

Toegankelijkheid huisartsenzorg asielzoekers

Den Haag, juli 2003

Aan de Bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Hierbij bied ik u het inspectierapport aan over een onderzoek naar de toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers.

De onderzoeksgegevens zijn in het tweede halfjaar van 2002 verzameld door middel van 55 onaangekondigde korte bezoeken aan de Medische Opvang Asielzoekers (MOA) en door het afnemen van een gestructureerde vragenlijst aan praktijkverpleegkundigen en huisartsen op 20 asielzoekerscentra.

De toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers is goed, maar is onvoldoende geborgd. Afspraken zijn te vaak niet schriftelijk vastgelegd.

Dit rapport heeft het karakter van een momentopname. Ten tijde van het onderzoek waren de MOA's nog bezig met de implementatie van de ontwikkelde protocollen. Tegelijkertijd liep in 2002 het aantal asielzoekers terug, hetgeen leidt tot veranderingen in de organisatie. Juist in zo'n krimpsituatie verdienen - wil de continuïteit en toegankelijkheid van deze zorg gewaarborgd blijven - de in het rapport geadviseerde maatregelen bijzondere aandacht.

Hoogachtend,

Prof. dr. J.H. Kingma

Den Haag, juli 2003

Inhoudsopgave

Samenvatting 7

Conclusie en maatregelen 9

1	Inleiding 10
2	Opzet van het onderzoek 11
2.1	Inhoud 11
2.2	Onderzochte objecten 12
2.3	Normering 12
3	De toegang tot de MOA 13
3.1	Bekendmaking spreekuur 13
3.2	Bekendmaking bereikbaarheid buiten spreekuur 13
3.3	Instructie administratie 14
3.4	Toegankelijkheid in de praktijk 14
3.5	Beoordeling 16
4	De toegang tot de praktijkverpleegkundige 17
4.1	Aanwezigheid 17
4.2	Vervanging 17
4.3	Bereikbaarheid van de praktijkverpleegkundige buiten het verpleegkundig spreekuur 17
4.4	Communicatie met de patiënt 18
4.5	Beoordeling 18
5	De toeleiding 19
5.1	Bekendheid van de huisarts met het protocol 19
5.2	Aanvullende werkafspraken 19
5.3	Overleg tussen huisarts en praktijkverpleegkundige 24
5.4	Afspraken over bijzondere groepen 26
5.5	Ervaren problemen in de toeleiding 26
5.6	Beoordeling 27
6	Toegang tot de huisarts 28
6.1	Spreekuur 28
6.2	Bereikbaarheid 28
6.3	Aanvullende afspraken Avond- nacht en weekenddienst (ANW) 29
6.4	Waarneming 29
6.5	Communicatie met de patiënt 29
6.6	Beoordeling 30
7	Summary, conclusion and measures 32

Bijlagen

- 1 Lijst van afkortingen 37

Bijlagen 2 t/m 7 zijn te vinden op www.igz.nl

- 2 Onaangekondigd bezochte AZC's
3 Checklist bliksembezoekjes AZC's en OC's
4 In het kader van de thematische rapportage bezochte centra
5 Vragenlijst THA
6 Checklist werkafspraken huisartsenzorg
7 Protocol MOA

Samenvatting

Na een aantal incidenten in de medische zorg voor asielzoekers in 2001 en 2002 verzocht de Minister de Inspectie voor de Gezondheidszorg om de toegankelijkheid van met name de huisartsenzorg te onderzoeken.

In de tweede helft van 2002 brachten de inspecteurs onaangekondigd 55 korte bezoeken aan de Medische Opvang Asielzoekers (MOA). Een aantal centra was inmiddels, vanwege het teruglopende aantal asielzoekers, gesloten. Van 49 centra is een aantal gegevens over de toegankelijkheid verkregen. In 20 centra werden daarnaast praktijkverpleegkundigen en huisartsen geïnterviewd.

In het onderzoek is gekeken naar de risicofactoren in het hele proces van huisartsenzorg aan asielzoekers, de toegankelijkheid van de MOA, de toegankelijkheid van de praktijkverpleegkundige, de kwaliteit van de toegeleiding en de toegankelijkheid van de huisarts zelf. Hierbij is gebruikgemaakt van de door GGD Nederland, Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en zorgverzekeraar Volksgezondheidszorg (VGZ) opgestelde 'checklist werkafspraken huisartsenzorg' en het door GGD Nederland opgestelde 'protocol praktijkverpleegkundig spreekuur'. Dit protocol is door GGD Nederland, naar aanleiding van bovengenoemde incidenten, versneld ontwikkeld. Ten tijde van het inspectieonderzoek was dit nog onvoldoende geïmplementeerd, hetgeen, gelet op de tijd tussen het beschikbaar komen van het protocol en het inspectieonderzoek, alleszins te begrijpen is.

Het oordeel van de inspectie over de toegankelijk van de huisartsenzorg voor asielzoekers is over het geheel positief, waarbij – het zorgproces volgend – de volgende kritische kanttekeningen moeten worden geplaatst.

Ten aanzien van de toegankelijkheid van de MOA zijn dit:

- In driekwart van de gevallen ontbreekt een schriftelijke instructie voor de administratie.
- Buiten spreekuurtijden is overdag bijna de helft van de MOA's niet rechtstreeks, maar veelal via de beveiliging, toegankelijk.
- De MOA-gebouwen zijn onvoldoende toegankelijk vanwege het ontbreken van een deurbel.

Ten aanzien van de toegankelijkheid van de praktijkverpleegkundige zijn dit:

- Buiten spreekuurtijden is overdag bijna de helft van de praktijkverpleegkundigen niet rechtstreeks, maar veelal via de beveiliging toegankelijk.
- In enkele gevallen vindt bij vervanging van de praktijkverpleegkundige alleen telefonische consultatie plaats.

Ten aanzien van de toegeleiding zijn dit:

- Niet of onvoldoende schriftelijk vastleggen of formaliseren van afspraken en werkwijzen.
- Bij vervanging telefonisch inschatten van de hulpvraag.
- In de helft van de gevallen ontbreken afspraken over de aansturing van de praktijkverpleegkundigen.

Ten aanzien van de toegankelijkheid van de huisarts zijn dit:

- In enkele gevallen triëren huisartsen telefonisch zonder mogelijkheid tot consult of visite.
- De afspraken over de bereikbaarheid van de huisarts worden onvoldoende vastgelegd.

Onvoldoende borgen van de toegankelijkheid van de zorg kan in de nabije toekomst een grotere risicofactor worden dan op dit moment. Nu kan geconstateerd worden dat de zorg toegankelijk is,

maar dat dit vooral te danken is aan de grote inzet en het verantwoordelijkheidsgevoel van de individuele hulpverleners, het enthousiasme waarmee gewerkt wordt en de veelal goede samenwerkingsrelaties. Het teruglopen van het aantal asielzoekers heeft effect op de organisatie van de MOA, hetgeen zal leiden tot minder vaste samenwerkingsrelaties, meer vervanging en waarneming. Ontbreken van duidelijke, vastgestelde afspraken en werkwijzen vergroot de kans op problemen aanzienlijk.

Conclusie en maatregelen

Conclusie

Bij een aantal incidenten die de afgelopen jaren plaatsvonden, werd verondersteld dat met name de toegeleiding door de praktijkverpleegkundige naar de huisarts oorzaak van deze incidenten was: de asielzoeker-patiënt zou van de huisarts weggehouden worden. Uit het toenmalige incidentenonderzoek bleek dat dit niet het geval was, wel werd toen al duidelijk dat afspraken en werkwijzen niet of summier schriftelijk vastgelegd waren. Dit inspectieonderzoek naar de toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers bevestigt de uitkomsten van de eerdere incidentenonderzoeken. De toegang tot de zorg is goed, evenals de toegeleiding, maar is onvoldoende geborgd.

Maatregelen

Op verschillende momenten in het zorgproces zijn verbeteringen wenselijk. De inspectie adviseert – het zorgproces volgend - de volgende maatregelen te nemen:

- Voor de administratie schriftelijke instructies opstellen.
- Buiten spreekuurtijden overdag de asielzoeker voor spoedeisende hulp rechtstreekse toegang verschaffen tot de MOA en de praktijkverpleegkundige.
- De fysieke toegankelijkheid van de MOA verbeteren door het aanbrengen van een deurbel.
- Met voorrang implementeren van het protocol praktijkverpleegkundig spreekuur zodat afspraken en werkwijzen duidelijk en eenduidig worden vastgelegd.
- Overall structureel overleg tussen huisarts en praktijkverpleegkundigen realiseren opdat uitwerking gegeven wordt aan de landelijke protocollen en instrumenten.
- De organisatie zodanig inrichten, en de personeelsbezetting zodanig op peil houden dat telefonisch inschatten van de hulpvraag door de praktijkverpleegkundige ook in de toekomst een uitzondering blijft.
- Het blijven voorzien in voldoende huisartsen en het zodanig inrichten van de organisatie van de huisartsenzorg dat telefonische triage zonder mogelijkheid van consult of visite ook in de toekomst een uitzondering blijft.
- Het - zowel door huisarts als praktijkverpleegkundigen - systematischer en frequenter inschakelen van het tolkencentrum.

