

Quickscan

Zorg voor asielzoekerskinderen in Nederland



Voorwoord

Kinderen zijn kinderen en ze hebben allemaal dezelfde rechten. Dat geldt ook voor de toegang tot en kwaliteit van gezondheidszorg en jeugdzorg voor asielzoekerskinderen. Toch is de (toegang tot) deze zorg in Nederland anders georganiseerd voor asielzoekerskinderen dan voor hun Nederlandse leeftijdsgenoten. Omdat het zo complex georganiseerd is, is het lastig om aan te geven in welke mate de toegang tot en kwaliteit van gezondheidszorg en jeugdzorg voor asielzoekerskinderen goed geregeld is. Daarom heeft de Werkgroep Kind in azc een quickscan laten uitvoeren.

Uit de quickscan komt opnieuw naar voren dat de vele verhuizingen van de kinderen tussen de verschillende opvanglocaties een ernstig belemmerende factor vormen voor de toegang tot en de continuïteit van de gezondheidszorg en jeugdzorg. Daarnaast valt op hoe onduidelijk de toegang tot de gezondheids- en jeugdzorg voor deze kinderen geregeld is (zoals waar zij naar toe kunnen en wie verantwoordelijk is), zelfs als je er terdege in verdiept. De Werkgroep denkt dat het voor deze kwetsbare groep kinderen en hun ouders lastig is om hun weg te vinden naar de zorg die zij nodig hebben.

Afkortingen

- **AZC: Asielzoekerscentrum**
- **COA: Centraal Orgaan opvang asielzoekers**
- **COL: Centrale ontvangstlocatie**
- **GC A: Gezondheidscentrum Asielzoekers**
- **GGD: Gemeentelijke Gezondheidsdienst**
- **GGZ: Geestelijke Gezondheidszorg**
- **GL: Gezinslocatie**
- **IGZ: Inspectie gezondheidszorg**
- **IVenJ: Inspectie Veiligheid en Justitie**
- **JGZ: Jeugdgezondheidszorg**
- **Jeugd-GGZ: geestelijke gezondheidszorg voor de jeugd**
- **MCA: Menzis COA Administratie**
- **PGA: Publieke gezondheidszorg asielzoekers**
- **POL: Processopvanglocatie**
- **RZA: Regeling Zorg Asielzoekers**
- **VNG: Vereniging Nederlandse gemeenten**

INHOUD

SAMENVATTING.....	4
1. INLEIDING, VRAAGSTELLING EN METHODE.....	5
2. WET- EN REGELGEVING.....	9
3. VERANTWOORDELIJKHEID, FINANCIERING EN TOEZICHTHOUDING.....	11
4. UITVOERING EN SAMENWERKING.....	15
5. PRAKTIJKERVARINGEN.....	20
Inleiding	
Algemeen	
Informatievoorziening	
Samenwerking, signalering en doorverwijzing	
Continuïteit van de zorg bij verhuizing	
Toegankelijkheid van de gezondheidszorg	
Preventie en mentale gezondheidszorg	
De rol van de ouders	
Overige punten van zorg	
6. CONCLUSIE EN AANDACHTSPUNTEN.....	30

SAMENVATTING

De centrale vraag van dit onderzoek is:

Hoe zijn de toegang tot en de kwaliteit van de gezondheidszorg en jeugdzorg voor asielzoekerskinderen georganiseerd en hoe functioneert deze zorg?

Het onderzoek werd uitgevoerd van januari t/m maart 2016. Het bestond aanvankelijk uit desk research en aanvullend daaraan zijn een aantal toegespitste gesprekken met deskundigen van betrokken instanties gevoerd. Het rapport zet de organisatie van de gezondheidszorg op de vlakken van wet- en regelgeving, verantwoordelijkheid, financiering, toezichthouding, uitvoering en samenwerking uiteen en biedt zo een overzicht van hoe de gezondheidszorg voor asielzoekerskinderen in Nederland op dit moment georganiseerd is. Daarnaast wordt ingegaan op de manier waarop de zorg in de praktijk functioneert en wat er volgens deskundigen beter zou kunnen. Het onderzoek is een quickscan en vanwege de kleinschaligheid van het onderzoek zijn praktijkvoorbeelden in strikte zin niet representatief. Wel geven zij een indicatie van mogelijke knelpunten en aanknopingspunten voor verder onderzoek.

Hoewel dit rapport er vanwege de kleinschaligheid van het onderzoek van afziet om gedetailleerde aanbevelingen te doen, zijn uit deze quickscan toch enkele punten duidelijk geworden waarop verbetering mogelijk is en verdere discussie noodzakelijk is. Bijzondere aandachtspunten zijn: het belang van goede voorlichting en informatie, de noodzaak van duidelijke afspraken en helderheid over het proces bij doorverwijzingen en verhuizingen, de rol van scholen in de preventie van gezondheidsklachten, de noodzaak van preventieve zorg voor de geestelijke gezondheid van asielzoekerskinderen en het belang van het betrekken van en goed overleggen met ouders.

Het rapport is tevens een startpunt voor verder onderzoek, omdat er verschil van opvatting blijkt te bestaan over de mate waarin de gezondheidszorg voor asielzoekerskinderen goed geregeld is. Aan het einde van dit rapport zijn er daarom enkele vragen geformuleerd voor toekomstig onderzoek.

1. INLEIDING, VRAAGSTELLING EN METHODE

Aanleiding

In 2009 werd het onderzoek *'Kind in het centrum: Kinderrechten in asielzoekerscentra'* gepresenteerd. Hierin werd geconstateerd dat de situatie van kinderen in asielzoekerscentra (azc's)¹ niet voldoet aan de minimumeisen van het Kinderrechtenverdrag, onder andere ook op het terrein van de gezondheidszorg en de jeugdzorg. In het onderzoeksrapport worden 65 aanbevelingen gedaan, waarvan aanbevelingen 42 t/m 46 gericht zijn op gezondheid en jeugdzorg. Daarnaast worden er aanbevelingen gedaan om structurele knelpunten op te lossen die een goede gezondheidszorg en jeugdzorg in de weg staan, zoals het vele verhuizen. Inmiddels zijn er zeven jaren verstreken en het is niet altijd duidelijk of alle aanbevelingen nog volledig actueel zijn. De Werkgroep Kind in azc wil met deze quickscan een overzicht bieden van de manier waarop de toegang tot en de kwaliteit van de gezondheidszorg en jeugdzorg is georganiseerd en hoe deze functioneren anno 2016.

Doel

De centrale vraag van dit onderzoek is hoe de toegang tot en de kwaliteit van de gezondheidszorg en jeugdzorg voor asielzoekerskinderen zijn georganiseerd en hoe deze zorg functioneert. Naast een beschrijving van de verantwoordelijkheden (en samenwerking tussen) de betrokken organisaties zal ook worden ingegaan op aandachtspunten voor een verbetering van de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg en voorstellen voor verder onderzoek.

Uitgangspunten

Het onderzoek gaat ervan uit dat alle kinderen, onafhankelijk van nationaliteit of verblijfsstatus, op basis van internationale mensenrechtenverdragen recht op gezondheid en gezondheidszorg hebben. Meest belangrijk zijn hierbij artikel 12 van het Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele rechten en artikel 24 van het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (hierna ook Kinderrechtenverdrag). In het bijzonder is op basis van deze bepalingen essentieel dat het belang van het kind te allen tijde gewaarborgd is en dat gezondheidsvoorzieningen toegankelijk, beschikbaar, van goede kwaliteit en betaalbaar zijn. Terwijl de Nederlandse praktijk in quickscan niet direct aan deze standaarden wordt getoetst, bieden ze een helder beoordelingskader voor eventuele misstanden en liggen daarom indirect aan deze quickscan ten grondslag.

Ook is het belangrijk om ervan bewust te zijn dat kinderen die in een azc wonen bijzondere gezondheidsrisico's lopen, bijvoorbeeld door de reden van hun vlucht, een onbekende taal en cultuur in Nederland en onzekerheid.²

Zoals eerder genoemd biedt het in 2009 afgesloten onderzoek *'Kind in het centrum'* een aantal aanbevelingen om knelpunten in de gezondheidszorg en jeugdzorg te adresseren. Die aanbevelingen vormen tevens aanknopingspunten voor dit onderzoek. Concreet gaat het om de volgende punten:

¹ Tenzij het anders is aangegeven worden met de term 'azc' alle opvanglocaties van het COA bedoeld.

² Karin Kloosterboer, *Kind in het centrum: Kinderrechten in asielzoekerscentra*, UNICEF Nederland, Stichting Kinderpostzegels en COA, juni 2009, p. 70, beschikbaar op: <http://www.kind-in-azc.nl/onderzoek.aspx> (geraadpleegd op 4 april 2016).

- Meer nadruk op preventieve zorg en het voorkomen van gezondheidsproblemen,
- Betere signalering, toegang en doorverwijzing,
- Een uitbreiding van de gezondheidszorg door capaciteitsuitbreiding en meer continuïteit,
- Individueel toegespitste hulp voor elk kind,
- Betere voorlichting voor kinderen en ouders over gezondheidsgerelateerde onderwerpen.³

Op een aantal van deze knelpunten wordt indirect ingegaan in hoofdstuk 4, dat de uitvoering en samenwerking tussen de verschillende instanties behandelt. Een aantal andere belangrijke aspecten (informatievoorziening, doorverwijzing en continuïteit) komen in hoofdstuk 5 over de praktijkervaringen uitgebreider aan bod.

Onderzoeksvragen

- Waar hebben asielzoekerskinderen volgens de Nederlandse wet- en regelgeving recht op met betrekking tot gezondheidszorg?
- Welke overheidsinstanties zijn betrokken bij het organiseren van de zorg voor asielzoekerskinderen?
- Hoe wordt de gezondheidszorg voor asielzoekerskinderen gefinancierd?
- Wie houdt toezicht op de gezondheidszorg voor asielzoekerskinderen?
- Welke uitvoerende instanties spelen een rol in de gezondheidszorg voor asielzoekerskinderen?
- Welke taken hebben deze instanties?
- Welke verschillen bestaan er per soort opvang?
- Hoe functioneert de zorgverlening in de praktijk?
- Hoe beschikbaar, toegankelijk en kwalitatief hoogwaardig is de zorgverlening, in het bijzonder waar het gaat om informatievoorziening, signalering en continuïteit?
- Welke aandachts- en verbeterpunten zijn er op het gebied van curatieve zorg, preventieve zorg en jeugdhulp?

Eerder onderzoek

De Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) heeft in een rapport van oktober 2014 geconstateerd dat de snelle uitbreiding van opvangplaatsen leidt tot risico's in de medische zorg. Beperkte informatie over de organisatie van de huisartsenzorg kan leiden tot ontevredenheid over de zorgverlening. Daarnaast constateert het rapport dat de risico's bestaan dat de inbedding van de huisartsenzorg in de regio onvoldoende is, dat asielzoekers met een zorgbehoefte niet snel genoeg in beeld zijn bij het GC A, dat de GC A Praktijklijn overbelast is, dat de tbc-screening onvoldoende wordt uitgevoerd en dat kinderen onvoldoende worden gevaccineerd.⁴

Het rapport uit 2015 van de Inspectie Veiligheid en Justitie (IVenJ) over de tijdelijke opvangvoorzieningen voor asielzoekers merkt op dat er "voldoende aanwezigheid en

³ Kloosterboer, juni 2009, p. 95-96.

⁴ IGZ, *Inspectie positief over medische zorg in vier nieuwe opvanglocaties voor asielzoekers, maar snelle uitbreiding van de opvang van asielzoekers leidt tot risico's in de medische zorg*, IGZ, oktober 2014, p. 6, beschikbaar op:

http://www.igz.nl/actueel/nieuws/aandacht_nodig_voor_risico_s_in_de_medische_zorg_bij_snelle_uitbreiding_opvanglocaties_asielzoekers.aspx (geraadpleegd op 4 april 2016).

toegankelijkheid van basisvoorzieningen en oog voor het welzijn van de asielzoekers” is in de tijdelijke opvanglocaties voor asielzoekers.⁵

In zijn rapport van februari 2016 benadrukt de Kinderombudsman dat verhuizingen nog steeds een probleem zijn en dat de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor asielzoekerskinderen in de procesopvanglocatie (pol), de pre-pol (ook bekend als noodopvang), beter moet.⁶ Ook geeft hij aan dat de GC A spreekuren druk worden bezocht, mensen lang moeten wachten en niet altijd aan de beurt komen. Toch lijkt de toegang tot huisartsenzorg voor asielzoekerskinderen over het algemeen goed geregeld. De specialistische zorg wordt daarentegen vaak uitgesteld.⁷

In een rapport van de IGZ uit maart 2016 wordt geconstateerd dat, hoewel de grootste risico's beperkt zijn gebleven dankzij de gezamenlijke inspanningen van de betrokkene organisaties, de zorg voor asielzoekers in 2015 sterk onder druk is komen te staan door het hoge aantal mensen dat in Nederland asiel heeft aangevraagd. Niet alles in de opvangvoorzieningen voldeed daarom aan de normen voor medische zorg aan asielzoekers.⁸ Zo worden als knelpunten genoemd dat de medische intake niet altijd op tijd plaatsvond, dat de Praktijklijn moeilijk bereikbaar was, dat de tbc-screening niet altijd tijdig plaats heeft gevonden en dat het rijksvaccinatieprogramma niet altijd op tijd van start ging bij kinderen.⁹ De vraag is of dit in 2016 verbeterd is. Verbetering is tevens nodig op het gebied van voorlichting en monitoring.

Het valt op dat de knelpunten die in verschillende onderzoeken worden genoemd vaak overeenkomen. Deze consensus heeft ervoor gezorgd dat een aantal knelpunten al opgepakt zijn. Zo heeft de jeugdgezondheidszorg (JGZ) een vroegtijdige medische intake ingesteld in de pol en worden er bij het GC A sinds kort medische intakes vlak na aankomst in Nederland in de col locaties Budel en Veenhuizen uitgevoerd. Daarnaast loopt een pilot voor jeugd en gezin coaches en een pilot met een consulent jeugd ggz. Het is belangrijk dat deze pilots goed geëvalueerd worden en zo mogelijk uitgerold worden en dat ook de nadere knelpunten aangepakt worden.

