

Onderzoek

Mogelijkheden omtrent zorgverlening aan onverzekerbare vreemdelingen

Zorg aan onverzekerbare vreemdelingen binnen Altrecht

Studenten:

Nienke van den Akker-1548584
Elize Broekhuijse-1557047
Ruth Goedegebuur-1548423
Michelle Huisman-1553747
Anna Meijs-1537367
Sarah Middelbeek-1553690

Begeleidend docent Hogeschool Utrecht
Gerlien Bloodshoofd-Roke

Opdrachtgever:
Altrecht – Anja Slootweg

Voorwoord

In opdracht van Altrecht (afdeling Psychiatrie en Verslaving) te Utrecht zijn wij, een zestal vierdejaars HBO-Verpleegkunde studenten aan de Hogeschool Utrecht, een onderzoek gestart naar de mogelijkheden omtrent zorgverlening aan onverzekerbare vreemdelingen. De aanleiding voor dit onderzoek is een gebrek aan eenduidig beleid en onduidelijkheid omtrent financiële en wettelijke kaders met betrekking tot de zorgverlening aan deze patiëntenpopulatie binnen deze instelling. Dit onderzoeksverslag is in beginsel opgesteld voor Altrecht en doet specifieke aanbevelingen ten aanzien van beleid. Genoemde aanbevelingen kunnen bovendien relevant zijn voor soortgelijke instellingen binnen de (geestelijke) gezondheidszorg die te maken hebben met zorgverlening aan de betreffende patiëntenpopulatie. Dat maakt dit onderzoek van maatschappelijke relevantie.

Samenvatting

Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (2012) woonden er in 2009 naar schatting zo'n 97.145 onverzekerbare vreemdelingen in Nederland. Wanneer er bij deze doelgroep sprake is van psychiatrische problematiek, is het ontvangen van de juiste medische zorg niet vanzelfsprekend. Deze patiëntenpopulatie heeft door zijn status geen recht op een verzekering. Alleen de medisch noodzakelijke zorg wordt vergoed door de overheid.

Een andere definitie voor medisch noodzakelijke zorg is 'passende en verantwoorde zorg'. De behandelend specialist beslist wat er onder deze zorg valt.

De aanleiding voor dit onderzoek is een gebrek aan eenduidig beleid en onduidelijkheid omtrent financiële en wettelijke kaders met betrekking tot de zorgverlening aan deze patiëntenpopulatie binnen Altrecht.

De hoofdvraag van dit onderzoek is: welke mogelijkheden omtrent de zorgverlening aan onverzekerbare vreemdelingen zijn er binnen de OGGZ van Altrecht?

Het CVZ (College voor Zorgverzekeringen) vergoed 95% van de oninbare kosten gemaakt binnen een gecontracteerde instelling, mits het om zorg gaat welke binnen de basisverzekering valt. Niet alle instellingen zijn op de hoogte van de vergoeding die zij kunnen ontvangen via het CVZ. Niet-gecontracteerde instellingen die met oninbare kosten blijven zitten kunnen deze toch indienen bij het CVZ. Het CVZ vergoed in die gevallen 80% van de kosten.

In sommige gevallen kwam Altrecht onverzekerbare vreemdelingen tegen die zij geen (passende) zorg konden bieden, maar die wel specifieke zorg nodig hadden. De gemeente komt op voor de belangen van deze groep mensen. De gemeente is in staat om ketenzorg op te zetten en om te kijken of eventuele oninbare kosten door gemeentegeld vergoed kunnen worden.

Het huidige beleid van Altrecht is onduidelijk. Het beleid mist de gegevens van de samenwerkingsverbanden die Altrecht heeft met andere instellingen en organisaties. Er is een kennistekort omtrent de financiële mogelijkheden. Ook er is geen helderheid over het begrip 'medisch noodzakelijke zorg'. Voor deze knelpunten zijn aanbevelingen gedaan.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 Inleiding	6
1.1 Onduidelijkheid zorgrechten van onverzekerbare vreemdelingen	6
1.2 Organisatie en afdeling	7
1.3 Doelgroep onderzoek.....	7
Hoofdstuk 2 Literatuur verkenning	9
2.1 Betrokken organisaties.....	9
2.2 Medisch noodzakelijke zorg	10
2.3 Wetten met betrekking tot vergoeding van medisch noodzakelijk zorg.....	11
Hoofdstuk 3 Probleemstelling en doelstelling	12
3.1 Hoofdvraag.....	12
3.2 Deelvragen	12
Hoofdstuk 4 Methode van onderzoek	13
4.1 Soort onderzoek.....	13
4.2 Onderzoeksveld	13
4.3 Literatuuronderzoek	13
4.4 Interview	14
4.5 Waarborging	15
4.6 Zoekplan.....	16
Hoofdstuk 5 Bevindingen.....	19
5.1 Wet- en regelgeving.....	19
5.2 Huidig beleid binnen Utrecht	20
5.3 Huidig beleid binnen Altrecht.....	21

5.4 Overige bevindingen	22
Hoofdstuk 6 Conclusie en discussie	26
6.1 Conclusie	26
6.2 Discussie	26
Hoofdstuk 7 Aanbevelingen.....	28
Bronnen	30
Literatuur	30
Websites:.....	30
Bijlagen	32
Bijlage I Betrokken organisaties	32
Bijlage II Bezuinigingen GGZ.....	34
Bijlage III Bezochte instellingen	36
Bijlage IV Zorgpakket CVZ.....	44
Bijlage V Interview vragen.....	46
Bijlage VI Uitwerking Interview Mentrum	47
Bijlage VII Uitwerking Interview gemeente Utrecht.....	57

Hoofdstuk 1 Inleiding

Het Nederlandse inwoners aantal is in januari 2012 geschat op 16.728.091. Daarnaast woonden er naar schatting zo'n 97.145 onverzekerbare vreemdelingen in Nederland in 2009. Hiervoor is een 95% betrouwbaarheidsinterval genomen, lopend tussen de 60.667 en de 133.624. Omdat deze bevolkingsgroep niet ingeschreven staat bij het Centraal Bureau voor de Statistiek is een valide schatting niet mogelijk. (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012) Wanneer deze onverzekerbare vreemdelingen last hebben van psychiatrische problematiek, is hulp krijgen moeilijk. Zij hebben namelijk geen recht op een verzekering en dus geen recht op zorg. De afdeling Psychiatrie en Verslaving met bijbehorend team OGGZ (Openbare geestelijke gezondheidszorg) binnen Altrecht biedt specialistische psychiatrische hulpverlening aan voor deze patiëntenpopulatie. Deze zorg valt buiten de 'normale' specialistische zorg en heeft dus ook zijn financiële en wettelijke kaders.

1.1 Onduidelijkheid zorgrechten van onverzekerbare vreemdelingen

Er zullen aanbevelingen geschreven worden door zes verpleegkunde studenten binnen de Hogeschool Utrecht. Deze aanbevelingen kunnen dienen als basis voor een beleid wat Altrecht kan hanteren omtrent passende en verantwoorde zorg voor patiënten die onverzekerbare vreemdelingen zijn.

Wanneer iemand in Nederland verblijft zonder verblijfsvergunning dan word je onverzekerbare vreemdeling genoemd. Dit betekent dat je geen rechten hebt, dus ook geen recht op een zorgverzekering (Rijksoverheid, 2012). Altrecht geeft aan dat in de laatste jaren er een toename van aanmeldingen is van patiënten die illegaal en onverzekerbaar zijn. Deze patiënten kunnen hierdoor de zorg niet bekostigen, het gevolg hiervan is dat zij niet de zorg ontvangen die zij nodig hebben. Over deze patiënten zal in het vervolg gesproken worden als onverzekerbare vreemdelingen.

Daarnaast stelt Altrecht dat er binnen de instelling geen eenduidig beleid gevoerd wordt als het gaat om de zorg voor deze doelgroep. De oorzaak hiervoor ligt volgens Altrecht bij de onduidelijkheid over de zorgrechten van deze patiënten. Omdat de kaders hiervoor niet helder zijn vraagt Altrecht zich af hoe zij optimale zorg kan leveren aan deze specifieke doelgroep.

1.2 Organisatie en afdeling

Altrecht is een geestelijke gezondheidszorg (GGZ) instelling, waar mensen met een psychiatrische aandoening terecht kunnen voor hulpverlening. Naast specialistische hulpverlening op dit gebied, geeft Altrecht adviezen aan andere GGZ instellingen en collega-professionals. (Altrecht 2007)

De afdeling waar dit onderzoek plaats zal vinden, is de afdeling Psychiatrie & Verslaving (P&V). P&V biedt verschillende vormen van zorg aan cliënten met psychiatrische en/of verslavingsproblemen in de stad en regio Utrecht. De afdeling is verdeeld in verschillende teams. Waaronder het OGGZ-team, CTI-team (Critical Time Intervention), ACT1-team (Assertive Community Treatment), ACT2-team, forensisch ACT-team Altrecht, FACT-team (Functie Assertive Community) en 4 klinische units van P&V. P&V behandelt zo'n 700 cliënten, waarvan de meeste in de thuissituatie (ambulant). Het doel is om de patiënten te laten herstellen en rehabiliteren, zodat zij zo snel mogelijk weer onderdeel zijn van de maatschappij. (Altrecht, 2007)

1.3 Doelgroep onderzoek

De doelgroep van dit onderzoek valt onder de OGGZ (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg). In de OGGZ wordt zorg verleend aan mensen met een psychosociale of psychiatrische stoornis die niet of nauwelijks te motiveren zijn voor behandeling, ook wel zorgmijders genoemd. Veel patiënten zijn dakloos en hebben financiële problemen. Daarnaast speelt comorbiditeit (dubbele diagnose) ook een rol. Vaak komt de patiënt pas in beeld bij de OGGZ als de buurt of politie overlast meldt.

Wat er onder de OGGZ valt, wordt bepaald door de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) en de uitvoering hiervan valt onder de wettelijke plicht van gemeenten. Gemeenten organiseren en coördineren de activiteiten van de OGGZ op lokaal en regionaal niveau. (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2005)

De doelgroep: onverzekerbare vreemdelingen, heeft vaak te kampen met comorbiditeit. Specifieke klachten als trauma's, stress en pijnklachten doen zich vaak bij deze doelgroep voor. Een groot deel van hen kampt met psychiatrische problematiek (Nivel, 2009)

1.4 Leeswijzer

Het onderzoeksverslag is in zes hoofdstukken opgedeeld. Hieronder volgt een korte toelichting van wat er per hoofdstuk behandeld zal worden.

In hoofdstuk 2 wordt de literatuur verkenning toegelicht. Hierin worden verschillende onderwerpen behandeld, die betrekking hebben op de hoofdvraag. Voor het onderzoek zullen verschillende organisaties benaderd worden. In dit hoofdstuk zal duidelijk worden wat deze organisaties als taken hebben en waarom deze betrokken zijn.

In hoofdstuk 3 komt de probleemstelling aan bod en wordt het doel omschreven.

De methode van onderzoek wordt beschreven in hoofdstuk 4. Er wordt beschreven van welke methoden er gebruik wordt gemaakt voor dataverzameling, welk onderzoeksveld wordt aangehouden en hoe de validiteit/bruikbaarheid van literatuur wordt gecontroleerd. Verder zal de methode van interview toegelicht worden.

In hoofdstuk 5 zullen alle bevindingen naar voren komen. De hoofd- en deelvragen zullen in dit hoofdstuk beantwoord worden.

De conclusie en de discussie worden in hoofdstuk 6 beschreven.

Uiteindelijk worden in hoofdstuk 7 de aanbevelingen gedaan, omtrent het beleid van Altrecht.

Hoofdstuk 2 Literatuur verkenning

Om meer duidelijkheid te krijgen over de verschillende begrippen is er gebruik gemaakt van een inventariserende literatuurverkenning. Er is gekeken naar de betrokken organisaties en verlening van medische noodzakelijke zorg aan onverzekerbare vreemdelingen. Daarnaast is er gekeken naar de wettelijke kaders omtrent de zorg aan onverzekerbare vreemdelingen.

2.1 Betrokken organisaties

Voordat een patiënt, die illegaal of onverzekerbare in Nederland verblijft, in aanraking komt met de afdeling OGGZ binnen Altrecht, gaat er een traject aan vooraf. Welke organisaties betrokken zijn bij dit traject komen hier kort aan bod. Daarnaast worden organisaties die zich inzetten voor de rechten en zorg voor onverzekerbare vreemdelingen benoemd.

GGD Midden Nederland meldpunt

Binnen de GGD Midden Nederland is er een meldpunt 'Zorg en overlast'. Met dit meldpunt wil GGD Midden Nederland door vroegtijdige signalering van burgers probleemsituaties tijdig oppakken. Voor meer informatie zie bijlage I. (GGD Midden Nederland, 2012)

Stichting STIL

Stichting STIL is een organisatie waar uitgeprocedeerde vluchtelingen, mensen in een tweede asielpprocedure of een medische/humanitaire procedure terecht kunnen voor vragen over juridische mogelijkheden, medische hulp of opvang. De stichting verschaft informatie en verwijst door naar professionele hulpverlening, juridisch medewerkers en andere disciplines. (Stichting STIL, 2012) De onderzoeksgroep is op oriënterend gesprek geweest bij stichting STIL, voor meer informatie zie bijlage I en III.

Het College voor Zorgverzekeringen

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) is een overheidsorganisatie die erover waakt dat verzekerden via de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) de zorg kunnen krijgen die voor hen noodzakelijk is. Voor meer informatie zie bijlage I en III. (CVZ, 2012)

Het Gouden Hert

Het Gouden Hert is een apotheek, gecontracteerd door het CVZ, voor medische hulp aan

onverzekerbare vreemdelingen. Voor meer informatie zie bijlage I.

Het Catharijnehuis

Het Catharijnehuis is een dagopvang in Utrecht waar dak- en thuislozen terecht kunnen. Het Catharijnehuis biedt dak- en thuislozen 7 dagen in de week, van 10.00 tot 18.00 uur de mogelijkheid om gebruik te maken van de huiskamer. Dak- en thuislozen kunnen terecht voor basisbehoeften, een luisterend oor en spreekuren van verschillende soorten dienstverlening, zoals; medische zorg, psychiatrische zorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg. (Het Catharijnehuis, 2012). Om een globaal beeld te krijgen van het Catharijnehuis is de onderzoeksgroep hier op bezoek geweest, voor het verslag hiervan zie bijlage I en III.

Barka

Barka is een Poolse stichting die zich richt op sociaal werk, onderwijs, huisvesting en re-integratie van Poolse daklozen. De organisatie is in verschillende Europese landen actief, waaronder Nederland. (NOS, 2011)

Stichting LOS

Stichting LOS wil voorkomen dat onverzekerbare vreemdelingen in Nederland uitgesloten worden van deelname aan maatschappij. Zij doen dit door ondersteuning te bieden aan hulporganisaties. Zij informeren hen over de rechten van onverzekerbare vreemdelingen en de mogelijkheden daar gebruik van te maken. Bovendien ondersteunt zij hen in het zoeken naar juridische en politieke handelingsperspectieven. Voor meer informatie zie bijlage III. (Stichting LOS, 2012)

Dokters van de Wereld

Dokters van de Wereld is een onderdeel van het Médecins du Monde netwerk. Deze organisatie werkt aan en strijdt voor het recht op medische zorg dat ieder mens heeft. Ongeacht ras, geloof en politieke voorkeur. De organisatie is zowel in Nederland als internationaal werkzaam. Voor meer informatie zie bijlage III. (Dokters van de Wereld, 2012)

2.2 Medisch noodzakelijke zorg

Ieder persoon die in Nederland verblijft heeft recht op medisch noodzakelijke zorg. Daarbij behoort de zorg die moet worden verleend om te voorkomen dat iemand in een acute

noodsituatie terechtkomt. De behandelend specialist beoordeelt of de zorg noodzakelijk of uitstelbaar is. (GGZ Nederland, 2012)

Onverzekerbare vreemdeling

Onder onverzekerbare vreemdelingen wordt verstaan: vreemdelingen die niet in het bezit zijn van een Nederlandse verblijfsvergunning en die om die reden geen zorgverzekering kunnen afsluiten.

