



Convenant GGZ voor asielzoekers

*Optimale samenwerking tussen GGZ- aanbieders
en (zorg)ketenpartners*

Concept 1.0

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	2
1.1.	Aanleiding en doelstelling	2
1.2.	Ambitie	2
1.3.	Visie	3
1.4.	Implementatieplan	3
2.	Schets van de keten voor psychische gezondheid en GGZ voor asielzoekers	4
2.1.	Vier thema's om de psychische gezondheid en GGZ keten te optimaliseren	4
2.2.	Samenwerking betrokken partijen bij GGZ voor asielzoekers	4
2.3.	Preventie	6
2.4.	Indicatiestelling en echelonkeuze	9
2.5.	Behandeling	10
3.	Partijen verbonden aan dit convenant	13
3.1.	Ondertekening door bestuurders GGZ-instellingen en overige partijen	13
3.2.	Eisen aan convenantpartners	14
	Bijlage 1: convenantafspraken GGZ Asielketen	16
	Waarom een convenant	16
	Resultaat	16
	Schets van het proces	17
	Samenvatting	17
	Bijlage 2: definities en bepalingen	19
	Bijlage 3: aanleiding en context	21
	Overeenkomstig waar het kan, verschillend als het moet	21
	Bijlage 4: doelstellingen en ambities	23
	Bijlage 5: toelichting op het bekostigingskader	24
	Menzis COA Administratie voor zorg aan asielzoekers	24
	Openbare geestelijke gezondheidszorg	24
	GGZ Zorg	24
	Veranderingen in de GGZ per 1 januari 2015	25
	Bijlage 6: procesafspraken	27
	Bijlage 7: signalering naleving convenant	28
	Besturing convenant	28
	Signalering en naleving convenant	28
	Onderhoudscyclus convenant	29
	Bijlage 8: checklist convenantafspraken en uitwerkpunten	30
	Bijlage 9: contact	33

1. Inleiding

1.1. Aanleiding en doelstelling

De GGZ-zorg voor asielzoekers wordt ingekocht door Menzis COA Administratie BV (MCA). Dit heeft enerzijds een praktische reden. Asielzoekers zijn niet verzekerd voor zorg, maar maken op basis van de Regeling Zorg Asielzoekers, aanspraak op zorg in natura. Anderzijds is er een besef dat het verlenen van GGZ-zorg aan asielzoekers verschilt van de GGZ voor Nederlandse patiënten. De betrokken partijen willen de GGZ-keten voor asielzoekers optimaal organiseren. Van behoefte aan preventie tot aan basis- en specialistische GGZ is met betrokken partijen gezocht naar manieren om:

- psychische problemen en GGZ-gebruik te voorkomen door middel van preventie,
- Indien nodig optimaal toe te leiden,
- Samen te werken op lokaal en (boven) regionaal niveau,
- Informatie te delen met inachtneming van het medisch beroepsgeheim
- Behandeling van patiënten te richten op herstel en zelfredzaamheid en uit te laten stromen of terug te laten stromen naar de basis-GGZ

De convenantpartijen en het COA¹ streven ernaar dat partijen elkaar beter leren kennen, samenwerkingsafspraken maken, elkaar goed informeren en positioneren. Op die manier wordt ook geprobeerd zicht te krijgen op de randvoorwaarden die daarvoor ingevuld moeten worden door iedere betrokken partij. In bijlage 1 is meer informatie over de achtergrond van de convenant opgenomen.

Onderhavig convenant vormt een eerste kader van waaruit de GGZ voor asielzoekers geoptimaliseerd wordt. De concrete uitwerking van de convenantafspraken en van de checklist in bijlage 8 geeft een meer gedetailleerde invulling van dit convenant. Met de bekrachtiging van dit convenant wordt tevens de intentie uitgesproken de GGZ voor asielzoekers ook voor de toekomst verder door te ontwikkelen.

1.2. Ambitie

De ambitie van de convenantpartijen² en het COA is elkaar te verbinden aan afspraken die leiden tot een optimale samenwerking bij het versterken van de psychische gezondheid van en het leveren van GGZ-zorg aan asielzoekers.

MCA, het Gezondheidscentrum Asielzoekers, lokale GGD'en, GGZ-aanbieders en het COA ervaren allen de noodzaak en de wens om hun samenwerking beter te organiseren en af te stemmen in de (preventieve) zorg aan asielzoekers. Men wil van elkaar leren, elkaar versterken en optimale resultaten halen voor deze patiëntengroep. Dit convenant drukt de intentie daartoe uit door middel van 13 afspraken die beschrijven wat gerealiseerd moet worden om op optimale wijze zowel landelijk als op regionaal niveau, in samenhang 'matched' en 'stepped' zorg aan asielzoekers te kunnen leveren. Het convenant beschrijft de samenwerking in de keten voor

¹ Het COA is opdrachtgever van Menzis en is daarom geen ondertekenaar van het convenant. De inhoud van het convenant en de daaruit voortkomende afspraken worden wel onderschreven en het COA participeert ook in de uitvoering van die afspraken, omdat COA op lokaal niveau wel een samenwerkingspartner is.

² De convenant partijen worden benoemd in paragraaf 3.1.

volwassenen GGZ. Jeugd GGZ als onderdeel van de Jeugdzorg valt echter sinds 1-1-2015 onder de RZA en de Jeugd GGZ is daarmee ook onderdeel van het convenant. Let wel, hoewel een convenant niet afdwingbaar is, zal het zorginkoopbeleid van MCA de hierin uitgezette lijn volgen en kunnen specifieke afspraken worden opgenomen in de zorgcontractering van individuele zorgaanbieders.

1.3. Visie

Geestelijke gezondheidszorg aan asielzoekers (inclusief asielzoekerskinderen) gebeurt vanuit een zorgplicht zoals die geldt voor een ieder. De zorg aan asielzoekers wordt gekenmerkt door een onzeker perspectief en de context verschilt van die van mensen met een verblijfsrecht in Nederland. De - in veel gevallen - heftige en schokkende gebeurtenissen die de asielzoeker heeft meegemaakt, de onzekerheid van de asielprocedure en de onzekerheid over het verblijf in Nederland bepalen in grote mate de aard van de problematiek van asielzoekers en deze factoren spelen onmiskenbaar een rol bij het verlenen van zorg, de resultaten van de behandeling en de herstel mogelijkheden van patiënten. Het is van belang dat convenantpartijen zich realiseren dat er verschillende visies zijn op het verlenen van zorg binnen dit kader. Samenwerkingsafspraken over het versterken van psychische gezondheid, het starten, inzetten en afronden van (GGZ-)behandelingen, op- en afschaling van zorg, uitstroom, en door- en terugverwijzing van asielzoekers en patiënten worden geraakt door deze verschillende visies. Het is daarom van belang hierover in overleg met elkaar tot consensus en een gedeelde visie te komen. Deze gedeelde visie krijgt gedurende het implementatietraject verder gestalte.

1.4. Implementatieplan

Dit convenant beschrijft de ambities en de afspraken die hierbij horen. De praktische activiteiten behorend bij de convenantafspraken zullen - na ondertekening van dit convenant - worden uitgewerkt in een implementatieplan. Vanuit de convenantpartners en het COA zal inzet geleverd worden om te komen tot implementatie van de afspraken. De kosten van de eigen inzet nemen partijen en organisaties zelf voor hun rekening. Indien relevant zal per werkafpraak bekeken worden of er additionele kosten zijn die op een andere manier vergoed dienen te worden. Nadere afspraken hierover worden gemaakt in de stuurgroep. Onder leiding van een verantwoordelijk trekker, vanuit één van de convenantpartijen, zullen plannen van aanpak voor de verschillende convenantafspraken worden ontwikkeld die voor eind 2017 leiden tot realisatie hiervan. Vanuit het MCA is een verantwoordelijk medewerker aangesteld die initiërend en sturend de organisatie van het implementatieplan tot en met 2017 zal oppakken. De voortgang en de resultaten worden regelmatig gemonitord door de stuurgroep en maken onderdeel uit van de inkoopgesprekken door het MCA met de zorgaanbieders.

2. Schets van de keten voor psychische gezondheid en GGZ voor asielzoekers

2.1. Vier thema's om de psychische gezondheid en GGZ keten te optimaliseren

Er zijn vier thema's waarover afspraken zijn gemaakt:

- Samenwerking betrokken partijen bij GGZ voor asielzoekers
- Preventie: versterken psychische gezondheid
- Indiciestelling en echelonkeuze
- Behandeling

Bij ieder thema worden de relevante afspraken toegelicht door de huidige situatie te schetsen, verbeterpunten daarvoor te formuleren en die te vertalen naar concrete convenantafspraken en de praktische uitwerking daarvan.