Vervolgactie inspectie

In de paragraaf over de normering is er op gewezen dat een HKZ-certificatieschema in ontwikkeling is. In het conceptschema is - op eigen initiatief van de betrokken partijen in de asielzoekerszorg - in feite al voorzien in de uitvoering van een aantal van de aanbevelingen. De overige aanbevelingen zullen alsnog in het schema worden opgenomen.

Inmiddels is door het Landelijk Service Bureau (LSB) samen met de LHV een instrumentenset voor de toegeleiding naar de huisarts ontwikkeld. Deze set bestaat uit een checklist werkafspraken, aandachtspunten voor probleemverheldering en een checklist voor veel voorkomende gezondheidsklachten op het praktijkverpleegkundig spreekuur.

Dit betekent dat de MOA op korte termijn beschikt over een goed kwaliteitssysteem. De inspectie zal zich dan kunnen beperken tot het toezicht op dit kwaliteitssysteem. Wel zal in het najaar van 2003 nog een vervolgbezoek gebracht worden aan de vijf MOA's waarbij relatief veel kritische kanttekeningen ten aanzien van de toegankelijkheid zijn geplaatst.

1 Inleiding

Per 1 januari 2000 werd een reorganisatie van de zorg voor asielzoekers doorgevoerd. Voorheen ressorteerde de medische zorg in de centra rechtstreeks onder het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers (COA).

Na 1 januari 2000 werd via een convenantenstructuur de preventieve gezondheidszorg een taak van de Medische Opvang Asielzoekers (MOA) en de curatieve zorg een taak voor de reguliere zorg.

Al voor 2000 was de inzet van de reguliere huisartsenzorg in een aantal situaties problematisch gebleken. Reden voor de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) om in de onderhandelingen over het Convenant Huisartsenzorg de voorwaarde te stellen dat de huisartsen gefaciliteerd zouden worden door toegeleiding van de asielzoeker-patiënt naar de huisarts. Deze toegeleiding kreeg vorm in de functie van de praktijkverpleegkundige.

In 2001 en 2002 vond een aantal incidenten plaats. Naar aanleiding van kamervragen over een incident in 2002 - waarbij aanvankelijk de indruk bestond dat de toegang tot de huisartsenzorg door de MOA geblokkeerd werd - verzocht de Minister van VWS aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg om de toegankelijkheid van met name de huisartsenzorg te onderzoeken. De inspectie zegde dit toe. De onderzoeksgegevens zijn in het tweede halfjaar van 2002 verzameld. Hiertoe is een groot aantal onaangekondigde korte bezoeken gebracht aan de MOA's en zijn op twintig centra de huisartsen en praktijkverpleegkundigen ondervraagd met behulp van een gestructureerde vragenlijst.

De toegankelijkheid buiten kantooruren is om tijdsredenen niet in dit onderzoek betrokken; hieraan zal in de toekomst nog afzonderlijke aandacht besteed worden.

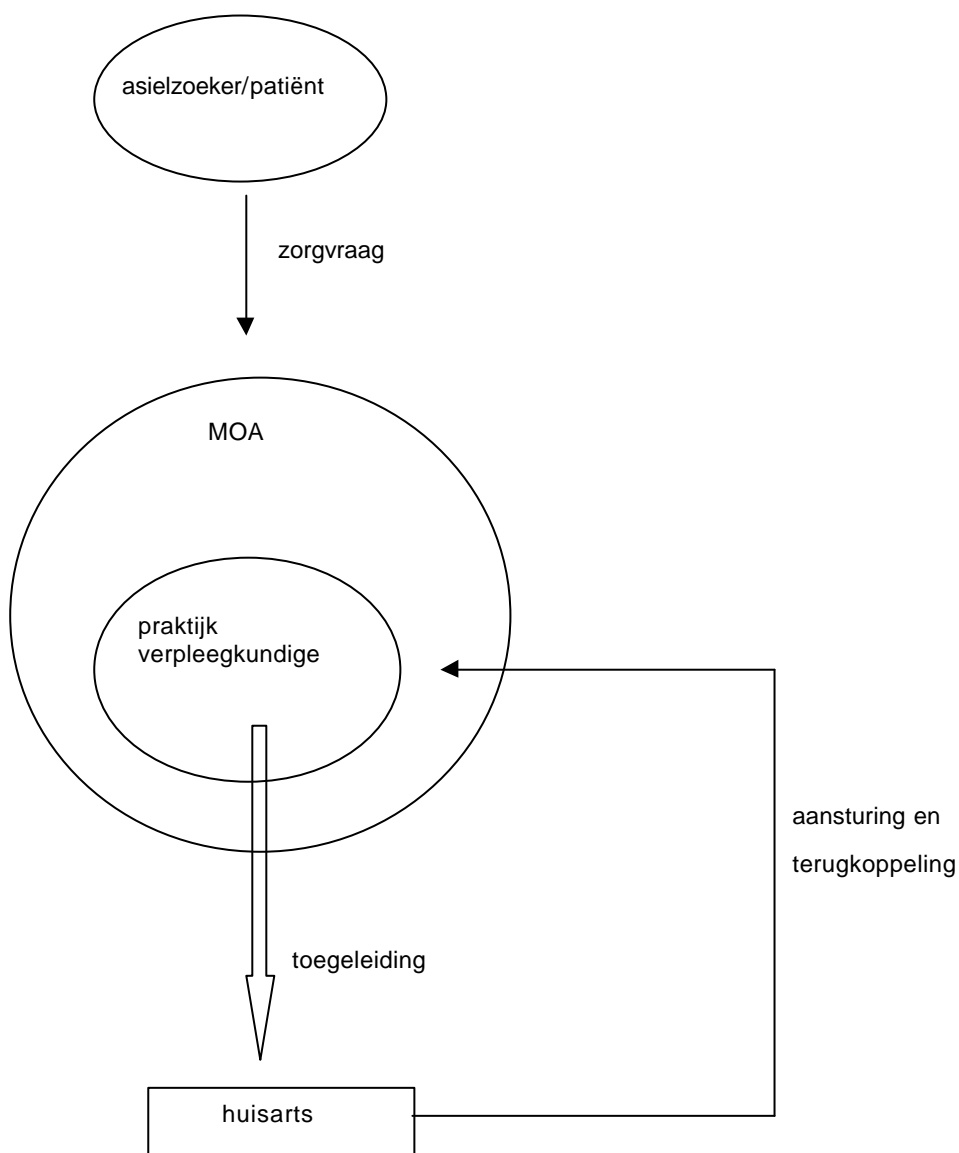
Dit onderzoek heeft het karakter van een momentopname. Ten tijde van het onderzoek was men bij de MOA's nog bezig met de implementatie van protocollen. De resultaten van deze implementatie waren toen nog niet zichtbaar. Tegelijkertijd liep in 2002 het aantal asielzoekers terug hetgeen tot inkrimping van de organisatie leidt. De kritiek die de inspectie heeft op het onvoldoende borgen van de werkafspraken moet zeker in zo'n krimpsituatie ter harte worden genomen: de continuïteit van de zorg moet gewaarborgd blijven.

2 Opzet van het onderzoek

2.1 Inhoud

Bij het onderzoeken van de toegankelijkheid van de zorg is het van belang risicofactoren te onderkennen. Barrières in de zorg zijn zulke risicofactoren. In de zorg aan asielzoekers is een aantal mogelijke barrières te onderkennen.

Schematisch is het proces van huisartsenzorg aan asielzoekers als volgt weer te geven



De eerste barrière die de asielzoeker-patiënt kan tegenkomen is de Medische Opvang. De toegankelijkheid van de Medische Opvang is onderzocht door middel van 55 onaangekondigde korte bezoeken (zie bijlage 2 en 3)^[1], en door een aantal vragen in het thematisch onderzoek (zie bijlage 4 en 5)^[1].

De tweede barrière bevindt zich mogelijk in de toegang tot de praktijkverpleegkundige. Ook hierover zijn vragen gesteld.

De daaropvolgende barrière kan de toegeleiding van de praktijkverpleegkundige naar de huisarts zijn, waarbij zowel de wijze waarop dit gebeurt als de daarvoor noodzakelijke randvoorwaarden van belang zijn. Over beide onderwerpen zijn zowel aan de praktijkverpleegkundigen als aan de huisartsen vragen gesteld. Dit maakt het mogelijk om de antwoorden van beide categorieën hulpverleners met elkaar te vergelijken.

Tenslotte zou er een barrière kunnen zijn in de toegang naar de huisarts.

2.2 Onderzochte objecten

Het onderzoek vond plaats bij in totaal 69 centra. Van de 55 onaangekondigd bezochte centra, bleek een vijftal inmiddels opgeheven vanwege het begin - juist in de onderzoeksperiode - van de terugloop van het aantal asielzoekers; één centrum was ontruimd vanwege het hoge water. Bij 49 centra zijn dus gegevens verzameld. De selectie van de centra voor deze korte bezoeken is door de inspecteurs in de regio gedaan. Dit maakte het mogelijk om deze bezoeken te combineren met andere inspectie-activiteiten, zodat de (reis)tijd efficiënt benut kon worden.

