere maatschappelijke actoren zoals hulporganisaties en zorgverleners? In de zorgethiek is weliswaar veel aandacht voor deze politieke vraag, maar is er weinig oog voor de specifieke positie die maatschappelijke organisaties innemen. Zij vervullen in toenemende mate de verantwoordelijkheden van een terugtrekkende overheid: hoe gaan hulporganisaties en individuele zorgverleners om met dergelijke opgedrongen verantwoordelijkheden, een geleidelijk proces dat in politiek theoretische literatuur ook wel *responsibilisation* wordt genoemd (Juhila, Raitakari, & Hall, 2017; Knijn & Lepianka, 2020) en recentelijk ook betrokken is op de situatie van vluchtelingen en de rol van humanitaire organisaties (Kox & Staring, 2020).

Het is deze onderbelichting in de zorgethische literatuur van de ervaring, positie en rol van de zorgvrager en zorgverlener in het aangaan van zorgverantwoordelijkheden in omstandigheden van precarisering en responsabilisering *in de praktijk* die de kern vormt van de wetenschappelijke probleemstelling.

1.4. Onderzoeksvraag

Hoofdvraag

Hoe kan een rechtvaardige verdeling van verantwoordelijkheden voor het leveren van ‘goede zorg’ aan ongedocumenteerden als kwetsbare groep ten tijde van de Covid19-pandemie er uit zien?

Deelvragen

- i. Welke Covid19-beleidsmaatregelen zijn relevant voor ‘ongedocumenteerden’ en hoe zijn verantwoordelijkheden ten aanzien van deze ‘kwetsbare groep’ in dit beleid verdeeld?
- ii. Welke ervaringen hebben ongedocumenteerden en zorgverleners met kwetsbaarheid en de verdeling van verantwoordelijkheden tijdens de Covid19-crisis?
- iii. Welke inzichten bieden zorgethische literatuur en liberaal-politieke theorie over kwetsbaarheid en de rechtvaardige verdeling van zorgverantwoordelijkheden?
- iv. Wat betekenen deze ervaringen en de inzichten uit de literatuur voor de rechtvaardige verdeling van verantwoordelijkheden voor ‘goede zorg’ aan ongedocumenteerden?

1.5. Doelstellingen

De doelstelling van deze thesis is tweeledig. Intern dienen het empirische onderzoek en de theoretische verkenning als bijdrage aan de zorgethische literatuur over kwetsbaarheid en de verdeling van verantwoordelijkheden. Extern biedt de koppeling tussen de zorgpraktijk en het theoretisch kader mogelijke aanknopingspunten voor een zorgethische evaluatie van het Covid-19 beleid en de ontwikkeling van beleidsaanbevelingen.

2. Theoretisch kader

In het theoretisch kader verken ik een aantal begrippen die noodzakelijk zijn voor het onderzoeken van een rechtvaardige verdeling van verantwoordelijkheden voor ‘goede zorg’ aan ongedocumenteerden. Allereerst geef ik een werkdefinitie van ‘ongedocumenteerden’. Vervolgens ga ik bij zowel politieke zorgethiek als bij liberaal-politieke theorie te rade om centrale begrippen uit de onderzoeksvraag te verkennen: zorg en rechtvaardigheid (*care and justice*), kwetsbaarheid (*vulnerability*) en verantwoordelijkheid (*responsibility*). Vanwege het feit dat ongedocumenteerden niet als burgers gezien worden, maar wel feitelijk aanwezig zijn in de samenleving en bestempeld worden als kwetsbare groep, is het van belang stil te staan bij hun positie in de maatschappij. Hiertoe ga ik tot slot dieper in op verschillende noties van burgerschap (*citizenship*). Door gangbare definities, aannames en beleidsoplossingen gebaseerd op dominante liberaal-politieke ideeën (met name het ‘universele mensenrechten’-discours) expliciet te confronteren met concepten uit de zorgethiek ontstaat ruimte om het vraagstuk rondom zorg voor ongedocumenteerden op een andere manier te benaderen dan vanuit de gangbare meer legalistische interpretatie van de mensenrechtenbenadering.

2.1. Ongedocumenteerden

In dit onderzoek wordt de term ‘ongedocumenteerden’ gedefinieerd als: ‘Mensen die zich zonder visum of verblijfsvergunning in Nederland bevinden’.¹⁰ Deze definitie omvat zowel mensen zonder als met een asielverleden (Zuurmond, 2021, p. 6). ‘Zonder asielverleden’ betreft migranten die zonder visum naar Nederland zijn gereisd, hier zijn gebleven en nooit een procedure tot aanvraag van asiel zijn gestart. ‘Met asielverleden’ betreft mensen die een definitieve afwijzing hebben ontvangen en dus Nederland moeten verlaten en mensen die bezwaar hebben aangetekend tegen een afwijzing. Het verblijf van ‘ongedocumenteerden’ is daarmee juridisch niet per definitie onrechtmatig of illegaal, maar het recht op voorzieningen wordt in deze periode wel opgeschort in overeenstemming met de Koppelingswet¹¹ uit 1998. Deze wetwijziging op de Vreemdelingenwet ‘koppelde’ de aanspraak op collectieve voorzieningen, uitkeringen en vergunningen voortaan aan een wettige verblijfsstatus.

¹⁰ Dokters van de Wereld (2018), De deur naar zorg <https://doktersvandewereld.org/rapport-dvdw-de-deur-naar-zorg/> Vanwege de opzet van het onderzoek via DvW is voor deze definitie gekozen. De zinsnede ‘[mensen] die geen EU-onderdaan zijn’ is in principe niet relevant en komt voort uit de doelgroep-focus van DvW – zie p. 16.

¹¹ Staatsblad (1998) 203: Wet tot wijziging van de Vreemdelingenwet en enige andere wetten teneinde de aanspraak van vreemdelingen jegens bestuursorganen op verstrekingen, voorzieningen, uitkeringen, ontheffingen en vergunningen te koppelen aan het rechtmatig verblijf van de vreemdeling in Nederland <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-1998-203.html>

2.2. Zorg en rechtvaardigheid (Care and justice)

“A politically formulated ethics of care does not aim to replace the ideal of justice by the ideal of care. It rather aims to broaden and transform the modern liberal view of justice as impartiality and fairness by stressing that “justice which does not incorporate the need to respond to vulnerability with care is incomplete, and a social order which ignores care will itself fail to be just” (Kittay, 1999, p. 102).” (Urban & Ward, 2020, p. 14)

Zorgethiek (*ethics of care*) is in de vroege jaren 1980 ontstaan vanuit de werken van onder anderen Sara Ruddick over moederschap, fenomenologische beschrijvingen over zorgverleners van Nel Noddings en genderspecifieke benaderingen van morele problemen door Carol Gilligan. In feite waren deze werken, die moreel belang toeschreven aan zorgpraktijken die tot dan toe als politiek irrelevant werden bestempeld, de eerste wetenschappelijke aantijgingen tegen uitgangspunten van de heersende normatieve morele theorieën. Deze dominante theorieën, met name de Kantiaanse of plichten-ethiek (de categorische imperatief) en het Utilitarisme of consequentiaalistische ethiek (het principe van algemeen nut) - beide gezien als varianten van de rechtvaardigheidsethiek (*ethics of justice*) - beheersten het publieke domein. In de kern was dergelijke ethiek gericht op de toepassing van universele principes en regels, onafhankelijke oordelen, rechten en plichten, en berekeningen van eigenbelang versus algemeen belang. Als basis voor maatschappelijke ordening leidden deze theorieën tot de centrale morele positie van rationele, onafhankelijke en gelijkwaardige individuen die op basis van universele rechten en contractuele afspraken hun belangen maximaliseerden. Antwoorden op morele vragen werden vooral gevonden door rationele deductie van abstracte principes naar een specifiek geval, of door een berekening van kosten en baten.

Zorgethiek ontstond vanuit de psychologie en filosofie als weerwoord op deze rationele zienswijze als het definitieve antwoord op alle morele kwesties. Aanvankelijk werd de zorgethische benadering weggezet als parochiaal, in de zin dat het primair betrekking had op zaken in de privésfeer en op relaties tussen directe naasten (*family and friends*) en geen zeggingskracht zou hebben in het publieke domein of over relaties tussen verre anderen (*distant others*). In de jaren 1990 werd de nieuwe stroming steeds politieker en kreeg zorgethiek door de werken van onder anderen Joan Tronto, Selma Sevenhuijsen en Fiona Robinson steeds meer het karakter van een volwaardige politieke theorie. Een bredere definitie van zorg als “Alles wat we doen om ‘onze wereld’ te onderhouden, voor te zetten en

te herstellen zodat we er zo goed mogelijk in kunnen leven. Die wereld omvat onze lichamen, ons ‘zelf’ en onze omgeving, die we pogen te verweven in een complex, leven-ondersteunend web” (Tronto, 1993, p. 103), en een gefaseerde beschrijving van zorg als 1) *caring about*, 2) *taking care of*, 3) *care-giving*, 4) *care-recvieving* (Tronto, 1993, pp. 105-108) en een latere aanvulling met 5) *caring with* (Tronto, 2013, p. 23) zorgden er mede voor dat zorgethiek in toenemende mate gezien werd als relevant raamwerk voor politieke analyse en ook als politiek ideaal.

Ingegeven door deze verschuiving van zorgethiek naar een meer volwaardige politieke theorie hebben vele denkers en ethici de afgelopen twee decennia de relatie tussen zorg en rechtvaardigheid verder onderzocht. Virginia Held (1995; 2006; 2015), Daniel Engster (2007, 2015), Maurice Hamington (2015), Eva Feder Kittay (1999, 2015), Nell Noddings (2002, 2010), Michael Slote (2007), Margaret Urban Walker (2008), hebben – met vele anderen – bijgedragen aan wat Engster en Hamington “*a burgeoning field of study grown from a personal ethical perspective to a full-bodied moral and political theory*” noemen (2015, p. 4). Over de uitgangspunten van beide morele benaderingen bestaat onderling grote mate van overeenstemming. In *Care Ethics: Personal, Political and Global* uit 2006 geeft Held een heldere uiteenzetting van de achterliggende visies: de meer traditionele – en nog altijd dominante – rechtvaardigheidsethiek richt zich vooral op kwesties van gelijkheid, individuele rechten, abstracte principes, en op de consistente toepassing hiervan; terwijl zorgethiek nadrukkelijk oog heeft voor aandachtigheid, vertrouwen, deskundigheid, ontvankelijkheid voor specifieke behoeften, en het ontwikkelen van zorgzame relaties (Held, 2006, p. 16). Overigens hebben zorgethische theorieën ook oog voor gelijkheid, maar wordt ‘*equality*’ niet gezien als ‘*sameness*’, namelijk dat verschillen er niet toe zouden doen, maar vanuit het gegeven dat ieder mens zorgbehoeften heeft en daar op gelijke mate invloed op moet kunnen uitoefenen. In twee recentere publicaties uit 2015 (Engster & Hamington) en 2020 (Urban & Ward) gaan de samenstellers nadrukkelijker in op de argumentaties over de relatie tussen een *ethics of justice* en een *ethics of care* op basis van overeenkomsten en verschillen tussen beide theorieën: kunnen beide naast elkaar bestaan, of zijn ze daarvoor te verschillend? En, onvermijdelijk, welke ethiek heeft dan uiteindelijk het laatste woord? Ik benoem hier drie posities, die in het kader van de argumentatie in deze thesis van belang zijn. Virginia Held houdt in haar bijdrage *Care and justice, still* (Held, 2015) nadrukkelijk vast aan het oorspronkelijke onderscheid tussen *care* en *justice* en komt in het verweer tegen de trend van het ontwikkelen van rechtvaardigheid-theorieën waarin zorg is opgenomen. Zij stelt allereerst

vast dat een normatieve morele theorie de meest algemene theorie is “...*aspiring to provide guidance for what we should value and how we should act as human beings in any domain of activity from the personal to the political [...]. It aims to be comprehensive.*” (p. 23) Omdat rationale rechtvaardigheid-theorieën niet adequaat met *concerns of care* kunnen omgaan is er een alternatieve morele theorie nodig: zorgethiek. Vervolgens beargumenteert Held dat beide theorieën weliswaar betrekking hebben op verschillende domeinen in de samenleving (en dus naast elkaar kunnen bestaan) en dat *justice* primaire zeggingskracht heeft in “*the limited domains of the legal and political*”, maar dat “*for legal and political institutions to function, people must care [nadruk toegevoegd] sufficiently that the rights of fellow citizens are respected, that obligations to them are met.*” (p. 31)

Michael Slote is met Held van mening dat zorgethiek de potentie heeft zich naar een normatieve morele theorie te ontwikkelen. Maar in *Care ethics and liberalism* (Slote, 2015) stelt hij dat de fundamentele filosofisch-morele ideeën die aan zorgethiek ten grondslag liggen *inconsistent* met een liberaal politiek-juridische zienswijze en moet zorgethiek, als het iets wil zeggen over politieke onderwerpen, spreken met een eigen, onderscheidende stem, en het hele spectrum van alle thema's – zowel persoonlijk, als politiek – behandelen. Volgens Slote zal zorgethiek, door het terugvallen op rechtvaardigheid-theorieën voor het beoordelen van kwesties in de rechtspraak en de politiek, “*seem less comprehensive and less adequate if it has to borrow from other views to fill out what it says otherwise about morality or ethics*”. (p. 37) Hij beantwoordt vervolgens zijn eigen retorische vraag of er niet een manier is voor de zorgethicus om mensen te overtuigen dat we niet langer over rechtvaardigheid moeten denken in traditionele termen, maar ons denken over rechten moeten herformuleren en conceptualiseren in de minder bekende [zorgethische] terminologie van empathie en gevoeligheid: “*there is reason to favor care ethics over liberalism as an approach to political issues of morality*”. (p. 47)

Eva Feder Kittay (Kittay, 2015) tenslotte, benoemt een belangrijke ambiguïteit in de manier waarop gedacht wordt over de relatie tussen *justice* en *care*. Soms wordt zorg gezien als een morele waarde (*moral value*), op een manier die normatief is: het ideaal dat de ethische kern vormt van de zorgethiek; en soms wordt zorg in descriptieve zin gebruikt, als een goed (*commodity*) dat mensen nodig kunnen hebben en eerlijk of oneerlijk verdeeld kan zijn. En voor Kittay is het evident dat het eerlijk of oneerlijk verdeeld zijn van zorg een kwestie is van *justice*. In dit geval is het dus niet problematisch dat de waarden van *care* en *justice* naast elkaar gebruikt worden. Dat is alleen zo, als zorg gezien wordt als een *inherent* ethische praktijk. Kittay vervolgt haar argument door een onderscheid te maken tussen enerzijds

politieke theorieën, die toepasbaar zijn op politieke instituties, en anderzijds ethische theorieën, die de relaties tussen individuen besturen. Politieke theorieën geven richting aan de manier waarop een samenleving wordt ingericht en de mate waarin dat rechtvaardig gebeurt of niet. Aan politieke theorieën liggen ethische idealen ten grondslag, zoals Kantiaanse of zorgethische idealen. Een *theory of justice* is een dergelijke politieke theorie die dus op verschillende manieren vormgegeven kan worden. Zo bezien is zorgethiek geen rivaal van rechtvaardigheid als waarde, maar een rivaal van sommige andere ethische idealen die als uitgangspunt hebben gediend voor een bepaalde rechtvaardigheid-theorie. Volgens Kittay is het dus aan zorgethici “*who want to take the guiding values, virtues, modes of ethical deliberation into the public domain, to build a theory of justice for political institutions*”. (p. 53) Een dergelijke rechtvaardigheid-theorie kan bijdragen aan een samenleving waarin mensen zich naar elkaar opstellen in lijn met de ethische uitgangspunten van de zorgethiek en waarin een rechtvaardige verdeling van zorg, in de descriptieve betekenis, gedreven wordt door onze “*inevitable dependency and our inextricable interdependency*”. Rechtvaardigheid die gebaseerd is op een zorgethisch ideaal heeft tot doel dat iedereen een gezond (*flourishing*) leven kan leiden ongeacht iemand’s toestand van of relatie tot afhankelijkheid. Volgens Kittay is het voor het nadenken over deze rechtvaardige verdeling van zorg van belang uit te gaan van “*actual human beings in their dependency and vulnerability*”. (p. 58)

2.3. Kwetsbaarheid (Vulnerability)

“Vulnerability is the unavoidable susceptibility to change, both positive and negative, in our physical and social wellbeing that we experience over the life course.”
(Fineman, 2019, p. 57)

Het begrip ‘kwetsbaarheid’ wordt in politieke literatuur vaak tegenover ‘autonomie’ geplaatst en in relatie tot liberaal overheidsbeleid vaak gebruikt om bepaalde mensen, die niet voldoen aan het ideaaltypische mensbeeld van het rationele en onafhankelijke individu te categoriseren: als ‘kwetsbare’ groepen of populaties. Kwetsbaarheid wordt dan in het algemeen negatief geassocieerd met slachtofferschap, ontbering of een bepaald ziektebeeld. Zoals we eerder bespraken, stellen zorgethici daarentegen dat mensen fundamenteel kwetsbaar en afhankelijk zijn. Deze kwetsbaarheid en afhankelijkheid staan als ontologisch kenmerk van de mens centraal in de politieke zorgethiek: “*There is no position of invulnerability*” (Fineman, 2017, p. 142) en “*Human beings are inevitably dependent and*

inextricably interdependent” (Kittay, 2015). Mackenzie, Rogers en Dodds (2015) benoemen twee aanvullende aspecten van kwetsbaarheid: het is afhankelijk van onze positie/situatie, en kan bovendien ziekmakend zijn (*pathogenic*) als gevolg van “*sociopolitical oppression or injustice*” (2015, p. 25). Ontdaan van beperkende en negatieve connotaties, heeft kwetsbaarheid in de zorgethiek daarmee juist de potentie van “*a powerful conceptual tool [...] to define an obligation for the state to ensure a richer and more robust guarantee of equality that is currently afforded under the equal protection model*” (Fineman, 2008, pp. 8-9). Het ‘model van gelijke bescherming’ waar Fineman aan refereert is een belangrijk aspect van de hedendaagse liberale democratische samenleving en overheidsbeleid en gaat terug op hetzelfde liberale mensbeeld dat aan de eerder besproken *ethics of justice* ten grondslag ligt: “*the idea that all human beings are by nature free and endowed with the same inalienable rights: the liberal subject*”. In eerder werk ‘*Autonomy Myth: a Theory of Dependency*’ beargumenteerde Fineman dat gelijkheid in het gangbare gebruik werd beperkt tot “*formele of wettelijke garanties tot gelijke behandeling van individuen*” (Fineman, 2004), garanties die geen bescherming boden aan mensen die ongelijk behandeld werden juist omdat ze tot een bepaalde groep behoren. Een tweede gevolg van deze mythe was volgens Fineman dat het als onvermijdbaar werd gezien dat de moderne staat zich terugtrok en publieke zaken, zoals zorg, in toenemende mate aan de markt en het vrije individu overliet. Met de *Vulnerability Theory* beargumenteert Fineman dat juist omdat het menselijk bestaan in essentie bepaald wordt door de relaties met anderen, deze sociale relaties centraal moeten staan bij de bestudering en oplossing van maatschappelijk onrecht dat mensen ervaren.

In recente artikelen (2017, 2019, 2020) gaat Fineman in op tussentijdse kritieken vanuit de zorgethiek op de *Vulnerability Theory* dat deze te veel gericht zou zijn op de lichamelijke oorsprong van kwetsbaarheid – *embodied vulnerability* – en ze te weinig oog heeft voor de sociale en politieke oorsprong – wat ze zelf *embedded vulnerability* noemt. Mackenzie vat deze kritiek als volgt samen: “*Nevertheless, our human embodiment remains the primary source of vulnerability on Fineman’s analysis. The difficulty with this assumption is that many kinds of vulnerability are primarily the result not of unavoidable biological processes but of interpersonal and social relationships or economic, legal, and political structures.*” (Mackenzie, Rogers, & Dodds, 2015, p. 38) Hierbij haalt zij ook Robert Goodin aan, die met het ‘Protecting the Vulnerable’-principe aan de basis stond van het denken over politieke implicaties van kwetsbaarheid: “*Any dependency or vulnerability is arguably created, shaped, or sustained, at least in part, by existing social arrangements. None is wholly*

natural” (Goodin, 1985, p. 191). Volgens Fineman werken die pogingen om de sociale complexiteit van het concept ‘kwetsbaarheid’ te navigeren alleen maar verdere verwarring in de hand en zijn alternatieve categorisering in gelaagde, situationele of ziekmakende oorzaken bedoeld om kwetsbaarheid als incrementeel of tijdsgebonden te conceptualiseren. Kwetsbaarheid wegnemen is volgens Fineman niet mogelijk: “*Significantly, the counterpoint to vulnerability is not invulnerability, for that is impossible to achieve, but rather the resilience that comes from having some means with which to address and confront misfortune. The final component of a vulnerability analysis focuses attention on the institutions that can give us resilience in relation to our human vulnerability.*” (Fineman, 2010, p. 269)

Waar Fineman zich dus beperkt tot *embodied* en *embedded vulnerability* en kwetsbaarheid afzet tegen autonomie van het liberale subject, gaat Mackenzie verder in het duiden van kwetsbaarheid in de vorm van een taxonomie van oorzaken en bronnen van kwetsbaarheid en stelt zij een andere conceptualisering van autonomie voor die juist tussen mensen ontwikkeld zou moeten worden: de relationele autonomie. Zorg is in dit perspectief een activiteit die ondernomen wordt om in de behoeften van mensen te voorzien en daarmee hun autonomie te bevorderen. Autonomie wordt hierbij gezien als relationele autonomie, een capaciteit die sociaal bepaald is: de ontwikkeling is afhankelijk van sociale ondersteuning en kan tenietgedaan worden door onrechtvaardige sociale en politieke instanties. Hiervoor gaat zij nader in op de capability approach van Anderson (1999) als meest veelbelovend voor het nastreven van democratische gelijkheid in de samenleving. *A just and democratically egalitarian society must do more than protect its citizens from unavoidable human vulnerabilities; it must develop social, economic, legal, and political institutions that help to foster the development of the autonomy competences and capabilities “necessary for functioning as an equal citizen in a democratic state”.* (Mackenzie, Rogers, & Dodds, 2015, p. 34)

Het leidt te ver om in dit theoretisch kader ook de resilience approach van Fineman en de toegepaste capabilities theorie Mackenzie verder toe te lichten. Het volstaat voor de verdere argumentatie om te concluderen dat kwetsbaarheid zowel ontologisch als sociaal geconstrueerd is en dat dit duale karakter verplichtingen met zich meebrengt voor een overheid in een democratische samenleving. Deze verplichtingen moeten zich zowel richten op het verminderen van de sociaal politieke oorzaken van kwetsbaarheid als op het

ondersteunen van de weerbaarheid of capaciteiten van mensen om zich tot hun kwetsbaarheden te verhouden.