2.2. Samenwerking betrokken partijen bij GGZ voor asielzoekers

Huidige situatie

Het is gebleken dat tussen de GGZ-aanbieders, GC A, de lokale GGD'en en het COA de bekendheid over elkaars werk verbeterd kan worden. Voor de COA medewerker op locatie is de geestelijke problematiek van de asielzoeker niet altijd inzichtelijk, en daarmee de gekozen behandeling door behandelaren niet vanzelfsprekend. Voor GGZ-aanbieders maakt het COA/de COA opvang locatie deel uit van de asielprocedure en de context van patiënt. Het COA is geen onderdeel van de GGZ behandelpraktijk.

Verbeterpunt

Er is veel verbetering mogelijk met betrekking tot de kennis van elkaars taken en de verdeling daarvan, en vertrouwen in elkaars competentie en intentie. Waar noodzakelijk dient men elkaar te informeren zodat alle (zorg)ketenpartners hun (wettelijke) taken goed kunnen uitvoeren c.q. hun (wettelijke) verantwoordelijkheden kunnen nemen ten behoeve van de asielzoeker. Het medisch beroepsgeheim dient als uitgangspunt. Indien het in het belang is van de asielzoeker en met diens toestemming is, worden partijen opgeroepen om informatie te delen. Hier dient prudent mee om te worden gaan³. De onderstaande convenantafspraken dienen dan ook gelezen te worden met in achtneming van de Wet bescherming persoonsgegevens en het medisch beroepsgeheim.

Conclusie:

De asielzoeker woont in een COA opvanglocatie en deze locatie vormt daarmee een deel van 'het systeem' van de asielzoeker. Met systeem worden alle betrokkenen rondom de asielzoeker bedoeld, in eerste instantie het gezin, daarnaast zowel informele als professionele betrokkenen. Gezien het beperkte systeem dat een asielzoeker heeft in Nederland maakt dat de rol van het COA belangrijk. GGZ behandelaren hebben een eigen rol- en taakverantwoordelijkheid in het

³ Als voorbeeld hiervoor kunnen de gedragslijn binnen Veiligheidshuizen en de KNMG richtlijn beroepsgeheim/uitwisseling medische gegevens dienen. Zie:

http://www.veiligheidshuizen.nl/toolbox/informatie-uitwisseling-en-privacy_en

<http://knmg.artsennet.nl/Dossiers-9/Dossiers-thematrefwoord/Beroepsgeheim-1.htm>

bieden van behandeling of het voorkomen daarvan aan asielzoekers. Alle (zorg)ketenpartners hebben elkaar nodig.

Convenantafpraak 1: elkaar kennen, informeren, betrekken en positioneren

Praktische uitwerking

Kennen:

- De convenantpartners en het COA informeren elkaar op organisatieniveau over doelstelling en werkwijze.
- Ontvangende organisaties dragen er zorg voor dat eigen medewerkers bekend zijn met deze doelstellingen en werkwijzen. Hiervoor wordt een aandachtsfunctionaris bij GGZ-aanbieders aangewezen. Door de taak bij een specifieke functionaris te beleggen wordt geborgd dat het onderwerp belegd is in de organisaties. De aandachtsfunctionaris heeft als taak de bekendheid met de taak en organisatie van het COA en het GCA te vergroten en is tevens aanspreekpunt voor hen.
- COA benoemt per locatie ook een aandachtsfunctionaris gezondheidszorg, zodat GGZ-aanbieders en COA effectief kunnen afstemmen. Zolang deze er niet is, fungeert de locatiemanager als aanspreekpunt voor zorgaanbieders.
- Als een asielzoeker een GGZ-behandeling krijgt dienen de betrokken convenantpartners en COA medewerkers elkaar weten te vinden (bereikbaar en toegankelijk voor elkaar).

Informeren en betrekken:

- Indien uitwisseling van zorginhoudelijke informatie gewenst is, zal hiervoor toestemming gevraagd worden aan de patiënt. Dit wordt vastgelegd in het dossier.
- Bij het opstellen van een behandelplan voor de asielzoeker wordt de COA medewerker betrokken als zijnde onderdeel van 'het systeem'. Na informed consent zijn, gezien de mogelijke taalbarrière, de waarnemingen en bevindingen van de COA medewerker een informatiebron.
- De GGZ-aanbieder betreft life events als context informatie en anticipeert daarop. Het verloop van de asielprocedure kent ingrijpende life events en is daarmee van belang. De GGZ-aanbieder stelt zich actief op om de ontwikkelingen in de asielprocedure te achterhalen.
- Op aanvraag van de GGZ aanbieder informeert de asielzoeker zelf of, als dit niet mogelijk is maar toch noodzakelijk is en de asielzoeker daar toestemming voor geeft, de COA opvanglocatie, de GGZ-aanbieder over de voortgang van de procedure van de asielzoeker.
- De privacy van de asielzoeker en het beroepsgeheim worden gerespecteerd. Partijen maken inzichtelijk wat de grenzen zijn en maken hier- voor zover nog niet aanwezig - werkafspraken over.

Positioneren:

- Het GC A (of mogelijk de Jeugdarts) indiceert voor GGZ behandeling en verwijst de bewoner naar een GGZ instelling of GGZ behandelaar. Lokale afspraken garanderen dat de huisarts (GCA) altijd op de hoogte is van verwijzing door de Jeugdarts en vice versa.
- GGZ-aanbieders voeren de behandeling uit binnen het juiste echelon en behandelen niet langer dan noodzakelijk.
- Iedere GGZ-aanbieder dient het verloop van de behandeling en eventuele wijziging of doorverwijzing altijd terug te melden aan de verwijzer (meestal het GC A).
- Het is noodzakelijk om een centraal, degelijk en volledig gezondheidsdossier per asielzoeker bij te houden. Dat dossier is bij de huisarts van het GC A belegd.

- De GGZ aanbieder informeert de huisarts/het GC A en indien van toepassing de jeugdarts periodiek over de voortgang van de behandeling, inclusief de voorgeschreven medicatie. Deze neemt dit op in het gezondheids- of Jeugdgezondheidszorgdossier.
- De asielzoeker is zelf verantwoordelijk om de behandelend GGZ aanbieder tijdig te informeren inzake overplaatsingen. GC A heeft hierin een faciliterende rol op grond van de ketenrichtlijn verhuizingen. In het geval van uitzettingen of detentieplannen informeert het GC A de zorgaanbieder met betrekking tot de bij hen in zorg zijnde asielzoeker.

2.3. Preventie

Het doel van preventie is te zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen. Ook heeft preventie tot doel ziekten en complicaties van ziekten te voorkomen of in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen.

Wanneer dergelijke zorg wordt geboden zonder dat er een hulpvraag is, noemen we dat preventieve gezondheidszorg, of ook wel nuldelijnszorg.

Huidige situatie

De leefsituatie van de asielzoekers kan veel bijdragen aan het voorkomen van (het verergeren van) GGZ-problematiek. De asielzoeker verblijft in een vreemd land, met minder mogelijkheden tot een zinvolle dagbesteding, vaak zonder een netwerk van familie, vrienden en bekenden en met een ander besef van wat gezond is en niet.

De Jeugdgezondheidszorg volgt de fysieke, sociale, psychische en cognitieve ontwikkeling van jeugdigen op individueel en populatieniveau. Om de jeugdigen te volgen, zijn er verschillende contactmomenten, bijvoorbeeld op het consultatiebureau. Hierbij signaleert de JGZ gezondheidsbedreigingen en (dreigende) stoornissen in de ontwikkeling en zorgt ervoor dat de juiste ondersteuning en zorg wordt ingeschakeld.

De GGD'en bieden actief gezondheidsbevordering door collectieve voorlichting aan asielzoekers om gezond gedrag te bevorderen en gezondheidsproblemen tijdens het verblijf in de opvang en daarna te voorkomen. Collectieve voorlichting biedt de mogelijkheid om met andere asielzoekers over diverse gezondheidsthema's te spreken en van elkaar te leren.

Verbeterpunt

Zowel investeren in kennis van het voorkomen van GGZ-problematiek als het organiseren van dagbesteding worden door betrokken partijen gezien als mogelijke preventie van GGZ of het voorkomen van verergering van klachten.

Conclusies:

Het organiseren van zinvolle dagbesteding vormt een preventief onderdeel van GGZ voor asielzoekers.

Convenantafspraken 2: Dagbesteding draagt bij aan het voorkomen van (verergering van) GGZ-problematiek

Praktische uitwerking

Het hebben van een zinvolle dagbesteding draagt bij aan het voorkomen van verdere verergering van problematiek:

- Het COA realiseert een aanbod van algemene dagbesteding voor de asielzoekers in het kader van hun activeringsbeleid.