Vergoeding van passende en verantwoorde hulp aan onverzekerbare vreemdelingen

Wanneer zorgverleners zorg hebben verleend aan onverzekerbare vreemdelingen kan het voorkomen dat zij oninbare kosten hebben. Oninbare kosten zijn kosten die nergens te verhalen zijn. Voor een vergoeding hiervan kunnen zorgverleners terecht bij het CVZ. De vergoeding geldt voor:

- illegaal verblijvende vreemdelingen;
- vreemdelingen die een aanvraag voor een verblijfsvergunning hebben ingediend;
- vreemdelingen die bezwaar of beroep hebben ingesteld tegen een afwijzende beslissing op een aanvraag voor een reguliere verblijfsvergunning.

Niet- en direct toegankelijke passende en verantwoorde zorg

De zorg die gegeven wordt zonder recept, verwijzing of indicatie en vaak direct moet worden verleend valt onder direct toegankelijke zorg. Niet direct toegankelijke zorg is zorg die pas toegankelijk is na recept, verwijzing of indicatie. (CVZ, 2012)

2.3 Wetten met betrekking tot vergoeding van medisch noodzakelijk zorg

Er is een aantal wetten die van toepassing zijn op de zorgverlening aan onverzekerbare vreemdelingen. Het gaat hierbij om artikel 6, 11 en 122a van de Zorgverzekeringswet. Hierin staat beschreven dat het CVZ zorg vergoedt aan verschillende doelgroepen. Hoe de zorg aan illegalen wordt vergoed zal nader onderzocht worden. (Mijn wetten, 2012)

Hoofdstuk 3 Probleemstelling en doelstelling

In dit hoofdstuk wordt de probleemstelling helder gemaakt, daarnaast zullen de hoofdvraag en deelvragen gesteld worden.

Altrecht geeft aan dat in de laatste jaren er een toename van aanmeldingen is van patiënten die illegaal en dus onverzekerbare vreemdeling zijn. 'Wanneer iemand in Nederland verblijft zonder verblijfsvergunning [...] betekent dit dat je geen rechten hebt, dus ook geen recht op een zorgverzekering' (Rijksoverheid, 2012). Deze patiënten kunnen hierdoor de zorg niet bekostigen, het gevolg hiervan is dat zij niet de zorg ontvangen die zij nodig hebben.

Altrecht stelt dat er binnen de instelling geen eenduidig beleid gevoerd wordt als het gaat om de zorg voor deze doelgroep. De oorzaak hiervoor ligt volgens Altrecht bij de onduidelijkheid over de zorgrechten van deze patiënten. Omdat de kaders hiervoor niet helder zijn, vraagt Altrecht zich af hoe zij optimale zorg kan leveren aan deze specifieke doelgroep.

De onderzoeksgroep heeft naar aanleiding van deze vraag van Altrecht een hoofdvraag en een drietal deelvragen geformuleerd:

3.1 Hoofdvraag:

Welke mogelijkheden omtrent de zorgverlening aan onverzekerbare vreemdelingen zijn er binnen de OGGZ Altrecht?

3.2 Deelvragen

1. Wat is de wet en regelgeving landelijk rondom de zorgverlening aan deze doelgroep?
2. Wat is het huidige beleid binnen Utrecht rondom de zorgverlening aan deze doelgroep?
3. Wat is het huidige beleid binnen Altrecht rondom de zorgverlening aan deze doelgroep?

Het doel van het onderzoek is dat er een voorstel voor het beleid van Altrecht geformuleerd wordt. Altrecht krijgt hierdoor meer duidelijkheid over de zorg die zij kunnen verlenen aan onverzekerbare vreemdelingen.

Hoofdstuk 4 Methode van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt nader omschreven op welke manier de dataverzameling zal plaatsvinden. Het onderzoeksveld wordt benoemd evenals de betrouwbaarheid, validiteit, bruikbaarheid en variabelen. Tevens wordt er omschreven hoe de data zal worden verzameld en hoe deze zal worden verwerkt.

4.1 Soort onderzoek

Het gaat om een kwalitatief onderzoek. De onderzoeksgroep voert onderzoek uit in de praktijk en er zal niet gewerkt worden met cijfermatige gegevens. Zoals wordt omschreven door Verhoeven (2007) is er sprake van kwalitatief onderzoek wanneer er onderzoek gedaan wordt naar de betekenis die personen aan situaties geven. Er zullen interviews gaan plaatsvinden waarin de geïnterviewde personen open antwoord kunnen geven op gestelde vragen. Daarnaast zal er een literatuurstudie gedaan worden naar de wet- en regelgeving betreffende het onderwerp.

4.2 Onderzoeksveld

Het onderzoek zal plaats vinden binnen Altrecht, afdeling P&V. Tevens zullen er verschillende OGGZ-instellingen worden benaderd, waaronder: Rivierduinen GGZ te Leiden; Bouman OGGZ; Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) en GGZ Noord Holland Noord; Mentrum te Amsterdam en Parnassia te Den Haag. Zij zullen worden gevraagd om mee te werken aan het onderzoek door middel van het laten afnemen van een interview. De voorkeur gaat uit naar het interviewen van een beleidsmedewerker. Hier is voor gekozen omdat deze personen naar verwachting de meeste expertise hebben op dit gebied. De onderzoeksgroep zal uitzoeken wat de wet- en regelgeving is met betrekking tot dit onderwerp. Daarnaast wordt gekeken welke afspraken er binnen de gemeente Utrecht over dit onderwerp zijn gemaakt.

4.3 Literatuuronderzoek

Om zicht te krijgen op de wet- en regelgeving rondom zorgverlening aan onverzekerbare vreemdelingen zal er literatuuronderzoek worden gedaan. Dit onderzoek houdt in dat er in de wetten gezocht zal worden naar literatuur welke betrekking heeft op dit onderwerp.

Wanneer er gebruik zal worden gemaakt van wetenschappelijke onderzoeksrapporten, zullen deze beoordeeld worden volgens de vragenlijst van Hunink.

4.4 Interview

Om informatie te vergaren zal er gebruik worden gemaakt van het afnemen van interviews. Een aantal instellingen wordt benaderd met de vraag of deze mee willen werken aan ons onderzoek en of er iemand beschikbaar is bij wie een interview kan worden afgenomen. Hierbij wordt gedacht aan een beleidsmedewerker c.q. teamleider.

Het belangrijkste voordeel van een interview ten opzichte van een enquête is dat interviewer en geïnterviewde in direct contact staan met elkaar. Daardoor kan de vragensteller communicatiestoornissen snel signaleren en verhelpen. De interviewer kan opheldering vragen, een toelichting geven en de motivatie van de geïnterviewde persoon versterken. Bovendien geeft het gedrag van de geïnterviewde de interviewer aanwijzingen over de betekenis van de gegeven antwoorden. Omdat er mogelijkheid is tot doorvragen, vergt een interview minder voorbereidingstijd dan een enquête en is het geschikter voor open, ingewikkelde en gevoelige vragen. Daarnaast is er meer controle op de kwaliteit van de antwoorden.

Er wordt gewerkt volgens het principe van het gestructureerde interview. Dit betekent dat de vragen vooraf vaststaan. Bij iedere instelling worden dezelfde vragen gesteld, zowel open als gesloten vragen. Dit zodat er vergelijkingsmateriaal ontstaat. Door middel van de vragen wordt informatie verzameld over het bestaande beleid, hoe dit tot stand is gekomen. De vragen zullen afgebakend zijn. Daarmee wordt bedoeld dat de vraag zal leiden tot een eenduidig antwoord. De geïnterviewde zal naast open vragen ook een aantal casuïstiek voorgelegd krijgen met als doel de verschillende methoden van de instellingen te vergelijken. Structuur van een interview bestaat uit de opwarmfase, de vraagfase en de afkoelfase. In de vraagfase wordt er gevraagd van algemeen naar bijzonder of van bijzonder naar algemeen. (Nederhoed, 2010)

De interviews worden uitgeschreven in de bijlage, citaten die van belang worden geacht zullen letterlijk in het verslag geciteerd worden.

Er zal gebruik worden gemaakt van opnamemateriaal zodat na de interviews alles nauwkeurig kan worden uitgeschreven en verwerkt. Voor interviewvragen zie bijlage.

In de context van onderzoek heeft ethiek te maken met de correctheid van je gedrag. Om zo zorgvuldig mogelijk te werk te gaan en ethisch verantwoorde keuzes te maken is er gekozen voor de volgende manier:

Voorafgaand aan het interview wordt gevraagd of de deelnemers willen meewerken aan het interview en wordt er gevraagd of zij willen dat hun gegevens anoniem verwerkt zouden worden. Na verwerking van het interview worden de interviews gemaïld met de vraag of de geïnterviewden dit willen nalezen en hun goedkeuring voor publicatie geven. Op deze manier hebben de deelnemers zogenaamde geïnformeerde toestemming gegeven door middel van een deels mondelinge/deels schriftelijke overeenkomst. (Wetenschap info, 2012)

4.5 Waarborging

Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van het onderzoek zal worden gewaarborgd door een gedegen voorbereiding van de interviews. Dit wordt gedaan zodat er een zo betrouwbaar mogelijk resultaat kan worden verwacht. Ook wordt herhaling van het onderzoek op deze manier mogelijk gemaakt.

Iedere geïnterviewde krijgt dezelfde vragen en casuïstiek voorgelegd. Uiterlijk een week voor aanvang van het interview krijgt iedere geïnterviewde de vragen per mail toegestuurd. Op die manier kan de geïnterviewde zich inlezen, wat de volledigheid van het antwoord ten goede kan brengen. Er wordt gebruik gemaakt van twee onderzoeksmethoden, namelijk de literatuurstudie en de kwalitatieve interviews.

Bruikbaarheid

De bruikbaarheid zal worden gewaarborgd door het opstellen van een helder en concreet advies. Een uitgangspunt zal zijn dat Altrecht door dit advies genoeg handvatten heeft om een duidelijk beleid te schrijven rondom zorgverlening aan onverzekerbare vreemdelingen. Er wordt door de projectgroep op twee verschillende manieren onderzoek gedaan (literatuurstudie en de interviews) wat maakt dat er – naar verwachting – vrijwel zeker nuttige informatie zal worden gevonden waar Altrecht gebruik van kan maken.

De bruikbaarheid is dus te waarborgen, ook wanneer de betrouwbaarheid en validiteit te kort schieten. Het kan bijvoorbeeld oproepen tot discussie of intern onderzoek.

Validiteit

Om de validiteit van het onderzoek te waarborgen moeten systematische fouten worden voorkomen. Onder deze fouten wordt bijvoorbeeld verstaan het geven van een sociaal wenselijk antwoord. Door het opstellen van open, niet oordelende vragen, wordt getracht sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen.

Daarnaast wordt er secuur gekeken naar de geïnterviewde. Er wordt bewust gevraagd naar een bepaald persoon om te interviewen. Hierbij wordt gedacht aan bijvoorbeeld een beleidsmedewerker. Dit om te waarborgen dat de geïnterviewde expertise heeft op het gebied waar diegene over geïnterviewd wordt.

Variabelen

De uitkomsten van de interviews kunnen verschillend zijn omdat medewerkers een verschillende mening over de probleemstelling kunnen hebben. Deze meningen kunnen worden bepaald door leeftijd, geslacht, ervaring, opleiding, functie en het referentiekader. Een andere variabele hangt samen met de respons. Het kan voorkomen dat een instelling niet bereid is om deel te nemen aan het onderzoek. Daarnaast kan tijd een rol spelen bij het afnemen van de interviews. Wanneer de geïnterviewde persoon tijd neemt om de vragen te beantwoorden kan de uitkomst van de antwoorden verschillen met wanneer deze persoon haastig antwoord geeft. Tevens kan het zo zijn dat iemand het antwoord niet weet op een vraag. Ook de omgeving waarin wordt geïnterviewd kan een rol spelen, wanneer er bijvoorbeeld storende achtergrondgeluiden aanwezig zijn, zou dat van invloed kunnen zijn op de gegeven antwoorden van de geïnterviewde persoon. Daarnaast kan het nog zo zijn dat de geïnterviewde er belangen bij heeft om bepaalde antwoorden te geven.

4.6 Zoekplan

Hieronder staat de zoekstrategie beschreven met daarbij de randvoorwaarden (inclusiecriteria en exclusiecriteria), welke zoektermen er gebruikt zullen worden, in welke databanken gezocht zal worden en op welke manier gevonden informatie zal worden beoordeeld op bruikbaarheid.

Databanken

Invert
Pubmed
Google Scholar

Bepalen zoektermen

Voor het zoeken naar artikelen zal gebruik gemaakt worden van databanken. Voor het zoeken naar boeken, rapporten en dergelijke zal gebruik gemaakt worden van catalogi en databases. Daarnaast zal internet worden geraadpleegd en zal er gebruik gemaakt worden van vakliteratuur.

Lijst zoekwoorden

Na een literatuur verkenning te hebben gedaan in hoofdstuk 2 van het onderzoeksverslag zijn tal verschillende termen naar voren gekomen. Deze zijn vertaald naar de zoektermen die gebruikt worden bij het doen van de literatuurstudie.

OGGZ	Beleid EN OGGZ
Openbare geestelijke gezondheidszorg	OGGZ EN illegalen
Psychiatrie	OGGZ EN onverzekerbar vreemdelingen
Illegalen	OGGZ EN onverzekerbare vreemdelingen
Onverzekerbar vreemdelingen	OGGZ en niet – recht hebbenden
Onverzekerbare patiënten	OGGZ en beleid op zorg
Onverzekerbare vreemdelingen	Wet – en regelgeving EN OGGZ
Niet – recht hebbenden EN zorg	Zorgverzekeringen EN OGGZ

Beoordelen informatie

Er zijn veel bestanden waarin informatie te vinden is over het onderwerp. Om deze bestanden te beoordelen op de betrouwbaarheid en het wetenschappelijk niveau gebruikt de onderzoeksgroep de lijst van Hunink.

Criteria

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Actueel: 2002-2012	Artikelen van voor 2002
Nederlandstalig	Overige talen
Full-text	Samenvatting/abstract

Zoekschema

Zoekmachine	Trefwoorden	Limieten	Aantal zoekresultaten	Bruikbare artikelen
Scholar	Mental health care for illegals.		1150	3
Pubmed	Mental health care for illegals.	Free full text	24	0

Hoofdstuk 5 Bevindingen

5.1 Wet- en regelgeving

Wat is de wet- en regelgeving landelijk rondom de zorgverlening aan deze doelgroep?

De commissie Klazinga (2007) omschrijft in haar rapport de nationale wetten die van belang zijn met betrekking tot de hulpverlening aan onverzekerbare vreemdelingen. In artikel 1 van de grondwet staat: 'Allen die zich in Nederland bevinden, worden in gelijke gevallen gelijk behandeld. Discriminatie wegens godsdienst, levensovertuiging, politieke gezindheid, ras, geslacht of op welke grond dan ook, is niet toegestaan'. Dit gelijkheidsrecht wijst er dus op dat iedereen die zich in Nederland bevindt (gewenst of onverzekerbare, legaal of illegaal) een gelijke behandeling moeten krijgen.

Naast deze grondwet zijn tevens de WGBO, de Wet BIG, de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Koppelingswet relevant. Deze zullen hieronder nader worden toegelicht.

In de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) staat in artikel 7 (lid 453) omschreven dat een behandelend specialist (welke beslist over welke zorgverlening onder medisch noodzakelijk valt) bij zijn werkzaamheden de zorg van een goede hulpverlener in acht dient te nemen en daarbij te handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.

De Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) en de Kwaliteitswet Zorginstellingen hebben als doel om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te waarborgen. In artikel 40 van de Wet BIG staat dat de beroepsuitoefening op zo'n wijze moet worden georganiseerd, dat het leidt of redelijkerwijze moet leiden tot verantwoorde zorg. In artikel 2 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen staat: 'De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.'

