

STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

www.igz.nl



Kwaliteit Medische Opvang Asielzoekers

Den Haag, mei 2006

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Aan de minister van Vreemdelingenzaken en Integratie

Hierbij bied ik u het rapport *Kwaliteit Medische Opvang Asielzoekers* aan.

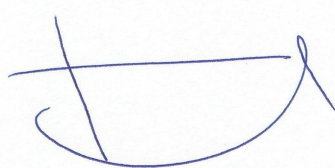
In het rapport staat een aantal conclusies, onder meer dat het certificatieproces goed op gang gekomen is, dat voor de zorgcoördinatie op de verschillende centra verschillende werkwijzen zijn ontwikkeld, dat bij uitzetting en ontruiming de overdracht van medische gegevens vaak niet kan plaatsvinden en dat slechts de helft van de onderzochte moa's de klachtenregeling actief bekend maakt. De inspectie adviseert de Medische Opvang Asielzoekers (MOA) om een aantal maatregelen te nemen: het ontwikkelen van normen met betrekking tot de reikwijdte van de zorgcoördinatie, het entameren van overleg met de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND), Vreemdelingenpolitie en Centraal Orgaan opvang asielzoekeres (COA) over tijdige en volledige informatie bij uitplaatsing van asielzoekers, en het actiever bekend maken van de klachtenregeling. Daarnaast adviseert de inspectie de IND, vreemdelingenpolitie en COA om voor tijdige en volledige informatie van de moa zorg te dragen. De inspectie verzoekt de minister van Vreemdelingenzaken en Integratie te bevorderen dat dit gebeurt.

Gelet op de vorderingen die de MOA heeft gemaakt met de certificatie, wordt een volgend onderzoek geprioriteerd in het kader van de risicoanalyse die de inspectie zorgbreed maakt.

Tijdens het onderzoek stuitte de inspectie op een constructie van de avond-, nacht- en weekenddienst die de toegankelijkheid van de zorg lijkt te belemmeren. De inspectie heeft daar inmiddels actie op ondernomen.

De medewerkers van de MOA gaven tijdens het inspectieonderzoek alle medewerking waarvoor de inspectie hen erkentelijk is.

De wnd. Inspecteur-Generaal



Drs. N.C. Oudendijk

Samenvatting

In juli 2003 bracht de inspectie het rapport *Toegankelijkheid Huisartsenzorg Asielzoekers* uit. Na bespreking van dit rapport in de Tweede Kamer nam deze een motie aan (29484, nr. 6) waarin om een vervolgonderzoek werd verzocht.

Met de invoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen is de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg bij de instellingen gelegd. De MOA heeft deze verantwoordelijkheid vorm gegeven in een kwaliteitssysteem dat is neergelegd in het certificatieschema Medische Opvang

Asielzoekers dat door de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) is opgesteld. Dit HKZ-certificatieschema is in januari 2004 vastgesteld, waarna alle Regionale MOA-stichtingen het certificatietraject hebben ingezet.

Bij dit onderzoek heeft de inspectie de normen van het HKZ-certificatieschema als uitgangspunt genomen en heeft – gelet op de motie – de kwaliteit in de zorgketen en de vreemdelingenketen, en het patiëntenbeleid, onderzocht.

Het onderzoek vond plaats bij de zes regionale MOA-stichtingen, twaalf lokale moa's, zes GGZ-instellingen en vijf andere zorgverleners/-instellingen. In het rapport worden de MOA-stichtingen aangeduid als MOA's, en de lokale moa's als moa's.

De inspectie constateerde dat de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de moa's voor externe zorgverleners/-instellingen goed is. Met relevante zorgverleners, waaronder alle zes GGZ-instellingen, zijn werkafspraken gemaakt.

De grenzen van de coördinatie door de MOA van externe zorgverlening na toegeleiding van de patiënt trekken de moa's verschillend. Ook aan de taakafbakening met de externe zorgverleners geven de moa's hun eigen invulling. Ditzelfde geldt voor het opstellen van zorgplannen; de moa's hebben hier elk een eigen werkwijze ontwikkeld. De moa evalueert haar dienstverlening zowel met patiënten als met relevante zorgverleners/-instellingen.

De moa's hebben met de COA en met de beveiligingsfunctionarissen van PreNed contact. Met andere instanties en voorzieningen van de vreemdelingenketen heeft de moa sporadisch contact. De informatie-uitwisseling met COA en PreNed is de laatste jaren verminderd door bezuinigingen, reorganisaties en personeelwisselingen. De gebrekkige informatie uitwisseling met de instanties uit de vreemdelingenketen heeft tot gevolg dat overdracht van medische gegevens te laat, helemaal niet of niet up to date plaats kan vinden. De continuïteit van zorg komt zo – ook voor ernstig zieke asielzoekers – in gevaar.

De inspectie constateerde dat de MOA aan de eis van informed consent van de WGBO voldoet op de wijze die in de Nederlandse zorg gangbaar is: men geeft informatie maar toestemming wordt niet expliciet gevraagd. Het weigeren van zorg legt de MOA schriftelijk vast.

Het gebruik van tolken is vergeleken met het inspectieonderzoek in 2003 sterk verbeterd. MOA-breed is in 2004 een proefproject voor het omschakelen naar het gebruik van ad-hoc tolken uitgevoerd; dit bleek succesvol. Nog slechts één onderzochte moa maakt gebruik van informele tolken. Zorgwekkend is het signaal van de moa's dat men name specialisten vaak weigeren om tolken in te schakelen.

Vier MOA-stichtingen hebben een klanttevredenheidsonderzoek uitgevoerd; twee MOA-stichtingen bereiden dit voor. Ook één van de GGZ-instellingen heeft een klanttevredenheidsonderzoek uitgevoerd.