- GGZ aanbieders wijzen patiënten actief op de activeringsprogramma's die door het COA op locatie worden aangeboden en stimuleren deelname hieraan.
- Het MCA maakt afspraken met GGZ-aanbieders over specifieke dagbesteding in het kader van preventie en behandeling van GGZ problematiek. Hierover wordt tijdens de contractering overlegd met GGZ-aanbieders over de verschillende mogelijkheden en de mate van preventieve werking die uitgaat van de verschillende mogelijkheden.

Convenantafspraken 3: Een netwerk met sociale steun

Praktische uitwerking

Behandelingen in de GGZ zijn in toenemende mate gericht op herstel, zelfregie en zelfredzaamheid van patiënten. Helder is dat de mogelijkheden en de basisvoorwaarden hiertoe voor asielzoekers aanzienlijk gecompliceerder liggen dan voor Nederlandse GGZ patiënten. Om tegemoet te komen aan de menselijke behoefte van steun en ervaringen dient door het GC A en COA altijd (binnen redelijk grenzen vanwege de continue in- en uitstroom en met respect voor het beroepsgeheim) bekeken te worden of lotgenoten/ervaringsdeskundigen of vrijwilligers kunnen worden ingezet ter verbetering van de sociale ondersteuning en behoeften. Onderlinge sociale steun bevorderende programma's kunnen worden ingezet om specifieke problemen te voorkomen. Te denken valt vooral aan minderjarige asielzoekers en asielgezinnen.

Convenantafspraken 4: Continuïteit in de leefsituatie en woonomgeving

Praktische uitwerking

De COA opvanglocatie vormt voor de asielzoeker 'het systeem'. De verhuizing van asielzoekers naar andere COA opvanglocaties zorgt ervoor dat dit systeem verandert en in de nieuwe situatie opnieuw opgebouwd dient te worden. Idealiter is het aantal overplaatsingen zo minimaal mogelijk, binnen de grenzen van de wijze waarop de asielzoekersopvang nu georganiseerd is en die ook voor COA het kader vormen. Fasen in de procedure die samenhangen met fasen in de opvang leiden per definitie tot overplaatsingen. Met deze context dienen zorgaanbieders ook rekening te houden. Het COA heeft een visie op het zoveel mogelijk beperken van de overplaatsingen en handelt daar actief naar, met inachtneming van hun eigen mogelijkheden..

Convenantafspraken 5: Gezondheidsbevordering en bemoeizorg

Praktische uitwerking

Het COA verstrekt vanuit haar niet-medische gidsfunctie asielzoekers informatie over de Nederlandse gezondheidszorg. De gezondheidsbevorderaars van de GGD bieden asielzoekers daarnaast voorlichting aan over gezondheidsrisico's en hoe zij die kunnen voorkomen, zodat asielzoekers zelf verantwoordelijkheid kunnen nemen en keuzes kunnen maken voor gezond gedrag. De GGD biedt ook ondersteuning en advies aan COA medewerkers, lokale (zorg)ketenpartners, leerkrachten en AMV-mentoren zodat deze professionals binnen hun eigen taakgebied gezondheidsvoorlichting aan asielzoekers kunnen uitvoeren. Een goede aansluiting en afstemming tussen alle betrokkenen is in dit opzicht belangrijk. Gezien het hoge percentage aan traumagerelateerde problematiek, dient in afstemming met zorgketenpartners ook specialistische psycho-educatie ingezet te worden. Dit laatste wordt

uitgevoerd door de GGZ instellingen. Verwijzing kan plaatsvinden door de huisarts/GGZ consulent en voor kinderen door de Jeugdgezondheidszorg.

Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ), ook wel bemoeizorg genoemd, is zorg naar aanleiding van bijvoorbeeld ‘overlast’ op de COA opvanglocatie door individuen en groepen. Deze zorg is primair belegd bij de GGD, maar ook inzet vanuit de GGZ is mogelijk. Hieronder valt de actieve ongevraagde hulpverlening aan volwassenen^[1] asielzoekers met ernstige problemen op psychiatrisch gebied, die niet zelf om hulp vragen en die niet bereikt worden met het reguliere zorgaanbod. In voorkomende gevallen treedt de BOPZ in werking. In het geval van kinderen (0-19 jaar) kan een beroep gedaan worden op de Jeugdgezondheidszorg. Het Multidisciplinair overleg (MDO) en het COA op locatie wordt door deze organisaties geïnformeerd als zij bemoeizorg in het kader van ‘overlast op locatie’ inzetten.

Convenantafspraken 6: Opbouw en positie van de gezondheidszorg

Praktische uitwerking

Asielzoekers dienen van de verwijzer en de GGZ-zorgverlener informatie te ontvangen over de functies en opbouw van de GGZ op het moment dat ze daar gebruik van gaan maken. De informatie betreft:

- Welke vorm van gezondheidszorg de asielzoeker ontvangt: somatisch, GGZ, overig.
- De positie van de gezondheidszorgaanbieder (t.o.v. overheid, IND, COA en asielzoeker).
- Wat een zorgaanbieder wel en niet doet.
- Wat de rechten en plichten van de asielzoeker zijn.
- Communicatie door middel van een tolk

De convenantpartijen en COA formuleren daartoe een set voorlichtingsmateriaal en een wijze van voorlichten om bovenstaande punten aan de asielzoeker te verduidelijken.

Convenantafspraken 7: Preventieve psycho-educatie

Praktische uitwerking

Het aanbieden van psycho-educatie en preventie programma's gericht op de specifieke situatie en problematiek van asielzoekers draagt bij aan de kwaliteit van leven van asielzoekers en werkt tevens preventief. Het versterken van de veerkracht heeft hierin een centrale rol.

Bij meer ernstige problematiek wordt doorverwezen naar professionele hulp. Dit werkt als volgt uit:

- Het COA op locatie ondersteunt het aanbieden van psycho-educatie aan asielzoekers.
- Het MCA selecteert psycho-educatieprogramma's en realiseert de uitvoering daarvan in de COA opvanglocaties.
- GGZ-aanbieders zijn verantwoordelijk voor het uitvoeren van de specialistische psycho-educatie.
- Lichtere vormen van collectieve en individuele psycho-educatie en preventie kunnen ook door GGD of de GGZ consulent gegeven worden.
- De collectieve programma's worden in overleg met de COA locatiemanager aangeboden op tijden die aansluiten bij de leefstijl van de asielzoekers.

^[1] Ingeval van OGGZ voor jeugd 0-18 jaar kunnen COA en GC A een beroep doen op de JGZ, Het MCA is tot 2018 verantwoordelijk voor de jeugdzorg voor asielzoekers

2.4. Indicatiestelling en echelonkeuze

Huidige situatie

Essentieel bij de indicatiestelling is dat met voldoende kennis wordt gekeken naar de problematiek van de asielzoeker. Daarnaast is het van belang om op de hoogte te zijn van de behandel mogelijkheden passend bij de geconstateerde problematiek.

Verbeterpunt

De werkelijke GGZ-problematiek is soms moeilijk onderscheidbaar: problemen in het hier en nu worden aangezien voor niet verwerkte problemen uit het verleden en andersom. Een reactieve depressie vanwege een afwijzing in de procedure bijvoorbeeld. Dit fenomeen wordt opgemerkt in zowel de basis-GGZ als in de specialistische GGZ.

Conclusies

Het model voor dergelijke situaties is dat een goed geschoolde medewerker de triage uitvoert, waarbij heldere instructies ervoor zorgen dat bij moeilijke gevallen deze worden herkend en de juiste 'zware' expertise ingeroepen kan worden om deze casuïstiek wel goed te kunnen inschatten. Ook is van belang om het zorgaanbod goed te kennen op (boven) regionaal niveau.

Convenantafspraken 8: Er worden specifieke instrumenten ontwikkeld en gehanteerd voor zorg aan asielzoekers(-kinderen) om te komen tot goede toegeleiding

Praktische uitwerking

- GC A werkt in samenwerking met de GGZ zorgaanbieders een assessmentaanpak/triage instrument uit (geactualiseerde versie van het Pharos instrument) dat toegepast kan worden door de huisarts/GGZ consulent/Jeugdarts in een centrum.
- Het triage instrument wordt onderhouden en aangevuld op basis van nieuwe casuïstiek. Lessen uit verkeerde verwijzingen worden getrokken en verwerkt in het instrument.
- Het triage instrument geeft helderheid over het moment waarop expertise vanuit 2^e of 3^e lijn GGZ ingezet dient te worden.
- De 2^e en 3^e lijn GGZ realiseert capaciteit en inzet van expertise voor consultatie of verdere diagnostiek.