De Koppelingswet heeft als doel om illegaal verblijf in Nederland te ontmoedigen. Deze wet bepaalt dat vreemdelingen zonder verblijfsvergunning geen recht hebben op collectieve voorzieningen, zoals een bijstandsuitkering, huursubsidie, studiefinanciering en een ziekenfondsverzekering. Dit zogenaamde koppelingsbeginsel maakt dat de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) voor illegale (onverzekerbare) vreemdelingen niet van toepassing kan zijn. Er zijn in de

Vreemdelingenwet (artikel 10, lid 2) enkele uitzonderingen op het koppelingsbeginsel aangebracht: 'Van het koppelingsbeginsel kan worden afgeweken indien de aanspraak betrekking heeft op het onderwijs, de verlening van medisch noodzakelijke zorg, de voorkoming van inbreuken op de volksgezondheid, of de rechtsbijstand aan een vreemdeling.' Wanneer er sprake is van medisch noodzakelijke zorg geldt er dus een uitzondering voor.

Daarnaast hebben zorgverleners hulpverleningsplichten, deze staan omschreven in het Wetboek van Strafrecht. In artikel 255 staat: 'Hij die opzettelijk iemand tot wiens onderhoud, verpleging of verzorging hij krachtens wet of overeenkomst verplicht is, in een hulpeloze toestand brengt of laat, wordt gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste twee jaren of een geldboete van de vierde categorie'.

5.2 Huidig beleid binnen Utrecht

Wat is het huidige beleid binnen Utrecht rondom de zorgverlening aan deze doelgroep?

De gemeente Utrecht heeft geen eenduidig beleid wat betreft de zorg aan onverzekerbare vreemdelingen. Mw. Oepkes, beleidsadviseur van het vreemdelingen beleid in Utrecht, geeft aan dat dit te ingewikkeld is en per casus bekeken moet worden.

Volgens de notitie 'Maatschappelijke opvang van buitenlandse daklozen' (2011) ontkomt de gemeente Utrecht er niet aan om opvang te bieden aan kwetsbare individuen. Dit omdat de overheid de opvang voor deze doelgroep niet organiseert.

Deze kwetsbare individuen hebben te kampen met ernstige medische of psychiatrische problematiek, of gezinnen met jonge kinderen. De gemeente stelt dat daar waar zorg nodig zorg geboden zal worden aan onverzekerbare vreemdelingen.

Dit is gebaseerd op de zorgplicht en de taken openbare orde en veiligheid van de gemeenten. De gemeente vindt het belangrijk om de mensenrechten na te leven. Hierbij wordt de focus gelegd op de bovenstaande doelgroep. Juist voor deze doelgroep is het belangrijk om zorg en begeleiding te ontvangen en een dak boven hun hoofd te krijgen.

Er is een aantal instellingen in Utrecht die door de gemeente gesubsidieerd wordt om zorg te verlenen aan onverzekerbare vreemdelingen. Hieronder vallen onder andere de instellingen: stichting STIL, stichting LOS, ex AMA steunpunt, stichting noodopvang dakloze, project MOO en Barka. Het Diakonessenhuis staat aangewezen om zorg te verlenen aan onverzekerbare vreemdelingen. Het Diakonessenhuis krijgt deze zorg vergoed via het CVZ.

Mocht er specialistische zorg verleend moeten worden, dan wordt de patiënt doorverwezen naar een andere instelling, wel houdt het Diakonessenhuis een coördinerende functie.

Deze instellingen vormen het netwerk dat de opvang voor onverzekerbare vreemdelingen verzorgt. Als de casus te ingewikkeld wordt voor deze instellingen zal hulp van de gemeente gevraagd worden. De gemeente zal dan per casus kijken wat zij kunnen betekenen in deze hulpvraag. In deze gevallen vormt de gemeenten een netwerk van instellingen om de onverzekerbare vreemdeling te helpen. De gemeente kan echter geen invloed uitoefenen op waar de zorg gegeven wordt. De gemeente kan met instellingen praten en hen informeren zodat zij iemand de nodige zorg gaan verlenen. (Mw. N. Oepkes, beleidsadviseur van het vreemdelingen beleid, 2012)

Meer informatie over het beleid binnen de gemeente Utrecht staat vermeld in bijlage VI.

5.3 Huidig beleid binnen Altrecht

Wat is het huidige beleid binnen Altrecht rondom de zorgverlening aan deze doelgroep?

Vanuit Altrecht is de vraag gekomen om meer duidelijkheid te creëren rondom de te verlenen zorg aan onverzekerbare vreemdelingen. Momenteel bestaat er wel een richtlijn, Richtlijn Verzekeringsrecht (onverzekerde) Cliënten (2010) die bedoeld was om deze duidelijkheid te verschaffen. Deze bleek echter onvoldoende handvatten te bieden voor het personeel dat met de doelgroep werkt.

In de richtlijn staat basaal beschreven welke soorten van zorg er volgens de wet verleend mogen worden aan onverzekerbare vreemdelingen. Dit wordt echter niet concreet gemaakt. Zo wordt er in de richtlijn nog gesproken over medisch noodzakelijke zorg. Iets wat volgens de commissie Klazinga (2007) gedefinieerd zou moeten worden als 'passende en verantwoorde zorg'.

Ook is het niet duidelijk wat de mogelijkheden zijn tot ambulante verpleging, en wat verschillende andere organisaties voor aandeel hierin hebben.

De richtlijn is met name toegespitst op hoe te handelen bij onverzekerde patiënten. Het gaat dan meer om de procedures die gevolgd moeten worden dan om het concreet maken van te verlenen zorg.

Wel wordt uit deze richtlijn duidelijk hoe te handelen bij wettelijk **onverzekerde vreemdelingen**. Hieronder vallen bijvoorbeeld de gemoedsbezwaren. Ook staan de

verschillende stappen beschreven die doorlopen moeten worden wanneer er zorgt wordt verleend aan onverzekerbare vreemdelingen.

Duidelijk is geworden uit gesprekken die gevoerd zijn met de begeleidingsgroep van Altrecht dat er vooral veel onwetendheid is over de eventuele mogelijkheden. Ook bleek dat veel zorgverleners de zorg leverden en vervolgens keken of deze zorg vergoed zou worden of niet.

5.4 Overige bevindingen

Verantwoording

Voorafgaand aan het onderzoek is er een selectie gemaakt van instellingen die benaderd konden worden voor afname van een interview. Deze zijn geselecteerd op de volgende criteria: behandeling voor onverzekerbare vreemdelingen en OGGZ-afdeling. Hier kwamen de volgende instellingen uit: Rivierduinen GGZ ACT-team; Bouman OGGZ; Verslavingszorg Noord Nederland en GGZ Noord Holland Noord; Parnassia Top-team en Mentrum ACT- en JOT-team. De websites van deze instellingen zijn geraadpleegd om erachter te komen of deze instellingen soortgelijke zorg leveren aan onverzekerbare vreemdelingen.

Bij Mentrum werd er gesproken met dhr. van Empel, teamleider van de rehab afdeling. Deze kon de projectgroep veel vertellen over de gang van zaken. De projectgroep werd uitgenodigd voor een interview. Dit interview is mede belangrijk geweest voor de bevindingen van dit onderzoek. Nadat het interview plaats had gevonden stuurde dhr. van Empel de Arkin procedure door, welke ingaat op het verlenen van zorg aan onverzekerden in het algemeen. Ook dit document is gebruikt voor de bevindingen van dit onderzoek.

Bij Parnassia werd er gesproken met dhr. Beune, teamleider van het TOP-team. Deze stuurde via digitaal contact het beleid dat wordt gehanteerd met betrekking tot onverzekerbare vreemdelingen. Dit beleid bleek hetzelfde te zijn als wat landelijk vast gesteld staat in de handleiding 'zorg aan onverzekerbare vreemdelingen' welke is opgesteld door de GGD.

Bouman OGGZ gaf aan tegen te veel obstakels aan te lopen bij de zorg rondom deze doelgroep en daarom geen zorg aan hen te kunnen verlenen en dus geen duidelijk beleid hebben. In het gesprek werd uitgelegd dat wanneer zij een onverzekerbare vreemdeling tegen komen met psychiatrische problemen zij de GGD bellen om de patiënt door te verwijzen. De GGD kijkt dan of het probleem van dus danige ernst is dat de patiënt geholpen moet worden.

In een gesprek met een woordvoerder van Rivierduinen GGZ kwam naar voren dat zij geen beleid hebben rondom de zorg voor deze doelgroep. De woordvoerder zei: “Wanneer wij iemand tegen komen met een wond en psychiatrische problemen dan wordt er een snel verbandje gelegd om de wond, meer kunnen wij niet doen voor deze doelgroep”.

De overige drie instellingen geven aan geen duidelijk of geen beleid te hebben m.b.t. de zorg aan onverzekerbare vreemdelingen met psychiatrische problematiek.

Interview OGGZ Mentrum Amsterdam

16 april 2012 heeft er een interview plaatsgevonden bij Mentrum met dhr. Van Empel. Hij is sociaal psychiatrisch verpleegkundige en teamleider van het OGGZ-team. De reden van dit interview was om een beeld te krijgen hoe de zorg daar verloopt en om een vergelijking te maken naar het OGGZ-team binnen Altrecht. Zie bijlage voor de volledige uitwerking van dit interview.

Samenwerkingsverband

Twee maanden geleden is er in Amsterdam een samenwerkingsverband opgestart voor de zorg rondom dak – en thuislozen, illegale en ongedocumenteerde mensen die zorg nodig hebben. Dit samenwerkingsverband is ontstaan binnen de stad en verschillende organisaties die kampen met een grote onduidelijkheid over de zorg van deze doelgroep.

Organisatie Arkin is hier binnen het overkoepelende orgaan en heeft onder zich nog negen instanties. Mentrum is gericht voor de psychiatrische zorg. In deze twee maanden heeft Mentrum dertien mensen gescreend. Aangezien de korte periode dat deze patiënten zorg krijgen, is het beeld nog onvolledig op het gebied van de cijfers en financiën. Over een aantal weken zal de eerste evaluatie zijn waar Mentrum met haar directie zal kijken naar de cijfers.

Eenduidig beleid

Binnen Arkin is er een eenduidig beleid namelijk het verlenen van medisch noodzakelijke zorg. De negen merken die binnen het samenwerkingsverband zitten, geven hier elk hun eigen invulling aan. Daarnaast hebben ze elk eigen aanmeldcriteria. Hierdoor is het moeilijk meetbaar of er een eenduidig beleid wordt nageleefd. Mentrum verstaat de volgende criteria onder medisch noodzakelijke zorg: Begin met een screening en psychiatrisch onderzoek, laag frequente contacten, medicinale zorg, gesprekken, therapie vormen (maar vaak verwijzen ze voor specifieke therapieën door naar de poli's of centrum 45), samen met de patiënt huisvesting regelen, samen met de patiënt contact met het thuisland zoeken en

dergelijke.

Multidisciplinair

Onder Arkin vallen de volgende negen instanties: Mentrum, Jellinek, PuntP, Inforsa, Novarum, Spoedeisende psychiatrie Amsterdam, Roads en het NPI. Daarnaast wordt er samengewerkt met de gemeente Amsterdam, GGD, politie, maatschappelijke organisaties, justitie, aanmeld – en adviespunt, diverse huisartsen, de inloophuizen, Leger des Heils, centrum 45, Dokters van de wereld en het ASKV.

Verzekering

80 % van alle zorg wordt vergoed door zorgverzekeraar CVZ, resterende kosten vangt Mentrum zelf op. Door middel van het gebruik van elektronische patiëntendossier is het met één druk op de knop duidelijk wat er per patiënt nodig is en wat iemand heeft ontvangen qua hulp.

De hulpverleners van Mentrum kijken met een zorgbril naar de patiënten, dit betekent dat zij eerst zorg gaan verlenen en hierna pas een inschatting maken voor het financiële plaatje. Zij hebben nog niet van de directie gehoord dat ze zorg die zij leveren te duur is dus gaan tot op heden nog door met de huidige stand van zaken.

Psychiatrie

Op het gebied van psychiatrische klachten, wilt Mentrum de screenende functie hebben. Mentrum vraagt aan alle instellingen om de: dak – en thuislozen, onverzekerde en ongedocumenteerde, eerst door te verwijzen naar Mentrum zodat hier de registratie kan beginnen. Vanuit daar kan er ingeschat worden welke zorg de individuele patiënt nodig heeft en kan er doorverwezen worden naar één van de negen instanties waarmee samengewerkt wordt.

Mentrum biedt met name hulp op het niveau van dak – en thuislozen. Wanneer iemand in een redelijke stabiele situatie verkeert en onderdak heeft, zal er gekeken worden naar meer gepaste zorg zoals bij de poli's die gespecificeerde behandeling bieden.

De geïnterviewde denkt dat er een stigma berust op dat deze doelgroep onvoldoende geld zou kunnen opbrengen. Mede zou dit een reden kunnen zijn dat zorginstellingen deze mensen dan niet zou willen leiden naar zorg. Veelal zijn deze mensen al gescreend maar worden zij afgewezen bij het verzoek om behandeling te krijgen. Ook denkt hij dat de term 'medisch noodzakelijke zorg' in zijn algemeen te letterlijk wordt genomen en dat hierdoor mensen kunnen worden afgehouden en buiten de boot vallen.

Het steunpunt biedt ongedocumenteerde en dak – en thuislozen opvang voor de duur van een jaar. In dit jaar zou Mentrum kunnen kijken naar de mogelijkheden voor desbetreffende patiënten en passende behandeling. Door de samenwerking met maatschappelijk werk van het steunpunt zou er veel mogelijk moeten kunnen zijn voor deze patiëntenpopulatie.

Somatiek

Wanneer een patiënt last heeft van lichamelijke klachten zijn er verschillende opties. Zo hebben ziekenhuizen de plicht om te behandelen, daarnaast is er een kruispost. Dit is een huisartsenpost speciaal voor mensen zonder verzekering. Door middel van een eigen bijdrage van 5 euro worden zij behandeld. Mentrum is bereid om hun patiënten 5 euro te geven wanneer zij gebruik moeten maken van deze dienst.

Interview CVZ Diemen

Op 20 april 2012 is er een gesprek gevoerd met dhr. Van Amen, werkzaam voor het CVZ. Hieruit werd een aantal punten duidelijk. Het CVZ gaf aan een contract te hebben met Altrecht. Dit contract betekent dat Altrecht zorg kan verlenen aan hen die niet verzekerd zijn. Het CVZ zal dan een deel van de kosten betalen. Dit deel houdt in 95 % van de nota die Altrecht bij het CVZ in kan dienen. Wel vraagt het CVZ van Altrecht om te proberen de kosten te verhalen op de patiënt. Daarbij moet ook aangetoond worden welke inspanningen geleverd zijn om dit te bereiken. De 95 % is bedoeld als stimulans om te proberen de kosten te verhalen op de patiënt. Er werd duidelijk benadrukt dat het CVZ zich niet inhoudelijk bemoeit met de zorg. Een duidelijk standpunt van hen uit is dat zij geen medici zijn, en de psychiater moet beslissen of het nodig is dat een patiënt bepaalde zorg krijgt. Het CVZ vergoedt de kosten voor 95 % van de zorg die binnen de basisverzekering en de AWBZ valt.

Verantwoording zoekplan

In hoofdstuk 4 staat de methode van onderzoek beschreven. Hierin wordt ook het zoeken naar wetenschappelijke artikelen rondom dit onderwerp toegelicht. Zoals in het zoekplan staat, is er maar een klein aantal wetenschappelijke artikelen gevonden via de databanken. Deze zijn echter niet relevant bevonden vanwege de inhoud. Een aantal artikelen dateerde van voor 2000 en werd daarom ook niet bruikbaar geacht. Daarom is ervoor gekozen om de wetenschappelijke artikelen verder niet te gebruiken voor dit onderzoek, daar er ook voldoende informatie voorhanden was uit andere bronnen. Daarbij is ook ondervonden dat best practice literatuur beter aansluit bij deze vorm van onderzoek.