De MOA beschikt over een klachtenregeling. Slechts de helft van de onderzochte moa's maakt deze regeling actief bekend. De uitkomsten van de tevredenheids-onderzoeken en klachten gebruikt de MOA voor het nemen van corrigerende maatregelen.

De inspectie adviseert de MOA om maatregelen te nemen met betrekking tot de begrenzing van de externe zorgcoördinatie, vaststelling van criteria voor het opstellen van een zorgplan, informatie-uitwisseling met instanties uit de vreemdelingenketen om een goede overdracht van medische gegevens te realiseren, verbetering van het tolkgebruik voor externe zorgverleners, toetsen en eventueel aanpassen van de gedragscodes aan de NPCF-criteria en het actief bekend maken van de klachtenregeling. De inspectie verzoekt de bestuurscommissie MOA hiervoor binnen drie maanden een plan van aanpak in te dienen.

De inspectie adviseert de COA, IND en Vreemdelingenpolitie om duidelijke afspraken te maken met de MOA over tijdige informatieverstrekking over –en uitplaatsing van asielzoekers, en niet uit te zetten of te ontruimen als niet zeker gesteld is dat aan de asielzoekers een bijgewerkt medisch paspoort is verstrekt. De inspectie verzoekt de minister van Vreemdelingenzaken en Integratie haar te informeren op welke wijze aan het advies gevolg is gegeven.

Inhoudsopgave

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Inleiding | 9 |
| 2 | Conclusies en maatregelen | 10 |
| 2.1 | Conclusies | 10 |
| 2.2 | Maatregelen MOA | 11 |
| 2.3 | Maatregelen COA, IND en Vreemdelingenpolitie | 12 |
| 3 | Onderzoek | 13 |
| 3.1 | Onderzoeksvragen | 13 |
| 3.2 | Methode van onderzoek | 13 |
| 4 | Bevindingen | 14 |
| 4.1 | Zorgketen | 14 |
| 4.1.1 | Afspraken met relevante ketenpartners zijn gemaakt | 14 |
| 4.1.2 | Bereikbaarheid- en beschikbaarheidsregelingen zijn bekend | 15 |
| 4.1.3 | Grenzen van externe zorgcoördinatie zijn niet duidelijk | 16 |
| 4.1.4 | Evaluatie van individuele zorg en van moa-dienstverlening vindt plaats | 18 |
| 4.2 | Vreemdelingenketen | 20 |
| 4.2.1 | Bereikbaarheid en beschikbaarheid MOA slechts bij een gedeelte van de vreemdelingenketen bekend | 20 |
| 4.2.2 | Overdragen en archiveren van medische gegevens bij uitplaatsing is problematisch | 21 |
| 4.2.3 | Evaluatie MOA-dienstverlening eerder uitzondering dan regel | 23 |
| 4.3 | Patiënten | 23 |
| 4.3.1 | Patiënten krijgen informatie; toestemming niet expliciet gevraagd | 23 |
| 4.3.2 | Niet iedereen is tevreden over de informatie bij toeleiding | 23 |
| 4.3.3 | Niet duidelijk is of moa-medewerkers bij de bejegening van asielzoekers de NPCF-criteria hanteren | 24 |
| 4.3.4 | Tolkengebruik door de moa goed, door externe zorgverleners een stuk minder | 25 |
| 4.3.5 | Evaluatie zorg alleen met asielzoekers met bijzondere problemen | 27 |
| 4.3.6 | Tevredenheidsonderzoeken zijn op streek | 27 |
| 4.3.7 | Klachtregeling | 28 |
| 4.3.8 | Treffen van corrigerende maatregelen niet altijd mogelijk | 30 |
| 4.3 | Einde certificatietraject in zicht | 31 |

Bijlagen

| | |
|---|---|
| 1 | Vragenlijst MOA-stichtingen en moa in de asielzoekerscentra |
| 2 | Vragenlijst zorginstellingen |
| 3 | Lijst geïnterviewde organisaties |

1 Inleiding

De Medische Opvang Asielzoekers (MOA)^[1] levert de preventieve zorg aan asielzoekers en zorgt voor de toegeleiding naar de reguliere zorg.

In 2003 onderzocht de inspectie de MOA in verband met de toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers. De Tweede Kamer vroeg, na bespreking van het inspectierapport bij motie (29484, nr. 6) om verder onderzoek van de inspectie.

De MOA valt onder de werking van de Kwaliteitswet zorginstellingen. De kwaliteit van zorg is een verantwoordelijkheid van de MOA zelf. Voor de MOA is een kwaliteitsstelsel ontwikkeld en vastgelegd in een certificatieschema van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ). Het certificatietraject is ingezet en naar verwachting zal begin 2007 de hele MOA-organisatie gecertificeerd zijn.

De inspectie heeft voor haar onderzoek de normen van het certificatieschema als uitgangspunt gebruikt en onderzocht hoe het gesteld is met de kwaliteit in de keten van de zorg voor asielzoekers, hoe het is gesteld met de kwaliteit van de zorg gelet op de vreemdelingenketen en hoe het is gesteld met de informatie aan en de inbreng van de asielzoekers in de MOA-dienstverlening.

[1] Waar in dit rapport over de hele MOA-organisatie of de regionale MOA-stichtingen wordt geschreven wordt dit aangeduid met 'MOA', waar het de lokale moa's op de centra betreft is de aanduiding 'moa'.

2 Conclusies en maatregelen

2.1 Conclusies

- 1 Het certificatieproces is, na vaststelling van het HKZ-certificatieschema in 2004 goed op gang gekomen. Eén MOA is al gecertificeerd in 2005, twee MOA's streven naar certificatie in 2006 en drie begin 2007.