Uitvoering

Dit onderzoek werd uitgevoerd van januari t/m maart 2016. Het bestond in eerste instantie uit desk research en aanvullend daaraan zijn een aantal gesprekken met experts en

⁵ IVenJ, 'De tijdelijke (opvang) voorzieningen voor asielzoekers onder de loep', IVenJ, november 2015, beschikbaar op: <https://www.ivenj.nl/actueel/inspectierapporten/rapport-de-tijdelijke-%28opvang%29voorzieningen-voor-asielzoekers-onder-de-loep.aspx?cp=131&cs=64514> (geraadpleegd op 7 april 2016).

⁶ De Kinderombudsman, *Wachten op je toekomst – Kinderen in de noodopvang in Nederland*, de Kinderombudsman, februari 2016, p. 19-20, beschikbaar op: <http://www.dekinderombudsman.nl/92/ouders-professionals/publicaties/rapport-wachten-op-je-toekomst/?id=621> (opgehaald op 4 april 2016).

⁷ De Kinderombudsman, februari 2016, p.19. Het uitstellen van specialistische zorg kan verschillende redenen hebben en hoeft niet altijd negatief te zijn.

⁸ IGZ, 'Medische zorg aan asielzoekers onder druk maar ketenpartners beperken gezamenlijk grootste risico's', IGZ, maart 2016, p.7, beschikbaar op: <http://www.igz.nl/actueel/nieuws/medische-zorg-aan-asielzoekers-onder-druk-doo.aspx> (geraadpleegd op 7 april 2016) p.7

⁹ IGZ, 'Medische zorg aan asielzoekers onder druk maar ketenpartners beperken gezamenlijk grootste risico's', IGZ, maart 2016, p.7, beschikbaar op: <http://www.igz.nl/actueel/nieuws/medische-zorg-aan-asielzoekers-onder-druk-doo.aspx> (geraadpleegd op 7 april 2016) p.7

beleidsmedewerkers van een aantal betrokkene instanties gevoerd. Op basis daarvan zijn openstaande vragen verder verduidelijkt en uitgediept.¹⁰ Het heeft ten doel om een overzicht te schetsen en helderheid te brengen op een gebied dat onderhevig is aan een snelle verandering. Mede daarom is ervoor gekozen om het onderzoek binnen een hele korte periode af te ronden.

Reikwijdte van het onderzoek

Voor de lezer is het belangrijk om zich ervan bewust te zijn dat dit rapport – zoals de titel al zegt – een quickscan is, en dus geen diepgaand en grondig onderzoek. Vanwege de kleinschaligheid van het onderzoek zijn praktijkvoorbeelden daarom ook niet representatief in strikte zin. Aanbevelingen die worden gedaan zijn algemeen van aard en niet gebaseerd op specifieke incidenten. Vanwege het korte tijdsbestek was het niet mogelijk om alle belanghebbenden te spreken. Desalniettemin kwamen in deze quickscan een aantal knelpunten naar voren die het waard zijn om in uitgebreider onderzoek verder uit te diepen.

Leeswijzer

De studie is opgezet van algemeen naar specifiek: het uitgangspunt is overheidsbeleid, dan worden uitvoerende instanties toegelicht en vervolgens worden praktijkervaringen besproken. Het rapport geeft inzicht in een aantal verschillende aspecten van de gezondheidszorg voor asielzoekerskinderen, waarbij de nadruk ligt op de intake, de curatieve gezondheidszorg (eerste- en tweedelijns), de preventieve gezondheidszorg en jeugdhulp. Daarnaast gaat het rapport in op de situaties in specifieke types centra, en waar deze afwijken van de situatie in een azc.

Terminologie, afbakening en algemene toelichting

Asielzoeker en uitgeprocedeerde asielzoeker: De studie richt zich alleen op mensen die asiel hebben aangevraagd en in een opvanglocatie verblijven. De redenen daarvoor kunnen verschillen: ze kunnen nog in de asielpcedure zitten, wachten totdat ze de procedure mogen beginnen, wachten op huisvesting of uitgeprocedeed zijn. Er zal niet worden ingegaan op de situatie van alleenstaande minderjarige vreemdelingen of op de situatie van asielzoekers- of vluchtelingenkinderen die in een gemeente en niet in een centrum gehuisvest zijn.

Kind en jeugd: Als kind/jeugdige wordt iedereen van 0 tot 18 jaar beschouwd. Waar de wet of praktijk een uitzondering maakt wordt dat expliciet aangegeven.

Opvangcentra: De reguliere opvang voor asielzoekers is onderverdeeld in verschillende type centra. Voor al deze centra is het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA)

¹⁰ Voor een nadere toelichting van de methode zie hoofdstuk 4.

verantwoordelijk.¹¹ In deze studie zal worden ingegaan op de situatie in de Centrale Ontvangstlocatie (col), pol, azc's, pre-pol's en gezinslocaties (gl's).

Relevante instanties: De instanties die aan bod komen in deze quickscan omdat zij (gedeeltelijk) verantwoordelijk zijn voor het organiseren en beschikbaar stellen van de gezondheidszorg aan asielzoekers zijn (afhankelijk van het type zorg en van de soort opvang):

- Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA, overheidsinstantie verantwoordelijk voor de opvang van asielzoekers in Nederland),
- Menzis COA Administratie (MCA, namens Menzis verantwoordelijk voor de gehele organisatie van beschikbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg aan asielzoekers),
- Gezondheidscentrum asielzoekers (GC A, landelijke eerstelijnspraktijk die huisartsenzorg plus levert),
- Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD, uitvoerder publieke gezondheidszorg),
- GGD GHOR Nederland (vereniging verantwoordelijk voor de publieke gezondheid en veiligheid in Nederland),
- SCIO Consult (onafhankelijk indicatieorgaan voor specialistische zorg),
- Medische professionals (uitvoerders 2^e lijnszorg),
- Gemeentes.¹²

Curatieve gezondheidszorg, preventieve gezondheidszorg en jeugdhulp: Het voorliggende rapport onderscheidt drie verschillende aspecten van gezondheidszorg voor asielzoekerskinderen: curatieve gezondheidszorg, preventieve gezondheidszorg en jeugdhulp.

Met curatieve gezondheidszorg wordt alle zorg bedoeld waar een asielzoekerskind volgens het basisverzekeringspakket recht op heeft. Hier gaat het met name om eerstelijnszorg (huisartsenzorg) en tweedelijnszorg (specialistische zorg), inclusief tandheelkundige zorg. Vanwege de bijzondere complexiteit van de jeugdhulp (zie onderstaand) zal deze apart worden behandeld, ook al vallen onderdelen (zoals de geestelijke gezondheidszorg voor de jeugd (jeugd-GGZ) binnen de definitie van curatieve zorg.

Daarnaast besteedt het rapport aandacht aan preventieve gezondheidszorg. Voor kinderen wordt deze preventieve gezondheidszorg uitgevoerd door de JGZ. De JGZ kan worden omschreven als “de publieke gezondheidszorg, waarbij een landelijk preventief gezondheidszorgpakket actief wordt aangeboden aan alle jeugdigen tot 18 jaar” dat op de fysieke, sociale, psychische en cognitieve ontwikkeling let.¹³

Ook gaat het rapport in op de jeugdhulp. De jeugdhulp omvat verschillende aspecten, zoals jeugdbescherming, ambulante jeugdhulp, de jeugd-GGZ en de ondersteuning van jeugd met een beperking. Deze vorm van hulpverlening kan zowel onder de curatieve als de

¹¹ Omdat het rapport gaat over de zorgverlening aan asielzoekerskinderen, zal hier niet worden ingegaan op de verschillen tussen de centra in algemene zin. Voor meer informatie zie, bijvoorbeeld, de website van het COA: <https://www.coa.nl/nl/over-coa/opvanglocaties/soorten-opvanglocaties> (geraadpleegd op 4 april 2016).

¹² Daarnaast komen een aantal instanties indirect in aanraking met het welzijn van asielzoekerskinderen. Deze instanties zijn vooral: VluchtelingenWerk Nederland, De Vrolijkheid, azc scholen en reguliere scholen.

¹³ Artikel 1(d), Wet publieke gezondheid.

preventieve gezondheidszorg vallen.¹⁴ Dit rapport zal niet verder ingaan op de kindermishandelings- (“Veilig Thuis”) en crisishulpmaatregelen, omdat deze direct door de gemeente worden uitgevoerd.¹⁵

2. WET- EN REGELGEVING

Voordat uitgelegd kan worden hoe de gezondheidszorg voor asielzoekerskinderen is georganiseerd, is het belangrijk om een kort overzicht te geven van de juridische uitgangspositie van asielzoekerskinderen in Nederland. Dit hoofdstuk gaat daarom in op de vraag: Waar hebben asielzoekerskinderen volgens de Nederlandse wet- en regelgeving recht op met betrekking tot de gezondheidszorg? Het hiernavolgende geeft een selectie van voor deze studie bijzonder relevante bepalingen.

Regeling verstrekkingen asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen 2005

Meest relevant voor de gezondheidszorg van asielzoekerskinderen is de Regeling verstrekkingen asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen 2005. Volgens artikel 9(1)(e) van deze regeling hebben asielzoekers recht op “dekking van de kosten van medische verstrekkingen overeenkomstig een daartoe te treffen ziektekostenregeling”. Daarnaast moet er volgens artikel 9(2) “Zo spoedig mogelijk nadat een asielzoeker voor de eerste keer in een opvangvoorziening is opgevangen [...] een eerste onderzoek naar zijn gezondheidstoestand” plaatsvinden.¹⁶ Specifiek voor minderjarigen is in Artikel 18c(b) bepaald dat kinderen “die het slachtoffer zijn geweest van enige vorm van mishandeling, verwaarlozing, uitbuiting, foltering of wrede, onmenselijke of vernederende behandeling of die hebben geleden onder gewapende conflicten, toegang hebben tot de rehabilitatiediensten en waar nodig gekwalificeerde begeleiding wordt verstrekt”. Wat rehabilitatiediensten precies inhouden is niet geheel vastgelegd in officiële documenten. Te denken valt aan het helpen functioneren van mensen met psychische/psychiatrische beperkingen met als doel dat ze normaal kunnen functioneren (wonen, leren, sociale contacten hebben). Voor kinderen kan dit bijvoorbeeld het volgende zijn: GGZ, therapie door sport en spel, psychosociale hulpverlening. Doordat het in de wet niet duidelijk aangegeven staat, wordt het in de praktijk ook niet altijd duidelijk waar kinderen/mensen recht op hebben en wat ze zelf moeten bekostigen.

Regeling Zorg Asielzoekers (RZA)¹⁷

¹⁴ Zie ook de speciale website van de Ministeries voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Veiligheid en Justitie en de VNG hierover: <https://www.voordejeugd.nl/stelselwijziging/jeugdhulp/soorten-jeugdhulp> (geraadpleegd op 4 april 2016).

¹⁵ De gemeente is verantwoordelijk voor de uitvoering van de Jeugdwet. Echter, voor asielzoekerskinderen heeft het COA de organisatie daarvan op zich genomen met uitzondering van de kindermishandelings- en crisishulpmaatregelen. Mailwisseling 18 mei 2016.

¹⁶ Hier zijn op dit moment een aantal veranderingen gaande, zie hoofdstuk 4 onder ‘intake’.

¹⁷ Asielzoekers hoeven geen eigen bijdrage of eigen risico te betalen. COA, GGD GHOR, MCA, GCA, *Factsheet gezondheidszorg voor asielzoekers in Nederland* COA, GGD GHOR, MCA, GCA, juni 2015, p. 3, beschikbaar op: <http://www.ggdghorkennisnet.nl/thema/publieke-gezondheidszorg-asielzoekers->

De aanspraak op vergoeding is verder vastgelegd in de Regeling Zorg Asielzoekers (RZA).¹⁸ Deze bepalingen gelden voor alle kinderen die in een opvanglocatie van het COA verblijven.¹⁹ Farmaceutische zorg wordt door van de Menzis COA Administratie (MCA) gecontracteerde apotheken verleend. Asielzoekers krijgen hetzelfde vergoed als niet-asielzoekers met een basisverzekering, maar zijn niet verplicht tot het betalen van een eigen bijdrage en kennen ook geen eigen risico. Medisch specialistische zorg is mogelijk op basis van een doorverwijzing van de huisarts en binnen het kader van het basisverzekeringspakket.²⁰ Het volgende geeft een aantal bijzondere zorgaspecten weer waar asielzoekerskinderen naast de huisartsenzorg aanspraak op kunnen maken.

Geestelijke gezondheidszorg

Asielzoekerskinderen hebben recht op “generalistische basis GGZ” indien er een “DSM-stoornis” is gediagnosticeerd of wordt vermoed.²¹ Om aanspraak te kunnen maken op deze zorg is een schriftelijke verwijzing van de huisarts of jeugdarts noodzakelijk.²² Asielzoekerskinderen moeten voorafgaand aan een behandeling toestemming van de MCA inwinnen. Deze toestemming hangt af van de door een onafhankelijk indicatieorgaan bepaalde indicatie (op dit moment SCIO Consult).²³ Uitgezonderd van behandeling zijn GGZ bij dyslexie, de behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij werk- en relatieproblemen.²⁴

Ouders van asielzoekerskinderen tot 18 jaar kunnen aanspraak maken op jeugd- en opvoedhulp. Deze bestaat uit “ondersteuning van en hulp en zorg, niet zijnde preventie, aan jeugdigen en hun ouders bij het verminderen, stabiliseren, behandelen en opheffen van of omgaan met de gevolgen met psychische problemen en stoornissen, psychosociale problemen, gedragsproblemen of een verstandelijke beperking van de jeugdige, opvoedingsproblemen van de ouders.”²⁵

Paramedische zorg

Asielzoekerskinderen hebben recht op negen behandelingen fysiotherapie of oefentherapieën volgens de Cesar/Mensendieck methode. Als er onvoldoende resultaat is

pga/publicaties/publicatie/2057-factsheet-gezondheidszorg-voor-asielzoekers-in-nederland (geraadpleegd op 4 april 2016).

