

Vergaderjaar 2011–2012

19 637

Vreemdelingenbeleid

Nr. 1490

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR IMMIGRATIE, INTEGRATIE EN ASIEL

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 januari 2012

Vorig jaar heeft zich een aantal tragische incidenten voorgedaan, waarbij asielzoekers en ex-asielzoekers (illegaal of met verblijfstatus) betrokken waren, waarover in de media is bericht. Een deel daarvan betrof suïcides. Naar aanleiding van deze incidenten wil ik uw Kamer – mede namens de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport – informeren over hoe in Nederland, binnen de vreemdelingenketen, wordt omgegaan met (ex-)asielzoekers met psychische problematiek, waaronder suïcides.

Suïcides hebben altijd grote impact op de omgeving, naasten, nabestaanden, en ook op professionals. Ook binnen de vreemdelingenketen is men zich daarvan bewust. Er wordt daarom bijzondere aandacht besteed aan suïcidedreiging en suïcide(pogingen). Adequate (na)zorg voor de betrokken vreemdeling, zijn omgeving en medewerkers bij suïcide(pogingen) wordt als uiterst belangrijk gezien. Niet alleen uit menselijk oogpunt, maar ook uit oogpunt van preventie.

Naar aanleiding van de verschillende incidenten heb ik het systeem rond de opvang en behandeling van (ex-)asielzoekers met een psychische stoornis nog eens goed tegen het licht te houden. De resultaten deel ik graag met uw Kamer. Een en ander heeft mij er toe gebracht het huidige, overigens reeds voldoende functionerende systeem, op een aantal punten aan te scherpen.

Op de betreffende individuele zaken en hun omstandigheden zal ik in deze brief niet ingaan. Niet alleen om privacyrechtelijke redenen, maar ook ter voorkoming van kopieergedrag. Bij suïcide bestaat de zorgwekkende en complicerende factor dat bij berichtgeving over individuele suïcides andere personen die suïcide overwegen, geïnspireerd kunnen raken door de manier waarop een ander suïcide heeft gepleegd en vervolgens op dezelfde wijze zichzelf van het leven benemen. De enige opmerking die ik over de achtergronden van deze zaken wens te maken is dat deze sterk

uiteen lopen, hetgeen de individuele en persoonlijke aard van deze problematiek bevestigt.

In deze brief zal ik ingaan op de volgende onderwerpen: het signaleren van suicidaliteit, de toegang tot medische zorg door suicidale asielzoekers en ex-asielzoekers met suicidaliteit, de rol die de verschillende relevante organisaties spelen bij suicidepreventie en (na)zorg en de mogelijkheid van het verkrijgen van rechtmatig verblijf en opvang op grond van hier bedoelde problematiek. Ten slotte benoem ik een aantal aanscherpingen in het systeem.

1. Kenmerken van het systeem

A. Signaleren van suicidaliteit

Preventie van suicide wordt binnen de vreemdelingenketen zeer serieus genomen. Belangrijk is om in een zo vroeg mogelijk stadium signalen te herkennen en op grond van de eigen professionele inschatting adequaat te reageren en de vreemdeling de benodigde medische zorg te verlenen.

Voor suicidepreventie specifiek voor asielzoekers zijn er verschillende producten van de GGD die gebruikt worden binnen de vreemdelingenketen: een brochure, een «Train de trainer»-pakket en een lokale ketenrichtlijn. De brochure «*Suicidepreventie in AZC's*» behelst achtergronden en werkinstructies voor medewerkers en geeft nadere informatie over suicidaliteit bij asielzoekers en biedt zorgprofessionals handvatten voor het vroegtijdig herkennen van signalen of problemen die kunnen leiden tot suicide(pogingen), en hoe hierbij te handelen. Het «Train de trainer»-pakket is ontwikkeld voor het trainen van zorgprofessionals in de vreemdelingenketen. Dit pakket bevat een aantal producten: een lijst ten behoeve van doorvragen na suicide gedachten, een brochure suicidepreventie in AZC's en een presentatie over suicide en suicidepreventie, waarin achtergronden van suicide, risicofactoren en oefeningen voor hulpverleners voor het omgaan met suicidaliteit zijn opgenomen.