Voor het afnemen van de uitgebreide lijst werd een steekproef van twintig centra getrokken: twaalf asielzoekerscentra (AZC), vier opvangcentra (OC) en vier centra voor aanvullende opvang (AVO). Deze steekproef is niet representatief voor alle centra in Nederland. Wel kunnen er valide uitspraken over het totaal van de onderzochte centra gedaan worden.

Tegelijk met het onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) voerde het Nivel in opdracht van de LHV en zorgverzekeraar VGZ, die de ziektenkostenregeling asielzoekers (ZRA) uitvoert, een landelijk onderzoek naar de werklust van de huisartsen uit: Huisartsenzorg aan asielzoekers.

Voor dit onderzoek zijn onder meer alle 350 praktijkverpleegkundigen en alle 341 huisartsen die zorg leveren aan asielzoekers, geënuquêteerd. De resultaten van dit onderzoek zijn, waar relevant, in deze rapportage ter vergelijking en ter aanvulling weergegeven.

2.3 Normering

De eisen van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG (art. 33 sub b) zijn in veldnormen uitgewerkt, namelijk in de checklist werkafspraken huisartsenzorg van 2001 (bijlage 6)^[1] en het protocol praktijkverpleegkundig spreekuur (bijlage 7)^[1]. Daarnaast is de WGBO relevant, met name de eis van informed consent.

Ten tijde van de voorbereiding van het onderzoek was een Europese richtlijn tot vaststelling van minimumnormen voor de opvang van asielzoekers in voorbereiding. Op 27 januari 2003 is deze richtlijn (2003/9) door de Raad van de Europese Unie vastgesteld. De daarin opgenomen eisen ten aanzien van de zorg die met name de zorg voor de kwetsbare groepen betreffen, zijn in deze rapportage meegenomen.

Het hierboven genoemde protocol praktijkverpleegkundig spreekuur is door het Landelijk Service Bureau van GGD-N (LSB) naar aanleiding van een aantal incidenten in 2001 versneld ontwikkeld, en kwam eind 2001 beschikbaar. Dit betekent dat ten tijde van het onderzoek door de inspectie de MOA nog in de fase van implementatie verkeerde. Inmiddels is een HKZ-certificatieschema in ontwikkeling; dit is naar verwachting najaar 2003 gereed.

[1] Bijlagen 2 t/m 7 zijn te vinden op www.igz.nl

3 De toegang tot de MOA

3.1 Bekendmaking spreekuur

Voor de toegang tot de MOA's is van belang dat de asielzoeker weet dat, waar en wanneer er een spreekuur is.

In het protocol praktijkverpleegkundig spreekuur is geregeld dat helder aangegeven moet zijn op welke tijden asielzoekers zich kunnen aanmelden voor het spreekuur.

In alle onderzochte centra is bekend gemaakt wanneer asielzoekers zich kunnen aanmelden voor het spreekuur.

Deze bekendmaking gebeurt op een of meer van de volgende wijzen:

- Het plaatsen van een bord.
- Het neerleggen/uitreiken van een folder.
- Het geven van mondelinge voorlichting bij binnenkomst.
- Informatie op het prikbord.
- (En eenmaal) op de kabelkrant.

Nagegaan is hoeveel van deze voorlichtingsmiddelen gebruikt werden:

- In **zes** centra werd **één** van deze middelen gebruikt.
- In **negen** centra werden **twee** van deze middelen gebruikt.
- In **vier** centra werden **drie** van deze middelen gebruikt.
- In **één** centrum, een AVO, was dit niet aan de orde daar er geen MOA op het centrum aanwezig is.
- In de grotere centra werden vaker meerdere voorlichtingsmiddelen gebruikt dan in de kleinere.

3.2 Bekendmaking bereikbaarheid buiten spreekuur

In de checklist huisartsenzorg (punt 5.2) is als norm opgenomen dat de MOA en de ANW-dienst samen zorgen voor 24-uurs toegeleiding.

De ANW-dienst zorgt voor de toegeleiding buiten kantoor tijden, de MOA voor de toegeleiding binnen kantoor tijden. Dit houdt in dat asielzoekers ook buiten de spreekuurtijden, maar binnen kantoor tijden, voor gezondheidsklachten toegang tot de MOA moeten kunnen hebben. Zij moeten hierover ook geïnformeerd zijn.

In twee centra (AZC's) is niet bekend gemaakt dat asielzoekers met spoedeisende klachten zich ook buiten spreekuurtijden tot de MOA kunnen wenden.

In de overige centra werd dit bekendgemaakt op een of meer van de volgende wijzen:

- Het plaatsen van een bord.
- Het neerleggen/uitreiken van een folder.
- Het geven van mondelinge voorlichting bij binnenkomst.
- Het opnemen van deze informatie in een informatiemap.
- Het opnemen van deze informatie in de COA-folder.
- In het Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO-)gesprek.

Nagegaan is hoeveel van deze voorlichtingsmiddelen gebruikt werden:

- In **elf** centra werd **één** van deze middelen gebruikt.
- In **vier** centra werden **twee** van deze middelen gebruikt.
- In **twee** centra werden **drie** van deze middelen gebruikt.
- In **één** centrum, een AVO, was dit niet aan de orde daar er geen MOA op het centrum aanwezig is.
- In de grotere centra werden vaker meerdere voorlichtingsmiddelen gebruikt dan in de kleinere.

3.3 Instructie administratie

De eerste MOA-medewerker die de asielzoeker ontmoet, zal doorgaans de administratieve kracht zijn. In het praktijkverpleegkundig protocol is alleen geregeld dat de medische administratie zorg draagt voor de beschikbaarheid van het medisch dossier van de asielzoeker die het spreekuur bezoekt.

Uit onderzoek van de inspectie naar calamiteiten bleek dat de handelwijze van de administratieve kracht van cruciaal belang kan zijn. Daarom is door inspectie gevraagd **of er een instructie bestaat voor de administratieve kracht**.

Dit leverde het volgende beeld op:

- Schriftelijke instructie aanwezig : **zes** centra.
- Mondelinge instructie gegeven : **zeven** centra.
- Men weet het niet : **een** centrum.
- Geen instructie gegeven : **drie** centra.
- Niet van toepassing (geen administratie) : **drie** centra.

In de grotere centra is vaker een instructie aanwezig, die ook nog iets vaker op papier is gezet dan in de kleinere centra.

3.4 Toegankelijkheid in de praktijk

Door middel van de onaangekondigde korte bezoeken is de toegankelijkheid van de MOA gecheckt. Van de 49 uitgevoerde bezoeken vonden er 16 plaats tijdens de MOA-spreekuurtijd. Alle spreekuren waren daadwerkelijk aan de gang; één spreekuur begon vijf minuten te laat. De ingeplande medewerkers waren aanwezig, soms een medewerker meer, soms een medewerker minder.

Als reden voor het aanwezig zijn van minder medewerkers werden genoemd: een combinatie van afwezigheid wegens zwangerschap en afwezigheid wegens vakantie of een vergadering. Aangegeven werd dat via de clustermanager wel een waarnemer te raadplegen was. 33 centra werden bezocht buiten spreekuurtijden. Dit leverde het volgende beeld op.

Tabel 1
Toegankelijkheid MOA buiten spreekuurtijd

	AZC	OC	AVO
Direct toegankelijk	10	2	1
Niet/slecht toegankelijk	1	1	1
Toegankelijk via derden	12	1	4

Kanttekeningen bij tabel 1.

- In één AZC was geen enkele MOA-medewerker bereikbaar, ook niet na een telefonische oproep door de beveiliging. In een latere reactie hierop van MOA-zijde werd deze situatie toegeschreven aan bezuinigingen op het telefonisch systeem door de COA.
- In één AVO was alleen een briefje opgehangen met het telefoonnummer van de huisarts. De inspecteur belde dit telefoonnummer en werd verbonden met een antwoordapparaat met doorkiesnummers van de huisartsenpraktijk. Daar werd de inspecteur adequaat te woord gestaan.

Via derden toegankelijke MOA's zijn nader geanalyseerd.

Tabel 2
Tussenschakel in de toegang tot de MOA

	AZC	OC	AVO
Beveiliging	8	1	-
COA-medewerker	1	-	-
Lang kloppen/rammelen aan deur	3	-	-
Beheerder	-	-	4

Kanttekeningen bij tabel 2.

- In één AZC werd op het kloppen op de MOA-deur niet open gedaan. De inspecteur meldde zich daarop opnieuw bij de beveiliging die met een telefonische aankondiging toegang verschaftte.
- In één OC bleek dat de beveiliging beoordeelt of de praktijkverpleegkundige of de arts nodig is.
- In de - vaak kleinschalige - AVO's is het een normale praktijk dat de beheerder de asielzoeker behulpzaam is bij het contact leggen met de MOA, die daar niet (permanent) aanwezig is.