2.4. Verantwoordelijkheid (Responsibility)

In de zorgethiek is zoals we eerder zagen, kwetsbaarheid relationeel en onlosmakelijk verbonden met verantwoordelijkheid. En het politieke karakter van zorgethiek maakt deze verantwoordelijkheid een publieke aangelegenheid. Robinson ziet onderlinge zorgrelaties als “*thick with responsibility and must be negotiated with due regard for both the dependence and the difference of others*” (Robinson, 2015, p. 309). Kenmerkend voor de zorgethiek is dat bij deze ‘onderhandelingen over verantwoordelijkheden’ niet kan worden teruggevallen op een Kantiaanse imperatief of universeel geldende morele autoriteit zoals “menselijke waardigheid” of “fundamentele rechten”. In plaats daarvan vertrekt de zorgethiek bij de bepaling van verantwoordelijkheden vanuit specifieke omstandigheden en praktijken “*by really looking at how people live their lives, and the struggles they face*” (p. 309). In dit verband sprak Tronto (1993) in de vroege jaren van de zorgethiek in navolging van Fraser (1989) al over de ‘*politics of need interpretation*’. Verantwoordelijkheid is in de visie van Tronto dus niet alleen een sociaal, maar juist ook een politiek idee, waardoor het een aantal belangrijke vragen oproept over macht. De totstandkoming, toewijzing van verantwoordelijkheden is in de regel diffuus en ambigu: onduidelijk hoe en op basis van welke regels verantwoordelijkheden worden toebedeeld en vervuld. Urban Walker (2008) zegt hierover dat kwetsbaarheden ontstaan en in stand worden gehouden door toedoen van manieren waarop verantwoordelijkheden toebedeeld worden (*responsibility assignments*) in ‘praktijken van verantwoordelijkheid’ (Walker, 2008, p. 100). Zij ziet verantwoordelijkheid dus niet alleen als noodzakelijk antwoord op kwetsbaarheid, maar juist ook als een bron van kwetsbaarheid. Volgens haar is de kern van zorgethiek dat mensen en hun verantwoordelijkheden op de juiste plek worden geplaatst ten opzichte van elkaar wat zij ook wel “*geographies of responsibility*” noemt (2008, p. 109). Tronto (2013) gaat mee in deze redenering, maar brengt op dit punt overigens wel een onderscheid aan tussen een *ethic of responsibility* en *care ethics* om te voorkomen dat bescherming tegen kwetsbaarheid alleen gezien wordt als herverdelingsvraagstuk (*distributive justice*) dat draait om afspraken maken en taken verdelen. Zorgethiek vereist volgens haar dat altijd voorbij simpele overeenkomsten voor herverdeling wordt gekeken, “*to look more closely at the power allocation in exchanges about responsibility*” (2013, p54). Twee belangrijke vragen bij deze meer politieke duiding

van de toebedeling van verantwoordelijkheden vanuit zorgethiek zijn de kwesties *waarover* verantwoordelijkheden gaan, “*the substantive basis*” (2013, p. 55) en *wie* meedoet aan het besluitvormingsproces over de verdeling van verantwoordelijkheden: “*who sits at the table?*” (2013, p. 57).

In haar boek *Citizenship and the Ethics of Care* (1998) zit Selma Sevenhuijsen op hetzelfde spoor als Tronto wanneer ze stelt dat “macht en conflict onderdeel zijn van iedere fase van het zorgproces, evenals van onze collectieve discussies over de manier waarop sociale instituties om mensen zouden moeten geven en voor hen zouden moeten zorgen (*care about and for human beings*)” (Sevenhuijsen, 1998, p. 141). Zorgethiek zou er volgens haar redenatie voor moeten zorgen, niet dat macht en conflict verdwijnen, maar dat het verschil tussen macht en overheersing duidelijk wordt, en dat dat ken door macht herkenbaar te maken. Sevenhuijsen stelt dat een dergelijk doel alleen gerealiseerd kan worden door zorgethiek in de “ideeën en praktijken van democratisch burgerschap op te nemen”. Al sinds de vroege zorgethici is de democratie daarmee het politieke bestel bij uitstek om een rechtvaardige verdeling van verantwoordelijkheden te realiseren. De onderliggende aanname is dat mensen zich in een democratie opstellen als verantwoordelijke burgers, die door actieve participatie het goed functioneren van de democratie mede vormgeven. Tronto spreekt in dit verband van ‘caring (for) democracy’: een zorgende democratie en een democratie waarvoor gezorgd wordt (Tronto, 2013, p. xii). Wat betreft *the substantive basis* waar Tronto (2013, p.55) aan refereerde stellen Urban en Ward dat de inhoud van de zorg-georiënteerde notie van burgerschap verschilt van zowel de liberale als de neoliberale noties door ‘zorgontvangen’ en ‘zorgverlenen’ op te nemen op de lijst van ‘primaire sociale goederen’. Zij halen Kittay aan om die stelling te beargumenteren: “*It is ‘a good of citizens’ ‘to be cared for in a responsive dependency relation if and when one is unable to care for one self, and to meet the dependency needs of others without incurring undue sacrifices oneself’*” (Kittay 1999, 103) (Urban & Ward, 2020, p. 13)

Voor mensen die *burger* zijn in een democratisch georganiseerde maatschappij gaat deze redenering naar alle waarschijnlijkheid op of is er in ieder geval de mogelijkheid om invloed uit te oefenen op besluitvorming over de verdeling van gerelateerde zorgverantwoordelijkheden. Maar voor personen die ongedocumenteerd zijn en zich in de maatschappij bevinden zonder geldige verblijfsstatus is dat niet, of in veel mindere mate het geval. De situatie van personen die zich niet kunnen beroepen op een formele status in de

samenleving werpt, in het licht van de hierboven geschetste zorgethische benadering, de vragen op wie op welke gronden verantwoordelijkheid heeft voor het zorgen voor deze groep. Als we kwetsbaarheid zien als universeel belichaamd en sociaal ingebed en daar verplichtingen mee samenhangen is het van belang na te denken over dergelijke kwetsbaarheden, de manieren waarop deze te ondervangen zijn en hoe de weerbaarheid en relationele autonomie van personen vergroot kan worden. En met name welke grenzen daaraan zijn en hoe daarover wordt besloten.

2.5. Burgerschap (Citizenship)

In de zorgethische literatuur wordt doorgaans het gebruiken van ideaaltypen van de mens vermeden of zelfs nadrukkelijk afgewezen en worden de daadwerkelijke omstandigheden en zorgpraktijken waarin mensen zich bevinden als uitgangspunt genomen. Het feminisme, van waaruit ook de zorgethiek is ontstaan, bekritiseerde de universele aanspraak van burgerschap door te laten zien hoezeer de man sjabloon was voor ‘de burger’ en bereidde zo de weg – onder andere via het werk van Chantal Mouffe (1992) en Iris Young (1990, 2000) voor “*a radically plural rather than dual way of thinking about citizenship and identity*” (Isin & Wood, 1999, p 23). Toch is het ook zorgethische subject over het algemeen genomen een persoon met een formele status als burger en is er verrassend weinig zorgethische literatuur over *niet*-burgers of verschillende niet-formele vormen van burgerschap. In het licht van deze thesis waarin de situatie van ongedocumenteerde migranten centraal staat is juist het problematiseren van deze formele kijk op burgerschap van groot belang en wordt hieronder kort ingegaan op twee andere perspectieven op burgerschap dan die van de formele status benadering en de traditionele relatie tussen burger en natiestaat: de *lived citizenship* benadering en de *territorially-present* benadering

Een belangrijke bijdrage wordt geleverd vanuit de relatief nieuwe discipline van burgerschapstudies, waarin burgerschap wordt geduid als concept dat een instrument kan zijn voor gemarginaliseerde groepen die strijden voor inclusie en sociale gerechtigheid door de uitsluitende tendensen van burgerschap te problematiseren: “*citizenship as the idea of inclusion [which] relentlessly produces exclusion*” (Isin, 2005, p 381). Veel van de burgerschapsliteratuur is erop gericht om de inclusieve belofte van burgerschap voor iedereen waar te maken (Lister, 2007, 50). Deze belofte komt onder meer tot uitdrukking in de visie van eerder aangehaalde Nancy Fraser die het principe van “*participatory parity*” beschrijft als

“the ability of all members of society to interact with one another as peers [...] express equal respect for all participants and ensure equal opportunity for achieving social esteem.” (Fraser, 2003, p 36). Een belangrijk narratief in theorievorming en praktijk van burgerschap laat zien dat inclusief burgerschap net zozeer over erkenning gaat als over toegang tot formele rechten. “The emphasis is less on legal rules and more on norms, practices, meanings and identities”. (Isin & Turner, 2002, p 4) Yuval Davis definieert burgerschap als “a more total relationship, infected by identity, social positioning, cultural assumptions, institutional practices and a sense of belonging” (Werbner & Yuval-Davis, 1999, p. 4) en zet zich daarmee op eenzelfde manier af eerdere politieke theorieën die burgerschap primair zien als relatie tussen individu en staat. Burgerschap ontstaat in dit perspectief uit de veelheid aan alledaagse interacties tussen mensen waarin ze uiting geven aan, ervaring hebben met en leren over burgerschap als relatie tussen henzelf en de ander. Volgens voorstander van deze *lived citizenship* benadering is burgerschap zo geen binaire wel/niet status, maar een doorlopend effect van activiteiten en daarmee nuttiger voor bestudering van uitgesloten groepen, “such as illegal immigrants” (Warming & Fahnøe, 2017, p. 5). Hierbij moet de focus liggen op burgerschap in wording, niet als vaststaande status, zodat “the lived citizenship approach can help to elucidate the processes and structures that characterise the everyday conditions and endeavours of people in vulnerable positions. It also allows for explorations which take into account the contradictions and messiness inherent to practices and experiences of citizenship.” (p. 6) Volgens de *lived citizenship* literatuur vinden in- en uitsluitende burgerschapsprocessen plaats rond verschillende soorten ‘grenzen’ (*boundaries*) of ‘randen’ (*edges*), bijvoorbeeld grenzen van een fysieke plek, een sociale gemeenschap, of van status. Sommigen zien in deze geleefde burgerschap visie zelfs een leerproces waarin ook emoties en competenties belangrijke dimensies zijn, die disciplinerend en uitsluitend, of vormend en insluitend kunnen zijn. “Shaping is based on certain norms that define the ‘right citizen’ or the ‘right participation’ and discriminate between people who live up to these norms and those who do not.” (Delanty, 2003, p. 599)

Waar de *lived citizenship* benadering de traditionele binaire relatie tussen het individu en de staat problematiseert, en daar verschillende sociaal-culturele invullingen van burgerschap tegenover zet die bevochten worden rond verschillende grenzen in de samenleving, komt uit een meer juridisch-politiek invalshoek een benadering waar juist die binaire relatie met de staat het vertrekpunt is van de analyse. In deze *non-status citizenship* benadering staat het gegeven van aanwezigheid op een bepaalde plek, dus territorialiteit, centraal. Een belangrijke

vertegenwoordiger van deze benadering is Linda Bosniak, die in haar werk beargumenteert dat mensen die ergens fysiek present zijn aanspraak moeten kunnen maken op rechten, niet vanwege hun specifieke status. In “Being here: Ethical Territoriality and the Rights of Immigrants” (Bosniak, 2007) verdedigt zij deze zienswijze door te stellen dat “*rights and recognition should extend to all persons who are territorially present within the geographical space of a national state by virtue of that presence*” (p. 390). Deze territorially present-benadering is radicaal anders dan de gangbare status-benadering die zorgt voor een gedifferentieerde en graduele toekenning van rechten aan immigranten, mogelijk uitmondend in een uiteindelijke erkenning als volwaardig burger door de natiestaat. “*In this account, progress along the membership continuum both presupposes and requires the state*” (p. 390). In de praktijk komen beide benaderingen vaak naast elkaar voor, behalve in het geval van ongedocumenteerde (dus: illegale) migranten “*who are territorially present within a national society, but who have, as a formal matter, failed to play by the rules of graduated membership*” (p 392). Territorialisten gaan in hun argumentatie vaak uit van het model ‘hard van buiten/zacht van binnen’: “*insisting on the imperatives of inclusion within the territory but also on the legitimacy of exclusion on the territory’s edges*”. Een natiestaat is een gemeenschap waarvan de leden het recht hebben om hun manieren en leefwijzen te bewaken en te beschermen tegen invloeden van buiten. Als het gaat om ongedocumenteerden, legt Bosniak de vinger op de zere plek, namelijk dat het uitsluitende regime dat werkzaam is aan de grens van de natiestaat, niet gescheiden is van het insluitende regime dat geldt in de samenleving, maar daar dwars doorheen loopt: “*exclusion functions also inside the territory*”. Dus zelfs als een immigrant zich ergens bevindt, *territorially present* is, waar een inclusief burgerschapsregime zou moeten gelden, volgt het uitsluitende regime van de grens de immigrant – via een complex samenspel van immigratie regelgeving – in de samenleving en vormt juist dat regime de ervaring van de immigrant. (Bosniak, 2007, p. 397)

Bovenstaande theoretische uiteenzettingen over de begrippen kwetsbaarheid en verantwoordelijkheid vormen de kern van het empirische onderzoek onder ongedocumenteerden en zorgverleners uit Amsterdam en Nijmegen dat in het volgende hoofdstuk wordt toegelicht. De bevindingen van dit onderzoek, in combinatie met de beleidsanalyse over ongedocumenteerden, worden in hoofdstuk 5 vervolgens weer kritisch op deze theorie betrokken. Om zodoende de hoofdvraag over de rechtvaardige verdeling van zorgverantwoordelijkheden te kunnen beantwoorden.

3. Methode

3.1. Onderzoeksbenadering

Zorgethiek biedt als interdisciplinair onderzoeksveld een lens om op zoek te gaan naar de normatieve lading die verborgen is in alledaagse situaties en zorgpraktijken waarin mensen zich bevinden: “*detailed, embodied, everyday life experiences, socially and politically embedded*” (Leget, van Nistelrooij, & Visse, 2017, p. 8). Vanuit de erkenning dat samenleven bestaat uit “het geploeter en de gebeurtenissen van alledag” en moraliteit zowel levend als onvolmaakt is, wordt ethiek en ethisch onderzoek minder abstract en meer evaluatief en passend bij een specifieke situatie (Pols, 2013, p. 15). De nadruk ligt op de ervaringen van mensen in plaats van abstracties in principes, een benadering die voortkomt uit de overtuiging dat “*moral theorizing and moral epistemology need to be freed from the impoverishing legacies of ideality and purity that make most of people’s moral lives disappear, or render those lives unintelligible*” (Walker, 2008, p. 18).

Door middel van zorgethisch onderzoek, dat eerder wil begrijpen dan verklaren, zich hermeneutisch beweegt tussen theorie en praktijk, en zich richt op geleefde ervaringen, zorgpraktijken en de ordening van de samenleving, wordt deze lens al doende scherp gesteld. Het onderzoek onder ongedocumenteerden is daarom uitgevoerd vanuit een feministisch of *critical theory* onderzoeksperspectief, door situaties van ongelijkheid en bijbehorende machtsrelaties onder de aandacht te brengen en te onderzoeken op welke manier deze van invloed zijn op de sociale positie van individuen (Cresswell & Poth, 2018, p. 34). De expliciete nadruk op situaties van ongelijkheid en op kwesties van macht die in deze onderzoeksperspectieven centraal staat is noodzakelijk om de verdeling van verantwoordelijkheden die in het onderzoek centraal staat te kunnen bevragen.

Het empirisch onderzoek stelt de ervaring van de respondenten centraal, maar is strikt genomen geen empirisch fenomenologisch onderzoek volgens de benaderingen van onderzoekers als Dahlberg (*Reflexive Lifeworld Approach*), Finlay (*Reflexive-relational phenomenology*), Smith (*Interpretative phenomenological analysis*) of van Manen (*Phenomenology of practice*) die ieder op hun eigen manier op zoek zijn naar “de essentie of een rijke thematische beschrijving van een fenomeen”, of “de rode draad die door de ervaringen van alle participanten heen loopt en wordt ‘ontdekt’ door de onderzoeker tijdens de data-analyse” (van der Meide, 2015, p. 25).

3.2. Onderzoeksmethode

Voor de beleidsanalyse is gebruik gemaakt van de *What is the problem represented to be?* -methode (Bacchi, 2009). Het uitgangspunt van deze methode is dat overheidsbeleid behalve ‘reactief’ ook ‘productief’ is: het probeert problemen op te lossen, maar creëert deze ook. Stapsgewijs ontrafelt de WPR-methode hoe beleid problemen voorstelt (*representations*), welke vooronderstellingen een rol spelen (*assumptions*), wat er niet gezegd wordt (*silences*) en welke uitkomsten dat heeft op mensen (*lived effects*). WPR werd voor het huidige onderzoek relevant bevonden omdat het mogelijk aanknopingspunten zou kunnen bieden om machtsrelaties en verdeling van verantwoordelijkheden in het gevoerde beleid te bevragen. De gebruikte empirische onderzoeksmethode is primair een *instrumental case study* methode, waarmee een casus (*a real-life, contemporary bounded system*) kwalitatief onderzocht kan worden om “een specifiek issue, probleem of zorg te doorgronden” door middel van “verdiepende dataverzameling via meerdere informatiebronnen” (Cresswell & Poth, 2018, pp. 96, 98) zoals semigestructureerde interviews en focusgroep gesprekken. De afbakening van de casus is gelegen in de focus op ervaringen van ongedocumenteerden en van vrijwilligers van DvW die betrokken zijn bij hulpverlening aan ongedocumenteerden in Amsterdam en Nijmegen.

3.3. Dataverzameling en data-analyse

Het empirische onderzoek is onderdeel van het brede, meerjarige Covid-19 onderzoek dat de UvH in de periode 2020-2022 onder een viertal doelgroepen met medewerking van maatschappelijke partners aan het uitvoeren is. Voor het deelonderzoek onder ongedocumenteerden en nieuwkomers (statushouders) is nauw samengewerkt met de hulporganisatie Dokters van de Wereld (DvW). Voor deze thesis, met de expliciete focus op ongedocumenteerden, is de dataverzameling onder nieuwkomers – die als statushouders wél rechtmatig in Nederland verblijven – buiten beschouwing gelaten. Dataverzameling vond plaats door middel van een drie instrumenten: een beleidsanalyse, focusgroep discussie en semigestructureerde interviews.

De ‘What is the Problem Represented to be?’ (WPR)-methode is gebruikt om beleidsdocumenten door te lichten op de manier waarop ‘ongedocumenteerden’ worden weergegeven in het Covid-beleid. Hierbij was vooraf een evident vraagteken te plaatsen,

namelijk of er wel beleidsstukken beschikbaar zouden zijn om hét overheidsbeleid ten aanzien van ongedocumenteerden in Covid-beleid te analyseren. Juist het ontbreken van eenduidig overheidsbeleid in de Covid-aanpak was zelfs in de eerste maanden van 2021 nog een veelgehoord en voortdurend punt van kritiek. Vanwege hun onrechtmatige situatie en hun specifieke omstandigheden was het aannemelijk dat deze groep mensen maar beperkt zichtbaar zou zijn in beleidsdocumenten. Het selecteren van één of enkele beleidsbepalend(e) document(en) voor deze analyse bleek inderdaad een grote uitdaging, met name vanwege de ondervertegenwoordiging – om niet te zeggen onvindbaarheid – van ‘ongedocumenteerden’ als expliciete groep binnen de algemene noemer ‘kwetsbare groepen’. Uiteindelijk is ervoor gekozen om te werken met de zoektermen ‘ongedocumenteerd’, ‘niet-rechthebbend’ en ‘Covid-19’ in het online Parlementaire documentatiesysteem officielebekendmakingen.nl. ‘Niet-rechthebbenden’ kwam in een aantal documenten naar voren met verwijzing naar zowel arbeidsmigranten, dak- en thuislozen als uitgeprocedeerde asielzoekers – groepen waaronder zich ook ‘ongedocumenteerden’ kunnen bevinden – en leverde een aantal zeer relevante documenten op. Voor de beleidsanalyse is uiteindelijk gekozen voor een twee typen documenten: een selectie uit de regeringsbrieven getiteld ‘Stand van zakenbrief Covid-19’ die in de periode naar de Kamer zijn gestuurd en het driejarige programma Landelijke Vreemdelingen Voorzieningen (LVV). Het LVV-programma ging eind 2018 als pilot van start en voorzag in een samenwerking tussen het Rijk, gemeenten en diverse partners in de asielketen om te werken aan “bestendige oplossingen voor migranten zonder recht op verblijf of Rijksopvang door hen te begeleiden naar zelfstandige terugkeer, doormigratie of, indien aan de orde, legalisering van verblijf”¹²

De focusgroep discussie en interviews met hulpverleners en ongedocumenteerden werden uitgevoerd aan de hand van een topiclijst met een aantal richtinggevende vragen. Voor het brede UvH onderzoek was begin 2021 een analyse gemaakt van regeringsbrieven over het Covid-19 beleid, waaruit onder meer ‘kwetsbaarheid’ en ‘verantwoordelijkheid’ als sturende moreel geladen begrippen in het overheidsbeleid naar voren kwamen. Deze begrippen werden vervolgens ook centraal gesteld in de topiclijst, voorafgegaan door een verkennende, meer algemene vraag over welke Covid-maatregelen voor de respondenten relevant waren en hoe

¹² Ministerie van Justitie en Veiligheid/VNG (2018). ‘Samenwerkingsafspraken Landelijke Vreemdelingen Voorziening (LVV)’. Den Haag: Ministerie van Justitie en Veiligheid/VNG <https://vng.nl/brieven/samenwerkingsafspraken-landelijke-vreemdelingen-voorzieningen> ‘Convenant Pilot-LVV in gemeente Amsterdam’ als voorbeeld van de afspraken met de vijf afzonderlijke gemeenten <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/07/01/bijlage-convenant-amsterdam>

deze ervaren werden. Het nader uitwerken van deze beide begrippen in het theoretisch kader werd, conform het (fenomenologische) uitgangspunt in kwalitatief onderzoek van “een open attitude en reflexiviteit van de onderzoeker” (van der Meide, 2015, p. 24), uitgesteld tot na de dataverzameling. Voor de data-analyse werd gebruik gemaakt van kwalitatieve analyse software Atlas.ti.

