



Inspectie Justitie en Veiligheid  
*Ministerie van Justitie en Veiligheid*

# Informatieoverdracht in de asielketen

*Over de aanpak en uitwerking van  
verbetermaatregelen*

# Inhoudsopgave

	<b>Voorwoord</b>	<b>4</b>
	<b>Leeswijzer</b>	<b>5</b>
	<b>Samenvatting conclusies aanbevelingen</b>	<b>6</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>14</b>
1.1	Aanleiding	14
1.2	Doelstelling en onderzoeksvragen	14
1.3	Afbakening	15
1.4	Aanpak	16
1.4.1	Wederhoor	17
1.5	Toetsingskaders	17
<b>2</b>	<b>Verbetermaatregelen informatiedeling</b>	<b>18</b>
2.1	Verbetermaatregelen	18
2.1.1	Voorgenomen verbetermaatregelen	18
2.1.2	Monitoring verbetermaatregelen	19
2.1.3	Introductie SIGMA	19
2.1.4	Ketenbewustzijn	20
2.2	Verbetermaatregelen in de praktijk	20
2.2.1	Informatiedeling in het asielproces	20
2.2.2	Het gebruik van Sigma in het asielproces	22
2.2.3	Sigma geanalyseerd	24
2.2.4	Ketenbewustzijn	27
2.3	Conclusies informatiedeling	30
2.4	Aanbevelingen	31
<b>3</b>	<b>Verbetermaatregelen vastleggen en delen gezondheidsinformatie</b>	<b>32</b>
3.1	Verbetermaatregelen	33
3.2	Verbetermaatregelen in de praktijk	34
3.2.1	Medische dossiervoering	34
3.2.2	Toepassing handreiking en toestemmingsformulier	36
3.2.3	Informatiedeling tussen zorgprofessionals	38
3.2.4	Informatiedeling tussen zorgprofessionals en niet- zorgprofessionals	39
3.3	Conclusies gezondheidsinformatie	40

3.4	Aanbevelingen	43
	<b>Bijlagen</b>	
<b>I</b>	<b>Ketenpartners en hun informatiesystemen</b>	<b>44</b>
<b>II</b>	<b>Overzicht respondenten</b>	<b>47</b>
<b>III</b>	<b>Afkortingen</b>	<b>49</b>



# Voorwoord

In 2013 en 2017 deden de Inspectie Justitie en Veiligheid (Inspectie JenV) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) onderzoek naar twee ernstige incidenten binnen de migratieketen. Uit beide onderzoeken kwam naar voren dat de informatieoverdracht tekort was geschoten, zowel gedurende het verblijf in accommodaties in afwachting van besluitvorming over de asielaanvraag, als tijdens de vertrekprocedure.

In reactie op deze uitkomst zegde de toenmalige staatssecretaris toe maatregelen te treffen om de informatieoverdracht tussen ketenpartners te verbeteren.

Medio 2018 zijn beide Inspecties een nieuw onderzoek gestart naar de implementatie van deze verbetermaatregelen en wat ze in de praktijk hebben opgeleverd. Uit de bevindingen in dit rapport blijkt dat de ketenpartners zich onverminderd moeten inspannen om de informatieoverdracht te verbeteren.

In deze rapportage leest u de bevindingen, conclusies en aanbevelingen van het onderzoeksteam.

Mede namens de Inspecteur Generaal Gezondheidszorg en Jeugd,

mr. J.G. Bos  
inspecteur-generaal Inspectie JenV



# Leeswijzer

De belangrijkste bevindingen en een beknopt overzicht van de conclusies en aanbevelingen vindt u in de **Samenvatting** van de rapportage.

In de **Inleiding** beschrijven we de context, de doelstelling en de methodiek van het onderzoek.

**Hoofdstuk 2** komt inhoudelijk voor rekening van de Inspectie JenV. Hierin geven we een overzicht van de voorgenomen verbetermaatregelen en bespreken vervolgens hoe deze maatregelen in de praktijk zijn opgepakt en wat ze hebben opgeleverd. We sluiten af met een aantal conclusies en aanbevelingen.

**Hoofdstuk 3** kent dezelfde opbouw en komt inhoudelijk voor rekening van de IGJ.

**Bijlage I** omvat een overzicht van de bij dit onderzoek betrokken organisaties en de systemen die zij gebruiken.

**Bijlage II** geeft een overzicht van de functionarissen met wie de Inspecties hebben gesproken.

**Bijlage III** geeft een overzicht van de gebruikte afkortingen.



# Samenvatting conclusies aanbevelingen

## Samenvatting

### Introductie

Bij incidenten die de Inspectie Justitie en Veiligheid (hierna: Inspectie JenV) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: IGJ) eerder onderzochten bleek dat de kwaliteit van de informatie(overdracht) in de asielketen niet altijd op orde was. De menselijke factor speelde daarin een belangrijke rol: informatie werd niet goed vastgelegd, niet goed begrepen of geïnterpreteerd en ook de overdracht van informatie tussen ketenpartners verliep niet vlekkeloos.

In dit vervolgonderzoek hebben de Inspecties gekeken naar de uitwerking van maatregelen die vanaf 2013 in gang zijn gezet om de informatieoverdracht binnen de keten te verbeteren.

De belangrijkste maatregelen op het terrein van algemene informatieoverdracht waren:

- de ontwikkeling van een overkoepelend informatiesysteem waarmee alle betrokken partners in de asielketen 24/7 actuele informatie hebben over personen en hun status;
- de introductie van activiteiten om medewerkers van de verschillende ketenpartners op de hoogte te stellen van elkaars werkzaamheden en welke informatie zij daarbij *van elkaar* nodig hebben (ketenbewustzijn).

Op het terrein van medisch gerelateerde zorg waren de verbeteringen gericht op:

- de vastlegging en overdracht van medisch gerelateerde informatie tussen zorgprofessionals, zorgverleners en overige functionarissen;
- het gebruik van de handreiking uitwisseling medische informatie in de vreemdelingenketen;
- de toepassing van het ketenbrede toestemmingsformulier.

De totstandkoming van dit onderzoek vergde een lange termijn. Vandaar dat een aantal ketenpartners ook inhoudelijke opmerkingen plaatste bij de wederhoorversie van dit rapport: zaken waren binnen hun organisatie inmiddels aangepast of verder ontwikkeld. Deze veranderingen zijn niet opgenomen in het rapport maar opgenomen in de wederhoortabel. Deze tabel wordt, tegelijkertijd met de



openbaarmaking van dit rapport, gepubliceerd op de websites van de Inspectie JenV en IGJ.

### Focus Inspecties

De Inspectie JenV richtte zich op de overdracht van (algemene) informatie tussen ketenpartners in het asielproces, met een focus op het deelproces *begeleide gedwongen terugkeer*<sup>1</sup>. De IGJ richtte zich in het bijzonder op de vastlegging en overdracht van gezondheidsinformatie, het gebruik van voornoemde handreiking en de toepassing van het toestemmingsformulier<sup>2</sup>.

### Algemene bevindingen

De onderzoekers constateren een veelheid aan informatiesystemen en -stromen bij, respectievelijk tussen ketenpartners. Deze dragen bij aan het documenteren van de periode die een vreemdeling in het asielproces doorbrengt. Het gaat dan bijvoorbeeld om identiteitsgegevens en informatie over verblijf, gedrag en gezondheid.

Het digitaal uitwisselen van informatie, afkomstig uit de verschillende systemen van de ketenpartners, blijkt een complexe aangelegenheid die nog niet heeft geleid tot eenduidige en betrouwbare informatie-uitwisseling tussen ketenpartners.

De Inspecties troffen bij alle organisaties die zij bezochten betrokken en gedreven medewerkers aan die goed op de hoogte zijn van wat er binnen hun eigen organisatie van hen verwacht wordt. Zij konden goed overweg met het informatiesysteem van hun eigen organisatie, maar bleken minder bekend met doel en functie van het de keten overkoepelende SIGMA-knooppunt dat beoogt delen van informatie, afkomstig uit de verschillende systemen van de ketenpartners, voor alle aangesloten ketenpartners beschikbaar te stellen.

### Introductie SIGMA

De organisaties die samenwerken in de asielketen hebben vanaf 2014 geïnvesteerd in het opzetten van een centrale voorziening waarbij de door hen gebruikte systemen informatie leveren aan een digitaal benaderbaar knooppunt dat de naam SIGMA draagt. Bij dit knooppunt kan door alle ketenpartners in principe 24/7 over een vast aantal items van vreemdelingen digitaal informatie worden opgehaald. Samengesteld vormen deze items een zogeheten *vreemdelingenbeeld*<sup>3</sup>. Dit vreemdelingenbeeld beoogt ketenpartners handelingsperspectief te bieden voor het proces waarvoor zij binnen de keten verantwoordelijk zijn. De Inspecties constateren dat niet alle ambities op het aspect informatievoorziening zijn gerealiseerd. Omdat er met verschillende systemen wordt gewerkt zijn er technische belemmeringen om bepaalde informatie real time te kunnen uitwisselen. Dit impliceert dat sommige informatie voor SIGMA vertraagd tot stand komt. Ook hebben vrijwel alle ketenpartners de toepassing van SIGMA, afhankelijk van hun (technische) mogelijkheden en volgens eigen inzicht, bij medewerkers onder de aandacht gebracht. Het gevolg is dat SIGMA door de betrokken ketenpartners niet gelijktijdig en op basis van gelijkwaardige uitgangspunten in gebruik is genomen. Hierdoor waarden medewerkers van de verschillende partners de toepassing van SIGMA verschillend. Mede door het ontbreken van een centrale regie op de implementatie is de informatie die door medewerkers van de ketenpartners ten behoeve van SIGMA wordt toegevoegd niet altijd eenduidig van vorm en inhoud,

<sup>1</sup> Uit de oriëntatie op het onderzoek bleek dat in deze fase van het proces de informatie-uitwisseling tussen ketenpartners het meest manifest en cruciaal is.

<sup>2</sup> Toestemming delen medische gegevens vreemdelingen, Ministerie van Veiligheid en Justitie e.a. nov. 2017

<sup>3</sup> Zie par. 2.1.3 voor een overzicht van deze items.



niet altijd herleidbaar tot de bron en daardoor geregeld voor meerdere uitleg vatbaar. Kortom, de toegevoegde informatie is niet altijd betrouwbaar. Tijdens het veldonderzoek blijkt het bereik van Sigma nog beperkt. De Inspecties voorzagen bij aanvang van het onderzoek een systeem aan te treffen waarbij de partners in de *vreemdelingenketen* -met één druk op de knop- 24/7 een samengesteld actueel en betrouwbaar beeld van in hun systemen geregistreerde vreemdelingen zouden kunnen raadplegen. Deze (brede) functionaliteit werd niet aangetroffen. In de praktijk wordt SIGMA tot nu toe vooral gebruikt voor het delen van informatie die relevant is bij de voorbereiding en uitvoering van het terugkeerproces.

### Vergroten ketenbewustzijn

Het ketenbewustzijn zou worden vergroot langs twee lijnen: de organisatie van *ketenconferenties* en het initiëren van *gezamenlijke opleidingen*.

#### *Ketenconferenties*<sup>4</sup>

De Inspecties stellen vast dat *uitvoerende* medewerkers (de beoogde doelgroep van de conferenties) marginaal op de hoogte zijn van doel en functie van deze conferenties en beperkt deelnemen aan de jaarlijkse conferenties. Medewerkers nemen in de praktijk wel steeds vaker *zelf* het initiatief om meer van de werkzaamheden van hun ketencollega's te weten te komen. De ketenorganisaties bieden hiervoor ook ruimte en ondersteunen deze initiatieven, bijvoorbeeld in het kader van een teamdag. Deze wisselwerking pakt goed uit want medewerkers weten steeds beter wat zij van elkaar nodig hebben om hun werkzaamheden goed op elkaar aan te laten sluiten.

#### *Gezamenlijke opleidingen*

Het voornemen om opleidingen aan te bieden aan gemengde groepen (samengesteld vanuit de diverse ketenpartners) is nog onvoldoende van de grond gekomen. Er is weliswaar een opleidingsmodule beschikbaar, maar deze wordt vooral gebruikt bij de introductie van nieuwe medewerkers in de *eigen* organisatie (waarbij geen sprake is van gemengd samengestelde groepen).

### Het delen van gezondheidsinformatie

Een basisvoorwaarde voor het effectief kunnen delen van patiëntgegevens is dat de betreffende informatie eenduidig en helder wordt vastgelegd. De onderzoekers constateren dat de dossiervoering in de bezochte instellingen, behoudens enkele aandachtspunten, voldoende op orde is.

Eveneens positief is de constatering dat zorgprofessionals alert zijn op de aan/afwezigheid van toestemming van de zorgvrager alvorens zij informatie delen. Een van de ingevoerde verbetermaatregelen, het ketenbrede toestemmingsformulier om informatie te delen, wordt consequent voorgelegd aan vreemdelingen maar nog niet altijd zorgvuldig verwerkt in het patiëntendossier.

Tussen zorgprofessionals verloopt de uitwisseling van informatie uit het medisch dossier over het algemeen goed. Wel valt er winst te behalen met tijdige communicatie over overplaatsingen en uitzettingen. Dat maakt een 'warme' overdracht mogelijk en ook het op tijd regelen van eventuele (vervolg)zorg of opvang.

<sup>4</sup> Binnen de context van dit rapport omvat het begrip ketenconferenties zowel manifestaties vanuit het programma keteninformatisering als 'de dag van de ketensamenwerking' of 'ketenparade'. Alle bedoeld om onder medewerkers het inzicht in de verantwoordelijkheden van ketenpartners te bevorderen.





Zorgprofessionals tonen zich bewust van het nut en de noodzaak om informatie te delen met niet-zorgprofessionals om hen handelingsperspectief te bieden<sup>5</sup>. In welke mate dat gebeurt is wisselend. Om de uitwisseling van gezondheidsinformatie tussen zorgprofessionals onderling en met andere medewerkers in de keten te ondersteunen, is er sinds 2016 een *Handreiking uitwisseling medische informatie in de vreemdelingenketen* beschikbaar<sup>6</sup>. Een meerderheid van de ondervraagde medewerkers (zie 1.4 Aanpak) gaf aan geen gebruik te maken van deze handreiking omdat zij de beschikbare protocollen duidelijk genoeg vinden. Ondanks deze protocollen constateerden de onderzoekers verschillen in de manier waarop zorgprofessionals handelingsperspectief bieden aan niet-zorgprofessionals in de keten.

---

<sup>5</sup> Handelingsperspectief maakt duidelijk hoe - vanuit medisch perspectief - om te gaan met de zorg aan een persoon zonder expliciete kennis van de medische indicaties daarvoor.

<sup>6</sup> In 2018 verscheen een herziene versie van de handreiking.



## Conclusies en aanbevelingen verbetermaatregelen

**De functionaliteit van SIGMA omvat niet de gehele vreemdelingenketen maar beperkt zich vooral tot de ketenpartners die taken hebben bij de voorbereiding van begeleid vertrek van vreemdelingen uit Nederland.**

**Het vreemdelingenbeeld dat SIGMA genereert is door aangesloten ketenpartners 24/7 raadpleegbaar voor persoonsgebonden kenmerken van een vreemdeling. De gegevens die Sigma daarbij genereert zijn echter niet 24/7 actueel, eenduidig en betrouwbaar.**

Het toepassingsbereik van Sigma omvat niet de gehele vreemdelingenketen, maar is voornamelijk gericht op het voorbereiden en realiseren van begeleid vertrek van een vreemdeling uit Nederland.

De asielketen is er met de ontwikkeling van Sigma in geslaagd een informatieknoppunt te creëren dat door alle aangesloten ketenpartners raadpleegbaar is voor een aantal persoonsgebonden kenmerken van een vreemdeling. Sommige items zijn daarbij niet real time beschikbaar en qua inhoud niet eenduidig en betrouwbaar.