Iets meer dan de helft van de buiten het spreekuur onaangekondigd bezochte MOA's was dus niet direct toegankelijk. Aan de MOA's aan wie de grote vragenlijst is afgenomen, is gevraagd of afspraken gemaakt zijn met de beveiliging. In twee gevallen zijn geen afspraken gemaakt, in één geval was dat onbekend. In zestien gevallen zijn wel afspraken gemaakt, waarvan acht mondeling en acht schriftelijk. In een centrum (AVO) was dit niet van toepassing.

3.4.1 Aanwezigheid medewerkers buiten het spreekuur

Bij 23 van de 33 buiten het spreekuur onaangekondigd bezochte MOA's waren de ingeplande medewerkers aanwezig. Bij één MOA werd gemeld dat er een vervanger was voor een medewerker die plotseling was uitgevallen.

Bij tien MOA's waren niet alle medewerkers aanwezig. Dit had enkele malen te maken met ziekte en vakantie. Bij één MOA was slechts een administratieve kracht aanwezig: alle drie de verpleegkundigen waren afwezig wegens een cursus. Bij een MOA was niemand aanwezig, en was ook niemand telefonisch bereikbaar. Bij twee MOA's werd aangegeven dat de medewerkers afwezig waren, maar dat telefonische consultatie geregeld was.

3.5 Beoordeling

Het spreekuur is in alle gevallen bekendgemaakt. Slechts in een kwart van de gevallen is een schriftelijke instructie voor de administratie gemaakt; dit kan een risicofactor zijn.

Iets minder dan de helft van de onderzochte MOA's is buiten de spreekuren maar binnen kantoor tijden, als er MOA-personeel aanwezig is, niet rechtstreeks toegankelijk. De inspectie vindt het opwerpen van een extra drempel, vaak via de beveiliging, overdag niet wenselijk. Eén MOA bleek buiten de spreekuurtijden niet toegankelijk. Twee MOA's bleken slecht toegankelijk.

Tijdens de onaangekondigde korte bezoeken bleek de fysieke toegankelijkheid niet optimaal: er moest nogal eens op ramen getikt of op deuren gebonkt of er aan gerammeld worden om toegang te krijgen omdat er geen bel aanwezig was.

Hoewel op onderdelen verbetering moet plaatsvinden is de toegang tot de MOA in de meeste gevallen goed.

4 De toegang tot de praktijkverpleegkundige

4.1 Aanwezigheid

Voor de toegang van de asielzoeker is het van belang dat de praktijkverpleegkundigen in voldoende mate aanwezig zijn.

De praktijkverpleegkundige(n) is/zijn op de MOA's van AZC's en OC's aanwezig gedurende:

- **drie/drieëneenhalve** dag in **twee** MOA's;
- **vier** dagen in **vier** MOA's
- **vijf** dagen in **tien** MOA's.

In de AVO's was tweemaal een praktijkverpleegkundige een halve dag per week aanwezig, en tweemaal twee dagen per week.

De duur van de aanwezigheid van de praktijkverpleegkundige hangt samen met de soort en grootte van het centrum. Daar waar de praktijkverpleegkundige(n) 5 dagen aanwezig was/waren, verbleven er gemiddeld 440 asielzoekers; bij 4 dagen waren dit er 358, en bij 3/3½ dag(en) 120. In de AVO's waar 2 dagen per week een praktijkverpleegkundige aanwezig was verbleven gemiddeld 179 asielzoekers; in de AVO's waar de praktijkverpleegkundige een halve dag aanwezig was verbleven gemiddeld 32 asielzoekers; dit zijn vaak asielzoekers die al langer in Nederland verblijven, en inmiddels de weg redelijk goed kennen.

4.2 Vervanging

De vervanging van de praktijkverpleegkundigen werd bij negen MOA's binnen het eigen team geregeld, en in tien gevallen (waaronder drie AVO's) binnen het cluster. In één AVO was dit niet van toepassing. Ook was binnen twee MOA's geregeld dat wanneer fysieke aanwezigheid niet mogelijk is, telefonische consultatie plaatsvindt.

4.3 Bereikbaarheid van de praktijkverpleegkundige buiten het verpleegkundig spreekuur

Tabel 3

Bereikbaarheid buiten verpleegkundig spreekuur

	AZC	OC	AVO
Rechtstreeks bereikbaar	7	4	
Niet rechtstreeks bereikbaar	6	2	2
N.v.t.			2

Kanttekeningen bij tabel 3.

- In de kolom AZC en OC komen enkele dubbeltellingen voor; het gaat daarbij om centra die op sommige dagen wel, op andere dagen niet rechtstreeks bereikbaar zijn.
- In twee centra was de praktijkverpleegkundige gedurende drie uur per dag niet bereikbaar.
- In die gevallen waarin de praktijkverpleegkundige niet rechtstreeks bereikbaar was, verliep het contact via de beveiliging of de beheerder.

4.4 Communicatie met de patiënt

Een aspect van de toegankelijkheid is de communicatie. Het kunnen communiceren van patiënten en zorgverleners met elkaar is van belang voor de kwaliteit van de zorg. Daarnaast is het ook een voorwaarde om aan de eis van informed consent van de WGBO te kunnen voldoen. Zorgverleners kunnen (gratis) gebruikmaken van de diensten van het Tolk- en Vertaal Centrum Nederland (TVCN). Deze bestaan uit het telefonisch en/of persoonlijk tolken. Daarnaast wordt door zorgverleners vaak gebruikgemaakt van informele tolken, zoals familieleden of mede-centrumbewoners.

In het protocol praktijkverpleegkundig spreekuur is als norm opgenomen: schakel indien noodzakelijk een (telefonische) tolk in.

Het tolkgebruik van de praktijkverpleegkundige geeft het volgende beeld:

<i>Soort tolkgebruik</i>	
Zowel persoonlijke als telefonische als informele tolken	9
Zowel persoonlijke als telefonische tolken	2
Zowel telefonische als informele tolken	6
Alleen telefonische tolken	3

Twee praktijkverpleegkundigen gaven aan veel gebruik te maken van informele tolken maar geen kinderen als tolk te accepteren.

Twee praktijkverpleegkundigen gaven aan voorkeur te hebben voor informele tolken boven tolken van het tolkencentrum. Een praktijkverpleegkundige gaf aan zowel informele als telefonische tolken in te schakelen; bij de balie van de MOA stond een bord met het verzoek aan de patiënten om zelf een tolk mee te nemen, zodat verondersteld mag worden dat hier het accent op informele tolken lag. Slechts in één centrum worden persoonlijke en telefonische tolken gestructureerd ingepland.

4.5 Beoordeling

De praktijkverpleegkundigen zijn - afhankelijk van grootte en soort van het centrum - voldoende aanwezig. De vervanging is in alle gevallen geregeld. Bij twee MOA's kwam telefonische consultatie bij vervanging van de praktijkverpleegkundige voor; dit is een risicofactor.

Buiten het spreekuur is iets minder dan de helft van de praktijkverpleegkundigen niet rechtstreeks toegankelijk. De inspectie vindt het opwerpen van een extra dempel - via de beveiliging - buiten spreekuurtijd overdag als regel niet wenselijk.

Slechts in één centrum worden de professionele tolken gestructureerd ingepland. Gelet op de patiëntenpopulatie zou dat meer moeten gebeuren.

Hoewel op onderdelen verbetering moet plaatsvinden is de toegang tot de praktijkverpleegkundige in de meeste gevallen goed.

5 De toegeleiding

Een belangrijke functie van de praktijkverpleegkundige is de toegeleiding naar de huisarts. De kwaliteit van de toegeleiding is van belang voor de toegankelijkheid van de huisarts.

Volgens het protocol verpleegkundig spreekuur moeten de criteria voor toegeleiding en de manier van toeleiden lokaal afgesproken en vastgelegd worden.

Voor de toegeleiding naar de huisarts zijn onder andere de volgende uitgangspunten vastgelegd:

- Maak met de huisarts werkafspraken over de aansturing en de toeleidingscriteria, de manier van toeleiden en de terugrapportage. Leg deze afspraken schriftelijk vast.
- Maak voor de toegeleiding naar de huisarts gebruik van een lokaal toeleidingsformulier, conform afspraken met de huisarts. Vat de klacht van de asielzoeker en de eigen observaties samen op het toeleidingsformulier.

Daar voor het maken van afspraken twee partijen nodig zijn, heeft de inspectie zowel aan de praktijkverpleegkundige als aan de huisarts een aantal vragen over deze afspraken voorgelegd.

5.1 Bekendheid van de huisarts met het protocol

Aan de huisartsen is allereerst gevraagd of deze bekend zijn met het protocol.

Veertien huisartsen gaven aan het protocol praktijkverpleegkundig spreekuur te kennen. Van de zes huisartsen die het protocol niet kenden, verleenden er twee zorg aan patiënten in AZC's, twee in OC's en twee in AVO's.

De meeste huisartsen die het protocol kenden, hielden (mede)spreekuur op het centrum; dit was minder het geval bij huisartsen die vanuit hun eigen praktijk werkten.