De benadering en selectie van respondenten werd gedaan door DvW op basis van een *convenience of opportunistic sampling* methode (Cresswell & Poth, 2018, p. 159) om zodoende – binnen de te verwachten beperkingen in het vinden van voldoende respondenten – aan de hand van een drietal criteria (gender, land van herkomst, duur verblijf in Nederland) toch de spreiding van deelnemerskenmerken zoveel mogelijk te garanderen. De oorspronkelijke opzet voor de focusgroepen was om twee fysieke bijeenkomsten te organiseren met hulpverleners uit Amsterdam en Nijmegen. Door de geldende Coronamaatregelen en de beperkte beschikbaarheid van vrijwilligers werd dit teruggebracht tot een enkele online-bijeenkomst met zes personen en vier individuele gesprekken met hulpverleners. De hulpverleners waren allen als vrijwilliger bij DvW betrokken binnen de Zorgrecht of Zorgcafé programma’s¹³. De inclusie van ongedocumenteerden in het onderzoek bleek door omstandigheden nog moeilijker dan op voorhand gedacht, wat leidde tot aanzienlijke vertraging in de dataverzameling en beperking in de omvang van de dataset. Het was voorzien dat de interesse in deelname onder ongedocumenteerden klein zou zijn, maar er bleek ook sprake van onduidelijkheid over de status van mogelijk geïnteresseerde respondenten, waardoor drie van de geplande zeven interviews met statushouders bleken te zijn en uiteindelijk vier respondenten als ongedocumenteerde in het onderzoek konden worden opgenomen.

3.4. Ethische overwegingen

Het empirisch onderzoek was gericht op het verwerven en analyseren van ervaringen van twee typen respondenten: ongedocumenteerden en hulpverleners. In de voorbereiding, uitvoering, analyse en rapportage fasen van het onderzoek waren een aantal ethische issues voorzien en vooraf met betrokkenen besproken. Een aantal issues kwamen tijdens het onderzoek op en moesten al doende worden geadresseerd. In alle gevallen gebeurde dat in nauw overleg de UvH en DvW en met uiteindelijke goedkeuring door de contactpersoon en

¹³ Een uitgebreidere toelichting op deze programma’s staat in het vierde hoofdstuk ‘Bevindingen’.

programma-coördinatoren van DvW. Alle interviews met ongedocumenteerden vonden plaats met een vertaler. Deze vertalers waren als vrijwilliger, de zogenaamde cultuurcoaches, nauw betrokken bij de reguliere werkzaamheden van het Zorgcafé programma van DvW. In de voorbereiding op de interviews werden onder meer de volgende ethische aspecten besproken:

- machtsverhoudingen tussen onderzoeker, vertaler en respondent;
- invloed van culturele achtergrond en taal;
- bespreking van mogelijke kwetsbare onderwerpen;
- verwachtingen van respondenten en vertalers rondom deelname;
- veiligheid gegevens en privacy.

Voor de werving van respondenten en vertalers was een uitnodigingstekst opgesteld met achtergronden en doelstellingen van het onderzoek en een toelichting op het gebruik van de informatie. Specifieke afspraken werden gemaakt over de werkzaamheden en financiële compensatie van de vertalers. DvW coördinatoren benaderden hiermee mogelijke respondenten en vertalers uit het eigen netwerk en zochten voor ieder interview naar een werkbare combinatie. Hierbij speelde taal uiteraard een doorslaggevende rol, maar ook de vertrouwdsheid van de respondent met de vertaler was een belangrijke overweging. Om te zorgen dat de vertaler voldoende van de essentie van het onderzoek en de te stellen vragen op de hoogte was, werd geprobeerd om vertalers te werven uit de groep DvW vrijwilligers die zelf ook deelnam aan het onderzoek via de focusgroep discussie, en had de onderzoeker een uitgebreid voorgesprek over de te gebruiken basisconcepten tijdens het interview. Er werd dus gekozen voor een aanpak waarin begrippen als ‘Covid maatregelen’, kwetsbaarheid’ en ‘verantwoordelijkheid’ door de vertaler voldoende werd begrepen om de vragen te vertalen, maar er “geen voorgeschreven format was dat een open houding in de weg kon staan” (Dahlberg, Drew, & Nyström, 2008) en er voldoende ruimte was om “zoveel mogelijk aan [te] sluiten bij de ervaring en het taalgebruik van de participant zelf” (van Wijngaarden, 2015, pp. 37-38).

Voor het garanderen van de veiligheid van de gedeelde informatie en de privacy van de respondenten is voor beide groepen gewerkt met *informed consent* conform de richtlijnen van de UvH¹⁴. Evenals de richtlijnen aangaande vertrouwelijkheid en de verwerking en analyse van data. Een toestemmingsformulier hiertoe werd voor het interview toegelicht en bij afronding van het gesprek voorgelegd ter ondertekening. Respondenten werd aan het begin van het gesprek expliciet medegedeeld dat zij te allen tijde het gesprek zouden mogen

¹⁴ Universiteit van Humanistiek (2021), Richtlijn Informed consent versie 1.09, benaderd 24 februari 2021.

onderbreken. In het geval van één respondent, die te kennen gaf voorafgaand aan publicatie van het onderzoek inzage te willen in eventuele letterlijke weergave in de vorm van quotes, is het gehele interviewtranscript gedeeld ter inzage en goedkeuring.

Vanwege de uitgebreide rol die de cultuurcoaches als vertalers zouden hebben in het onderzoek en het feit dat DvW hen al regelmatig inzette om vrijwillig hand en spandiensten te vervullen, werd het opportuun geacht hen een financiële vergoeding te geven. Gedurende de uitvoering van het onderzoek kwam de penibele financiële situatie van de ongedocumenteerden ook geregeld ter sprake en is besloten om deze respondenten ook van een vergoeding te voorzien. Door deze achteraf, dus zonder de respondent daar kennis van te laten nemen, uit te reiken werd voorkomen dat deze vergoeding een oneigenlijke prikkel voor deelname zou kunnen inhouden.

3.5. Kwaliteitscriteria

In de keuze aangaande kwaliteitscriteria voor validatie en betrouwbaarheid in kwalitatief onderzoek zijn er volgens Cresswell & Poth vele perspectieven over “*the importance of it, the definition of it, terms to describe it, and procedures for establishing it*”. Vanwege het kritisch-feministisch onderzoeksparadigma dat aan de studie ten grondslag ligt, werden positivistische kwaliteitscriteria als objectiviteit, interne validiteit en generaliseerbaarheid (Cochrane, 1989) nadrukkelijk niet nagestreefd. De nadruk lag op een vijftal criteria die door diverse op etnografie georiënteerde wetenschappers gebruikt worden ter beoordeling van kwalitatieve studies: *reflexiviteit, triangulatie, waarachtigheid, betrouwbaarheid en materiële bijdrage* (Richardson, 2000, p. 254). Voorts werd tijdens het onderzoek een aantal praktische procedures gehanteerd om de kwaliteit te waarborgen. Dit betrof onder andere de inbedding in het UvH onderzoeksteam en de afstemming over uitwerking van onderzoeksinstrumenten en ruimte voor reflectie met medeonderzoekers. De onderzoeker heeft bovendien een achtergrond in werken met hulporganisaties en is bekend met migranten als doelgroep. Voor het beoordelen van de kwaliteit van de case study als onderzoeksmethode wordt gebruik gemaakt van de *evaluatieve criteria* vermeld in Cresswell & Poth (2018, p. 281). Wat betreft het literatuuronderzoek wordt *herhaalbaarheid* aangehouden als kwaliteitscriterium middels het rapporteren van de gebruikte zoektermen en zoekmachines, alsmede een accurate literatuurverwijzing. In hoofdstuk 7 bij de bespreking van de kwaliteit van het onderzoek wordt uitgebreid nader gereflecteerd op deze criteria en op andere overwegingen die tijdens de uitvoering van het onderzoek aan de orde kwamen.

4. Bevindingen

4.1. Covid-19 beleid en Ongedocumenteerden

In deze sectie wordt ingegaan op de eerste deelvraag, namelijk wie ongedocumenteerden zijn, wat hun positie is in het Covid-19 beleid en hoe verantwoordelijkheden ten aanzien van deze groep verdeeld zijn. Allereerst volgt een korte toelichting op de toegepaste methode voor deze beleidsanalyse en de keuzes die bij de uitvoering van deze analyse gemaakt zijn.

In haar werk beschrijft Sevenhuijsen dat beleidsdocumenten niet alleen maar teksten zijn, maar plaatsen zijn waar macht tot uitdrukking komt (*sites of power*), omdat ze structureren hoe individuen en sociale groepen legitieme uitspraken en acceptabele overwegingen formuleren. “*By establishing narrative conventions, authoritative repertoires of interpretation and frameworks of argumentation and communication, they confer power upon preferred modes of speaking and judging, and upon certain ways of expressing moral and political subjectivity*” (Sevenhuijsen, 1998, p. 123). Beleidsteksten moeten gezien worden als “voertuigen van normatieve paradigma’s” (Sevenhuijsen, 2004, pp. 14-15) die waardegeladen en performatief zijn. Het zijn documenten waar bepaalde ideologieën en veronderstellingen aan ten grondslag liggen en waarin kennis op een bepaalde manier geordend en gebruikt wordt, wat resulteert in bepaalde onbetwiste en vanzelfsprekende terminologie, karakteristieke vragen, redeneringen en toepassingen. Om zodoende de weg vrij te maken voor beoogd beleid en regelgeving. In dit kader spreekt Bacchi over beleidsteksten dragers van problematiseringen (*problematizations*). Beleid stelt bepaalde veranderingen voor en daarom impliceren ze wat als problematisch gezien wordt. Hiermee creëren beleidsdocumenten bepaalde manieren om naar een ‘probleem’ te kijken en die representaties van het probleem gaan een eigen leven leiden. Zo vormt beleid problemen, in de zin dat het ervoor zorgt dat een probleem als een bepaald probleem wordt gezien. Bacchi concludeert dat “*given the centrality of public policy to every dimension of our lives, these constituted 'problems' significantly affect our lives on a day-to-day basis. This means that, effectively, we are governed through problematisations*” (Bacchi, 2009, p. 263). Voor het analyseren van deze problematiseringen werkte Bacchi een stapsgewijze methode uit, getiteld ‘What is the Problem Represented to be’ (WPR)- methode, die beoogt om “de impliciete ‘problemen’ die in overheidsbeleid verborgen zitten te expliciteren en deze problematiseringen grondig te onderzoeken” (Bacchi, 2009, p. x). Deze analysemethode staat centraal in dit hoofdstuk. De

beleidsanalyse betreft de ‘Covid-19 beleidsmaatregelen’ en ‘ongedocumenteerden’, dus is het voor de selectie van documenten voor deze analyse allereerst van belang het Covid-19 overheidsbeleid te bepalen en inzicht te krijgen in de manier waarop de overheid naar ‘ongedocumenteerden’ verwijst.

Het reikt uiteraard voorbij de strekking van deze thesis om de verschillende maatregelen en bijbehorende doelstellingen in het Covid-19 overheidsbeleid sinds maart 2020 in de volle omvang vanuit het perspectief van ongedocumenteerden door te lichten. Het volstaat hier om vast te stellen dat het beleid van de Nederlandse overheid zich vanaf 16 maart 2020 in essentie richtte op de bestrijding van het virus “om mensen met een kwetsbare gezondheid te beschermen en de zorgcontinuïteit te waarborgen”¹⁵. Hiertoe werden diverse maatregelen genomen, waaronder een standaard set aan ‘gedragsregels voor iedereen’ en richtlijnen voor specifieke doelgroepen, en bijzondere gebeurtenissen en locaties variërend per fase in de pandemie.¹⁶ De ‘eerste golf’ in het voorjaar van 2020 ging gepaard met gedragsregels, sluitingen van openbare ruimtes en een aantal vrijheid beperkende maatregelen, die in de zomer weer gedeeltelijk werden opgeheven. In het najaar van 2020 volgden aanscherpingen van de maatregelen elkaar – in antwoord op de tweede golf van augustus – in snel tempo op, resulterend in een gedeeltelijke lockdown vanaf half oktober. Na tussentijdse aanvullende verzwarende maatregelen volgde op 14 december de afkondiging van de algehele lockdown: “Het kabinet neemt daarom maatregelen die de volle breedte van de samenleving treffen en die feitelijk neerkomen op een «lockdown».”¹⁷ Deze lockdown werd in januari 2021 aangevuld met een ‘avondklok’ die van kracht bleef tot eind april om de derde golf die ondertussen ontstaan was, zoveel mogelijk in te dammen. Het vaccinatiebeleid, dat een langzame start kende, kwam vanaf het voorjaar goed op gang, wat leidde tot de stap-voor-stap openstelling van de samenleving vanaf mei. “Kwetsbare groepen” vormden weliswaar een integraal onderdeel van de communicatie vanuit de regering over het beleid, de precieze invulling van de term was diffuus en refereerde enerzijds aan “medische risicogroepen”¹⁸ en anderzijds aan sociale en economische omstandigheden. In de loop van de crisisaanpak werd

¹⁵ Regeringsbrief Ministerie VWS (2020) Tweede Kamer, vergaderjaar 2019–2020, 25 295, nr. 176, p. 1 <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-25295-176.html>

¹⁶ Een overzicht van de basisregels via de Rijksoverheid <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/algemene-coronaregels/basisregels> en een tijdlijn van maatregelen per fase via het RIVM <https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/tijdlijn-maatregelen-covid>

¹⁷ Regeringsbrief Ministerie VWS (2020) Tweede Kamer, vergaderjaar 2019–2020, 25 295, nr. 800, p. 11 <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-25295-800.html>

¹⁸ Regeringsbrief Ministerie VWS (2020) Tweede Kamer, vergaderjaar 2019–2020, 25 295, nr. 851, p. 4 <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-25295-851.html>

“kwetsbare groepen” uitgebreid met de term “moeilijk bereikbare groepen” en zo werden ook ongedocumenteerden op 8 maart 2021 voor het eerst expliciet in het regeringsbeleid benoemd¹⁹.

In beleidsdocumenten wordt voorts op verschillende manieren naar ‘ongedocumenteerden’ verwezen. Veelal als niet-rechthebbenden, met varianten op ‘voormalig asielzoeker’ enerzijds en ‘andere, niet-asiel achtergronden’ anderzijds. Naast ‘ongedocumenteerd’ zijn veelvoorkomende benamingen onder meer ‘Vreemdelingen zonder verblijfrecht’²⁰, ‘Illegaal in Nederland verblijvenden’²¹, ‘Niet-rechtmatig verblijvende vreemdelingen’²², en ‘Uitgeprocedeerde asielmigranten’²³. Internationaal wordt ook wel gesproken over ‘*irregular migrants*’ of ‘*migrants in an irregular situation*’ gebruikt²⁴, een term die sporadisch in de Nederlandse context voorkomt als ‘irregulier verblijvende migranten’²⁵. Ook over de aantallen ongedocumenteerden in Nederland bestaat veel onduidelijkheid. Voor schattingen worden verschillende methoden gebruikt en de aantallen lopen volgens de meest recente publicatie over de periode 2017-2018 uiteen van 23 duizend tot 58 duizend personen. (van der Heijden, Cruyff, & Engbersen, 2020, p. iv)

In totaal stuurde de regering in de periode tussen 16 maart 2020 en 18 juni 2021 een totaal van 42 regeringsbrieven met Covid-19 Stand van zaken updates naar de Tweede Kamer onder het Kamerdossier 25295 ‘Infectieziektenbestrijding’. In het licht van enerzijds de afwezigheid van één eenduidig document gericht op de doelgroepenbenadering van de overheid in het Covid-19 beleid en anderzijds de veelvoorkomende associatie van ‘ongedocumenteerden’ met ‘vreemdeling’ en ‘asiel’ is gekozen voor het zoeken in de Kamerdossiers 25295 ‘Infectieziekten-bestrijding’ én 19637 Vreemdelingenbeleid, naar

¹⁹ Regeringsbrief Ministerie VWS (2021) Tweede Kamer, vergaderjaar 2019–2020, 25 295, nr. 1032, p. 43 <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-25295-1032.html>.

²⁰ Onderzoekscommissie van Zwol (2019) Rapport Langdurig verblijvende vreemdelingen zonder bestendig verblijfsrecht <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/06/04/onderzoekscommissie-langdurig-verblijvende-vreemdelingen-zonder-bestendig-verblijfsrecht>

²¹ Inspectie SZW (2021) Rapport arbeidsmigranten <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/01/22/bijlage-1-rapport-arbeidsmigranten>

²² Ministerie VWS (2021) Richtlijn Dak- en thuisloze mensen <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/richtlijnen/2020/11/05/richtlijn-opvang-dak--en-thuisloze-mensen>

²³ Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2020) Samenleven in Verscheidenheid <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2020/12/14/samenleven-in-verscheidenheid>

²⁴ International Organization for Migration in the Netherlands <https://iom-nederland.nl/en/vaccination-covid19-irregular-migrants>

²⁵ Adviescommissie Vreemdelingenzaken (2020) Oproep duurzaam migratiebeleid <https://www.adviescommissievooreemdelingenzaken.nl/publicaties/publicaties/2020/03/17/notitie-oproep-tot-een-duurzaam-migratiebeleid>

vermelding van ‘Regeringsbrieven COVID-19’ in combinatie met de zoektermen ‘ongedocumenteerden’ of ‘niet-rechthebbenden’. Deze zoekopdracht leidde tot een selectie van twaalf resultaten. Om een volledig beeld te krijgen van de beleidsaannames aangaande ongedocumenteerden áchter de regeringsbrieven over de Covid-19 updates waar deze doelgroepen grotendeels afwezig bleek, is de keuze gevallen op het beleid ten aanzien van de Landelijke Vreemdelingenvoorzieningen (LVV) dat in 2018 van kracht werd en gedurende de afgelopen 3 jaar als pilotprogramma in 5 steden is geïmplementeerd. In november 2020 en juni 2021 stuurde de Staatssecretaris beleidsreacties²⁶ van het Kabinet over twee tussentijdse evaluaties²⁷ aan de Tweede Kamer. Aan de hand van deze beleidsdocumenten is een ingekorte WPR-analyse uitgevoerd over de problematisering van ongedocumenteerden in recent Kabinetsbeleid. Verwijzingen in de onderstaande tekst (Q) refereren aan de stappen uit de WPR-methode: benoemen van de problematisering (Q1), onderzoeken van de onderliggende veronderstellingen (Q2) en de totstandkoming van de representatie van het probleem (Q3), benoemen van de stiltes (wie of wat wordt niet gehoord) (Q4) en de effecten die de representatie teweegbrengt (Q5), en ten slotte beschrijven van de manieren waarop deze representatie verspreid wordt en bevraagd kan worden (Q6).