Convenantafspraken 9: Er komt een overzicht van de mogelijke behandelingen per aanbieder, tevens wordt de aanpak van bijzondere problematiek adequaat geadresseerd

Praktische uitwerking

Er is weinig bekend over de werkzaamheid/effectiviteit van behandelingen voor asielzoekers(-kinderen). Door betrokken partijen is geconstateerd dat asielzoekers specifieke problemen en behandelvormen nodig hebben. Een specifiek overzicht van voor asielzoekers geoptimaliseerde behandelingen is noodzakelijk om inzicht te verkrijgen in het aanbod en de beschikbaarheid daarvan.

- MCA biedt een overzicht van al haar contractpartners.
- GGZ-aanbieders maken een gedeeld actueel overzicht van het zorgaanbod en voor wie dat bedoeld is.
- Minderjarige asielzoekers en asielzoekersgezinnen verdienen vaak een aparte benadering. Het aanbod voor deze groep wordt apart benoemd.

- Het aanbod wordt gekoppeld aan het te gebruiken en of te ontwikkelen triage instrument.
- GGZ-aanbieders maken een gedeeld actueel overzicht van beschikbaarheid/wachlijsten van het aanbod.
- Via het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ worden zorgstandaarden per problematiek in de GGZ ontworpen. Een van deze zorgstandaarden zou kunnen worden: 'GGZ-zorg voor asielzoekers'. Op deze manier kan gekomen worden tot best-practice behandelvormen.

2.5. Behandeling

Huidige situatie

Voor de behandeling van asielzoekers is het noodzakelijk dat er bekendheid is met de specifieke problematiek, het andere perspectief en de culturele- en taalverschillen. Het is dan ook de vraag of de behandeling van asielzoekers gebaat is bij een veelheid aan aanbieders die weliswaar geografisch gespreid zijn maar minder gespecialiseerd door de geringe aantallen, of een beperkter aantal dat meer gecentraliseerd maar ook gespecialiseerd is. De benodigde capaciteit is grotendeels afhankelijk van de - onvoorspelbare - toestroom van asielzoekers.

Verbeterpunt

Gegeven de dynamiek die aanwezig is in de asielzoekersstromen zal een aanbieder in toenemende mate op- en af moeten kunnen schalen en in relatief korte tijd nieuwe en groepen met verschillende culturele en etnische achtergronden moeten kunnen behandelen. Ook de zwaarte van de benodigde zorg zal verschillen.

Conclusie

De gewenste flexibiliteit in het aanbod zal eerder bereikt kunnen worden met een aantal centra dat gespecialiseerde zorg biedt dan met een veelheid aan laag volume zorg. Het kunnen leveren van goede, passende en tijdige zorg die op uniforme wijze inzichtelijk wordt gemaakt prevaleert boven minder reisbewegingen voor asielzoekers.

Convenantafspraken 10: Aanbieders die asielzoekers willen behandelen dienen aan een aantal eisen te voldoen

Praktische uitwerking

- Een visie op behandeling van asielzoeker en daarop gebaseerde moderne, meest effectieve behandelmethodes en behandelprogramma's.
- Een aanpak om op en af te schalen in capaciteit, volgend op de instroom van asielzoekers.
- Een aanpak om voor nieuwe groepen asielzoekers snel passende programma's te ontwikkelen.
- Minderjarige asielzoekers en asielzoekersgezinnen verdienen vaak een aparte benadering. Voor deze specifieke probleemgebieden wordt een adequaat hulpaanbod geformuleerd.
- Het gebruik van zorgprogramma's en zorgpaden. GGZ-aanbieders wordt gevraagd kennis hierover te delen.

De GGZ-aanbieders realiseren een informatiepunt waar hun aanbod en (indien te realiseren) wachttijden tot zorg inzichtelijk gemaakt worden voor de ketenpartners. Afspraken over het behandel aanbod worden contractueel vastgelegd tussen MCA en de aanbieder.

Praktische uitwerking

- MCA verzorgt aan de hand van gegevens van de zorgaanbieders een centraal informatiepunt waar informatie over behandelaanbod en wachttijden inzichtelijk wordt gemaakt.
- Zorgaanbieders dragen zorg voor het informeren van MCA over hun actueel beschikbare zorgaanbod.

Convenantafspraken 11: Aanbieders die asielzoekers behandelen delen hun visie en uitwerkingen van hun behandelaanpak en definiëren uitgangspunten voor behandeling

Huidige situatie

Asielzoekers vormen een bijzondere groep binnen de GGZ waarover relatief beperkte kennis en ervaring aanwezig is. Het delen van inzichten is daarom extra noodzakelijk, zodat de onderbouwde inzichten die er al wel zijn zo snel mogelijk breed bekend worden.

Praktische uitwerking

- Zorgaanbieders organiseren gezamenlijke bijeenkomsten rondom de visie op behandeling van asielzoekers.
- Zorgaanbieders creëren de mogelijkheid om kennis te nemen van elkaars expertise en inzichten.
- Zorgaanbieders brengen casuïstiek in ter bespreking met als doel triage instrumentarium en behandelaanpak te verbeteren.

Convenantafspraken 12: GGZ voor asielzoekers wordt altijd zo licht en zo kort mogelijk ingezet en zo intensief als dat noodzakelijk is

Praktische uitwerking

Zorgaanbieders sluiten in de keuze voor behandeling aan bij de algemeen geldende normen voor GGZ. Waar mogelijk worden asielzoekers in de generalistische basis GGZ (GBGGZ) behandeld. Voor specifieke interventies en behandelingen kan specialistische (SGGZ) worden ingezet, voor een zo kort mogelijke tijdspanne.

- Bij de keuze van de noodzakelijke behandeling in de SGGZ of GBGGZ wordt uitgegaan van de algemeen geldende normen voor de SGGZ en GBGGZ.
- Bij doorverwijzing naar SGGZ is er altijd een specifieke doelstelling voor deze inzet. Het streven is de behandeling, na een zo kort mogelijke specialistische interventie gericht op een specifiek behandeldoel, waar mogelijk voort te zetten in de GBGGZ, dan wel te beëindigen. In de keuze voor behandeling gelden de algemeen geldende richtlijnen.

Convenantafspraken 13: De asielzoeker heeft na behandeling in de landelijke (hoog) specialistische GGZ altijd terugkeergarantie in de regionale GGZ

Praktische uitwerking

De verwijzing naar specialistische GGZ, en in het speciaal vanuit een klinische setting, leidt regelmatig tot een probleem indien er terugverwezen wordt. De in een eerder stadium verwijzende voorziening is niet altijd bereid om de asielzoeker weer terug in behandeling te nemen. Hierdoor raakt de gespecialiseerde GGZ verstopt en worden asielzoekers nodeloos lang in dure behandeling gehouden terwijl anderen moeten wachten op een plaats. De convenantpartners zetten zich in voor continuïteit van zorg.

- Bij verwijzing vanuit de GBGGZ naar de SGGZ wordt altijd een afspraak gemaakt over de terugverwijzing van de asielzoeker. Dit geldt ook bij verwijzing van een lokale SGGZ aanbieder naar een hoogspecialistische landelijke aanbieder.
- Het GC A en zo nodig de verwijzer JGZ worden hierover geïnformeerd door de verwijzende en of terugverwijzende instelling.

De – soms noodzakelijke - klinische behandeling binnen een instelling kan op een asielzoeker de indruk geven van een nieuwe woonomgeving. Dit kan ertoe leiden dat het beëindigen van behandeling ook het beëindigen van wonen betekent. Door deze koppeling is het regelmatig lastig om behandeling te stoppen. Het geven van gespecialiseerde behandeling zou zoveel als mogelijk losgekoppeld dienen te worden van verblijf in een instelling.

- GGZ-instellingen ontwikkelen in samenwerking met GC A triagemethodieken, behandelvormen en interventies die - als alternatief voor klinische opname - kunnen worden uitgevoerd.
- Het COA realiseert alleen voor GCA en GGD mogelijkheden om deze behandelingen binnen de COA opvanglocatie te kunnen uitvoeren. Reguliere GGZ instellingen werken ambulante vanuit hun eigen locaties.

3. Partijen verbonden aan dit convenant

3.1. Ondertekening door bestuurders GGZ-instellingen en overige partijen

Het contract wordt door MCA⁴, GC A, GGD GHOR Nederland en de door MCA gecontracteerde GGZ instellingen ondertekend.

COA is geen zorgaanbieder en als zodanig geen convenantpartner. Wel bekrachtigen ze de uitvoering van dit convenant als zijnde opdrachtgever van de keten.