### **Het ketenbewustzijn groeit.**

Het ketenbewustzijn onder medewerkers groeit. Vooral door initiatieven om contact te zoeken met elkaar en informatie over elkaars werkprocessen uit te wisselen.

### **Het doel en de uitkomsten van ketenconferenties zijn voor met name uitvoerende medewerkers onvoldoende helder.**

Sinds 2014 worden er jaarlijks ketenconferenties georganiseerd. Met name bij de uitvoering betrokken medewerkers blijken beperkt op de hoogte te zijn van het bestaan, het doel, de inhoud en opbrengst van deze conferenties. De conferenties lijken met name gericht op medewerkers met een coördinerende of leidinggevende functie.

### **De inhoud voor een gezamenlijke opleiding is beschikbaar, maar in de praktijk zijn gezamenlijke opleidingen nog niet gerealiseerd.**

Tot gezamenlijke opleidingen is het binnen de asielketen nog niet gekomen. Wel is er een videopresentatie ontwikkeld over het belang van ketensamenwerking plus een bijbehorende trainershandleiding. Vanaf de tweede helft van 2017 heeft een aantal ketenpartners hier (afzonderlijk) mee gewerkt bij de introductie van nieuwe medewerkers.



## Aanbevelingen

Met betrekking tot de informatie-uitwisseling binnen de keten bevelen de Inspecties het volgende aan, aan de directie Regie Migratieketen van het Directoraat-generaal Migratie van het ministerie van Justitie en Veiligheid, in samenspraak met de betrokken uitvoerende ketenpartners:

- Gebruik de kennis en ervaring die wordt opgedaan bij de ontwikkeling en toepassing van SIGMA voor de ontwikkeling van een informatieknooppunt dat de gehele vreemdelingenketen omvat.
- Verbeter het functioneren van het informatieknooppunt SIGMA; maak daartoe één ketenpartner verantwoordelijk voor de bruikbaarheid van de in SIGMA opgenomen items.
- Leg de verantwoordelijkheid voor bepaalde items voor SIGMA exclusief bij aangewezen ketenpartners die beschikken over de kennis en – waar nodig – de instrumenten om relevante informatie te verzamelen en te registreren.
- Verbeter, met inachtneming van de toepasselijke regelgeving, de registratie van gezondheidskenmerken in SIGMA op een zodanige wijze dat aan uitvoerders in de asielketen een duidelijk handelingsperspectief wordt gegeven.
- Maak met uitvoerders die geen ketenpartner zijn afspraken over de informatie-uitwisseling in het terugkeerproces; waarborg dat relevante informatie van deze uitvoerders ook in SIGMA wordt opgenomen.
- Stimuleer het gebruik van SIGMA door alle ketenpartners en in alle fasen van het terugkeerproces.
- Waarborg dat uitvoerende medewerkers eenzelfde beeld hebben van het doel en belang van de vastlegging van gegevens ten behoeve van andere gebruikers van SIGMA.
- Stimuleer en faciliteer contacten tussen medewerkers van verschillende ketenpartners, zodat zij kennis kunnen nemen van elkaars werkprocessen en de informatie-uitwisseling die voor de uitvoering van die processen noodzakelijk is.
- Evalueer het doel en de gewenste opbrengst van ketenconferenties en bepaal op grond daarvan de inhoud en doelgroep.
- Bied opleidingen 'ketenbreed' aan en evalueer de effectiviteit daarvan. Betrek daarbij de bevindingen uit dit onderzoek dat kennis van elkaars functie en werkproces positieve invloed heeft op de bereidheid tot het delen van informatie en de toegevoegde waarde daarvan.



## Conclusies en aanbevelingen medische dossiervoering en -informatieoverdracht

### **Kwaliteit medische dossiervoering is voldoende; wel zijn er enige aandachtspunten.**

De medische dossiervoering is bij het grootste deel van de bezochte organisaties ordentelijk en voldoende eenduidig. Wel zijn er aandachtspunten op het gebied van de overzichtelijkheid en de navolgbaarheid. Kwaliteitscontrole van de medische dossiervoering vindt alleen in de detentiecentra structureel plaats.

#### **Aanbevelingen:**

- Aan GZA, Detentiecentra en PI: zorg voor voldoende overzichtelijkheid en navolgbaarheid in de medische dossiervoering.
- Aan GZA: maak overkoepelende afspraken over de structurele kwaliteitsbewaking van de dossiervoering.
- Aan de PI: zorg voor naleving van de werkafspraken over de kwaliteitsbewaking van de dossiervoering.

### **Handreiking medische informatie-uitwisseling mist doel.**

Een ruime meerderheid van de zorgprofessionals ziet geen toegevoegde waarde in deze handreiking. Zij stellen dat de inhoud in de praktijk al bekend is en onderdeel is van bestaande protocollen.

#### **Aanbeveling:**

Aan de bij het opstellen van de Handreiking betrokken partijen:

- Verhelder zo nodig nut en noodzaak van de handreiking en draag zorg voor eventuele verdere implementatie.

### **Toestemming vragen voor het delen van medische informatie gebeurt zorgvuldig. De toepassing van het ketenbrede toestemmingsformulier kan beter.**

Zorgprofessionals gaan zorgvuldig om met het vragen van toestemming om medische informatie te delen. De werkafspraken over het gebruik van de ketenbrede toestemmingsformulieren bleken bij veel respondenten echter onbekend.

#### **Aanbeveling:**

Aan GZA en DJI:

- Zie erop toe dat toestemmingsformulieren standaard zorgvuldig worden verwerkt in de patiëntendossiers.



- Draag zorg voor duidelijke werkafspraken over de toepassing van het toestemmingsformulier en communiceer deze naar alle betrokken ketenpartners.

**Goede dossieroverdracht tussen GZA-locaties. Wanneer informatie pas kort voor uitzetting of overplaatsing beschikbaar is frustreert dat een proactieve zorgoverdracht.**

De uitwisseling van dossierinformatie tussen GZA-locaties verloopt goed. De informatie die pas kort voor uitzetting of overplaatsing beschikbaar is bemoeilijkt een warme overdracht en/of maakt het proactief regelen van eventuele (vervolg)zorg of opvang lastig.

**Aanbeveling:**

Aan DJI en COA:

- Maak overplaatsingen tijdig bekend zodat de continuïteit van zorg kan worden gewaarborgd.

**De Praktijklijn faciliteert tijdige dossieroverdracht tussen GZA en DJI-instellingen. Gebruik Praktijklijn door DJI kan beter.**

Een tijdige overdracht van medische dossiers tussen GZA en DJI (en andersom) is georganiseerd via de 24/7 bereikbare (telefonische) Praktijklijn van GZA. De detentiecentra maken van deze mogelijkheid echter onvoldoende gebruik.

**Aanbeveling:**

Aan DJI:

- Zorg dat afspraken over dossieroverdracht, zoals de 24/7-bereikbaarheid van de Praktijklijn, bekend zijn en zie toe op naleving van deze afspraken.

**Zorgprofessionals binnen de asielketen zijn bereid tot informatiedeling met niet-zorgprofessionals maar doen dit niet op uniforme wijze.**

Zorgprofessionals zijn zich bewust van het nut en de noodzaak om informatie te delen met niet-zorgprofessionals om hen handelingsperspectief te bieden. Welke informatie zij wanneer en met wie delen is echter niet vastgelegd. De ketenpartners hanteren daarbij verschillende afwegingen.

**Aanbeveling:**

Aan GZA:

- Zorg voor een (pro)actieve rol bij het bieden van handelingsperspectief aan ketenpartners. Dat kan bijvoorbeeld door het stimuleren, ontwikkelen en faciliteren van een inhoudelijke dialoog tussen zorgprofessionals en medewerkers met andere taken en verantwoordelijkheden binnen de asielketen.



# 1

## Inleiding

### 1.1 Aanleiding

Begin 2013 pleegde de Russische asielzoeker Alexander Dolmatov zelfmoord in Detentiecentrum Rotterdam. Deze gebeurtenis kreeg veel politieke aandacht en leidde ertoe dat de toenmalige Inspecties Veiligheid en Justitie (Inspectie VenJ) en Gezondheidszorg (IGZ)<sup>7</sup> gezamenlijk onderzoek deden naar de achtergronden van deze gebeurtenis. De kwaliteit van de informatieoverdracht tussen betrokken ketenpartners bleek een grote rol te hebben gespeeld bij dit incident.

Het onderzoeksrapport van de Inspecties resulteerde in een uitvoerig debat in de Tweede Kamer waarbij de toenmalige staatssecretaris maatregelen toezegde om de informatieoverdracht binnen de vreemdelingenketen<sup>8</sup> te verbeteren en het ketenbewustzijn onder medewerkers te vergroten<sup>9</sup>.

In januari 2017 rapporteerden de Inspecties over de gang van zaken rond de zorgverlening aan het Georgische meisje Renata A. Ook in deze zaak constateerden beide Inspecties dat gebrekkige overdracht van (medische) informatie een rol speelde<sup>10</sup>; met name in de slotfase van het terugkeerproces.

Naar aanleiding hiervan kondigden de Inspecties aan om in 2018 onderzoek te doen naar de in 2013 toegezegde verbetermaatregelen<sup>11</sup>. Dit onderzoek is onder regie van de Inspectie JenV samen met de IGJ uitgevoerd<sup>12</sup>.

### 1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

#### Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is na te gaan wat er is terechtgekomen van de in 2013 toegezegde maatregelen om de informatieoverdracht binnen de asielketen te verbeteren en het ketenbewustzijn bij medewerkers te vergroten.

#### Hoofdvraag

Hoe hebben de ketenpartners de verbetermaatregelen aangepakt en wat is het effect van de getroffen maatregelen op de informatieoverdracht in de asielketen?

<sup>7</sup> De huidige naamgeving van de Inspecties luidt: Inspectie Justitie en Veiligheid (Inspectie JenV) en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) als zodanig worden zij in dit rapport aangeduid.

<sup>8</sup> De vreemdelingenketen wordt tegenwoordig migratieketen genoemd.

<sup>9</sup> Kamerdebat d.d. 18 april 2013 naar aanleiding van het Inspectie VenJ-rapport Het overlijden van Alexander Dolmatov (TK 2012-2013, 77).

<sup>10</sup> Nader onderzoek naar de zorgverlening aan Renata A. Utrecht, januari 2017.

<sup>11</sup> Zie par. 2.1 voor een overzicht van en toelichting op de verbetermaatregelen.

<sup>12</sup> De IGJ richt zich in het bijzonder op de vastlegging en overdracht van gezondheidsinformatie.



## Deelvragen

- Welke maatregelen zijn sinds 2014 voorgenomen ter verbetering van de informatieoverdracht in de asielketen?
- Zijn deze maatregelen ook daadwerkelijk ingevoerd?
- Hoe worden de maatregelen in de praktijk uitgevoerd?
- Welke effecten hebben de maatregelen in de praktijk?

## 1.3 Afbakening

Dit onderzoek richt zich op de wijze waarop organisaties binnen de asielketen<sup>13</sup> vorm en inhoud hebben gegeven aan de door de staatssecretaris aangekondigde verbetermaatregelen. Meer specifiek hebben de Inspecties gekeken naar de uitwerking van de verbetermaatregelen op de gedwongen uitzetting van vreemdelingen. De in par. 1.1 genoemde incidenten deden zich namelijk in deze fase van het asielproces voor, en tijdens de oriëntatiefase van dit onderzoek bleek dat de verbetermaatregelen vooral effect hadden op de gang van zaken rond het gedwongen terugkeerproces.

Bij de voorbereiding van de gedwongen terugkeer van een (afgewezen) asielzoeker moeten de betrokken medewerkers met veel factoren rekening houden. Zorgvuldige informatie-uitwisseling is van belang om het terugkeerproces goed te laten verlopen.

Bijzonderheden over de gezondheidstoestand van de afgewezen asielzoeker moeten bekend zijn bij de begeleiders van het vertrek. Ook kan gezondheidsinformatie relevant zijn voor zorgverleners op de terugkeerbestemming.

Na de in 1.1 geduide incidenten is er binnen de asielketen ook ingezet op het verbeteren van de overdracht van gezondheidsinformatie tussen ketenpartners. Het bieden van handelingsperspectief aan niet-zorgfunctionarissen binnen de asielketen neemt daarbij een belangrijke plaats in. Het gaat erom dat zorgprofessionals, binnen de grenzen van het medisch (beroeps)geheim, andere medewerkers aangeven met welke gezondheidsaspecten zij rekening moeten houden.

Voor de totstandkoming van een verantwoord handelingsperspectief is een zorgvuldige vastlegging en overdracht van relevante gezondheidsinformatie een belangrijke voorwaarde<sup>14</sup>.

De Inspectie JenV heeft gekeken naar de overdracht van (algemene) informatie tussen ketenpartners in het asielproces, met een focus op het deelproces *begeleide gedwongen terugkeer*.

De IGJ is nagegaan in hoeverre deze verbetermaatregelen hun uitwerking hebben op de vastlegging en overdracht van gezondheidsinformatie<sup>15</sup>. De Inspecties onderschrijven elkaars conclusies.

<sup>13</sup> Zie bijlage I voor een overzicht van de betrokken organisaties en hun taken.

<sup>14</sup> Gezondheidsinformatie gericht op handelingsperspectief valt niet onder het medisch beroepsgeheim en is gericht op aanwijzingen hoe om te gaan met een medisch geïndiceerde aandoening en gedrag. Het betreft gezondheidsinformatie in de zin van de AVG waar zorgvuldig mee moet worden omgegaan. Medische informatie valt onder het medisch beroepsgeheim en kan uitsluitend tussen daartoe erkende beroepsbeoefenaren worden uitgewisseld. (Handreiking uitwisseling medische informatie in de vreemdelingenketen, Rijksoverheid 2018).

<sup>15</sup> De medische advisering is hierbij buiten beschouwing gelaten.



## 1.4 Aanpak

In de oriëntatiefase van dit onderzoek in maart-april 2018 heeft de Inspectie JenV gesproken met de volgende ketenpartners<sup>16</sup>:

- Nationale Politie (NP)
- Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND)
- Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA)
- Dienst Vervoer en Ondersteuning (DV&O)
- Dienst Terugkeer en Vertrek (DT&V)
- Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)
- Raad van State (RvS)
- Openbaar Ministerie (OM)
- Koninklijke Marechaussee (KMar)
- Ministerie van Buitenlandse Zaken (Buza)
- DG Migratie (DGM)

Tijdens de gesprekken is nagegaan welke rol deze organisaties hebben bij informatieoverdracht binnen de asielketen. Het OM, de RvS en Buza zijn, gezien hun geringe rol in met name het terugkeerproces, niet verder in het onderzoek betrokken. Bij de overige genoemde organisaties hebben de Inspecties via documentonderzoek, locatiebezoeken, interviews met medewerkers en informatie van de directie Regie Migratieketen (Ministerie van Justitie en Veiligheid) inzicht gekregen in hun rol bij informatie-uitwisseling rondom (uitgeprocedeerde) asielzoekers.

De IGJ bezocht tijdens de oriëntatiefase Detentiecentrum (DC) Schiphol en gebruikte dat voor de opzet van haar deel van het onderzoek. Omdat er tijdens dit bezoek geen vreemdelingen in afwachting van uitzetting in DC Schiphol verbleven, heeft de IGJ daar geen patiëntendossiers beoordeeld.

Het veldonderzoek is uitgevoerd in de periode juli-augustus 2018. De interviews met functionarissen zijn afgenomen op basis van gestructureerde vragenlijsten. De verslagen zijn voor autorisatie aan de geïnterviewden voorgelegd en eventuele opmerkingen zijn verwerkt in een definitief verslag.