¹⁸ Asielzoekers hoeven geen eigen bijdrage of eigen risico te betalen. COA, GGD GHOR, MCA, GCA, *Factsheet gezondheidszorg voor asielzoekers in Nederland* COA, GGD GHOR, MCA, GCA, juni 2015, p. 3, beschikbaar op: <http://www.ggdghorkennisnet.nl/thema/publieke-gezondheidszorg-asielzoekers-> pga/publicaties/publicatie/2057-factsheet-gezondheidszorg-voor-asielzoekers-in-nederland (geraadpleegd op 4 april 2016).

¹⁹ Gesprek 18 februari 2016 (1).

²⁰ COA, GGD GHOR, MCA, GCA, 2015, p. 7.

²¹ DSM is het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

²² Hoofdstuk 11.10, Regeling Zorg Asielzoekers.

²³ Hoofdstuk 11.10, Regeling Zorg Asielzoekers.

²⁴ Hoofdstuk 11.10, Regeling Zorg Asielzoekers. Naar verwachting zal er eind mei 2016 een aparte RZA-gids voor Jeugdhulp beschikbaar worden gesteld, waarin ook de jeugdhulpproducten te vinden zullen zijn. Nieuwsbrief MCA van 21 maart 2016.

²⁵ Hoofdstuk 11.16, Regeling Zorg Asielzoekers.

geboekt, heeft men na een nieuwe doorverwijzing nog eens recht op 9 sessies.²⁶ Daarnaast kunnen asielzoekerskinderen aanspraak maken op logopedie als “die een geneeskundig doel heeft, en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.”²⁷ Ook kunnen asielzoekerskinderen per kalenderjaar “aanspraak maken op maximaal 10 behandeluren ergotherapie” als het doel van deze therapie is dat de zelfzorg en zelfredzaamheid wordt bevorderd of hersteld.²⁸

Tandheelkundige zorg

Wat betreft de mondzorg hebben asielzoekerskinderen dezelfde rechten als Nederlandse kinderen met basisverzekering, dat betekent dus “sanering van het gebit en preventieve controles.”²⁹

3. VERANTWOORDELIJKHEID, FINANCIERING EN TOEZICHTHOUDING

Het volgende hoofdstuk zal ingaan op het macroniveau van de gezondheidszorg voor asielzoekerskinderen en behandelt de volgende vraagstukken:

- Welke overheidsinstanties zijn betrokken bij het organiseren van de zorg voor asielzoekerskinderen?
- Hoe wordt de gezondheidszorg voor asielzoekerskinderen gefinancierd?
- Wie houdt toezicht op de gezondheidszorg voor asielzoekerskinderen?

Verantwoordelijke overheidsinstanties

Instantie	Verantwoordelijkheid
Ministerie van Veiligheid en Justitie	Het Ministerie van Veiligheid en Justitie is verantwoordelijk voor het organiseren en financieren van de gezondheidszorg voor asielzoekerskinderen, alsook voor het zorgpakket. ³⁰
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is betrokken bij de gezondheidszorg voor statushouders in gemeentes, maar niet bij de gezondheidszorg in de centrale opvang. ³¹ Wel is het ministerie verantwoordelijk voor het feitelijke handelen van BIG-zorgverleners. ³²
COA	Het Ministerie van Veiligheid en Justitie heeft de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de gezondheidszorg voor asielzoekerskinderen bij het COA neergelegd. Het COA is landelijk

²⁶ Hoofdstuk 11.8-11.9, Regeling Zorg Asielzoekers.

²⁷ Hoofdstuk 11.18, Regeling Zorg Asielzoekers.

²⁸ Hoofdstuk 11.8, Regeling Zorg Asielzoekers.

²⁹ COA, GGD GHOR, MCA, GCA, 2015, p. 7. Zie ook Hoofdstuk 11.28 Regeling Zorg Asielzoekers voor een uitgebreide lijst.

³⁰ Mailwisseling 18 mei 2016.

³¹ Mailwisseling 15 februari 2016.

³² BIG staat voor Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. Mailwisseling 18 mei 2016.

	<p>verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van zorg. Een uitzondering zijn de bovengenoemde “Veilig Thuis” en crisishulp maatregelen (die zowel in de uitvoering als in de financiering de verantwoordelijkheid van de gemeente zijn).³³ Daarnaast heeft het COA verantwoordelijkheden in de centrale opvang zelf. Deze worden samengevat onder de noemer “niet-medische gidsfunctie”.³⁴ Dat betekent dat het COA asielzoekers wegwijs maakt in hoe de gezondheidszorg in Nederland is georganiseerd. Het COA informeert asielzoekers ook over de dienstverlening op het gebied van de Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers (PGA).³⁵ Daarnaast wordt het verlenen van zorg gefaciliteerd, door het beschikbaar stellen van faciliteiten voor medisch personeel en voor asielzoekers, en door het organiseren van multidisciplinaire overleggen op het centrum.³⁶</p>
Menzis	<p>Op 1 januari 2009 heeft het COA een contract met zorgverzekeraar Menzis gesloten en sindsdien is Menzis verantwoordelijk voor de uitvoering van de RZA. De uitvoerende instantie hiervoor is de MCA.</p>
MCA	<p>De MCA is verantwoordelijk voor de inkoop van alle zorg en voor de administratieve registratie en financiële afhandeling. De MCA zorgt er in principe voor dat alle zorg volgens het RZA beschikbaar is en dat de zorginkoop adequaat en met landelijke dekking verloopt.³⁷</p>

Financiering

Het Ministerie van Veiligheid en Justitie financiert alle COA voorzieningen. Dit geldt voor zowel de curatieve zorg als voor de JGZ en de jeugdhulp. Hoewel de gemeente of de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) verantwoordelijk is voor het bieden van bepaalde zorg, wordt de zorg meestal via het COA gefinancierd.³⁸

³³ Mailwisseling 11 februari 2016.

³⁴ COA, GGD GHOR, MCA, GCA, 2015, p. 4.

³⁵ Gesprek op 18 februari 2016 (1).

³⁶ Het COA heeft officieel de opdracht om deze overleggen op te zetten. Echter, soms wordt deze taak door andere partijen overgenomen. COA, GGD GHOR, MCA, GCA, 2015, p. 4.

³⁷ COA, GGD GHOR, MCA, GCA, 2015, p. 3.

³⁸ COA, Financiële verantwoording 2014, COA, 2014, p. 14, beschikbaar op https://www.coa.nl/sites/www.coa.nl/files/publicaties/bestanden/financiële_verantwoording_2014.pdf (geraadpleegd op 4 april 2016).

Het COA gaf in 2014 20,2% van de begroting aan gezondheidszorg uit.³⁹ De medische kosten zijn in dat jaar toegenomen met 19,9 miljoen euro, terwijl de kosten per asielzoeker met 5% afnamen. De stijging is een gevolg van de toename van het aantal asielzoekers in 2014 ten opzichte van 2013 en het dalen van de kosten per asielzoeker is terug te voeren op het feit dat een groot gedeelte van deze groep asielzoekers in de col/pol fase van de procedure zat.⁴⁰ De kosten van de PGA zijn per asielzoeker ook flink afgenomen (19.7%). Ook deze daling komt doordat veel mensen in de col/pol fase zitten. Jongeren kregen op deze locaties toen (nog) geen JGZ aangeboden.⁴¹

Gezondheidszorg (bedragen in € 1.000)	2014	2013
Medische kosten	95.479	75.576
Tbc-onderzoek	1.985	1.415
Publieke gezondheidszorg	5.437	5.091
Totaal	102.901	82.082

42

De dekking van de hogere kosten in 2014 en 2015 komt uit de asielreserve en de kosten van de eerstejaarsopvang van asielzoekers worden toegerekend aan officiële ontwikkelingshulp en komt voor een deel ten laste van het Ministerie van Buitenlandse Zaken.⁴³ De rest is gedekt binnen de begroting van het Ministerie van Veiligheid en Justitie.⁴⁴

Voor de jeugdhulp gelden specifieke bepalingen. Voor kinderen die in een COA-locatie verblijven, zijn door het Ministerie van Veiligheid en Justitie en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) afspraken gemaakt. Het COA koopt sinds 1 januari 2015 de jeugdhulp in. Het doel hiervan is om te voorkomen dat gemeenten niet of onvoldoende (specifieke) zorg hebben ingekocht. Er wordt elk jaar circa drie miljoen euro teruggeboekt van de gemeenten naar de Rijksoverheid om de jeugdhulp voor kinderen die in een COA-locatie verblijven te financieren.⁴⁵ Alle vormen van jeugdhulp, inclusief specialistische hulp zoals bijvoorbeeld jeugd-GGZ en jeugdzorgplus (gesloten jeugdzorg) worden ook vergoed via het COA.⁴⁶

Toezichthouding

³⁹ COA, Financiële verantwoording 2014, p. 14.

⁴⁰ COA, Financiële verantwoording 2014, p. 75. In 2014 was er alleen maar medisch noodzakelijke hulp beschikbaar, wat voor kostenvermindering heeft gezorgd.

⁴¹ COA, Financiële verantwoording 2014, p. 75.

⁴² COA, Financiële verantwoording 2014, p. 75.

⁴³ Kamerbrief over gevolgen en maatregelen hoge asielinstroom, Kamerstuk 19637 nr. 2027, Vergaderjaar 2014-2015.

⁴⁴ Ministerie van Veiligheid en Justitie, *Stelselwijziging Jeugd; voor alle kinderen, jeugdwet en minderjarige vreemdelingen*, p. 27, Ministerie van Veiligheid en Justitie, Beschikbaar op:

https://vng.nl/files/vng/publicaties/2015/20150724_voor_all_kinderen_jeugdwet_en_minderjarige_vreemdelingen.pdf (geraadpleegd op 4 april 2016).

⁴⁵ VNG, *Afspraken over verantwoordelijkheid jeugdhulp asielzoekers*, VNG, 2014, beschikbaar op:

<https://vng.nl/onderwerpen/index/jeugd/jeugdhulp/nieuws/afspraken-over-verantwoordelijkheid-jeugdhulp-asielzoekers> (geraadpleegd op 4 april 2016). Het precieze bedrag hangt af van het aantal asielzoekerskinderen en de geschatte zorgbehoefte. Mailwisseling 13 mei 2016.

⁴⁶ GGD GHOR, *Beleid 2015 MCA in relatie tot de Hervorming Langdurige Zorg*, GGD GHOR, 2015, beschikbaar op: <http://www.ggdghorkennisnet.nl/?file=21217&m=1420638747&action=file.download> (geraadpleegd op).

De IGZ, de Inspectie Jeugdzorg (IJZ) en de IvenJ houden gezamenlijk toezicht op de gezondheidszorg voor asielzoekers.⁴⁷

De IGZ doet aanbevelingen wanneer wordt opgemerkt dat er nog onduidelijkheid of inconsistentie bestaat bij het invullen van bepaalde normen door de verschillende instanties. In het verleden heeft de IGZ daarom aanbevelingen gedaan aan het COA over bijvoorbeeld de geboortezorg, het taxivervoer, het contracteren van curatieve zorg en, meest recent, over de gezondheidszorg in nieuw geopende locaties.⁴⁸ De IGZ kijkt met name naar de toegang tot en kwaliteit van de curatieve en preventieve gezondheidszorg, onafhankelijk van de locatie ervan. De IGZ toetst niet alleen aan algemene kwaliteitseisen, maar toetst ook of het COA aan de eigen interne afspraken en eigen normen voldoet. Op basis daarvan geeft zij advies aan het COA en doet aanbevelingen aan zorgverleners.⁴⁹

De Inspectie Jeugdzorg is betrokken bij de toezichthouding op de gezondheidszorg voor asielzoekerskinderen waar het gaat om de opvangvoorzieningen voor (alleenstaande) minderjarige vreemdelingen, bijvoorbeeld met betrekking tot fysieke veiligheid en goede begeleiding, maar minder specifiek met het oog op de gezondheidszorg.⁵⁰ Daarnaast houdt de IJZ toezicht op de jeugdzorg.⁵¹

De IvenJ is tussen de regels door betrokken, met name met het oog op de omgang met de toegenomen aantallen asielzoekers sinds 2014. Volgens deskundigen wordt er nauw en goed samengewerkt tussen deze drie instanties en zijn de zorgaanbieders voor asielzoekers misschien wel “de meest gecontroleerde zorgaanbieders” van allemaal.⁵² Desalniettemin moet worden opgemerkt dat het werk dat het COA, het GCA en de MCA doen met betrekking tot de gezondheidszorg officieel niet onder het toezicht van de IGZ en de IJZ staat. De inspecties kunnen daarom geen officiële maatregelen opleggen aan het COA, maar alleen aanbevelingen doen.⁵³ Zij kunnen wel maatregelen opleggen aan het GCA.⁵⁴

⁴⁷ Gesprek op 24 maart 2016.

⁴⁸ IGZ, *Inzet professionele tolken en overdracht bij overplaatsing moeten beter voor verantwoorde geboortezorg aan asielzoekers*, IGZ, 2014, p. 19, beschikbaar op: http://www.igz.nl/Images/2014-02%20Geboortezorg%20aan%20asielzoekers_tcm294-351517.pdf (geraadpleegd op 4 april 2016).

IGZ, *Rapport Medische zorg aan asielzoekers onder druk maar ketenpartners beperken gezamenlijk grootste risico's*, IGZ, maart 2016, beschikbaar op:

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/03/24/tk-medische-zorg-asielzoekers-maart-2016> (geraadpleegd op 4 april 2016).

⁴⁹ Gesprek op 24 maart 2016.

⁵⁰ IJZ, *Grootschalige opvang van alleenstaande minderjarige vreemdelingen*, IJZ, 2012, beschikbaar op:

<https://www.inspectiejeugdzorg.nl/documenten/Onderzoek%20naar%20de%20grootschalige%20opvang%20van%20alleenstaande%20minderjarige%20vreemdelingen%20op%20de%20proces%20opvanglocaties.pdf> (opgehaald op 4 april 2016).

Meer informatie is ook te vinden op de website van de IJZ: <https://www.inspectiejeugdzorg.nl/toezicht/?id=21> (geraadpleegd op 4 april 2016).