Datum ondertekening:

Naam Organisatie:

Naam tekeningsbevoegde:

Functie:

Handtekening:

Tabel. Gecontracteerde instellingen en overige ondertekenaars:

Altrecht	Karakter
(Context)	Lentis
(indigo)	MCA
Accare	Mediant
Antes (Delta Psychiatrisch Ziekenhuis)	MO Groep (maatschappelijk werk)
Arkin	Mondriaan
AZMN	Mutsaersstichting
Centrum 45	Novadic Kentron
Centrum Maliebaan = Victas	Orbis GGZ
De Bascule	Overig/ nieuwe contractpartners
De Waag	Parnassia Bavo Groep
Dimence	Pro Persona
Emergis	Reinier van Arkel groep
Fier Fryslan	Riagg Amersfoort en Omstreken
GC A	Riagg Zuid = MET
GGD GHOR Nederland	Rivierduinen
GGNet	Sinaï Centrum
GGZ Breburggroep	Tactus
GGZ Centraal	Triversum
GGZ Drenthe	Veldzicht
GGZ Noord-Holland Noord	Vincent van Gogh
GGZ Oost Brabant	Virenze Algemeen Beheer B.V.
GGZ West Noord-Brabant	VNN
Het Kopland	Wittelte
Intermetzo	Yulius (voorheen RMPI-De Grote Rivieren)

4

Iriszorg Arnhem E.O.	
----------------------	--

3.2. Eisen aan convenantpartners

Partijen die dit convenant ondertekenen verbinden zich aan de 13 convenantafspraken. Er wordt van partijen een:

- Optimale samenwerking en verbinding verwacht.
- Een actieve bijdrage ten aanzien van het verder ontwikkelen van signalering, behandeling en begeleiding van asielzoekers met GGZ-problematiek.
- Er wordt verwacht dat partijen zo nodig bereid zijn een personele bijdrage aan de stuurgroep en werkgroepen te leveren.
- En waar mogelijk hun kennis te delen om te komen tot het gewenste kwaliteitsniveau van zorg aan asielzoekers.

Bijlagen: ACHTERGROND EN INFORMATIE

Bijlage 1: convenantafspraken GGZ Asielketen

Waarom een convenant

Sinds 2009 is Menzis verantwoordelijk voor de uitvoering van de Regeling Zorg Asielzoekers (RZA). Het verstrekkingenpakket komt grotendeels overeen met het verstrekkingenpakket van de Zorgverzekeringswet en de Wlz. Ook enkele onderdelen van de Wmo (zoals algemeen maatschappelijk werk en thuiszorg) vallen onder dit pakket. De landelijke inkoop en contractering worden binnen Menzis uitgevoerd door een zelfstandig eenheid: Menzis COA Administratie (MCA). GGZ is een van de aanspraken die wordt ingekocht en gecontracteerd door MCA. Op dit moment is weinig samenhang in het aanbod van GGZ tussen de 0^{de}, 1^{ste}, 2^{de} en 3^{de} lijn. In maart 2014 is een bijeenkomst geweest over dit onderwerp om te komen tot een versterking van de GGZ-keten. Voorafgaand aan de bijeenkomst is door zeer gespecialiseerde (derdelijns) GGZ-convenant partijen op eigen initiatief een business case gemaakt.

Het aantal asielzoekers neemt – na een eerdere daling- de afgelopen periode weer toe. De procedures zijn verbeterd waardoor sneller duidelijkheid is over de toekomst voor de asielzoeker. Asielzoekers maken minder lang gebruik van de RZA omdat ze sneller een verblijfsvergunning krijgen of moeten repatriëren. Asielzoekersgezinnen die repatriëren komen in gezinsopvanglocatie (GLO), waar deze mensen mogelijk lang verblijven.

MCA wil binnen de GGZ een kwaliteitsslag maken door de GGZ-keten beter vorm te geven. MCA wil een GGZ-keten inrichten die optimaal afstemt en samenwerkt zodat MCA in het hele land GGZ-zorg voor asielzoekers op kwaliteit kan inkopen en regelen op basis van een professionele norm. Onder kwaliteit wordt ook de bejegening van asielzoekers verstaan. Hierin kan een voorbeeld genomen worden aan de 'gastrijke zorg' projecten binnen de GGZ-sector.

Er is behoefte aan samenhang tussen de 0^{de}, 1^{ste}, 2^{de} en 3^{de} lijn en een zorgaanbod dat qua organisatie en inhoud aansluit op de vraag van de asielzoeker. De volgende onderdelen zijn daarbij van belang:

Organisatie

- Doorverwijzing: wanneer wordt doorverwezen naar een andere lijn of andere zorgverlener?

Regierol: wie heeft de regie in de keten

- Dossiervorming: hoe en waar wordt informatie vastgelegd? En hoe wordt deze informatie overgedragen?

Inhoudelijke en praktische aspecten:

- Preventie: hoe willen we dit inzetten en met welke instrumenten?
- Diagnose: welke instrumenten worden gebruikt of kunnen worden gebruikt?
- Behandeling: wanneer wordt gestart met behandelen en welke behandeling?
- Praktische: welke praktische quick-wins kunnen worden bereikt?
- Waar is behoefte aan bij zorgverleners in de keten?
- Zorgketensamenwerking op management niveau?

Resultaat

Het resultaat zou een gedeelde visie op de herinrichting van geestelijke gezondheidszorg voor asielzoekers met als doel een optimaal samenwerkende GGZ-keten met kwalitatief goede en

transparante zorg moeten zijn. De afspraken hierover zijn opgenomen in voorliggend convenant waarin de ketenafspraken worden onderschreven door alle betrokken partijen. Het convenant moet beschouwd worden als een dynamisch proces. Tijdens de uitwerking zal er expliciet aandacht moeten worden besteed aan de aansluiting op de jeugdzorgketen en zal ook de rol van de nulde en eerste lijn verder beschreven worden.

Schets van het proces

Tussen september en november 2014 is op verschillende manieren geïnventariseerd welke behoeften er leven bij alle betrokken partijen die GGZ leveren aan asielzoekers. Er is gezamenlijk bedacht hoe 'de nieuwe wereld' van ggz voor asielzoekers eruit zou moeten zien, en hoe die het best kan worden georganiseerd. Welke afspraken horen daarbij? Uit de interviews, vragenlijst groepsgesprekken en workshops zijn verschillende herinrichtingsopties voor een optimale herinrichting van de GGZ-keten naar voren komen. Afgesproken is om de uitkomsten hiervan in een concept convenant op te nemen en deze teksten na overleg met het MCA voor te leggen aan participanten van de workshops en de expertgroep. Het convenant heeft immers alleen waarde als men er mee uit de voeten kan. Om die reden is ervoor gekozen dit convenant ook te voorzien van pragmatische uitwerkingen (mede via een implementatieplan). Dit om de implementatie van afspraken te bespoedigen en te vergemakkelijken. Niet alles is al geregeld. In bijlage 8 staat daarom een aantal uitwerkpunten benoemd die met ieders betrokkenheid eind 2017geconcretiseerd kunnen worden. Daarnaast zal in deze periode een verdere uitwerking gegeven worden aan de aansluiting op de jeugdzorgketen en de aansluiting op de nulde en eerstelijns zorg.

Samenvatting

Om de keten van GGZ voor asielzoekers te verbeteren heeft het MCA in afstemming met betrokken partijen 13 convenantafspraken gemaakt om de samenwerking te versterken en daarmee een impuls te geven aan de kwaliteit van zorg voor GGZ.

Convenantafpraak 1: Elkaar kennen, informeren, betrekken en positioneren
Convenantafpraak 2: Dagbesteding draagt bij aan het voorkomen van (verergering van) GGZ-problematiek
Convenantafpraak 3: Een netwerk met sociale steun
Convenantafpraak 4: Continuïteit in de leefsituatie en woonomgeving
Convenantafpraak 5: Gezondheidsbevordering en bemoeizorg
Convenantafpraak 6: Opbouw en positie van de gezondheidszorg
Convenantafpraak 7: Preventieve psycho-educatie
Convenantafpraak 8: Er worden specifieke instrumenten ontwikkeld en gehanteerd voor zorg aan asielzoekers(-kinderen) om te komen tot goede toegeleiding
Convenantafpraak 9: Er komt een overzicht van de mogelijke behandelingen per aanbieder, tevens wordt de aanpak van bijzondere problematiek adequaat geadresseerd
Convenantafpraak 10: Aanbieders die asielzoekers willen behandelen dienen aan een aantal eisen te voldoen
Convenantafpraak 11: Aanbieders die asielzoekers behandelen delen hun visie en uitwerkingen van hun behandelaanpak en definiëren uitgangspunten voor behandeling
Convenantafpraak 12: GGZ voor asielzoekers wordt zo licht en zo kort mogelijk ingezet en zo intensief als dat noodzakelijk is.