Zorgketen

- 2 De zorginstellingen in de zorg weten de MOA's te vinden; de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de medewerkers is goed, ondanks de vele personeelswisselingen door sluiting van centra en inkrimping van de organisatie.
- 3 Met de instellingen en zorgverleners die de meeste zorg leveren aan asielzoekers zijn werkafspraken gemaakt; de meeste hiervan zijn schriftelijk vastgelegd.
- 4 Het begrip zorgcoördinatie is voor verschillende interpretaties vatbaar; de grenzen van en taakafbakening met betrekking tot coördinatie zijn niet duidelijk. De moa's op de centra hebben in de praktijk verschillende werkwijzen ontwikkeld.
- 5 Het HKZ-schema gaat er vanuit dat de evaluatie van de individuele zorg gebeurt door evaluatie van het zorgplan. De moa's stellen niet voor iedere asielzoeker een zorgplan op; dit gebeurt vooral voor patiënten met complexe problematiek. Niet duidelijk is wanneer wel en wanneer geen zorgplan opgesteld moet worden.

Vreemdelingenketen

- 6 De COA en de beveiligingsfunctionarissen van PreNed zijn op de hoogte van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de moa. De informatie-uitwisseling met deze diensten is afgelopen jaren door inkrimping, reorganisaties, bezuinigingen en personeelswisselingen sterk teruggelopen. De MOA heeft slechts sporadisch contact met de vreemdelingenpolitie, IND en de (medische diensten van) aanmeld- en uitzetcentra. Er doen zich echter wel problemen voor die zonder informatie-uitwisseling en communicatie tussen deze instanties en de MOA niet op te lossen zijn.
- 7 Het grote aantal overplaatsingen van asielzoekers naar andere AZC's en de vertrekcentra^[2] en de niet altijd tijdige informatie over deze overplaatsingen aan de moa, leiden er toe dat de overdracht van medische dossiers niet binnen de protocollaire termijn van 48 uur kan plaatsvinden. De continuïteit van de zorg wordt dan gewaarborgd met telefonische overdrachten.

[2] Vertrekcentra zijn centra waarin uitgeprocedeerde asielzoekers die aangegeven hebben vrijwillig te willen vertrekken in afwachting en ten voorbereiding van dit vertrek verblijven. Er zijn twee vertrekcentra, in Ter Apel en in Vught.

- 8 De moa's ontvangen vaak te laat of zelfs pas achteraf informatie van de COA, IND of Vreemdelingenpolitie over uitzetting^[3] of ontruiming^[4] van asielzoekers. De moa's zijn hierdoor niet meer in de gelegenheid om een medisch paspoort bij te werken en mee te geven. Continuïteit van zorg – ook die voor ernstig zieke patiënten – wordt zo onmogelijk.

Inbreng van/informatie aan asielzoekers

- 9 Moa's informeren de asielzoekers over eigen dienstverlening en bij toegeleiding naar externe zorgverleners over de externe zorgverlening. De helft van de geïnterviewde externe zorgverleners is hier tevreden over. Het weigeren van toestemming tekent de moa aan in het dossier. Dit is niet conform de eigen norm, maar komt – blijkens de uitkomsten van de WGBO-evaluatie – wel overeen met de gangbare praktijk in Nederland.
- 10 De moa-medewerkers hanteren de NPCF-criteria niet expliciet bij de bejegening van de patiënt. In hoeverre dat impliciet gebeurt, is niet duidelijk. Aandacht bij de bejegening voor de culturele achtergrond en geschiedenis van de asielzoekers is voor verpleegkundigen geborgd door een gedegen nascholing. Voor administratieve krachten is dit niet het geval.
- 11 De inzet van tolken door de moa is vergeleken met het inspectierapport uit 2003 sterk verbeterd. Nog maar één moa schakelt informele tolken in. De signalen van de moa's over het onvoldoende of niet gebruiken van tolken door met name specialisten zijn zorgwekkend.
- 12 De MOA beschikt over een klachtreglement, maar slechts de helft van de onderzochte moa's maakt dit actief bekend aan de asielzoekers. Alle moa's hebben een klanttevredenheidsonderzoek onder asielzoekers uitgevoerd of hebben dit in voorbereiding. Klachten en uitkomsten van de tevredenheidsonderzoeken leiden tot het nemen van corrigerende maatregelen.

2.2 Maatregelen MOA

De inspectie adviseert de MOA de volgende maatregelen te nemen:

- Ontwikkelen van normen voor de vaststelling van de reikwijdte van de zorgcoördinatie na toegeleiding.
- Ontwikkelen van criteria voor het vaststellen voor welke asielzoekers een zorgplan opgesteld dient te worden.
- Entameren van overleg met de COA over tijdige en volledige informatie van de moa bij overplaatsing naar andere AZC's en vertrekcentra, zodat overdracht van de medische dossiers volgens protocol kan plaatsvinden. In het verlengde van dit overleg moet bezien worden of met externe zorgverleners nieuwe afspraken gemaakt moeten worden over de communicatie bij overplaatsing van asielzoekers.
- Entameren van overleg met de COA, IND en Vreemdelingenpolitie over tijdige informatie van de moa over uitzetting of ontruiming van asielzoekers om te bewerk-

[3] Bij uitzetting worden uitgeprocedeerde asielzoekers overgebracht naar uitzetcentra of vreemdelingendetentiecentra.

[4] Uitgeprocedeerde asielzoekers hebben geen recht meer op opvang; als ze deze niet vrijwillig verlaten worden zij daartoe gedwongen.

stelligen dat asielzoekers als de moa dat nodig acht niet zonder – door moa en eventueel externe zorgverleners – bijgewerkt medisch paspoort worden uitgezet of ontruimd.

- Samen met Pharos een strategie ontwikkelen om het gebruik van tolken door externe zorgverleners – met name specialisten – te verbeteren.
- Toetsen in hoeverre de gehanteerde gedragscodes in overeenstemming zijn met de NPCF-criteria voor bejegening van patiënten; indien nodig de gedragscodes aan deze criteria aanpassen.
- Alle moa's dienen de klachtenregeling actief bekend te maken aan de asielzoekers.