Wat ‘ongedocumenteerden’ betreft, bevat het Covid-19 beleid – uiteengezet in 43 Regeringsbrieven aan de Tweede Kamer tussen februari 2020 en maart 2021 – vooral ‘stiltes’ (Q4). Vanaf de april 2020 – als de vaccinatiestrategie wordt toegelicht, wordt de term in totaal in zes brieven expliciet benoemd. Ironisch genoeg is dat ná 24 februari 2021 nadat er een motie in de Tweede Kamer was ingediend over het “onvoldoende rekening houden in de vaccinatiestrategie” met risicogroepen in “asielzoekerscentra, daklozenopvang en opvang voor ongedocumenteerden”.²⁸ Overigens werd de term ongedocumenteerden wel al gebruikt in Regeringsbrief nr. 249 van 15 april 2020 – in relatie tot een humanitaire inspanning van het Rode Kruis ten behoeve van “het beter bereiken van de groep ongedocumenteerden in de samenleving” op Sint Maarten. In de regeringsbrief van 11 mei 2021 gaat de minister in op de situatie van “dakloze mensen, ongedocumenteerde mensen en mensen die in de

²⁶ Tweede Kamer, vergaderjaar 2020–2021, 19 637, nrs. 2677 <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-19637-2677.html> en 2749 <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-19637-2749.html>

²⁷ Regioplan (2020) Plan- en procesevaluatie Landelijke Vreemdelingenvoorzieningen <https://www.regioplan.nl/project/procesevaluatie-en-monitoring-pilot-landelijke-vreemdelingen-voorzieningen-lvv/> en Verwey Jonker Instituut (2021) Tussenevaluatie pilot Landelijke Vreemdelingenvoorzieningen <https://www.verwey-jonker.nl/publicatie/tussenevaluatie-pilot-landelijke-vreemdelingenvoorzieningen-ongedocumenteerden/>

²⁸ Motie van het Lid Kuzu. Tweede Kamer, vergaderjaar 2020–2021, 25 295, nr. 1015 <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-25295-1015.html>

vrouwenopvang verblijven”. Vanwege het niet altijd hebben van een briefadres waardoor uitnodiging via de reguliere route niet mogelijk is vindt vaccinatie plaats waar de doelgroep vindbaar is”. Hiervoor zijn de GGD-en verzocht om in samenwerking met regionale partners zoals gemeenten, opvanginstellingen en straatdokters een regionaal uitvoeringsplan te maken. De regering was hiertoe overigens door de GGD-GHOR zelf opgeroepen in de vooruitblik op het tweede kwartaal van 2021, zoals vermeld in de Roadmap Testen, Traceren, Vaccineren van 29 januari 2021. “De GGD'en staan voor het beschermen van de kwetsbaren in de gezondheid, en leveren een uiterste inspanning om ook via het vaccinatiebeleid de kwetsbare groepen in onze samenleving te beschermen. Buiten de kwetsbaren in de zorg, zijn dat bijvoorbeeld kwetsbare groepen als arbeidsmigranten en ongedocumenteerden. In de uitvoering van de vaccinatiestrategie mogen deze laatste groepen niet vergeten worden.”²⁹

Pas vanaf maart 2021 komen ‘ongedocumenteerden’ dus in beeld van het Covid-19 beleid: erg laat en zeer summier. Voor verdere duiding van de beleidskeuzes ten aanzien van ‘ongedocumenteerden’ is het dus noodzakelijk de blik op een ander onderwerp te richten, om zo – indirect – de achterliggende mechanismen van het afwezig zijn van beleid in beeld te krijgen. Het beleid ten aanzien van de Landelijke Vreemdelingenvoorzieningen (hierna LVV) bieden hier een uitgelezen mogelijkheid voor omdat dit beleid ook grotendeels in dezelfde regeringsperiode werd ontwikkeld en geïmplementeerd als het Covid-19 beleid en wel heel nadrukkelijk ‘ongedocumenteerden’ als doelgroep betreft.

Het In het regeerakkoord voor het Kabinet Rutte III uit 2017 wordt aangekondigd dat er LVV moeten worden opgezet in antwoord op de problematiek van uitgeprocedeerde asielzoekers. “Uitgeprocedeerde asielzoekers moeten Nederland zelfstandig en zo snel mogelijk verlaten. Wie dat niet direct doet kan een beperkte periode worden opgevangen in een van de acht op te richten LVV-locaties onder toezicht van DT&V (Dienst Terugkeer en Vertrek) en in samenwerking met gemeenten. Hiertoe wordt een akkoord gesloten met de VNG. Gemeenten kunnen vertrekplichtigen vervolgens naar de LVV-locaties verwijzen. Daarbij blijft individuele noodopvang voor enkele dagen op basis van de openbare orde mogelijk, maar niet eigen bed-bad-brood voorzieningen.” In de uiteindelijke samenwerkingsafspraken tussen het Ministerie van Justitie en Veiligheid en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten

²⁹ GGD-GHOR Nederland (29 januari 2021) Roadmap Testen, Traceren, Vaccineren, p 24
<https://ggdghor.nl/wp-content/uploads/2021/02/Aanbiedingsbrief-en-RoadmapQ1TestenTracerenVaccineren.pdf>

(VNG) van november 2018 wordt als doelstelling vastgesteld dat Gemeenten en het Rijk intensief zullen samenwerken om een landelijk netwerk van begeleidings- en opvangvoorzieningen te realiseren dat als doel heeft om “bestendige oplossingen te vinden voor migranten zonder recht of verblijf of rijksopvang” waardoor de “bijbehorende zorg- en veiligheidsproblematiek wordt aangepakt”. Hierbij worden drie mogelijke routes als oplossingen uiteengezet, namelijk “zelfstandige terugkeer, doormigratie, of indien aan de orde, legalisering van verblijf”. Hierbij wordt aangetekend dat de effectiviteit van het landelijke LVV-netwerk beoogd wordt “zo hoog te zijn dat gemeentelijke bed-, bad- en broodvoorzieningen (BBBs) niet meer nodig zijn”. Tijdens de regeerperiode wordt daartoe een gezamenlijk programma ontwikkeld waarin een pilot in vijf steden centraal staat. Het programma moet vanuit de praktijk antwoorden ontwikkelen op een aantal “complexe vraagstukken waarover partijen historisch van inzicht verschillen.” De realisatie en het functioneren van de LVV zijn een “gezamenlijke verantwoordelijkheid van Rijksoverheid en gemeenten, op basis van wederzijds vertrouwen”, waarbij “gebruik wordt gemaakt van de expertise en inzet van maatschappelijke organisaties die zijn gespecialiseerd in de begeleiding van de doelgroep”. Nadrukkelijk wordt gesteld dat moet worden “voorkomen dat er sprake is van dakloosheid, overlast, en het beroep doen op gemeentelijke voorzieningen”, en ook dat “vreemdelingen in de doelgroep hun eigen verantwoordelijkheid hebben om een bestendige oplossing voor hun illegale verblijf na te streven.” Het opdrachtgeverschap voor het programma ligt bij de staatssecretaris van Justitie en Veiligheid en het VNG-bestuur; en de begroting van ongeveer 60 miljoen over drie jaar wordt gefinancierd vanuit de Rijksbegroting (60%), het Gemeentefonds (30%) en Europese subsidies (10%).³⁰

Het probleem dat het LVV-programma centraal stelt, namelijk het ontbreken van “bestendige oplossingen” voor ‘ongedocumenteerden’, waarvoor een “landelijk dekkend netwerk” nodig is kan op basis van de bovenstaande passages op verschillende manieren worden geproblematiseerd, zogenaamde “*competing approaches*” (Bacchi, 2009, p. 11), zoals gebrek aan bestuurlijke afstemming of gemeentelijke controle over de problematiek. Voor deze beleidsanalyse, die uiteindelijk ook inzichten moet opleveren in relatie tot de vraagstelling in de thesis over het Covid-19 beleid, is met name de impliciete aanname relevant dat ‘ongedocumenteerden’, als zij maar voldoende worden begeleid of gestraft, voor één van de

³⁰ Vereniging van Nederlandse Gemeenten (2018) Samenwerkingsafspraken Landelijke Vreemdelingen Voorziening (LVV) d.d. 29 november 2018

drie oplossingen zullen kiezen. Er ligt een vooronderstelling ten grondslag aan deze beleidskeuze, dat het probleem opgelost kan worden door ‘het systeem’ zo in te richten dat het een keuze wordt van de ongedocumenteerde om zijn of haar verantwoordelijkheid te nemen en te kiezen voor zelfstandige terugkeer, doormigratie of legalisering (Q2). Het probleem, met andere woorden, wordt onder meer voorgesteld als tekortkoming in het ontwerp en de uitvoering van een systeem dat, indien wel goed ontworpen en uitgevoerd, kan zorgen voor het volledig oplossen (tot nul reduceren) van het ‘ongedocumenteerden’ vraagstuk door de ‘ongedocumenteerde’ zelf verantwoordelijkheid te laten nemen (Q1). Bacchi benadrukt het belang – en de moeilijkheid – van het doorgronden van diepgewortelde maatschappelijke waarden en uitgangspunten die vaak aan problematiseringen ten grondslag liggen. In de verwachting dat ‘ongedocumenteerden’ een “eigen verantwoordelijkheid” hebben om een oplossing voor hun situatie “na te streven” zitten duidelijk sporen van de participatiesamenleving verborgen (Q2) zoals bijvoorbeeld verwoord in de Memorie van Toelichting bij de Wet maatschappelijke ondersteuning: “Uiteraard mag een gemeente ook van een cliënt verwachten en vragen dat hij zich maximaal inspant en eventueel stappen zet die wellicht niet zijn eerste keuze zijn”.³¹ Tegenstellingen zijn een andere vorm waarin vooronderstellingen tot uiting komen, en dat is zeker in het maatschappelijke en politieke discours aangaande ‘ongedocumenteerden’ het geval rond tweedelingen als niet-rechthebbend/ rechthebbend; illegaal/ legaal; uitzetten/ hulpverlening. Een sprekend voorbeeld in dit kader is de volgende passage uit een notaoverleg in de Tweede Kamer: “Maar ik vind dat het kabinet onze grote steden moet aansporen om illegaliteit effectiever te bestrijden, om te beginnen door te vragen hoeveel illegalen er in hun stad leven en ook door hen aan te sporen altijd de Dienst Terugkeer en Vertrek in te schakelen in plaats van enkel in de hulpverleningskramp te schieten.”³² ‘Ongedocumenteerd zijn’ betekent dan al snel ‘uitgezet moeten worden’ (Q2)

Tegen de achtergrond van de eerder gememoreerde participatiesamenleving en de veranderingen met betrekking tot de verzorgingsstaat, heeft er de afgelopen jaren een felle maatschappelijke en politieke discussie gewoed over het vraagstuk rondom de opvang van ‘ongedocumenteerden’. Diverse organisaties en gemeenten boden verschillende vormen van

³¹ Memorie van Toelichting van Wet maatschappelijk ondersteuning (2015), Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 33 841, nr. 3 p. 28 www.rijksoverheid.nl/kamerstukken/2014/01/14/memorievan-toelichting-van-wet-maatschappelijke-ondersteuning-2015

³² Notaoverleg vaste Kamercommissie voor Justitie en Veiligheid (3 juni 2020), p. 28 <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-19637-2660.html>

opvang en begeleiding, maar vanaf december 2014 werden gemeenten door een uitspraak van de Centrale Raad van Beroep verplicht om sobere opvang te bieden voor deze doelgroep³³. Vanwege de verantwoordelijkheid van het Rijk voor deze opvang werd de Bed-Bad-Brood regeling (BBB-regeling) in het leven geroepen als tijdelijke invulling voor deze overheidsverplichting. De spanningen tussen Rijk en gemeenten liepen met name zo hoog op vanwege de verschillende posities die ten aanzien van respectievelijke verantwoordelijkheden werden ingenomen: het Rijk richtte zich met name op de tenuitvoerlegging van regels en procedures en bepleitte ‘uitzetting’, terwijl de gemeenten zich juist beriepen op hun zorgplicht en de beperking van de overlast en inzetten op ‘ondersteuning’. (Bloemen, 2019; Minderhoud, 2019)

Een eerste beoordeling van het LVV-programma betrof een plan- en procesevaluatie onder toezicht van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) In een reactie meldt de staatssecretaris dat er in de praktijk verschillen waren tussen “de verwachtingen van ngo’s ten aanzien van de doelstellingen en hetgeen beoogd werd bij het maken van samenwerkingsafspraken tussen Rijk en gemeenten.” De staatssecretaris vervolgt dat dit met name het geval is “in steden waar historisch gezien de verhoudingen tussen partijen spanning opleverden”, en hierover in gesprek is met “medebestuurders om te bezien hoe binnen het lokale krachtenveld de gecontracteerde ngo’s zoveel mogelijk kunnen aansluiten op het beoogde doel van de samenwerkingsafspraken tussen Rijk en gemeenten”.³⁴ In dit licht is het relevant de oorspronkelijke doelstellingen te vergelijken met de manier waarop deze in een gezamenlijke verklaring van betrokken ngo’s worden verwoord: “Als duurzame oplossing wordt door de staatssecretaris gezien: legalisering van verblijf, doormigratie of terugkeer”.³⁵ In de reactie op de tussentijdse inhoudelijke evaluatie door het Verwey Jonker Instituut geeft de staatssecretaris zelf een andere volgorde weer, die in lijn is met de oorspronkelijke tekst: “Onder bestendige oplossing wordt vertrek naar het land van herkomst, doormigratie of, uitsluitend indien de vreemdeling aan de voorwaarden daarvoor

³³ VNG (2015) Factsheet Bed-bad-brood-regeling <https://vng.nl/sites/default/files/publicaties/2016/20150326-factsheet-bed-bad-brood.pdf>

³⁴ Beleidsreactie LVV Plan- en procesevaluatie (2020), p. 1. Tweede Kamer, vergaderjaar 2020–2021, 19 637, nr. 2677 <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-19637-2677.html>

³⁵ Gezamenlijke reactie Stichting LOS, ASKV, SNDVU, Seguro, ROS, Pauluskerk, Vluchtelingen in de Knel, Dokters van de Wereld en Vluchtelingenwerk Nederland <https://www.vluchtelingenwerk.nl/persbericht/maatschappelijke-organisaties-voorzichtig-positief-over-lvv-akkoord>

voldoet, het legaliseren van verblijf verstaan.”³⁶ In het licht de afsluitende zin van de samenvatting van de tussenevaluatie dat “maatschappelijke organisaties niet betrokken waren bij het opstellen en ondertekenen van het convenant”³⁷ en de ngo’s dus onvoldoende gehoord zijn (Q4), kunnen de verschillende interpretaties van de doelstellingen geen verrassing zijn, net zomin dat “de Rijkspartijen [ervaren] dat (te) lang wordt vastgehouden aan het verkennen van het verblijfsperspectief en dat vertrek moeilijk bespreekbaar is, en anderzijds ngo’s, maar ook gemeenten, [hadden] verwacht of gehoopt dat de deelnemende Rijkspartijen, met name de IND, in staat zouden zijn om voor complexe problematiek oplossingen te vinden en gemachtigd zouden zijn beslissingen te nemen over legalisering van verblijf”. Het LVV-programma boekt volgens de tussenevaluatie de nodige resultaten, bijvoorbeeld wat betreft bestendige oplossingen in 18% van de uit de LVV vertrokken vreemdelingen. Maar hoewel de staatssecretaris aangeeft begrip te hebben voor de zorgen over dat deel van de doelgroep waarvoor in de LVV geen oplossing kan worden gevonden en dat in sommige gevallen de LVV verlaat met onbekende bestemming, dan wel überhaupt geen toegang heeft, vindt zij het “niet wenselijk wanneer dit ertoe leidt dat er alternatieve (particuliere of semipublieke) vormen van onderdak worden geboden”.

Voor de geleefde ervaringen van de ongedocumenteerden lijkt het beleid daarom weinig oog te hebben (Q5). Pas op het moment dat er vanuit het werkveld gewag wordt gemaakt van de verantwoordelijkheid om allen die kwetsbaar zijn te beschermen, wordt er ad hoc een oplossing georganiseerd. Bijvoorbeeld door de oproep van de GGD-GHOR om ongedocumenteerden niet te vergeten in de vaccinatiestrategie en in de periodes van gedeeltelijke en algehele lockdown in oktober 2020 en tussen december 2020 en januari 2021, toen de nachtopvang voor daklozen – waar ongedocumenteerden ook gebruik van maken – tijdelijk ook voor niet-rechthebbenden werd opengesteld: “Gemeenten openen wederom de nachtopvang voor dak- en thuisloze mensen (rechthebbenden én niet-rechthebbenden). Ook moeten voldoende plekken voor (niet) rechthebbenden beschikbaar zijn waar zij overdag naar binnen kunnen voor een maaltijd, om warm te worden en voor sanitaire behoeften.”³⁸ Een zinsnede uit de regeringsbrief van mei 2021 vat de houding vanuit de rijksoverheid goed samen als de minister schrijft: “Ik ben blij dat de GGD’en dit oppakken

³⁶ Beleidsreactie LVV Tussenevaluatie (2021), p1. Tweede Kamer, vergaderjaar 2020–2021, 19 637, nr. 2749 <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-19637-2749.html>

³⁷ Verwey Jonker Instituut (2021), p. 3

³⁸ Tweede Kamer, vergaderjaar 2020–2021, 25 295, nr. 800, p11 <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-25295-800.html>

en zich er op deze wijze voor inzetten dat de vaccinatiegraad ook in deze groepen zo groot mogelijk wordt.”³⁹ Hoewel de waardering voor de aanpak van de GGD’en zeker terecht is en zeer gemeend zal zijn, spreekt hieruit geen notie van verantwoordelijkheid voor het welzijn van de ongedocumenteerden.

Concluderend kan er gesteld worden, dat op de kritische noodsituaties van de lockdowns na, er tot aan de uitwerking van de vaccinatiestrategie in maart 2021, daartoe nota bene opgeroepen door de GGD-GHOR, geen expliciete aandacht is geweest voor de precaire situatie van *territorially present* ongedocumenteerde migranten. Deze beleidsaanpak staat in schril contrast met de oproep die de Regering einde zomer van 2020 deed, tijdens het voortduren van de tweede golf: “We hebben met elkaar de maatschappelijke verantwoordelijkheid om alert te zijn op de gevolgen van de huidige situatie, zoals eenzaamheid en psychische druk die veel mensen voelen. Op 6 oktober is de landelijke campagne «aandacht voor elkaar» van start gegaan om eenieder te steunen in deze periode en aandacht te hebben voor kwetsbaren in de samenleving.”⁴⁰

³⁹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2020–2021, 25295, nr. 1241, dd 28 mei 2021
<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-25295-1241.html>

⁴⁰ Tweede Kamer, vergaderjaar 2020–2021, 25 295, nr. 656, p2 <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-25295-656.html>

4.2. Ervaringen Ongedocumenteerden en Zorgverleners

In deze sectie staat de tweede deelvraag centraal, namelijk de ervaringen van ongedocumenteerden en zorgverleners tijdens de Covid-19 crisis. De aandacht richt zich met name op de invloed van de maatregelen en de ervaren kwetsbaarheid en verantwoordelijkheden. Allereerst volgt een korte uiteenzetting van de aanpak van de gesprekken.

De interviews met ongedocumenteerden en de focusgroep en gesprekken met vrijwilligers van DvW vonden plaats in de maanden april en mei 2021. In deze periode tijdens de ‘derde golf’ waren nog veel beperkende maatregelen van de lockdown van kracht, zoals de avondklok, beperkt bezoek, alleen buitensporten en alleen essentiële winkels open. Deze maatregelen⁴¹ hadden met name op de persoonlijke levens van respondenten en de activiteiten van Dokters van de Wereld grote invloed en zij bemoeilijkten ook de uitvoering van het onderzoek.

4.2.1. Overzicht respondenten

Ongedocumenteerden:

CODE	HERKOMST	GESLACHT	STAD	LEEFTIJD	VERBLIJF NL
ODM 1	Eritrea	Man	Amsterdam	18-27	1,5 jaar
ODM 2	Brazilië	Vrouw	Amsterdam	28-40	6 jaar
ODM 3	Iran	Man	Nijmegen	18-27	4,5 jaar
ODM 4	Afghanistan	Man	Nijmegen	28-40	6 jaar

De vier interviews met ongedocumenteerden, waarvan er twee online werden gehouden en twee plaatsvonden bij het activiteitencentrum Boost in Amsterdam, werden uitgevoerd met een vertaler. Aan de online focusgroep namen zes personen deel die allemaal als cultuurcoach of mediator werkzaam waren bij het programma Zorgcafé⁴² van Dokters van de Wereld. Met vier vrijwilligers van het programma Zorgrecht⁴³ werden online individuele interviews

⁴¹ Zie <https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/tijdljn-maatregelen-covid> voor een tijdljn met overzicht van de maatregelen

⁴² Het programma Zorgcafé heeft een medische gidsfunctie voor asielzoekers en statushouders in de Nederlandse gezondheidszorg en biedt laagdrempelige algemene en psychosociale ondersteuning bij gezondheidsklachten.

⁴³ Het programma Zorgrecht voorziet in directe hulp en steun aan mensen zonder verblijfspapieren. Dat gebeurt via spreekuren, een landelijke telefonische helpdesk en groepsvoorlichting om hun zelfredzaamheid binnen de Nederlandse gezondheidszorg te vergroten.

afgenomen omdat het niet mogelijk was de agenda's op elkaar af te stemmen voor een tweede focusgroep.

De deelnemers aan het onderzoek hebben tijdens de gesprekken kort inzicht gegeven in hun zeer complexe en veelal aangrijpende achtergronden en leefomstandigheden. Als onderzoeker, maar vooral als mens was ik van hun verhalen zeer onder de indruk. Hoewel hun persoonlijke ervaringen en specifieke situaties weliswaar verschillend zijn, vertonen ze ook overeenkomsten. In dit hoofdstuk is gepoogd deze gesprekken zo waarachtig mogelijk weer te geven in een aantal paragrafen gerelateerd aan de centrale vragen van het onderzoek.

In verband met privacy en anonimiteit zijn per deelnemer alleen een aantal kerngegevens opgenomen. Voor alle deelnemers geldt dat zij eertijds vanwege (angst voor) geweld uit hun thuisland zijn vertrokken. Een drietal heeft asiel aangevraagd, waarvan twee in Nederland die beide definitief zijn afgewezen en een derde is in afwachting van de beoordeling van zijn Dublin-claim⁴⁴ na te zijn doorgereisd uit een ander EU-land. Deelnemers 1 en 2 leven beide in Amsterdam, waarvan één op straat. Hij heeft juist in de week van het gesprek te horen gekregen dat er in de Amsterdamse opvang geen plek meer voor hem is. De laatste deelnemer is 6 jaar geleden met gezin en zonder visumplicht uit Brazilië naar Nederland gevlucht, en momenteel in onderhuur zelfstandig woonachtig in Amsterdam en daar werkzaam als schoonmaakster. De overige deelnemers wonen in Nijmegen waarvan één in een opvanglocatie zonder verdere familie, waar hij de ruimte deelt met '8 of 9 anderen'. De laatste respondent woont bij 'een vriend, zonder te betalen' en heeft nog een zus elders in Nederland. Beide Nijmegenaren hebben corona gehad, en waren daar fysiek en mentaal flink door geraakt.