Een andere bron vormden de inspectieverslagen die de Inspectie JenV structureel maakt van de observaties van de gedwongen uitzettingen door de KMar<sup>17</sup>. Deze verslagen bieden inzicht in de voorbereiding, uitvoering en afloop van de uitzetting van een of meerdere vreemdelingen die onder begeleiding van de KMar terugkeren naar hun land van herkomst.

De IGJ heeft bij de organisatie Gezondheidszorg Asielzoekers (GZA)<sup>18</sup> op een viertal opvanglocaties (AZC's) gemiddeld tien patiëntendossiers ingezien. Dit deed de IGJ ook bij de medische diensten van drie justitiële inrichtingen waar vreemdelingen worden ingesloten<sup>19</sup>. De dossiers zijn getoetst op een aantal vaste criteria. Daarbij is ook gekeken naar de wijze waarop medische informatie wordt bewerkt tot

<sup>16</sup> Zie ook bijlage II.

<sup>17</sup> Het gaat jaarlijks om een kleine 100 inspecties van gedwongen vertrekacties die in meerderheid via luchtvervoer verlopen. Aan deze inspecties liggen risicotaxaties ten grondslag.

<sup>18</sup> Zie voor een nadere toelichting op GZA het kader in Hoofdstuk 3 en bijlage I.

<sup>19</sup> Het betreft de detentiecentra in Rotterdam en Zeist en de penitentiaire inrichting in Ter Apel. Detentiecentra richten zich specifiek op de in bewaringstelling van vreemdelingen.





gezondheidsinformatie voor niet-zorgfunctionarissen in de asielketen, in casu ook aangeduid met het begrip: *handelingsperspectief*. Tijdens de locatiebezoeken heeft de IGJ gesproken met verschillende medewerkers van GZA en de medische diensten van de justitiële inrichtingen.

#### 1.4.1 Wederhoor

Het concept-rapport is door beide Inspecties voor wederhoor voorgelegd aan de bij het onderzoek betrokken organisaties. Alle reageerden binnen de gevraagde termijn. Dit commentaar heeft geleid tot aanpassingen in de weergegeven feiten en bijstelling van een aantal conclusies uit de concept-versie.

### 1.5 Toetsingskaders

In dit onderzoek toetste de Inspectie JenV óf en in welke mate de aangekondigde verbetermaatregelen zijn doorgevoerd en welke resultaten dat heeft opgeleverd. De IGJ hanteert voor haar toetsing (in algemene zin) de uitgangspunten van de *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)* en de *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)*. Meer specifiek toetste de IGJ in welke mate de verbetermaatregelen hun uitwerking hadden op de dossiervoering van medische informatie en het delen van gezondheidsinformatie binnen de asielketen.



# 2

## Verbetermaatregelen informatiedeling

### 2.1 Verbetermaatregelen

#### 2.1.1 Voorgenomen verbetermaatregelen

De ketenpartners binnen de migratieketen hebben naar aanleiding van de toezeggingen van de staatssecretaris in 2013 hun verbeterprogramma's op twee hoofdzaken gericht:

1. Het verbeteren van de keteninformatisering die de partners in staat stelt 24/7 real-time informatie op te vragen over de binnen hun caseload voorkomende vreemdelingen.

Deze verbeteringen zijn opgepakt met het programma *Keteninformatisering Vreemdelingenketen 2014-2016*. Het programma had de volgende doelstelling<sup>20</sup>: 'De Vreemdelingenketen gaat met de uitvoering van het programma *Keteninformatisering* een situatie bewerkstelligen waarin de informatie-uitwisseling tussen de betrokken organisaties in de vreemdelingenketen volledig digitaal kan plaatsvinden en er snel betrouwbare informatie beschikbaar is over de beleidsuitvoering in de gehele keten'<sup>21</sup>.

Het programma wilde daarmee twee doelen realiseren:

- Het verbeteren van de gegevensuitwisseling in de vreemdelingenketen zodat alle relevante informatie over de vreemdeling voor alle betrokken organisaties op elk willekeurig moment beschikbaar is.
- Het verbeteren van de ketenmanagementinformatie om beter te kunnen sturen op strategisch, tactisch en operationeel niveau van de keten.

2. Het vergroten van het ketenbewustzijn onder medewerkers.

Dit tweede punt wilden de ketenpartners bereiken door *gezamenlijke opleidingsmodules* op te zetten. Leergroepen die uit verschillende ketenpartners waren samengesteld, moesten aan de slag met een gemeenschappelijk leerdoel. Daarnaast zouden gezamenlijke *ketenconferenties* bijdragen aan inzicht in de werkprocessen van de verschillende ketenpartners.

<sup>20</sup> Bron: Programmaplan Keteninformatisering Vreemdelingenketen 2014-2016 vastgesteld voorjaar 2014.

<sup>21</sup> Zoals in hoofdstuk 1 vermeld leggen de Inspecties in dit onderzoek de focus op de asielketen als onderdeel van de vreemdelingenketen.



### 2.1.2 Monitoring verbetermaatregelen

In 2014 en 2015 publiceerden de toenmalige Inspectie VenJ en IGZ twee *Monitoren* over de stand van de implementatie van de voorgenomen verbetermaatregelen binnen de vreemdelingenketen<sup>22</sup>.

Monitor I meldde over de informatieoverdracht (met name tussen ketenpartners in de eindfase van het asielproces) dat 'de kwaliteit van het M118-formulier nog niet op het gewenste niveau is' en 'dat er momenteel wordt gewerkt aan een digitale voorziening die het papieren M118 moet gaan vervangen'<sup>23</sup>.

Monitor II gaf aan dat het M118-formulier was gedigitaliseerd en binnen de keten als *Tijdelijk Informatiesysteem Overdracht Vreemdelingen* (TISOV) verder zou gaan. Dit systeem bleef tot begin 2017 in gebruik.

De Inspecties concludeerden in Monitor II dat het nog te vroeg was om een definitief oordeel te vormen over de werking van TISOV en de kwaliteit van de informatie. Wel vonden zij dat het systeem leidde tot een betere en vollediger overdracht van informatie dan het oude M118-formulier. Respondenten in het onderhavige onderzoek waren positief over het eerdere gebruik van TISOV, maar wezen erop dat de tijdige en juiste invoer van gegevens veel invoerdiscipline vereiste en dat de ingevoerde gegevens niet altijd betrouwbaar waren.

### 2.1.3 Introductie SIGMA

TISOV is begin 2017 vervangen door het systeem SIGMA.

**Sigma** is de benaming van een informatieknooppunt dat partners in de asielketen hebben ontwikkeld met het oogmerk om iedere ketenpartner op ieder moment, dus 24/7, een *actueel* vreemdelingenbeeld te kunnen bieden. Sigma maakt gebruik van informatie uit de systemen die de verschillende ketenpartners voor hun eigen werkprocessen gebruiken. Sigma 'tapt' de afzonderlijke systemen af op een bepaald aantal items en biedt iedere ketenpartner de mogelijkheid om deze in te zien en eventueel te gebruiken binnen het werkproces.

Het gaat om de volgende items:

- Aan- of staandehouding
- Advocaten
- Antecedenten
- Behandelend medewerkers
- Bezittingen en bagage
- Gedrag
- Gezondheidsinformatie
- Personalia
- Presentaties (in persoon), bijvoorbeeld bij ambassades/consulaat
- Procedures (bijvoorbeeld vreemdelingrechtelijk/strafrechtelijk)
- Reis- en identiteitsdocumenten

<sup>22</sup> Monitor Vreemdelingenketen I d.d. 23-05-2014; Monitor Vreemdelingenketen II d.d. 06-05-2015 Zie hiervoor: [www.inspectie-jenv.nl](http://www.inspectie-jenv.nl)

<sup>23</sup> Het M118-formulier omvatte informatie over bijzondere kenmerken van de vreemdeling en was onderdeel van het dossier van de vreemdeling. De bedoeling was dat iedere ketenpartner het formulier met relevante informatie aanvulde opdat een steeds breder en gedeeld beeld over kenmerken van de vreemdeling ontstond.



Het hiervoor genoemde programma *Keteninformatisering Vreemdelingenketen 2014-2016* is inmiddels afgerond en de doelen zijn grotendeels gerealiseerd. De introductie van SIGMA ging gepaard met een aantal hindernissen. De eigen systemen die de ketenpartners gebruiken gaan technisch niet altijd goed samen met de doelstellingen van SIGMA en de partners waren niet altijd bereid of in staat te investeren in de aanpassing van deze systemen. Dit is deels opgelost door tijdelijke (systeemtechnische) voorzieningen toe te voegen aan de systeemarchitectuur die de functionaliteit van SIGMA ondersteunt. Dit in afwachting van investeringen in nieuwe hard- en software door de afzonderlijke ketenpartners.

#### 2.1.4 Ketenbewustzijn

Het vergroten van het ketenbewustzijn onder partners in de asielketen zou worden aangepakt langs twee lijnen: gezamenlijke opleidingsmodules en ketenconferenties.

##### Opleidingsmodules

In Monitor II (juni 2015) stelden de Inspecties vast dat er nog geen vervolgotrainingen gericht op het bevorderen van het ketenbewustzijn beschikbaar waren. Wel was er een ketenbrede werkgroep opgericht met de opdracht een gezamenlijke opleidingsmodule te ontwikkelen over ketensamenwerking in aanvulling op de eigen introductieprogramma's. Daarnaast zochten verschillende ketenpartners op eigen initiatief contact met elkaar en organiseerden bijeenkomsten, detacheringen en werkbezoeken.

##### Ketenconferenties

De eerste ketenconferentie vond in 2013 plaats in de vorm van een werkconferentie informatieoverdracht. In Monitor I concludeerden de Inspecties dat deze conferentie niet helemaal geslaagd was omdat doel en doelgroep niet duidelijk waren vastgesteld. Er waren grote verschillen in het aantal deelnemers per organisatie en hun achtergrond. De aanbeveling van de Inspecties was om het ketenbewustzijn vooral te stimuleren door medewerkers vaker met elkaar in contact te brengen. In Monitor II stelden de Inspecties vast dat er nog geen vervolgonferentie had plaatsgevonden.

In september 2015 vond een tweede ketenconferentie plaats en ook in de jaren daarna vond jaarlijks een ketenconferentie plaats. De ketenconferenties waren in het begin vooral gericht op de eigen medewerkers. Deze gerichtheid is verschoven naar een bredere doelgroep van (ook: non gouvernementele) organisaties die werken met vreemdelingen/asielzoekers. Naast een inhoudelijke component met workshops kwam er ook ruimte voor kennismaking met, en informatie-uitwisseling over, elkaars bijdragen aan de migratieketen.

## 2.2 Verbetermaatregelen in de praktijk

### 2.2.1 Informatiedeling in het asielproces

In het asielproces maakt iedere ketenpartner gebruik van een eigen informatiesysteem waarin gegevens van personen en processen worden geregistreerd. Zie voor een toelichting op de gebruikte systemen bijlage I. Een belangrijk platform voor de uitwisseling van digitale informatie tussen ketenpartners is de Basis Voorziening Vreemdelingen (BVV).



### **Basisvoorziening vreemdelingen (BVV)**

De BVV is een gemeenschappelijke database en de basis voor de werkprocessen van alle partners in de asielketen. Sinds 2003 wisselen zij digitaal informatie uit over individuele vreemdelingen via de BVV. Het gaat om basisgegevens over onder andere identiteit, proces, documenten en biometrie. Die gegevens zijn gekoppeld aan het unieke vreemdelingennummer (V-nummer) dat door alle ketenpartners wordt gebruikt. De BVV genereert dit nummer. Ketenpartners zijn met hun eigen systemen aangesloten op de BVV. Ze zijn zowel de leveranciers als de gebruikers van in de BVV opgeslagen informatie.

### **Gebruikerservaringen met de eigen systemen**

Alle respondenten zijn van mening dat zij zinvolle informatie toevoegen aan het eigen systeem. Daarbij maakt een aantal respondenten de kanttekening dat zij het eigen systeem omvangrijk en traag vinden (worden). Dit is bijvoorbeeld het geval met de systemen INDIGO, IBIS en TULP<sup>24</sup>.

De respondenten zijn zich ervan bewust dat zij niet alleen voor hun eigen organisatie registreren, maar ook voor andere ketenpartners die van die informatie gebruik (kunnen) maken. Een derde van hen is ervan op de hoogte dat dit ook belangrijk is vanwege de koppeling met SIGMA. Dit geldt vooral voor medewerkers die werkzaam zijn in de eindfase van het asielproces, bij detentiecentra, DT&V en KMar.

Vrijwel alle respondenten geven aan dat zij het werken met de systemen in de dagelijkse praktijk geleerd hebben. Zij benutten de mogelijkheden van de systemen en stellen op grond van hun gebruikerservaring dat sommige functionaliteiten nog beter zouden kunnen. Die verbeteringen vinden overigens continu plaats, want er zijn regelmatig nieuwe updates. Ook omdat het beleid en de regelgeving wijzigen. Updates worden vooral 's nachts doorgevoerd. Het intranet van de organisaties meldt wanneer welke aanpassingen worden doorgevoerd.

Medewerkers zijn vrijwel altijd zélf verantwoordelijk voor de informatie die zij invoeren in het informatiesysteem van hun organisatie. Soms helpt het systeem een handje mee met bijvoorbeeld een keuzemenu. In enkele gevallen is er sprake van validatie van de informatie door een senior of leidinggevende<sup>25</sup>. Relatief veel medewerkers vinden de vrije ruimte om in het systeem waarmee zij werken naar eigen inzicht gegevens in te voeren bij bepaalde items te groot. Er zou meer gewerkt kunnen worden met 'gesloten' keuzes. Dit ook omdat de mogelijkheden om naar eigen inzicht gegevens in te vullen die via SIGMA beschikbaar komen voor (andere) ketenpartners, kunnen leiden tot tegenstrijdige of onduidelijke informatie.

### **Belang werkrelatie ketenpartners**

Medewerkers van verschillende ketenpartners die een werkrelatie onderhouden en geregeld contact hebben, zijn redelijk tot goed op de hoogte van elkaars informatiebehoefte. Ze beschouwen het vastleggen van informatie als het nakomen van gemaakte afspraken tussen ketenpartners. Enerzijds op basis van beleidsafspraken, maar ook op lokaal niveau tussen de bij een bepaald proces

<sup>24</sup> Zie voor een toelichting Bijlage 1: Ketenpartners en hun systemen.

<sup>25</sup> Dit is met name het geval binnen het DT&V werkproces.



betrokken organisaties. Zo kunnen DT&V-medewerkers in een detentiecentrum onderdelen van het DJI-systeem raadplegen. Andersom kunnen DJI-medewerkers in (een deel van) het DT&V-systeem kijken. Daarvoor zijn dan wel onderlinge autorisaties geregeld.

Medewerkers geven aan dat vooral een zo breed mogelijk zicht op de achtergronden van gezondheids- en gedragskenmerken van de vreemdeling reden is om informatie te delen. Zij willen weten wat zij 'in huis hebben, of krijgen'.

Gevraagd naar de intensiteit van de contacten geven de respondenten aan contact met elkaar te hebben als dat nodig is. De wederzijdse contacten tussen ketenpartners zijn het meest intensief in de eindfase van het asielproces, vanaf de voorbereiding op gedwongen vertrek.

### Digitaal werken

Nagenoeg alle processtappen worden digitaal uitgevoerd in de systemen van de ketenorganisaties. Bij uitzondering is er nog sprake van papierwerk, bijvoorbeeld als een document door een functionaris of vreemdeling van een 'natte handtekening' moet worden voorzien.

## 2.2.2 Het gebruik van Sigma in het asielproces

Deze paragraaf biedt een overzicht van hoe ketenpartners SIGMA toepassen in de praktijk.