De «*Lokale ketenrichtlijn poging en dreiging suicide*» is ontwikkeld voor en door professionals die werkzaam zijn binnen de opvang van asielzoekers. De richtlijn heeft tot doel zo optimaal mogelijk te interveniëren in geval van mogelijke suicidaliteit. De richtlijn beschrijft de daarin te volgen procedure.

Verder is een multidisciplinaire richtlijn voor behandeling en beoordeling suïcidaal gedrag (niet specifiek gericht op vreemdelingen) in ontwikkeling die naar verwachting in 2012 zal verschijnen. Na het verschijnen zal deze multidisciplinaire richtlijn binnen de vreemdelingenketen onder de aandacht worden gebracht. In de richtlijn zal onder meer worden beschreven hoe te handelen wanneer men persoonlijk te maken krijgt met een suïcidale persoon. Het is een overzicht van de theorie, de literatuur en wetenschappelijk onderzoek, en biedt tegelijkertijd concrete richtsnoeren voor zaken als risicotaxatie, individuele behandeling en evidence based interventies. Bovendien geeft het antwoord op vragen over de bejegening van suïcidale personen en welke interventies er mogelijk zijn.

B. Medische zorg voor asielzoekers

De zorg voor asielzoekers is zoveel mogelijk op dezelfde wijze georganiseerd als de zorg voor ingezetenen. Daarmee is geborgd dat asielzoekers met psychische problemen toegang hebben tot noodzakelijke medische zorg.

Asielzoekers die in de opvangvoorzieningen van het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA) verblijven zijn op grond van de Wet COA en de Regeling verstrekkingen asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen 2005 (Rva 2005) via het COA verzekerd voor medische kosten.

Een asielzoeker kan aanspraak maken op de zorg zoals die is opgenomen in subsidieregelingen Wet financiering sociale verzekeringen en de Regeling Zorg Asielzoekers. De asielzoeker heeft recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Dit betekent dat een asielzoeker in aanmerking komt voor eerstelijns zorg en, in geval van een doorverwijzing, voor tweedelijns zorg.

Huisartsenzorg

De huisarts vervult als poortwachter een centrale rol in de zorg. De huisarts vormt een laagdrempelig aanspreekpunt voor mensen en kan bijdragen aan het signaleren van suïcidaliteit.

De asielzoeker heeft recht op huisartsenzorg. Kosten voor huisartsenzorg vallen onder de hiervoor genoemde ziektekostenverzekering voor zover het gaat om zorg die is verleend door een door Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A) gecontracteerde huisarts. Kosten voor huisartsenzorg door een niet-gecontracteerde huisarts moeten door de asielzoeker zelf worden betaald. Alleen in geval van spoed zijn de kosten voor de zorg van een niet-gecontracteerde huisarts gedekt door de ziektekostenverzekering.

Geestelijke Gezondheidszorg

Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) is onderverdeeld in eerstelijns psychologische zorg en tweedelijns GGZ. Tweedelijns GGZ is weer onderverdeeld in ambulante specialistische GGZ en klinische specialistische GGZ. Ingevolge de Regeling Zorg Asielzoekers heeft een asielzoeker in voorkomend geval recht op dit moment maximaal 8, en per 2012 maximaal 5, zittingen eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar. Tweedelijns GGZ zonder opname is eveneens verzekerd. De asielzoeker heeft recht op diagnostiek en behandeling van complexe aandoeningen. Ook de kosten voor tweedelijns GGZ met opname bij ernstige aandoeningen waarbij een ambulante behandeling niet meer toereikend is, zijn gedekt. Dat kan betekenen dat de asielzoeker behandeling kan ontvangen in een GGZ-instelling en voor de duur van de behandeling is opgenomen in een GGZ-instelling. Ook in geval van een crisissituatie kan besloten worden tot een opname.

Kosten voor opname en verblijf, gedurende het etmaal, in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis en bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, verpleging en verzorging, gedurende de periode van opname, vallen onder de Regeling Zorg Asielzoekers (RZA).