Convenantafspraken 13: De asielzoeker heeft na behandeling in de landelijke (hoog) specialistische GGZ altijd terugkeergarantie

Partijen die reeds een contractafspraken hebben met MCA (inclusief eventuele nieuwe contractpartijen) zal gevraagd worden zich te verbinden aan de convenantbepalingen. Daarnaast wordt gevraagd zich, binnen de projectorganisatie van het convenant, actief in te zetten voor het oppakken van de lijst met uitwerkpunten ten behoeve van het implementatieplan. Het convenant wordt periodiek geëvalueerd en onderhouden door een te benoemen stuurgroep. De convenantafspraken zullen ook aan de orde komen tijdens de inkoop- en contracteringsoverleggen tussen MCA en partijen.

Bijlage 2: definities en bepalingen

Asielzoeker

Iemand die zijn verblijfsland is ontvlucht en zich in een immigratieland -niet op uitnodiging van dat land- (tijdelijk) wil vestigen. Hij/zij heeft nog geen vergunning tot verblijf. Voor de toepassing van de ziektekostenregeling RZA wordt de term 'asielzoeker' gehanteerd voor een persoon behorende tot één van de volgende doelgroepen:

- a. Vreemdelingen, die uitkering ontvangen van het COA op grond van Regeling verstrekkingen asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen (Rva-2005);
- b. Vreemdelingen die een uitkering ontvangen van het COA op grond van de Regeling verstrekkingen bepaalde categorieën vreemdelingen (Rvb);
- c. Rechtstreeks in de gemeente geplaatste hervestigende vluchtelingen, vanaf aankomst in Nederland tot de dag van aanmelding door de gemeente bij een zorgverzekering;
- d. Overige vreemdelingen die onderdak genieten namens het COA.

Stuurgroep

Adviserend team (voor samenstelling zie bijlage 7) dat belangrijke keuzes maakt betreffende de ontwikkelingen in de organisatorische samenwerking tussen convenantpartijen en COA

Zorgketen

Het geheel van zorgverlenende instellingen in het GGZ-zorgsysteem over de verschillende lijnen. Het COA maakt in formele zin geen deel uit van deze zorgketen maar de COA medewerker op de opvanglocatie kan wel onderdeel van 'het systeem' van een GGZ cliënt zijn. Ook vind er soms GGZ zorg plaats op de locatie.

COA

Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (op locatie). Er wordt gesproken over COA als de landelijke organisatie wordt bedoeld en over COA op locatie als het de opvangcentra betreft. COA biedt opvang aan asielzoekers.

GC A

Het Gezondheidscentrum Asielzoekers. Deze organisatie organiseert de huisartsenzorg op de opvanglocaties, inclusief een praktijkassistent, een praktijkverpleegkundige en een GGZ consulent. Zij vormen samen met de huisarts het team op locatie. Ook beheert GC A de praktijklijn, een telefonische helpdesk voor asielzoekers in geval van zorgvragen.

GGD

Met GGD wordt de regionale GGD bedoeld. De GGD-en zijn landelijk verenigd in GGD GHOR Nederland, de ondertekenende partij van dit convenant. De GGD is verantwoordelijk voor het leveren van publieke gezondheidszorg.

0de-lijns zorg

Wanneer er zorg wordt aangeboden zonder dat er een hulpvraag is, noemen we dat preventieve gezondheidszorg, of ook wel nulde lijnszorg ([Mackenbach & Van der Maas, 2008](#)). Uitgevoerd door de GGD of instelling JGZ

Binnen de GGZ betekent de nulde lijn de participerende geestelijke verzorging, daarbuiten wordt daarmee bedoeld: vrijwilligersorganisaties die zich bezighouden met asielzoekers, lotgenotengroepen, patiënten- of cliëntenverenigingen, partner- of familieverenigingen of stichtingen van asielzoekers, die zich op welke manier ook met (preventie van) zorg bezighouden.

1ste lijnszorg/ basis-GGZ (GBGGZ):

Binnen de asielzoekersketen worden daar de huisartsen, GGZ-consulenten, 1ste lijnspsychologen, die betrokken zijn bij asielzoekers mee bedoeld.

2^e lijns/Specialistische GGZ (SGGZ)

Binnen de asielzoekersketen zijn dit alle participerende GGZ-instellingen die (voormalig tweede en derdelijns) specialistische zorg aan asielzoekers leveren.

3e lijns/Gespecialiseerde 2de lijnszorg/LGGZ

Dit is een aantal instellingen binnen de ketenzorg voor asielzoekers die op het gebied van asielzoekerszorg specifiek op trauma gerichte behandeling kunnen bieden met mogelijkheid van deeltijd en klinische opname. Daarnaast zijn het instellingen binnen de ketenzorg voor asielzoekers die op bepaalde facetten van de asielzoekerszorg specifieke zorg kunnen bieden zoals Jeugd-GGZ, verslavingszorg of forensisch psychiatrische zorg.

Bijlage 3: aanleiding en context

De GGZ-zorg voor asielzoekers wordt ingekocht door MCA op basis van de regeling zorg asielzoekers (RZA). Dit heeft enerzijds een praktische reden: het niet verzekerd zijn van de asielzoekers. Anderzijds is er een besef dat GGZ voor asielzoekers verschilt van de GGZ voor Nederlandse patiënten.

De GGZ-keten voor asielzoekers wordt op voorstel van het MCA optimaal georganiseerd. Van behoeften aan preventie tot aan basis- en specialistische GGZ is met betrokken partijen gezocht naar manieren om:

- Psychische problemen en GGZ-gebruik te voorkomen door middel van preventie,
- Indien nodig optimaal toe te leiden
- Samen te werken op (boven) regionaal niveau
- Informatie te delen
- Patiënten gericht op herstel en zelfredzaamheid te behandelen en uit te laten stromen of terug te stromen naar de basis-GGZ

In het convenant staan de afspraken die hierover gemaakt worden door de convenantpartijen en COA.

Overeenkomstig waar het kan, verschillend als het moet

Waarin verschillen asielzoekers van Nederlandse burgers?

Asielzoekers worden gekenmerkt door hun diversiteit en verschillende culturele achtergrond. Asielzoekers worden binnen de GGZ gezien als een bijzondere doelgroep als gevolg van:

- **Heftige traumatische ervaringen:** asielzoekers hebben vaak in situaties verkeerd die in Nederland niet voorkomen.
- **Ontworteld:** asielzoekers komen naar Nederland en bevinden zich in een voor hen vreemde cultuur.
- **Juridische procedure:** door de juridische procedure zijn er grote periodes van spanning en onzekerheid en dat heeft effect op het behandelproces. De asielzoeker verkeert in een onzekerheid over zijn toekomstperspectief. Op grond van artikel 64 wordt een GGZ behandeling regelmatig betrokken bij de procedure om te kunnen blijven in Nederland.
- **Missende succesfactoren:** asielzoekers wonen in een land zonder familie en vrienden. Daarnaast is er weinig privacy en mogelijkheden om jezelf te ontplooiën. Er is een gemis aan werk, privacy en sociaal netwerk. Behandeling in Nederland is in toenemende mate gericht op herstel, zelfregie en zelfredzaamheid. De succesfactoren daarbij zijn vaak gebaseerd op de mate van het sociale netwerk, maar daarover beschikken asielzoekers vaak niet.
- **Verschil in ziektebeleving:** asielzoekers hebben niet altijd algemene of andere gezondheidskennis. De duiding van psychiatrische problematiek verschilt per cultuur. Dit betekent dat asielzoekers andere/eigen verklaringen kunnen hebben voor ziekteverschijnselen dan Nederlandse zorgverleners.
- **Communicatie barrière:** moeilijk contact vanwege tussenkomst van een tolk, non verbale communicatie wordt hierdoor lastig.
- **Ontoereikende kennis van westerse gezondheidszorg:** het ontbreken van kennis van het Nederlandse gezondheidsstelsel en/of een andere werkwijze gewend zijn.

Conclusie

De asielzoeker bevindt zich in een afwijkende situatie van de doorsnee Nederlandse GGZ patiënt. Dit stelt daarom specifieke eisen aan de inhoud, de financiering, de organisatie en de samenwerking van GGZ voor asielzoekers. De afspraken hierover worden contractueel vastgelegd tussen MCA en de zorgaanbieders. De organisatie van de keten en de samenwerkingsafspraken worden vastgelegd in voorliggend convenant.