5.2 Aanvullende werkafspraken

5.2.1 Werkafspraken aansturing praktijkverpleegkundige

Nagegaan is of en zo ja, op welke wijze werkafspraken gemaakt zijn over de aansturing van de praktijkverpleegkundige door de huisarts.

Tabel 4

Er zijn werkafspraken gemaakt over de aansturing van de praktijkverpleegkundige

	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>	<i>Onbekend</i>
Mening praktijkverpleegkundige	9	10	1
Mening huisarts	9	11	-

Tabel 5
Wijze waarop de afspraken zijn gemaakt

	<i>Mondeling</i>	<i>Schriftelijk</i>	<i>Geen antwoord</i>
Mening praktijkverpleegkundige	6	2	1
Mening huisarts	8	-	1

Kanttekeningen bij tabel 4 en 5.

- Deze cijfers geven al aan dat er een klein verschil bestaat tussen wat de huisarts denkt over de gemaakte afspraken en wat de praktijkverpleegkundige daarover denkt. Uit deze totaalcijfers is niet af te lezen of in dezelfde gevallen de praktijkverpleegkundige en huisarts hetzelfde oordeelden.
- Nadere analyse van het onderzoeksmateriaal geeft aan dat in negen gevallen de praktijkverpleegkundigen en de huisartsen er verschillend over dachten of ze al dan niet afspraken gemaakt hebben, en of deze afspraken mondeling of schriftelijk gemaakt waren.
- In één centrum gaven de praktijkverpleegkundigen (ongevraagd) aan dat er niet alleen geen werkafspraken gemaakt zijn over de aansturing, maar dat ze die aansturing daadwerkelijk missen. Als oorzaak daarvan gaven zij aan dat de huisartsen de inhoud van de functie niet begrepen. Ook werd eenmaal aangegeven dat de functiedifferentiatie nog niet geïmplementeerd was; de functie praktijkverpleegkundige bestond dus nog niet als aparte functie.
- In bijna alle gevallen waarin de huisartsen zorg verleenden vanuit hun eigen praktijk, werd gerapporteerd dat geen afspraken zijn gemaakt over de aansturing. Twee huisartsen meldden mondelinge afspraken, maar de betreffende praktijkverpleegkundigen bleken daarvan niet op de hoogte.
- In de grotere centra zijn meer afspraken gemaakt dan in de kleinere.

5.2.2 Werkafspraken toegeleidingscriteria

Uit het Nivel-onderzoek blijkt dat voor eenderde van de gepresenteerde klachten een verwijzing naar de huisarts wordt geïndiceerd door de praktijkverpleegkundigen.

Voor tweederde dus niet; goede werkafspraken over de toegeleidingscriteria zijn ook daarom van veel belang.

Nagegaan is of en zo ja, op welke wijze werkafspraken gemaakt zijn over de toegeleidingscriteria.

Tabel 6
Er zijn werkafspraken gemaakt over de toegeleidingscriteria

	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Mening praktijkverpleegkundige	8	12
Mening huisarts	7	13

Tabel 7
Wijze waarop deze afspraken gemaakt zijn

	<i>Mondeling</i>	<i>Schriftelijk</i>	<i>Geen antwoord</i>
Mening praktijkverpleegkundige	3	4	1
Mening huisarts	5	1	1

Kanttekeningen bij tabel 6 en 7.

- Over het al dan niet gemaakt hebben van afspraken over de toegeleidingscriteria en/of de vorm van de afspraken verschilden praktijkverpleegkundigen en huisartsen in zes van de twintig gevallen onderling van mening.
- In één centrum werd (ongevraagd) aangegeven dat de verantwoordelijkheid van de praktijkverpleegkundige onvoldoende duidelijk was, omdat de functie praktijkverpleegkundige nog niet is uitgekristalliseerd. Dit maakt het maken van werkafspraken over de toegeleidingscriteria lastig.
- Slechts in één geval waarin de huisarts vanuit zijn eigen praktijk werkt, is een werkafpraak over de toegeleidingscriteria gemaakt.
Ook in één geval verschilden de huisarts en de verpleegkundige van mening.
- In de grotere centra zijn meer afspraken gemaakt dan in de kleinere.

5.2.3 Werkafspraken wijze van toeleiding

Nagegaan is of en zo ja, op welke wijze afspraken gemaakt zijn over de toeleiding.

Tabel 8
Er zijn werkafspraken gemaakt over de manier van toeleiding

	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Mening praktijkverpleegkundige	12	8
Mening huisarts	10	10

Tabel 9
Wijze waarop de afspraken gemaakt zijn

	<i>Mondeling</i>	<i>Schriftelijk</i>	<i>Geen antwoord</i>
Mening praktijkverpleegkundige	5	6	1
Mening huisarts	5	5	-

Kanttekeningen bij tabel 8 en 9.

- Over het al dan niet gemaakt hebben van afspraken over de manier van toeleiding en/of over de vorm van de afspraken verschilden de praktijkverpleegkundigen en de huisartsen in elf gevallen onderling van mening.

- Slechts in één geval waarin de huisartsenzorg vanuit de eigen praktijk werd verleend, is een werkafspraken over de manier van toegeleiding gemaakt. In een ander geval verschilden betrokkenen daarover van mening.
- In de grotere centra zijn meer afspraken gemaakt dan in de kleinere.

5.2.4 Werkafspraken toegeleiding bij spoed

Nagegaan is of en zo ja, op welke wijze afspraken gemaakt zijn over de toegeleiding bij spoed.

Tabel 10

Er zijn werkafspraken gemaakt over de manier van toegeleiding bij spoed

	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Mening praktijkverpleegkundige	13	7
Mening huisarts	9	11

Tabel 11

Wijze waarop de afspraken zijn gemaakt

	<i>Mondeling</i>	<i>Schriftelijk</i>	<i>Geen antwoord</i>
Mening praktijkverpleegkundige	8	4	1
Mening huisarts	9	1	-

Kanttekeningen bij tabel 10 en 11.

- Over het al dan niet gemaakt hebben van afspraken over de manier van toegeleiding bij spoed en/of over de vorm van de afspraken verschilden de praktijkverpleegkundigen en de huisartsen in tien gevallen onderling van mening.
- In twee gevallen waarin de huisartsenzorg vanuit de eigen praktijk werd verleend, zijn werkafspraken gemaakt over de wijze van toegeleiding bij spoed. In nog eens twee gevallen verschilden de huisarts en de praktijkverpleegkundige hierover van mening.
- In de grotere centra zijn meer afspraken gemaakt dan in de kleinere.

5.2.5 Werkafspraken terugrapportage

Nagegaan is of en zo ja, op welke wijze afspraken gemaakt zijn over de terugrapportage.

Tabel 12

Er zijn werkafspraken gemaakt over de terugrapportage

	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Mening praktijkverpleegkundige	15	5
Mening huisarts	12	8

Tabel 13

Wijze waarop de afspraken gemaakt zijn

	<i>Mondeling</i>	<i>Schriftelijk</i>	<i>Geen antwoord</i>
Mening praktijkverpleegkundige	6	8	1
Mening huisarts	6	6	-

Kanttekeningen bij tabel 12 en 13.

- Over het al dan niet gemaakt hebben van afspraken over de terugrapportage en/of over de vorm van de afspraken verschilden de praktijkverpleegkundigen en de huisartsen in zeven gevallen onderling van mening.
- Twee praktijkverpleegkundigen gaven ongevraagd aan dat ze problemen ondervonden met de terugrapportage door de huisartsen.
- Bijna in alle gevallen dat de huisarts vanuit zijn eigen praktijk werkt, zijn afspraken gemaakt over de terugrapportage; slechts in één geval niet.
- In de grotere centra zijn meer afspraken gemaakt dan in de kleinere.
- Uit het Nivel-onderzoek blijkt dat 33% van de praktijkverpleegkundigen standaard over alle patiënten de bevindingen teruggekoppeld krijgt door de huisarts.

5.2.6 Werkafspraken procedure bij herhaalrecepten, taxibriefjes en verwijskaarten

Nagegaan is of en zo ja, op welke wijze afspraken gemaakt zijn over de procedure bij herhaalrecepten, taxibriefjes en verwijskaarten.

Tabel 14

Er zijn werkafspraken gemaakt over de procedure bij herhaalrecepten, taxibriefjes en verwijskaarten

	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Mening praktijkverpleegkundige	14	6
Mening huisarts	11	9

Tabel 15

Wijze waarop deze afspraken gemaakt zijn

	<i>Mondeling</i>	<i>Schriftelijk</i>	<i>Geen antwoord</i>
Mening praktijkverpleegkundige	7	6	1
Mening huisarts	7	3	1

Kanttekeningen bij tabel 14 en 15.

- Over het al dan niet gemaakt hebben van afspraken over de procedure bij herhaalrecepten, taxibriefjes en verwijfskaarten en/of over de vorm van de afspraken verschilden de praktijkverpleegkundigen en de huisartsen in acht gevallen onderling van mening.
- In de situatie dat de huisartsenzorg vanuit de eigen praktijk werd gegeven, rapporteerden zowel de huisarts als de praktijkverpleegkundige eenmaal dat werkafspraken zijn gemaakt, driemaal dat dit niet gebeurd is. In drie gevallen verschilden ze daarover van mening.