De inspectie verzoekt de bestuurscommissie van de MOA een plan van aanpak op te stellen voor de uitvoering van de hierboven genoemde maatregelen en dit binnen drie maanden aan haar toe te zenden.

2.3 Maatregelen COA, IND en Vreemdelingenpolitie

De inspectie adviseert de COA de volgende maatregel te nemen:

- Het bekend stellen bij alle COA-medewerkers van de procedure voor verklaringen van afwezigheid bij het wekelijks stempelen door onderzoekers.
- Het maken van duidelijke afspraken met de MOA over het geven van tijdige en volledige informatie over overplaatsingen naar AZC's en vertrekcentra aan de MOA.
- Het bekendmaken van deze afspraken aan alle COA-medewerkers.

De inspectie adviseert de COA, IND en Vreemdelingenpolitie de volgende maatregelen te nemen:

- Het maken van duidelijke afspraken met de MOA over het geven van tijdige informatie aan de moa over uitzetting en ontruiming van asielzoekers.
- Niet uitzetten of ontruimen als niet zeker gesteld is dat aan de asielzoeker de nodige medische gegevens, vastgelegd in het medisch paspoort, verstrekt zijn.

De inspectie verzoekt de minister van Vreemdelingenzaken en Integratie haar te informeren op welke wijze aan het advies gevolg is gegeven.

3 Onderzoek

3.1 Onderzoeksvragen

De Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, de Wet klachtrecht cliënten zorgsector, de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst vormen het wettelijk kader voor onderzoek van de inspectie.

Het uitgangspunt van de Kwaliteitswet zorginstellingen is dat instellingen in eerste instantie zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de te leveren zorg en voor de bewaking daarvan. Hiertoe is voor de MOA-dienstverlening een HKZ-certificatieschema ontwikkeld dat in 2004 is vastgesteld. Voor de hele MOA-organisatie is een certificeringstraject ingezet. Eén MOA is inmiddels gecertificeerd.

In dit onderzoek komen – mede gelet op het verzoek van de Tweede Kamer – de volgende vragen aan de orde.

- Hoe is het gesteld met de kwaliteit in de keten van zorg voor asielzoekers? Het betreft met name de zorg bij klachten op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg.
- Hoe is het gesteld met de kwaliteit van de zorg gelet op de vreemdelingenketen?
- Hoe is het gesteld met de informatie aan en de inbreng van de asielzoekers/patiënten in de MOA-dienstverlening?

3.2 Methode van onderzoek

Daar de toetsing van het kwaliteitsbeleid van de MOA zich bevindt in de fase tussen externe toetsing en zelftoetsing is voor deze externe toetsing het inmiddels ontwikkelde eigen certificatieschema van de MOA als uitgangspunt gebruikt. Uit dit HKZ-schema zijn de onderwerpen geselecteerd die betrekking hebben op de zorgketen, de vreemdelingenketen en de informatie aan en inbreng van asielzoekers/patiënten. Op basis daarvan is een vragenlijst opgesteld voor de MOA-stichtingen, voor de lokale moa in de asielzoekerscentra (bijlage 1) en een vragenlijst voor zorginstellingen (bijlage 2). Alle zes regionale MOA-stichtingen zijn geïnterviewd. De MOA-stichtingen zijn samenwerkingsverbanden van GGD-en. Inmiddels heeft een aantal stichtingen de MOA-taken of een aantal daarvan geïntegreerd in GGD-en. Voor de leesbaarheid wordt in het rapport in alle gevallen over MOA-stichtingen gesproken. Per MOA-werkgebied zijn at random twee asielzoekerscentra geselecteerd. In de steekproef zitten een AZC dat omgebouwd is tot oriëntatie- en integratiecentrum, en elf terugkeercentra, waarvan twee kort na het onderzoek gaan sluiten, en één onlangs bezig was met sluiting maar daarna weer heropend werd. Per MOA-gebied zijn twee reguliere zorginstellingen, waarvan steeds één GGZ, geselecteerd. Deze zijn gekozen op basis van informatie van de moa in de asielzoekerscentra over het aantal contacten met de zorginstelling. Eén instelling, een verloskundige praktijk, weigerde medewerking; de verloskundige deelde mee dat alles prima ging en het onzin vinden daar dan nog tijd in te steken. In bijlage 3 staat de lijst van de geïnterviewde MOA-stichtingen, moa's in de asielzoekerscentra en zorginstellingen. Alle interviews zijn mondeling gehouden.

4 Bevindingen

4.1 Zorgketen

4.1.1 Afspraken met relevante ketenpartners zijn gemaakt

Norm:

Op landelijk niveau zijn de kaders en richtlijnen vastgelegd waarbinnen lokale werkafspraken met betrokken zorg- en hulpverleners moeten worden gemaakt.

Alle MOA-stichtingen op één na hebben de stand van zaken van de invulling met de lokale werkafspraken in beeld. De MOA-stichting die er geen zicht op heeft is een stichting waarvan de taken geïntegreerd worden in vier GGD-en. De stichting zelf wordt na afronding van dit proces in 2007 opgeheven. De vier GGD-en sturen de aanpassing van de werkafspraken binnen de regio aan.

De vijf MOA-stichtingen melden dat alle centra lokale werkafspraken hebben gemaakt met huisarts, GGZ, maatschappelijk werk en verloskundigen. Afhankelijk van de lokale situatie zijn er ook afspraken gemaakt met andere zorgverleners. Drie MOA-stichtingen hebben in 2005 het proces van aanpassing van de werkafspraken geëvalueerd, hetgeen tot verbeteracties heeft geleid. Bij de twee andere stichtingen liggen de werkafspraken op regionaal niveau vast in mappen.