Zorgverleners

CODE	HERKOMST	GESLACHT	LOCATIE
ZC1	Somalië	Vrouw	Amsterdam
ZC2	Syrië	Man	Nijmegen

⁴⁴ De Dublin-claim is een begrip uit het Europese asielrecht voor de behandeling van asielaanvragen op grond van het Vluchtelingenverdrag (1951). Op grond van de Dublinverordening (2003) wordt er in het asielrecht van de EU-staten naar gestreefd dat een asielzoeker zijn asielaanvraag in één EU-land behandeld krijgt. Indien op grond van de daartoe opgestelde regels een *andere* staat verantwoordelijk zou zijn voor een asielverzoek dan Nederland, dan kan Nederland een verzoek indienen bij dat andere land om overdracht, zonder dat Nederland het betreffende asielverzoek in behandeling hoeft te nemen. Deze zogeheten *Dublin-claim* moet dan wel door dat andere land worden *geaccordeerd*, waarna overdracht van betreffende asielzoeker kan plaatsvinden.

ZC3	Sudan	Vrouw	Amsterdam
ZC4	Nederland	Vrouw	Amsterdam
ZC5	Nederland	Vrouw	Amsterdam
ZC6	Nederland	Man	Nijmegen
ZR1	Nederland	Man	Amsterdam
ZR2	Nederland	Man	Amsterdam
ZR3	Nederland	Vrouw	Amsterdam
ZR4	Nederland	Vrouw	Amsterdam

De vrijwilligers van het programma Zorgcafé (ZC) vormen een gemengde groep waarvan een aantal een achtergrond heeft in de (internationale) gezondheidszorg, en anderen via cursussen van DvW zijn getraind als cultuur mediator of cultuur coach. Deze rol wordt met name vervuld door vrijwilligers met een migratieachtergrond. De meesten zijn al langer dan vier jaar verbonden aan DvW en besteden meerdere dagen per week aan het Zorgcafé in Amsterdam (BOOST) en Nijmegen (Gezellig). Hun werkzaamheden variëren van vertalen, begeleiden van taal-café's en voorlichtingsbijeenkomsten tot verlenen van counseling en psychosociale ondersteuning.

De vrijwilligers van het programma Zorgrecht (ZR) zijn onderdeel van een pool van medische professionals die gemiddeld genomen een paar keer per maand werkzaam zijn op de Zorgbus en het DvW kantoor in Amsterdam. Naast hun werkzaamheden voor DvW werk(t)en zij in de publieke gezondheidszorg (RIVM, GGD, revalidatiearts, gepensioneerd huisarts). De werkzaamheden bestaan vooral uit het bespreken van vragen en het beoordelen van medische klachten van patiënten, en deze ofwel zelf behandelen of mensen doorverwijzen.

“Wat erg belangrijk voor ons is, is de toegang tot de zorg. Dus ze proberen onder te brengen bij een huisarts, wat nogal lastig is. Maar dan zet je dat op de takenlijst. Maar als ik, laten we zeggen, op een ochtend acht mensen zie, dan is er gemiddeld maar een of zo die een huisarts nodig heeft en een of twee verwijzingen naar een ander spreekuur zoals over *sexual health* of psychosociale ondersteuning en de rest doe je dan zelf.” 12:1 ¶ 11 in Interview1KI1.docx

4.2.2. Gevolgen maatregelen

Gevolgen voor ongedocumenteerden

Uit alle gesprekken komen een aantal overkoepelende gevolgen van de maatregelen voor ongedocumenteerden naar voren.

Allereerst waren er natuurlijk de praktische consequenties van de gedragsregels en later de vrijheid beperkende maatregelen. Door het sluiten van allerlei plekken konden ongedocumenteerden er niet meer op uit om te werken, activiteiten te ondernemen, te sporten en contact te hebben met elkaar. Met gevolgen voor zowel hun financiële situatie, als voor fysieke en mentale welzijn. Deze implicaties werden door zowel alle zorgverleners als ongedocumenteerden benoemd. Respondent 3 vertelde dat ‘sport het enige was waar ik rust van kreeg, dat was een grote belemmering in deze tijd’. Een aangrijpende ervaring werd gedeeld door respondent 4, die in de korte periode dat hij in Nijmegen woonde een heel goede band met een aantal gezinnen had opgebouwd, waaronder ook een oudere dame van in de 80 die hij vaak op zocht en ‘mijn oma’ noemde. Vanwege de maatregelen kon hij haar niet meer bezoeken: ‘Ik ben naar de tuin gegaan en van ver heb ik een beetje gezwaaid. Maar naar binnen gaan om haar hand te nemen en te vragen of ik iets voor haar kon doen, dat heb ik niet gedaan.’ Deze wederzijdse waardering en verbintenis tussen de ongedocumenteerde en de sociale omgeving kwam in een aantal verhalen sterk naar boven.

Vervolgens zorgden de angst voor besmettingen en daarmee samenhangende onzekerheden voor grote psychische impact door een verdieping van de problemen en onderliggende factoren die het leven in pre-Covid tijden al kenmerkten. Respondent 1 beschrijft dat hij ‘bang’ en ‘nervus’ was. Respondent 2 spreekt in dit geval van ‘paniek’. Alle onzekerheden kwamen als het ware bij elkaar: geen werk, geen geld; geen voorzieningen; geen eten. Bovendien vreesden ze de reactie van de overheid en met name de politie. De continu aanwezige angst om uitgezet te worden werd heel acuut. Een zorgrecht vrijwilliger verhaalde van een ongedocumenteerde man die met moeite bij een GGD-locatie was gebracht om getest te worden. ‘Hij werd geïsoleerd en begon te foeteren. Later zei hij: ik was bang wat er met me ging gebeuren. Wat gaan ze doen met me? Mag ik hier blijven? Wat wordt de procedure nu?’ De angst die respondent 4 voelde was ook heel intens, en had vooral te maken met het weer alleen moeten zijn. ‘Je kon niet meer rustig bij elkaar komen en eventjes kletsen... Niet alleen ik, maar ook andere bewoners van het huis zijn psychisch geworden.’ Hoewel hij zich dus de afgelopen periode erg alleen en depressief is gaan voelen, benadrukt hij dat corona

daar niet de oorzaak van was: ‘Nee, corona heeft daar eigenlijk niets mee te maken en ik heb juist ook af en toe gewenst dat ik corona krijg en dat ik doodga...’ In de focusgroep kwamen voorbeelden van isolatie, eenzaamheid en problemen in de familiesfeer naar voren. Isolatie naar aanleiding van een uitbraak in een opvanglocatie werd ook door Zorgrecht-vrijwilligers benoemd: ‘Wij konden daar wel komen en de mensen zien, maar dan was er een coronageval geweest en dan was dat hele huis in isolatie. En dan konden ze niet naar een afspraak, hun huisarts, psycholoog, een ziekenhuis en zo, omdat ze het huis niet uit konden of niet mochten. En dan drie dagen later was er weer een Covid-patiënt, dus dat bleef dan een tijdje zo. Dat het gewoon zo’n isolatieplek was.’

Ongedocumenteerden zelf benoemen ook positieve gevolgen van corona en zorgverleners hebben extra aandacht voor toegang tot zorg en nieuwe kwetsbaarheden. Naast deze overeenkomsten werden er ook verschillende accenten gelegd door ongedocumenteerden en zorgverleners. De positieve kanten van de maatregelen zoals het gevoel van bescherming door de sluiting van winkels en verruimde openingstijden van de BBB-locaties werden alleen door de ongedocumenteerden genoemd. Ze volgden de maatregelen zelf strikt op en voelden zich beter beschermd; behalve in de opvang in Amsterdam waar weliswaar de toegangstijden werden ingeperkt, maar respondent 1 zich door de beperkte ruimte niet veilig voelde. “Ze volgen streng de regels, maar met 60-70 mensen een keuken delen is niet veilig. En we slapen met 8 mensen in een kamer.” Respondent 4 was erg te spreken over de kleinere aantallen mensen op straat en volgt de versoepelingen met argusogen ‘bang dat iedereen gaat koffiedrinken enzo en dat mensen weer besmet gaan worden’. De zorgverleners legden juist meer nadruk op de beperkte toegang tot de zorg en het risico van uitgestelde zorg: ‘Bij de huisarts mag je ook niet meer aanlopen. De meeste deuren zitten op slot. Je moet echt bellen, en dat snap ik ook wel door corona, maar je kan niet meer bij de balie een afspraak maken bij de assistent’. En in een enkel geval ook de melding van het ontstaan van nieuwe kwetsbaarheden: ‘En ik heb wel ook een vrouw op mijn spreekuur gehad die doordat haar baantjes weg waren gevallen eigenlijk moest kiezen van, ja, ga ik dakloos worden of ga ik bij iemand in huis wonen wetende dat daar ook verwachtingen van die man waren en dat ze dus ook gewoon wel seksueel contact met hem moest hebben.’

Gevolgen voor Zorgcafé en Zorgbus

Uiteraard was er in het Zorgcafé grote terugloop in het aantal bezoekers en in de diversiteit aan nationaliteiten, en veel minder aanbod van activiteiten. Ook voor de vrijwilligers van het

Zorgcafé waren de gevolgen van Covid-19 en de maatregelen daarom enorm. In BOOST waren zij voorheen drie middagen van 12 tot 16 uur aanwezig en nu alleen op de woensdagmiddag voor slechts 2 uur. Zoals een cultuurcoach opmerkte:

‘BOOST was echt ook een ontmoetingspunt voor mensen. Die wisten van, “dan ga ik ‘s middags meedoen aan het taalcafé” wat vooral conversatie Nederlands is. Die 100 mensen kwamen dan voor de lunch waar ze elkaar ontmoetten en dergelijke. Een heel gemengd gezelschap, dus Syriërs, Irakezen, Afghanen, Eritreeërs, ongedocumenteerd, gedocumenteerd, mensen met status, mensen die nog steeds op hun verblijfsvergunning zaten te wachten en dergelijke. Dat is compleet veranderd.

Sinds september 2020 draait het Zorgcafé op minder dan halve kracht en gedurende een half jaar mochten er maar maximaal 30 mensen komen. “Een gigantisch verschil. En daardoor zijn ontzettend veel oude bekenden van ons, die wij in het begin zeg maar ondersteund hebben in het vinden van de weg en dergelijke, die zijn helemaal weggebleven.”

De kleinere groep bezoekers die wel kwam was bovendien veel minder divers: het overgrote deel jong, veel minder fysieke gezondheidsklachten, weinig interesse in het zorgsysteem en geen behoefte psychische problemen aan te kaarten. Onderwerpen waar de voorlichtingen juist op waren ingericht. Tijdens de lockdown werd nog wel geprobeerd om via Zoom mensen te benaderen, maar vaak waren er meer vrijwilligers dan ongedocumenteerden.

De vrijwilligers op de Zorgbus schetsen een ander beeld van de invloed van Covid op de werkzaamheden: eigenlijk veranderde er niet zo heel erg veel in de feitelijke werkzaamheden.

Hooguit werden de locaties uitgebreid omdat de vraag om zorgondersteuning groter werd. Enerzijds omdat meer mensen door de crisis kwetsbaar werden en anderzijds omdat andere organisaties hun deuren moesten sluiten vanwege de maatregelen. Er waren verder weinig gevallen van aandoeningen die specifiek gerelateerd waren aan Covid-19, wat ook deels voortkwam uit de screening vooraf waardoor mensen soms telefonisch geholpen werden. Uiteraard werden er op de Zorgbus allerlei maatregelen getroffen om mensen te kunnen blijven ontvangen – zoals de 1,5 meter regel, mondkapjes en plastic schermen – maar in de feitelijke werkzaamheden veranderde weinig, en om de vereiste ingrepen te kunnen doen, werden regels ook niet altijd heel strikt opgevolgd. In de woorden van respondent zrl:

“We hebben dan zo’n scherm ertussen staan en dan zit iemand daarachter, ja, ik weet ook niet of dat nou super veel doet, maar kijk, op het moment dat ik een implant doe, een hormoonstaafje moet plaatsen bij iemand, dan doe ik dat natuurlijk wel met

mondkapje, maar dan kom ik natuurlijk toch dicht bij iemand, dus dan vind ik dat ook belangrijk genoeg om dat zonder afstand te kunnen doen. Dus we doen wel behandelingen en de dingen die we moeten doen, doen we gewoon zoals voorheen.”

Er werd dus heel pragmatisch met de omstandigheden omgegaan en af en toe leidden de maatregelen zelfs tot een onverwachte, positieve verandering in de interactie tussen de patiënt en de vrijwilliger zr1:

“Nee, ja, ik bedoel wat natuurlijk wel weer grappig is, als ik dan iemand zo’n ellenboog geef ofzo en dat diegene dan ook even moet lachen, dat je dan toch even in een soort van, ja, even een afwijkende begroeting, maar dat je wel elkaar daar wel in kan vinden, dus dat je toch ook met elkaar zoekt naar een modus die gewoon kan en mag, zeg maar.”

Hoewel de Zorgbus medewerkers dus vrij expliciet zijn over het inhoudelijk niet veranderen van de werkzaamheden, is er impliciet wel een verruiming zichtbaar van de zorgtaken door Covid-19. Bijvoorbeeld het regelen van toegang tot testen via de GGD en het zetten van vaccinaties bij de Zorgbus, zoals blijkt uit onderstaande opmerking van zr2:

“Met dat gedoe van dat AstraZeneca vaccin, dat ook bij huisartsen er relatief wat terugloop was in vraag bij de mensen. Dus dat zij overhadden. En dat er toen contact is opgenomen met Dokters van de Wereld. En dat we vorige week woensdag dus via weer hun netwerken hebben laten weten: er is een mogelijkheid voor 60-plussers zich gratis te laten vaccineren. “Je moet woensdag naar de bus komen, dan schrijven we je in.” En daar stonden toch een ik geloof 45 mensen 60-plus. Dus die waren gekomen en die hebben allemaal hun eerste vaccinatie gehad afgelopen donderdag en vrijdag in de Bijlmer in Zuidoost.”

4.2.3. Kwetsbaarheden

Kwetsbaarheden van ongedocumenteerden

Een groot deel van de bijdragen van de respondenten ging over bestaande kwetsbaarheden van ongedocumenteerden, zowel in de persoonlijke leefomstandigheden als gerelateerd aan het beleid ten aanzien van ongedocumenteerden en het zorgsysteem. Uiteraard is er sprake van een zeer sterk verband met de gevolgen van de Covid-19 maatregelen die werden behandeld in de voorgaande sectie, maar het overgrote deel van de gevolgen die benoemd

zijn hebben een relatie tot onderliggende factoren en reeds bestaande kwetsbaarheden. Een deelnemers aan de focusgroep verwoordt het als volgt:

“Een verwarrende omgeving waarbij heel veel angst heerst, waarbij al datgene waar je al een beetje op probeerde te bouwen - je sociale systeem en de mensen die je kent - wegvalt. En als je kijkt van wat blijft er nu over? Het contact wat je met anderen nog wel hebt, dat is dan telefonisch, en het contact met hulpverlening wat steeds moeilijker wordt. Dus ik denk dat men eigenlijk extreem kwetsbaar is geworden of nog kwetsbaarder is geworden. Dat is bijzonder schrijnend.”

Ook respondent 4 beschrijft heel nadrukkelijk dat hij een opeenstapeling ervaart van oorzaken voor zijn kwetsbaarheid, die deels intern zijn en deels buiten hem liggen en elkaar versterken:

“Als ik al deze situaties bij elkaar doe, bijvoorbeeld dat ik de helft van mijn vijf jaar in Nederland ongedocumenteerd ben, het onrecht dat door de IND tegen mij is gebeurd... Ik heb psychische problemen en gebruik pilletjes. En dan komt ook nog corona erbij... Dan zeg je oh, het glas is vol...”

Zulke bestaande kwetsbaarheden gaan in overgrote mate over zaken die direct met de leefomstandigheden van de ongedocumenteerden te maken hebben, zoals continu in angst leven, een slechte financiële situatie hebben, niet over een sociaal netwerk of vangnet beschikken, en de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn. Daarnaast zijn er ook nog een heel aantal meer systeem-gerelateerde kwetsbaarheden – die ook weer niet los te zien zijn van kwetsbaarheden in individuele leefomstandigheden, en daar vaak zelfs de oorzaak van zijn. Uiteraard is dat om te beginnen het beleid rondom ongedocumenteerden op zich, en met name de sinds 1998 bestaande koppeling tussen ‘status’ en ‘toegang tot voorzieningen’. Veel voorzieningen, zoals de Voedselbank zijn alleen toegankelijk met BSN, en zelfs als dat formeel niet vereist is, weten ongedocumenteerden niet wat hun rechten wel zijn en durven ze er vaak niet naar te vragen. Andere observaties van Zorgrecht respondenten is dat het zorgsysteem überhaupt te veel is ingericht op ‘de Nederlander’ en er weinig ruimte is voor de ambulante, niet Nederlandssprekende patiënten, reguliere zorgverleners vaak ook niet op de hoogte zijn van rechten van ongedocumenteerden, zorgbudgetten laag zijn en ongedocumenteerden daardoor niet de benodigde zorg krijgen. Respondent 2 zegt daarover:

“Voor een test moet je wel naar de GGD en meestal wordt nog altijd gevraagd naar je BSN-nummer. Dus toen konden we geen afspraak maken en toen hebben we met

Dokters van de Wereld een intern nummer kunnen bellen in plaats van het landelijke 0800 nummer, dus konden we rechtstreeks... met GGD lokaal een afspraak maken. Maar zelfs toen we daar aankwamen deden ze moeilijk omdat we daar geen nummer konden laten zien. En ja, we weten zeker dat we thuis allemaal Corona hadden, dus we zijn daar met ons drieën naar toe gegaan, mijn man en ik werden geweigerd om een test te doen, en alleen mijn dochter werd toegelaten om een test te doen... en we snappen er niks van.

Dus terwijl wij in hetzelfde huis wonen, in plaats van iedereen te testen gaan zij maar alleen een persoon testen.”

Nieuwe kwetsbaarheden werden aanzienlijk minder benoemd en hadden vooral te maken met de gevolgen van het ontbreken van een gestructureerde Covid-19 aanpak waar de ongedocumenteerden een integraal onderdeel van hadden moeten zijn.

Kwetsbaarheden van zorgverleners

Over hun eigen bestaande kwetsbaarheden zijn de zorgverleners vrij summier. In de gevallen waarin aan bestaande kwetsbaarheden werd gerefereerd was dat vooral in relatie tot de situatie of de hulpvraag van de zorgvrager – de ongedocumenteerde – wat een gevoel van verantwoordelijkheid en ook machteloosheid opriep. Een vertaler, ook werkzaam als cultuurcoach, gaf bijvoorbeeld tijdens het gesprek met een respondent terloops aan hoe belastend het voor haar is om iedere dag de schrijnende verhalen over psychische problemen en zelfmoordpogingen aan te moeten horen. Een medewerker op de Zorgbus verwoordde het als volgt: “Ja wat ik denk ik vaak het moeilijke vind, is dat mensen bij mij vaak een hulpvraag neerleggen van: onderdak is heel lastig, ik word straks uit mijn verblijfplaats gezet, dan wil ik niet meer leven.”

De kwetsbaarheden die zorgverleners ervoeren sinds de Covid-19 crisis hingen logischerwijs in grote mate samen met angst voor besmetting, zeker in de eerste periode toen er nog veel onzekerheid was over blootstelling aan het virus. “En wat natuurlijk ook speelde in al die eerste maanden is dat we eigenlijk heel weinig zicht hadden op wat is het precies? Wat is het transmissierisico? Hoe zoek word je er eigenlijk van? Welke verschijnselen zijn er allemaal? Waar moeten we specifiek op letten? Hoe gevaarlijk is het voor ons om als hulpverlener contact te hebben met mensen die nog asymptomatisch zijn of presymptomatisch?”

Ook hierbij kwam duidelijk het relationele aspect van kwetsbaarheid naar voren. Sommige zorgverleners geven aan dat het gevoel van kwetsbaarheid dat zij ervoeren vooral ontstond in de sociale context, zoals werd ingebracht tijdens de focusgroep: “Dan krijg je ook dat gevoel van kwetsbaarheid, dat kinderen toch gewaarschuwd worden van doe dit alsjeblieft niet om voor ons te voorkomen dat er besmettingen in die grotere familiesetting optreden. Dus die kwetsbaarheid is ook heel erg aanwezig naar mijn gevoel.”

4.2.4. Kracht- en hulpbronnen

Voor ongedocumenteerden

In antwoord op vragen over de omgang van ongedocumenteerden met hun kwetsbaarheden wordt grootste belang gehecht aan activiteiten waarin het contact met de ander op de een of andere manier centraal staat. De aard van die interacties is heel divers en varieert van formele contacten met psychologen tot informele gesprekken met mensen uit de buurt. “Toen ik net met die gesprekken [met de psycholoog] was begonnen, ik was de weg kwijt... Ik wist niet wat moet ik doen en die gesprekken waren zo goed voor mij en zo effectief, dat ik weer op mijn benen heb kunnen staan.”

In sommige gevallen is de aanleiding een concrete hulpvraag, op andere momenten ervaren ongedocumenteerden de helende kracht van het er voor iemand kunnen zijn. Het beantwoorden van de hulpvraag van iemand anders is dan een bron van kracht voor de ongedocumenteerde zelf. Respondent 4 verwoordt het als volgt: “Het is heel belangrijk voor mij om mensen te helpen en daardoor krijg ik zelf positieve energie en die heeft mij geholpen om sterker te worden. En ik denk dan: “Ik ben niet een onnodig mens, maar ik kan ook mensen helpen.”

Hoewel het gebrek aan netwerk of sociaal vangnet frequent als bron van kwetsbaarheid genoemd werd, zijn er ook voldoende voorbeelden van het wel aanwezig zijn van die mogelijkheid om op anderen terug te vallen, zelfs in de schrijnende situatie van het leven op straat. Respondent 1 deelde daarover de volgende ervaring:

“Ik was moe. Echt moe en koud. Ik kon niet slapen. We waren met 5 of 6 mensen tegelijk ziek. Er was iemand, misschien was hij uit Nigeria, die een grote pan had meegenomen. Een pan. En hij heeft water, sinaasappel en citroen daarin gedaan. Iedereen had een blanket op z'n hoofd en was naakt van boven. Het was echt heet en

we gingen zo meteen slapen met de blanket. We hebben dat drie dagen zo gedaan en I don't know... Ja ik weet niet, maar de ziekte was weg en we waren zo blij.”