⁵¹ Gesprek op 24 maart 2016

⁵² Gesprek op 24 maart 2016.

⁵³ COA, *Financiële verantwoording 2014*. COA, *Toezichtsarrangement*, COA, 2014, beschikbaar op:

https://www.coa.nl/sites/www.coa.nl/files/paginas/media/bestanden/toezichtsarrangement_coa_0.pdf (geraadpleegd op 4 april 2016). IGZ, 2014, p. 19

⁵⁴ Mailwisseling 26 mei 2016.

4. UITVOERING EN SAMENWERKING

Voor kinderen is er formeel geen onderscheid tussen de zorg in de verschillende centra: het GC A levert “uniforme huisartsenzorg Plus op elke COA-opvanglocatie”, waarbij rekening wordt gehouden met de individuele behoeftes van de patiënt.⁵⁵ Het GC A is dus ook aanwezig op de col, pre-pol en pol en asielzoekerskinderen kunnen er gebruik van maken (ook in gevallen waar zij nog geen intake hebben gehad).⁵⁶

In tijden waarin de huidige voorzieningen onder druk staan is het extra relevant om de taken van de verschillende instanties nader toe te lichten, zeker gezien het overheidsbeleid dat een nieuw centrum pas open gaat als alle gezondheidszorgvoorzieningen geregeld zijn.⁵⁷ In dit hoofdstuk wordt daarom toegelicht hoe de zorg op papier geregeld is (er worden geen voorbeelden uit de praktijk betrokken). Het hoofdstuk gaat op basis van desk research en gesprekken met experts in op de volgende drie vragen:

- Welke uitvoerende instanties spelen een rol in de gezondheidszorg voor asielzoekerskinderen?
- Welke taken hebben deze instanties?
- Welke verschillen bestaan er per soort opvang?

Intake

Na aanmelding van een asielzoeker in de col wordt er een tbc-screening uitgevoerd door de GGD of een medisch specialist.⁵⁸ Daarnaast krijgt ieder asielzoekerskind een aparte intake bij het GC A (curatieve zorg) en bij de GGD (JGZ).⁵⁹

De intake voor de curatieve gezondheidszorg vond tot kortgeleden vanaf de vijfde dag na binnenkomst in een COA-opvang plaats, dus na afloop van de rust- en voorbereidingstermijn en na de opvang in de pre-pol.⁶⁰ Soms vonden er ook in de pre-pol medische intakes plaats.⁶¹ Sinds 1 april 2016 krijgen asielzoekers in Veenhuizen en Budel al in de col-fase een medische intake aangeboden. De bedoeling is om zo snel mogelijk uit te breiden naar locatie Ter Apel, zodat alle asielzoekers die binnenkomen in Nederland zo spoedig mogelijk een medische intake krijgen aangeboden.⁶² De pilot heeft als doel om in een zo vroeg mogelijk stadium eventuele gezondheidsrisico's te signaleren en daarbij passende maatregelen te nemen.⁶³

Het doel van de intake bij het GC A is om zo snel mogelijk na aankomst in Nederland de gezondheidstoestand van de asielzoeker in beeld te brengen. Een asielzoeker wordt zo snel

⁵⁵ Gesprek op 18 februari 2016 (1).

⁵⁶ Voor details over de intake zie hoofdstuk 4, onderdeel 'intake': er zijn op dit moment een aantal pilots gaande en de situatie is nog niet volledig gestroomlijnd. Uiteindelijk is het doel dat alle GCA intakes in de col plaatsvinden en alle JGZ intakes in de pol. Gesprek op 18 februari 2016 (1).

⁵⁷ Gesprek op 24 maart 2016. Asielzoekers in de COA-opvang staan automatisch ingeschreven als patient bij het GC A en kunnen vanaf binnenkomst in de COA-opvang direct terecht bij het GC A.

⁵⁸ Meer informatie op de site van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu op http://www.rivm.nl/Onderwerpen/A/Asielzoekers_en_infectieziekte_risico/Informatie_voor_huisartsen_bij_opvang_asielzoekers (geraadpleegd op 4 april 2016).

⁵⁹ Gesprek op 18 februari 2016 (1).

⁶⁰ Mailwisseling 24 maart 2016.

⁶¹ Gesprek op 18 februari 2016 (1).

⁶² Mailwisseling 24 maart 2016 en 26 mei 2016. Gesprek op 24 maart 2016.

⁶³ Gesprek op 24 maart 2016 en mailwisseling 13 mei 2016.

mogelijk opgeroepen voor een medische intake maar er is geen maximum termijn waarbinnen deze intake plaats moet hebben gevonden.⁶⁴ Als asielzoekers deze eerste afspraak om welke reden dan ook niet nakomen, worden zij een tweede keer uitgenodigd.

Bij de medische intake worden kinderen gezien als een risicogroep.⁶⁵ Daarom wordt bij de medische intake zoveel mogelijk gekeken naar de individuele situatie van een asielzoekerskind; afhankelijk van de leeftijd vindt de intake met of zonder ouders plaats.⁶⁶ Indien nodig kunnen aanvullende interventies worden ingezet.⁶⁷

Wat betreft de JGZ worden alle asielzoekerskinderen van 0-19 jaar individueel door de GGD opgeroepen voor een verpleegkundige intake en een verpleegkundig onderzoek. Deze intake moet binnen zes weken na binnenkomst in Nederland hebben plaatsgevonden.⁶⁸ Tot kortgeleden vond de intake alleen voor kinderen van 0-4 jaar al in de pol plaats, maar sinds 1 april 2016 wordt iedereen van 0-19 jaar in de pol al opgenomen in het systeem van de JGZ.⁶⁹

De intake is een startmoment voor het monitoren van de gezondheid, groei en ontwikkeling van het asielzoekerskind. Het doel van de intake bij de JGZ is inzicht verkrijgen in de gezondheidssituatie en gezondheidsgeschiedenis van het asielzoekerskind bij aanvang van de opvang door het COA. Tijdens de verpleegkundige intake wordt naar de gezondheidssituatie, gezondheidsgeschiedenis en vaccinatiestatus gevraagd. Daarna wordt een medisch onderzoek gedaan door een jeugdarts. Bij het onderzoek gaat het zowel om de algemene gezondheidssituatie als om de ontwikkeling en eventuele achterstanden van het kind. De jeugdarts stelt op basis daarvan een zorg- en vaccinatieplan vast. Waar nodig krijgt het asielzoekerskind inhaalvaccinaties volgens het Rijksvaccinatieprogramma.⁷⁰

Curatieve gezondheidszorg

Op alle COA-opvanglocaties is medische hulp door het GC A op locatie en telefonisch beschikbaar. Er bestaat dus geen verschil in de toegang tot zorg voor asielzoekerskinderen tussen beide types centra.⁷¹ Het uitgangspunt is dat asielzoekerskinderen in alle opvanglocaties dezelfde rechten op gezondheidszorg hebben, dus ook in de de pre-pol.⁷² In de praktijk kan dit echter toch verschillen, omdat er bijvoorbeeld in sommige jeudzorgtrajecten voorkeur wordt gegeven aan een stabiele omgeving alvorens aan de behandeling wordt begonnen.⁷³

Het GC A bestaat uit een team van huisarts, praktijkverpleegkundigen, praktijkassistenten en een consulent GGZ.⁷⁴ De praktijkverpleegkundigen en de consulent GGZ zijn verantwoordelijk voor “geprotocolleerde diagnose- en behandeltaken”.⁷⁵ De huisarts

⁶⁴ Mailwisseling 24 maart 2016 en 26 mei 2016.

⁶⁵ Gesprek op 18 februari 2016 (1) en mailwisseling 26 mei 2016.

⁶⁶ Mailwisseling 24 maart 2016.

⁶⁷ Gesprek op 18 februari 2016 (1) en mailwisseling 26 mei 2016.

⁶⁸ De Kinderombudsman, februari 2016, p. 20.

⁶⁹ Gesprek op 18 februari 2016 (1).

⁷⁰ COA, GGD GHOR, MCA, GCA, 2015, p. 5.

⁷¹ Voor volwassenen is er wel verschil. Gesprek op 18 februari 2016 (1).

⁷² Mailwisseling 24 maart 2016 en gesprek op 24 maart 2016.

⁷³ Mailwisseling 11 februari 2016.

⁷⁴ Gesprek op 18 februari 2016 (1).

⁷⁵ COA, GGD GHOR, MCA, GCA, 2015, p. 6

wordt vooral betrokken bij gecompliceerdere medische gevallen en is de eindverantwoordelijke.⁷⁶

De grootte van het GC A team en de openingstijden kunnen per centrum verschillen. Het GC A is op elke locatie twee dagdelen tot vijf dagen per week aanwezig en afhankelijk van de grootte van het centrum zijn er een aantal inloopsprekuren per week. Ter Apel vormt een uitzondering: hier vindt vanwege de grootte dagelijks een inloopsprekuren plaats.⁷⁷

Naast de inloopsprekuren is er ook een Praktijklijn, waar asielzoekers 24 uur per dag, 7 dagen per week naartoe kunnen bellen. Dit is een centraal georganiseerd medisch callcenter, waar medisch-administratieve medewerkers, praktijkassistenten en een huisarts werken. De asielzoeker kan hier (medische) vragen stellen en hulp krijgen bij het maken van een afspraak bij het GC A op locatie of bij een externe zorgverlener.⁷⁸ In de avond-, nacht- en weekenduren kunnen asielzoekers waar nodig, via de Praktijklijn, terecht bij de Huisartsenpost.⁷⁹ Het is onduidelijk in hoeverre er gebruik gemaakt wordt van tolken.⁸⁰

De geestelijke gezondheidszorg voor asielzoekerskinderen wordt in eerste instantie verleend door de consulent GGZ bij het GC A. De consulent GGZ brengt in kaart wat er aan de hand is, maar kan ook behandelen. Het gaat dan met name om kortdurende begeleiding, gericht op de zelfredzaamheid van de asielzoeker. De huisarts van het GC A kan iemand hiernaartoe doorverwijzen. Het GC A onderzoekt op dit moment de toegevoegde waarde van de inzet van een consulent GGZ-Jeugd binnen het GC A.⁸¹ Als er sprake is van ernstige problematiek, dan zal de consulent GGZ doorverwijzen naar de tweede lijn. De tweede lijn omvat gecontracteerde GGZ-instellingen (ook jeugd-GGZ instellingen).⁸²

Voor de mondzorg van asielzoekerskinderen is de MCA een overeenkomst aangegaan met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.⁸³ Daarnaast heeft de MCA declaratie-overeenkomsten met tandartsen in de buurt van centrale opvanglocaties. Asielzoekers kunnen via de GC A Praktijklijn een afspraak met een tandarts maken.⁸⁴

Ook in de pre-pol is het COA, op vergelijkbare wijze als in de reguliere opvang, verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van de zorg en het GC A voor het verlenen van die zorg.⁸⁵ Vergelijkbaar met de reguliere opvang wordt asielzoekers door het COA uitgelegd hoe de medische zorg in de opvang georganiseerd is.⁸⁶ Het GC A houdt, afhankelijk van de grootte van het centrum, twee dagdelen tot vijf dagen per week inloopsprekuren en is altijd

⁷⁶ COA, GGD GHOR, MCA, GCA, 2015, p. 6.

⁷⁷ Gesprek op 18 februari 2016 (1).

⁷⁸ Gesprek op 18 februari 2016 (1).

⁷⁹ Mailwisseling 26 mei 2016.

⁸⁰ Afspraken worden, waar nodig/mogelijk in het Engels gemaakt maar het gaat dan ook alleen maar om het maken van een afspraak. Mailwisseling 26 mei 2016.

⁸¹ Gesprek op 18 februari 2016 (1).

⁸² COA, GGD GHOR, MCA, GCA, 2015, p. 8.

⁸³ COA, GGD GHOR, MCA, GCA, 2015, p. 7.

⁸⁴ COA, GGD GHOR, MCA, GCA, 2015, p. 7.

⁸⁵ Mailwisseling 24 maart 2016.

⁸⁶ IvenJ, *De (tijdelijke) opvangvoorzieningen voor asielzoekers onder de loep*, IvenJ, november 2015, p. 18, beschikbaar op: <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2015/11/11/tk-bijlage-de-tijdelijke-opvang-voorzieningen-voor-asielzoekers-onder-de-loep/tk-bijlage-de-tijdelijke-opvang-voorzieningen-voor-asielzoekers-onder-de-loep.pdf> (geraadpleegd op 4 april 2016).

telefonisch bereikbaar via de Praktijklijn. In 2015 en begin 2016 werd, waar het GC A nog niet volledig opgezet was, in reactie op de hoge aantallen asielzoekers de zorgverlening in de pre-pol tijdelijk ondersteund door het Rode Kruis en Dokters van de Wereld.⁸⁷ In het weekend wordt er ook nu nog sporadisch gebruik gemaakt van het Rode Kruis en van lokale huisartsen.⁸⁸ In de avond-, nacht- en weekenduren kunnen asielzoekers altijd terecht bij de Huisartsenpost (indien nodig via de Praktijklijn).⁸⁹

Jeugdgezondheidszorg

Sinds 1 januari 2010 wordt de PGA in de centrale opvang uitgevoerd door regionale GGD'en op basis van een overeenkomst tussen het COA en GGD GHOR Nederland. De JGZ valt dus onder het contract tussen het COA en GGD GHOR Nederland.⁹⁰

GGD GHOR Nederland heeft contracten gesloten met regionale GGD'en en coördineert en ondersteunt hun taken op het gebied van de dienstverlening PGA. De instanties betrokken bij de uitvoering van de JGZ verschillen. Waar een JGZ-instelling aanwezig is (dus waar de JGZ niet door de GGD wordt uitgevoerd) wordt daar een contract mee gesloten door GGD GHOR Nederland.⁹¹ Meestal wordt de JGZ voor alle 0-19 jarigen uitgevoerd door de GGD. Soms is het mogelijk dat de GGD alleen de 4-19 jarige JGZ uitvoert en een andere instelling JGZ de 0-4 jarige zorg. In een aantal gevallen zijn er stichtingen JGZ die de JGZ 0-19 jaar uitvoeren.⁹²

Hoe vaak de GGD op een centrum aanwezig is, is afhankelijk van de grootte van het centrum en de hoeveelheid asielzoekerskinderen die in een centrum wonen. De GGD'en en instellingen JGZ onderhouden contact met het COA op het centrum. Er zijn ook samenwerkingsafspraken met het GC A, scholen en zorgteams.⁹³

De GGD voert onder andere de volgende preventieve taken uit in de centrale opvang die voor asielzoekerskinderen bijzonder belangrijk zijn: de JGZ voor 0-19 jarigen, gezondheidsbevordering door middel van collectieve voorlichting en individuele preventie SOA/HIV, seksuele en reproductieve gezondheid.⁹⁴ Daarnaast is de GGD verantwoordelijk voor de algemene infectieziektepreventie en –bestrijding, voor de technische hygiënezorg, voor tbc-screeningen, voor de coördinatie van lokale afstemming in de zorgketen en epidemiologie en wetenschappelijke onderbouwing.⁹⁵

De JGZ vindt in principe plaats op het centrum, maar er wordt doorgaans geprobeerd om het lokale consultatiebureau te gebruiken voor de 0-4 jarigen. Als dat slecht te bereiken is, wordt er in overleg met het COA ruimte gemaakt voor afspraken op het centrum. De insteek van het COA en de GGD is bewust zo ingevuld opdat de zorgverlening zoveel mogelijk als

⁸⁷ Gesprek op 1 februari 2016.