Hoofdstuk 6 Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk wordt de conclusie toegelicht. Daarbij staat een discussie beschreven waarin dieper wordt ingegaan op de het onderzoek door middel van een kritische beschouwing.

6.1 Conclusie

De hoofdvraag van dit onderzoek was: welke mogelijkheden omtrent de zorgverlening aan onverzekerbare vreemdelingen zijn er binnen de OGGZ-Altrecht?

Altrecht liep voornamelijk tegen het begrip 'medisch noodzakelijke zorg' aan. Deze zorg zou uiteindelijk door het CVZ vergoed worden. Het CVZ stelt dat de gecontracteerde instellingen zelf bepalen wat er onder medisch noodzakelijke zorg valt. Een andere term die gebruikt wordt in plaats van medisch noodzakelijke zorg, is passende en verantwoorde zorg. De uiteindelijke verantwoordelijkheid ligt bij de behandelend specialisten van de instelling.

Het CVZ vergoedt 95% van de oninbare kosten gemaakt binnen een gecontracteerde instelling, mits het om zorg gaat welke binnen de basisverzekering of de AWBZ valt. Niet alle instellingen zijn op de hoogte van de vergoeding die zij kunnen ontvangen via het CVZ. Niet-gecontracteerde instellingen die met oninbare kosten blijven zitten kunnen deze toch indienen bij het CVZ. Het CVZ vergoedt in die gevallen 80% van de kosten.

In sommige gevallen kwam Altrecht onverzekerbare vreemdelingen tegen die zij geen zorg konden bieden, maar die wel zorg nodig hadden. De gemeente komt op voor de belangen van deze groep mensen. De gemeente is in staat om ketenzorg op te zetten, en om te kijken of eventuele oninbare kosten door gemeentegeld vergoed kunnen worden.

Het huidige beleid van Altrecht is onduidelijk voor haar werknemers. Het beleid mist de gegevens van de samenwerkingsverbanden die Altrecht heeft met andere instellingen en organisaties.

6.2 Discussie

Na afdruk van het interview bij Mentrum, literatuur onderzoek naar wettelijke kaders, het gesprek met zorgverzekeraar CVZ en de gemeente Utrecht, konden de resultaten geanalyseerd worden. Deze gaven antwoord op de deelvragen en de projectgroep kon mede hierdoor de hoofdvraag beantwoorden. Wanneer gekeken wordt naar de vergelijking tussen

de onderzoeksvraag en de resultaten, lijken er knelpunten te zijn op verschillende vlakken.

Door middel van het literatuuronderzoek kwam naar voren dat naast de term 'medisch noodzakelijke zorg' ook de term 'passende en verantwoorde zorg' wordt gehanteerd. Elk behandelend specialist kan hier zijn of haar eigen invulling aan geven.

Er is gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek. Uit het onderzoek dat is gedaan, bleek dat onderzoek uit de praktijk, en dus het gebruik maken van best practice literatuur, de resultaten hebben opgeleverd waar uiteindelijk de aanbevelingen vanuit zijn geformuleerd. Wat betreft het interview, was er slechts één instelling bruikbaar voor de afname hiervan. Gekeken naar de voorbereiding was de verwachting vier instellingen te kunnen interviewen en deze resultaten te kunnen analyseren. Doordat er maar één interview is afgenomen, zou er een vertekend beeld kunnen zijn wat betreft de resultaten hiervan. In vervolgonderzoek raadt de projectgroep dan ook aan om meer aandacht te besteden aan de interviews zodat hier meerdere resultaten vandaan komen. Daarnaast is er niet gesproken met een beleidsmedewerker, wat in eerste instantie de bedoeling was, maar met een teamleider. Dit zou mogelijk ook een vertekend beeld geven.

Hoofdstuk 7 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden er aanbevelingen gedaan voor Altrecht wat betreft de zorg aan onverzekerbare vreemdelingen. Er is gekeken naar de uitkomsten van de verschillende deelvragen. Daaruit is een vergelijking gemaakt van de huidige werkwijze van Altrecht en welke mogelijkheden er nog liggen.

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat een van de knelpunten ligt bij de kennis over de zorg die geboden kan worden aan onverzekerbare vreemdelingen. Er is een tekort aan kennis wat betreft de wet en regelgeving omtrent de vergoeding van verleende zorg. Daarnaast is het niet duidelijk wat Altrecht verstaat onder medisch noodzakelijke zorg. Het doel van de aanbevelingen is dat deze knelpunten opgelost worden.

Aanbeveling 1: Organiseer een multidisciplinair overleg binnen Altrecht om duidelijkheid te creëren over wat de instelling verstaat onder medisch noodzakelijk zorg (passende en verantwoorde zorg).

Toelichting: Het CVZ beschrijft dat de gecontracteerde instelling zelf besluit wat onder medisch noodzakelijke zorg valt. De behandelend specialist heeft binnen de instelling de uiteindelijke verantwoordelijkheid over wat er onder medisch noodzakelijke zorg valt. Het kan van waarde zijn om dit multidisciplinair te overleggen zodat de zorg van verschillende kanten wordt belicht. Hierbij is het van belang dat ook de visie van Altrecht over zorgverlening hierin betrokken wordt.

Aanbeveling 2: Als een patiënt bij doorverwijzing afgewezen wordt, ga dan na of de instelling van vervolgbehandeling op de hoogte is van de mogelijkheden van vergoeding van zorg.

Toelichting: Als de desbetreffende instelling een contract heeft met het CVZ wordt er 95% van de verleende zorg vergoed, mits deze valt binnen de basisverzekering of AWBZ. Heeft de instellingen geen contract dan kunnen zij 80% vergoed krijgen.

Aanbeveling 3: Neem contact op met de gemeente in geval van hoog complexe casussen.

Toelichting: De gemeente is in staat om ketenzorg te organiseren rondom de zorg voor onverzekerbare vreemdelingen. Dit doen zij echter alleen in bijzondere gevallen. Wanneer

Altrecht niet meer uit een casus kan komen, kan contact opgenomen worden met de gemeente voor eventuele ondersteuning. De beleidsadviseur voor het vreemdelingenbeleid Utrecht gaat over dit soort zaken.

Aanbeveling 4: Maak een overzichtelijk schema waarin de disciplines en instellingen die betrokken zijn bij de zorg aan onverzekerbare vreemdelingen duidelijk wordt weergegeven.

Toelichting: Laat hierin de veelvoorkomende zorg naar voren komen. Welke stappen er vanaf het begin ondernomen moeten worden en welke disciplines voor welke stappen (taken) ingeschakeld moeten worden. Dit voor binnen de instelling Altrecht, maar ook voor instellingen die betrokken kunnen worden bij de zorgverlening. Ga een samenwerkingsverband aan met deze instellingen. Dit bevordert de continuïteit van zorg en schept duidelijkheid.

Aanbeveling 5: Zorg ervoor dat het beleid binnen Altrecht bekend wordt.

Toelichting: Dit kan doormiddel van het organiseren van informatiebijeenkomsten en verspreiding van het beleid via Altranet.

Bronnen

Literatuur

- Altrecht. (2010) Richtlijn Verzekeringsrecht (onverzekerde) Cliënten. Altrecht Utrecht
- Klazinga, N.S., e.a. (2007) Arts en vreemdeling *Rapport van de commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen*. Pharos, Utrecht.
- Nederhoed, P. (2010) Helder rapporteren *Een handleiding voor het opzetten en schrijven van rapporten, scripties, nota's en artikelen*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Verhoeven, N. (2004) Wat is onderzoek? *Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Boom Lemma

Websites:

- Altrecht 2007. *Over Altrecht*. URL: <http://www.altrecht.nl/eCache/INT/52/193.html>
Geraadpleegd op: 07-03-2012
- Altrecht 2007. *P&V*. URL: <http://www.altrecht.nl/eCache/INT/53/045.html>
Geraadpleegd op: 08 - 03-2012
- CVZ (2012). *Het College Voor Zorgverzekeringen*. URL: <http://www.cvz.nl/hetcvz>
Geraadpleegd op: 19-02-2012
- CVZ (2012). *Zorg aan onverzekerbare vreemdelingen*. URL:
<http://www.cvz.nl/financiering/zorg+aan+onverzekerbare+vreemdelingen/zorg+aan+onverzekerbare+vreemdelingen.html> Geraadpleegd op: 18-02-2012
- Dokters van de wereld. *Illegaliteit wordt strafbaar*. URL:
<http://www.doktersvandewereld.org/illegaliteitstrafbaar> Geraadpleegd op: 08 - 03 – 2012
- Gemeente Utrecht. *Zorg voor sociaal kwetsbaren*. URL: <http://zwerfnet.nl/wp-content/uploads/2011/10/Rapport-VMU-Zorg-voor-Sociaal-Kwetsbaren-versie-april-2010.pdf> Geraadpleegd op: 19-02-2012
- GGD Midden – Nederland (2012). *Melden van zorgen over buur of familielid*. URL:
<http://www.ggdmn.nl/client/3/?websiteid=3&contentid=5161> Geraadpleegd op: 19/02/2012
- GGZ Nederland (2011), *GGZ bezuinigingen ongekend hard voor kwetsbare patiënt*. URL: <http://www.ggz nederland.nl/index.php?p=904809> Geraadpleegd op: 18-02-2012

- GGZ Nederland (2012). *Handreiking onverzekerden in de GGZ*. URL: http://www.ggznederland.nl/scrivo/asset.php?id=509881#_Toc259183475
Geraadpleegd op: 18-02-2012
- Judex (2012) Uw Juridische Startpagina. URL: http://www.judex.nl/rechtsgebied/vreemdelingenrecht_%26_asiel/vreemdeling-en-nederlanderschap/artikelen/934/wanneer-mag-ik-als-vreemdeling-in-nederland-verblijven_.htm Geraadpleegd op: 17-02-2012
- Mijn wetten (2012). *Zorgverzekeringswet*. URL: <http://mijnwetten.nl/zorgverzekeringswet> Geraadpleegd op: 19-02-2012
- Mijn wetten (2012). *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*. URL: <http://mijnwetten.nl/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten> Geraadpleegd op: 19-02-2012
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2010) *behandeling voor psychiatrische problemen*. URL: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/behandeling-van-psychische-problemen> Geraadpleegd op: 18-02-2012
- Nationaal Kompas Volksgezondheid (2005) *Openbare Geestelijke Gezondheidszorg*. URL: <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/publieke-gezondheidszorg/oggz/wat-is-openbare-geestelijke-gezondheidszorg> Geraadpleegd op: 19-02-2012
- Nivel (2009). *Toegankelijkheid van gezondheidszorg voor “illegalen” in Nederland: een update*. URL: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-toegankelijkheid-illegalen.pdf> Geraadpleegd op: 21-05-2012
- Rijksoverheid (2012) *Informatie van de Rijksoverheid*. URL: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/asielbeleid-en-immigratie/vraag-en-antwoord/moet-ik-mij-als-eu-onderdaan-inschrijven-bij-de-ind-bij-verblijf-in-nederland.html> Geraadpleegd op: 17-02-2012
- Stichting STIL (2012). *Solidariteitsorganisatie voor vluchtelingen en migranten zonder verblijfsvergunning*. URL: <http://www.stil-utrecht.nl/index.html> Geraadpleegd op: 19-02-2012
- VWS (2011), *Bezuinigingen GGZ*. URL: <http://www.meldjezorg.nl/meldjezorg/download/common/bijlage-overzicht-bezuinigingen-ggz-26-juli-2011.pdf> Geraadpleegd op: 18-02-2012
- Wetenschap info (2012). *Onderzoeksmethoden van het interview*. URL: <http://wetenschap.infonu.nl/onderzoek/12137-onderzoeksmethoden-het-interview.html> Geraadpleegd op 20/03/2012

Bijlagen

Bijlage I Betrokken organisaties

GGD Midden Nederland meldpunt

Binnen de GGD Midden Nederland is er een meldpunt 'Zorg en overlast'. Dit meldpunt is bedoeld voor inwoners die zich zorgen maken over een buurtgenoot of familielid in de gemeente Utrecht. Deze inwoners kunnen familie zijn, de woningcorporatie, de burens, politie of andere hulpverleners. De medewerkers van het meldpunt onderzoeken de aard van de problemen en verwijzen en bemiddelen waar nodig. Met dit meldpunt wil GGD Midden Nederland door vroegtijdige signalering van burgers probleemsituaties tijdig oppakken. Het gaat hierbij om mensen die door hun gedrag of problemen zorgen oproepen, terwijl hulp wordt geweigerd of afgehouden. Er is vaak sprake van een of meerdere van volgende problemen; sociaal isolement, psychiatrische en- of verslaving stoornis, onvoldoende (persoonlijke) verzorging, sociaal maatschappelijk en vervuiling woning/woonomgeving. De GGD werkt als vangnet voor mensen die zorg nodig hebben maar hier niet zelf om vragen. Binnen het meldpunt werkt een team van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en hygiënisch woninginspecteurs. De GGD werkt nauw samen met verschillende organisaties, waaronder Altrecht. Deze samenwerking is nodig om de juiste aanpak te realiseren. (GGD Midden Nederland, 2012)

Stichting STIL

Stichting STIL is een organisatie waar uitgeprocedeerde vluchtelingen, mensen in een tweede asielpprocedure of een medische/humanitaire procedure terecht kunnen voor vragen over juridische mogelijkheden, medische hulp of opvang. Sommigen verblijven onrechtmatig in Nederland, deze mensen hebben geen recht op werk, bijstand en verzekeringen. Daarnaast is Nederland verlaten ook geen optie, want vluchtelingen kunnen vaak niet terug naar het land van herkomst vanwege hun politieke overtuiging, geloof, nationaliteit of ras. Een andere reden om niet terug te (willen) keren naar het land van herkomst kan ook zijn vanwege de onrustige situatie in het desbetreffende land. Men kan bij Stichting STIL terecht voor vragen over juridische mogelijkheden, medische hulp of opvang. De meest voorkomende vragen gaan over het vreemdelingenrecht. Stichting STIL kan ook de schakel zijn voor het hebben van contact met andere mensen of het bieden van ontspanning. Bijvoorbeeld de stichting kan een gratis advocaat of andere juridische medewerker aanbieden.

De stichting verschaft informatie en zij verwijzen door naar professionele hulpverlening, juridisch medewerkers en andere disciplines. (Stichting STIL, 2012)

Het College Voor Zorgverzekeringen

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) is een overheidsorganisatie die erover waakt dat verzekerden via de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) de zorg kunnen krijgen die voor hen noodzakelijk is.

Het CVZ is zowel een advies- als uitvoeringsorganisatie voor de wettelijke ziektekostenverzekeringen: de *ZVW* en de *AWBZ*. Het CVZ heeft een belangrijk aandeel in het op peil houden van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg. (CVZ, 2012)

Het Gouden Hert

Het Gouden Hert is een apotheek, gecontracteerd door het CVZ, voor medische hulp aan onverzekerbare vreemdelingen. Dit houdt in dat patiënten die onverzekerd of illegaal in Nederland zijn, bij Het Gouden Hert de noodzakelijke medicatie gratis kunnen krijgen.

Bij deze apotheek kunnen patiënten en artsen voor geneesmiddelen, verbandmiddelen en zelfzorgproducten. (Gemeente Utrecht, 2012)

Bijlage II Bezuinigingen GGZ

De afgelopen paar jaar zijn er veel bezuinigingen doorgevoerd in de zorg door het kabinet. Daarbij bezuinigen de verschillende zorginstellingen ook vanuit eigen visie. Hieronder zullen hiervan de gevolgen voor de cliënten beschreven staan.