5.2.7 Toegeleidingsformulier

Het protocol voorziet in het ontwerpen en gebruiken van een apart toegeleidingsformulier. Nagegaan is of zo'n formulier in gebruik is. Gebleken is dat in de praktijk een andere variant ontstaan is.

Tabel 16

Er is een toegeleidingsformulier in gebruik

	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>	<i>Dossier</i>	<i>Onbekend</i>
Mening praktijkverpleegkundige	5	8	7	-
Mening huisarts	7	5	7	1

Kanttekeningen bij tabel 16.

- In een derde van de centra bestaat de praktijk dat informatie van de praktijkverpleegkundige aan de huisarts gegeven wordt via (een deel van) het medisch dossier volgens de SOEP-procedure (subjectief, objectief, evaluatie en plan). De informatie wordt aan de patiënt meegegeven of gefaxt.
- Over het al dan niet gebruiken van een toegeleidingsformulier of informatie uit het dossier verschilden de praktijkverpleegkundigen en de huisartsen in vier gevallen onderling van mening.
- In alle gevallen op één na, waar aangegeven werd dat geen toegeleidingsformulier wordt gebruikt, werd de huisartsenzorg op het centrum verleend.

5.3 Overleg tussen huisarts en praktijkverpleegkundige

De checklist werkafspraken huisartsenzorg bevat een groot aantal bespreekpunten. Het protocol praktijkverpleegkundig spreekuur voorziet in het maken van werkafspraken. Dit vooronderstelt dat overleg plaatsvindt tussen huisarts en praktijkverpleegkundige.

In de vragen naar dit overleg is onderscheid gemaakt tussen overleg over casuïstiek en overleg over meer structurele, organisatorische aangelegenheden.

Tabel 17
Heeft overleg plaats?

Soort overleg	Ja		Nee	
	Volgens huisarts	Volgens praktijkverpleegkundige	Volgens huisarts	Volgens praktijkverpleegkundige
Over casuïstiek	15	18	5	2
Over structurele aangelegenheden	10	11	10	9

Kanttekeningen bij tabel 17.

- Het overleg over casuïstiek heeft in tien gevallen plaats aansluitend aan elk huisartsenspreekuur, dus meerdere malen per week. In die gevallen had het overleg het karakter van patiëntbesprekingen. In de overige gevallen varieerde de frequentie van het casuïstiekoverleg van 1 x per twee weken tot 1 x per drie maanden.
- Als redenen om geen casuïstiekoverleg te voeren werden genoemd:
 - * beperkte bezetting/formatietekort;
 - * overleg heeft telefonisch plaats;
 - * noodzaak is niet echt aanwezig;
 - * is niet in ZRA-contract opgenomen.
- Het Nivel vond dat in een vijfde van de contacten die praktijkverpleegkundigen met asielzoekers hebben, specifiek naar aanleiding van dat contact overleg wordt gevoerd met de huisarts. Van de praktijkverpleegkundigen houdt 81% geregeld een patiëntenbespreking met de huisarts.
- Van het casuïstiekoverleg wordt slechts sporadisch een verslag gemaakt. In zes gevallen worden aantekeningen in het dossier gemaakt, in twee gevallen persoonlijke notities.
- Het meer structurele overleg heeft meestal 1 x per twee of drie maanden plaats. Meerdere malen is aangegeven dat het er wel eens bij inschiet.
- Op de agenda van het structurele overleg staan veelal de werkafspraken.
- Als redenen om geen structureel overleg te voeren werden genoemd:
 - * veel verloopt protocollair, extra overleg is niet nodig;
 - * het is niet noodzakelijk;
 - * het loopt goed;
 - * geen behoefte aan;
 - * geen tijd.
- Van dit structurele overleg wordt doorgaans geen verslag gemaakt.
- Het Nivel-onderzoek geeft aan dat driekwart van de huisartsen geregeld werkoverleg heeft met de praktijkverpleegkundigen, en evenveel hebben patiëntenbesprekingen, maar slechts 22% structureel.
- De locatie van waaruit de huisartsenzorg wordt verleend, heeft geen invloed op het al dan niet voeren van werkoverleg.
- De grootte van het centrum en het al dan niet voeren van werkoverleg hebben geen relatie met elkaar.

5.4 Afspraken over bijzondere groepen

Het Nivel-onderzoek geeft een analyse van de populatie van asielzoekers en het zorggebruik door de verschillende categorieën. Vrouwelijke asielzoekers gaan 1,5 keer zo vaak naar de huisarts als mannen. Ook kinderen jonger dan 15 jaar gaan vaker (1,6 keer) naar de huisarts, vergeleken met asielzoekers uit andere leeftijdscategorieën.

65-plussers zijn er onder de asielzoekers nauwelijks (1%); ter vergelijking: bij autochtone ziekenfondspatiënten is dit 9% van de populatie.

De Europese richtlijn noemt als bijzondere groepen aan wie extra aandacht gegeven moet worden zwangeren, jongeren, gehandicapten en slachtoffers van seksueel geweld.

Het protocol verpleegkundig spreekuur verwijst voor zwangere asielzoekers naar protocol P 25, voor het geval er sprake is van (een vermoeden van) kindermishandeling naar protocol P 14. In het protocol worden richtlijnen gegeven voor doorgeleiding van asielzoekerskinderen naar JGZ-verpleegkundige en arts.

Tabel 18

Zijn er afspraken gemaakt over bijzondere groepen?

	Ja		Nee
	Mondeling	Schriftelijk	
Volgens praktijkverpleegkundige	10	7	3
Volgens huisarts	5	5	10

Kanttekeningen bij tabel 18.

- Daar waar wel afspraken gemaakt zijn, betreft het meestal zwangere asielzoeksters.
- Viermaal werden slachtoffers van seksueel geweld genoemd.
- Tweemaal werden gehandicapten genoemd.

5.5 Ervaren problemen in de toegeleiding

Gevraagd is of de praktijkverpleegkundige problemen in de toegeleiding naar de huisarts ondervindt, en of de huisarts problemen ondervindt vanwege de toegeleiding door de praktijkverpleegkundige.

Tabel 19

Ervaren problemen in de toegeleiding

	Ja	Nee	N.v.t.
Praktijkverpleegkundige	4	16	-
Huisarts	3	16	1

Kanttekeningen bij tabel 19.

- Drie huisartsen en verpleegkundigen oordeelden onderling verschillend:
 - * Een praktijkverpleegkundige zei geen problemen te ervaren, maar de huisarts gaf aan dat de praktijkverpleegkundige te weinig verantwoordelijkheid nam.
 - * Een praktijkverpleegkundige had problemen met de terugkoppeling door de huisarts; de huisarts zelf gaf aan geen problemen te hebben.
 - * Een huisarts die werkt voor patiënten uit een AVO, achtte de vraag niet van toepassing; de praktijkverpleegkundige gaf aan structureel werkoverleg te missen.
- Als problemen werden genoemd:
 - * De werkafspraken zijn erg huisarts-afhankelijk, dat is lastig voor de praktijkverpleegkundige als deze op meerdere centra werkt.
 - * De achterwachtingregeling van de praktijkverpleegkundige is onvoldoende geregeld.
 - * Aantasting van de continuïteit door frequente wisselingen van praktijkverpleegkundigen.
 - * De taak van de praktijkverpleegkundige wordt erg eng geïnterpreteerd.
 - * De opleiding van de praktijkverpleegkundige is niet toegespitst op de functie.

Eén huisarts gaf ongevraagd aan uiterst tevreden te zijn over de professionele kwaliteit van de praktijkverpleegkundigen.

Uit het Nivel-onderzoek blijkt dat meer dan de helft van de huisartsen tevreden is over de wijze waarop de praktijkverpleegkundige asielzoekers doorverwijst. Indien er ontevredenheid is over de toegeleiding heeft dit vooral te maken met het stadium van klachten waarin de praktijkverpleegkundige doorverwijst.

Er bestaat geen relatie tussen de ervaren problemen en de locatie van de huisartsenpraktijk.

De gerapporteerde problemen waren alle afkomstig uit centra met minder dan 400 bewoners; vanuit de acht grootste centra (meer dan 400 bewoners) werden geen problemen gerapporteerd.

5.6 Beoordeling

Het eindoordeel van de inspecteurs over de toegeleiding is dat deze goed geschiedt. Hierbij zijn echter wel kritische kanttekeningen geplaatst.