⁸⁸ Gesprek op 24 maart 2016.

⁸⁹ Mailwisseling 26 mei 2016.

⁹⁰ COA, GGD GHOR, MCA, GCA, 2015, p. 3.

⁹¹ COA, GGD GHOR, MCA, GCA, 2015, p. 3.

⁹² Gesprek op 18 februari 2016 (1).

⁹³ Gesprek op 18 februari 2016 (1).

⁹⁴ GGD GHOR, *Infographic publieke gezondheidszorg voor asielzoekers (PGA) en vergunninghouders*, GGD GHOR, beschikbaar op: <http://www.ggdghorkennisnet.nl/thema/publieke-gezondheidszorg-asielzoekers-pga/nieuws/4726-infographic-publieke-gezondheidszorg-voor-asielzoekers-pga-en-vergunninghouders> (geraadpleegd op 4 april 2016).

⁹⁵ GGD GHOR, Infographic.

reguliere zorg plaatsvindt.⁹⁶ In het kader van de JGZ geeft de GGD ook individuele voorlichting die wordt toegepast op de behoefte van elk kind en/of de ouders.⁹⁷

Daarnaast worden er groepsvoorlichtingen gegeven door de GGD. Voorlichters dienen een jaarplan in dat is afgestemd met het COA over welke voorlichtingen het komende jaar plaats zullen vinden. Dit plan is toegespitst op de specifieke behoeftes van elk centrum en daarom op lokaal niveau ingevuld. De voorlichtingen kunnen ook op aanvraag door andere instanties of betrokkenen plaatsvinden, in de praktijk gebeurt dat vaak op aanvraag van het COA. Te denken valt aan situaties waarin veel kinderen worden opgemerkt met slechte gebitten, als er veel vragen zijn over voeding, of wanneer er signalen zijn dat alcoholmisbruik plaatsvindt. Asielzoekers worden voor deze groepsvoorlichtingen uitgenodigd door de GGD, soms met hulp van het COA. Voorlichtingen zijn, afhankelijk van het onderwerp, alleen voor ouders, alleen voor moeders, alleen voor vaders of alleen voor kinderen. Voor sommige onderwerpen worden er ook gemixte groepen uitgenodigd. De vorm van de voorlichtingen is divers: het kan een koffieochtend zijn, maar er wordt ook gewerkt met vaste presentaties. Er is altijd een tolk aanwezig.⁹⁸ Mondzorgvoorlichting vindt indien mogelijk plaats op school en niet via de GGD op het centrum (in samenwerking met voorlichter of jeugdverpleegkundige en school).⁹⁹

Ook de JGZ is aanwezig in de pre-pol voor alle kinderen van 0-19 en er vinden ook al intakes plaats.¹⁰⁰ In hoeverre dat structureel gebeurt is echter onduidelijk.

Jeugdhulp

De gemeente is verantwoordelijk voor de jeugdhulp. Echter, bijna alle jeugdhulp wordt voor de periode 2015-2018 door het COA georganiseerd en vergoed via de MCA.¹⁰¹ Voor de crisisopvang, of wanneer het vermoeden van kindermishandeling bestaat, is de gemeente de uitvoerder en niet het COA.¹⁰² Het COA beschikt wel over functionarissen die moeten signaleren bij (vermoedens van) kindermishandeling.¹⁰³

De veranderingen door de decentralisatie van de jeugdhulp hebben ook invloed gehad op de jeugdhulp voor asielzoekerskinderen: tot en met 2014 werden een aantal onderdelen van deze zorg al door de MCA ingekocht. Dit is ongewijzigd gebleven. Voor de zorg die eerder onder de Wet op de jeugdzorg viel (bijvoorbeeld ambulante jeugdhulp en dagbehandeling) trad wel een verandering in: deze wordt nu door de gemeente ingekocht voor niet-asielzoekers. Voor asielzoekers is ervoor gekozen om ook deze zorg door de MCA te laten inkopen. Het uitgangspunt is om de jeugdhulp voor asielzoekerskinderen zo regulier mogelijk te organiseren volgens het idee '1 gezin, 1 plan, 1 regisseur'.¹⁰⁴

⁹⁶ Gesprek op 18 februari 2016 (1). Reguliere zorg wordt in deze studie opgevat als de zorg die buiten de azc-context wordt verleend.

⁹⁷ Gesprek op 18 februari 2016 (1).

⁹⁸ Gesprek op 18 februari 2016 (1).

⁹⁹ Gesprek op 18 februari 2016 (1).

¹⁰⁰ Gesprek op 24 maart 2016.

¹⁰¹ Mailwisseling 11 februari 2016.

¹⁰² COA, GGD GHOR, MCA, GCA, 2015, p. 3. Mailwisseling 11 februari 2016.

¹⁰³ Mailwisseling 13 mei 2016.

¹⁰⁴ Mailwisseling 11 februari 2016.

Zowel het GC A als de GGD kunnen naar de jeugdhulp doorverwijzen.¹⁰⁵ In principe is de jeugdhulp in alle opvangcentra beschikbaar. Soms wordt er echter vanwege een instabiele woonsituatie in tijdelijke opvanglocaties voor gekozen om de start van een traject uit te stellen tot een stabielere situatie is ontstaan.¹⁰⁶ Omdat hierdoor dus de mogelijkheid bestaat dat een kind (te) lang op zorg moet wachten, is het belangrijk om de duur en intensiteit van dergelijke situaties goed in kaart te brengen.

Op verzoek van de MCA brengt een onafhankelijk indicatieorgaan, momenteel SCIO Consult, vervolgens een advies uit over de jeugdhulp die het asielzoekerskind nodig heeft, op basis van zijn of haar problematiek. Ouders kunnen via de GC A huisarts of een andere contactpersoon (bijvoorbeeld bij de JGZ) zelf een aanvraag indienen bij SCIO Consult, door een formulier in te vullen dat op de website beschikbaar is.¹⁰⁷ SCIO Consult doet vervolgens onderzoek naar de noodzaak, soort, intensiteit en duur van de jeugdhulp. Daarvoor worden de ouders, zorgverlener en/of (huis)arts om informatie gevraagd. SCIO Consult brengt op basis van dit onderzoek een advies uit over welke hulp voor welke termijn noodzakelijk is. De MCA geeft op basis van deze indicatie een machtiging af voor het verlenen van de zorg. In principe ontvangt de zorgaanbieder de indicatie en de machtiging binnen 6 weken na het indienen van de aanvraag bij SCIO Consult. Het uitgebrachte advies geldt voor een beperkte periode. Daarna is het mogelijk om een herindicatie aan te vragen.¹⁰⁸

5. PRAKTIJKERVARINGEN

Voor dit onderzoek is informatie verzameld bij tien verschillende organisaties en twee ministeries. In zeven gevallen kwam de informatie voort uit één-op-één-gesprekken,¹⁰⁹ twee keer werden groeps gesprekken gevoerd, één keer met twee personen¹¹⁰ en één keer met drie personen.¹¹¹ Soms is er nog aanvullend emailcontact geweest.¹¹² In één geval is informatie uitsluitend ingewonnen via emailcontact.¹¹³ Twee geïnterviewden zijn direct betrokken bij de zorgverlening aan asielzoekerskinderen. Twee geïnterviewden zijn werkzaam als beleidsmedewerkers bij organisaties die op asielzoekerscentra aanwezig zijn, maar niet direct betrokken zijn bij de zorgverlening. Twee geïnterviewden zijn deskundigen op het gebied van de zorgverlening aan asielzoekerskinderen vanwege hun eigen onderzoek en zeven geïnterviewden zijn op beleidsniveau werkzaam bij organisaties die verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening aan asielzoekers.

De gesprekken waren semi-gestructureerd en er is in de informatieverzameling in het bijzonder ingegaan op een aantal knelpunten die in het Kind in het Centrum rapport van 2009

¹⁰⁵ Gesprek op 18 februari 2016 (1).

¹⁰⁶ Mailwisseling 11 februari 2016.

¹⁰⁷ Het formulier is beschikbaar op: <http://www.rzasielzoekers.nl/jeugdhulp.html> (geraadpleegd op 4 april 2016).

¹⁰⁸ Meer informatie is te vinden op de website van de Regeling Zorg Asielzoekers: <http://www.rzasielzoekers.nl/jeugdhulp.html> (geraadpleegd op 4 april 2016).

¹⁰⁹ De gesprekken op 21 januari 2016, 1 februari 2016, 8 februari 2016, 10 februari 2016, 12 februari 2016, 18 februari 2016 (2) en 16 maart 2016.

¹¹⁰ Gesprek van 18 februari 2016 (1).

¹¹¹ Gesprek op 24 maart 2016.

¹¹² Mailwisselingen 15 februari 2016, 22 maart 2016 en 24 maart 2016.

¹¹³ Mailwisseling 11 februari 2016.

op het gebied van de gezondheidszorg naar voren kwamen.¹¹⁴ Dat zijn informatievoorziening, signalering en doorverwijzing, en de continuïteit van de zorg bij verhuizingen. Daarnaast draaiden de vragen rond de volgende aspecten:

- Welke verschillen bestaan er per soort opvang?
- Hoe functioneert de zorgverlening in de praktijk?
- Hoe beschikbaar, toegankelijk en kwalitatief hoogwaardig is de zorgverlening, in het bijzonder waar het gaat om informatievoorziening, signalering en continuïteit?
- Welke aandachts- en verbeterpunten zijn er op het gebied van curatieve zorg, preventieve zorg en jeugdhulp?

In het volgende worden een aantal aspecten nader belicht die tijdens deze informatieverzameling naar voren kwamen. Er wordt om redenen van bronbescherming niet nader toegelicht welke organisatie welke mening is toegedaan, maar er wordt waar mogelijk aangetoond wanneer er consensus bestond over aspecten en wanneer een punt door een minderheid werd opgemerkt.

Algemeen

Er lijkt een consensus onder de geïnterviewde deskundigen te bestaan dat de zorg voor asielzoekerskinderen in Nederland redelijk goed geregeld is en over het algemeen goed verloopt. Er zijn wel uitzonderingen te noemen, maar deze worden beschouwd als incidenten waar de zorg minder goed verliep dan dat het geval had moeten zijn. Dergelijke incidenten lijken meestal samen te hangen met een gebrek aan heldere communicatie en/of onduidelijkheid over de verantwoordelijkheden, het proces of de samenwerking. In hoeverre deze incidenten op een structureel tekort duiden is op basis van de aan deze studie ten grondslag liggende informatieverzameling niet eenduidig vast te stellen.

Los van de soms moeilijk te duiden incidenten blijkt uit de gesprekken dat er aanwijzingen zijn voor een aantal algemene verbeterpunten. Op deze punten zal in het volgende stuk uitgebreider worden ingegaan. Centraal staan de vragen: hoe functioneert de zorg in de praktijk en welke aandachtspunten worden signaleerd?

Naast het ingaan op de knelpunten die in 2009 zijn gesignaleerd, zal in het hiernavolgende ook worden ingegaan op een aantal andere aandachtspunten die in de gesprekken en emailcommunicatie naar voren kwamen, met name over de toegankelijkheid van de zorg, de preventieve en mentale gezondheidszorg, de rol van ouders en een aantal overige aandachtspunten.

Informatievoorziening reguliere opvang

Alle geïnterviewden zijn het erover eens dat kinderen zorgvuldig geïnformeerd moeten worden bij alle vormen van behandeling. Ook leggen meerdere geïnterviewden de nadruk op goede communicatie met de ouders en het belang van een goede terugkoppeling tussen de betrokkene instantie en de ouders.¹¹⁵ Voor de algemene voorlichting van asielzoekerskinderen wordt door meerdere deskundigen gesuggereerd dat de rol van scholen

¹¹⁴ Ook zijn er een aantal aanvullende vragen gesteld over hoe de zorg op papier geregeld is. Deze informatie is in het eerdere gedeelte van dit rapport verwerkt en als zodanig aangegeven.