Veel mensen met psychische problematiek staan sociaaleconomisch op extra achterstand omdat hun inkomen 30% lager is dan gemiddeld. De GGZ sector wil een bijdrage leveren aan het herstel van de overheidsfinanciën, maar het heffen van een forse financiële bijdrage aan deze toch al kwetsbare groep mensen is ontoelaatbaar. Daarnaast is een eigen bijdrage alléén voor mensen met een psychische aandoening discriminerend. Het brengt een onhoudbaar en onrechtvaardig onderscheid aan tussen mensen met een lichamelijke ziekte en mensen met psychische ziekte.

Per 1 januari 2012 betaalt een cliënt de volgende eigen bijdragen:

- eerste lijn eigen bijdrage € 20,- per consult, maximaal 5 consulten worden vergoed;
- tweede lijn eigen bijdrage voor diagnose behandelcombinaties (DBC's) tot 100 minuten is 100 euro;
- tweede lijn eigen bijdrage voor DBC's langer dan 200 minuten is 200 euro;
- tweede lijn eigen bijdrage voor verblijfs DBC's is 145 euro per maand (voor 18 jaar en ouder).

De eigen bijdrage geldt niet voor:

- DBC-crisis en de DBC-indirecte tijd;
- jeugd onder de 18 jaar;
- cliënten die op basis van de BOPZ zijn opgenomen.

(Overzicht bezuinigingen GGZ, 2011)

Gevolgen

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) mevrouw Schippers gaat bijna 600 miljoen euro bezuinigen op de GGZ per 1 januari 2012. De meest invloedbare maatregel is

de invoering van een eigen bijdrage voor patiënten, die kan oplopen tot wel 425 euro per behandeling, een bedrag dat veel patiënten niet zullen kunnen ophoesten. Een eigen bijdrage alleen voor de GGZ is bovendien discriminerend voor mensen met een psychische aandoening en biedt geen oplossing voor de huidige financiële knelpunten in de zorg.

De minister kiest nu voor een systeem waarbij de meest ernstig zieke mensen het hardst worden getroffen. Het Landelijk Platform GGZ, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en GGZ Nederland accepteren de invoering van deze ontwrichtende en stigmatiserende maatregelen niet en beraden zich op stevige acties. We doen een dringend beroep op de Tweede Kamer om de eigen bijdrage te verwerpen.

Toegankelijkheid van zorg

Patiënten, psychiaters en GGZ instellingen vrezen een fundamentele aantasting van de toegankelijkheid van zorg voor mensen met een psychische aandoening. De bezuinigingen hebben een drempelverhogend effect en zullen grote consequenties hebben voor de kwaliteit van leven van de patiënt en zijn/haar directe omgeving. De verwachting is dat mensen met psychische problemen noodzakelijke zorg zullen gaan mijden, met alle gevolgen van dien.

Oplossing

Het ministerie van VWS is op alternatieven gewezen om besparingen te realiseren, zonder dat daarvoor ingrijpende pakketmaatregelen of nieuwe eigen bijdragen nodig zijn. Deze alternatieven zijn bijvoorbeeld vereenvoudiging van de financiering, versterking van de eerstelijns GGZ, en meer nadruk op ambulantisering, e- mental health en preventie. (GGZ, Nederland 2011)

Niet- en direct toegankelijke passende en verantwoorde zorg

Er bestaat een onderscheid tussen direct toegankelijke zorg en niet-direct toegankelijke zorg medisch noodzakelijke zorg.

De zorg die gegeven wordt zonder recept, verwijzing of indicatie en vaak direct moet worden verleend valt onder direct toegankelijke zorg. De disciplines die hierbij horen zijn huisartsen, kraamhulp, verloskundigen, tandartsen en acute ziekenhuiszorg. Dan is er de niet direct toegankelijke zorg. Dit is zorg die pas toegankelijk is na recept, verwijzing of indicatie. (CVZ, 2012)

Bijlage III Bezochte instellingen

Het Catharijnehuis

Dinsdag 20 maart zijn wij met twee projectleden en Chantal (verpleegkundige OGGZ Altrecht) op bezoek geweest bij het Catharijnehuis. Dit om een globaal beeld te krijgen van de betrokken organisaties van Altrecht. Allereerst een stuk algemene informatie over het Catharijnehuis, deze informatie is afkomstig van de website van het Catharijnehuis (Het Catharijnehuis, 2012). Vervolgens een toelichting op ons bezoek.

Het Catharijnehuis is een dagopvang in Utrecht waar dak- en thuislozen terecht kunnen. Het Catharijnehuis, biedt dak- en thuislozen 7 dagen in de week, van 10.00 tot 18.00 uur de mogelijkheid om gebruik te maken van de huiskamer. Per dag bezoeken ongeveer 100 daklozen het Catharijnehuis. Dak- en thuislozen kunnen terecht voor basisbehoeften, een luisterend oor en spreekuren van verschillende soorten dienstverlening: medische zorg, psychiatrische zorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg.

Tijdens het bezoek aan het Catharijnehuis hebben we de ruimte waar dak- en thuislozen overdag kunnen verblijven bekeken. Deze bestond uit een kantine/woonkamer en ruimtes waar je gebruik kon maken van douches. Vervolgens hebben we kort een gesprek kunnen voeren met de arts van de GG&GD. De arts heeft een korte toelichting gegeven op zijn werk in het Catharijnehuis. Patiënten met klachten kunnen dinsdag, donderdag en vrijdag naar het spreekuur van de GG&GD. Zij kunnen zich om 10.00 aanmelden en vanaf 11.00 start het spreekuur. De arts luistert naar de klachten van de patiënt, beoordeelt deze en verwijst eventueel door mocht dit nodig zijn. De arts gaf aan dat hij geen eenduidig beleid volgt voor het doorverwijzen van patiënten. Hij verwijst iedere patiënt die zorg nodig heeft door naar de juiste instelling. Vervolgens wacht hij af of dat de patiënt geholpen zal worden of dat de patiënt afgewezen zal worden. Wordt de patiënt afgewezen dan gaat hij opzoek naar andere wegen/opties. Daarnaast gaf hij aan dat het moeilijk is om een eenduidig beleid te vormen wat betreft de zorg aan onverzekerbare patiënten. Dit omdat er elk half jaar via de regering of gemeente Utrecht veranderingen worden doorgevoerd wat betreft de regelgeving omtrent deze patiënten categorie. Als tip voor de interviews gaf hij mee dat er een aantal specifieke vragen geformuleerd moesten worden. Dit maakt de gegevens makkelijker te analyseren en vergelijkbaar met elkaar.

Stichting STIL

Donderdag 29 maart zijn we met twee projectleden op bezoek geweest bij stichting STIL. We zijn hier in gesprek gegaan met een medewerker van deze stichting. Het doel van het gesprek was oriënterend om te kijken wat deze stichting voor een zorg verleend en of zij ons verder kunnen helpen bij ons onderzoek. Allereerst wordt er algemene informatie over stichting STIL vermeld, deze informatie is afkomstig van de website van de stichting (stichting STIL, 2012). Vervolgens wordt de informatie die naar voren komt uit het gesprek, beschreven. Hierin is een selectie gemaakt voor wat van belang is voor het onderzoek.

Stichting STIL is een solidariteitsorganisatie voor vluchtelingen en migranten zonder verblijfsvergunning. De stichting ondersteund uitgeprocedeerde vluchtelingen, mensen in een tweede asielprocedure of een medische of humanitaire procedure. Sommigen verblijven rechtmatig in Nederland. Al deze mensen hebben geen recht op wit werk, bijstand en verzekeringen. Ze kunnen evenmin terecht in de reguliere opvang. Vaak kunnen ze geen kant op en is Nederland verlaten geen optie. Vluchtelingen en migranten kunnen bij de stichting terecht met vragen over juridische mogelijkheden, medische hulp of opvang. Daarnaast kan de stichting doorverwijzen naar hulpverleners, artsen, advocaten en andere mensen die kunnen bijstaan.

De medewerker vertelde dat stichting STIL voornamelijk draait op subsidies, vrijwilligers en fondsen. Er is een aantal betaalde medewerkers in dienst, deze werken deels ook vrijwillig. Geen van de medewerkers heeft een medische achtergrond of opleiding die passend is bij hun functie. Eenmaal in de week is er een spreekuur voor mensen met medische klachten, hierin heeft de stichting een doorverwijzende functie.

Mensen komen vaak met praktische vragen en de stichting kijkt in hoeverre zij deze mensen hierin kunnen begeleiden. Dit zijn vragen met betrekking tot juridische zaken bijvoorbeeld het regelen van een verblijfsvergunning. Ook vragen over slaapplekken en medische zorg worden gesteld.

Stichting STIL maakt andere instellingen ervan bewust wat mogelijk is binnen het verlenen van zorg voor onverzekerbare patiënten en de vergoeding hiervan. Kort gezegd wordt eerstelijns zorg voor 80% vergoed en tweedelijns zorg voor 90%. Instellingen zijn verplicht om passende en verantwoorde zorg te verlenen. De medewerker geeft aan dat dit een lastig begrip blijft.

Stichting STIL heeft veel informatie verkregen van de organisatie Dokters van de wereld, gevestigd in Amsterdam. Deze hebben duidelijke documenten betreft dit onderwerp.

Daarnaast werken zij samen met stichting LOS Utrecht. Deze organisatie heeft veel verstand van de rechtspositie van onverzekerbare patiënten en de praktische zaken hier om heen.

Stichting LOS

Woensdag 11 april zijn wij met 2 projectleden op gesprek geweest bij Stichting LOS. We hebben hier gesproken met Rian Ederveen. Het doel van het gesprek was een beeld te krijgen van de werkzaamheden van Stichting LOS en in hoeverre zij ons meer duidelijkheid kunnen bieden in ons onderzoek.

Stichting LOS wil voorkomen dat onverzekerbar vreemdelingen in Nederland uitgesloten worden van deelname aan maatschappij. Zij doen dit door ondersteuning te bieden aan hulporganisaties. Zij informeren hen over de rechten van onverzekerbare vreemdelingen en de mogelijkheden daar gebruik van te maken. Bovendien ondersteunt zij hen in het zoeken naar juridische en politieke handelingsperspectieven. (Stichting LOS, 2012)

Stichting LOS ondersteunt dus organisaties die in aanraking komen met onverzekerbare vreemdelingen. Zij hebben geen direct contact met de doelgroep zelf. Als deze met vragen komen, worden deze doorverwezen naar andere organisaties (bijvoorbeeld stichting STIL).

Een keer in de twee maanden is er breed medisch overleg. Hier zijn verschillende organisaties aanwezig. Er wordt geëvalueerd hoe de zorg aan onverzekerbare vreemdelingen verloopt, waar er knelpunten liggen en wat kan hier aan gedaan worden.

Een probleem waar men vaak tegenaan loopt is een tekort aan kennis over regelgeving. Dit zowel aan de kant van de hulpverlener als aan de kant van de zorgvrager. Zorgvragers weten vaak niet waar zij recht op hebben en zorgverleners weten vaak niet hoe of dat ze de gegeven zorg vergoed kunnen krijgen.

In de GGZ speelt de situatie waarin onverzekerbare vreemdelingen verkeren een rol. Onverzekerbare vreemdelingen hebben geen recht hebben op huisvesting, werk en verzekering. Hierdoor hebben zij een onzeker bestaan en geen stabiele omgeving. De vraag die vaak naar boven komt is of je deze mensen goed kan behandelen als zij geen stabiele omgeving hebben. Daarnaast is de vraag of veel van de problematiek die mensen hebben niet ten grondslag ligt aan de omstandigheden waarin zij verkeren. In dit geval ben je bezig met symptoombestrijding.

Onverzekerbare vreemdelingen kunnen op medische gronden een verblijfsvergunning krijgen. Dit is echter alleen het geval als de zorg die zij nodig hebben niet in het land van herkomst geboden kan worden.

Commissie Klazinga heeft een richtlijn uitgebracht voor artsen wat betreft de zorg aan onverzekerbare vreemdelingen. De commissie Klazinga adviseert om het begrip 'passende en verantwoorde zorg' beter te laten aansluiten bij de praktijk en het daarom te definiëren als 'passende en verantwoorde medische zorg'.

Eerstelijns zorg wordt vergoed voor 80% door het CVZ. Deze zorg moet dan wel vallen onder de basisverzekering. De tandarts valt hier bijvoorbeeld niet onder. Tweedelijns zorg wordt voor 95% vergoed door het CVZ. Zorginstellingen die in aanraking komen met onverzekerbare vreemdelingen kunnen hiervoor een contract afsluiten bij het CVZ.

Artsen kunnen patiënten weigeren als deze geen geld hebben. Zo heeft een tandarts het recht om een patiënt niet te behandelen als deze niet kan betalen.

In het gesprek kwamen 2 organisaties naar voren die betrokken zijn bij de hulpverlening aan onverzekerbare vreemdelingen waar wij nog geen weet van hadden. Namelijk:

- *Project Lampion*. Lampion is een samenwerking van landelijke organisaties en bundelt kennis over knelpunten en oplossingen in de (gezondheids)zorg aan illegaal in Nederland verblijvende personen. Dit project is opgezet door Pharos. Pharos is een landelijk kennis- en adviescentrum op het gebied van migranten, vluchtelingen en gezondheid.

- *IMMO*. Dit staat voor: Instituut voor Mensenrechten en Medisch Onderzoek.

College voor Zorgverzekeringen

Op vrijdag 20 april zijn twee projectleden naar het CVZ geweest. Hier is een oriënterend gesprek gevoerd met dhr. Van Amen, dossierhouder van vergoedingen omtrent zorg aan onverzekerbare vreemdelingen.

Zoals dhr. Van Amen uitlegde zorgt het CVZ voor de compensatie aan de zorgverlener die met oninbare kosten zit na het verlenen van zorg. Het CVZ is puur verantwoordelijk voor de financiering van de zorg en regelt zelf niet de zorg.

Het CVZ heeft contracten met verschillende instellingen welke de zorg die zij leveren aan deze doelgroep vergoed krijgen. Wanneer er een overeenkomst is gesloten met de instelling

wordt de hulpvraag in behandeling genomen en ontvangt de instelling een vergoeding voor de geleverde zorg.

Belangrijk punt wat werd genoemd is dat er binnen het CVZ geen namen van patiënten bekend zijn. Nota's komen binnen onder een nummer, de naam van de patiënt is bij de instelling alleen bekend.

Altrecht heeft een contract met het CVZ. Dit wordt regelmatig bijgesteld, de laatste versie dateert uit 2011. In dit contract staan voorwaarden. Altrecht heeft een declaratieformulier waarmee gevraagd kan worden of de geleverde zorg aan de anonieme patiënt vergoed kan worden. Dit alles gaat gedeeltelijk door middel van wederzijds vertrouwen. Het CVZ vertrouwt er namelijk op dat er eerlijk wordt gehandeld en er geen fictieve nota's worden ingestuurd. Controle wordt hierop gehouden door in de gaten te houden in hoeverre de behandeling van een bepaalde patiënt vordert. Doordat een groot aantal gegevens van de patiënt die binnen het CVZ wel bekend zijn met elkaar vergeleken kunnen worden, kunnen nota's aan elkaar gekoppeld worden waardoor toch een compleet beeld ontstaat van de geleverde zorg aan een patiënt. Ook is men alert wanneer er plots een forse verhoging ontstaat in het aantal aanvragen, hierop volgt mogelijk een controle van het CVZ bij de instelling.

Binnen het CVZ zijn er twee verschillende soorten vergoeding van zorg mogelijk. Van de direct toegankelijke zorg, hier valt alle crisiszorg onder, als bijvoorbeeld huisarts wordt 80 % vergoed. Wanneer dan de huisarts het nodig vindt dat de patiënt verdere behandeling krijgt kan deze de patiënt doorsturen. Dit kan echter niet naar iedere instelling. Onverzekerbare vreemdelingen kunnen alleen doorgestuurd worden voor vervolgbehandeling naar instellingen die een contract hebben met het CVZ. Bij andere instellingen wordt de zorg namelijk niet vergoed. Om de instellingen die ervoor kiezen om deze patiënten wel te behandelen, en dus een contract aangaan met het CVZ, tegemoet te komen is ervoor gekozen om de zorg die zij leveren voor 95% van de oninbare kosten te vergoeden.