Het onderzoek bij de moa's op de asielzoekerscentra leverde het volgende beeld op:

Tabel 1

Werkafspraken met zorgverleners/zorginstellingen

| <i>Zorgverlener/instelling</i> | <i>Schriftelijk</i> | <i>Mondeling</i> | <i>Geen</i> |
|--------------------------------|---------------------|------------------|-------------|
| 1 Huisarts | 12 | - | - |
| 2 GGZ | 6 | 6 | - |
| 3 Thuiszorg | 10 | 2 | - |
| 4 Verloskundige | 10 | 2 | - |
| 5 Algemeen ziekenhuis | 3 | 7 | 2 |
| 6 Apotheker | 3 | 9 | - |
| 7 Tandarts | 4 | 6 | 2 |

De drie schriftelijke afspraken die met algemene ziekenhuizen gemaakt zijn dateren vanaf de start van de asielzoekerscentra. In één geval is geprobeerd de afspraken met de directie van het ziekenhuis te actualiseren, maar is het nog niet gelukt een afspraak te maken. De moa's vinden het overigens weinig zinvol om op directieniveau afspraken te maken met ziekenhuizen. Dit gebeurt doorgaans met de specialisten en met de poli's, hetgeen men effectiever acht.

Alle moa's leggen hun werkafspraken met de huisartsen vast in de instrumentenset toegeleiding^[5] ('het groene boekje'). Eén moa differentieert naar huisarts; met de verschillende huisartsen werden persoonlijke werkafspraken gemaakt.

[5] Toegeleiding is het faciliteren van de aansluiting tussen de vraag van de asielzoeker en het aanbod van de reguliere gezondheidszorg tijdens het verblijf in de centrale opvang voor asielzoekers.

Twee moa's waren ten tijde van het onderzoek bezig alle werkafspraken te actualiseren, hetgeen nodig is omdat ook bij zorginstellingen veranderingen in de organisatie optreden.

Alle zes ondervraagde GGZ-instellingen gaven aan dat er werkafspraken gemaakt zijn. Eén instelling gaf daarbij aan dat het initiatief hiertoe van haar moest uitgaan. Eén instelling heeft in 1999 een convenant met de moa gesloten waarin de taakomschrijvingen, het verwijspatroon, de inzet van eerstelijns functionarissen en de wijze van communiceren over cliënten tussen moa en GGZ zijn beschreven. De werkafspraken op locatieniveau zijn wel gemaakt maar staan niet op papier. In vijf gevallen zijn er afspraken gemaakt over de verwijzing, in twee over de medicatie en het te voeren overleg tussen de moa en de GGZ-instelling. Daarnaast bestaan er afspraken over de intake, inschakeling, crisisdienst, communicatie over patiënten, te voeren overleg, wijze van contact opnemen en bereikbaarheid, en huisvesting van GGZ-medewerkers binnen de moa.

Vier van de vijf overige zorgverleners/zorginstellingen hebben werkafspraken met de moa gemaakt.

De huisartsenpraktijk werkt op basis van het groene boekje. Over de apotheek van de praktijk zijn eveneens afspraken gemaakt. Eens in de vier weken is er overleg. In het verleden waren er vrijwel dagelijks contacten, inmiddels is de bezetting bij de moa zo laag dat dit niet meer mogelijk is. De inkrimping heeft ook problemen doen ontstaan in de samenwerking.

Met de thuiszorginstelling is de afspraak gemaakt dat de moa en de instelling per cliënt een contactpersoon benoemen. Eenmaal per 3 à 4 weken is er overleg. De gebiedsmanager van de thuiszorginstelling bespreekt de inzet die vanuit de instelling nodig is met de moa. Bij veranderingen stuurt de moa bericht.

De gespecialiseerde gezinsverzorging heeft heel regelmatig overleg; alle relevante informatie wordt uitgewisseld.

Van de twee ziekenhuispoli's heeft één geen, de ander wel werkafspraken gemaakt. De gemaakte afspraken betreffen de informatie-uitwisseling, de werkwijze bij ontslag: de overdracht en de nazorg, en de werkwijze bij problemen.

4.1.2 Bereikbaarheid- en beschikbaarheidsregelingen zijn bekend

Norm:

De relevante ketenpartners moeten op de hoogte zijn van de bereikbaarheid –en beschikbaarheidsregeling van de MOA.

Alle MOA-stichtingen geven aan dat daarin voorzien is. Alle moa's zijn bereikbaar van half 9 tot 5 uur. Daarna gaat de avond-, nacht- en weekend (ANW)-regeling in. Drie MOA-stichtingen geven aan dat de bereikbaarheid- en beschikbaarheidsregeling schriftelijk is vastgelegd. De regeling wordt bewaakt en mogelijke problemen worden opgelost. Eén MOA-stichting gaf aan dat de toets in de laatste managementrapportage een bereikbaarheidspercentage van 99 procent opleverde voor de moa's in haar regio.

Zeven lokale moa's hebben de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de moa vastgelegd in de schriftelijke werkafspraken met de relevante ketenpartners. Als relevante ketenpartners zijn hierbij in alle gevallen genoemd de huisarts en de GGZ. Daarnaast werd ook driemaal de verloskundige genoemd. Eén moa wist niet of de ketenpartners een kopie van de schriftelijke afspraken hebben. Eén moa heeft de openingstijden

schriftelijk medegedeeld aan alle externe zorgverleners en informeert deze ook bij incidentele sluitingen.

Vier moa's gaan er vanuit dat de bereikbaarheid en beschikbaarheid bekend is. Deze staan echter niet op papier en men heeft de veronderstelde bekendheid nooit gecontroleerd.