¹¹⁵ Gesprekken op 10 februari 2016, 18 februari 2016 (2) en 16 maart 2016.

hierbij bijzonder belangrijk is: zij zien de kinderen dagelijks en hebben daardoor een bijzondere vertrouwensband.¹¹⁶

Echter, de meningen verschillen waar het gaat om voorlichting over de gezondheidszorg voor asielzoekerskinderen. Eventuele ontevredenheid van asielzoekers over de zorgverlening is volgens een deskundige vaak (ook) terug te voeren op ontoereikende informatievoorziening waardoor verkeerde verwachtingen kunnen ontstaan.¹¹⁷ Deze verwachtingen kunnen door goede en vroegtijdige voorlichting in de juiste banen worden geleid.¹¹⁸ Aan de andere kant wordt door meerdere deskundigen opgemerkt dat preventie, eerder dan voorlichting over de curatieve zorg, een centraal aandachtspunt van de zorg voor asielzoekerskinderen zou moeten zijn.¹¹⁹ Ook wordt door andere deskundigen opgemerkt dat het altijd moeilijk is om te bepalen waar ontevredenheid vandaan komt. Verwachtingen kunnen – ondanks uitstekende voorlichting – niet altijd helemaal worden weggenomen of op een andere manier worden geadresseerd.¹²⁰

Over de niet-medische gidsfunctie van het COA wordt opgemerkt dat meer en specifiekere aandacht voor kinderen wenselijk is.¹²¹ Ook wordt door meerdere deskundigen aangegeven dat de voorlichting misschien beter door medische professionals uitgevoerd zou kunnen worden.¹²² Een andere geïnterviewde heeft het gevoel dat de scholing van het COA personeel door de snelle opening van vele nieuwe locaties onder druk staat en vreest dat er, als gevolg van de grote aantallen en de druk op de dienstverlening van het COA, mogelijk te weinig aandacht wordt besteed aan voorlichting over de organisatie van de gezondheidszorg.¹²³ Ook wordt door een deskundige opgemerkt dat over het algemeen de voorlichting die ouders krijgen ook aandacht zou moeten schenken aan de gezondheidszorg voor hun kinderen. Daarbij is een focus op praktische dingen ook van belang, bijvoorbeeld dat kinderen in Nederland vanaf een bepaalde leeftijd zelfstandig naar een huisarts (kunnen) gaan.¹²⁴

Samengevat kan worden gesteld dat goede voorlichting over gezondheidszorg cruciaal is en een belangrijke bijdrage kan leveren om misverstanden of ergere klachten te voorkomen. Deze voorlichting moet door goed geschoolde deskundigen worden uitgevoerd en dient op een alomvattende manier te gebeuren.

Samenwerking, signalering en doorverwijzingen

Alle betrokkenen zijn ervan overtuigd dat samenwerking en goede terugkoppeling tussen de verschillende instanties de sleutel tot goede zorgverlening aan asielzoekerskinderen is. Over het algemeen is men tevreden over de samenwerking, maar meerdere deskundigen geven aan dat de samenwerking nog intensiever zou kunnen.¹²⁵

¹¹⁶ Gesprekken op 8 februari 2016, 10 februari 2016 en 12 februari 2016.

¹¹⁷ Gesprekken op 21 januari 2016, 12 februari 2016 en 18 februari 2016 (2).

¹¹⁸ Gesprek op 24 maart 2016.

¹¹⁹ Gesprekken op 21 januari 2016 en 8 februari 2016.

¹²⁰ Gesprek op 24 maart 2016.

¹²¹ Gesprekken op 8 februari 2016 en 12 februari 2016.

¹²² Gesprekken op 21 januari 2016, 1 februari 2016 en 8 februari 2016.

¹²³ Gesprek op 12 februari 2016.

¹²⁴ Gesprek op 8 februari 2016.

¹²⁵ Gesprekken op 10 februari 2016, 12 februari 2016, 18 februari 2016 (1) en 18 februari 2016 (2).

Meerdere deskundigen geven aan dat de verantwoordelijkheidsgebieden afgebakend zijn en iedereen zich bij zijn eigen vak houdt.¹²⁶ Toch merkt een deskundige op dat er incidenten zijn waarbij mensen buiten hun verantwoordelijkheidsbereik advies geven op een gebied waarvoor zij eigenlijk niet verantwoordelijk zijn.¹²⁷ Of dat incidenteel plaatsvindt of dat er sprake is van structurele misstanden zou verder uitgezocht moeten worden.

Een deskundige vermoedt dat de gezondheidszorg voor asielzoekerskinderen in azc's waarschijnlijk beter is dan voor asielzoekerskinderen of vluchtelingenkinderen die niet meer in een opvanglocatie verblijven, omdat een azc redelijk overzichtelijk is en er beter wordt samengewerkt tussen de JGZ, het GC A en scholen.¹²⁸ Toch valt meerdere geïnterviewden op dat niet alle instanties even goed aan elkaar gekoppeld zijn.¹²⁹ Op elke locatie zijn er samenwerkingsafspraken tussen het GC A en de JGZ om doorverwijzingen met elkaar te overleggen. Dat zijn meestal reguliere overleggen, maar het hangt volgens de betrokkene organisaties van de lokale werkwijze af hoe wordt samengewerkt.¹³⁰ Volgens meerdere deskundigen is een overleg met scholen niet standaard vastgelegd, maar scholen zijn vaak wel aanwezig bij het multidisciplinair overleg (waar sommige instanties vast aanschuiven en anderen er op maat bij worden gevraagd).¹³¹

Meerdere geïnterviewden zien het als een cruciaal onderdeel van een goede gezondheidszorg voor asielzoekerskinderen om de school nadrukkelijker te betrekken: als er specifieke gezondheidsgerelateerde aandachtspunten zijn bij een kind, dan moet de school dat weten en moet de school bij de GGD en het GC A terecht kunnen als er problemen worden opgemerkt bij een kind. Ook moeten scholen een goede relatie hebben met leerlingen zodat niet alleen de ouders maar ook de school een rol kan spelen als er psychische klachten zijn bij een kind. Preventie begint bijvoorbeeld met een leerkracht die opmerkt dat het niet goed gaat met een kind.¹³²

Een deskundige merkt op dat de scholen vaak kritisch zijn over de gezondheidszorg voor asielzoekerskinderen.¹³³ Toch lijken vooral de scholen op azc's goed samen te werken met de gezondheidszorgverlenende instanties.¹³⁴ Er is vanuit de JGZ ook contact met de reguliere scholen waar kinderen naartoe gaan en de JGZ vindt dan, waar mogelijk, plaats op de school.¹³⁵ Daarnaast heeft de jeugdarts sinds 2015 ook de mogelijkheid om door te verwijzen naar een specialist.¹³⁶ Echter, voor de kinderen die naar een reguliere school gaan twijfelen meerdere deskundigen of die scholen voldoende aandacht hebben voor de specifieke zorgbehoeftes van asielzoekerskinderen.¹³⁷

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat een gestandaardiseerd overlegmoment voor *alle* betrokken organisaties bij de hulpverlening aan asielzoekerskinderen in de centra

¹²⁶ Gesprekken op 10 februari 2016 en 16 maart 2016.

¹²⁷ Gesprek op 18 februari 2016 (2).

¹²⁸ Gesprek op 8 februari 2016.

¹²⁹ Gesprekken op 10 februari 2016, 12 februari 2016, 18 februari 2016 (1) en 18 februari 2016 (2).

¹³⁰ Gesprekken op 18 februari 2016 (1) en 24 maart 2016.

¹³¹ Gesprekken op 10 februari 2016 en 18 februari 2016 (1).

¹³² Gesprekken op 8 februari 2016, 12 februari 2016 en 18 februari 2016 (2).

¹³³ Gesprek op 8 februari 2016.

¹³⁴ Gesprekken op 18 februari 2016 (1) en 8 februari 2016.

¹³⁵ Gesprekken op 18 februari 2016 (1).

¹³⁶ Mailwisseling 22 maart 2016.

¹³⁷ Gesprekken op 8 februari 2016 en 12 februari 2016.

een belangrijke stap zou kunnen zijn voor het vroegtijdig signaleren van gezondheidsklachten en het waarborgen van goede zorgverlening. Deze overleggen worden nu incidenteel al gevoerd, maar het is aan te raden om deze structureel in te richten. Het is cruciaal om scholen daarbij te betrekken.

De continuïteit van de zorg bij verhuizingen

Naast een goede samenwerking en doorverwijzing zijn de deskundigen het erover eens dat ook de continuïteit van de zorgverlening voor asielzoekerskinderen een belangrijke rol speelt. Een essentieel aspect dat afbreuk kan doen aan de continuïteit is het verhuizen tussen centra of van een centrum naar de gemeente. Meerdere deskundigen zijn het erover eens dat de verhuizingsproblematiek minder acuut is dan een aantal jaar geleden en dat er nu meer rekening wordt gehouden met het belang van het kind bij verhuizingen.¹³⁸ Desalniettemin wordt door meerdere deskundigen opgemerkt dat verhuizingen altijd invloed hebben op het welzijn en dus ook op de gezondheid van een kind.¹³⁹ Verhuizingen betekenen onrust, halen een belangrijke beschermende factor weg en moeten daarom zo veel mogelijk worden voorkomen.¹⁴⁰ Bovendien merkt een deskundige op dat het voor kinderen bijzonder belangrijk is om dezelfde zorgverlener te hebben en zich niet telkens op nieuwe omstandigheden in te moeten stellen.¹⁴¹

Bij de overdracht van medische gegevens bij verhuizingen geldt dat over het algemeen de medische dossiers bij de GGD binnen een week worden overgedragen en dat het bij het GC A automatisch gebeurt als iemand van een centrum naar een ander centrum verhuist.¹⁴² Hier worden weinig problemen opgemerkt. Bijzondere knelpunten die door verhuizingen kunnen ontstaan doen zich volgens meerdere deskundigen echter voor wanneer er wordt samengewerkt met specialisten en er naar een andere locatie wordt verhuisd. De terugkoppeling van de specialist naar de verwijzer is lastig omdat het specialisten niet altijd duidelijk is dat er vaak verhuizingen plaatsvinden en er daarom snel teruggekoppeld moet worden. Als er pas teruggekoppeld wordt als een asielzoekerskind reeds is verhuisd, dan is het lastig om de informatie nog door te spelen. Ook kan het gebeuren dat dan een nieuwe specialist is ingeschakeld en die al opnieuw is begonnen.¹⁴³

Problemen bij de doorverwijzing worden ook gesignaleerd wanneer een asielzoeker(skind) vanuit het azc naar een gemeente verhuist. Sommigen zien helemaal geen problemen voor de continuïteit van de zorg bij het overplaatsen van het centrum naar de gemeente. Zij geven aan dat de communicatie goed verloopt en dat er, voordat een asielzoeker naar een gemeente verhuist, individueel op wordt gewezen dat een huisarts nodig is.¹⁴⁴ Toch wordt door meerdere deskundigen getwijfeld aan de continuïteit van de zorg bij een dergelijke overplaatsing.¹⁴⁵ Sommigen zien de oorzaak hiervan vooral in de moeite die

¹³⁸ Gesprekken op 8 februari 2016, 12 februari 2016 en 18 februari 2016 (2).

¹³⁹ Gesprekken op 8 februari 2016 en 18 februari 2016 (2)

¹⁴⁰ Gesprek op 8 februari 2016.

¹⁴¹ Gesprek op 12 februari 2016.

¹⁴² Gesprek op 18 februari 2016 (1).

¹⁴³ Gesprek op 18 februari 2016 (1).

¹⁴⁴ Gesprek op 24 maart 2016.

¹⁴⁵ Gesprek op 18 februari 2016 (1) en 12 februari 2016.

een huisarts moet doen om het dossier van het GC A te ontvangen.¹⁴⁶ Volgens anderen is de oorzaak vooral dat er onvoldoende wordt uitgelegd aan asielzoekers dat een statushouder zelf een huisarts moet zoeken en deze huisarts dan het dossier bij het GC A kan opvragen.¹⁴⁷ Hierdoor gaat soms veel tijd verloren en duurt het lang voordat een dossier bij de huisarts in de gemeente terecht komt. De verschillende meningen op dit vlak duiden erop dat hierover nader onderzoek nodig is: hoe werkt de dossieroverdracht bij een overplaatsing precies en wordt hierbij altijd de continuïteit van de zorg gewaarborgd?

Een probleem bij de verhuizing naar een gemeente is ook te zien op het gebied van de preventieve gezondheidszorg: Volgens een deskundige is het voor het vervolg van de JGZ van belang om te weten waar kinderen komen te wonen en naar welke school ze gaan om de dossiers goed over te kunnen dragen. Dat is echter vaak pas heel laat bekend en hier gaat veel tijd verloren, wat afbreuk kan doen aan goede zorg.¹⁴⁸ Ook hier zou moeten worden uitgezocht hoe de JGZ op het centrum en in de gemeente beter op elkaar aan kunnen sluiten.

Samenvattend kan worden opgemerkt dat het voor de continuïteit van de zorg van belang is om goede afspraken met specialisten te maken over de terugkoppeling van het behandeltraject. Ook is het noodzakelijk om ouders van asielzoekerskinderen er beter over te informeren dat zij de nieuwe school aan de JGZ en de nieuwe huisarts aan het GC A door moeten geven. Over het algemeen is duidelijk dat het het welzijn van kinderen en de continuïteit van de zorg ten goede komt om zo min mogelijk te verhuizen.

Toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor asielzoekerskinderen

Meerdere deskundigen maken zich zorgen over de werkwijze en toegankelijkheid van de spreekuren van het GC A.¹⁴⁹ Bepaalde openingstijden en lange wachttijden kunnen zorgen voor een hoge drempel voor de toegang tot de gezondheidszorg. Ook het feit dat een verpleegkundige als eerste contactmoment fungeert, zorgt volgens deze deskundigen voor een extra drempel. Er wordt ook geopperd dat er meer tijd nodig is voor vertaling en begrip dan de tijd die over het algemeen wordt besteed aan een patient.¹⁵⁰ Bovendien wordt de Praktijklijn door een deskundige genoemd als omslachtig en als een (te) hoge drempel voor asielzoekers(kinderen) om te bellen.¹⁵¹

Tegelijkertijd wordt door andere deskundigen gesteld dat de openingstijden en bereikbaarheid van het GC A vergelijkbaar zijn met die van de reguliere zorg voor niet-asielzoekers. Ook wordt geopperd dat een verpleegkundige juist voor een lagere drempel kan zorgen, omdat de zorgbehoefte zo beter aan kan sluiten op alledaagse klachten die anders de wachttijden bij de huisarts onnodig kunnen doen oplopen.¹⁵² Het wordt ook opgemerkt dat de consulttijd al het dubbele van de reguliere zorg voor niet-asielzoekers is, omdat het werken met tolken extra tijd kost.¹⁵³ Bovendien merken andere deskundigen op dat de zorg niet

¹⁴⁶ Gesprek op 12 februari 2016.