Dat de toegeleiding goed verloopt is vooral toe te schrijven aan de grote inzet en het verantwoordelijkheidsgevoel van de individuele hulpverleners. Er is echter nog weinig tot niets schriftelijk vastgelegd of geformaliseerd; borging ontbreekt. Dit blijkt ook duidelijk uit de onderzoeksresultaten met betrekking tot werkafspraken en werkoverleg en de verschillen in interpretatie van wat nu wel en niet is vastgelegd en op welke wijze dat is gebeurd. Bij wisseling van personen zal dit problemen geven. In de grotere centra zijn meer (schriftelijke) werkafspraken gemaakt dan in de kleinere, en werden dan ook minder problemen in de relatie huisarts-praktijkverpleegkundige gerapporteerd. In één geval luidde het oordeel van de inspecteur dat de toegeleiding goed verloopt, maar dat dit vooral te danken is aan de protocollering door de huisarts. In een ander geval werd gesignaleerd dat de praktijkverpleegkundigen een zeer nauwe taakopvatting hebben en de huisarts een zeer ruime; de toegeleiding heeft dan meer het karakter van doorsturen.

Zorgen hadden verschillende inspecteurs over de waarneming van praktijkverpleegkundigen door collega's van andere centra. De waarnemende praktijkverpleegkundige kent de patiënten dan vaak niet. Ook geschiedt in dat geval de inschatting van de hulpvraag vaak telefonisch. Dit is een risicofactor: telefonisch inschatten is vele malen moeilijker dan inschatten in een persoonlijk contact. Over de aansturing van de praktijkverpleegkundigen door de huisarts is in de helft van alle gevallen geen afspraak gemaakt. Ook hier kunnen bij wisseling van personen - hetgeen gelet op de huidige krimp situatie in de nabije toekomst veel zal voorkomen - problemen ontstaan. Eén van de inspecteurs vatte het beeld dat over de toegeleiding verkregen is kernachtig samen: het functioneert goed, maar is slecht geregeld.

6 Toegang tot de huisarts

Bij de zorg aan de asielzoekers zijn in het totaal 341 huisartsen betrokken. In de zorg voor asielzoekers in de 20 centra die door inspectie zijn onderzocht, werkten 44 huisartsen.

6.1 Spreekuur

De checklist werkafspraken huisartsenzorg noemt als bespreekpunten de spreekuurtijden voor de asielzoekers en de locatie van het spreekuur van de huisarts(en).

Het spreekuur van de huisarts(en) vindt in elf gevallen op het centrum plaats, twee huisartsen houden enkele dagdelen spreekuur op het centrum, de overige dagen gaan de asielzoekers naar de praktijk van de huisarts(en) en zeven huisartsen ontvangen de asielzoekers alleen in hun eigen praktijk. Uit het Nivel-onderzoek blijkt dat 60% van de huisartsen het spreekuur voor asielzoekers in de eigen praktijk houdt. Dat is dus meer dan de inspectiesteekproef.

Bij acht van de negen huisartsen die - al dan niet gecombineerd met een spreekuur op het centrum - asielzoekers in hun eigen praktijk ontvangen, kunnen de asielzoekers dagelijks op het spreekuur terecht. Eén huisartsenpraktijk heeft vier dagen per week spreekuur; de vijfde dag kan zonodig de - dichtbijgelegen - spoedeisende eerste hulp (SEH) bezocht worden.

De huisartsen die spreekuur op het centrum houden, doen dit:

- op **twee** centra dagelijks;
- op **drie** centra op **vier** dagen per week;
- op **twee** centra op **drie** dagen per week;
- op **vier** centra op **twee** dagen per week.

Uit het onderzoek van het Nivel blijkt dat huisartsen die spreekuur houden op het centrum, een hogere contactfrequentie hebben met asielzoekers dan huisartsen die het spreekuur georganiseerd hebben in de eigen praktijk.

Gemiddeld zoekt een asielzoeker 3,4 keer per jaar contact met de huisarts. Het Nivel geeft ter vergelijking de cijfers voor allochtone patiënten en voor autochtone ziekenfondspatiënten (exclusief visites), respectievelijk 3,8 en 4,5.

In de situaties dat de huisarts niet dagelijks op het centrum is, functioneert in drie gevallen een collega-praktijk/Hagro als achterwacht. In zes gevallen is de huisarts dan telefonisch bereikbaar; drie huisartsen zijn dan in staat om, indien nodig, naar het centrum te komen. In de andere drie situaties vindt eventuele doorverwijzing naar het ziekenhuis/SEH telefonisch plaats.

6.2 Bereikbaarheid

Het protocol praktijkverpleegkundig spreekuur voorziet in het maken van praktische afspraken met de huisarts over de bereikbaarheid tijdens het praktijkverpleegkundig spreekuur.

Op de checklist werkafspraken huisartsenzorg staat als bespreekpunt de bereikbaarheid van de huisarts buiten de huisartsspreekuur, voor asielzoekers en MOA.

Zowel de praktijkverpleegkundigen als de huisartsen gaven aan dat afspraken gemaakt zijn over de bereikbaarheid van de huisarts tijdens het praktijkverpleegkundig spreekuur.

Over de wijze waarop deze afspraken gemaakt zijn verschilden de praktijkverpleegkundige en de huisarts echter onderling nogal eens van mening. In zeven gevallen waren zij het niet met elkaar eens of deze afspraken schriftelijk of mondeling gemaakt zijn.

In bijna alle gevallen kunnen tijdens het praktijkverpleegkundig spreekuur de praktijkverpleegkundigen gemakkelijk rechtstreeks contact opnemen met de huisarts. Als de huisarts op het centrum aanwezig is gebeurt dit mondeling, anders telefonisch.

Ook over de bereikbaarheid van de huisarts buiten het praktijkverpleegkundig spreekuur zijn in alle onderzochte centra afspraken gemaakt tussen de praktijkverpleegkundigen en de huisartsen. Ook hier verschilden huisartsen en verpleegkundigen in zeven gevallen onderling van mening of deze afspraken schriftelijk of mondeling zijn gemaakt.

Uit het Nivel-onderzoek komt naar voren dat in een vijfde van de contacten die praktijkverpleegkundigen met asielzoekers hebben, specifiek naar aanleiding van dat contact overleg wordt gevoerd met de huisarts. De huisarts kan de praktijkverpleegkundige dan aansturen over het wel of niet verwijzen van de asielzoeker of over de taken die de praktijkverpleegkundige zelf kan verrichten.

6.3 Aanvullende afspraken Avond- nacht en weekenddienst (ANW)

Na kantoortijd is het ANW-protocol van toepassing. De meldkamer van GG&GD Amsterdam verzorgt de achterwacht voor alle opvang- en asielzoekerscentra, met uitzondering van de kleinere AVO's. De meldkamer verzorgt dan de toegeleiding.

Aanvullend hierop zijn er af en toe nog afspraken gemaakt:

- Een huisarts gaf aan mobiel bereikbaar te zijn.
- Patiënten die extra aandacht nodig hebben, worden via de eigen huisarts doorgebeld naar de dienstdoende huisarts.
- De huisarts stuurt bij twijfel de patiënt eerder naar het ziekenhuis in verband met de onzekere toestand 's nachts.
- De huisarts van één van de AVO's behandelt de asielzoekers op dezelfde wijze als alle andere patiënten; er kan naar de huisartsenpraktijk gebeld worden.
- Uit het Nivel-onderzoek blijkt dat 80% van de huisartsen tevreden is over de meldkamer. Deze tevredenheid zou nog groter zijn als de resultaten van de meldkamer door terugkoppeling van de gegevens naar de huisartsen transparanter gemaakt worden.

6.4 Waarneming

De checklist werkafspraken huisartsenzorg heeft als bespreekpunt de regelingen met betrekking tot waarneming bij vakantie en ziekte van de huisarts.

De waarneming tijdens afwezigheid van de huisarts vindt plaats door:

Collega uit de praktijk	4
Collega huisarts	9
Hagro	7

6.5 Communicatie met de patiënt

In de checklist werkafspraken huisartsenzorg is niets opgenomen over de inzet van tolken. Wel geldt hier vanzelfsprekend de eis van informed consent van de WGBO. Uit het Nivel-onderzoek komt naar voren dat de huisarts het in 35% van de contacten nodig acht om een tolk in te schakelen, maar in tweederde van die contacten wordt hiervan geen gebruikgemaakt. 52% van

de huisartsen gaf aan problemen in de communicatie te ondervinden, met als gevolg te weinig tijd om op de zorgvraag in te gaan.

Het tolkgebruik door de huisarts geeft het volgende beeld:

Zowel persoonlijke, als telefonische, als informele tolken	3
Zowel persoonlijke als telefonische tolken	3
Zowel telefonische als informele tolken	5
Alleen persoonlijke tolken	1
Alleen telefonische tolken	5
Alleen informele tolken	2

Kanttekeningen bij dit tolkgebruik:

- Een huisarts gaf aan geen kind als informele tolk te accepteren.
- Een huisarts sprak zelf verschillende talen, waaronder Arabisch.
- Een huisarts gaf aan problemen te hebben met het reserveren van tolken.
- Een huisarts vond het gebruik van de tolktelefoon organisatorisch te ingewikkeld.
- De drie huisartsen die geen telefonische tolken inschakelden, werkten alle drie vanuit een eigen huisartsenpraktijk.
- Huisartsen die vanuit hun eigen praktijk werkten maakten meer gebruik van persoonlijke tolken dan huisartsen die spreekuur op het centrum hielden.