Een andere manier waarop door ongedocumenteerden met de situatie proberen om te gaan is het zoeken naar praktische activiteiten, concrete dingen om te doen. Vaak zijn deze activiteiten vergelijkbaar met de punten die als negatieve gevolgen van de maatregelen werden genoemd, zoals weer naar buiten gaan om te sporten, vrijwilligerswerk oppakken, contact zoeken met een hulpverlener, of even bellen met vrienden of familie. Respondent 2 zegt daarover: “Ik probeer mezelf bezig te houden ook al is er weinig werk. Ik heb mij aangeboden bij de school, of ik daar ook vrijwilligerswerk mag doen. Dan ben ik bezig, en dat is wel fijn, want dan kan ik ook mijn Nederlands een beetje oefenen.”

In de praktische activiteiten komt ook vaak een relationeel aspect naar voren. In de zin dat de ongedocumenteerde ondersteund moet worden bij het ondernemen van praktische activiteiten zoals het bellen voor een afspraak bij de GGD.

Daarnaast is bij ongedocumenteerden zelf een sterke neiging om te zoeken naar interne krachtbronnen, bijvoorbeeld in de vorm van een innerlijke levensovertuiging of het vertrouwen op God. “En toen heb ik bij mezelf gezegd: “Nee, corona moet jou niet zo onder druk zetten, je moet naar buiten gaan en wandelen. Ja, ik wil de Corona weggooien, gewoon vrij leven. En door zo met mijzelf te vechten heb ik mij sterker gevoeld.”

Voor zorgverleners

De kwetsbaarheden van zorgverleners waren vooral gerelateerd aan enerzijds de hulpvraag van de ongedocumenteerde en anderzijds hun eigen angst voor besmetting. In de reactie op de hulpvraag, waar vaak een gevoel van machteloosheid bij kwam kijken, hadden de zorgverleners veel houvast aan het duidelijk afbakenen van hun eigen rol en invloed, waarbij ook de positieve werking van onderlinge gesprekken en intervisie sessies veelvuldig werden genoemd:

“Nou ja, als zorgverlener kan ik meedoen met een intervisie die wordt georganiseerd voor andere vrijwilligers ook om nog even te reflecteren op een consult wat je hebt gehad of hoe je daar als zorgverlener mee omgegaan bent. En het team van Dokters van de Wereld, de mensen die daar op kantoor werken zijn ook altijd superfijn en heel, die proberen ook altijd wel mee te denken en die organiseren ook een heleboel

en ja, dat is altijd wel heel fijn om daar ook te zijn en om soms nog even met hen na te bespreken. En misschien ook nog om te accepteren en ja, te accepteren dat ik ook niet alles voor iedereen kan oplossen, dat sommige dingen ook te groot zijn om even zo in een half uur of in een uur op te kunnen lossen voor iemand.”

De angst voor besmetting werd in praktische zin opgelost dat er voldoende aandacht was voor de persoonlijke beschermingsmiddelen die DvW aan de vrijwilligers ter beschikking stelde. En ook de ruimte die werd geboden om zelf afwegingen te maken wel of niet het risico te willen nemen door spreekuren te draaien werd erg gewaardeerd. Net als bij de ongedocumenteerden kwam ook in de bijdragen van de zorgverleners het belang van het hebben van een netwerk naar voren, in dit geval de mogelijkheid om buiten de formele route gevaccineerd te kunnen worden:

“En het tweede was dat ik ben net gevaccineerd via een achterdeurtje via de eerstelijns dienstverleners in Amsterdam. Omdat ze dus voor de artsen die voor Dokters van de Wereld werken een aantal vaccins hadden gereserveerd. En daar was ik wel uitermate blij mee. Dat die mogelijkheid werd geboden. Want ja. Wat ik zeg, dit is gewoon allemaal ongecontroleerde setting en we doen ons best om dat infectierisico te beperken. Dus dat, ja dat was het mooie dus. Dat ik mee mocht liften met die vaccinatieronde.”

4.2.5. Verantwoordelijkheden

De vraag wie welke verantwoordelijkheid had in relatie tot kwetsbaarheden van ongedocumenteerden en zorgverleners leverde een breed scala aan antwoorden en inzichten op. Zorgverleners waren uitgebreider in hun overwegingen, en met name de focusgroep leidde tot interessante uitwisselingen, maar zowel de ongedocumenteerden als de zorgverleners waren opvallend uitgesproken over de universele aard van verantwoordelijkheid: het beantwoorden aan de kwetsbaarheden van de mens, ongeacht achtergrond of status.

“Nou kijk. Gewoon in abstracte termen hoort een lichaam dat binnen de grenzen is gewoon medische zorg te krijgen. Je kan niet zeggen, er is geen status. Het lichaam is niet anders fysiologisch als het wel of geen paspoort heeft. Of wel of niet een verblijfsvergunning. Dus de klacht is bepalend. Dus als iemand binnen deze grenzen is, en er is gezondheidszorg, dan moet je gewoon zorgen dat de gezondheidszorg die

binnen deze grenzen is. Er is geen onderscheid voor personen op basis van een verblijfsvergunning.”

Respondent 2 ging met name in op de behoefte om erkenning voor haar menszijn en positie in de samenleving als medemens:

“Ja, dat mis ik heel erg. Dat is juist wil we willen, dat mensen ook voor ons gaan zorgen. Maar dat gebeurt niet. Een eerste verantwoordelijkheid is erkenning. Dat wij er zijn en dat we kunnen een bijdrage leveren aan de samenleving. Erken dat we ook kunnen meedoen en meetellen in de samenleving.”

Respondent 3, die vanwege corona in quarantaine op zijn kamer in de opvang zat, deelde een praktisch voorbeeld van zijn overtuiging dat verantwoordelijkheid van ‘mens-tot-mens’ gaat, dat mensen verantwoordelijk zijn voor elkaar, maar dat strijd over regels daarbij vaak in de weg zit.

“Ik zat van 8 uur in de ochtend tot 6 uur in de avond zonder eten. Ik heb iedere keer naar de directie gebeld en heeft gevraagd ik heb honger. Zij zeiden: “De jongens die daar wonen moeten jou eten brengen.” Soms kreeg ik het wel, soms niet. Dus heb ik tegen de directie gezegd: “Jullie moeten daarvan een regel maken. Wie moet voor diegene die met Corona besmet is zorgen? Wat is de regel?” Zij zeiden dat ze een papier hadden opgehangen in de zaal, maar die hing er niet. Ik heb toen gezegd: “Jullie moeten een regel maken, bijvoorbeeld een aparte kamer met een tv en een kleine koelkast. En dat als iemand corona heeft, hij moet verhuizen naar deze kamer. En dat iemand verantwoordelijk is, bijvoorbeeld door een lijst te maken.” Dat heb ik voorgesteld, maar toen hadden we een conflict en zeiden zij: “Jij leest ons de les.” En ik zei: “Ik was ziek, en heb eigenlijk een moeder nodig gehad, maar er was niemand. Ik voelde me alleen. Dus: als er iemand ziek is, geef de verantwoordelijkheid aan mij en ik zal aan jullie laten zien hoe je een ziek mens kan verzorgen.”

Voor de deelnemers aan de focusgroep was ook hun mensbeeld en visie op de samenleving een belangrijk ijkpunt voor het nemen van verantwoordelijkheid. En de frustratie over de retoriek waarmee het gesprek daarover gevoerd wordt, zat velen hoog.

“En ik denk dat, die verantwoordelijkheid, die we dus kunnen voelen voor een persoon, ja ik denk dat we die zo enorm laten afhangen van waar iemand geboren is. En ik vind dat we absoluut wat meer verantwoordelijkheid zou mogen hebben om

gewoon naar een mens te kijken in alle facetten die daarbij horen. En minder naar dit is ónze samenleving. Maar ik denk dat het goed is dat ik niet in de politiek zit want volgens mij is het zó veel complexer...”

In het gesprek en de interviews werd veel gerefereerd aan de individualisering in de maatschappij. Hoewel velen aangaven dat verantwoordelijkheid in eerste instantie persoonlijk is, kan die verantwoordelijkheid alleen vormkrijgen als mensen zichzelf niet als individu zien, als geïsoleerd. En als zij erkennen dat niet iedereen die verantwoordelijkheid voor zichzelf kan nemen.

“Ik denk zelf: iedereen is verantwoordelijk voor zichzelf. Dat is punt een. Het punt daarbij is alleen dat niet iedereen in staat is om op een goede manier verantwoordelijkheid voor hem of haar zelf te nemen. Dat heeft ook te maken met achtergrond, dat heeft te maken met zelfzorg en al die elementen die wij normaal als individueel veronderstellen, wat niet zo is.”

Het persoonlijke gevoel van verantwoordelijkheid heeft niet altijd te maken met het voelen van een verplichting, maar kan ook voortkomen uit het gevoel dat iets gewoon fijn is om te doen, bijvoorbeeld het delen van je kennis, of bezig zijn met iets nuttigs. Voor sommigen is ook een combinatie prettig: als vrijwilliger een één-op-één verantwoordelijkheid voelen naar een medemens en als medewerker van de GGD bijdragen aan de collectieve verantwoordelijkheid. Anderen halen juist veel kracht uit het geloof, dat daar ook heel motiveren kan zijn: “Ik denk: als je doet goed, jij krijgt goed. Als je doet slecht, jij krijgt ook slecht.”

Wat betreft hun individuele verantwoordelijkheid gaven deelnemers aan dat het veel vergt, dat je flexibel moet zijn om mensen echt te kunnen ondersteunen. En dat ze vaak geneigd zijn om over hun eigen grenzen heen te gaan.

“En dan had ik gewoon met mijn partner toch afspraken gemaakt. Gewoon gekeken van wat is er wel mogelijk. En dan had ik denk ik gewoon zo veel mogelijk, ja, geprobeerd om al die ballen toch in de lucht te houden... Om aan dat gevoel van verantwoordelijk om er te zijn voor de doelgroep tegemoet te kunnen komen.”

En vervolgens was er veel waardering voor de inspanningen van Dokters van de Wereld om voor vrijwilligers een vaccinatie met voorrang te organiseren: “Ik vind wel gewoon wel heel mooi dat de organisatie daar wel ook oog voor heeft gehad en aandacht in heeft gestopt.”

Het gevoel van verantwoordelijkheid voor de ander kan ook in gedrang komen met andere persoonlijke overtuigingen, zoals het idee dat mensen zelf verantwoordelijk zijn voor hun eigen leven.

“Het moment dat je je zo verantwoordelijk voelt is het soms best lastig om te zeggen: ‘Ik zie je over twee weken weer’. Want daarmee leren zij dat zij zelf verantwoordelijk kunnen zijn voor de rust in hun hoofd wat ik in dat ene halfuurtje of uurtje met ze doe. Want ik denk dat dat zo belangrijk is, je moet mensen echt zelf in hun kracht zetten en niet het gevoel geven dat ik die ene reddingsboei ben, dat al ze daar maar aan vasthouden...

Een van de cultuurcoaches benadrukt dat we zeker zorg moeten hebben voor elkaar, maar dat ook mensen die hier komen als statushouders of ongedocumenteerden een verantwoordelijkheid hebben

“Verantwoordelijkheid om hun identiteit hier te veranderen. En dan bedoel ik om niet ook heel lang in de identiteit van slachtoffer altijd te blijven. Dat vind ik ook een verantwoordelijkheid en dat is ook heel belangrijk. Dat is ook mijn motivatie dat ik dit werk doe. Ik woon hier al heel lang en heb ook heel vaak gewerkt aan mijn identiteit om mijn plek te vinden.”

Als het gaat om de situatie van ongedocumenteerden ontstaat er in het gesprek vrij snel overeenstemming over dat het vooral gaat om de randvoorwaarden waarbinnen mensen zelf hun verantwoordelijkheden kunnen nemen en anderen in staat worden gesteld om hen daar waar nodig te ondersteunen. Zeker nu er door corona nieuwe groepen zijn die nu echt niet goed voor zichzelf kunnen zorgen.

“Dat wil eigenlijk zeggen dat als je iemand binnenlaat in jouw samenleving waarbij die samenleving dusdanig anders is, dat die persoon als het ware goede instructies moet krijgen hoe dingen werken en hoe dingen gaan. Dus het komt erop neer dat degene die toegang verschaft verantwoordelijk is om die persoon de juiste instructies te geven zodat hij of zij zichzelf goed kan handhaven. En dat gebeurt niet. De aansluiting is er niet. Er is geen goede informatie. Het rammelt aan alle kanten waardoor mensen geïsoleerd raken en eigenlijk van de regen in de drup raken.”

De randvoorwaarden moeten georganiseerd worden door de overheid, en daarbinnen kunnen maatschappelijke organisaties ondersteuning bieden aan degenen die nog niet in staat zijn om goede zelfzorg aan zichzelf te leveren. Die ondersteuning voor zelfzorg is voor deelnemers niet alleen een kwestie van een bepaald mensbeeld, maar ook noodzakelijk vanuit een public health perspectief.

“Zo lang je pockets houdt, kun je transmissie krijgen in de metro, op het station, in de parken, in de winkel en in de huishoudens waar ze werken. Dus dat is een ander pragmatisch verhaal als je de verantwoordelijkheid hebt om de impact van infectieziekten te reduceren. Dat je dus deze mensen ook entree moet bieden tot alle faciliteiten die anderen ook hebben.”

Het ontbreekt wat hen betreft totaal aan overzicht. Hoeveel ongedocumenteerden er zijn, waar en hoe ze bereikt kunnen worden, door welke organisaties.

“Dus om dat nou te inventariseren en daar eens een coronaplan voor te maken, lijkt me heel erg belangrijk. En dat is echt iets voor ... Dat is echt iets wat een verantwoordelijkheid is van bovenaf, zal ik maar zeggen.”

En er is een groot gebrek aan goede, toegankelijke informatie die ongedocumenteerden het gevoel kan geven dat ze erbij horen en meedoen; dat ze “bijdragen aan een grotere groep mensen, de Nederlanders waar zij nu ook voor een stuk bij horen”. Diezelfde organisaties hebben vervolgens ook weer een verantwoordelijkheid om de overheid erop te wijzen als zaken fout gaan.

“Want op het moment dat de ouders de verantwoordelijkheid niet pakken, neemt het oudste kind de verantwoordelijkheid voor de andere kinderen. Dat niet zoals het hoort, maar ja wat is in het leven nou wel zoals het hoort?”

Volgens de respondenten is het van belang de overheid en het RIVM te wijzen op deze verantwoordelijkheid. Er was grote overeenstemming dat de over het gevoel van verantwoordelijkheid van individuele zorgverleners, maar ook dat er “over het grotere geheel toch ook best mag worden teruggekoppeld dat er zorgen zijn en dat dat een taak van ons land is in plaats van individuele zorgverleners.” Naast de overkoepelende verantwoordelijkheid van de staat heeft vervolgens iedere partij weer een deelverantwoordelijkheid, bijvoorbeeld de huisarts voor zijn eigen praktijk en de GGD'en voor de volksgezondheid.

“Dus de verantwoordelijkheid van de huisarts is met name naar zijn eigen praktijk. Dus niet voor de passanten die toevallig een keer via Dokters van de Wereld worden gemeld. Ik kan een huisarts ook begrijpen die een mudvolle praktijk heeft en niet zit te wachten op veel extra aanloop. Dan eerst maar bij ons binnen te komen.”

Een recent voorval tijdens het haperende vaccinatiebeleid wordt een aantal keer als voorbeeld gegeven. Dokters van de Wereld had de hand op een lading vaccins kunnen leggen, die vervolgens via een snelle en laagdrempelige aanpak bij een groep ongedocumenteerden gezet konden worden. Wat de respondenten betreft een voorbeeld van het op een passende manier nemen van verantwoordelijkheden, dat wel een structureel vervolg moet krijgen.

“Ik geloof dat we ruim 40 mensen hebben kunnen bereiken. Die waren dolblij, er is enorme onzekerheid over wanneer ze gevaccineerd worden. Maar dat is echt een eenmalige activiteit, waar we natuurlijk ingesprongen zijn met onze contacten en mensen heel erg blij mee waren. Maar zo bereik je natuurlijk niet ... Het was niet gestructureerd. Dus daar heeft de staat zeker wel een verantwoordelijkheid.”

Een respondent zei “Ik ben geen politicus” toen hij stelde dat “dat het spanningsveld is tussen particulier initiatief en wat de staat eigenlijk moet doen, en dat daar heel moeilijk iets over te zeggen is”. Toch is juist die strijd ook het terrein waar zorg over zou moeten gaan – en daarvoor hoef je geen politicus te zijn.

5. Discussie

Mensenrechten bieden een – weliswaar abstract, maar lonkend – universeel raamwerk om over verdeling van verantwoordelijkheden van kwetsbare groepen na te denken: staten zijn partij bij verdragen die hen verplichtingen opleggen om mensen en hun kwetsbaarheden te beschermen. Helaas ziet dat er in de praktijk – en daar is in de eeuw sinds de verschrikkingen van WO-I waar Hannah Arendt haar idee over ‘het recht om rechten te hebben’ op baseerde niets aan veranderd – alleen heel anders uit. En omdat zorgethiek oproept tot het bepalen van verantwoordelijkheden vanuit het perspectief van het leven van mensen en de worstelingen waarmee zij worden geconfronteerd (Robinson, 2015) biedt het verbinden van het theoretisch kader met het empirisch onderzoek van deze thesis mogelijk relevante inzichten om na te denken over die verdeling van verantwoordelijkheden.

In het theoretisch kader werden drie posities toegelicht over de manier waarop zorgethiek en een ethiek gericht op rechtvaardigheid zich tot elkaar verhouden. Held (2015) beargumenteerde dat rechtvaardigheid en zorg gescheiden domeinen zijn en dus naast elkaar kunnen bestaan. Omdat rationele ethiek niet om kan gaan met *concerns of care* heeft zorgethiek uiteindelijk wel het primaat. Slote (2015) daarentegen, schaarde zich volmondig achter het primaat van zorgethiek, maar stelde dat zorgethiek een alternatief voor een rechtvaardigheidsethiek moet bieden en juist ook over de domeinen van recht en politiek moet gaan als het een volwaardige ethiek beoogt te zijn. Kittay tenslotte zag ambiguïteit in de manier waarop de termen rechtvaardigheid en zorg worden gebruikt: soms als verwijzing naar politieke theorieën die politieke instituties sturen, soms als ethische theorie die vooral de relaties tussen mensen tot gids dienen. Zij riep op tot de ontwikkeling van een rechtvaardigheidstheorie voor politieke instanties op basis van zorgethische waarden en daarmee dus uitgaan van onze onvermijdbare en onlosmakelijke onderlinge afhankelijkheid.

In vervolg op deze duiding van (onderlinge) afhankelijkheid als bepalend voor ons menszijn, werd het concept kwetsbaarheid toegelicht. Uit de literatuur kwam naar voren dat er in de zorgethiek brede overeenstemming bestaat dat kwetsbaarheid zowel een ontologisch en relationeel aspect heeft. Fineman (2017) benadrukte het belichaamde karakter van kwetsbaarheid en stelde dat er geen positie van niet-kwetsbaarheid bestaat: autonomie is een mythe. Haar *Vulnerability Theory* stelde dat kwetsbaarheid belichaamd (*embodied vulnerability*) is en dus niet kan worden opgeheven. Voor het adresseren van onrecht moeten sociale relaties centraal staan omdat het menselijk bestaan bepaald wordt door relaties met

anderen (*embedded vulnerability*). Mackenzie bracht daar tegenin dat autonomie weldegelijk van belang is, maar relationeel begrepen moet worden. Fineman richtte zich wat haar betreft te veel op onvermijdbare biologische processen en te weinig op sociale en politieke structuren. Hiervoor muntte Mackenzie zelfs het concept ziekmakende kwetsbaarheid (*pathogenic vulnerability*) in de taxonomie van kwetsbaarheden die zij ontwikkelde om handvatten te bieden om de verschillende bronnen van kwetsbaarheid te duiden en capaciteiten op te bouwen voor relationele autonomie.

Over de vraag hoe – in het licht van deze kwetsbaarheden – vervolgens gedacht moet worden over de verdeling van verantwoordelijkheden voor kwetsbare groepen in de samenleving kwam in de zorgethische literatuur een aantal perspectieven naar voren. De notie van het toebedelen van verantwoordelijkheidstaken (*responsibility assignments*) van Urban Walker werd door Tronto bekritiseerd omdat het van onrecht een herverdelingsvraagstuk zou maken en te weinig oog zou hebben voor de macht en wie er aan tafel zit om over verantwoordelijkheden te beslissen. Ook Sevenhuijsen stelde dat het er primair om gaat dat macht herkenbaar wordt gemaakt. Hiervoor moet zorgethiek onderdeel worden van noties van burgerschap. De invulling van dat burgerschap zou dan verder moeten gaan dan het bieden van bescherming op basis van universele mensenrechten, en ‘zorg’ – in de zorgethische betekenis van het woord – moeten bestempelen als burgergoed (*a good of citizens*) dat voor iedereen toegankelijk moet zijn.

Maar hoezeer deze zorgethische argumentaties ook aantonen dat de mens fundamenteel afhankelijk en kwetsbaar is en daarmee doordringen tot de kern van het failliet van de heersende liberaal ethische opvattingen over de mens als autonoom en rationeel individu, schieten ze tekort als het gaat over het bieden van een denkkader in relatie tot de positie van de ongedocumenteerden die in deze thesis centraal staan. Ook de zorgethiek namelijk, redeneert overwegend vanuit een sjabloon: namelijk dat de mens – ofschoon afhankelijk en kwetsbaar – een burger is. Weliswaar met verschillende *embedded vulnerabilities* maar wel vanuit een gelijkwaardige positie, namelijk met het recht om rechten te hebben. Wat in de huidige praktijk juist aan ongedocumenteerden ontzegd wordt. Problematisch hierbij is met name dat burgerschap verschillende dimensies en gradaties bevat, zoals uiteengezet via inzichten uit burgerschapsstudies en het werk van Bosniak. Ook in het staande Nederlandse vreemdelingenbeleid en de heersende asiel- en migratiepraktijk zijn deze verschillen evident

(ongedocumenteerd, uitgeprocedeerd, statushoudend) en draagt de overheid daarmee actief bij aan wat Mackenzie ‘ziekmakende’ kwetsbaarheid zou noemen.