### Politie

Politiefunctionarissen konden SIGMA ten tijde van het veldonderzoek (juli 2018) nog niet raadplegen. Voor informatie over een vreemdeling moeten zij de eigen politiesystemen gebruiken, meestal de Politie Suite Handhaving-Vreemdelingen (PSH-V). Gegevens uit PSH-V zijn echter wél beschikbaar voor raadpleging via SIGMA en daarmee toegankelijk voor andere ketenpartners in de asielketen. Medewerkers van de politie begrijpen dit niet goed. SIGMA bevat immers relevante informatie van andere ketenpartners waar zij nu dus niet over kunnen beschikken. Navraag leert dat de politie haar systemen gefaseerd aanpast en vervangt. De verwachting is dat aansluiting van de politie op SIGMA binnen afzienbare termijn gerealiseerd zal worden.

### IND

De geïnterviewde IND-medewerkers kennen SIGMA, maar raadplegen het systeem niet. Zij maken voor hun werkzaamheden hoofdzakelijk gebruik van het systeem INDIGO, dat input levert voor SIGMA.

### COA

Vanuit het COA zijn uitsluitend de casemanagers geautoriseerd om met SIGMA te werken. Het is afhankelijk van de casemanager op een COA-locatie welke informatie over gedrag en andere bijzonderheden van bewoners, uit het eigen IBIS-systeem, beschikbaar komen voor SIGMA, en vice versa. COA-woonbegeleiders merkten op dat daarmee de informatie-uitwisseling gefilterd is, met het risico dat relevante informatie verloren gaat.



## DJI

De medewerkers die in detentiecentra de administratieve inschrijving en de voorbereiding op het vertrek van de gedetineerden uit de inrichting verzorgen, zijn op de hoogte van de functionaliteit van SIGMA. Er is wel een verschil tussen de detentiecentra, die veelal direct betrokken zijn bij het terugkeerprocesen, en een reguliere penitentiaire inrichting, waar gedetineerde vreemdelingen hun straf ondergaan. Detentiecentra zijn zich meer bewust van het belang van goede informatie-uitwisseling met ketenpartners in de asielketen en maken relatief het meest gebruik van SIGMA-informatie.

## Medische diensten DJI

Medewerkers van de medische diensten van DJI zijn op de hoogte van de functionaliteit van SIGMA en de informatie die zij via SIGMA mogen delen<sup>26</sup>. Zij verwerken informatie in TULP conform werkinstructies<sup>27</sup> met het doel handelingsperspectief te bieden. Deze informatie is vervolgens beschikbaar in SIGMA.

Bij de onderzochte PI bleek het niet gebruikelijk om op voorgeschreven vaste momenten informatie ten behoeve van SIGMA te updaten. Dit gebeurde alleen op verzoek van de DT&V, voorafgaand aan het vertrek van een vreemdeling. Tijdens het veldonderzoek waren er technische problemen met SIGMA waardoor de door de medische diensten in TULP ingevoerde informatie niet in SIGMA terecht kwam. Dit leidde tot een situatie waarbij de DT&V geen fit to fly-verklaring had aangevraagd voor een gedwongen uit te zetten vreemdeling omdat gezondheidsinformatie daarover via SIGMA niet beschikbaar was.

De medewerkers vinden de beschikbare ruimte in de invulvelden van het informatiesysteem TULP, dat informatie genereert voor SIGMA, niet ruim genoeg. Hierdoor geven zij soms (te) beknopte informatie voor het handelingsperspectief, terwijl zij eigenlijk meer informatie willen geven. Sommige medewerkers vragen zich af waarom bij de invoering van SIGMA geen training of e-learning is geboden. Nu zijn er in de praktijk verschillende werkwijzen tussen ketenpartners en was er na de implementatie van SIGMA onduidelijkheid over welke velden van de eigen systemen gekoppeld waren aan SIGMA. Als belangrijk knelpunt is ook genoemd dat de tekstvelden in SIGMA over de gezondheid van een vreemdeling zowel door medisch als door niet-medisch geschoolde gebruikers kunnen worden ingevuld. Daar komt bij dat niet herleidbaar is welke functionaris de informatie heeft ingevuld. Dit doet afbreuk aan de betrouwbaarheid van de informatie.

## DT&V

DT&V-medewerkers (met name de regievoerders) raadplegen SIGMA voor informatie die van belang is bij het voorbereiden van vertrek. Ook DT&V-collega's van het bureau Boeking, die een faciliterende rol hebben bij (de voorbereiding) van het vertrek, gaven aan afhankelijk te zijn van correct ingevoerde informatie in SIGMA. Zij hadden kort voor het interview met hen hun collega-regievoerders laten weten geen vluchten meer te boeken totdat de via SIGMA beschikbare informatie correct en volledig is.

<sup>26</sup> Zorgprofessionals mogen via Sigma alleen informatie verstrekken voor het handelingsperspectief. Medische informatie mag nooit gedeeld worden via Sigma (Handreiking uitwisseling medische informatie in de vreemdelingenketen, Rijksoverheid 2018; eerder 2016)

<sup>27</sup> Tulp is het interne informatiesysteem van DJI. De werkinstructie 'invulinstructie Sigma en VB Groepsrapportage vreemdelingen, informatiesysteem overdracht vreemdelingen', d.d. 23 mei 2018, DJI geeft aan op welke wijze in TULP ingevoerde informatie beschikbaar komt voor Sigma.



### KMar

Bij de toepassing van vrijheidsontnemende maatregelen legt de KMar informatie vast die door ketenpartners via SIGMA geraadpleegd kan worden. Met name bij de voorbereiding op een begeleide uitzetting raadpleegt de KMar via SIGMA informatie over de vreemdeling die door ketenpartners is vastgelegd.

### GZA

De respondenten van GZA gaven aan niet op de hoogte te zijn van het bestaan van SIGMA. Er is geen koppeling (mogelijk) tussen het HIS (huisartsen informatiesysteem) dat GZA gebruikt en SIGMA. GZA-medewerkers werken uitsluitend in het HIS.

## 2.2.3 Sigma geanalyseerd

### Analyse SIGMA-rapporten door de Inspectie JenV

De Inspectie JenV raadpleegt via SIGMA beschikbare gegevens altijd voorafgaand aan de observatie van een begeleid gedwongen vertrek<sup>28</sup>. Dit om een risicoanalyse te maken en op grond daarvan te bepalen of er reden is om toezicht te houden op een specifieke casus.

De Inspectie JenV analyseerde in het kader van dit onderzoek de via SIGMA te raadplegen gegevens van 71 vreemdelingen in een gedwongen vertrekprocedure. Hiertoe zijn zogenoemde SIGMA-rapporten opgevraagd (rapport 'Raadplegen van vreemdelingenbeeld'). Relatief veel SIGMA-rapporten bleken tegenstrijdige informatie te bevatten. Met name op de items: reisdocumenten (23%), bezittingen (30%), gezondheidsinformatie (30%) en personalia (36%)<sup>29</sup>.

Bij het item **reisdocumenten** valt op dat er vaak sprake is van invoerfouten, vooral vanuit DJI. Zo wordt met regelmaat aangegeven dat er sprake is van een reisdocument, terwijl bij de toelichting op het soort document 'geen' staat. Dit geeft verwarring over welke documenten nu wel of niet beschikbaar zijn.

Bij het item **bezittingen** is vaak onduidelijk hoeveel bagage iemand nu precies bij zich heeft tijdens het invoeren van de informatie.

Het item **gezondheidsinformatie** bevat vaak onduidelijkheid over ziekte of beperkingen. Het blijkt dat door verschillende organisaties verschillende informatie wordt aangegeven. Ook is lang niet altijd duidelijk of een vreemdeling medicijnen gebruikt en zo ja, hoe daarmee moet worden omgegaan.

De onderzoekers stellen vast dat betrokken partners zich inspannen om informatie over de gezondheid op te nemen voor SIGMA. De informatie van niet-medische professionals leidt daarbij nogal eens tot problemen. Zij geven soms informatie die gelijkenis toont met een diagnose terwijl zij vanuit hun functie niet bevoegd zijn om die te stellen. Soms geven zij expliciet aan dat hun informatie is gebaseerd op verklaringen van de vreemdeling zelf. Dat maakt deze informatie lastig te waarderen. Het kan immers zijn dat de betrokken vreemdeling er belang bij heeft bepaalde informatie wel of juist niet te delen, of om onjuiste informatie te geven. De enige partijen die betrouwbare medische informatie kunnen verstrekken zijn GZA en de medische diensten van de DC's en PI.

<sup>28</sup> Toezicht op het begeleide vertrek van vreemdelingen is een organieke taak van de Inspectie JenV.

<sup>29</sup> Het gaat hier om afgeronde percentages.





Zoals aangegeven is GZA niet aangesloten op SIGMA.

Het item **personalia** bevat vaak tegenstrijdige informatie over lichaamskenmerken zoals lengte en gewicht. Soms is er sprake van een kwantitatieve weergave (lengte in cm en gewicht in kg) dan weer in kwalificaties zoals klein, gemiddeld, tener, fors, etc.

Als **algemeen** punt komt naar voren dat de items niet *volledig* worden ingevuld. Geen enkel item scoort 100% op volledigheid. Een verklaring hiervoor is op basis van de analyse niet te geven. Het kan zijn dat ontbrekende informatie bij geen van de betrokken ketenpartners aanwezig is. Het kan ook zijn dat SIGMA er niet in slaagt om deze informatie uit het systeem van de ketenpartner te genereren. Bij de aanduiding 'onbekend' is niet duidelijk of de informatie niet kon worden achterhaald of dat deze gegevens niet zijn ingevuld.

Over de **duidelijkheid** van de items valt het volgende op. De inhoud van een significant aantal items blijkt geknipt en geplakt uit andere systemen. Dit geldt met name voor het item **gedrag** (33%). Op zichzelf is dat geen punt, maar door het dwingende format van SIGMA is die informatie niet altijd duidelijk en/of relevant.

Tot slot blijkt de wijze waarop een item wordt ingevuld per organisatie of medewerker te verschillen. Hierdoor is de informatiewaarde van tekst niet eenduidig.

Bij een geprinte uitdraai van SIGMA-rapporten bleek de tekst aanvankelijk onduidelijk. Dezelfde kolommen werden dan drie of vier keer weergegeven<sup>30</sup>. In een recentere release van SIGMA komt dit niet meer voor.

### Analyse SIGMA-rapporten door de IGJ

De IGJ beoordeelde van 38 SIGMA-rapporten de gerapporteerde gezondheids- en gedragsinformatie. Deze informatie was vooral afkomstig van DT&V, COA, DJI, politie, en in een enkel geval van de IND en de Zeehavenpolitie. De focus van de IGJ lag op de bijdragen van zorgprofessionals, al was niet altijd vast te stellen wiens rapportage het betrof. Dat komt omdat soms ook niet-zorgprofessionals over deze items kunnen rapporteren.

#### *Justitiële inrichtingen*

Van de 38 SIGMA-rapporten waren er 28 afkomstig van vreemdelingen in een justitiële inrichting. In de rapporten van deze vreemdelingen trof de IGJ in alle 28 dossiers tekst aan onder gezondheids- en gedragsinformatie. Een groot deel van deze informatie was ingevuld door DT&V, COA en politie. De bijdragen vanuit DJI (en dus ook vanuit de medische diensten van DJI) waren summier. In een aantal SIGMA rapporten stond vanuit DJI geen gezondheids-/gedragsinformatie terwijl je dat op basis van de omvang en inhoud van het medisch dossier dat de IGJ inzag, redelijkerwijs wel zou verwachten. Door andere (niet medische) functionarissen gerapporteerde gedrags- en gezondheidsinformatie in SIGMA, bevestigt dit beeld. In veel SIGMA-rapporten stond namelijk slechts ja of nee aangegeven bij items onder gezondheids- en/of gedragsinformatie. Het bleek lastig om deze ja of nee te interpreteren in het licht van informatie gegeven door andere functionarissen dan van de medische diensten. In een aantal gevallen is naast een ja bijvoorbeeld

<sup>30</sup> Met name de KMar en de Inspectie JenV maken bij de voorbereiding van respectievelijk de uitvoering en observatie van begeleide gedwongen vertrekacties gebruik van geprinte uitdraaien van Sigma.



aangegeven dat iemand 'bekend is bij de psycholoog', 'medicatie gebruikt voor zijn psyche', 'wordt behandeld voor ziekte', of stond bij psychische problematiek 'EZA-plaatsing' aangegeven. Ook is diverse keren bij een ingevulde ja aangegeven dat voor meer informatie de medische dienst kon worden gebeld of werd verwezen naar het medisch dossier<sup>31</sup>. De ketenpartners waarvoor de informatie via SIGMA bedoeld is, zijn echter niet bevoegd om het medisch dossier in te zien. De via SIGMA beschikbare informatie geeft op die manier geen concreet handelingsperspectief.

#### AZC

Van vreemdelingen die in een AZC verbleven waren er aanzienlijk minder SIGMA-rapporten beschikbaar (10). Dat komt doordat er pas informatie voor SIGMA wordt gegenereerd wanneer een uitzetting in zicht is. In deze tien documenten stond in vier gevallen iets ingevuld bij gezondheids- en gedragsinformatie. De informatie was niet afkomstig van zorgprofessionals. GZA-medewerkers kunnen namelijk niet rapporteren voor SIGMA. De informatie was in de meeste gevallen afkomstig van de DT&V en het COA, soms van de politie.

#### Algemeen

In algemene zin constateert de IGJ dat veel documenten tegenstrijdige informatie bevatten afkomstig van diverse functionarissen. Oude(re) informatie conflicteert met recente informatie, maar er is ook sprake van conflicterende informatie uit dezelfde periode.

In positieve zin valt op dat de DT&V vaak duidelijk aangeeft wat de herkomst is van de informatie die zij ten behoeve van SIGMA rapporteert. Bijvoorbeeld met de toevoeging: 'betrokkene verklaart' of 'informatie van medische dienst'.

De omvang en inhoud van de informatie vanuit SIGMA wisselt sterk. Soms is de informatie te lang waardoor de kern verloren gaat. Soms rapporteert men te summier met alleen ja/nee. In dat geval biedt de informatie geen handelingsperspectief voor de ketenpartners.

Uit enkele SIGMA-rapporten bleek dat niet-medische functionarissen handelingsperspectief vanuit de medische professionals misten. In een SIGMA document stond bijvoorbeeld dat COA- en DT&V-medewerkers het lastig vonden om deze informatie te verkrijgen.

#### Evaluatie SIGMA door ketenpartners

In de rapportagefase van dit onderzoek heeft de directie Regie Migratieketen (DRM) het resultaat van een ketenbreed onderzoek naar de kwaliteit van de informatie via SIGMA beschikbaar gesteld<sup>32</sup>. De Inspecties nemen dat resultaat mee in deze rapportage<sup>33</sup>.

De ketenpartners hebben bij vijftig vreemdelingen (op basis van V-nummers) onderzocht in hoeverre de informatie uit SIGMA voldeed aan de gemaakte afspraken binnen SIGMA-verband en de werkinstructies van de ketenpartners. Daarbij is gekeken naar acht items. Bij de volgende vijf items zijn de meeste fouten geconstateerd:

<sup>31</sup> In de wederhoorfase van dit onderzoek, juli 2019, maakte COA het volgende duidelijk: juist omdat medewerkers geen diagnose kunnen stellen wordt de bron van de informatie vermeld en wordt verwezen naar het medisch dossier/de medisch professional.

<sup>32</sup> Rapport kwaliteitsmeting Sigma directie migratiebeleid d.d. 4 oktober 2018

<sup>33</sup> De vervolgacties nav dit resultaat zijn door de Inspecties niet onderzocht.