¹⁴⁷ Gesprek op 18 februari 2016 (1).

¹⁴⁸ Gesprek op 18 februari 2016 (1).

¹⁴⁹ Gesprekken op 21 januari 2016, 12 februari 2016 en 18 februari 2016.

¹⁵⁰ Gesprekken op 1 februari 2016 en 18 februari 2016 (2).

¹⁵¹ Gesprek op 12 februari 2016.

¹⁵² Mailwisseling 26 mei 2016.

¹⁵³ Mailwisseling 26 mei 2016.

bovenmatig toegankelijk zou moeten zijn, omdat toegankelijkheid vraag schept en daardoor de dienstverlening ook zou kunnen worden misbruikt.¹⁵⁴

Een deskundige merkt op dat er soms onduidelijkheden zijn bij uitvoerders over de verantwoordelijkheden op het gebied van de jeugdhulp.¹⁵⁵ Dit is echter een relatief nieuwe situatie. Door meerdere deskundigen wordt opgemerkt dat er door de noodzaak van een zorgadvies en machtigingsaanvraag een hoge drempel voor de zorgverlening ontstaat.¹⁵⁶ Een aantal geïnterviewden is kritisch over het feit dat de GGZ tot kortgeleden via een onafhankelijk indicatieorgaan moest worden ingeschakeld. Dit ervoeren meerdere betrokkenen als bureaucratisch en omslachtig.¹⁵⁷ Dit is recentelijk positief veranderd: jeugd- en huisartsen kunnen nu direct naar de jeugdGGZ doorverwijzen.¹⁵⁸

Het is volgens een deskundige voor de nieuw gecontracteerde aanbieders van jeugdhulp niet duidelijk hoe de doorverwijzing functioneert. Ook merkt deze deskundige op dat verankering in het al bestaande gezondheidszorg systeem voor asielzoekerskinderen tijd nodig heeft, de nieuwe situatie moet namelijk nog “in de organisatie zakken”. De deskundige merkt ook op dat een jeugd- en gezinscoach misschien een aanvullende schakel zou kunnen vormen maar dat deze schakel op dit moment ontbreekt.¹⁵⁹ Wel zijn er nu pilots op dat gebied aan het starten.¹⁶⁰ Ook een andere deskundige benadrukt het belang van de jeugd- en gezinscoach, maar wijst op de problemen bij het organiseren ervan: moet het via de gemeente of het COA? In hoeverre en hoe kan het beter aansluiten op de reguliere zorg voor niet-asielzoekers?¹⁶¹

Preventieve en mentale gezondheidszorg

Volgens alle deskundigen speelt preventie en aandacht voor de mentale gezondheid van kinderen een cruciale rol in het welzijn van asielzoekerskinderen. Veel deskundigen zijn het erover eens dat hier nog onvoldoende aandacht aan wordt besteed.¹⁶²

Meerdere deskundigen vinden dat er over het algemeen te weinig focus is op de geestelijke gezondheid van asielzoekerskinderen.¹⁶³ Ook wordt door een deskundige opgemerkt dat men zich kan afvragen in hoeverre er goede psychische zorg geboden kan worden in een omgeving die op zichzelf al traumatiserend werkt.¹⁶⁴

Een deskundige pleit voor laagdrempelige, specialistische hulp in een vroeg stadium. Deze deskundige benadrukt hierbij in het bijzonder het belang van peuterspeelzalen, mondzorg en opvoedondersteuning.¹⁶⁵

¹⁵⁴ Gesprek op 24 maart 2016.

¹⁵⁵ Mailwisseling 11 februari 2016.

¹⁵⁶ Gesprekken op 10 februari 2016 en 12 februari 2016.

¹⁵⁷ Gesprekken op 10 februari 2016 en 12 februari 2016.

¹⁵⁸ Mailwisseling 13 mei 2016 en 26 mei 2016.

¹⁵⁹ Mailwisseling 11 februari 2016.

¹⁶⁰ Mailwisseling 13 mei 2016.

¹⁶¹ Gesprek op 24 maart 2016.

¹⁶² Gesprekken op 21 januari 2016, 8 februari 2016 en 16 maart 2016.

¹⁶³ Gesprekken op 10 februari 2016, 12 februari 2016 en 18 februari 2016 (2).

¹⁶⁴ Gesprek op 18 februari 2016 (2).

¹⁶⁵ Gesprek op 16 maart 2016.

Peuterspeelzalen geleid door professionals zorgen volgens deze deskundige voor betere ontwikkeling en welzijn van kinderen, vooral waar ze buiten het centrum zijn, zodat de kinderen en ouders in contact komen met de Nederlandse samenleving.¹⁶⁶

Verder is volgens deze deskundige ook preventieve mondzorg van belang omdat asielzoekerskinderen vaak 's avonds en 's nachts nog melk drinken en daarom caries hebben. Het is volgens deze deskundige dus aan te raden om mondzorg direct op het centrum te verlenen om de drempel zo laag mogelijk te houden.¹⁶⁷

Als een belangrijk aspect van preventieve zorg wordt ook de opvoedondersteuning genoemd. Volgens de deskundige was de brede inzet van opvoedondersteuning voor 1 januari 2015 echt een succes. Sindsdien is het tot de spijt van deze deskundige tijdelijk alleen nog maar mogelijk geweest om opvoedondersteuning te indiceren als een van de ouders een indicatie van een psychiatrische diagnose had. Dat was spijtig omdat de preventieve inzet van opvoedondersteuning veel verslechterende situaties had kunnen voorkomen.¹⁶⁸ De situatie is recentelijk weer gewijzigd: het is nu weer mogelijk om opvoedondersteuning breed in te zetten. Wel is een belangrijke overweging hoe uitgebreid dergelijke ondersteuning moet worden ingezet, aangezien men geen afbreuk wil doen aan de verantwoordelijkheid van de ouders.¹⁶⁹ Door deze deskundigen wordt ook het belang van activering en sport en een goede en vroegtijdige signalering benadrukt.¹⁷⁰ Gelet op de verschillende opvattingen over de rol van ouders in het opvoedproces van asielzoekerskinderen is het belangrijk om nader onderzoek te doen naar de specifieke ondersteuning die nodig is om de rol van ouders te optimaliseren.

In het rapport van de Kinderombudsman wordt opgemerkt dat er geen aparte consulent GGZ voor kinderen aanwezig is. Op navraag bij de betrokkene instanties wordt hierop aangegeven dat de gewone consulent GGZ wel altijd ook toegankelijk is voor kinderen, ook in de pre-pol.¹⁷¹ Een andere deskundige noemt de eerder vermelde pilot van het GC A, waarin wordt gewerkt met een jeugd-GGZ consulent die laagdrempeliger en specifiek voor asielzoekerskinderen GGZ kan verlenen.¹⁷² De deskundige benadrukt dat het bijzonder belangrijk is om de GGZ ook voor minderjarige asielzoekers door te blijven ontwikkelen, door nog gericht te behandelen in de eerste lijn, goed aan te blijven sluiten bij ontwikkelingen in de reguliere zorg voor niet-asielzoekers, de samenwerking en relatie met de tweede lijn te versterken en door adequater en sneller door te verwijzen wanneer dat nodig is.¹⁷³ Ook wordt genoemd dat de extra drempel die het indicatieorgaan SCIO Consult op dit moment vormt een punt van discussie is. Bezien zou moeten worden hoe deze drempel verlaagd kan worden.¹⁷⁴ Samenvattend spelen de GGZ en de preventieve zorg voor asielzoekerskinderen een cruciale rol in de zorgverlening en ondervinden de meeste deskundigen het als zorgelijk dat hier niet meer aandacht aan wordt besteed. In verder onderzoek zou daarom moeten worden

¹⁶⁶ Gesprek op 16 maart 2016.

¹⁶⁷ Gesprek op 16 maart 2016.

¹⁶⁸ Gesprek op 16 maart 2016.

¹⁶⁹ Gesprek op 24 maart 2016.

¹⁷⁰ Gesprek op 24 maart 2016.

¹⁷¹ Mailwisseling 24 maart 2016.

¹⁷² Gesprek op 18 februari 2016 (1).

¹⁷³ Gesprek op 18 februari 2016 (1).

¹⁷⁴ Gesprek op 24 maart 2016.

onderzocht hoeveel en welke GGZ en preventieve zorg voor asielzoekerskinderen noodzakelijk is en waar dergelijke zorg op dit moment nog onvoldoende voorhanden is.

De rol van ouders

Voor de meeste deskundigen is duidelijk dat de gezondheidszorg voor asielzoekerskinderen voor een groot deel samenhangt met de rol en benadering van de ouders van deze kinderen.¹⁷⁵ Meerdere deskundigen merken op dat de rol van de ouders vaak onvoldoende aandacht krijgt.¹⁷⁶ Het gezin is de primaire leefomgeving van asielzoekerskinderen en wanneer het slecht gaat met de ouders heeft dat een negatieve invloed op de kinderen.¹⁷⁷ Daarnaast is een goede zorgverlening afhankelijk van een heldere communicatie met de ouders.¹⁷⁸

Meerdere deskundigen benadrukken daarom dat het belangrijk is om ouders te betrekken, om in gesprek te blijven met hen en om ze altijd om toestemming te vragen.¹⁷⁹ De hulpverlening moet dus niet om de ouders of kinderen heen gebeuren maar met hen.¹⁸⁰ Volgens een deskundige is het lastig om bij ouders aan te kaarten dat er iets met hun kind aan de hand is en dat hulp de beste oplossing is. Dat staat vaak in de weg van de toegankelijkheid van de zorg en een effectieve werkwijze.¹⁸¹ Ook merkt een deskundige op dat ouders niet altijd gebruik maken van de gezondheidszorg, ook al is deze beschikbaar (bijvoorbeeld waar de mondzorg niet op het centrum is). Het is dus belangrijk om de drempel zo laag mogelijk te houden en ouders actief te informeren over de mogelijkheden.¹⁸²

Meerdere deskundigen merken op dat het essentieel is om de rol van de ouders als gezin, maar ook als netwerk met andere ouders als belangrijke beschermende en ondersteunende factoren voor de gezondheid van asielzoekerskinderen te erkennen.¹⁸³ Daarom pleiten meerdere deskundigen ervoor om de opvoedvaardigheden van de ouders te ondersteunen en te versterken.¹⁸⁴ Ook benadrukken zij dat het belangrijk is om in het bijzonder de netwerken tussen ouders te bevorderen.¹⁸⁵

Samenvattend: de rol van de ouders kan en moet prominenter onder de aandacht worden gebracht. Dat betreft met name de invloed van de gezondheid van de ouders op de gezondheidstoestand en het welzijn van de kinderen, de rol van ouders in de toegankelijkheid van de zorg voor hun kinderen en de rol van oudernetwerken voor preventieve zorgverlening en informatieuitwisseling.

Overige punten van zorg

Specifieke locatie: pre-pol

¹⁷⁵ Gesprek op 8 februari 2016, 10 februari 2016, 18 februari 2016 (1) en 18 februari 2016 (2).

¹⁷⁶ Gesprekken op 8 februari 2016 en 18 februari 2016 (2).

¹⁷⁷ Gesprekken op 8 februari 2016, 10 februari 2016 en 18 februari 2016 (2).

¹⁷⁸ Gesprek op 8 februari 2016.

¹⁷⁹ Gesprek op 8 februari 2016.

¹⁸⁰ Gesprek op 18 februari 2016 (2).

¹⁸¹ Gesprek op 10 februari 2016.

¹⁸² Gesprek op 8 februari 2016.

¹⁸³ Gesprek op 10 februari 2016.

¹⁸⁴ Gesprekken op 8 februari 2016 en 16 maart 2016.

¹⁸⁵ Gesprekken op 10 februari 2016 en 18 februari 2016 (1).

Meerdere deskundigen maken zich zorgen over de zorgverlening in de pre-pol.¹⁸⁶ Er lijkt volgens meerdere deskundigen een verschil te zijn in de zorg die wordt geboden in de reguliere opvang ten opzichte van de pre-pol.¹⁸⁷ Ook instanties die direct betrokken zijn bij de organisatie van de pre-pol constateren dat de standaard niet overal hetzelfde is, en zij geven aan dat dat komt doordat de prioriteit van opvang bieden aan iedereen bovenaan staat. Verschillen zijn volgens hen geen beleidsmatige keuze maar een praktische beperking die is ontstaan door het toegenomen aantal asielzoekers.¹⁸⁸

De periode in de pre-pol is volgens meer geïnterviewden bijzonder lastig en niet bevorderend voor de gezondheid van asielzoekerskinderen: er is minder privacy, er wordt vaak geklaagd over het eten en mensen hebben niets te doen.¹⁸⁹ Een deskundige merkt op veel vragen te krijgen van mensen die in de pre-pol werken over hoe ze de beste zorg kunnen bieden aan de asielzoekers in deze locaties.¹⁹⁰ Een deskundige ziet nog uitdagingen in de toegang tot psychosociale zorg.¹⁹¹ Volgens deze deskundige lijken de mensen zoet te worden gehouden en hebben er verschillende incidenten plaatsgevonden waarin de juiste zorg pas na lange tijd werd geboden. Vooral aan mensen in kwetsbare situaties zou volgens deze deskundige meer aandacht moeten worden besteed.¹⁹² Bij meerdere deskundigen is er wel begrip voor dat het tijd kost voordat de gezondheidszorg soepel loopt, in het bijzonder waar de druk door hoge aantallen asielzoekers groot is.¹⁹³ Het is duidelijk dat een pre-pol niet bevorderlijk is voor de gezondheid van asielzoekerskinderen. Het zou daarom belangrijk zijn om verder te onderzoeken hoe een pre-pol situatie voor kinderen zo veel mogelijk kan worden voorkomen.

Specifieke locatie: gezinslocaties

De meeste deskundigen zijn het erover eens dat de zorg in de gezinslocaties van dezelfde kwaliteit en toegankelijkheid is als de zorg in de reguliere opvang.¹⁹⁴ Een deskundige vindt echter dat er extra barrières zijn voor de toegang tot zorg in de gl: het doorverwijzen is lastiger, er wordt dus minder snel en eigenlijk te laat doorverwezen.¹⁹⁵ Nader onderzoek hierover zou wenselijk zijn, met name naar de specifieke zorgbehoeftes en eventuele extra barrières voor de gezondheidszorg van asielzoekerskinderen in de gl.