Alle zes GGZ-instellingen gaven aan te weten wanneer de moa bereikbaar is. De telefoonnummers van de moa-medewerkers zijn bekend. Eén instelling beschikte over een schema wanneer, waar, welke moa-medewerker te bereiken is.

Drie instellingen ervaren geen knelpunten met betrekking tot de bereikbaarheid en beschikbaarheid van moa-medewerkers.

Eén instelling signaleerde dat soms niet doorgegeven wordt dat alle medewerkers, bijvoorbeeld vanwege een cursus, weg zijn. Een andere instelling vindt het vervelend dat soms niet bekend is dat een hulpverlener niet meer werkzaam is bij de moa. Ook signaleerde een instelling dat, in het zicht van de komende sluiting, de bereikbaarheid van de moa achteruitgegaan is.

De overige zorgverleners/zorginstellingen weten allemaal de moa te vinden. Eén van de poli's heeft alleen contact met de huisartsenpraktijk die de zorg in de centra levert. De bereikbaarheid levert geen problemen op. Eén van de poli's merkt op dat het soms niet duidelijk was welke arts men moest hebben, dit is met name het geval als er voorzieningen voor de patiënt nodig zijn. Inmiddels is duidelijk dat hiervoor de sociaal-geneeskundige aangesproken moet worden.

4.1.3 Grenzen van externe zorgcoördinatie zijn niet duidelijk

Norm:

Als na toegeleiding de zorg aan asielzoekers (deels) door derden wordt geleverd, zorgt de MOA voor coördinatie. Hierbij vormen de lokale en regionale schriftelijke vastgelegde afspraken over planning en toegeleiding en over overdracht en terugkoppeling van (medische) gegevens het uitgangspunt.

Uit de gesprekken met de MOA-stichtingen bleek dat over de coördinatie van de zorg geen duidelijkheid bestaat^[6]. De huisarts die verwijst heeft hier ook een taak; de afbakening van de taken van huisarts en moa is wat betreft de coördinatie niet duidelijk, ook al omdat de terugrapportage door tweedelijns voorzieningen vooral naar de huisarts gebeurt. Ook is niet duidelijk hoe ver de coördinatie moet gaan. Het coördineren van verschillende behandelaars in een ziekenhuis lijkt een brug te ver. Ook bij overplaatsing naar een ander asielzoekerscentrum is niet duidelijk waar de grens voor coördinatie ligt. De coördinatie is duidelijker wat betreft de GGZ; daar beschikken de moa's over een duidelijk aanspreekpunt en vindt coördinatieoverleg plaats. De omschrijving van zorgcoördinatie in het landelijk protocol is overigens ruimer dan het voeren van coördinatieoverleg.

Een MOA-stichting heeft een audit gehouden over de coördinatie. De rapportage hierover is nog maar net binnen, de resultaten zijn nog niet bestudeerd. Op basis van de uitkomsten zal een plan van aanpak worden opgesteld.

[6] In het concept-protocol coördinatie van zorg door de praktijkverpleegkundige wordt hieronder verstaan: "afstemming en overleg met interne en externe zorgverleners en het bewaken van de continuïteit van zorg voor het uitvoeren en monitoren van het zorgplan".

Een MOA-stichting is bezig met het opzetten van een pilot-project voor de coördinatie van zorg bij complexe problemen.

Alle lokale moa's voorzien in externe zorgcoördinatie; de mate waarin dat gebeurt verschilt. Acht moa's doen dit voor alle zorgverleners, drie doen dit voor een gedeelte van de zorgverleners en één moa hanteert het uitgangspunt dat de coördinatie door de externe zorgverleners zelf moet gebeuren en coördineert alleen als dit niet lukt. Slechts één moa gaf aan een coördinatieprotocol te hebben; dit zal binnenkort herzien worden.

De praktijkverpleegkundigen doen de zorgcoördinatie. De organisatie hiervan is per moa verschillend. Zo heeft een moa de coördinatie voor respectievelijk diabetici, chronische zieken en psychosociale hulp verdeelt over de verpleegkundigen. Een andere moa spreekt in het periodieke zorgoverleg af wie de coördinatie voor welke patiënt doet. Twee moa's geven aan steeds meer met casemanagers te werken. Voor welke zorg coördinatie nodig is hangt ook af van de situatie ter plekke. In sommige centra zijn vanwege de voorhanden zijnde woonruimte veel gezinnen; in andere centra zijn juist weer veel alleenstaanden (ama's) aanwezig. Eén moa coördineert de zorg voor bewoners voor wie de huisvesting niet geschikt is voor bewoners met astma. In overleg met huisarts en thuiszorg wordt voor deze patiënten een COPD-verpleegkundige ingeschakeld.

Op een centrum waar veel ouderen gehuisvest zijn is in overleg met de huisarts geregeld dat regelmatig een diabetesverpleegkundige de diabetespatiënten op het centrum bezoekt. Eén moa heeft met de tandartsen afspraken over coördinatie vastgelegd. Eén moa gaf aan dat zorgcoördinatie vooral bij verslavingszorg en de GGZ nodig was. Eén moa signaleerde dat vooral in de jeugd(gezondheids)zorg vaak sprake was van meerdere hulpverleners, soms wel negen, en dat dan coördinatie nodig was. Twee moa's noemde als groot knelpunt bij de zorgcoördinatie de vele wisselingen van het moa personeel en het grote aantal over- en uitplaatsingen van bewoners van het centrum.

Alle zes GGZ-instellingen gaven aan dat de moa, na de toeleiding, de zorg die derden leveren, coördineert.

Vijf van de zes GGZ-instellingen hebben daartoe met een regelmaat die varieert tussen eenmaal per twee weken en eenmaal per zes weken overleg met de moa. Aan dit overleg neemt vaak ook het maatschappelijk werk en soms de huisarts deel. Eén instelling had in het verleden regelmatig overleg met de moa maar door de sluitingen van de verschillende AZC's is langzaam aan ook het overleg gestopt.