- gezondheidsinformatie
- bezittingen/bagage
- gedrag
- behandelend medewerkers
- reis- en identiteitsdocumenten

De meest voorkomende fouten zijn:

- Veld is wel gevuld maar de waarde van het gegeven is niet duidelijk/ nietszeggend voor een andere ketenpartner.
- Veld is wel gevuld maar de gegevens kloppen niet met andere gegevens.
- Veld is wel gevuld maar niet conform definitie/afspraken.
- Veld is niet gevuld terwijl dat wel zou moeten.

De bevindingen van het interne onderzoek komen overeen met de uitkomsten van de analyse door de Inspecties en bevestigen het beeld dat de informatiedeling vooral is gerelateerd aan het terugkeerproces.

## 2.2.4 Ketenbewustzijn

Deze paragraaf beschrijft in hoeverre de aandacht voor ketenbewustzijn in de praktijk effect heeft gehad. De Inspecties hebben gekeken naar ketensamenwerking op locatie en de uitwerking van ketenconferenties en gemeenschappelijke opleidingsmodulen.

### Samenwerking op locatie

Het uitgangspunt is die informatie te delen die medewerkers van elkaar nodig hebben om hun werk goed te kunnen doen. Op verschillende locaties zijn initiatieven genomen om in teamverband een ketenpartner te bezoeken om kennis te nemen van het bedrijfsproces aldaar. Zo zijn de medewerkers van een detentiecentrum op bezoek geweest bij KMar-medewerkers op Schiphol. Zij geven aan nu beter op de hoogte te zijn van wat er allemaal komt kijken bij een gedwongen uitzetting en welke informatie zij daarbij zouden moeten delen.

De mogelijkheid om fysiek samen te werken is van belang om informatie te delen. Bij een van de AZC's bleek bijvoorbeeld dat DT&V-medewerkers niet meer werden toegelaten tot ruimten van het COA<sup>34</sup>. Dit als gevolg van AVG-privacyregels die het COA had geïntroduceerd. DT&V-medewerkers vonden deze maatregel onaangenaam en het belemmerde hen bij de uitvoering van hun werk.

Daarentegen werkten ketenpartners in een ander AZC in een open sfeer nauw met elkaar samen en zagen de opvang, begeleiding en rechtmatige besluitvorming rond vreemdelingen als een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Zij werkten, voor zover de regelgeving en protocollen dat toestonden, constructief met elkaar samen. Ook lokale terugkeeroverleggen en regionale afstemmingsoverleggen (LTO's en RAO's)<sup>35</sup> dragen duidelijk bij aan meer inzicht in gezamenlijke casuïstiek en een betere afstemming tussen ketenpartners binnen het asielproces.

### Het AVG-effect

Gedurende het veldonderzoek viel op dat ketenpartners de AVG-regelgeving ieder op hun eigen wijze hadden geïmplementeerd. Dit leidde in de praktijk tot

<sup>34</sup> Zij moesten daarvoor hun sleutel inleveren.

<sup>35</sup> In het terugkeeroverleg komen relevante stakeholders zoals DT&V, COA, gemeente, politie frequent bijeen om casuïstiek rond in het AZC verblijvende asielzoekers uit te wisselen en aan te pakken.



onduidelijkheid en onzekerheid tussen ketenpartners over hoe om te gaan met het delen van informatie binnen de asielketen. Het COA had bijvoorbeeld na introductie van de AVG de agenda voor het multidisciplinaire overleg (MDO), dat op elk AZC plaatsvindt, veranderd. Functionarissen die niet bevoegd waren om kennis te nemen van bepaalde informatie, hoefden of mochten niet meer bij de bespreking van dat agendapunt aanwezig zijn.

Het gevolg was terughoudendheid in de onderlinge informatie-uitwisseling tussen ketenpartners.

### Ketenconferenties

Sinds 2014 vinden jaarlijks ketenconferenties plaats waar ketenpartners binnen de migratieketen aan deelnemen. Opvallend is dat een ruime meerderheid van de respondenten met een *uitvoerende* functie niet op de hoogte bleek van deze ketenconferenties. Een minderheid heeft er weleens van gehoord, bijvoorbeeld via een *leidinggevende*. Dat impliceert dat de ketenconferenties vooral bezocht worden door medewerkers met een coördinerend of leidinggevend functieprofiel.

### Gezamenlijke opleidingsmodules

De inspanning om binnen de migratieketen tot een gezamenlijke opleidingsmodule te komen werden begin 2017 manifest met het verschijnen van een trainershandleiding<sup>36</sup>. In de herfst van 2017 is op basis van deze handleiding een cursus aangeboden aan medewerkers van de AVIM van de nationale politie. In 2018 is deze cursus vooral aangeboden aan medewerkers die nieuw instromen bij een van de ketenpartners.

De trainershandleiding is een product van de werkgroep *Gezamenlijke Modules Ketensamenwerking*. Op basis van de handleiding maken de deelnemers kennis met de waarden en doelen van de verschillende partners in de migratieketen. Ook is er in de handleiding aandacht voor het belang van samenwerking.

De handleiding is tot stand gekomen met financiering van de Europese migratie- en veiligheidsfondsen. Naast de handleiding is ook een voorlichtingsfilm onderdeel van het cursuspakket.

Volgens de Directie Regie Migratieketen van JenV is het niet de bedoeling om alle (zittende) medewerkers in de keten te verplichten om de cursus te volgen. De cursus is met name gericht op nieuwe medewerkers die aan de slag gaan bij de verschillende ketenpartners.

Onderstaande tabel biedt een overzicht van het aantal medewerkers per organisatie dat de cursus is aangeboden<sup>37</sup>:

Organisatie	Aanbod module	Toelichting
DJI	Nog niet aangeboden binnen DJI. Oorzaak: weinig nieuwe medewerkers.	In de periode 2013 - 2014 hebben 773 DJI'ers deelgenomen aan <i>een workshop</i> informatie-uitwisseling.
KMAR	Cursussen waarin het belang van ketensamenwerking aan de	

<sup>36</sup> Trainershandleiding voor de basismodule Samenwerking in de vreemdelingenketen d.d. 17 februari 2017

<sup>37</sup> Bron: Directie Regie Migratieketen, oktober 2018.



	orde is zijn inmiddels aangeboden aan ruim 2000 KMar-medewerkers.	
Nationale Politie	Cursus ketensamenwerking is 11 keer aangeboden aan (totaal) ruim 200 medewerkers (met name van AVIM).	In 2019 gaan minimaal 4 klassen (+/- 20 personen) de module volgen.
COA	Tot nu toe is de cursus aan 111 medewerkers aangeboden.	De cursus is onderdeel van introductiedag nieuwe medewerkers (wordt 4x per jaar aangeboden).
IND	In oktober/november 2018 komt voor nieuwe medewerkers van de IND een introductiemodule beschikbaar (e-learning). Deze bevat onderdelen uit de cursus ketensamenwerking Alle nieuwe medewerkers, maar ook zittende medewerkers, kunnen deze volgen.	
DT&V	De cursus ketensamenwerking wordt gemiddeld drie keer per jaar aangeboden aan nieuwe medewerkers.	
COA, DT&V en IND hebben geprobeerd de cursus aan te bieden aan een gemengd samengestelde groep medewerkers Vanwege onvoldoende animo heeft dit nog niet plaatsgevonden.		



## 2.3 Conclusies informatiedeling

**De functionaliteit van SIGMA omvat niet de gehele vreemdelingenketen maar beperkt zich vooral tot de ketenpartners die taken hebben bij de voorbereiding van begeleid vertrek van vreemdelingen uit Nederland.**

**Het vreemdelingenbeeld dat SIGMA genereert is door aangesloten ketenpartners 24/7 raadpleegbaar voor persoonsgebonden kenmerken van een vreemdeling. De gegevens die Sigma daarbij genereert zijn echter niet 24/7 actueel, eenduidig en betrouwbaar.**

Het toepassingsbereik van Sigma omvat niet de gehele vreemdelingenketen, maar is voornamelijk gericht op het voorbereiden en realiseren van begeleid vertrek van een vreemdeling uit Nederland.

De asielketen is er met de ontwikkeling van Sigma in geslaagd een informatieknoppunt te creëren dat door alle aangesloten ketenpartners raadpleegbaar is voor een aantal persoonsgebonden kenmerken van een vreemdeling. Sommige items zijn daarbij niet real time beschikbaar en qua inhoud niet eenduidig en betrouwbaar.

**Het ketenbewustzijn groeit.**

Het ketenbewustzijn onder medewerkers groeit vooral door initiatieven om contact te zoeken met elkaar en informatie over elkaars werkprocessen uit te wisselen.

**Het doel en de uitkomsten van ketenconferenties zijn voor uitvoerende medewerkers onvoldoende helder.**

Sinds 2014 worden er jaarlijks ketenconferenties georganiseerd. Onder uitvoerende medewerkers van de ketenpartners blijkt er beperkte kennis over het bestaan, het doel, de inhoud, en opbrengst van deze conferenties. De conferenties lijken met name gericht op medewerkers met een coördinerende of leidinggevende functie.

**De inhoud voor een gezamenlijke opleiding is beschikbaar, maar in de praktijk zijn gezamenlijke opleidingen nog niet gerealiseerd.**

Tot gezamenlijke opleidingen is het binnen de asielketen nog niet gekomen. Wel is er een videopresentatie ontwikkeld over het belang van ketensamenwerking plus een bijbehorende trainershandleiding. Vanaf de tweede helft van 2017 heeft een aantal ketenpartners hier (afzonderlijk) mee gewerkt bij de introductie van nieuwe medewerkers.



## 2.4 Aanbevelingen

Met betrekking tot de informatie-uitwisseling binnen de keten bevelen de Inspecties het volgende aan, aan de directie Regie Migratieketen van het Directoraat-generaal Migratie van het ministerie van Justitie en Veiligheid, in samenspraak met de betrokken uitvoerende ketenpartners:

- Gebruik de kennis en ervaring die wordt opgedaan bij de ontwikkeling en toepassing van SIGMA voor de ontwikkeling van een informatieknooppunt ten behoeve van de gehele vreemdelingenketen.
- Verbeter het functioneren van het informatieknooppunt SIGMA; maak daartoe één ketenpartner verantwoordelijk voor de bruikbaarheid van de in SIGMA opgenomen items.
- Leg de verantwoordelijkheid voor bepaalde items voor SIGMA exclusief bij aangewezen ketenpartners die beschikken over de kennis en – waar nodig – de instrumenten om relevante informatie te verzamelen en te registreren.
- Verbeter, met inachtneming van de toepasselijke regelgeving, de registratie van gezondheidskenmerken in SIGMA op een zodanige wijze dat aan uitvoerders in de asielketen een duidelijk handelingsperspectief wordt gegeven.
- Maak met uitvoerders die geen ketenpartner zijn afspraken over de informatie-uitwisseling in het terugkeerproces; waarborg dat relevante informatie van deze uitvoerders ook in SIGMA wordt opgenomen.
- Stimuleer het gebruik van SIGMA door alle ketenpartners en in alle fasen van het terugkeerproces.
- Waarborg dat uitvoerende medewerkers eenzelfde beeld hebben van het doel en belang van de vastlegging van gegevens ten behoeve van andere gebruikers van SIGMA.
- Stimuleer en faciliteer contacten tussen medewerkers van verschillende ketenpartners, zodat zij kennis kunnen nemen van elkaars werkprocessen en de informatie-uitwisseling die voor de uitvoering van die processen noodzakelijk is.
- Evalueer het doel en de gewenste opbrengst van ketenconferenties en bepaal op grond daarvan de inhoud en doelgroep.
- Bied opleidingen ‘ketenpartnerbreed’ aan en evalueer de effectiviteit daarvan. Betrek daarbij de bevindingen uit dit onderzoek dat kennis van elkaars functie en werkproces positieve invloed heeft op de bereidheid tot het delen van informatie en de toegevoegde waarde daarvan.



# 3

## Verbetermaatregelen vastleggen en delen gezondheidsinformatie

Dit hoofdstuk start met een introductie van de belangrijkste actoren bij het vastleggen en delen van gezondheidsinformatie in het asielproces. Daarna volgt een beschrijving van de verbetermaatregelen die de IGJ onder de loep heeft genomen, de effecten daarvan in de praktijk, en de conclusies en aanbevelingen.

### **Gezondheidszorg Asielzoekers (GZA)**

GZA nam begin 2018 de gezondheidszorg voor asielzoekers over van Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A)<sup>38</sup>. Een deel van de medewerkers van GC A werkt nu bij GZA. Nagenoeg alle huisartsen die GC A onder contract had hebben nu een contract met GZA. GZA is opdrachtnemer van het COA en heeft op vrijwel elke COA-locatie een gezondheidscentrum. Deze worden bemenst door doktersassistenten, verpleegkundigen, een huisarts en een praktijkondersteuner huisarts- geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ).

GZA maakt gebruik van een huisartsinformatiesysteem (HIS) om haar medische gegevens vast te leggen.

In de overdracht van informatie heeft de zogenoemde Praktijklijn van GZA<sup>39</sup> een grote rol. De Praktijklijn heeft altijd toegang tot de HIS-dossiers van AZC-bewoners. Medewerkers van de Praktijklijn kijken in het dossier bij consultvragen, voor het maken van afspraken en bij verzoeken van ketenpartners om informatie, indien de vreemdeling daar toestemming voor heeft gegeven.

### **Medische dienst DJI-inrichting**

Iedere justitiële inrichting (DC en PI) beschikt over een eigen medische dienst. Hieraan zijn verpleegkundigen, (vaste) huisartsen, een tandarts, een fysiotherapeut, psychologen en een psychiater verbonden. De medische diensten maken voor hun informatievoorziening gebruik van een HIS. Voor het delen van informatie met niet-zorgprofessionals binnen de PI of detentiecentra gebruiken zij het TULP-systeem. Psychologen werken met een voor de GGZ ontwikkeld softwaresysteem User, dat voor (gedeeltelijke, geautoriseerde) inzage gekoppeld is aan het HIS.

<sup>38</sup> Het COA heeft de aanbesteding van de curatieve zorg voor asielzoekers per 1 januari 2018 gegund aan Arts en Zorg. Onder de naam GZA levert Arts en Zorg eerstelijns zorg aan alle asielzoekers in Nederland.

<sup>39</sup> Tijdens avond, nacht en weekend uren (ANW-uren) is GZA telefonisch bereikbaar via de Praktijklijn van GZA. Bewoners kunnen terecht bij de Praktijklijn *niet-medisch* voor zorg-, vervoers- en tandartsafspraken. De Praktijklijn *medisch* verwijst, indien nodig door medische urgentie, door naar een andere zorgverlener. In geval van spoed wordt een consult bij een huisartsenpost of ambulance georganiseerd.





De medische diensten van de detentiecentra leveren 24-uurs huisartsenzorg. Binnen een justitiële inrichting wordt de avond-, nacht- en weekend (ANW)-huisartsenzorg door externe GGD-artsen uitgevoerd. De betrokken GGD-artsen kunnen in de inrichting ter plekke het HIS inzien (om behandelnotities te plaatsen). Zij rapporteren in hun eigen FORMATIS en sturen een SOEP voor 8.00 uur op de eerste werkdag nadat ze gebeld of geweest zijn bij een gedetineerde. Deze gegevens worden vervolgens door verpleegkundigen in MicroHIS verwerkt.

De HIS-systemen van GZA en DJI zijn autonoom en communiceren niet met elkaar. Veilige communicatie en verzenden van dossiers is mogelijk via Zorgmail.