Maatschappelijk werk

Onder voorwaarden kan een asielzoeker de kosten voor psychosociale hulpverlening vergoed krijgen. De zorg wordt alleen geleverd op basis van verwijzing door een reguliere zorgaanbieder of verwijzing door een daartoe bevoegde functionaris van het COA en is beperkt tot maximaal 10 behandelingen per 2 jaar, tenzij de medisch adviseur van MCA (Menzis COA Administratie) een machtiging heeft verleend tot een langdurig behandeltraject.

Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A)

De huisartsenzorg van het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A) wordt op ruim 50 locaties geleverd door huisartsen, praktijkverpleegkundigen, praktijkassistenten en consulenten GGZ. Professionele tolken zijn op ieder moment inzetbaar.

Teneinde psychische of suïcidale klachten in een zo vroeg mogelijk stadium te detecteren worden in de medische intake; een uitgebreid consult voor nieuwe asielzoekers in de COA opvang, vragen over psychische problemen gesteld.

De asielzoeker wordt actief opgeroepen voor een gesprek bij praktijkverpleegkundige of huisarts indien suïcidaliteit gesignaleerd is. Signalen kunnen afkomstig zijn van asielzoekers zelf, van medewerkers van COA, van Vluchtelingenwerk of van Medifirst. De andere medewerkers op locatie (waaronder COA, maar ook andere partijen zoals Vluchtelingenwerk) kunnen gevraagd worden om extra oplettend te zijn wanneer suïcidaal gedrag bij iemand is gesignaleerd.

GGZ-zorg

Sinds medio 2010 is de consulent GGZ werkzaam op COA-locaties. De consulent GGZ is gespecialiseerd in GGZ-problematiek en kan de asielzoeker langere tijd (5 – 10 gesprekken) op locatie begeleiden. Ook het algemeen maatschappelijk werk en de jeugdzorg (bij jongeren) kunnen betrokken worden.

Nieuw is het psycho-educatie programma «Mindspring» dat op verschillende locaties aan asielzoekers wordt aangeboden. Op groepsniveau vindt informatie en uitleg plaats over het omgaan met (spannings)klachten en psychische problemen door voorlichting in de eigen taal.

Bij acute dreiging wordt de crisisdienst van een GGZ-instelling ingeschakeld. Afhankelijk van de ernst van de situatie vindt hierbij overleg plaats met een eerstelijns zorgverlener.

Rol COA bij verblijf in reguliere opvang of vrijheidsbeperkende locatie

Vanuit de niet-medische gidsfunctie spelen COA-medewerkers een belangrijke rol bij suïcidepreventie onder vreemdelingen. Dat begint al met het informeren van bewoners aan de hand van gesprekken en voorlichtingsbijeenkomsten over de organisatie van de zorg, waaronder ook de huisarts en GGZ. Van het met de vreemdeling in gesprek zijn gaat al een zekere preventieve werking uit. Als geconstateerd wordt dat een vreemdeling zorg nodig heeft kan hij ondersteuning krijgen bij het leggen van contact met de zorg. Zowel zorgverleners als COA-medewerkers kunnen in de contacten met de vreemdeling vermoedens van psychische problematiek dan wel suïcidaliteit signaleren. Deze signalering dient altijd te worden gedeeld met de huisarts en het Gezondheids Centrum Asielzoekers (GC A). Indien urgent wordt er direct contact gelegd met het GC A.

Acute zorg

Wanneer zich een acute suïcidedreiging voordoet, wordt, afhankelijk van dreiging of eventueel letsel, het GC A, de huisarts of 112 ingeschakeld. In overleg met de arts wordt de crisisdienst opgeroepen. Deze beoordeelt de psychische toestand van de betrokken persoon. Ook de politie wordt op de hoogte gesteld van het incident.

Nazorg «COA»

De medische en psychische nazorg voor de asielzoeker na een suïcide-poging blijft de verantwoordelijkheid van het GC A. De COA-medewerkers spreken regelmatig met de betrokken asielzoeker om zich een beeld te kunnen vormen van de motieven. Daarnaast wordt het zoeken van medische en psychische nazorg voor de asielzoeker door de COA-medewerkers gestimuleerd. Hieronder valt ook het doorsturen naar Algemeen Maatschappelijk Werk.