6.5.1 Vergelijking van het tolkgebruik door praktijkverpleegkundige en huisarts

Tabel 20

Soort tolkgebruik door praktijkverpleegkundige en huisarts

<i>Soort tolkgebruik</i>	<i>Praktijk - verpleegkundige</i>	<i>Huisarts</i>
Zowel persoonlijke, als telefonische, als informele tolken	9	3
Zowel persoonlijke als telefonische tolken	2	3
Zowel telefonische als informele tolken	6	5
Alleen persoonlijke tolken	-	1
Alleen telefonische tolken	3	6
Alleen informele tolken	-	2

Uit tabel 20 blijkt dat het soort tolkgebruik door praktijkverpleegkundige en huisarts nogal verschillend is. Niet nagegaan kon worden hoe vaak een tolk ingeschakeld wordt.

In de grotere centra schakelde de praktijkverpleegkundige relatief weinig persoonlijke tolken in. Bij de huisartsen bestaat geen relatie tussen de grootte van het centrum en het al dan niet inschakelen van persoonlijke tolken.

Verondersteld mag worden dat, als door de praktijkverpleegkundige in de toegeleiding de zorgvraag verhelderd is - hetgeen volgens het Nivel in tweederde van de contacten tussen huisartsen en asielzoekers het geval is - niet in alle gevallen de huisarts nog een tolk nodig heeft.

6.6 Beoordeling

De waarneming is in alle gevallen geregeld. In drie centra was het gedurende een aantal dagdelen niet mogelijk om de huisarts in te schakelen; in spoedeisende gevallen verwijst de huisarts telefonisch door naar SEH of ziekenhuis. Deze telefonische triage zonder mogelijkheid tot consult of visite is een risicofactor: telefonische triage is vele malen moeilijker dan triage in een persoonlijk contact.

In alle gevallen zijn er afspraken gemaakt over de bereikbaarheid van de huisarts. Gelet op de verschillen in interpretatie van de wijze waarop deze gemaakt zijn, is het de vraag of deze afspraken in alle gevallen duidelijk en voor mogelijke vervangers expliciet genoeg zijn.

Het gebruik van persoonlijke tolken door huisartsen is relatief laag.

Hoewel op onderdelen verbetering plaats moet vinden, is de toegang tot de huisarts in de meeste gevallen goed.

7 Summary, conclusion and measures

After a number of incidents concerning the medical care of asylum seekers in 2001 and 2002, the Minister requested that the Health Care Inspectorate carry out an investigation focusing on the accessibility of general medical care for asylum seekers.

In the second half of 2002, investigators paid 55 short, unannounced visits to the Medical Care Centres for Asylum Seekers (*Medische Opvang Asielzoekers – MOA*). A number of centres had already closed due to declining numbers of asylum seekers. Data on accessibility was obtained from 49 centres, and in 20 centres nurse practitioners and general practitioners were interviewed.

The investigation examined the risk factors in the whole process of general medical care for asylum seekers, the accessibility of MOA centres, the accessibility of nurse practitioners, the quality of guidance through the procedures for obtaining health care and the accessibility of the general practitioners themselves. Two documents were used for this purpose: the 'checklist of working agreements in general medical care', compiled by the National Association of Municipal Health Services (*GGD Nederland*), the Dutch Association of General Practitioners (*Landelijke Huisartsen Vereniging – LHV*) and the medical insurance company *Volksgesondheidszorg* (VGZ), and the 'protocol for consultations with nurse practitioners'. The latter protocol was drawn up by the National Association of Municipal Health Services in an accelerated procedure as a result of the above-mentioned incidents. At the time of the Inspectorate's investigation, implementation of this protocol was insufficient, which is completely understandable in view of the short period of time between the moment when the protocol became available and the Inspectorate's investigation.

In general, the Inspectorate can give a positive assessment of the accessibility of general medical care for asylum seekers. However, having examined all the stages of the health care process, the following critical points must be raised:

With regard to the accessibility of MOA centres:

- In three quarters of cases there were no written instructions for administration staff.
- Outside consultation hours but during the day, almost half of the MOA centres were not accessible directly, but often via security.
- The MOA buildings were insufficiently accessible as they have no doorbell.

With regard to the accessibility of nurse practitioners:

- Outside consultation hours but during the day, almost half of the nurse practitioners were not accessible directly, but often via security.
- In some cases when a nurse practitioner has to be replaced, consultation was only possible over the telephone.

With regard to the guidance through the procedures for obtaining health care:

- Agreements and procedures were not (adequately) set out in writing or formalised.
- Medical problems were handled over the phone when regular medical staff were absent.
- In half of the cases there were no agreements on the direction of nurse practitioners.

With regard to the accessibility of the general practitioner:

- In some cases, general practitioners gave advice via a triage procedure over the telephone, without the possibility of consultation or home visit.
- There were insufficient formal agreements about the general practitioner's availability.

Insufficient guarantees of health care accessibility may pose a more serious problem in the near future than at present. We can see that in the current situation health care *is* available, but mainly thanks to the great commitment and sense of responsibility of the individual members of the health care staff, the enthusiasm with which they do their work and the generally good working relationships. The decline in the number of asylum seekers has an effect on the organisational structure of the MOA centres, leading to less permanent working relationships and more temporary and permanent staff replacements. The lack of clearly set out agreements and procedures considerably increases the risk of problems.

Conclusion

A number of incidents which occurred over the past few years were alleged to have been caused by inadequate assistance on the part of nurse practitioners, with the result that the asylum seeker needing medical assistance was prevented from seeing the general practitioner. The investigation into the incidents which was carried out at the time revealed that this was not the case, but it was apparent that written agreements and procedures were either non-existent or insufficient. The present investigation by the Inspectorate into the accessibility of general medical care for asylum seekers confirms the findings of the investigations into the earlier incidents. The accessibility of medical care is good, as is the guidance within the system, but the guarantees of access are insufficient.

Measures

Improvements are needed at various stages in the health care process. Having examined all of the procedures involved, the Inspectorate advises that the following measures should be taken:

- Draft written instructions for administration purposes.
- Ensure immediate access to the MOA centre and the nurse practitioner for asylum seekers needing emergency help outside surgery hours during the day.
- Install doorbells to improve the physical accessibility of MOA centres.
- Implement the protocol for consultations with nurse practitioners as quickly as possible, so that agreements and procedures are clearly set out.
- Implement structural consultation between general practitioners and nurse practitioners in all areas so that national protocols and instruments will be effective.
- Set up the organisation in such a manner and employ enough staff to ensure that handling of medical problems over the telephone remains an exception.
- Continue to provide enough general practitioners and organise general medical care in such a way that triage by telephone without the possibility of consultation or home visit remains an exception.
- Encourage both general practitioners and nurse practitioners to hire interpreters more systematically and frequently.

Inspectorate's follow-up measures

In the paragraph about standardisation it was pointed out that the Expertise Centre on Quality Review in Health Care and Welfare (abbreviated to HKZ in Dutch) is developing a certification scheme to determine the quality of management in medical organisations. On the initiative of the parties involved in medical care for asylum seekers, the draft version of this scheme in fact already involves the implementation of a number of the recommendations made in this report. The other recommendations will be adopted in the scheme at a later stage. A set of measures has since been established by the National Service Office (*Landelijk Service Bureau – LSB*) and the Association of General Practitioners to optimise the procedures for

obtaining consultation with the general practitioner. This set consists of a checklist for working agreements, points of particular relevance for elucidating problems and a checklist for common health complaints which nurse practitioners often have to deal with during the consultation hour.

This means that the MOA centres will soon have a quality-monitoring system. The Inspectorate will then only need to supervise this system. Nevertheless follow-up visits will be paid in autumn 2003 to the five MOA centres which received a relatively large amount of criticism regarding their accessibility.

BIJLAGE 1 Lijst van afkortingen

ANW	avond, nacht, en weekenddienst
AVO	aanvullende opvang
AZC	asielzoekerscentrum
BIG (wet-)	beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg
COA	Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers
GGD-N	GGD Nederland, vereniging voor GGD'en
GVO	gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
HAGRO	huisartsengroep
KHZ	Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LSB	Landelijk Service Bureau
MOA	Medische Opvang Asielzoekers
Nivel	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
OC	opvang- en onderzoekscentrum
SEH	spoedeisende eerste hulp
SOEP	subjectief, objectief, evaluatie en plan
THA	toegankelijkheid huisartsenzorg asielzoekers
TVCN	Tolk- en Vertaal Centrum Nederland
VGZ	Volksgezondheidszorg (zorgverzekeraar)
WBG0	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
ZRA	Ziektekostenregeling asielzoekers

BIJLAGEN geplaatst op internet www.igz.nl

- 2 Onaangekondigd bezochte AZC's
- 3 Checklist bliksembezoekjes AZC's en OC's
- 4 In het kader van de thematische rapportage bezochte centra
- 5 Vragenlijst THA
- 6 Checklist werkafspraken huisartsenzorg
- 7 Protocol MOA