### 3.1 Verbetermaatregelen

De IGJ heeft de volgende (verbeter) aspecten onder de loep genomen:

#### Dossiervoering

Adequate dossiervoering is een basisvoorwaarde voor het goed kunnen uitwisselen van gegevens tussen verschillende zorgverleners en, indien nodig, met niet-zorgverleners. Het is daarvoor van belang relevante patiëntgegevens helder, eenduidig en gestructureerd te registreren zodat deze snel zijn terug te vinden. In een eerder onderzoek constateerde de IGJ dat de dossiervoering op een aantal punten beter kon. De verslaglegging was summier en onvolledig. Bepaalde informatie en situaties waren niet goed overgenomen of onzorgvuldig verwerkt in de dossiers. Met dit onderzoek kijkt de IGJ naar de actuele kwaliteit van de medische dossiervoering.

#### Handreiking

In mei 2016 heeft het Ministerie van Veiligheid en Justitie de *Handreiking uitwisseling medische informatie in de vreemdelingenketen* vastgesteld. In mei 2018 is deze herzien<sup>40</sup>. De Handreiking is gericht op zorgprofessionals die werken in of met de vreemdelingenketen. Het doel is een eenduidige interpretatie te geven van de geldende wet- en regelgeving over het delen van medische of gezondheidsinformatie, met inachtneming van het medisch beroepsgeheim. De Handreiking gaat over het delen van informatie tussen zorgprofessionals en voor het bieden van handelingsperspectief aan medewerkers zonder zorgachtergrond.

#### Toestemmingsformulier

Medio 2016 is een *Toestemmingsformulier* opgesteld, waarmee de vreemdeling al dan niet toestemming kan verlenen om medische informatie over te dragen aan zorgprofessionals binnen de keten. Aanvullend op dit formulier is in het document *Werkafspraken tussen COA, DJI, DT&V, FMMU, GGD GHOR Nederland, GZA, KMar, LHV, Nationale Politie en VZA International* (dd. 19 april 2018) vastgelegd hoe de betrokken organisaties omgaan met het delen van medische gegevens van vreemdelingen.

<sup>40</sup> Deze Handreiking is tot stand gekomen door het Ministerie van JenV in samenwerking met het Ministerie van VWS, de beroepsorganisatie Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en verschillende zorgaanbieders in de vreemdelingenketen.



## 3.2 Verbetermaatregelen in de praktijk

De IGJ toetste het vastleggen van gezondheidsinformatie door medische dossiers in te zien en te beoordelen en daarover met betrokken medewerkers in gesprek te gaan (par. 3.2.1). Daarbij is ook gevraagd naar het gebruik van het ketenbrede *Toestemmingsformulier* en de *Handreiking medische informatie-uitwisseling in de vreemdelingenketen* (3.2.2.) In de gesprekken is tevens gesproken over de informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals (3.2.3) en tussen zorgprofessionals en niet-zorgprofessionals (3.2.4).

### 3.2.1 Medische dossiervoering

Richtinggevend voor adequate medische dossiervoering is de in 2013 opgestelde *Richtlijn adequate dossiervorming met het elektronisch patiëntendossier (EPD)* van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

Aan de hand van deze richtlijn toetste de IGJ de dossiervorming bij binnenkomst (intake/screening). Daarnaast keek de IGJ naar de navolgbaarheid en volledigheid van de dossiervoering en naar de kwaliteitsbewaking ervan.

#### Medische intake bij binnenkomst en overplaatsing

Iedere vreemdeling krijgt bij binnenkomst op een COA-locatie of in een justitiële inrichting een medische intake aangeboden om de gezondheid alsmede de eventueel benodigde zorg en urgentie in kaart te brengen. Deze medische intake vormt de basis voor de verdere zorgverlening en voor de opbouw van het patiëntendossier.

De medische intake bij binnenkomst op een AZC verloopt anders dan bij binnenkomst in een justitiële inrichting.

Bij binnenkomst op een centrale opvanglocatie (COL) krijgen alle vreemdelingen een medische intake aangeboden en ontstaat er via een koppeling met IBIS automatisch een patiëntendossier in het HIS<sup>41</sup>.

Bij toetsing van de dossiers constateerde de IGJ dat de medische intake van iedere recent binnengekomen vreemdeling wordt vastgelegd. In dossiers van vreemdelingen die al langere tijd in een AZC verbleven, was een aantal keren niet duidelijk of een medische intake had plaatsgevonden. Soms ontbrak het intakeformulier.

Als een vreemdeling wordt overgeplaatst naar een andere opvanglocatie moet GZA op de nieuwe locatie controleren of er een medische intake is gedaan en of er sprake is van medische bijzonderheden. Als er geen medische intake heeft plaatsgevonden, dan wordt deze opnieuw aangeboden.

In de patiëntendossiers bleek niet (duidelijk) te zijn vastgelegd of GZA-medewerkers na overplaatsing controleerden of eerder (elders) een medische intake had plaatsgevonden. Ook de beoordeling of een nieuw binnengekomen vreemdeling medische zorg behoeft bleek niet consequent (duidelijk) vastgelegd. GZA-medewerkers gaven aan dat deze controle en beoordeling in de regel wel plaatsvinden, maar dat daarvan niet altijd een aantekening in het patiëntendossier wordt gemaakt. Zeker wanneer geen bijzonderheden worden aangetroffen, schiet het er weleens bij in. De werkwijze is persoons- en locatieafhankelijk, er zijn geen overkoepelende werkafspraken voor vastgelegd.

<sup>41</sup> GZA procesbeschrijving 'medische intake COL's'



Wanneer een vreemdeling wordt geplaatst in een justitiële inrichting zou, conform procedure<sup>42</sup>, een medische intake plaats moeten vinden binnen 24 uur. Op basis van informatie van de afdeling bevolkingsadministratie van de inrichting maakt de verpleegkundige een patiëntendossier aan in het HIS van DJI en legt daarin vervolgens de intake vast<sup>43</sup>.

Tijdens het onderzoek bleek in één justitiële inrichting bij een aantal dossiers een ingevuld intakeformulier te ontbreken. Vanwege de overplaatsing uit een andere justitiële inrichting had niet opnieuw een volledige intake plaatsgevonden, maar was een eerder uitgevoerde intake als uitgangspunt genomen.

Uit de beoordeelde dossiers bleek dat, indien tijdens de medische intake maar voren kwam dat eerder elders (para)medische behandeling had plaatsgevonden, potentieel relevante medische informatie was opgevraagd indien de vreemdeling daarvoor toestemming had gegeven. De afweging om al dan niet medische informatie op te vragen is niet in alle patiëntendossiers duidelijk te volgen. Tevens is niet in alle dossiers zichtbaar of en hoe de opgevraagde informatie is beoordeeld en of deze is meegenomen in het behandelbeleid.

### Wijze van dossiervoering

In alle getoetste patiëntendossiers van zowel GZA als DJI is op eenduidige wijze gerapporteerd volgens de SOEP-methode<sup>44</sup>. Gegevens worden gestructureerd door episodegericht te registreren<sup>45</sup>. In enkele GZA-dossiers was de episodelijst niet overzichtelijk doordat episoden onterecht niet waren gesloten. Ook het koppelen van episoden en het toekennen van attentiewaarden gebeurt niet altijd consequent, bleek uit een aantal GZA- en DJI-dossiers.

Aan de episoden zijn, op een enkel geval na, ICPC-codes toegekend<sup>46</sup>. Hiermee wordt deze informatie ook internationaal overdraagbaar.

Om informatie in het juiste dossier vast te leggen en eventuele persoonsverwisseling te voorkomen, dient bij ieder consult de identiteit van de betrokkene te worden geverifieerd. De (zorg)passen bevatten wel persoonsgegevens maar niet altijd een foto. Medewerkers van GZA melden verschillende manieren om meer zekerheid over de identiteit te krijgen. Het gaat dan om het verifiëren van de voornaam, de familieverbanden en/of andere documenten. De medewerkers zijn alert op mogelijke persoonsverwisseling maar schatten de risico's op dit punt in als gering.

Bij twijfel of een vreemdeling het consultgesprek goed kan volgen en voeren in het Engels of Nederlands dient de zorgverlener een (telefonische) tolk in te schakelen. Tolkgebruik wordt niet altijd vastgelegd in het dossier, evenmin als de afwegingen wel of geen tolk in te schakelen<sup>47</sup>.

Bij het rapporteren noteren GZA- en DJI-medewerkers consequent hun initialen in het medisch dossier. Het viel de IGJ op dat met name in de GZA-dossiers niet altijd duidelijk is van welke locatie een rapportage afkomstig is. De momenten van

<sup>42</sup> Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) OPB GW Procesbeschrijving: Afnemen intake zorg. 19 september 2016.

<sup>43</sup> Als een ingeslotene afkomstig is van een andere DJI-inrichting is reeds een medisch dossier beschikbaar. Het HIS van DJI en het HIS van GZA zijn afzonderlijke systemen die niet met elkaar communiceren.

<sup>44</sup> De SOEP-methode is een werkwijze om structuur aan te brengen in het medisch dossier. De afkorting staat voor: Subjectief, Objectief, Evaluatie en Plan.

<sup>45</sup> Een episode is een verzameling van alle relevante gegevens over een gezondheidsprobleem.

<sup>46</sup> ICPC staat voor: International Classification of Primary Care en is in Nederland geaccepteerd als standaard voor het coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartsenpraktijk.

<sup>47</sup> Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg (2014).



overplaatsing zijn hierdoor moeilijk herleidbaar. Positieve uitzonderingen hierop vormden de dossiers waarin overplaatsingen duidelijk gemarkeerd waren.

### Volledigheid dossiervoering

In de door de IGJ getoetste dossiers bij GZA en de justitiële inrichtingen bleken diagnostische bepalingen structureel te zijn vermeld. Dit geldt ook voor aanvragen en resultaten van aanvullende (externe) onderzoeken en eventuele verwijzingen, veelal begeleid met een samenvatting van de bevindingen en correspondentie. Contextuele gegevens (psychosociale zorg, sociale gegevens, familieanamnese, wensen rond zorg) dienen ook in het patiëntendossier te worden opgenomen. IGJ zag hierbij verschillen per instelling en per medewerker. Sommige dossiers bevatten nauwelijks contextuele informatie terwijl in andere dossiers uitgebreide contextbeschrijvingen waren vastgelegd.

Bij de dossiertoetsing was op drie van de vier bezochte GZA-locaties een actueel en compleet medicatieoverzicht per patiënt beschikbaar. Op één GZA-locatie trof de IGJ onvolkomenheden aan in een aantal medicatieoverzichten. Oude medicatie bleef zichtbaar in het overzicht en er zat overlap in recepten van dezelfde medicatie. Medewerkers beschouwden het systeem als niet betrouwbaar en konden niet aangeven of, en zo ja welke acties in gang waren gezet om dit te verbeteren.

Op een enkel dossier na bevatten de getoetste dossiers in de justitiële inrichtingen een actueel en compleet medicatieoverzicht.

### Kwaliteitsbewaking dossiervoering

Een huisarts dient voor iedere patiënt een volledig patiëntendossier aan te leggen én bij te houden. De werkwijzen rondom kwaliteitsbewaking van de dossiervoering lopen uiteen in de verschillende bezochte instellingen.

Bij GZA zijn er geen overkoepelende afspraken over structurele en/of steekproefsgewijze controles op volledigheid en kwaliteit van de dossiervoering. Dit wordt gezien als een verantwoordelijkheid van de gecontracteerde huisartsen<sup>48</sup>. Op één bezochte GZA-locatie gaf men aan dat de huisarts bij een hulpvraag het dossier controleert en opschoont indien nodig. Elders gaven verpleegkundigen aan dat zij de dossiervoering van de huisartsen controleren en eventuele aangebrachte correcties aan hen terugkoppelen.

De DJI-procedures schrijven een steekproefsgewijze dossiercontrole voor door het hoofd zorg op onder meer volledigheid en accordering van de intake<sup>49</sup>. De uitvoering daarvan bleek uiteen te lopen: van het toetsen bij klachten over de zorg door het hoofd zorg tot gestructureerde toetsingen op vaste momenten met een aantal vaste toetsingsitems.

## 3.2.2 Toepassing handreiking en toestemmingsformulier

Voor continuïteit van zorg aan vreemdelingen is het tijdig delen van medische- en gezondheidsinformatie noodzakelijk. Informatie-uitwisseling wordt echter begrensd door het medisch beroepsgeheim. Zoals beschreven in paragraaf 3.1 geven de *Handreiking Uitwisseling medische informatie in de vreemdelingenketen* en het *Toestemmingsformulier* handvatten hoe om te gaan met deze begrenzing. De IGJ toetste in hoeverre zorgprofessionals de Handreiking en het toestemmingsformulier als uitgangspunt nemen.

<sup>48</sup> GZA heeft daarnaast veel handleidingen ter ondersteuning van het werken in het HIS beschikbaar. Deze zijn voor alle medewerkers en contracthoudende huisartsen via het intranet toegankelijk.

<sup>49</sup> Professioneel statuut zorg GW-VB. DJI, september 2016 en OBP GW Procesbeschrijving: Uitvoeren zorg, 4 oktober 2018.



### Handreiking medische informatie-uitwisseling

Het delen van medische en (daarvan afgeleide) gezondheidsinformatie door zorgprofessionals met een medisch beroepsgeheim is in alle instellingen een belangrijk punt van aandacht. Wanneer wel, wanneer niet, hoeveel, met wie wel en met wie niet zijn terugkerende vragen. De in 2016 vastgestelde en in 2018 herziene *Handreiking medische informatie-uitwisseling in de vreemdelingenketen* zou hierover duidelijkheid moeten bieden.

De IGJ constateerde dat de Handreiking bij alle gesprekspartners weliswaar bekend is maar dat een minderheid van de respondenten de Handreiking ooit daadwerkelijk heeft ingezien<sup>50</sup>. De uitgangspunten zoals beschreven in de beslisboom van de Handreiking waren bij de respondenten wél bekend en worden toegepast in de dagelijkse praktijk. De Handreiking wordt gezien als een beschrijving van het huidige werkproces en de bestaande regels en wordt om die reden niet actief gebruikt.

### Toestemmingsformulier delen medische gegevens

Om het delen van medische gegevens in de vreemdelingenketen te verbeteren is een toestemmingsformulier met folder ontwikkeld en zijn hierover werkafspraken gemaakt. Hiermee kan de vreemdeling toestemming geven (of weigeren) voor het delen van medische gegevens voor zolang hij zich in de vreemdelingenketen bevindt. Uitgangspunt is dat de zorgprofessional, mits de vreemdeling daartoe toestemming heeft gegeven, het patiëntendossier overdraagt aan de volgende zorgprofessional.

De dag voor de medische screening op de COL krijgen vreemdelingen het toestemmingsformulier uitgereikt om alvast door te lezen. Bij de medische screening wordt het formulier ingevuld. De ervaring van de respondenten in het onderzoek was dat de meeste vreemdelingen toestemming geven om medische informatie in de keten te delen. Het toestemmingsformulier wordt zoveel mogelijk in de eigen taal uitgereikt. Als dit niet lukt of als mensen het toestemmingsformulier niet goed begrijpen wordt een tolk ingeschakeld. De IGJ hoorde van respondenten dat medewerkers soms twijfelen over het gebruik en de reikwijdte van het formulier. In specifieke situaties vragen zij de vreemdeling voor de zekerheid aanvullend toestemming.

De interne werkafspraken<sup>51</sup> hierover waren bij de gesproken medewerkers niet bekend en de werkwijze verschilt per locatie en inrichting.

De ondertekende formulieren waaruit toestemming dan wel weigering blijkt, moeten worden opgenomen in het patiëntendossier. Tijdens de dossiertoetsing bleek dat bij de meerderheid van de dossiers (nog) geen toestemmingsformulier aanwezig was. Daar zijn meerdere redenen voor. Het kwam bijvoorbeeld voor dat de documenten buiten het patiëntendossier werden bewaard.

Wanneer een vreemdeling reeds voor invoering van het toestemmingsformulier in Nederland was aangekomen, was er ook geen toestemmingsformulier.