Alle instellingen hebben een vaste contactpersoon voor de zorg aan asielzoekers. Vier instellingen hebben een speciaal asielzoekersteam, twee instellingen hebben dit niet. Eén van deze twee instellingen heeft speciaal opgeleide aandachtfunctionarissen, de ander gaf aan dat het wel vaak dezelfde hulpverleners zijn die de zorg aan asielzoekers verlenen. De moa's hebben met alle zes GGZ-instellingen afspraken gemaakt over planning, toeleiding en over overdracht; met drie instellingen zijn afspraken gemaakt over terugkoppeling. Op één na zijn alle afspraken mondeling gemaakt.

De overige zorgverleners/zorginstellingen merken, met uitzondering van de gespecialiseerde gezinsverzorging, niets van coördinatie door de moa. De huisartsenpraktijk vindt dat daar wel wat meer aan zou moeten gebeuren. Met de gespecialiseerde gezinsverzorging is over de coördinatie niets in het algemeen vastgelegd; vastlegging gebeurt in het dossier van de patiënt.

4.1.4 Evaluatie van individuele zorg en van moa-dienstverlening vindt plaats

Evaluatie van individuele zorg gebeurt, maar niet met alle ketenpartners

Norm:

De MOA moet – op basis van evaluatie met de relevante zorgverleners buiten de MOA – indien nodig het zorgplan bijstellen; dit wordt geregistreerd; indien nodig worden externe hulpverleners geïnformeerd.

De regionale MOA-stichtingen geven aan dat de evaluatie van de individuele zorg met de huisarts en de GGZ overal plaats vind. Twee MOA-stichtingen geven aan dat zij betrokken zijn geweest bij problemen over de individuele zorgverlening, hetgeen tot verbeteracties heeft geleid.

De lokale moa's werken slechts zelden met een individueel zorgplan. Dit gebeurt alleen bij ingewikkelde problematiek. De ketenpartners in zorg wisten dan ook niet van het bestaan van zorgplannen af. Nagegaan is of - ondanks het vrijwel ontbreken van individuele zorgplannen - de individuele zorg wel samen met de externe hulpverleners geëvalueerd wordt.

Volgens opgave van de moa's vindt evaluatie met ketenpartners overal plaats, maar niet met alle zorgverleners (tabel 2).

Tabel 2

Evaluatie van de zorg volgens opgave MOA

| <i>Externe zorg</i> | <i>MOA</i> | |
|----------------------|------------------|--------------------|
| | <i>Periodiek</i> | <i>Incidenteel</i> |
| Huisartsenzorg | 12 | - |
| GGZ | 11 | 1 |
| Thuiszorg | 2 | 6 |
| Verloskundige zorg | 1 | 3 |
| Specialistische zorg | - | 3 |
| Overige | - | 5 |

Tussen alle moa's en huisartsen vindt periodiek overleg plaats over de zorg aan individuele patiënten. In de helft van de gevallen gebeurt dat in een vooraf vastgestelde frequentie. In de andere gevallen gaf de moa aan dat dit regelmatig gebeurt.

Eén MOA heeft geen periodiek overleg over de zorg aan individuele patiënten met de GGZ. Deze moa gaat er vanuit dat de GGZ terugkoppelt als er problemen zijn, hetgeen ook het geval is. Zeven moa's hebben met een vooraf vastgestelde frequentie casuïstiek overleg met de GGZ. Eén moa doet dit eenmaal per twee weken, vier moa's eenmaal per maand en twee moa's eenmaal per zes weken.

Eén van de moa's gaf aan dat men tot nu toe goed samenwerkte met het speciale asielzoekersteam van de GGZ-instelling, maar dat wegens een reorganisatie bij de GGZ-instelling aan de samenwerking opnieuw vorm moet worden gegeven. In één AZC bezoekt de psychiater van de GGZ-instelling periodiek zijn cliënten; aansluitend daarop vindt dan casuïstiek overleg plaats.

Van de zijde van de GGZ-instellingen is aangegeven dat zij hun behandelplannen met de patiënt evalueren.

Drie instellingen geven relevante informatie door aan de huisarts of via de huisarts aan de moa. Dit betreft terugkoppeling na afronding van de intake of na beëindiging van de therapie, informatie over het behandelplan en bijstellingen daarvan.

Twee instellingen koppelen terug en stemmen af binnen het overleg met de moa; één van deze instellingen doet dit ook bij beëindiging van de behandeling. Eén van de instellingen geeft alleen calamiteiten door aan de moa.

Overleg over patiënten met de verloskundigen en medewerkers van de thuiszorg vindt volgens informatie van de moa's doorgaans plaats nadat deze in het AZC aan het werk zijn geweest. Als actie nodig is kan dit daarna snel plaatsvinden.

Met de overige zorgverleners vindt overleg plaats over de patiënt naar aanleiding van concrete problemen. Zo stak een moa veel energie in het probleem dat het commerciële bedrijf dat een asielzoeker een gehoorapparaat moest aanmeten geen gebruik kon maken van de tolkenregeling die voor zorginstellingen geldt. Bijstand van een persoonlijke tolk is in zo'n situatie wel van groot belang. De zorg moest hier bijgesteld worden.

Evaluatie van de MOA-dienstverlening gebeurt op verschillende niveaus

Norm:

De MOA moet haar zorgverlening, de toegeleiding en de coördinatie van zorg en de afstemming periodiek evalueren. De resultaten hiervan leiden indien nodig tot verbeteracties, die schriftelijk worden vastgelegd.