De 95% dekt alleen de kosten die door de basisverzekering en de AWBZ vergoed zouden worden. De kosten die buiten die verzekering vallen, worden niet gedekt.

Echter is het wel zaak dat de zorgverlener probeert om de kosten eerst op de patiënt te verhalen. Er zijn verschillende mogelijkheden om dit te doen, opgesteld door het CVZ. De zorgverlener moet dan aangeven welke inspanningen zijn geleverd om de patiënt te laten betalen. Ook hierop houdt het CVZ controle, wanneer blijkt dat een bepaalde instellingen

continu maar minimale inspanning levert om de kosten op de patiënt te verhalen zullen er vragen van het CVZ komen.

Dat de zorg niet voor 100% vergoed wordt, is bedoeld als stimulans voor de instelling om toch de nodige inspanning te leveren om de kosten op de patiënt te verhalen. Wanneer een patiënt een rekening van €100,- moet betalen aan de instelling en dit niet kan betalen, krijgt de instelling €95,-. Wanneer de patiënt wel €50,- kan betalen gaat dit van het totaal bedrag af. De instelling krijgt dan uiteindelijk nog 95% van de overige €50,- vergoed. Daarnaast heeft dit ook te maken met het feit dat wel verzekerde inwoners van Nederland moeten betalen voor hun zorg en het dus niet aan hen uit te leggen valt dat mensen die hier eigenlijk niet eens mogen zijn wel alles vergoed krijgen.

Het is aan de instelling om te bepalen welke zorg er geleverd wordt. Het CVZ houdt zich niet bezig met wat wel en niet mag. Dit is een duidelijk standpunt van hun kant en heeft te maken met het feit dat zij geen medici zijn en de discussie rondom verschillende casussen willen voorkomen. Wanneer een instelling zegt: 'Deze zorg moet worden geleverd', dat zal het CVZ dit hoogstwaarschijnlijk vergoeden.

Het CVZ is een overheid instelling en de vergoeding van deze zorg is gekomen doordat de overheid zich ervan bewust is dat mensen die hier eigenlijk niet mogen zijn, toch in ons land verblijven en ook zorg nodig kunnen hebben. De overheid is verplicht deze mensen te helpen. De zorg moet echter wel binnen de AWBZ en zorgverzekeringswet vallen. Wanneer er een behandeling is onderzocht en waarvan is gebleken dat deze resultaat boekt valt die binnen de AWBZ en zal dus ook door het CVZ worden vergoed.

Wel wordt door het CVZ gekeken naar de mate van doorbehandelen maar de uiteindelijke beslissing blijft bij de zorgverlener. Deze beslist, het CVZ heeft wel het recht om hierover vragen te stellen.

Als het gaat om de tolkentelefoon kan het CVZ niet ingeschakeld worden. Deze werd voorheen betaald door subsidie vanuit het ministerie van Justitie en VWS. Dit valt dus buiten het zorgverzekeringspakket.

Het CVZ is dus geen GGZ maar een overheidsinstelling en geeft alleen de vergoedingen voor de geleverde zorg. Wel kunnen ze in bepaalde gevallen een uitzondering maken. Wanneer er aanvragen komen die niet noodzakelijk worden geacht, hierbij kan gedacht worden aan IVF- en genderbehandelingen, beroept het CVZ zich op de algemene maatregel

van het bestuur. Dit betekent dat de overheid beslist om deze behandeling buiten de vergoeding te laten vallen.

Dokters van de Wereld

Dinsdag 10 maart 2012 zijn twee projectleden naar het bezoekadres van Dokters van de Wereld gegaan in Amsterdam voor een gesprek met mevrouw M. van Midde (coördinator migrantenzorg). Het doel van het gesprek was meer te weten te komen over waar de organisatie voor staat, hoe deze te werk gaat en op welke manier deze hulp biedt aan de doelgroep waar het onderzoek op gericht is (onverzekerbare vreemdelingen).

Dokters van de Wereld is het Nederlandse onderdeel binnen de Médecins du Monde (MdM), een hulporganisatie welke gevestigd is in Parijs, Frankrijk. De hulporganisatie werkt internationaal aan strijd voor het recht op medische zorg dat ieder mens nodig heeft, ongeacht ras, geloof of politieke voorkeur. Zij komen specifiek op voor kwetsbare groepen zoals vluchtelingen, prostituees, drugsverslaafden en straatkinderen.

Manieren waarop de organisatie strijd voor betere toegankelijkheid tot zorg voor deze kwetsbare groepen is bijvoorbeeld door publieksacties en debatten. Er wordt getracht naamsbekendheid te krijgen juist onder de mensen die vallen binnen deze kwetsbare (en soms moeilijk bereikbare) groepen. Dit wordt gedaan door bijvoorbeeld bij steunorganisaties (zoals een taalstudie) te gaan zitten en met mensen in contact te komen. Er worden folders in specifieke talen gedrukt en deze worden neergelegd op plekken waar deze mensen ze kunnen vinden. De organisatie probeert op die manier deze groep mensen te laten weten dat er altijd een mogelijkheid is om zorg te krijgen en dat ze bij hen, vrijblijvend, terecht kunnen voor meer informatie hierover. De organisatie fungeert als adviesorgaan aan de doelgroep en als bemiddelaar tussen directe zorgverlening en de zorgbehoevende persoon.

Wat er vaak gebeurd is wanneer deze persoon medische hulp nodig heeft Dokters van de Wereld hen helpt een huisarts bij hen in de buurt te vinden. De huisarts kan naar aanleiding van een consult bepalen welke hulp deze persoon nodig heeft en kan dan doorverwijzen. Wanneer deze persoon onverzekerbaar is zijn er instellingen die via het CVZ een contract hebben lopen om zorg te bieden aan deze persoon (dit wordt dan gedeclareerd bij het CVZ). Wanneer deze zorg binnen het basispakket valt, wordt dit in veel gevallen voor 80%, 95% of soms zelf 100% vergoed door het CVZ. Een grijs vlak hierbij is het gedeelte wat 'de doorsnee Nederlander' ook niet vergoed zou krijgen (buiten het basispakket). Het financiële aspect is hierbij vaak doorslaggevend. De arts moet bepalen of deze zorg onder 'medisch

noodzakelijk' valt. In de praktijk komt het vooral voor bij personen die zorg in de GGZ nodig hebben, dat er tekortkomingen lijken te zijn in de wetgeving hieromtrent.

Bijlage IV Zorgpakket CVZ

Het CVZ vergoedt 95% van de oninbare kosten, gemaakt door gecontracteerde instellingen. Deze 95% geldt voor de zorg die valt binnen de basisverzekering of de AWBZ.

“Het College voor zorgverzekeringen heeft als één van zijn taken om de overheid te adviseren over de inhoud van de wettelijke verzekerde zorg. Daarnaast dient het CVZ als vraagbaak voor zorgverzekeraars en andere partijen in die gevallen waarin het onduidelijk is of bepaalde zorg wel of niet verzekerd is.” (CVZ, 2012)

AWBZ-kompas

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten regelt de vaak langdurige aanspraken op geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging.

- ADL-assistentie
- Begeleiding
- Behandeling
- Doventolkzorg
- Neonatale hielprik
- Persoonlijke verzorging
- Vaccinaties
- Verblijf (AWBZ)
- Verblijf en behandeling
- Verpleegartikelen
- Verpleging (AWBZ)
- Vervoer (AWBZ)
- Voortgezet verblijf
- Persoonsgebonden budget + Vergoeding persoonlijke zorg

Zvw-kompas

De Zorgverzekeringswet regelt op hoofdlijnen de aanspraken op o.a. geneeskundige zorg, mondzorg, geneesmiddelen en hulpmiddelen.

- Dyslexiezorg
- Farmaceutische zorg
- Geneeskundige GGZ
- Huisartsenzorg
- Hulpmiddelenzorg
- Kraamzorg
- Medisch-specialistische zorg

- Mondzorg
- Paramedische zorg
- Verblijf (Zvw)
- Verloskundige zorg
- Vervoer (Zvw)

(CVZ, 2012)

Bijlage V Interview vragen

1. Is er binnen uw instelling een eenduidig beleid m.b.t. de zorg van onverzekerbare patiënten?
2. Hoe verloopt het proces als een onverzekerbare patiënt met lichamelijke klachten bij uw instelling komt?
3. Hoe verloopt het proces als een onverzekerbare patiënt met psychische klachten bij uw instelling komt?
4. Hoe hanteren jullie het beleid binnen uw instelling m.b.t. zorg verlenen aan onverzekerbare patiënten?
5. Kunt u vertellen welke stappen er ondernomen worden van aanmelding tot het verkrijgen van zorg?
6. Geeft het huidige beleid uw instelling genoeg handvatten?
7. Waar loopt u tegenaan bij het volgen van het beleid van uw instelling?

Casus: Er komt een melding bij jullie instelling binnen omdat meneer X overlast veroorzaakt en naar inschatting van omstanders zorg nodig heeft. Meneer X, 26 jaar oud, is achterdochtig, hoort stemmen en heeft buikklachten. Meneer X is vier jaar geleden van Somalië naar Nederland gekomen, heeft geen rechten binnen Nederland en is hierdoor onverzekerd.

8. Hoe verloopt de zorg vanaf dit moment?
9. Als deze man zorg nodig heeft die binnen uw instelling niet geboden wordt, hoe volgt het proces van doorverwijzen (ook financieel gezien)?
10. Weet u hoe dit beleid tot stand is gekomen en waar deze informatie afkomstig van is?
11. Zouden wij jullie beleid mogen inzien?

Bijlage VI Uitwerking Interview Mentrum

Interview Bas van Empel , Mentrum

Onderstaande uitwerking van het interview met dhr. Van Empel is uitgeschreven met behulp van een audio- opname, deze bevat letterlijke citaten.

B) Voorstellen

Mijn naam Bas van Empel en ik ben 6 jaar werkzaam bij het REACT team, dit staat kortweg voor Rehabilitatie voor dak en thuislozen, ben SPV en ben ook voor een aantal uren teamleider. Wat wij doen is eigenlijk drie kerntaken ;

- Zorg voor de intensieve stations, dit is de chronische zorg.
- Toeleidingsfunctie, wij zoeken actief op straat, onder bruggen, in opvanghuizen. Hiervoor doen wij psychiatrisch onderzoek en die verwijzen wij dan verder naar onze eigen teams of ACT/FACT teams. Wij kijken dan naar wat er precies nodig is.
- Derde groep, zogenaamde EBI-burgers. Dit zijn de onverzekerde, legale en niet rechthebbende mensen.

Jullie hebben het over de ongedocumenteerde mensen. Dit zijn de groepen mensen die wij sinds 2 maanden ook toeleiden naar zorg. In een nieuw samenwerkingsproject met verschillende instanties in Amsterdam. Dit doen wij met stichting Ecuator, centrum 45 die gespecialiseerde zorg doet voor traumabehandeling, maatschappelijke opvang maar ook andere medische opvang voorzieningen, eigenlijk is dit één opvangvoorziening namelijk het ASKV waar mensen een jaar kunnen blijven, ze hebben 15 bedden en zitten in Amsterdam. En er zijn ook nog andere organisaties zoals Dokters van de wereld en de kruispost .

Dit is een beetje wat ik doe, wat wij doen. En dan kom ik waarschijnlijk al bij de volgende vraag; wat kunnen wij bieden voor deze groep.

Projectgroep: Nu beetje een inleiding gegeven wat jullie doen, is er binnen jullie organisatie een eenduidig beleid met betrekking tot zorg voor illegalen.

B) Wij zijn net begonnen eigenlijk zoals ik aangaf nu 2 maanden. Of wij een eenduidig beleid hebben, kan ik eigenlijk 2 antwoorden geven ; ja en nee.

Dit is een nieuw project vanuit Arkin, dit is het overkoepelende orgaan. Hierbinnen geldt een eenduidig beleid namelijk het verlenen van medisch noodzakelijke zorg. Hier wordt verschillend mee omgegaan vanuit de verschillende instanties.

Sinds 2 maanden toeleiden, kan spaak lopen bij verschillende organisaties. Dit omdat het niet veel voorkomt en nog moet groeien.

Wat verstaan wordt onder medisch noodzakelijke zorg; het begint bij screening/psychologisch onderzoek. Minimaal laag frequente contacten en medicinaal. Dus als iemand psychotisch is, kunnen wij ze antipsychotica aanbieden. Dat is medisch noodzakelijk, we vinden dat dit nodig is. Tegelijkertijd kunnen wij ook iemand spreken, therapie proberen aan te bieden maar is dat vooral therapie op laagdrempelig niveau; dak – en thuislozen niveau. We kunnen bijvoorbeeld proberen samen met iemand een kamer te regelen, contacten met het thuisland te vinden als dit kan en nodig is. Gespecialiseerde behandeling is op dit moment voor dak – en thuislozen erg moeilijk omdat eigenlijk onderzoek, de poli's en centrum 45 zeggen dat je wel iemand gestructureerd kan behandelen maar dat het wel noodzakelijk is dat iemand op tijd kan komen, een eigen plek heeft en niet de stress van de dag mee dragen. Er zit een echte stress bij deze mensen, niet alleen te wijzen aan de ziekte maar ook de sociale omstandigheden.

Projectgroep: En medicatie die jullie verstrekken, hebben jullie dan ook een apotheek?

B) Ja, er zijn contacten met een apotheek die recepten omruilen voor medicatie. En zij declareren dit dan weer.

Projectgroep: Bij het CVZ?

B) Ja

Projectgroep: Doen jullie dit ook voor deze groep?

B) Ja en er zijn, wat ik begrepen heb een aantal jaar geleden, zo'n 2/3 jaar geleden prijsafspraken gemaakt. Er was toen nog 95% wat vergoed werd waar dit nu naar beneden gebracht is. Er worden elk jaar afspraken gemaakt en elk jaar wordt er iets minder vergoed. Ik denk dat het nu rond de 80% zit.

Projectgroep: Vangen jullie de rest op qua kosten?

B) Ja

Projectgroep: Dus dit is in principe geen probleem voor jullie?

B) Nou het is wel een probleem, want op zich kost het je meer dan je ervoor krijgt. Maar dat is niet mijn probleem. Het is een probleem voor de directie. Met het gebruik van het EPD/ECD moet alles precies inzichtelijk zijn. Aan het eind van de rit kunnen wij met een druk op de knop kijken van zoveel ton zijn we als team hieraan kwijt. Dan is het aan hen om dan te bekijken wat gaan we hiermee doen.

Projectgroep: Kan de gemeente hier wat mee?

B) De gemeente zegt eigenlijk dat er geen geld is. Die zijn bang voor een aanzuigende werking. Dus die willen hier zo min mogelijk mee te maken hebben maar het effect wat zij ervan ondervinden is positief, want zo daalt bijvoorbeeld de overlast. Dus hier zijn zij gebaat bij. Ik kan me voorstellen dat zij hier wel een potje voor hebben. Er is daar overleg over, daar zit ik gelukkig zelf niet bij.

Projectgroep) Een vraag rondom de lichamelijke klachten voor de verzekering rondom deze onverzekerbare/ongedocumenteerde patiënten: Hoe verloopt het proces? Wanneer iemand bij jullie komt met bijvoorbeeld een gebroken been of iets aan de ogen, hoe gaat dit dan?

B) Voor zover ik weet hebben ziekenhuizen ook de plicht om mensen te behandelen en zeker voor dit soort spoedgevallen sturen wij ze naar de SEH toe. En we maken eigenlijk dan nooit mee dat deze mensen dan op straat worden gezet. De ziekenhuizen mogen eigenlijk geen patiënten weigeren. Voor minder acute gevallen heb je de kruisposten en bij de andere inloophuizen. Hier is de kruispost de grootste. Die doen onderzoeken en verstrekken recepten. Zij vragen wel een eigen bijdrage van 5 euro. Indien je dit niet hebt, is het ook goed. Dat is niet veel en bij zo'n verhaal zijn wij ook bereid om vanuit onze stichting deze mensen 5 euro mee te geven. Onze medische dienst zouden ook mensen kunnen onderzoeken. De kruispost is eigenlijk dé huisartsenpost voor deze ongedocumenteerde mensen.