Bovendien wordt door meerdere deskundigen opgemerkt dat er een andere zorgbehoefte is in de gezinslocatie.¹⁹⁶ Dit komt met name door de uitzichtloosheid van de situatie, de verveling, een depressieve sfeer en de onrust en angst die over het algemeen heersen. Er wordt opgemerkt dat het daarom nog belangrijker zou zijn om goede preventieve

¹⁸⁶ Gesprek op 12 februari 2016.

¹⁸⁷ Gesprek op 12 februari 2016.

¹⁸⁸ Gesprek op 24 maart 16.

¹⁸⁹ Gesprek op 18 februari 2016 (2).

¹⁹⁰ Gesprek op 10 februari 2016.

¹⁹¹ Gesprek op 12 februari 2016.

¹⁹² Gesprek op 12 februari 2016.

¹⁹³ Gesprekken op 1 februari 2016 en 8 februari 2016.

¹⁹⁴ Gesprekken op 18 februari 2016 (1). 12 feb, 21 jan, 24 maart?

¹⁹⁵ Gesprek op 16 maart 2016.

¹⁹⁶ Gesprekken op 12 februari 2016, 18 februari 2016 (2) en 16 maart 2016.

en mentale gezondheidszorg te bieden aan kinderen.¹⁹⁷ Een deskundige merkt hierbij wederom het belang van opvoedondersteuning op.¹⁹⁸

Scholing hulpverleners en rekening houden met specifieke achtergrond

Geïnterviewden noemen meerdere keren dat de scholing en opleiding van nieuwe medewerkers niet uit het oog mag worden verloren, gezien het grote aantal nieuwe medewerkers.¹⁹⁹ De meerderheid van de deskundigen is het er echter over eens dat hulpverleners over het algemeen voldoende geschoold lijken op dat gebied.²⁰⁰

Een deskundige benadrukt daarbij dat er meer vanuit het perspectief van het asielzoekerskind in plaats van vanuit het perspectief van de hulpverlener geredeneerd zou moeten worden om goede gezondheidszorg voor asielzoekerskinderen te bewerkstelligen.²⁰¹ Dezelfde deskundige merkt ook op dat hulpverleners meer trainingen op het gebied van cultuursensitiviteit en omgang met asielzoekerskinderen zouden moeten krijgen.²⁰²

Verschil met zorg voor Nederlandse kinderen

Meerdere deskundigen vinden dat de zorg voor asielzoekerskinderen zo veel mogelijk moet aansluiten op de reguliere zorg voor niet-asielzoekers.²⁰³ Een aantal vindt dat asielzoekerskinderen volledig dezelfde zorg beschikbaar moeten hebben als Nederlandse kinderen.²⁰⁴ Nu de indicatie voor Jeugd GGZ is komen te vervallen is er volgens andere deskundigen echter geen verschil meer in de zorg en hebben asielzoekerskinderen op alle vlakken dezelfde rechten op zorg als niet-asielzoekerskinderen.²⁰⁵ Dat betekent dat de toegankelijkheid van de zorg niet door verplichte extra indicaties of andere bureaucratische drempels zou mogen worden belemmerd. Dat is nu volgens een deskundige nog niet altijd het geval, wat als gevolg heeft dat de zorg niet wordt aangepast op de zorgbehoefte maar op de zorg die beschikbaar is. Dat komt de gezondheid van asielzoekerskinderen niet ten goede.²⁰⁶

Noodzaak voor meer data

Volgens een deskundige is het opvallend dat asielzoekers- en vluchtelingenkinderen relatief veel beroep doen op de eerstelijnszorg maar relatief weinig op de GGZ.²⁰⁷ Omdat de geestelijke gezondheid van asielzoekers- en vluchtelingenkinderen bijzonder kwetsbaar kan zijn, stelt deze deskundige de vraag hoe het komt dat er zo weinig beroep op wordt gedaan. Hier is volgens hen meer onderzoek over nodig.²⁰⁸ Ook is het volgens deze deskundige

¹⁹⁷ Gesprekken op 18 februari 2016 (2) en 16 maart 2016.

¹⁹⁸ Gesprek op 16 maart 2016.

¹⁹⁹ Gesprekken op 10 februari 2016, 12 februari 2016 en 16 maart 2016.

²⁰⁰ Gesprekken op 10 februari 2016, 18 februari 2016 (1), 16 maart 2016 en 24 maart 2016.

²⁰¹ Gesprek op 18 februari 2016 (2).

²⁰² Gesprek op 18 februari 2016 (2).

²⁰³ Gesprek op 18 februari 2016 (1) en 24 maart 2016.

²⁰⁴ Gesprekken op 8 februari 2016 en 12 februari 2016.

²⁰⁵ Mailwisseling 26 mei 2016.

²⁰⁶ Gesprek op 16 maart 2016.

²⁰⁷ Gesprek op 12 februari 2016.

²⁰⁸ Gesprek op 12 februari 2016.

onduidelijk welke zorgbehoeftes er daadwerkelijk zijn en zou er betere monitoring plaats moeten vinden van deze behoeftes, zodat het zorgaanbod hier goed op kan aansluiten.²⁰⁹

7. CONCLUSIE EN AANDACHTSPUNTEN

Voorop staat dat de gezondheidszorg voor asielzoekerskinderen complex is. Deze quickscan heeft getracht om die complexiteit inzichtelijk te maken. Centraal stond de vraag hoe de toegang tot en de kwaliteit van de gezondheidszorg voor asielzoekerskinderen zijn georganiseerd en hoe deze zorg functioneert. De quickscan heeft aandacht besteed aan de wet- en regelgeving, de verantwoordelijkheid, financiering en toezichthouding, de organisatie en samenwerking en de praktijkervaringen op het gebied van de gezondheidszorg voor asielzoekerskinderen in Nederland.

Er gebeurt al erg veel, en een aantal knelpunten die tijdens dit onderzoek naar boven kwamen, wordt inmiddels aangepakt. Ook zijn (of worden) er vanwege de actualiteit van het onderwerp vergelijkbare onderzoeken gedaan. De recente ontwikkelingen en constante inzet van pilots en verbeteringen duiden erop dat de overheid het belang lijkt te zien van het verbeteren van de zorgverlening in een context van hogere aantallen asielzoekers. Hoewel veel aspecten goed zijn georganiseerd, is er toch een aantal aandachtspunten waarop de gezondheidszorg voor asielzoekerskinderen ook in de praktijk te verbeteren is. Over de drie punten die ook al in het onderzoek van 2009 aan bod kwamen (informatievoorziening, signalering en doorverwijzing en de continuïteit bij verhuizingen) kan worden geconcludeerd dat, hoewel er voortgang is geboekt, er mede door de huidige hoge aantallen asielzoekers weer meer aandacht voor nodig is. Daarnaast is in deze quickscan een aantal aandachtspunten naar voren gekomen die niet in 2009 zijn genoemd. Hoewel een quickscan geen gedetailleerde aanbevelingen kan geven, biedt de onderstaande tabel daarom een overzicht van een aantal globale aandachtspunten en vragen voor verder onderzoek.

Er is nog veel te doen en de zorgverlening voor asielzoekerskinderen moet constant onder de aandacht blijven om ervoor te zorgen dat wordt voldaan aan de behoeftes van deze vaak bijzonder kwetsbare bewoners van Nederland. Het belang van het kind moet, zoals het Kinderrechtenverdrag duidelijk maakt, hierbij te allen tijde centraal staan.

Aandachtspunten

Kinderen zouden zo min mogelijk moeten verhuizen.

- Minder verhuizen zorgt ervoor dat kinderen zoveel mogelijk dezelfde zorgverlener hebben en voorkomt vertragingen, dubbel werk, verkeerde informatie of ontbrekende terugkoppeling van specialistische zorgverlening. Daardoor kom het welzijn van het kind minder in het geding.
- Goede afspraken met specialisten over de terugkoppeling van het behandeltraject zijn essentieel. Ook moeten ouders van asielzoekerskinderen bij verhuizingen goed erover geïnformeerd worden wat zij zelf dienen te regelen.
- Families met kinderen en andere mensen in kwetsbare situaties moeten zo min mogelijk in pre-pols maar direct in azc's worden opgevangen.

²⁰⁹ Gesprek op 12 februari 2016.

De drempel voor zorgverlening voor asielzoekerskinderen moet zo laag mogelijk worden gehouden en zij moeten actief worden geïnformeerd over de mogelijkheden van curatieve, preventieve en psychosociale zorgverlening.

- In de voorlichtingen voor ouders zou ook specifieke aandacht moeten worden besteed aan de praktische zaken rondom de gezondheidszorg voor asielzoekerskinderen.
- Duidelijke definities van termen zoals 'rehabilitatiediensten' of 'aanpassingsstoornissen' zouden wenselijk zijn, zodat asielzoekerskinderen en hun ouders duidelijkheid hebben over welke zorg wel/niet vergoed wordt.
- Het is belangrijk om duidelijk in kaart te brengen wat de toegevoegde waarde en belemmering van SCIO Consult is. Op die manier kan het beleid worden aangepast, zodat er geen onnodige hoge drempels en vertragingen ontstaan.
- Inventariseer in hoeverre medewerkers van organisaties die betrokken zijn bij het verlenen van of informeren over de gezondheidszorg voldoende geschoold zijn en hou de vinger aan de pols, ook bij het grote aantal nieuwe medewerkers.

De zorgverlening moet zo goed mogelijk worden aangepast op de daadwerkelijke zorgbehoefte en er moet altijd rekening worden gehouden met het feit dat asielzoekerskinderen en hun ouders extra kwetsbaar kunnen zijn en daarom extra steun nodig hebben.

- Welke zorgbehoeftes zijn er? De zorgbehoefte verschilt per locatie en het zou kunnen worden overwogen of niet een specifiek beleid per type locatie noodzakelijk is.
- Meer aandacht voor de rol van de ouders kan de situatie inzichtelijker maken. Oudernetwerken kunnen hierin een nuttige rol spelen.
- De rol van scholen in het vroegtijdig signaleren van gezondheidsklachten is niet te onderschatten. Betrek ze daarom zo goed mogelijk bij overlegstructuren.

Het is belangrijk om kritisch te blijven naar het aanbod van preventieve zorgverlening en dat indien nodig uit te breiden, bijvoorbeeld op de gebieden van opvoedondersteuning, peuterspelzalen en preventieve mondzorg.

Onderzoeksagenda

Follow-up pilots

- Hoe goed werken de vroegtijdige JGZ intake in de pol en de vroegtijdige GC A intake in de col?
- Wat zijn de bevindingen van de pilots met een consulent jeugd-GGZ en met jeugd- en gezinscoaches?

Intakes

- Aangezien er geen maximum termijn bestaat bij het GC A waarbinnen een intake plaats moet hebben gevonden, is het nodig om vast te stellen hoe lang dit in de praktijk duurt.
- Hebben kinderen wel echt binnen zes weken intake bij JGZ gehad?

Samenwerking en informatievoorziening

- Welke organisaties hebben samenwerkingsafspraken en is de samenwerking op elk centrum even goed?
- Zijn asielzoekers tevreden met de voorlichtingen? Waar kan de voorlichting nog worden verbeterd?
- Hoe goed functioneert de samenwerking tussen COA en gemeente bij vermoeden van kindermishandeling of wanneer er crishulp nodig is?
- In hoeverre zijn ouders op de hoogte van de werkwijze en bedoeling van SCIO Consult?
- Wat gebeurt met het jeugdzorgtraject bij verhuizingen? Hoe werkt de dossieroverdracht bij een overplaatsing precies en wordt hierbij altijd de continuïteit van de zorg gewaarborgd?
- Waar is de ontevredenheid van asielzoekers over de zorgverlening terug te voeren op verkeerde verwachtingen, en waar op echte tekortkomingen? Hoe kan ontevredenheid over de zorg het beste worden voorkomen? Wat zijn goede methoden voor verwachtingsmanagement?
- Hoe vaak wordt er buiten de eigen functie advies gegeven en in hoeverre beperkt dat de toegankelijkheid van zorg?
- Hoe kunnen de zorgverlening op het centrum en in de gemeente beter op elkaar aan sluiten?

Kwaliteit en toegankelijkheid

- In hoeverre duiden incidenten op een structureel tekort?
- In hoeverre levert het feit dat de inspecties geen maatregelen kunnen opleggen aan het COA (maar alleen aanbevelingen kunnen doen) problemen op?
- In hoeverre werkt de GC A Praktijklijn met tolken en zou dat wenselijk zijn? In hoeverre is de Praktijklijn onvoldoende toegankelijk voor asielzoekerskinderen?
- Hoe hoog is de drempel voor asielzoekerskinderen om als eerste contactmoment een verpleegkundige te hebben? In hoeverre belemmeren taal en andere cultuur de zorgverlening?

Preventieve zorg en zorgbehoefte

- Waarom doen asielzoekerskinderen relatief veel beroep op eerstelijnszorg maar minder op GGZ hoewel de klachten er wel zijn?
- Hoeveel en welke preventieve en mentale gezondheidszorg is voor asielzoekerskinderen noodzakelijk en waar is deze zorg op dit moment nog onvoldoende?
- Welke invloed hebben ouders op de gezondheidstoestand van hun kinderen en hoe kan worden voorkomen dat eventuele (bijvoorbeeld psychische) gezondheidsklachten van ouders een negatief effect hebben op de kinderen?
- Welke steun hebben ouders nodig in het opvoedproces en is deze op dit moment voldoende aanwezig?

- Wat is de zorgbehoefte in een gezinslocatie en hoe zou beleid hier rekening mee kunnen houden?

Colofon

Met medewerking van Vera van Leeuwen en Tessa Smets. Dank ook aan Helen Schuurmans en Karin Kloosterboer voor hun commentaar op een eerdere versie en aan alle geïnterviewde deskundigen voor het delen van hun expertise en inzichten.