Wanneer er wel een toestemmingsformulier in een dossier zat, bleek dit niet altijd volledig ingevuld (bijvoorbeeld geen ja of nee aangekruist, dus onbruikbaar) of was de gescande versie van slechte, soms zelfs onleesbare kwaliteit.

In algemene zin stelde de IGJ vast dat zorgvuldig wordt omgegaan met het vragen om toestemming. In alle onderzochte dossiers waarbij informatie was gedeeld of opgevraagd, was vooraf toestemming gevraagd aan de betreffende vreemdeling.

<sup>50</sup> Sommige respondenten gaven aan dat ze hem voor het eerst hadden ingezien toen dit onderzoek naar informatieoverdracht aangekondigd werd.

<sup>51</sup> Met interne afspraken wordt bedoeld op de procesbeschrijving 'Medische intake COLs', deze procesbeschrijving is alleen relevant voor de COL en niet bekend bij alle medewerkers. Er is een procesbeschrijving voor alle medewerkers hoe zij een intake dienen af te nemen.



### 3.2.3 Informatiedeling tussen zorgprofessionals

De IGJ heeft in haar onderzoek, behalve naar de informatie-uitwisseling tussen zorgverleners van ketenpartners GZA en DJI, ook gekeken naar de gegevensoverdracht bij verhuizing van de ene naar de andere COA-locatie en bij overplaatsingen tussen de verschillende justitiële inrichtingen.

#### Informatie-uitwisseling bij overplaatsing van AZC naar AZC

GZA-medewerkers ontvangen van het COA dagelijks instroomlijsten met daarin de namen van nieuw binnengekomen bewoners. De patiëntendossiers van deze bewoners zijn op de nieuwe locaties direct toegankelijk voor GZA.

Bij bewoners die behoren tot een (medische) risicogroep streeft GZA ernaar een warme overdracht te verzorgen bij overplaatsing<sup>52</sup>, maar vaak gebeurt dat pas op het moment van of na de overplaatsing. Het COA kondigt overplaatsingen in de regel niet vooraf aan. Het komt voor dat het niet mogelijk is om op voorhand bijvoorbeeld thuiszorg of benodigde hulpmiddelen op het nieuwe AZC te organiseren, waardoor de continuïteit van zorg in het geding kan komen.

Op één locatie gaven de GZA-zorgverleners aan dat zij niet graag eerder over een aanstaand vertrek geïnformeerd willen worden dan de vreemdeling zelf. Dit zou een vertrouwensbreuk kunnen veroorzaken. Niet alleen bij de desbetreffende vreemdeling, maar ook bij de andere vreemdelingen die (via-via) op de hoogte raken van deze gang van zaken.

#### Informatie-uitwisseling bij overplaatsing van een AZC naar een detentiecentrum (of andersom)

Als een vreemdeling van een COA-locatie naar een detentiecentrum wordt overgeplaatst voorafgaand aan een uitzetting, dient GZA binnen maximaal 24 uur het complete medisch dossier over te dragen aan de medische dienst van het detentiecentrum. Wanneer een vreemdeling voor het eerst binnen een detentiecentrum of PI verblijft, raadpleegt de medische dienst SIGMA en vraagt, na toestemming van de vreemdeling, het patiëntendossier op bij de Praktijklijn van GZA. De Praktijklijn stuurt het patiëntendossier over het algemeen dezelfde dag toe. Als zich binnen de eerste 24 uur medische incidenten voordoen, beschikt het detentiecentrum niet altijd over alle medische informatie om goede zorg te kunnen geven. In de Handreiking staat beschreven hoe GZA en detentiecentra elkaar kunnen bereiken om dit risico te beperken. Bij de Praktijklijn van GZA is een specifiek telefoonnummer beschikbaar voor overleg. Dat bleek echter niet bij alle geïnterviewde medewerkers van de detentiecentra bekend. Hierdoor werd soms pas na het weekend informatie opgevraagd bij GZA, terwijl de vreemdeling al sinds vrijdag in het detentiecentrum verbleef.

Recent is er een nieuwe manier van dossieroverdracht van GZA naar DJI ingevoerd. DT&V geeft een signaal aan de Praktijklijn van GZA dat een dossier naar een detentiecentrum moet worden verstuurd vanwege een (aankomende) overplaatsing. Deze werkwijze is vanaf begin juli 2018 van kracht en kan alleen worden gevolgd indien het ketenbrede toestemmingsformulier in het dossier aanwezig is.

Het komt ook voor dat een vreemdeling vanuit een detentiecentrum wordt teruggeplaatst naar een AZC. Het patiëntendossier wordt dan door het detentiecentrum aan de Praktijklijn van GZA overgedragen.

<sup>52</sup> 'Ketenrichtlijn continuïteit van zorg rondom verhuizingen', afspraken tussen COA en GZA over het waarborgen van de continuïteit van zorg bij verhuizing van asielzoekers en vergunninghouders.



### Informatie-uitwisseling bij overplaatsing tussen twee justitiële inrichtingen

De medische diensten van de justitiële inrichtingen krijgen via de bevolkingsadministratie informatie over in- en uitplaatsingen. DJI werkt met een doorlopend HIS-dossier: het in een eerdere justitiële inrichting opgebouwde patiëntendossier kan direct na verhuizing geopend worden door de medische dienst in de nieuwe justitiële inrichting. Bij onduidelijkheid is er contact tussen de medische diensten.

Om een eenduidige werkwijze te bevorderen hebben de detentiecentra regelmatig overleg. Om de communicatie tussen detentiecentra en de penitentiaire inrichting (PI) Ter Apel beter te laten verlopen, sluit het hoofd zorg van PI Ter Apel sinds medio 2017 ook aan bij deze overleggen<sup>53</sup>.

### 3.2.4 Informatiedeling tussen zorgprofessionals en niet-zorgprofessionals

Deze paragraaf gaat over het delen van gezondheidsinformatie tussen zorgverleners en niet-zorgverleners met het oog op het bieden van handelingsperspectief. Handelingsperspectief maakt duidelijk hoe, vanuit medisch perspectief, om te gaan met de zorg aan een persoon zonder expliciete kennis van de medische indicaties daarvoor.

#### Het delen van informatie ten behoeve van handelingsperspectief

Wanneer zorgprofessionals aan niet-zorgprofessionals informatie geven over wat zij, vanuit gezondheidsperspectief, in bepaalde situaties kunnen en moeten doen met bewoners en ingeslotenen, wordt dat het bieden van handelingsperspectief genoemd<sup>54</sup>.

Voor GZA en voor de medische diensten van DJI vormen in dat kader respectievelijk de COA- en leefafdelingmedewerkers van een justitiële inrichting een ketenpartner waarmee informatie wordt uitgewisseld. Het zijn medewerkers die veel tijd met de vreemdeling doorbrengen en daardoor zicht hebben op iemands (gezondheids)toestand. Het is daarom van belang dat voldoende relevante gezondheidsgegevens worden uitgewisseld tussen begeleiders en zorgprofessionals. Dit om passende zorg te gedurende het verblijf te kunnen waarborgen. Zorgprofessionals moeten zich hierbij houden aan het medisch beroepsgeheim.

Tijdens het onderzoek stelde de IGJ vast dat zorgprofessionals zich bewust zijn van de noodzaak om handelingsperspectief te bieden aan niet-zorgverleners maar dat de mate van informatie die gedeeld wordt uiteenloopt per zorgverlener en per locatie. Hoe meer contact en samenwerking tussen medewerkers van diverse disciplines, hoe meer informatie men met elkaar deelt om handelingsperspectief te bieden.

Informatie-uitwisseling en het bieden van handelingsperspectief komen in zorgopleidingen aan de orde maar respondenten geven aan dat vooral werkervaring belangrijk is bij de afweging om informatie al dan niet te delen.

<sup>53</sup> PI Ter Apel heeft een landelijke bestemming voor afgestrafte vreemdelingen (zogenaamde VRIS'ers) die na afloop van hun straf worden uitgezet. De DT&V heeft binnen de muren van de PI een afdeling die de uitzettingen van deze doelgroep voorbereidt.

<sup>54</sup> Zorgprofessionals delen geen medische informatie met niet-zorgprofessionals indien de bewoner/cliënt daarvoor geen toestemming heeft gegeven.



De zorgprofessionals vinden de contacten en de informatie-uitwisseling met COA- en afdelingsmedewerkers van DJI effectief. In meerdere patiëntendossiers van GZA waren afspraken, die met COA waren gemaakt over de betreffende vreemdeling, terug te vinden. Medewerkers van DT&V, KMar en DV&O, die ook afhankelijk zijn van gezondheidsinformatie, geven echter een ander beeld. Deze ketenpartners vinden zorgverleners (te) terughoudend in het delen van gezondheidsinformatie.

De zorgprofessionals hechten veel waarde aan structurele momenten om (gezondheids-)informatie te delen, zoals een multidisciplinair overleg (MDO). Op alle locaties neemt een vaste vertegenwoordiging deel aan deze overleggen. In de praktijk blijkt deelname weleens lastig vanwege bijvoorbeeld de (uitzonderlijke) omstandigheid dat een GZA-post niet beschikbaar is op een AZC-complex of omdat een GZA-medewerker niet beschikbaar is vanwege parttime dienstverbanden. Een terugkoppeling over gezondheids-gerelateerde zaken uit het MDO zag de IJG slechts incidenteel terug in de patiëntendossiers.

Bij de justitiële inrichtingen weten zorgverleners en medewerkers van de leefafdelingen elkaar ook buiten de georganiseerde overlegmomenten makkelijk te vinden voor informatie. Binnen de besloten setting van een justitiële inrichting komt men elkaar nu eenmaal vaak tegen op de werkvloer.

De zorgprofessionals wisselen behalve met het COA en de leefafdelingen ook met andere ketenpartijen informatie uit. Welke partijen dat zijn varieert per instelling. Zo hebben de medische diensten van de justitiële inrichtingen contact met de DT&V en de KMar in verband met het (gedwongen) vertrek van vreemdelingen. Ook is er vanuit GZA email- of telefonisch contact met DT&V en KMar. Dat geldt eveneens voor het contact dat GZA heeft met bijvoorbeeld NIDOS en Vluchtelingenwerk Nederland.

De mate van informatie-uitwisseling hangt hierbij vooral af van de bestaande onderlinge contacten.

### 3.3 Conclusies gezondheidsinformatie

#### **Kwaliteit medische dossiervoering is voldoende; wel zijn er enige aandachtspunten.**

De medische dossiervoering is bij het grootste deel van de bezochte organisaties ordentelijk en voldoende eenduidig. Wel zijn er aandachtspunten op het gebied van de overzichtelijkheid en de navolgbaarheid. Kwaliteitscontrole van de medische dossiervoering vindt alleen in de detentiecentra structureel plaats.





Bij enkele instellingen constateerde de IGJ aandachtspunten, zoals het vastleggen van de afweging voor de inzet van een tolk, de inventarisatie van de zorgbehoefte na overplaatsing, het overnemen van verouderde intakes en de inzichtelijkheid van de verblijfsgeschiedenis. De mogelijkheden van het episodegericht registreren worden nog niet overal volledig benut, terwijl dit voor de navolgbaarheid en overdraagbaarheid van (complexe) dossiers van groot belang is.

De IGJ constateerde bij de GZA verschillen in de kwaliteit van de patiëntendossiers. Binnen GZA bestaan geen werkafspraken en/of procedures over de kwaliteitsbewaking van de medische dossiervoering.

In de bezochte PI ontbrak de kwaliteitsbewaking van patiëntendossiers, ondanks de werkafspraken die DJI hierover heeft vastgelegd.

#### **Handreiking medische informatie-uitwisseling mist doel.**

Een ruime meerderheid van de zorgprofessionals ziet geen toegevoegde waarde in deze handreiking. Zij stellen dat de inhoud in de praktijk al bekend is en onderdeel is van bestaande protocollen.

Zorgprofessionals beschouwen de handreiking als een beschrijving van de huidige praktijk en vinden gebruik van het document niet nodig. Een enkeling gaf aan de handreiking ooit te hebben ingezien.

#### **Toestemming vragen voor het delen van medische informatie gebeurt zorgvuldig. De toepassing van het ketenbrede toestemmingsformulier kan beter.**

Zorgprofessionals gaan zorgvuldig om met het vragen van toestemming om medische informatie te delen. De werkafspraken over het gebruik van de ketenbrede toestemmingsformulieren bleken bij veel respondenten echter onbekend.

De IGJ stelt vast dat er zorgvuldig wordt omgegaan met het vragen van toestemming. In alle onderzochte dossiers waarbij informatie was gedeeld of opgevraagd, bleek vooraf toestemming gevraagd aan de vreemdeling. Bij twijfel over het formulier was vaak nogmaals toestemming gevraagd. De werkafspraken over het gebruik van de ketenbrede toestemmingsformulieren bleken bij veel respondenten (medische professionals) echter onbekend. In veel dossiers was (nog) geen ketenbreed toestemmingsformulier aanwezig, was het formulier niet volledig ingevuld of was de gescande versie slecht leesbaar.

Als er een formulier aanwezig is in het dossier, dan betreft het een dossier dat is aangemaakt na 1 januari 2018 (introductie toestemmingsformulier). De ketenpartners verwachten dat vanaf nu de formulieren zijn terug te vinden in alle dossiers.



**Goede dossieroverdracht tussen GZA-locaties. Wanneer informatie pas kort voor uitzetting of overplaatsing beschikbaar is frustreert dat een proactieve zorgoverdracht.**

De uitwisseling van dossierinformatie tussen GZA-locaties verloopt goed. De informatie die pas kort voor uitzetting of overplaatsing beschikbaar is bemoeilijkt een warme overdracht en/of maakt het proactief regelen van eventuele (vervolg)zorg of opvang lastig.

Omdat GZA op alle locaties met hetzelfde huisartsinformatiesysteem (HIS) werkt is de informatie-uitwisseling tussen COA-locaties geborgd. De mogelijkheid tot een proactieve, warme overdracht is er vaak niet omdat overplaatsingen meestal niet door het COA worden aangekondigd. Dit brengt een risico met zich mee voor de continuïteit van zorg en kan GZA-medewerkers veel ad hoc-regelwerk onder hoge tijdsdruk opleveren.

**De Praktijklijn faciliteert tijdige dossieroverdracht tussen GZA en DJI-instellingen. Gebruik Praktijklijn door DJI kan beter.**

Een tijdige overdracht van medische dossiers tussen GZA en DJI (en andersom) is georganiseerd via de 24/7 bereikbare (telefonische) Praktijklijn van GZA. De detentiecentra maken van deze mogelijkheid echter onvoldoende gebruik.

Bij een overplaatsing van een vreemdeling van een AZC naar een justitiële inrichting is de eerste 24 uur niet altijd alle relevante medische informatie bekend bij de detentiecentra. Er zijn afspraken om de risico's in deze 24 uur te beperken, maar de IGJ constateerde dat deze niet bij alle (belanghebbende) respondenten bekend waren. Ook de mogelijkheid om in het weekend patiëntendossiers op te vragen bij de Praktijklijn was niet overal bekend.

De effectiviteit van de nieuwe werkwijze, waarbij de DT&V voorafgaand aan een overplaatsing een signaal geeft aan de Praktijklijn van GZA om het patiëntendossier over te dragen, heeft de IGJ niet kunnen toetsen. De invoering hiervan vond namelijk plaats tijdens het onderzoek.

**Zorgprofessionals binnen de asielketen zijn bereid tot informatiedeling met niet-zorgprofessionals maar doen dit niet op uniforme wijze.**

Zorgprofessionals zijn zich bewust van het nut en de noodzaak om informatie te delen met niet-zorgprofessionals om hen handelingsperspectief te bieden. Welke informatie zij wanneer en met wie delen is echter niet vastgelegd. De ketenpartners hanteren daarbij verschillende afwegingen.