In potentie treedt daarom in de situatie van de ongedocumenteerden, die gezien worden als niet-rechthebbend of illegaal versus rechthebbende en legale statushouders en burgers, eenzelfde vraagstuk op als Tronto in *Moral Boundaries* (1993) observeerde in relatie tot de pogingen van het feminisme om de positie van de vrouw te verbeteren ten opzichte van de man. De marginalisering van de één betekent de centrale positie van de ander. Als de marginale, of preciaire, situatie van de ongedocumenteerde verbeterd moet worden, moet de burger - die centraal staat – ertoe worden gebracht om een deel van die macht op te geven. De twee opties die Tronto daartoe geeft, namelijk het benadrukken van óf het gelijk-zijn óf het anderszijn (ook wel het sameness/difference dilemma genoemd) zijn ook de opties die aan niet-burgers, of burgers met secundaire status voorliggen.

Uit recent empirisch vergelijkend onderzoek tussen landen in Europa over kwetsbaarheid en rechtvaardigheid (Knijn & Lepianka, 2020) blijkt dat het benadrukken van verschillen in kwetsbaarheden er niet toe doet. Zij benadrukken dat “*all of the contributions testify to the universality of vulnerability as the human condition in the face of which certain classifications and distinctions, such as between ‘citizen’ and ‘migrant’ or ‘dependent’ and ‘independent’ prove essentially irrelevant*” (p. 11). Daarnaast beschouwen zij de notie ‘kwetsbaarheid’ als een sociaal construct en laten de onderzoeksresultaten zien dat het behandelen van de verschillende ‘kwetsbare groepen’ als generieke sociale categorie inherent onrechtvaardig is. Bovendien toont het empirische onderzoek dat het categoriseren in specifieke (zogenaamd ‘kwetsbare’) groepen de ervaren kwetsbaarheid en onrechtvaardigheid vergroot. Een laatste conclusie die uit de studie naar voren komt en welke relevant is in de context van het argument in deze thesis is dat “*socio-economic and political institutions, through policy failures, negligence and inadequate institutional practices, create or enhance vulnerability of various social categories*” (Knijn & Lepianka, 2020, p. 11), waarmee ze het eerder aangehaalde standpunt van zorgethici over de invloed van overheidsbeleid op situationele en ziekmakende kwetsbaarheid (*situational and pathogenic vulnerability*, (Mackenzie, Rogers, & Dodds, 2015)) en ingebedde en afgeleide kwetsbaarheid (*embedded and derivative vulnerability* (Fineman, 2019) onderschrijven en van empirische onderbouwing voorzien.

Uit de analyse van het LVV-beleid komt duidelijk een beeld naar voren van een overheid en haar instanties die vooral gericht zijn op het bewaken en in stand te houden van de positie van de burger en daarmee “kwetsbaarheden van verschillende sociale categorieën creëren of vergroten” zoals Knijn en Lepianka (p. 11) dat proces beschrijven. Het beleid wordt als rechtvaardig gezien omdat het abstracte regels en procedures strikt toepast die voor iedereen gelijk zijn. Hiermee hebben zij weinig oog voor de zorgethische noties die in de bijdragen van de respondenten uit het empirisch onderzoek wel heel nadrukkelijk naar voren komen. De geïnterviewde ongedocumenteerden en zorgverleners laten in hun ervaringen duidelijk doorklinken dat er, zoals Mackenzie betoogt, heel goed een taxonomie van kwetsbaarheden gemaakt zou kunnen worden, de lijst met kwetsbaarheden is namelijk onuitputtelijk. Maar ook de sterke behoefte bij zowel de zorgverlener als de ongedocumenteerde om er toe te doen en een bijdrage te leveren aan het kweken en bestendigen van de benodigde capaciteiten om relationele autonomie op te bouwen wordt in het beleid volledig genegeerd.

Vanuit de politieke zorgethiek bezien is de vraag – in navolging van Lepianka en Knijn, eerder Tronto – of het expliciteren van alle kwetsbaarheden en gerelateerde verantwoordelijkheden de strategische strijd tegen de precarisering van ongedocumenteerden goed doet. Er zijn verschillende kwetsbare groepen – arbeidsmigranten, dak- en thuislozen – die evenzeer onder deze situationele of ziekmakende kwetsbaarheden lijden. De inzichten uit de gesprekken over kwetsbaarheid en verantwoordelijkheid laten vooral zien dat er behoefte is aan politieke visie en beleid die rechtdoen aan de diepgevoelde en ervaren verbinding tussen mensen, die – los van uitsluitende noties over grenzen en burgerschap – er vooral voor elkaar willen zijn. Volgens de respondenten – zowel zorgverleners als ongedocumenteerden – is het de grote maatschappelijke en daarmee politieke opgave om ‘zorgzamer’ te zijn. De staat heeft hierin de verantwoordelijkheid om de randvoorwaarden te scheppen waarin iedereen naar vermogen een bijdrage kan leveren aan het welzijn van anderen – ongeacht status. Om deze verandering te realiseren is strijd nodig, een strijd om de macht waarin het niet alleen van belang is te kijken naar wie er aan tafel zit, maar ook of het wel de *juiste* tafel is. Dat de organisaties die de belangen behartigen van ongedocumenteerden in 2018 niet aan de tafel zaten waar de bestuurlijke afspraken over het LVV-programma werden gemaakt, die zij vervolgens wel geacht werden op gemeentelijk niveau uit te voeren, is wat dat betreft een sprekend voorbeeld. Deze vorm van responsabilisering – verantwoordelijk maken voor overheidsopgaven – is mijns inziens een belangwekkend thema voor de zorgethiek.

6. Conclusies en aanbevelingen

De hoofdvraag van deze thesis luidde:

Hoe kan een rechtvaardige verdeling van verantwoordelijkheden voor het leveren van ‘goede zorg’ aan ongedocumenteerden als kwetsbare groep ten tijde van de Covid19-pandemie er uit zien?

De doelstelling was tweeledig en richtte zich op zowel op het leveren van een bijdrage aan de zorgethiek als op het creëren van ruimte voor het kritisch evalueren van het overheidsbeleid aangaande ongedocumenteerden en hun positie in de Covid-19 aanpak.

In de wetenschappelijke probleemstelling werd beschreven dat de ‘ervaring, positie en rol van de zorgvrager en zorgverlener in het aangaan van zorgverantwoordelijkheden in de praktijk’ onderbelicht bleef in de geraadpleegde zorgethische literatuur. Door de beleidsanalyse van het LVV-programma en Covid-19 aanpak enerzijds en de analyse van de gesprekken met ongedocumenteerden en zorgverleners van Dokter van de Wereld anderzijds is die praktijk enigszins inzichtelijk gemaakt.

Allereerst werd duidelijk dat de beleidscontext waarbinnen deze zorgverantwoordelijkheden worden aangegaan zeer bepalend is voor de ervaren kwetsbaarheden van de ongedocumenteerde, wat overeenkomt met de notie ziekmakende kwetsbaarheden. De onderliggende logica's van het Vreemdelingenbeleid en de Covid-19 aanpak negeren de ongedocumenteerde volledig. Ook de zorgverlener ervaart de negatieve uitwerking van het ontbreken van aandacht voor de positie van de ongedocumenteerde.

In zekere zin kan gezegd worden dat het in beleid onzichtbaar zijn van ongedocumenteerden een manifestatie is van de werking van het uitsluitende mechanisme van landsgrenzen. Zelfs als ongewenste vreemdelingen zich in Nederland bevinden werkt de notie dat ze illegaal verblijven heel sterk door. Sterker dan de morele en juridische verplichting om voor iedereen die in Nederland aanwezig is in gelijke mate toegang tot zorg te organiseren.

Los van deze uitsluitende werking van beleid kwam uit de gesprekken heel duidelijk naar voren dat alle respondenten een sterke relationele verantwoordelijkheid voelen die gekoesterd en versterkt moet worden: de ongedocumenteerde naar de Nederlandse samenleving, door bijvoorbeeld vrijwilligerswerk te willen doen, of op de koffie te gaan bij een eenzame oude

buurvrouw; en de zorgverlener naar de ongedocumenteerde, door het uitvoeren van de werkzaamheden bij Dokters van de Wereld.

Om deze verantwoordelijkheid goed te kunnen invullen is het noodzakelijk dat er aan randvoorwaarden wordt voldaan. Die randvoorwaarden moeten gestoeld zijn op waarden die erkenning geven aan zorgethische inzichten over menselijke kwetsbaarheid en relaties tussen mensen centraal stellen. Overkoepelend is dat een verantwoordelijkheid van de overheid. Een verantwoordelijkheid die – zoals bleek uit de LVV-analyse – bij gelegenheid op andere actoren wordt afgeschoven. Tegen deze neiging tot responsabilisering dient een ferme politieke strijd gestreden te worden, om zodoende een rechtvaardigheidsethiek te ontwikkelen voor de overheid en haar instanties waar de uitgangspunten van de zorgethiek aan ten grondslag liggen.

De waarschuwing van Tronto, dat bij de verdeling van verantwoordelijkheden goed naar de verdeling van macht moet worden gekeken, omdat er anders alleen herverdeling en geen wezenlijke verandering plaatsvindt, is in deze strijd van grote importantie. Niet alleen wie er aan de tafel zit is cruciaal, maar ook te snappen aan welke tafel aangeschoven dient te worden. Het belang van de ongedocumenteerde in het LVV-programma, werd pas vertegenwoordigd bij de gemeentelijke convenanten. Dat was te laat: de onderliggende logica van het LVV-programma werd aan een andere tafel besproken. En daardoor niet geëxpliciteerd, laat staan bevraagd.

7. Kwaliteit van het onderzoek

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de kwaliteit van het onderzoek werd geborgd tijdens de verschillende fasen van het onderzoeksproces. Ook wordt kort ingegaan op de beoordeling van de onderzoeksmethoden literatuuronderzoek, beleidsanalyse (Bacchi, 2009) en *instrumental case study* methode (Cresswell & Poth, 2018, p. 281). Tot slot wordt ook stilgestaan bij de aanpak van verschillende onvoorziene factoren die mogelijk beperkende invloed hebben gehad op de kwaliteit van het werk.

7.1. Kwaliteitscriteria

Voor kwalitatief onderzoek zijn vele verschillende criteria voor handen om kwaliteit in termen van validiteit en betrouwbaarheid te beoordelen waarbij de keuze grotendeels bepaald wordt door de filosofische aannames van waaruit het onderzoek wordt opgezet en uitgevoerd (Cresswell & Poth, 2018, pp. 35, 255). Het kritisch feministisch onderzoeksparadigma dat aan deze zorgethiek studie ten grondslag ligt betekent ten eerste (ontologisch) dat er niet een enkele waarheid is die gekend kan worden door objectief onderzoek van feiten; ten tweede (epistemologisch) dat kennis kan worden opgedaan door het bestuderen van sociale structuren, macht en controle; en tot slot (axiomatisch) dat onderzoek waarde-geladen is en verschillende waardensystemen naast elkaar bestaan. De bepaling van relevante kwaliteitscriteria moet aansluiten bij deze aannames. Cresswell & Poth stellen bovendien dat het hebben van een “perspectief op de betekenis van validiteit” niet voldoende is als kwaliteitscriterium maar dat het gaat om de vertaling in “strategieën of technieken” (2018, p. 259). Zij hanteren hiervoor een handzaam overzicht van negen strategieën onderverdeeld in drie lenzen: die van de onderzoeker, de deelnemer en de lezer/ reviewer. Zij stellen dat er minimaal twee strategieën gekozen dienen te worden om van valide kwalitatief onderzoek te kunnen spreken.

Samenvattend hanteert deze studie een viertal kwaliteitscriteria te weten: *reflexiviteit*, *triangulatie*, *betrouwbaarheid/herhaalbaarheid* en *overdraagbaarheid* (Richardson, 2000, p. 254; Cresswell & Poth, 2018, p. 259-263). Gangbare positivistische criteria als objectiviteit en generaliseerbaarheid zijn minder relevant voor deze dit onderzoek omdat ze niet aansluiten bij het gekozen onderzoeksparadigma. De vier gekozen criteria voldoen aan deze voorwaarde, maar naar mijn mening is het ‘ongedocumenteerden’ perspectief onvoldoende zichtbaar als kwaliteitsprocedure. Met andere woorden: ik heb wel een sessie met Dokters

van de Wereld georganiseerd, maar had bij voorkeur ook de vier ongedocumenteerde respondenten nog de gelegenheid gegeven om hun inbreng te controleren. Door gebrek aan tijd is dat helaas een intentie gebleven.

Reflexiviteit (clarifying bias and engaging in reflexivity) is onderdeel van de Onderzoekers strategieën van Cresswell & Poth en beschrijft de omgang met de eigen vooroordelen, aannames, waarden en ervaringen die gedurende het onderzoek mogelijk een rol hebben gespeeld. Het gaat hierbij om blijkgeven van zelfbewustzijn en zelfonthulling zodat de lezer daar rekening mee kan houden bij het vormen van een oordeel over het onderzoek. (Cresswell & Poth, 2018, p. 261)

Als het gaat om de situatie van vluchtelingen heb ik hele sterke overtuigingen en ben ik verre van onbevooroordeeld door de ruime werkervaring die ik heb in herkomstlanden van vluchtelingen die in Nederland verblijven. Hoewel ik de zorgethische ‘omarming’ van onderzoeker subjectiviteit zeer onderschrijf, kostte het mij tijdens het afnemen van de interviews en het doornemen van het LVV-beleid soms heel erg veel moeite om kritisch te blijven kijken naar mijn eigen ideeën en oordelen over het beleid en de mensen die dat beleid vormgeven en uitvoeren. Na afloop van de zeven gesprekken (met zowel ongedocumenteerden de statushouders), die ik stuk voor stuk als heel indringend heb ervaren, heb ik korte memo’s geschreven om op mijn eigen gevoelens naar aanleiding van de ontmoetingen te reflecteren. Overigens kreeg ik van de respondenten tijdens de gesprekken en van de vertalers ook nog in de conversaties achteraf te horen dat zij de gesprekken ook als prettig en heel bijzonder ervoeren. Mijn vooroordelen ten faveure van de ongedocumenteerden hebben zij mogelijk als een prettige vorm van empathie ervaren waardoor zij zich in het gesprek op hun gemak hebben gevoeld en gevoelige informatie wilden delen. Twee deelnemers gaven expliciet aan het fijn te vinden dat er naar hun ervaringen werd gevraagd.

Triangulatie (corroborating evidence through triangulation) betreft ook het perspectief van de onderzoeker en gaat om het gebruiken van meerdere en verschillende databronnen, methodes en theorieën om bewijsvoering te bevestigen. (Cresswell & Poth, 2018, p. 260)

Op verschillende manieren heb ik geprobeerd om tijdens het data verzamelen en de ontwikkeling van de argumentatie gebruik te maken van verschillende bronnen en methoden. Met name bij de beleidsanalyse over het LVV-beleid heb ik gebruik gemaakt van informatie vanuit verschillende bronnen, zoals de overheid, afhankelijke onderzoeksinstellingen en de

media. Bij de gesprekken met ‘ongedocumenteerden’ gebeurde triangulatie soms al tijdens het interview, doordat de vertalers die in alle gevallen de respondenten persoonlijk kenden de informatie terloops bevestigden. Eenzelfde dynamiek ontstond tijdens het focusgroep gesprek met de Zorgcafé vrijwilligers die elkaars inbreng bevroegen of bevestigden. Het focusgroep gesprek met de zorgverleners vond bovendien plaats voor alle interviews met ongedocumenteerden, zodat informatie uit dat gesprek eventueel ook nog met de individuele respondenten kon worden besproken.

Betrouwbaarheid (having peer review or debriefing) is onderdeel van de Lezer/ Reviewer en heeft te maken met het zoeken van een externe checks door mensen die bekend zijn met het onderzoek of het onderzochte onderwerp. (Cresswell & Poth, 2018, p. 263; Lincoln & Guba, 1985). Ook herhaalbaarheid is in kwalitatief onderzoek een procedure voor betrouwbaarheid (Colleges ZeB-40 2021 week 7).

Op een aantal momenten tijdens de uitvoering van het onderzoek is er afstemming en uitwisseling geweest met andere onderzoekers van het UvH project, medestudenten en de coördinatoren van Dokters van de Wereld. Ongeveer halverwege de analysefase, maar voor aanvang van het schrijven heeft er een online sessie plaatsgevonden met het team van Dokters van de Wereld waar eerste inzichten op basis van de dataverzameling onder de respondenten zijn gepresenteerd en besproken. Alle gesprekken zijn opgenomen als audiofile van voldoende kwaliteit en de woordelijke transcripties geanonimiseerd beschikbaar. Een mogelijke beperking is gelegen in het feit dat de opnames niet zijn teruggeluisd om eventuele fouten of onvolkomenheden in de vertaling tijdens het gesprek te corrigeren. Terugkijkend had er meer tijd gestoken moeten worden in het bespreken van de aanpak en uitwerking van de beleidsanalyse. Keuzes die voor deze methode gemaakt zijn heb ik onvoldoende kunnen doorspreken met de begeleidende docenten. Door heel nadrukkelijk in te gaan op de motivatie achter de keuzes en ook de zoektermen voor de beleidsteksten expliciet te benoemen heb ik gepoogd aan de voorwaarde van herhaalbaarheid invulling te geven en zo een betrouwbare studie op te leveren.

Realistisch (expressing a reality): gaat over de tekstuele weergave van belichaamde, echt geleefde ervaringen. Of de uitwerking van het onderwerp extern valide is - waarachtig en realistisch overkomt. (Richardson, 2000, p. 254). Ook overdraagbaarheid wordt gezien als procedure voor dergelijke externe validiteit (Colleges ZeB-40 2021 week 7).

Het gebruik van de focusgroep en interviews om de ervaringen van de ongedocumenteerden en zorgverleners te documenteren en deze met elkaar in verband te brengen is een belangrijke procedure om aan het realisme criterium te beantwoorden. Bovendien is tijdens de voorbereiden met de vertalers en bij de introductie van alle gesprekken nadrukkelijk benoemd dat het onderzoek zich richtte op de geleefde ervaring van mensen. Op deze manier is geprobeerd zo dicht mogelijk bij de werkelijkheid, zoals beleefd door de respondenten, aan te sluiten. De mate waarin de resultaten van het onderzoek overdraagbaar zijn is naar alle waarschijnlijkheid beperkt, zeker wat betreft de inbreng van de ‘ongedocumenteerde’ respondenten. Hoewel hun omstandigheden in zeker mate vergelijkbaar zijn wat betreft de regelgeving waar zij mee geconfronteerd worden, is hun migratiegeschiedenis en de manier waarop deze persoonlijke situaties hun ervaringen met Covid-19 hebben gevormd dermate individueel bepaald dat overdraagbaarheid naar alle waarschijnlijkheid beperkt is. Wat betreft de inbreng van de zorgverleners en zeker ook de inzichten uit de beleidsanalyse is dat in sterkere mate het geval.

7.2. Beperkingen

Het onderzoek werd beïnvloed door een aantal factoren die in meer of mindere mate van invloed zijn geweest op de kwaliteit van zowel het onderzoeksproces als de uiteindelijke rapportage.

Implicaties Covid-19

In de voorbereiding van het onderzoeksvoorstel in januari en de planning van het onderzoek in februari en maart 2021 kon in principe voldoende rekening worden gehouden met de beperkingen van de Covid-19 maatregelen. Het was met name de onduidelijkheid over de inhoud en timing van de versoepelingen die in praktische zin de planning bemoeilijkte. In deze fase werkte de nauwe samenwerking met DvW bijzonder goed, hoewel het afstemmen van afspraken met de drie groepen (DvW vrijwilligers, ongedocumenteerden en vertalers) voor alle betrokkenen ook erg intensief was. Een aantal betrokkenen had bovendien grote angst voor besmetting, waardoor een aantal gesprekken online moesten plaatsvinden.

Moeizame selectie respondenten

Mogelijk heeft Covid-19 ook een rol gespeeld bij het werven van respondenten. De verwachting was dat het mogelijk moest zijn om aan de gewenste onderzoekspopulatie van 8-

12 ongedocumenteerden te komen bleek onrealistisch. Ondanks veel inspanningen van de contactpersonen bij Dokters van de Wereld bleek het moeilijker dan verwacht om mensen te benaderen voor deelname. In normale omstandigheden zou het wellicht mogelijk zijn geweest om mensen op een DvW locatie aan te spreken, maar dat was vanwege Covid-19 niet gewenst. Het geplande aantal deelnemers werd in overleg naar beneden bijgesteld en door onduidelijkheid over de status van drie geïnterviewde personen die toch statushouder bleken te zijn, slonk de groep deelnemers tot de uiteindelijke vier. De laatste interviews vonden door de moeizame selectie bijna een maand later plaats dan oorspronkelijk gepland.

Onderschatting invloed van taalbeperking

In de onderzoeksopzet was een belangrijke rol weggelegd voor de vertalers in verband met de taalbarrière tussen de onderzoeker en de ongedocumenteerden. Naast de taak van het tolken tijdens het interview was het ook de bedoeling dat de vertalers de audiofiles van het gesprek zouden controleren op juistheid en deze tenslotte woordelijk in het Nederlands zouden uitwerken. Over het algemeen ging het tolken goed, al lukte het niet altijd om de antwoorden van de respondent letterlijk te vertalen en werd geregeld een grote hoeveelheid tekst even kort samengevat. Hier is op geprobeerd te sturen in de voorbereiding en ook tijdens de interviews op gewezen, maar niet in alle gevallen gelukt. Het controleren en uitwerken van de audiofiles naar het Nederlands was bovendien voor alle vertalers te hoog gegrepen. Het ontbrak hen bovendien aan tijd en vanwege Covid-19 waren er ook praktisch geen mogelijkheden om deze kwaliteitscheck anders te organiseren. Voor een vervolgstudie op basis van deze data zou een nieuwe vertaling van deze audiofiles zeker aan te bevelen zijn. De Nederlandse interviews werden getranscribeerd door een extern bureau, maar vanwege de complexiteit van de gesprekken en soms beperkte duidelijkheid van de vertalingen is besloten de interviews met ongedocumenteerden zelf uit te werken. Om de bijdragen van respondenten in de tekst te kunnen opnemen heb ik af en toe moeten afwijken van de woordelijke transcripties van de vertalingen.