Projectgroep: Hoe verloopt het proces als een ongedocumenteerde die psychische klachten heeft bij jullie instelling komt? Stel hij/zij wordt aangemeld via een huisarts of een andere

instantie?

B) Nou, met dit nieuwe samenwerkingsverband willen wij eigenlijk dat alle mensen bij ons komen. Waarom? Omdat we dan allemaal van elkaar weten hoeveel het er nou zijn. Dat er geen dubbele mensen en geen verkeerde lijsten ontstaan. Zo proberen we eigenlijk al deze mensen naar ons toe te trekken maar dan hebben we het vooral over de dak en thuislozen. Kortom, ik kan geen eenduidig antwoord geven op jouw vraag want er zijn meerdere instroomcriteria bij Arkin. Dit kan ook niet anders want er zijn 9 verschillende merken. Dus hoeveel mensen er nu onder behandeling zijn bij de poli, durf ik niet te zeggen.

Projectgroep: Gaat de aanmelding dan verder via een ACT-team of is dit verschillend qua functie of hoe kunnen wij hiervan een beeld vormen?

B) Ja, er zijn verschillende functies zoals de forensische poli hier. Er zouden daar best een aantal ongedocumenteerden tussen zitten die vanuit de gevangenis worden gedwongen om ambulant juridisch contact te hebben. Bij de ACT is het net als bij Mentrum psychiatrie en verslaving. En er zullen soms ook wel mensen zitten die curatieve, kortdurende zorg nodig hebben. Bij verslaving kom je dan uit bij de Jellinek. Hoeveel dit er zijn, weet ik niet. Dit wordt slecht bijgehouden.

Projectgroep) En Arkin is hierin het overkoepelende orgaan?

B) Ja, dat is Arkin.

Projectgroep) Want dan zou je denken dat Arkin een beleid zou hebben voor deze verschillende 9 merken?

B) Ja, ze leveren allen medisch noodzakelijke zorg maar in hoeverre hier nou precies toezicht op is of wordt nageleefd, kan ik niet zeggen. Zorg wordt soms ook anders geïnterpreteerd, je moet roeien met de riemen die je hebt. Het gaat niet goed, het gaat niet slecht, het gebeurt zo. Iedereen heeft toch zo'n beetje zijn eigen landje, iedereen gaat daar zijn eigen voordeur voor creëren en zo zijn eigen aanmeldcriteria. Toezicht hierop is moeilijk omdat het ondoorzichtig is. Vandaar dat deze pilot heeft gezegd; laat nou alle dak- en thuislozen die bekend zijn of nog niet, gescreend of niet gescreend. Laat deze allemaal bij Mentrum aanmelden en dan gaan wij ze tellen en dan zien we over een jaar wel van 'oh dit is het nou'. Dan weten we ook meer. Dus dat proberen we, of er nu een eenduidig aanmeldbeleid is? Nee, dat niet want we hebben een eigen aanmeldproces. Er is ook een

aanmeld- en adviescentrum, daar komen ook heel veel mensen. Die krijgen wel 40 aanmeldingen per dag. Daar krijgen we ook regelmatig aanmeldingen van, daar komen heel veel huisartsen bijvoorbeeld. Die huisartsen weten ons weer goed te vinden en wij weten de inloophuizen van het Leger des Heils weer te vinden. Dus daar krijgen wij weer veel mee te maken en het maakt ook niet uit waar ze vandaan komen als ze maar binnen komen bij Mentrum.

Projectgroep) En dan heeft u het specifiek over deze doelgroep of over iedereen?

B) Nou, eigenlijk voor iedereen. Als mensen nu zelf een kamer hebben geregeld en dus onderdak hebben dan kan dat natuurlijk. Dan kunnen zij als zelfstandig genoeg beschouwd worden om naar de poli te gaan en hier wekelijks te komen. Dus dat soort mensen zullen eigenlijk niet bij ons in beeld komen. Gelukkig, liever dit dan op dak – en thuislozenniveau.

Projectgroep) Ongedocumenteerden zijn grotendeels de mensen die wel op straat leven, die dus dak- en thuisloos zijn. Je hebt natuurlijk wel huizen waar zij terecht kunnen, maar die zijn ook schaars. Dus dan vallen zij wel onder deze doelgroep grotendeels toch?

B) Nou, ik zou je zeggen dat we ze niet in grote getallen tegenkomen. Misschien nu wel door deze pilot want nu gaan de mensen ons leren kennen en de instanties leren ons. Dokters van de wereld is zo iets, die proberen mensen ook naar ons toe te leiden. Dus we moeten steeds groter gaan worden. Vooraf wisten we niet of we het nu over 300/400 zouden hebben, wisten we ook niet hoeveel er in zorg waren. We weten hopelijk straks meer.

Projectgroep) Wanneer zal deze planning afgerond zijn?

B) Die is denk ik nooit afgerond.

Projectgroep) Wanneer zou je dan ongeveer een inschatting kunnen maken?

B) Ik zou vandaag al een inschatting kunnen maken. We hebben nu pas 13 mensen gescreend, dat is niet zoveel. Maar we evalueren periodiek, zo hebben we over 3 weken evaluatie. En dan gaan we met de eerste cijfers komen. En er zijn al mensen in zorg. We hebben van tevoren al gekeken of deze mensen uit de databases gehaald kunnen worden, maar er zijn er veel meer. Het is moeilijk te zeggen hoeveel patiënten er nu precies zijn aangemeld.

Projectgroep) U geeft eigenlijk al aan dat het huidige beleid dat elke aftakking van Arkin zijn eigen invulling geeft.

B) Ik kan me voorstellen dat veel collega's ten onrechte denken dat deze mensen alleen maar geld kosten omdat zij niet verzekerd zijn. Dit is natuurlijk iets dat je moet weten. Naar mijn idee worden hierdoor deze mensen niet naar zorg toegelaten. Er berust een stigma, namelijk dat er gedacht wordt dat deze doelgroep geen geld kan opleveren. Dit is niet zo. Er is een probleem op het gebied van behandeling, de screening verloopt goed. Veel mensen die wij hebben gescreend zijn weleens eerder gescreend, hebben allemaal psychologisch en psychiatrisch onderzoek gehad. Deze hebben ook een diagnose met de DSM gekregen, dat is allemaal klaar. Alleen de behandeling is een probleem, daar worden de patiënten op afgehouden.

Projectgroep) Dat is inderdaad een punt die wij terug zien in ons onderzoek. Over de behandeling, u geeft aan dat deze bestaat uit gesprekken met een psychiater of een SPV-er en medicatie?

B) Ja, maar wij geven bijvoorbeeld ook psycho- educatie. En behandeling op het trauma.

Projectgroep) Doen jullie ook EMDR trainingen?

B) Dat doen wij niet omdat wij echt op het dak – en thuislozen niveau zitten. Dan ga je niet met dat probleem beginnen als iemand geen onderdak heeft. Dus je begint bij het probleem van alledag. Wat we natuurlijk wel doen, mocht het zo acuut zijn, dat we iemand opnemen. Dan kunnen we iemand ook gemakkelijker toeleiden naar alles dat mogelijk is. Met centrum 45 en Equator hebben we afgesproken dat wanneer iemand een kamer onderhuurt / onderdak heeft en redelijk stabiel is, deze naar hen toe geleid word en daar behandeld word. Zo hebben wij ook iets aan hun, het zou anders alleen bij ons liggen. We proberen aan het ASKV te vragen dat wanneer zo iemand bij jullie verblijft, deze zo snel mogelijk in te laten stromen en te screenen bij ons. Als er dan een beetje behandeling uit kan komen dan zit iemand nog een jaar daar en dan kunnen wij ook een jaar lang behandelen. Dit kunnen wij doen nu wij zo gezamenlijk werken en gemakkelijker oppakken. Zoals nu hebben we een aantal mensen gesproken en die zitten bij een aantal tegen ontslag aan. Dan kunnen wij psychiatrisch niet meer zoveel doen behalve recepten verstrekken maar dat kan een huisarts ook doen.

Projectgroep) Wij zijn onder andere ook bij dokters van de wereld geweest en zij gaven aan

dat patiënten die psychiatrische problemen en ongedocumenteerd zijn grotendeels worden door gestuurd naar de huisarts en organisaties die meer gespecialiseerd zijn voor deze problematiek. Verwijzen zij ook door naar jullie?

B) Ja, de eerste patiënt hier was van hun. Onlangs hadden wij twee maanden geleden iemand van hun door gekregen. Die hebben wij twee maanden geleden volledig psychiatrisch onderzocht. Dokters van de wereld waren radeloos en de patiënt was radeloos want die wilt graag hulp. Door konden we ook niet zoveel doen, behalve het onderzoek doen. Zijn verhaal was erg traumatiserend, we hebben geprobeerd het gesprek te stroomlijnen. De huisvesting is erg belangrijk zoals het ASKV en het steunpunt. Deze zijn de coördinatie hier binnen. Zij proberen de mensen te ondersteunen en te kijken welke eerst prioriteit krijgen. Zij maken ook een wachtlijst en om de week zien wij drie mensen bij hun. De coördinatie ligt bij hun, dat is wel makkelijk want hun gaan over de huisvesting en de rest van de praktische zaken.

Projectgroep) Een vraag over het financiële aspect. Jullie zijn verzekerd bij CVZ, kijken jullie daar bij voorbaat naar de eisen wat wel en niet kan? Houden jullie hier rekening mee of jullie gaan eerst zorg leveren en kijken daarna wel hoe het vergoed word?

B) Het tweede. Anders word het lastig behandelen als je continu die andere pet op hebt. We leveren medisch noodzakelijke zorg dus dan kijken we met een zorg bril. We horen daarna wel of het goed is of het te duur is. Als mijn baas zegt 'het kan niet' dan kan het niet, maar dat is tot op heden nog niet het geval. Nogmaals het mooie van het EPD is dat bijvoorbeeld het gebruik van de tolken daar uit blijkt. De tolken is een noodzakelijk iets want zonder word heel lastig.

Projectgroep) Wij zijn ook bij stichting STIL geweest en die gaven aan dat ze medisch noodzakelijke zorg zien als zorg over het algemeen die nodig is. Dus als er een psychiatrische patiënt komt met een klacht zien zij dit als medisch noodzakelijk. Terwijl andere instanties zoiets hebben van 'dan moet het wel heel heftig zijn, mocht dit hieronder vallen'. Met welke stelling bent u het eens?

B) Ik denk dat de waarheid in het midden ligt. Je kan het niet met beiden mee eens zijn. Medisch noodzakelijke zorg die moet je altijd leveren maar waar begint het of stopt het? Dat staat niet in boeken dus moet je met elkaar, in je team of organisatie, afspreken hoe je het vaststelt. Wat je ziet en wat gebeurt is dat het zo strikt gebeurt dat er mensen buiten de boot vallen.

Projectgroep) Waar begint die zorg voor jullie als je het hebt over medisch noodzakelijke zorg?

B) Die kan wat mij betreft overal beginnen. Als de patiënt vragen heeft of de buurman/politie/justitie/ GGD, iedereen kan bij ons aanmelden en wij zijn altijd bereid omdat te bekijken. Het moet wel ergens toe leiden en de behandeling moet wel een kans van slagen hebben.

Projectgroep) Dus met dat in het voor uitzicht...

B) Ja, dan vind ik het prima. Dat valt ook voor ons onder de noemen als toeleidingsteam en daarom begin ik daarmee. Als ons advies is iemand heeft alleen medicatie nodig, kom dit dan niet bij ons team halen maar ga dan naar de huisarts. Dat kan dan ook.

Projectgroep) Over de vergoeding. U geeft aan dat een deel wordt vergoed door het CVZ en een deel dat jullie zelf doen. Hoe werkt dit bij de directie? Jullie werken en jullie horen vanzelf van dit en dat kunnen we leveren?

B) De directie weet dat beter als ik maar die kijken periodiek naar de cijfers; wat komt erin en wat gaat eruit? Bij deze doelgroep komt meer op onze kostenplaats dus we zullen straks verschuivingen zien in onze balans en of we dan verlies draaien. Dat is in principe voor zo'n directie niet erg want tegelijkertijd zullen we ook ergens winst maken. Het kan niet erg zijn, in tegendeel; ik zou met liefde verlies draaien om deze doelgroep te helpen, als we maar aan het eind van het jaar kunnen zeggen dat we het kunnen doen omdat we het doen uit liefde voor deze doelgroep. Dit is mijn werk, dat is wat ik wil doen; goed werk leveren.

Projectgroep) Je visie eigenlijk?

B) Ja als dat behoort tot je visie, is het geen probleem.

Projectgroep) En dat zegt de directie dan ook?

B) Ja en onze directie zit ook in deze pilot met de samenwerking.

Projectgroep) Wij hebben een casus opgesteld namelijk, Er komt een melding bij jullie instelling binnen omdat meneer X overlast veroorzaakt en naar inschatting van omstanders zorg nodig heeft. Meneer X, 26 jaar is achterdochtig, hoort stemmen en heeft buikklachten. Meneer X is vier jaar geleden van Somalië naar Nederland gekomen en heeft geen rechten binnen Nederland en is hierdoor onverzekerd. Hoe verloopt de zorg vanaf dit moment?

B) Proces ligt in Amsterdam vast dat afhankelijk van of het binnen of buiten kantoor tijden gebeurt deze door de GGD worden gezien. Waarschijnlijk zou de politie zo iemand mee nemen want hij veroorzaakt overlast en valt dus op. Die nemen ze mee en bellen de GGD omdat hij bijvoorbeeld uitspraken doet vanuit achterdocht. De GGD doet de eerste triage en mochten zij psychiatrie zoals in dit geval ruilen, zullen zij hem aanmelden bij de crisisdienst van Mentrum. Hier zit een acuut behandel team, dit geldt voor binnen kantoor uren. Daarbuiten verloopt het via de crisisdienst. Die zullen zo'n man zien en spreken en op basis daarvan psychiatrisch onderzoek doen en doorverwijzen. Dan komt zo'n man hopelijk de volgende dag bij ons of op de fax met 'dak – en thuisloos, lijkt schizofreen, is paranoïde, psychotisch, achterdocht, heeft medicatie nodig'.

Projectgroep) Hoe is dit beleid bij jullie tot stand gekomen, liepen jullie ergens tegenaan? Of liep de directie ergens tegen aan waarbij gedacht werd 'we moeten deze groep ook zorg bieden'?

B) Ik denk dat de hele stad hier tegenaan loopt. Instanties kampen hiermee en iedereen verwijst naar elkaar dan krijg je steeds mensen terug. Niemand weet het precies en er is dus een hoop onduidelijkheid. Dus met deze onduidelijkheid dat we allemaal in dezelfde vijver vissen en niemand die weet hoe het moet, zijn we gaan samen werken. Ook voor Mentrum en Arkin is het prettig dat als we dit probleem willen en kunnen oplossen dit een hele mooie promo is. Een promo naar de stad toe of naar wie dan ook. Het is natuurlijk ook van eigen belang en we hopen dat als we dit goed doen een andere leuke klus zullen krijgen. Het gaat indirect toch ook om geld en macht. Maar voor mijzelf vind ik het buiten gewoon fijn dat we eindelijk zicht krijgen op een doelgroep die heel lastig in zorg te krijgen is. Deze zorg gunnen wij ze allemaal. Ik vind dat heel veel mensen de zorg wel gunnen maar ze het niet altijd geven. Dat irriteert mij en ik begrijp de machteloosheid van die mensen ook. Dus we hopen dat het op deze manier stukken beter zal gaan. Het is lastig om te zeggen dat vanaf nu het probleem opgelost is. Zo simpel werk het natuurlijk niet en het blijven uitzichtloze gevallen. De zorg is over het algemeen of het nou om een schizofrenie of PTSS gaat dat het ergens toe moet leiden. Dat maakt het lastig omdat het uitzicht voor deze mensen weg is, de sociale situatie is verbitterd en dat maakt het moeilijk.