De zorgprofessionals ervaren de informatie-uitwisseling en het contact met COA- en afdelingsmedewerkers van DJI als goed. Toch stuiten zorgprofessionals soms op onbegrip wanneer zij naar het oordeel van hun niet-medische collega's te weinig informatie willen of kunnen delen. Goede samenwerking en ketenbewustzijn blijken van groot belang om het wederzijds begrip te vergroten en de informatie-uitwisseling te optimaliseren.



## 3.4 Aanbevelingen

Op grond van de resultaten en conclusies komen de inspecties tot de volgende aanbevelingen:

- Aan GZA, Detentiecentra en PI:  
zorg voor voldoende overzichtelijkheid en navolgbaarheid in de medische dossiervoering.
- Aan GZA:  
maak overkoepelende afspraken over de structurele kwaliteitsbewaking van de dossiervoering.
- Aan de PI:  
zorg voor naleving van de werkafspraken over de kwaliteitsbewaking van de dossiervoering.
- Aan de bij het opstellen van de Handreiking betrokken partijen:  
Verhelder zo nodig nut en noodzaak van de handreiking en draag zorg voor eventuele verdere implementatie.
- Aan GZA en DJI:  
Zie erop toe dat toestemmingsformulieren standaard zorgvuldig worden verwerkt in de patiëntendossiers.
- Aan GZA en DJI:  
Draag zorg voor duidelijke werkafspraken over de toepassing van het toestemmingsformulier en communiceer deze naar alle betrokken ketenpartners.
- Aan DJI en COA:  
Maak overplaatsingen tijdig bekend zodat de continuïteit van zorg kan worden gewaarborgd.
- Aan DJI:  
Zorg dat afspraken over dossieroverdracht, zoals de 24/7-bereikbaarheid van de Praktijklijn, bekend zijn en zie toe op naleving van deze afspraken.<sup>55</sup>
- Aan GZA: Zorg voor een (pro)actieve rol bij het bieden van handelingsperspectief aan ketenpartners. Dat kan bijvoorbeeld door het stimuleren, ontwikkelen en faciliteren van een inhoudelijke dialoog tussen zorgprofessionals en medewerkers met andere taken en verantwoordelijkheden binnen de asielketen.



# Bijlage

## Ketenpartners en hun informatiesystemen

Het asielproces in Nederland is een verantwoordelijkheid van meerdere organisaties met een verscheidenheid aan taken. Deze bijlage biedt inzicht in de kerntaken van deze organisaties, hun rol binnen het asielproces en de ondersteunende systemen.

### **Afdeling Vreemdelingen, Identificatie en Mensenhandel (AVIM)**

De eerste stap in het asielproces is een zorgvuldige identiteitsvaststelling voor het antwoord op de vragen: wie is deze persoon en waar komt hij/zij vandaan.

Dit is primair een taak van AVIM, een onderdeel van de nationale politie.

Medewerkers van dit politieonderdeel trekken na welke identiteit een asielzoeker heeft en uit welk land hij afkomstig is. Dit is eenvoudig te achterhalen als een asielzoeker bij zijn aanvraag beschikt over geldige identiteitspapieren. Het is complexer als deze papieren ontbreken of vals zijn. Identiteit en herkomst zijn belangrijke basisgegevens voor de start en het verloop van de asielaanvraag.

AVIM checkt ook of er aanwijzingen zijn die de asielzoeker in relatie brengen met ondermijnende activiteiten, waaronder terrorisme.

AVIM-medewerkers werken ten tijde van het veldonderzoek nog hoofdzakelijk in het systeem Politie Suite Handhaving Vreemdelingen (PSH-V). Het is een systeem dat de taken van AVIM breed ondersteunt, dus niet uitsluitend in de fase van asielaanvraag. Ook gedurende het verblijf in een asielzoekerscentrum (AZC) is AVIM verantwoordelijk voor het toezicht op de vreemdeling en registreert dan informatie in PSH-V.

### **Koninklijke Marechaussee (KMar)**

AVIM kan terugvallen op de expertise van de Koninklijke Marechaussee (KMar) als het gaat om een nadere beoordeling van identiteitspapieren. De KMar beschikt over (technische) middelen om de juistheid van identiteitsgegevens te verifiëren.

De brigade Vreemdelingenzaken van de KMar te Schiphol is verantwoordelijk voor de begeleiding van uitgeprocedeerde asielzoekers die Nederland gedwongen moeten verlaten.

De KMar maakt gebruik van het vreemdelingen basissysteem (VBS) en levert ter zake vrijheid ontnemende maatregelen informatie voor SIGMA. Voor specifieke taken op het terrein van identificatie kan zij ook het systeem basisvoorziening identiteit (BV-ID) van de nationale politie en het systeem Edison/Diks (een kennisbank voor specimen) raadplegen.

In het aanmeldcentrum Ter Apel werkt de KMar met een vaste bezetting die door de IND geautoriseerd is om het IND-systeem INDIGO te raadplegen.



### **Immigratie- en Naturalisatie Dienst (IND)**

De IND beslist op aanvragen van vreemdelingen die de Nederlandse overheid om bescherming vragen. Na indiening van de asielaanvraag wordt allereerst onderzocht via welke procedure de aanvraag moet worden behandeld. Daarna vindt de verdere (al dan niet inhoudelijke) beoordeling van de asielaanvraag plaats.

Daarnaast is de IND verantwoordelijk voor andere processen binnen de migratieketen die niet in dit onderzoek zijn betrokken.

De IND maakt voor haar taken gebruik van het informatiesysteem INDiGO. Een systeem dat het volledige bedrijfsproces omvat. De uitwisseling van informatie tussen IND en ketenpartners vindt in beginsel volledig digitaal plaats. Tijdens het veldonderzoek is er in een enkel geval nog sprake van fysieke dossieruitwisseling.

Informatie die de IND-medewerker gebruikt bij het beslissen op een asielaanvraag, is beschikbaar via het intranet van de IND.

### **Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA)**

Het COA is verantwoordelijk voor de opvang, huisvesting en begeleiding van asielzoekers. De regel is dat een vreemdeling die een asielaanvraag heeft ingediend, gedurende de behandeling daarvan recht heeft op opvang. Als de asielaanvraag wordt afgewezen eindigt uiteindelijk het recht op opvang.

Het COA maakt voor haar informatievoorziening gebruik van het Integraal Bewoners Informatiesysteem (IBIS). IBIS omvat informatie die relevant is voor het verblijf in COA-accommodaties en volgt de asielzoeker gedurende zijn verblijf op de verschillende COA-locaties. Het uitgangspunt is dat er binnen het COA volledig digitaal gewerkt wordt. Inhoudelijk ondersteunende informatie is voor COA-medewerkers toegankelijk via het intranet door het raadplegen van het zogeheten 'Plein'.

### **GezondheidsZorg Asielzoekers (GZA)**

De gezondheidszorg voor asielzoekers is in handen van Gezondheidszorg Asielzoekers (GZA). GZA heeft begin 2018 de gezondheidszorg voor asielzoekers overgenomen van GC A (gezondheidscentrum asielzoekers)<sup>56</sup>. Een deel van de GC A-medewerkers is thans werkzaam bij GZA. Nagenoeg alle huisartsen die GC A onder contract had hebben nu een contract met GZA. GZA is opdrachtnemer van het COA en heeft op vrijwel elke COA-locatie een gezondheidscentrum. De gezondheidscentra worden bemenst door doktersassistenten, verpleegkundigen, een praktijkondersteuner Huisarts-Geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) en een (parttime) huisarts.

GZA maakt gebruik van een huisartsinformatiesysteem (HIS) om haar medische gegevens vast te leggen.

### **Dienst Terugkeer en Vertrek (DT&V)**

De DT&V coördineert het terugkeerproces van vreemdelingen zonder verblijfsrecht binnen de asielketen. Spil in dat proces is de regievoerder die, vaak gekoppeld aan een COA-locatie of detentiecentrum, het vrijwillig of gedwongen vertrek in verschillende gesprekken met de asielzoekers voorbereidt. Dit alles wordt vastgelegd in een vertrekplan. De regievoerder onderhoudt actief contact met andere partners in de keten, onder andere via het lokaal terugkeeroverleg (LTO). In

<sup>56</sup> Het COA heeft de aanbesteding van de curatieve zorg voor asielzoekers per 1 januari 2018 gegund aan Arts en Zorg. Onder de naam GZA levert Arts en Zorg eerstelijns zorg aan alle asielzoekers in Nederland.



dit (meestal) tweewekelijks LTO wisselen de deelnemerscasuïstiek uit over vertrek plichtige asielzoekers.

De DT&V gebruikt voor het bedrijfsproces het informatiesysteem Terugkeer en Vertrek (IS-TV). Het uitgangspunt is om volledig digitaal te werken.

### Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)

DJI is verantwoordelijk voor het insluiten van vreemdelingen die Nederland niet legaal inkomen, illegaal in Nederland verblijven, gedwongen moeten vertrekken of vanwege een detentie<sup>57</sup>. DJI is ook verantwoordelijk voor de zorg aan deze mensen. DJI heeft tijdens het veldonderzoek voor vreemdelingen drie locaties beschikbaar: het justitieel centrum Schiphol en de detentiecentra in Rotterdam en Zeist<sup>58</sup>. Daarnaast kent de vreemdelingenketen een zogenaamde VRIS-voorziening, de penitentiaire inrichting (PI) in Ter Apel<sup>59</sup>. DJI maakt voor haar werkproces gebruik van het TULP-informatiesysteem<sup>60</sup> en van MicroHis<sup>61</sup>.

### Dienst Vervoer en Ondersteuning (DV&O)

DV&O is een zelfstandig landelijk opererend onderdeel van DJI dat zich primair richt op het vervoer van arrestanten, gedetineerden en vreemdelingen. Daarnaast ondersteunt de DV&O diverse aan JenV gelieerde organisaties. Binnen de asielketen is DV&O betrokken bij het ophalen en transport van vreemdelingen. Hieronder zijn ook vreemdelingen zonder verblijfsrecht die onder regie van DT&V gedwongen worden uitgezet.

DV&O implementeerde kort voor aanvang van dit onderzoek het systeem DRIFE. Via een portaal kunnen geautoriseerde ketenpartners digitaal diensten van de DV&O aanvragen. Bij deze aanvraag dienen de ketenpartners de beheers- en veiligheidsrisico's en overige bijzonderheden van de betrokken justitiabele(n) aan te geven.

<sup>57</sup> Insluiting door DJI is alleen van toepassing als daar een rechtmatig genomen besluit tot toepassing van vreemdelingenbewaring ex art. 6 of 59 van de Vreemdelingenwet aan ten grondslag ligt.

<sup>58</sup> DC Zeist is thans (juli 2019) niet meer in gebruik als detentiecentrum. De gesloten gezinsvoorziening (GGV) aldaar, bestemd voor de insluiting van uit te zetten gezinnen, is nog wel in gebruik.

<sup>59</sup> VRIS staat voor: vreemdelingen in de strafrechtketen.

<sup>60</sup> TULP is het interne informatiesysteem binnen de justitiële inrichtingen van DJI.

<sup>61</sup> MicroHis ondersteunt het medische administratieve proces van elektronische dossiervorming en – uitwisseling.



# Bijlage

## Overzicht respondenten

Locatie	Organisatie	Respondenten*
Amersfoort	Nationale Politie - AVIM	2
Amersfoort	COA	2
Amersfoort	DT&V	2
Amersfoort	GZA	4
Assen	DV&O	3
Den Helder	Nationale Politie - AVIM	1
Den Helder	COA	2
Den Helder	DT&V	1
Den Helder	Receptie/Beveiliging	1
Den Helder	GZA	4
Overloon	Nationale Politie - AVIM	1
Overloon	COA	2
Overloon	DT&V	1
Overloon	Receptie/Beveiliging	1
Overloon	GZA	3
Rotterdam	Detentiecentrum - DJI	4
Rotterdam	Detentiecentrum - MD	5
Rotterdam	DT&V	2
Schiphol	DT&V - Boekingen	2
Schiphol	IND - LMA	2
Schiphol	KMar	4
Ter Apel	Nationale Politie - AVIM	2
Ter Apel	KMar	2
Ter Apel	COA - COL	2
Ter Apel	COA - VBL	2
Ter Apel	DT&V - VBL	3
Ter Apel	IND	1
Ter Apel	GZA	5
Ter Apel	PI – DT&V	2
Ter Apel	PI - Medische Zorg	3
Ter Apel	PI – D&R	3
Ter Apel	DV&O	2
Zeist	Detentiecentrum - DJI	4
Zeist	Detentiecentrum - DT&V	3



Zeist	Detentiecentrum - MD	4
Zeist	Detentiecentrum COA-GVV	1
	Praktijklijn GZA	1

\*Het betreft medewerkers met verschillende functies/taken





# Bijlage

## Afkortingen

AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming
Buza	Ministerie van Buitenlandse Zaken
BVV	Basis Voorziening Vreemdelingen
COA	Centraal Orgaan opvang Asielzoekers
DC	Detentiecentrum
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DT&V	Dienst Terugkeer en Vertrek
DV&O	Dienst Vervoer en Ondersteuning
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
EZA	Extra Zorg Afdeling
FMMU	Forensisch Medische Maatschap Utrecht
GC A	Gezondheidscentrum Asielzoekers
GGD	Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
GZA	GezondheidsZorg Asielzoekers
HIS	Huisartsen Informatie Systeem
IBIS	Integraal Bewoners Informatie Systeem
ICPC	International Classification of Primary Care
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Inspectie JenV	Inspectie Justitie en Veiligheid
IND	Immigratie- en Naturalisatiedienst
INDIGO	Aanduiding van het door de IND gebruikte informatiesysteem
IS-TV	Informatiesysteem Toezicht en Vertrek
IVenJ	Inspectie Veiligheid en Justitie
KMar	Koninklijke Marechaussee
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LTO	Lokaal Terugkeer Overleg
M 118	Benaming van een fysiek formulier met kenmerken van een vreemdeling
MDO	Multi Disciplinair Overleg
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NP	Nationale Politie
OM	Openbaar Ministerie
PI	Penitentiaire Inrichting
POH-GGZ	Praktijk Ondersteuner Huisarts-Geestelijke GezondheidsZorg
RAO	Regionaal Afstemmings Overleg



RvS	Raad van State
SOEP	Subjectief Objectief Evaluatie Plan
TISOV	Tijdelijk Informatie Systeem Overdracht Vreemdelingen
TULP	Oorspronkelijk: Ten Uitvoer Legging Preventieve Hechtenis
VZA	Verenigd Ziekenvervoer Amsterdam
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandel Overeenkomst
WKKGZ	Wet Kwaliteit Klachten en Geschillen Zorg



### **Missie Inspectie Justitie en Veiligheid**

*De Inspectie Justitie en Veiligheid houdt voor de samenleving, de ondertoezichtgestelden en de politiek en bestuurlijk verantwoordelijken toezicht op het terrein van justitie en veiligheid om inzicht te geven in de kwaliteit van de taakuitvoering en de naleving van regels en normen, om risico's te signaleren en om organisaties aan te zetten tot verbetering. Hiermee draagt de Inspectie bij aan een rechtvaardige en veilige samenleving.*

#### **Dit is een uitgave van:**

Inspectie Justitie en Veiligheid  
Ministerie van Justitie en Veiligheid  
Turfmarkt 147 | 2511 DP Den Haag  
Postbus 20301 | 2500 EH Den Haag  
[Contactformulier](#) | [www.inspectie-jenv.nl](http://www.inspectie-jenv.nl)

Augustus 2019

*Aan deze publicatie kunnen geen rechten worden ontleend.  
Vermenigvuldigen van informatie uit deze publicatie is toegestaan,  
mits deze uitgave als bron wordt vermeld.*