Geen ruimte voor flexibele planning

De planning van de dataverzameling, data-analyse en uitwerking was in verband met lopende werkzaamheden naast dit afstudeertraject heel strak ingevuld. Door de hierboven beschreven uitloop in de dataverzameling, en met name de verwerking van de data kon deze planning niet gehaald worden en moesten die activiteiten noodgedwongen tussen de niet-studie gerelateerde werkzaamheden door plaatsvinden en uiteindelijk over de vakantieperiode heen

getild worden. Een aanvullende factor die meespeelde was mijn onervarenheid met analysesoftware Atlas.ti en door de uitloop in de dataverzameling was de ruime periode van een maand die gereserveerd was voor het ontdekken van deze software met de data uiteindelijk teruggebracht tot ongeveer een week. Door de tijdsdruk in augustus heeft er vrijwel geen uitwisseling meer met de scriptiebegeleiding en het UvH Covid-19 projectteam plaatsgevonden (zie onder) en daar heeft de grondigheid van het eindproduct zeker onder te lijden gehad.

Koppeling UvH onderzoekstraject

Een meer algemeen punt van aandacht is het feit dat het onderzoek deel uitmaakte van een breder UvH zorgethisch onderzoeksproject naar het Nederlandse Covid-19 beleid. Deze koppeling bood mij als Masterstudent een aantal zeer waardevolle mogelijkheden, waaronder inspiratie opdoen en leren van de expertise van het onderzoeksprojectteam; en contact maken en samenwerken met een relevante maatschappelijk organisatie. Uiteindelijk neig ik naar de conclusie dat de uitwisselingen met de projectgroep heel erg inspirerend en inzicht gevend waren, en de samenwerking met Dokters van de Wereld bijzonder goed is verlopen, maar dat het mij niet goed is gelukt deze koppeling ten volle te benutten. In mijn poging bij het overkoepelende onderzoek aan te sluiten heb ik te weinig de afbakening en voortgang van mijn eigen onderzoek vooropgesteld. De afstemming over de morele logica in het overheidsbeleid en de uitwerking van de onderzoeksinstrumenten bijvoorbeeld leverden boeiende inzichten op, maar hebben ook kostbare tijd gevergd. Hierover had ik in een vroeger stadium met mijn begeleider van gedachten moeten wisselen. Ik hoop van harte dat deze thesis toch gezien wordt als een waardevolle bijdrage aan de bredere UvH beleidsevaluatie en uiteindelijk ook het werk van Dokters van de Wereld ten goede komt.

Literatuur

- Bacchi, C. (2009). *Analysing policy: What's the problem represented to be?* Melbourne: Pearson Australia.
- Bloemen, E. (2019, #6). Ongedocumenteerde vreemdelingen in beeld. *Vakblad Sociaal Werk*, pp. 18-20.
- Bosniak, L. (2007). Being Here: Ethical Territoriality and the Rights of Immigrants. *Theoretical Inquiries in Law*, 8(2), 389–410.
- Bosniak, L. (2007). Being Here: Ethical Territoriality and the Rights of Immigrants. *Theoretical Inquiries in Law*, 389-410.
- Bosniak, L. (2017). Status non-citizens. In Shachar, Baubock, Bloemraad, & Vink, *Handbook of Citizenship Studies* (pp. 314-336). Oxford: Oxford University Press.
- Butler, J. (2009). Precarious life, grievable life? In J. Butler, *Frames of War. When is life grievable?* (pp. 23-32). Londen, New York: Verso.
- Butler, J. (2015). *Notes towards a Performative Theory of Assembly*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Cochrane, A. L. (1989). Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services. *British Medical Journal*.
- Commissie van Zwol. (2019). *Langdurig verblijvende vreemdelingen zonder bestendig verblijfsrecht*. Rijksoverheid.
- Cresswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five approaches*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Dahlberg, K., Drew, N., & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research (2e editie)*. Lund: Studentlitteratur.
- Delanty, G. (2003). Citizenship as a Learning Process: Disciplinary Citizenship versus Cultural Citizenship. *Lifelong education*, 22(6), 597-605.
- Dokters van de Wereld. (2019). *Niemand op Straat!* Amsterdam: Dokters van de Wereld. <https://dokterstvanderwereld.org/niemand-op-straat-opvang-voor-iedereen-met-en-zonder-verblijfspapieren/>
- Engster, D. (2015). Care in the state of nature. The biological and evolutionary roots of the disposition to care in human beings. In D. Engster, & M. Hamington, *Care Ethics & Political Theory* (pp. 227-251). Oxford: Oxford University Press.

- Engster, D., & Hamington, M. (2015). *Care Ethics and Political Theory*. Oxford Scholarship Online.
- Fineman, M. A. (2004). *The Autonomy Myth: A Theory of Dependency*. New York: The New Press.
- Fineman, M. A. (2008). The vulnerable subject: Anchoring equality in the human condition. *Yale Journal of Law and Feminism*, 20(1), 1-23.
- Fineman, M. A. (2010). The Vulnerable Subject and the Responsive State. *Emory Law Journal*, 60, 251-275.
- Fineman, M. A. (2017). Vulnerability and Inevitable Inequality. *Oslo Law Review*, 4(3), 133-149.
- Fineman, M. A. (2019, November). Vulnerability in Law and Bioethics. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 30(4), 52-61.
- Foucault, M. (2001). Subject and Power. In J. D. Faubion, & R. (. Hurley, *Power: Essential works of Foucault, 1954-1984* (Vol. III). New York: The New Press.
- Fraser, N. (1987). Women, Welfare and the Politics of Need Interpretation. *Hypatia*, 2(1), 103–121.
- Goodin, R. E. (1985). *Goodin , R.E. 1985 , Protecting the Vulnerable: A Reanalysis of Our Social Responsibilities*. Chicago: University of Chicago Press.
- Greenswag, K. (2017). The Problem with "Caring" Human Rights. *Hypatia*, 32(4), 801-816.
- Held, V. (1995). *Essential Readings in Feminist Ethics*. Boulder, CO: Westview Press.
- Held, V. (1995). The Meshing of Care and Justice. *Hypatia*, 10(2), 128-132.
- Held, V. (2006). *The ethics of care: Personal, Political and Global*. Oxford: Oxford University Press.
- Held, V. (2015). Care and Justice, still. In D. Engster, & M. Hamington, *Care Ethics & Political Theory* (pp. 19-36). Oxford : Oxford University Press.
- Juhila, K., Raitakari, S., & Hall, C. (2017). *Responsibilisation at the Margins of Welfare Services*. (K. Juhila, S. Raitakari, & C. Hall, Eds.) Londen, New York: Routledge.
- Kittay, E. F. (1999). *Love's Labor: Essays on Women, Equality and Dependency*. New York: Routledge.
- Kittay, E. F. (2015). A theory of justice as fair terms of social life given our inevitable dependency and our inextricable interdependency. In D. Engster, & M. Hamington, *Care Ethics & Political Theory* (pp. 51-71). Oxford: Oxford University Press.
- Knijn, T., & Lepianka, D. (2020). *Justice and Vulnerability in Europe*. Cheltenham; Northampton MA: Edgar Elgar Publishing.

- Kos, S., Maussen, M., & Doornik, J. (2016). Policies of exclusion and practices of inclusion: how municipal governments negotiate asylum seeking policies in the Netherlands. *Territory, Politics, Governance*, 354-374.
- Kox, M., & Staring, R. (2020). "If you don't have documents or a legal procedure, you are out!" Making humanitarian organizations partners in migration control. *European Journal of Criminology*, 1-20.
- Leget, C., van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2017). Beyond Demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing Ethics*, XX(X), 1-9.
- Lister, R. (2007). Inclusive citizenship: realizing the potential. *Citizenship Studies*, 11(1), 49-61.
- Lorey, I. (2011). Governmental precarization. *Inventions* Centar za socijalna istraživanja alternativa kulturna organizacija: <https://transversal.at/transversal/0811/lorey/en>
- Luna, F. (2019). Revisiting Vulnerability: Its Development and Impact. In E. Rivera-López, & M. Hevia, *Controversies in Latin American Bioethics* (Vol. 79, pp. 67-81). Cham: Springer.
- Mackenzie, C. (2015). The Importance of Relational Autonomy and Capabilities for an Ethics of Vulnerability. In C. Mackenzie, W. Rogers, & S. Dodds, *Vulnerability New Essays in Ethics and Feminist Philosophy* (pp. 33-59). Oxford: Oxford University Press.
- Mackenzie, C., Rogers, W., & Dodds, S. (2015). *Vulnerability: New Essays in Ethics and Feminist Philosophy*. Oxford: Oxford University Press.
- Minderhoud, P. (2019, #6). Dilemma's in gemeenten. *Vakblad Sociaal Werk*, pp. 28-31.
- Minderhout, P. (2019). Dilemma's in gemeenten. *Vakblad sociaal werk*(6), 28-31.
- Nussbaum, M. (1992). Human functioning and social justice: In defense of Aristotelian essentialism. *Political Theory*, 20(2), 202-246.
- Pols, J. (2013). De chronificering van het ziek-zijn: empirische ethiek in de zorg. *Oratiereeks Universiteit van Amsterdam*. 474, pp. 1-18. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Richardson, L. (2000). Evaluating ethnography. *Qualitative Inquiry*, 6(2), 253-255.
- Robinson, F. (2015). Care ethics, political theory, and the future of feminism. In D. Engster, & M. Hamington, *Care Ethics and Political Theory* (pp. 293-311). Oxford Scholarship Online.
- Ruddick, S. (1995). Injustice in Families: Assault and Domination. In V. Held, & V. Held (Ed.), *Justice and Care: Essential Readings in Feminist Ethics*. Boulder, CO: Westview Press.

- Sander-Staudt, M. (2016). *Care Ethics*. Retrieved March 2021, from The Internet Encyclopedia of Philosophy, ISSN 2161-0002: <https://www.iep.utm.edu/>
- Sevenhuijsen, S. (1998). *Citizenship and the Ethics of Care. Feminist Considerations on Justice, Morality and Politics*. Londen: Routledge.
- Sevenhuijsen, S. (2004). Trace: A method for normative policy analysis from the ethic of care. In S. Sevenhuijsen, & A. (. Svab, *The Heart of the Matter: The contribution of the ethic of care to social policy in some new EU member states*. Peace Institute, Institute for Contemporary Social and Political Studies.
- Slote, M. (2015). Care ethics and liberalism. In D. Engster, & M. Hamington, *Care Ethics & Political Theory* (pp. 37-50). Oxford: Oxford University Press.
- Straehle, C. (2016). *Vulnerability, Autonomy and Applied Ethics*. (C. Straehle, Ed.) New York: Routledge.
- Tronto, J. C. (1993). *Moral Boundaries*. London: Routledge.
- Tronto, J. C. (2013). *Caring Democracy: Markets, Equality and Justice*. New York: New York University Press.
- Urban, P. (2020). Organizing the caring society: toward a care ethical perspective on institutions. In P. Urban, & L. Ward, *Care Ethics, Democratic Citizenship and the State* (pp. 277-306). Cham: Springer International Palgrave Macmillan.
- Urban, P., & Ward, L. (2020). *Care Ethics, Democratic Citizenship and the State*. Cham: Springer International Palgrave Macmillan.
- van der Heijden, P. G., Cruyff, M. J., & Engbersen, G. B. (2020). *Schattingen onrechtmatig in Nederland verblijvende vreemdelingen 2017-2018*. Utrecht: WODC.
- van der Meide, H. (2015). Het onthullen van ervaringen. Fenomenologie als kwalitatieve onderzoeksbenadering: deel I van een tweeluik. *Kwalon*, 20(1), 21-28.
- van Wijngaarden, E. (2015). Fenomenologisch onderzoek naar voltooid leven bij ouderen. *Kwalon*, 20(1), 34-39.
- Vrij Nederland. (2021, February 26). De meest hulpeloze slachtoffers van de coronacrisis worden door de politiek keihard genegeerd. *Vrij Nederland*. Vrij Nederland.
- Walker, M. U. (2008). *Moral Understandings: A Feminist Study in Ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Warming, H., & Fahnøe, K. (2017). Social Work and Lived Citizenship. In *Lived Citizenship on the Edge of Society. Rights, Belonging, Intimate Life and Spatiality* (pp. 1-22). Cham: Palgrave Macmillan.

- Werbner, P., & Yuval-Davis, N. (1999). Introduction: women and the new discourse of citizenship, in: N. Yuval- Davis & P. Werbner (Eds) *Women, Citizenship and Difference*. In P. Werbner, & N. (. Yuval-Davis. London en New York: Zed Books.
- Wissink, L. M. (2021). *We hebben niet de middelen om onszelf 100% te geven*. Hogeschool Inholland, Lectoraat Jeugd en Samenleving, Amsterdam.
- Zouka (Director). (2021). *De Onzichtbaren* [Documentaire]
<https://www.zouka.nl/ombudsman>
- Zuurmond, A. (2021). *Onzichtbaar*. Amsterdam: Ombudsman Metropool Amsterdam.

Bijlage 1: Gespreksvragen

Focusgroep onderwerpen DvW

[Introductie en *informed consent*]

[Invloed maatregelen algemeen]

De coronacrisis en de maatregelen duren nu al meer dan een jaar en er is in die periode veel gebeurd. Voor het onderzoek zijn we vooral benieuwd naar uw ervaringen in tijdens de eerste periode tijdens het voorjaar en de zomer van 2020.

1. Kunt u allereerst iets vertellen over hoe de coronacrisis uw werk bij DvW sinds vorig jaar maart beïnvloedt? Wat is er sindsdien voor u vooral veranderd? Met welke maatregelen heeft u vooral te maken gehad?
2. Zijn er dingen die u specifiek doet vanwege de coronacrisis en de maatregelen, of die u juist laat? Zo ja, kunt u een ervaring beschrijven? Waarom doet of laat u deze dingen? Wat vindt u hier belangrijk aan? Ervaart u dit als een keuze of als iets wat u moet doen?

[Kwetsbaarheid]

Het Covid-19 beleid staat vrijwel geheel in het teken van het omgaan met ‘kwetsbaarheid’ en beschermen van ‘kwetsbare groepen’. Alsof het heel duidelijk is wat precies met ‘kwetsbaarheid’ wordt bedoeld, terwijl mensen dat heel verschillend kunnen begrijpen en ervaren. Ik ben daarom benieuwd wat ‘kwetsbaarheid’ voor u betekent.

3. Ervaart u in uw werk dat ODM/ SH kwetsbaar zijn? Op welke manier? Is dat door de maatregelen veranderd? Hoe? Kunt u een concrete ervaring beschrijven?
4. Ervaart u in uw werk dat uzelf kwetsbaar bent? Op welke manier? Is dat door de maatregelen veranderd? Hoe? Kunt u een concrete ervaring beschrijven?

[Behoeften]

Het niet hebben van een verblijfsstatus is medebepalend voor de mate waarin ODM in hun behoeften kunnen voorzien, voor SH spelen nog weer andere factoren een belangrijke rol. Als zorgverlener heeft uzelf uiteraard ook behoeften waar in meerdere of mindere mate in voorzien wordt. Kort en goed is het van belang welke behoeften er zijn om goede zorg te verlenen. Graag bespreek ik daarom ‘behoeften’ met u.

5. Ervaart u dat ODM/ SH andere behoeften hebben door de coronacrisis? Wat voor invloed hebben de getroffen maatregelen wat u betreft? Kunt u hier een voorbeeld van geven?
6. Ervaart u dat uzelf andere behoeften heeft door de coronacrisis? Wat voor invloed hebben de getroffen maatregelen wat u betreft op uw behoeften? Kunt u hier een voorbeeld van geven?

[Verantwoordelijkheden]

Het verlenen van goede zorg, ook tijdens de coronacrisis, hangt onder meer samen met het signaleren en vervullen van behoeften van anderen. Verschillende personen en instanties kunnen hiervoor gedeeltelijk verantwoordelijk zijn, zoals u als zorgverleners, maar ook de overheid en ODM/ SH zelf hebben hierin mogelijk een rol.

7. Ervaart u verantwoordelijkheid voor de zorg aan ODM/ SH tijdens de coronacrisis? Kunt u die ervaring toelichten of daar een voorbeeld van geven?
Wie zijn er nog meer betrokken bij de zorgverlening aan ODM/SH? Ervaart u de verdeling van verantwoordelijkheden als rechtvaardig? Wie zou deze verantwoordelijkheid mede moeten dragen wat u betreft?
Ervaart u dat u als zorgverleners voldoende ruimte krijgt om te bepalen welke zorg aan ODM/ SH verleend moet worden en hoe die verleend zou moeten worden?
8. Hoe ervaart u de aandacht voor de zorg aan u als zorgverleners? Kunt u die ervaring toelichten of daar een voorbeeld van geven? Met andere woorden: hoe zijn de verantwoordelijkheden voor het signaleren en vervullen van de behoeften van zorgverleners verdeeld tijdens de coronacrisis? En waar zouden deze verantwoordelijkheden mede gedragen moeten worden wat u betreft?

Interviewvragen ODM

[Introductie en *informed consent*]

[Algemeen/ maatregelen]

De coronacrisis en de maatregelen duren nu al meer dan een jaar en er is in die periode natuurlijk veel gebeurd. Voor het onderzoek ben ik vooral benieuwd naar uw ervaringen in tijdens de eerste periode tijdens het voorjaar en de zomer.

1. Kunt u mij allereerst iets vertellen over hoe de coronacrisis uw leven sinds vorig jaar maart beïnvloed heeft? Wat is er sindsdien voor u vooral veranderd? Met welke maatregelen heeft u sinds die tijd vooral te maken gehad?
2. Zijn er dingen die u specifiek doet vanwege de coronacrisis en de maatregelen, of juist laat? Zo ja, kunt u een voorbeeld geven? Ziet u dit als een keuze of als iets wat noodzakelijk is om doen?

[Kwetsbaarheid]

Er wordt tijdens de crisis veel gesproken over ‘kwetsbaarheid’ en ‘kwetsbare groepen’. Alsof het heel duidelijk is wat daar precies mee wordt bedoeld, terwijl mensen die woorden heel verschillend kunnen begrijpen en ervaren. Ik ben daarom benieuwd wat deze woorden voor u betekenen.

3. Voelde u zich tijdens de coronacrisis wel eens ‘kwetsbaar’?
Zo *ja*, kunt u me hierover iets vertellen? (In welke situatie voelde u zich kwetsbaar? Waardoor voelde u zich kwetsbaar? Wat betekende het voor u om zich kwetsbaar te voelen?)
Zo *nee*, kunt u vertellen hoe u de invloed van de coronacrisis op uw situatie dan ervaart? Hoe zou u dat omschrijven?
4. Was er tijdens de coronacrisis ook wel eens een concreet moment of situatie dat u zich *helemaal niet* ‘kwetsbaar’ voelde? Kunt u me hierover iets vertellen?

[Behoeften]

In uw leven speelt de situatie rondom uw verblijfsstatus uiteraard een belangrijke rol in de manier waarop u in uw behoeften kunt voorzien. De coronacrisis en de maatregelen hebben mogelijk ook invloed op uw behoeften, of de behoeften van anderen waarin u voorziet. Ik ben benieuwd wat de corona maatregelen betekenen voor wat u nodig heeft en hoe u in de behoeften van uzelf of eventueel anderen voorziet.

5. Kunt u omschrijven welke behoeften voor u belangrijk zijn, wat u in het dagelijks leven nodig heeft? Zijn deze behoeften tijdens de coronacrisis of door de maatregelen veranderd? Hoe? *[Deze vraag kan met vragen 1-4 al grotendeels beantwoord zijn]*
6. Kunt u iets vertellen over behoeften van anderen in uw omgeving waar uzelf voor zorgt? Zijn die behoeften door de coronacrisis of de maatregelen veranderd? Hoe?

[Verantwoordelijkheden]

In het voorzien in uw behoeften en het omgaan met kwetsbaarheid spelen verschillende mensen en instanties een rol. U regelt bepaalde zaken zelf en voor andere zaken kunt u ergens terecht voor hulp.

7. Kunt u een voorbeeld geven van een concrete situatie tijdens de coronacrisis waarin u bepaalde hulp of ondersteuning nodig had die voor u belangrijk was? Werd deze ook geleverd? Zo ja, wie waren bij deze situatie betrokken en wat vond u van de zorg? Zo nee, wie had erbij betrokken moeten zijn?
8. Ervaart u weinig of veel *inspraak* over de zorg die u ontvangt? Kunt u een voorbeeld geven van een situatie waarin u zorg nodig had en of u daarover invloed kon uitoefenen of kon meebeslissen? Hoe zag de situatie eruit? Wie waren er bij de situatie betrokken? Wat betekende deze situatie voor u?
9. Kunt u een voorbeeld geven van een concrete situatie tijdens de coronacrisis waarin u zorgde voor iemand in uw omgeving? Zo ja, hoe zag deze situatie eruit en wie waren bij deze situatie betrokken? Wat betekende het verlenen van deze zorg voor u?

[Afronding]

Het is natuurlijk onduidelijk hoelang de coronacrisis en de maatregelen nog zullen duren. Toch ben ik tot slot nog benieuwd naar uw verwachtingen over de toekomst.

10. Wat zou u graag doen zodra de coronamaatregelen worden opgeheven?