Bijlage 4: doelstellingen en ambities

Nederland heeft te maken met een voortdurende stroom van asielaanvragen van mensen die afkomstig zijn uit brandhaarden over de hele wereld. Mensen die vluchten en hopen dat zij in Nederland een nieuw bestaan kunnen opbouwen. Om hiervoor in aanmerking te komen doorlopen zij eerst een asielzoekersprocedure. Voorafgaand of tijdens de asielprocedure kunnen asielzoekers geestelijke problematiek ontwikkelen. In Nederland wordt in dat geval de GGZ ingeschakeld om de klachten – al dan niet op verzoek van de patiënt zelf- te verminderen of te verhelpen.

MCA is in opdracht van COA verantwoordelijk voor een goede inkoop van de GGZ voor asielzoekers. Een optimale organisatie van die keten en samenwerking tussen zorgaanbieders is hiervoor van wezenlijk belang. Het voorkomen en of verminderen van de geestelijke klachten van asielzoekers vormen de primaire doelstelling van MCA tezamen met de GGZ-aanbieders. Zo snel mogelijk de juiste vorm van zorg inzetten en daarin optimaal met elkaar samenwerken en informeren zijn de belangrijkste uitdagingen voor alle betrokkenen.

MCA streeft er met de gezamenlijke totstandkoming van dit convenant naar dat partijen elkaar beter leren kennen, samenwerkingsafspraken maken, elkaar goed informeren en positioneren. Op die manier probeert MCA ook zicht te krijgen op de randvoorwaarden die daarvoor ingevuld moeten worden vanuit iedere betrokken partij.

Dit convenant om de organisatie en samenwerking van GGZ-aanbieders af te spreken is een eerste stap in ambitie. Er zijn nog veel uitwerkpunten te benoemen om zowel de zorg als de organisatie daarvan voor asielzoekers beter in te zetten.

Al verschillen de uitgangssituatie en de mogelijkheden voor asielzoekers aanzienlijk van Nederlandse GGZ patiënten, het resultaat dat behaald moet worden zou gelijk moeten zijn. Gestreefd wordt naar een behandeling die waar mogelijk zo snel mogelijk leidt tot herstel, inzicht, zelfregie en zelfredzaamheid.

Bijlage 5: toelichting op het bekostigingskader

Menzis COA Administratie voor zorg aan asielzoekers

Het COA heeft met ingang van 1 januari 2009 de uitvoering van de RZA in handen gegeven van zorgverzekeraar Menzis. Dit wordt uitgevoerd door Menzis COA Administratie B.V. (MCA).

MCA levert haar expertise en draagt zorg voor:

- De beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg conform de RZA
- Adequate zorginkoop met een landelijke dekking
- Administratieve registratie en afhandeling
- Verantwoording COA

Menzis heeft voor de organisatie van huisartsenzorg en het leiden van de patiënten naar de reguliere zorg een eerstelijns Gezondheidscentrum voor Asielzoekers (GC A) ingericht. Belangrijk uitgangspunt voor GC A is om huisartsenzorg aan te bieden aan asielzoekers, die zoveel mogelijk overeenkomt met de zorg zoals die aan alle inwoners van Nederland aangeboden wordt.

Openbare geestelijke gezondheidszorg

De Openbare Geestelijke Gezondheidszorg aan asielzoekers betreft actieve ongevraagde hulpverlening aan volwassen asielzoekers met ernstige problemen op psychosociaal gebied, die niet zelf om hulp vragen en die niet bereikt worden met het reguliere zorgaanbod. Op initiatief van de huisarts, praktijkondersteuner bij de huisarts, GGD- of COA-medewerker kan dit zorgaanbod plaatsvinden. De zorg wordt aangevraagd via de huisarts van het GC A. Deze zorg is geen onderdeel van het contract tussen COA en GGD GHOR Nederland. MCA heeft voor deze zorg met GGD GHOR Nederland een apart contract afgesloten.

GGZ Zorg

Asielzoekers zullen klachten als depressies, angst of andere psychische klachten doorgaans in eerste instantie melden bij de huisarts. Vanaf medio 2010 staan consulenten GGZ van GC A de huisarts bij in het begeleiden van deze patiënten met betrekking tot GGZ. Waar nodig wordt de asielzoeker doorverwezen. Voor geestelijke gezondheidsproblemen bestaat het aanbod onder andere uit: preventie, ambulante begeleiding en behandeling, deeltijd- en intramurale behandeling, beschermd wonen en verslavingszorg. Er is een aantal landelijke gespecialiseerde behandelinstellingen voor asielzoekers, zoals Centrum'45, Phoenix (onderdeel van Pro Persona), de Evenaar van GGZ Drenthe en Reinier van Arkel.

MCA contracteert GGZ-instellingen voor het leveren van zorg en preventie aan de asielzoekers in hun werkgebieden. Voor behandeling door de GGZ is altijd een verwijzing nodig door een huisarts of een andere medisch specialist.

Veranderingen in de GGZ per 1 januari 2015

- Bij de hervorming van de langdurige zorg wordt ook de langdurige GGZ in 2015 heringedeeld
- Zorgverzekeraars worden vanaf 2015 op grond van de Zvw verantwoordelijk voor de eerste drie jaar op behandeling gerichte intramurale ggz voor volwassenen
- Cliënten die 3 jaar (of langer) aaneengesloten gebruik hebben gemaakt van verblijf in combinatie met behandeling krijgen na een indicatie van het CIZ toegang tot de WLZ
- Beschermd wonen (nu bekostigd met zorgzwaartepakketten C) wordt per 1 januari 2015 in zijn geheel ondergebracht in het gemeentelijk domein
- Beschermd Wonen voor asielzoekers blijft bij MCA inkoop belegd. Dit is een afwijking van de reguliere situatie waarin Beschermd Wonen belegd is bij de gemeenten
- Ook in de Jeugdwet is er een verschuiving van de GGZ. De jeugdhulp wordt gedecentraliseerd naar gemeenten en omvat alle onderdelen waaronder de Jeugd GGZ. Er wordt gewerkt aan ketenafspraken en een visie op jeugdzorg aan asielzoekers. De verbinding tussen deze afspraken en dit convenant verdient aandacht
- De GGZ-zorg wordt via de Regeling Zorg Asielzoekers ingekocht. Vanwege de nieuwe Jeugdwet valt de Jeugd GGZ vanaf 2015 onder verantwoording van de Gemeente. Het COA heeft in overleg met de ministeries van justitie en VWS hierin besloten dat de Jeugd GGZ voorlopig onder de RZA blijft. Daarnaast wordt hieraan toegevoegd de opvoedondersteuning (deze valt ook onder de Jeugdwet)
- Machtigingensystematiek voor de LGGZ (2^e en 3^e jaar GGZ) blijft zoals die nu geregeld is voor asielzoekers

Bijlage 6: procesafspraken

Tijdspad

De convenantafspraken en uitwerkpunten kennen verschillende deadlines maar worden beschouwd als de implementatie agenda. Voor de uitwerking van deze punten wordt een implementatieplan opgesteld. Met verantwoordelijke partijen wordt een reële deadline afgesproken voor realisatie van de uitwerkpunten. Doelstelling is om de punten in ieder geval voor eind 2017 uitgewerkt te hebben.

Geschillen

Er is sprake van een geschil wanneer een van de partijen daarvan schriftelijk en gemotiveerd melding maakt aan de andere partijen. Binnen 4 weken na een zodanige melding treden partijen met elkaar in overleg om te trachten in onderling overleg een oplossing te bereiken. De Stuurgroep zal in geval van een onoplosbaar geschil een overleg initiëren teneinde te bewerkstelligen dat door middel van dat overleg zo spoedig mogelijk een oplossing van het geschil wordt gevonden. Op verzoek van de Stuurgroep kan het MCA gevraagd worden om een bemiddelende rol te spelen.

Evaluatie

Het Convenant wordt voor de eerste maal medio 2016 door de Stuurgroep geëvalueerd op toepasbaarheid en toegankelijkheid. Daarbij zal in elk geval worden geïnventariseerd of en op welke wijze hetgeen in het convenant is vastgelegd door partijen is gerealiseerd. Mede aan de hand van de uitkomsten van de evaluatie zal door partijen worden bepaald of en zo ja, in welke vorm het Convenant zal worden verlengd en nader uitgewerkt. Verdere evaluatie vindt aan het eind van elk kalenderjaar plaats.

Aanvulling en of wijziging convenant

Het Convenant kan te allen tijde worden aangevuld en/of gewijzigd bij schriftelijke verklaring van de Stuurgroep.

Toetreding en terugtrekking partijen:

De GGZ en de (zorg)ketenpartners aan asielzoekers zijn in ontwikkeling en er bestaat de mogelijkheid dat partijen of organisaties aan het Convenant zullen worden toegevoegd. De Stuurgroep neemt daartoe een besluit. Voorwaarde hiervoor is dat een contract tussen het MCA en de aanbieder afgesloten is.