De COA-medewerkers richten zich daarnaast op de beheersbaarheid van de situatie om escalatie te voorkomen. Bij overlijden door suïcide faciliteert het COA bewoners en nabestaanden in het met elkaar op eigen wijze verwerken van het incident. In de regel gaat het om het beschikbaar stellen van een ruimte voor een herdenkingsbijeenkomst. Nabestaanden en bewoners kunnen voorts gebruik maken van onder andere Algemeen Maatschappelijk Werk. Ook kunnen zij zich wenden tot de Stichting 113online, een organisatie die online en telefonische hulpverlening (in de Nederlandse taal) biedt aan mensen die suïcidaal zijn en aan nabestaanden.

C. Rol Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND)

Om snel en adequaat te kunnen reageren op incidenten, zoals honger- en dorststaking, maar ook suïcidaliteit, beschikt de IND over een calamiteitenteam. Het calamiteitenteam van de IND wordt bij suïcidedreiging ingeschakeld. Het calamiteitenteam treedt vervolgens zo mogelijk in gesprek met de betrokken vreemdeling om de situatie te stabiliseren en een inschatting te maken hoe verder om te gaan met de situatie. Het calamiteitenteam kan het COA adviseren om een begeleidingsteam te vormen op de betreffende COA-locatie. Dit begeleidingsteam bestaat uit medewerkers van de IND, de Dienst Terugkeer en Vertrek (DT&V) en het COA. Daarnaast maken een medewerker van de beveiligingsdienst en de medische dienst van het betreffende centrum onderdeel uit van het begeleidingsteam.

In de meeste gevallen zal overleg plaatsvinden met de crisisdienst van de GGZ. Dit crisisteam kan in samenspraak met het begeleidingsteam constateren dat plaatsing in een extra zorgcentrum van het COA noodzakelijk is of dat de problematiek tot vrijwillige plaatsing in een GGZ-instelling noopt. Voor een gedwongen opname geldt een aparte procedure op grond van de Wet bopz¹. In spoedeisende situaties waarin een machtiging op grond van de Wet bopz niet kan worden afgewacht kan de burgemeester inbewaringstelling in een gesloten GGZ-instelling gelasten.

Het calamiteitenteam van de IND kan eveneens optreden indien een (ex-)asielzoeker geen opvang van rijkswege heeft maar bijvoorbeeld wel door de gemeente onderdak wordt geboden. In die gevallen zal zo veel mogelijk dezelfde werkwijze worden aangehouden, met dien verstande dat de samenwerking dan met de gemeente zal worden gezocht.

Nazorg «IND»

Nazorg aan betrokken vreemdelingen wordt in eerste instantie georganiseerd door met de vreemdeling en zijn omgeving in gesprek te gaan over het incident. Het calamiteitenteam wijst in zo'n gesprek tevens op de mogelijkheid om contact te hebben met een psycholoog. Zo nodig kan het calamiteitenteam de vreemdeling hierbij begeleiden.

¹ Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen.

D. Rol Dienst Terugkeer & Vertrek (DT&V)

DT&V vervult vooral een signalerende functie. Afhankelijk van de verblijfplaats van de vreemdeling meldt de regievoerder de situatie direct bij (de medische dienst van) het COA en/of de IND (bij verblijf in de centrale en decentrale opvang), ofwel bij DJI (bij verblijf in detentie). De DT&V beschikt over een incidententeam. Medewerkers van de DT&V kunnen incidenten als honger- en dorststaking, maar ook suïcidedreiging melden bij dit team. Het incidententeam ondersteunt de regievoerder bij het, in beginsel binnen 24 uur in gesprek gaan met de vreemdeling om stabilisering van de situatie te bewerkstelligen.

E. Medische zorg voor illegale ex-asielzoekers

Ook ex-asielzoekers die niet meer in procedure zijn en die niet worden opgevangen of in detentie verblijven, kunnen medisch noodzakelijke zorg krijgen bij psychische problemen. Indien illegalen zichzelf bij medische diensten vervoegen, zoals een huisarts, eerste hulpposten, of bijvoorbeeld een zogenaamde «straatdokter», zullen zij de noodzakelijke zorg geboden krijgen. De door de zorgverlener gemaakte kosten kunnen worden vergoed door het College zorgverzekeringen, indien de kosten niet op de vreemdeling kunnen worden verhaald¹.