Projectgroep) Door een screening kom je ook achter het verhaal van zo iemand, hebben jullie dan ook de mogelijkheid dit aan te kaarten zodat zo iemand opnieuw een procedure krijgt of is dat eigenlijk al uitgesloten?

B) Dat is niet uitgesloten, sterker nog dat word natuurlijk ook vaak gedaan. Dat is zo lastig van deze screening omdat je tijdens zo'n gesprek proeft dat mensen ook heel veel ziekte winst proberen te halen. Als ze een diagnose krijgen, kunnen zij op deze gronden blijven. Er zit ook zeker simulatie tussen. Aan de andere kant is dat ook niet het geval en zijn mensen ziek dan zijn wij niet te beroerd het opnieuw op te starten. Als de patiënt daarmee akkoord gaat en dat zijn ze bijna allemaal dan doen wij dat. Je moet je wel af vragen of je je als team daarvoor wilt lenen want sommigen moeten eindeloos wachten. Wij zijn geen team die op verblijfsprocedures zitten. Er kunnen eindeloze vertraging zijn, dus dit is iets waar wij nu pas achter komen. Wij zijn primair voor de psychiatrie en we kunnen ze daardoor geen hoop geven. Dat is het lastige want als je kijkt naar de noemer voeren wij wel medisch noodzakelijke zorg uit. Dus wij gaan ver als het nodig is, hoeven wij niet ver te gaan maar is de situatie ontzettend lastig dan kunnen we niet meer doen.

Projectgroep) Dat is denk ik ook meer een taak van een maatschappelijk dienst verlener?

B) Ja en daarom ligt de regie bij het ASKV. Daar kunnen ze wonen en is er maatschappelijk werk. Die kunnen natuurlijk ook niet zoveel meer dan dat maar die kunnen wel kijken naar de financiën.

Projectgroep) Je gaf aan dat jullie nu 13 mensen hebben gezien, heb je een voorbeeld van een casus?

B) We hebben een man meegemaakt met een heel schrijnend verhaal. Maar die veel achterdocht liet zien ook. Wij dachten dat dit ging om een psychotische man want die was zo paranoïde. Met gevolg dat we deze man lieten opnemen, de man ging akkoord met een vrijwillige opname. Na een week kwamen we erachter dat het pure simulatie was. Dus dat kan ook dus we zijn nog steeds aan het kijken hoe zoiets kon. Er zijn ook casussen zoals de meesten met mensen met PTSS klachten. Die kan je natuurlijk goed uitvragen, daar zijn ook vragenlijsten voor. En dat zijn degene die wij ook aanmelden bij de poli. Daarnaast hebben de meeste ook psychosociale, as 4 problemen. Die geven wij het advies dat als er geen psychiatrische diagnose is dat wij niks meer kunnen bieden. Dat is natuurlijk heel hard omdat de mensen dan niet geholpen zijn.

Een moeilijk doelgroep om mee om te gaan. Ik ben benieuwd hoe het gehele plaatje over 1,2 jaar eruit ziet als het helemaal loopt.

Bijlage VII Uitwerking interview gemeente Utrecht

Op 12 april 2012 zijn twee projectleden in gesprek gegaan met N. Oepkes, beleidsadviseur voor het vreemdelingenbeleid Utrecht. Het doel van het gesprek was duidelijk krijgen wat de rol van de gemeente Utrecht is wat betreft de zorgverlening aan onverzekerbare vreemdelingen.

Mw. Oepkes werkt voornamelijk met uitgeprocedeerde vreemdelingen en Europeanen die geen recht hebben op zorg. Gemeente Utrecht heeft als standpunt waarmogelijk zorg bieden aan illegalen gebaseerd op de zorgplicht als gemeenten, openbare orde en veiligheid. Zij proberen in sommige gevallen te rekken in beleid. Tegenwoordig zijn er ook procedures die lopen via Fischer advocaten, die beroep doen op de WMO. In meerdere gevallen worden deze toe gekend. In een aantal uitspraken in zaken rondom deze doelgroep, wordt ook beschreven dat de taak van de gemeente is om deze mensen in ieder geval onderdak te geven. Soms struinen de uitspraken van rechters in tegen de protocollen die vastgesteld zijn in het rijksoverheid beleid. De rechter richt zich dan op de internationale verdragen omtrent deze kwetsbare personen. Sommige punten worden dan door een voorzieningen rechter geformuleerd of door een meervoudige kamer (hierin komen verschillende rechtsgebieden bij elkaar) en nu ook bij de centrale raad van beroep. Hierin worden dan gemeentes aangezet tot het verlenen van zorg aan deze groep mensen.

Dit alles is nu ondergebracht onder de wet maatschappelijke ondersteuning en die valt onder uitvoering van de gemeenten. De gemeente kan echter geen invloed uit oefenen waar de zorg gegeven wordt. De gemeente kan alleen praten met instellingen om iemand de nodige zorg te verlenen.

In de praktijk bied de gemeente noodopvang in Utrecht. Dit houdt in dat kwetsbare mensen een dak, bed en leef geld gegeven worden.

Er zijn een aantal instellingen in de gemeente Utrecht die gesubsidieerd worden door de gemeente om zorg te verlenen aan onverzekerbare vreemdelingen. Hieronder vallen onder andere de instellingen: stichting STIL, stichting LOS, ex ama steunpunt, stichting noodopvang dakloze en Barka. Het Diakonessen ziekenhuis staat aangewezen om zorg te verlenen aan deze doelgroep, zij krijgen deze zorg vergoed via het CVZ. Mocht er specialistische zorg verleend moeten worden, dan wordt de patiënt doorverwezen.

Mw. Oepkes wil de openbare samenleving beschermen tegen mensen die ptss hebben opgelopen door oorlogstrauma's en voorkomen dat men aangeleerd gedrag in die periode

gaan uiten. Zij pleit er daarom ook voor om deze mensen zolang mogelijk stabiel te houden. Citaat: 'Wat riskeer je als je deze mensen in een survival modes gaat brengen?'. 'Ik vind dat daar een risico in zit'. Mw. Oepkes geeft aan dat zij proberen deze groep mensen op te vangen in samenwerking met bv stichting MO in Amsterdam. Zij hebben een aantal plekken voor Utrechtse psychiatrische patiënten. De gemeente moet zich beperken tot mensen die uit de gemeente utrecht komen. Tenzij er een extreem geval voordoet bv:

Een jong meisje was uit een azc gezet ergens in Nederland, vervolgens was zij opgepikt door een man en een weekend lang het slachtoffer geworden van groepsverkrachtingen. Op zo'n moment is het niet meer relevant uit welke gemeente zo iemand komt, dan zorgt gemeente Utrecht gewoon voor passende zorg. Zo ook een Congolese mevrouw die onwel was geworden op Centraal Station Utrecht. Zij werd overgebracht naar het UMC. De gemeente werd hiervan op de hoogte gesteld omdat mw. allemaal neurologische klachten had. Gemeente Utrecht besluit in zo'n geval de zorg te gaan verlenen. (Mw. heeft inmiddels een verblijfsvergunning op grond van marteling in geboorteland).

In zo'n geval word de gemeente gebeld door het UMC, zij leggen dan de casus voor. Zij geven dan aan de situatie zorgwekkend te vinden en meer onderzoek te willen doen. Alleen worden zij daarin belemmert omdat mw. bv illegaal is, dan vragen zij wat kan er en wat kan niet. De gemeente Utrecht bekijkt dan de casus en zet vervolgens verschillende instellingen in om zorg te bieden. In dit geval vluchtelingen werk. Deze instellingen worden dan gevraagd om naar het UMC te gaan om te kijken welke zorg er nodig is.

Het Diakonessenhuis staat aangewezen om zorg te verlenen aan deze doelgroep, zij krijgen deze zorg vergoed via het CVZ. Soms kunnen er ook uitzonderingen gemaakt worden zoals in het boven staande verhaal. Dan wordt de patiënt door gecontracteerd. De patiënt wordt dan door verwezen naar een ander ziekenhuis als er gedacht wordt dat er in dat ziekenhuis meer gespecialiseerde zorg geleverd kan worden aan de patiënt. De kosten worden dan via het Diakonessenhuis vergoed. Het Diakonessenhuis is een diagnosticerend en coördinerend ziekenhuis in zo'n geval en kunnen dus door verwijzen.

Ook bij lichamelijke zorg kan de gemeente invloed uitoefenen op behandeling. Casus: een meneer die geopereerd was aan zijn ogen, kwam na de operatie op straat terecht terwijl dhr. nazorg nodig had en het advies had gekregen niet te bukken en te tillen voor 6 weken. In dit geval werd dan het Leger des Heils ingeschakeld die meerzorg bedden heeft. De gemeente gaat dan af op de professionaliteit van de verpleegkundigen daar. Als zij zeggen deze man heeft bepaalde nazorg nodig, dan wordt dat geboden, zo niet dan niet.

Kortom, de gemeente krijgt een casus binnen, stelt een netwerk van zorginstaties en zorgverleners op rondom de patiënt en dan houdt de taak van de gemeente op. In sommige zaken adviseert de gemeente als het gaat om een medische noodsituatie. In zo'n geval moet de IND een verblijfstitel afgeven. Met een verblijfstitel of wanneer iemand opgevangen wordt in rijksopvang dan is iemand ook verzekert.

Gemeenten die net zo te werk gaan zijn de gemeente: Groningen, Rotterdam en Eindhoven.

Het CVZ: de eerstelijnszorg wordt vergoed (dat onder het basispakket valt) tweedelijnszorg word alles vergoed wanneer de instelling een contract heeft met het CVZ. Onder medisch noodzakelijke zorg valt zorg waar iemand behoefte aan heeft. Dus ook de nazorg bij bv een grote wond. Mw. N. Oepkes geeft een voorbeeld van iemand die volgens het CIZ recht had op enkele uren thuiszorg in de week, helaas was de patiënt een dakloze illegaal. Dit komt omdat zij niet mogen kijken naar de verblijfstitel van iemand, zij moeten een losse indicatiestelling doen. De gemeente kijkt in zo'n geval op welke manier de patiënt zijn geïndiceerde zorg alsnog kan ontvangen.

In sommige van deze gevallen gaat de gemeente in onderhandeling met de IND. Casus: een man die een indicatiestelling heeft voor een verpleeginstelling tot 2026 omdat dhr. leidt aan vasculaire dementie. Het is heel lastig om zo'n patiënt opgenomen te krijgen bij een verpleeginstelling. Verpleeginstellingen lijken het toch eng te vinden om een onverzekerde illegaal op te nemen. Dit komt vaak omdat zij te weinig informatie is. In deze casus zou de CVZ de zorg verzekeren en zelfs de eigen bijdragen van de man op zijn rekening willen nemen. Maar zelfs dan wilt de verpleeginstelling de man niet opnemen, want dhr. zou niet in staat zijn deel te nemen aan groepsactiviteiten en het wassen van dhr.. Zijn spullen kost ook weer 40 euro. Kortom de instelling is huiverig om deze man op te nemen en zoekt naar redenen om de man niet te hoeven opnemen.

Argumenten van een verpleeginstelling:

- Van de gemeente mogen wij deze illegale daklozen niet opvangen. (gemeente geeft aan dit juist te willen)
- Het CVZ gaat niet betalen. (GGD laat het CVZ een document opstellen waarin staat dat zij de kosten rondom de zorg zullen dekken)
- De eigen bijdragen kan niet worden betaald. (CVZ geeft aan ook die te betalen)
- Als dhr. deodorant of andere lichaamsverzorgingsproducten moet kopen dan kan dit niet want dhr. heeft geen geld en wij willen hier niet voor opdraaien. (gemeente zorgt dat er een potje wordt gemaakt waarvan dhr. deze producten kan halen)

- De behandeling die wij geven bestaat ook uit groepsgesprekken. Maar dhr. Is doof en dus niet geschikt om in onze instelling te blijven.
- De gemeente legt zich erbij neer dat deze instelling voor desbetreffende patiënt niet geschikt is. En kijkt verder naar een opvang specifiek voor dove patiënten

Het vreemde van deze casus is dat dhr. doof is en dat bij hem een taalanalyse die mondeling is afgenomen, op basis van deze taal analyse is de asiel aanvraag van dhr. afgewezen. Dit terwijl een doven arts later aangaf dat een taalanalyse bijna onmogelijk is bij iemand die doof is. Ook al is dit op latere leeftijd ontstaan, dit heeft te veel invloed op de spraak. Deze taalanalyse wordt uitgevoerd om te kijken of de asielzoeker uit de streek komt, waar hij zegt vandaan te komen.

Bij de gemeente komen vooral de mensen die toegang vragen tot de regulieren opvang in Utrecht. Met een multidisciplinair team van verpleegkundige een arts en de gemeente, wordt gekeken naar het eventuele risico voor de patiënt wanneer die op straat zou verblijven.

De gemeente houdt zich vast aan bepaalde verdragen. Bijvoorbeeld het verdrag van het kind, rechten van de mens etc.. Ook wanneer het rijk zich hier niet over buigt, dan zal de gemeente bekijken wat zij kan doen.

Het rijk wil de 'pardon regeling' wel doen, maar dan moeten de gemeentes ophouden om opvang te bieden. De gemeenten reageerden hierop dat zij dit alleen maar kunnen doen wanneer het rijk voor een sluitende oplossing gaan zorgen zodat mensen niet op straat belanden. Het rijk wilde dit wel gaan doen, maar zij komen dit niet na. De gemeenten nemen alleen mensen op in de opvang als deze persoon een goede reden heeft om daar te blijven. Bijna alle mensen die momenteel zijn opgevangen hebben medische zorg nodig.

De gemeente koopt een aantal bedden in bij de instellingen die zij subsidiëren. Dit betekent dat de gemeente kan zeggen: 'Leg die meneer op 1 van onze bedden'. De gemeente geeft aan dat dit eigenlijk een soort noodoplossing is.

De gemeente heeft op dit moment nog geen last van bezuinigingen. Mw. Oepkes denkt dat het huidige beleid er door heen gekomen is door dhr. Spekman. De VVD en de CDA stemden door dhr. Spekman voor de noodopvang. De laatste regeling (voor hele kwetsbare en illegale mensen) die willen wij opvangen. Het VVD stemde hier voor niet in en de CDA gaf aan dat zij hierin hadden mee kunnen stemmen als de gemeente in het beleid een onderscheid had gemaakt in de Europeanen en de illegalen.

De vier grote gemeenten komen vaak bij elkaar om te spreken over knelpunten, deze signaleren, bespreken wat voor overleg er is met de VNG, met het ministerie en soms besluiten dat het nodig is om namens de 4 grote gemeente een brief te sturen naar het rijk om iets voor elkaar te krijgen. Het overleg is voornamelijk ambtelijk. Het overleg gaat over wat men tegenkomt in hun stad, de casuïstiek, de hoeveelheid van de gevallen. Een keer in de twee maanden komt men bijeen om een middag te praten over het vreemdelingenbeleid.

Cliënten die in Rotterdam niet geholpen kunnen worden omdat de zorgverlening hiertoe niet reikend is, kan niet worden doorgestuurd naar Utrecht. Wel kunnen de vier gemeenten elkaar adviseren en ondersteunen. Dit is beleidsmatig vastgelegd.

In vergelijking met enkele jaren terug is het beleidsmatig werken aan het afharderen. Het management zet hulpverleners onder druk om geen illegalen meet te behandelen. Dit is vaak omdat men angst (voor vervolging) heeft voor deze doelgroep, maar voornamelijk omdat de zorg meer op geld gericht is.

De GGD heeft een bindingscommissie, die kijkt naar alle aanmeldingen binnen het dakloze circuit.