Een aangesloten partij heeft het recht zich terug te trekken als partij.

Afdwingbaarheid convenant

Dit Convenant is in rechte niet afdwingbaar, behalve als afspraken opgenomen zijn in contracten tussen MCA en een zorgaanbieder, maar doet een beroep op de betrokken partners om de opgestelde convenantafspraken zo goed mogelijk in de praktijk toe te passen om te komen tot een optimale GGZ-keten voor asielzoekers.

Kostenaspect

De kosten van de eigen inzet nemen partijen en organisaties zelf voor hun rekening. Indien relevant zal per werkafspraak bekeken worden of er additionele kosten zijn die op een andere manier vergoed dienen te worden. Nadere afspraken hierover worden gemaakt in de stuurgroep.

Bijlage 7: signalering naleving convenant

Besturing convenant

- De Stuurgroep doet dienst als algemeen bestuur van het Convenant, het MCA is belast met het dagelijks bestuur
- In de stuurgroep participeren de partijen zoals hieronder genoemd
- De Stuurgroep zorgt voor coördinatie binnen het systeem en afstemming van zaken, bewaakt dat er conform gemaakte afspraken gehandeld wordt
- De Stuurgroep bespreekt de voortgang in ontwikkeling en stelt de uitvoering zo nodig bij
- De voorzitter van de Stuurgroep draagt zorg voor voortgang en besluitvorming waarbij consensus uitgangspunt voor besluitvorming is
- Het MCA draagt zorg voor contacten met en aan partijen en doet daar verslag van. Het MCA is facilitair ondersteunend en verzorgt het secretariaat van de Stuurgroep

Inrichting van de stuurgroep

De stuurgroep draagt zorg voor het actueel houden van het convenant: ze signaleert ontwikkelingen binnen de GGZ-Asielketen en initieert vernieuwing en aanpassing van het convenant. In de stuurgroep⁵ participeren:

- MCA
- GC A
- Vertegenwoordigers van de GGZ-zorgaanbieders
- GGD GHOR Nederland

De leden van de stuurgroep treden op als vertegenwoordiger van de eigen organisatie of namens het gehele werkveld in geval van de zorgaanbieders. De stuurgroep komt twee maal per jaar bijeen en vergadert conform een vooraf bepaalde en voorbereide agenda. De leden zorgen voor een afvaardiging met mandaat op de punten op de agenda. Het MCA verzorgt de secretarisfunctie van de stuurgroep.

Signalering en naleving convenant

De naleving van het convenant is in eerste instantie een zaak tussen de betrokken partijen. In de samenwerking tussen partijen zal invulling gegeven worden aan het convenant. Als een partij van mening is dat het convenant onvoldoende wordt nageleefd dan is het in eerste instantie de eigen verantwoordelijkheid om bij de ketenpartner op het convenant te wijzen en om naleving te vragen. Indien na eigenstandige pogingen om naleving van het convenant te bewerkstelligen er naar de mening van een partij toch onvoldoende naleving bestaat dan doet deze partij melding aan de stuurgroep van het convenant:

- Partijen spreken elkaar aan op naleving van het convenant
- Onvoldoende functioneren wordt pas na overleg onderling bij de stuurgroep gemeld

⁵ Omdat het COA het convenant niet ondertekent, neemt COA ook niet deel aan de stuurgroep. In de projectorganisatie participeert COA wel om de afspraken te helpen realiseren.

Onderhoudscyclus convenant

De stuurgroep initieert een halfjaarlijkse evaluatie waarin de bereiking van de doelen van het convenant worden bepaald en de werking van het convenant wordt geëvalueerd.

Op basis van het ervaren functioneren van de asielketen worden de doelen van het convenant eveneens periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

- De stuurgroep organiseert een evaluatiecyclus
- De stuurgroep past het convenant aan op basis van evaluaties

Bijlage 8: checklist convenantafspraken en uitwerkingpunten

Convenant afspraak	Actie	Wie/welke partij	Product
1	Voorlichting ontwikkelen over doel en werkwijze COA opvanglocaties, Informatie asielpcedure en COA opvang model (stap-voor-stap), Informatie over de publieke gezondheidszorg asielzoekers uitgevoerd door GGD-en en instellingen JGZ, Informatie over het GC A en de verschillende medewerkers van het GC A	GC A/GGD GHOR NL/COA	Informatieproduct waarmee de GGZ aanbieders inzicht krijgen in het hoe en waarom van het handelen van het COA en de COA medewerkers op locatie. Informatie over de asielpcedure en het opvang model. Factsheet gezondheidszorg voor asielzoekers in Nederland
1	Voorlichting ontwikkelen over doel en werkwijze GGZ	GGZ-aanbieders	Informatieproduct waarmee met name het COA, maar ook andere (zorg)ketenpartners inzicht krijgen in het hoe en waarom van het handelen van de GGZ-aanbieders ten aanzien van asielzoekers
1	Ontwikkelen gedragscode rondom specifieke crisisgevoelige patiënten en zorgmijders.	GGZ aanbieders	Gedragscode waardoor bij GC A en COA bekend is dat asielzoeker GGZ zorg mijdt.
1	Aandachtsfunctionaris aanstellen	GGZ-aanbieders COA	Een aandachtsfunctionaris met takenpakket en gepositioneerd binnen de eigen organisatie
2	Visieontwikkeling op GGZ dagbesteding en aansluiting op het activeringsprogramma van het COA	GGD GHOR NL en GGZ-aanbieders, COA,	Een visie op dagbesteding vanuit GGZ en preventie en hoe dit aan kan sluiten op het activeringsprogramma van COA
6	Een informatieset over de opbouw en werking van de Nederlandse gezondheidszorg	Convenantpartijen, COA	Een informatieset opbouw gezondheidszorg
8	Het opstellen/actualiseren van een triage instrument	GC A en GGZ-aanbieders	Een triage instrument voor toeleiding tot GGZ zorg
8	Het ontwikkelen van een werkwijze waarmee het triage instrument verder ontwikkeld wordt op basis van inzicht dat wordt verkregen bij het toepassen van het triage instrument	GC A en GGZ-aanbieders	Een verbetercyclus triage instrument
8	GGZ-aanbieders realiseren beschikbaarheid van expertise voor ondersteuning van triage. Over de eisen die gesteld worden aan de toegankelijkheid gaan ze in overleg met het	GGZ-aanbieders & GC A	Beschikbare en toegankelijke expertise ter ondersteuning van triage

	GC A		
9	MCA creëert een overzicht van aanbieders	MCA	Overzicht van GGZ aanbieders en hun aanbod
9	Aansluiting van de beschrijving van het behandelaanbod op het triage instrument	GGZ-aanbieders	Een behandelaanbod dat aansluit op de uitkomsten van triage instrument
9/10	Opzetten van informatiepunt waaraan gegevens over beschikbaarheid worden doorgegeven zodat een actueel inzicht in beschikbaar behandelaanbod en wachttijden ontstaat	GGZ-aanbieders, MCA	Inzicht in actueel beschikbaar aanbod en wachttijden daarvoor
10	Het ontwikkelen van een visie op asielspecifiek aanbod en de schaalbaarheid daarvan	GGZ-aanbieders, MCA	Specifiek en schaalbaar aanbod
10	Aanbieders formuleren de bijzondere aandachtspunten die geadresseerd moeten worden met betrekking tot de gezinslocaties	GGZ-aanbieders	Een gedeelde visie op preventie en op GGZ voor asielgezinnen
11	Aanbieders formuleren standpunten op behandeling van asielzoekers en delen kennis	GGZ-aanbieders	Een gedeelde visie op GGZ voor asielzoekers
12	Het realiseren van terugkeergarantie en het aanpassen van de bedrijfsvoering op het realiseren van deze terugkeergarantie.	GGZ-aanbieders, Zorgverzekeraars	Terugkeergarantie
13	Het ontwikkelen van zorg dichtbij voor de asielzoekers, zowel indicatiestelling als behandeling.	GGZ-aanbieders, GC A, , MCA	Behandelprogramma's die ambulant gerealiseerd kunnen worden

Bijlage 9: contact

Menzis COA Administratie

Contactpersoon: Eveline Hund (adviseur bestuurlijke zaken MCA)
t.a.v. zorginkoop RZA
Postbus 405
6700 AK Wageningen
T 088 112 2 120
F 088 112 2 131
rzainformatie@rzasielzoekers.nl

Arteria Consulting

Voor vragen en/of opmerkingen over dit document kunt u contact opnemen met:
Marcel Dopper | 06-54226966 | marcel.dopper@arteriaconsulting.nl