Uitgangspunt is dat alle behandelingen die medisch noodzakelijk zijn kunnen worden vergoed. Dat geldt ook voor opname in een psychiatrische instelling. Het is aan de zorgverlener om te bepalen welke behandeling medisch noodzakelijk is.

F. Verblijfsrecht

Psychische problemen kunnen tot slot een rol spelen bij de vraag of een vreemdeling recht heeft op verblijf in Nederland. In het systeem van de Vreemdelingenwet 2000 is verankerd dat ambtshalve of op verzoek van de vreemdeling of gemachtigde kan worden beoordeeld of het vertrek uit Nederland medische consequenties heeft waardoor een medische noodtoestand zal ontstaan.

Uitzetting van de vreemdeling zal achterwege blijven zolang het gelet op de gezondheidstoestand van de vreemdeling niet verantwoord is om te reizen. De vreemdeling zal dan rechtmatig verblijf en opvang worden verleend. Dit betekent overigens niet dat bij suïcidedreiging steeds tot deze conclusie wordt gekomen.

2. Aanscherpingen

Analyses geven weer dat in de praktijk afstemming plaatsvindt tussen de IND, DT&V, COA en DJI in geval van incidenten. De verschillende organisaties beschikken over procesbeschrijvingen die weergeven hoe dient te worden omgegaan met calamiteiten en incidenten (waaronder suïcide, suïcidepogingen en dreiging van suïcide). Dit beeld wordt ook bevestigd in contacten met de uitvoerders in de verschillende calamiteiten- en incidententeams.

Hoewel de procesbeschrijvingen aandacht besteden aan de samenwerking tussen de ketenpartners, kunnen de contactmomenten tussen de ketenpartners beter inzichtelijk worden gemaakt. Dat kan door de koppelvlakken uitdrukkelijker te benoemen.

Om die reden hebben het COA, IND en DT&V een protocol «coöperatie calamiteiten in de vreemdelingenketen» opgesteld, waarin is geregeld hoe

¹ Deze voorziening is wettelijk geregeld in artikel 122a Zorgverzekeringswet en hangt samen met de uitzondering op het koppeling-beginsel zoals neergelegd in artikel 10, tweede lid, van de Vreemdelingenwet 2000.

en wanneer partijen elkaar informeren over calamiteiten waaronder suïcide. Daarnaast is binnen dit protocol geregeld dat ieder drie maanden overleg wordt gevoerd met als doel:

- Elkaar informeren over de lopende zaken die gemeld zijn;
- Samenwerking evalueren en verbeteren;
- Indien nodig nadere afspraken maken over de taakverdeling, signalering en preventie.

Een calamiteit (suïcide) die zich onlangs voordeed op het aanmeldcentrum op de luchthaven Schiphol is reden geweest om ook DJI te betrekken bij dit protocol. Het incident wordt door DJI gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Mocht de IGZ tot onderzoek besluiten, dan zullen de aanbevelingen en verbeterpunten die uit het onderzoek naar voren komen worden opgepakt. Ook DJI en IND voeren een evaluatie uit en zullen voor zover nodig hun werkwijze, instructies en protocollen aanpassen.

Omdat continuïteit van zorg belangrijk is ter preventie van suïcide zal de vreemdeling meer structureel worden geïnformeerd over het feit dat hij, ook in de aanloop naar zijn vertrek uit Nederland, een beroep kan doen op de voor hem medisch noodzakelijke zorg. Ook zal ik met betrokken instanties bekijken of en hoe er aanvullende voorlichting kan worden gegeven aan medewerkers binnen de vreemdelingenketen op het gebied van suïcidepreventie.

Tot slot wil ik aangeven dat, en hoezeer ik dat ook betreur, ondanks een adequate organisatie en toegang tot de medische zorg en alle zorg en aandacht van medewerkers binnen de vreemdelingenketen, suïcide nooit helemaal is uit te sluiten.

De minister voor Immigratie, Integratie en Asiel,
G. B. M. Leers