Op landelijk niveau is de moa-dienstverlening onderwerp van gesprek in het Landelijk Overleg Gezondheidszorg Asielzoekers (LOGA), waaraan acht landelijke organisaties deelnemen. Hierin vindt een beleidsmatige en inhoudelijke afstemming plaats. Alle regionale stichtingen maken kwartaalrapportages ten behoeve van het overleg met de COA. Opgemerkt werd dat met het opheffen van het Bureau Gezondheidszorg Asielzoekers (BGA) van de COA, de inhoudelijke kennis binnen de COA geminimaliseerd is. Daarnaast worden audits uitgevoerd. De lokale moa's vullen de vragenlijsten ten behoeve van de kwartaalrapportages in. Twee moa's evalueren daarnaast nog periodiek, vier moa's doen dit incidenteel, twee moa's hanteren het piepsysteem: men gaat af op signalen dat er iets mis zit; vier moa's evalueren niet aanvullend op de kwartaalrapportages, één daarvan gaf aan dat dit op de rol staat.

Eén moa stelde vraagtekens bij het systeem: de andere zorgverleners bellen ons ook niet voor een evaluatie van hun zorg?

Eén van de moa's noemde bij de incidentele evaluaties die met de directie van een ziekenhuis. Hierin zijn onder andere de gang van zaken na een bevalling, het gebruik van tolken en ontslag uit het ziekenhuis onder de loep genomen.

Vier van de zes GGZ instellingen evalueren samen met de moa de dienstverlening van de moa. Dit gebeurt 1 keer per half jaar of 1 keer per jaar. Eén GGZ-instelling heeft de gang van zaken hierbij op papier gezet om ook bij een redelijk groot personeelsverloop de communicatie goed te laten verlopen. Dit was nodig vanwege het grote verloop van het personeel. Twee GGZ-instellingen evalueren niet met de moa, één daarvan gaf aan dat dit in het verleden wel gebeurde en dat men voornemens is daarmee weer te beginnen.

Drie van de vijf overige zorgverleners/zorginstellingen vermeldden dat de dienstverlening van de moa niet systematisch geëvalueerd wordt, maar dat er in geval van problemen overleg is. Wederzijds geeft men aan wat wel en niet loopt. De samenwerking is prettig en open; problemen kunnen snel opgelost worden.

De geïnterviewde huisartsenpraktijk heeft in het verleden problemen gehad met de moa. Naar aanleiding van een incident is het vertrouwen in een praktijkverpleegkundige opgezegd. In overleg met de clustercoördinator van de MOA-Stichting is de samenwerking toen gestopt. De huisartsenpraktijk ervaart tot op de dag van vandaag de negatieve gevolgen van het incident. Deze huisartsenpraktijk sprak uit er voorkeur aan te geven de praktijkverpleegkundige onder te brengen in de huisartsenpraktijk. Tijdens het onderzoek bleek dat met een dergelijk constructie op twee locaties geëxperimenteerd is. Op de ene locatie bleek het werken van de praktijkverpleegkundige geen succes; het was ook lastig te organiseren. Men is ermee gestopt. Op de andere locatie werkt sinds ruim een jaar een moa-verpleegkundige op afroep in de huisartsenpraktijk. Eenmaal per week bespreekt het moa-team haar bevindingen. Men is tevreden over deze constructie.

4.2 Vreemdelingenketen

4.2.1 Bereikbaarheid en beschikbaarheid MOA slechts bij een gedeelte van de vreemdelingenketen bekend

Norm:

De relevante ketenpartners moeten op de hoogte zijn van de bereikbaarheid- en beschikbaarheid regelingen van de moa.

De MOA-stichtingen en moa's op de centra noemden COA en PreNed als relevante partners uit de vreemdelingenketen.

Over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de moa zijn landelijke afspraken gemaakt. De MOA-stichtingen hebben geen bemoeienissen met de uitvoering van deze regelingen; dit regelen de moa's op de centra.

De gesprekken met de moa's op de centra leveren een gemengd beeld op.

De COA-medewerkers zijn op de hoogte van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de moa. De medewerkers van de beveiligingsdienst PreNed ook. In één geval wist de moa dit niet zeker. Het AZC bestaat daar uit drie verschillende locaties verspreid over de stad. Overdag is er geen beveiliging op deze locaties. 's Nachts is er bewaking voor drie locaties vanuit één van de locaties op een afstand van respectievelijk 1,94 en 0,6 km van de andere twee locaties. Dit betekent dat bij gezondheidsproblemen 's nachts de asielzoekers óf naar de beveiligingsfunctionaris bellen óf zelf naar deze functionaris moeten gaan die vervolgens contact opneemt met de meldkamer. Soms gaat de beveiligingsfunctionaris met de auto naar de beller, maar dat is mede afhankelijk van de bezetting van de beveiliging op dat moment.

De aanmeldcentra, van waaruit asielzoekers overgeplaatst worden naar de AZC's die tot oriëntatie –en integratiecentra zijn omgevormd, bleken aanvankelijk niet geïnformeerd over de bereikbaarheid –en beschikbaarheidregeling van de moa. Ook bleken ze niet geïnformeerd over het –ontbreken van – openbaar vervoer. Dit had tot gevolg dat de asielzoekers 's avonds laat aankwamen. Inmiddels zijn daar afspraken over gemaakt en wordt vervoer geregeld. Dit is zeker noodzakelijk daar ook (hoog) zwangere vrouwen geplaatst worden. Het is tweemaal gebeurd dat de dag na aankomst het kind geboren werd.

Voorheen hadden moa, COA en PreNed elke ochtend een kort overleg waarin de gebeurtenissen 's nachts werden doorgenomen. Dit vindt nog maar in vier centra plaats. In één van de centra neemt ook de vreemdelingenpolitie hieraan deel.

Of de vreemdelingenpolitie en de IND op de hoogte zijn van de openingstijden van de moa is niet bekend. Men heeft weinig contact met deze diensten. Over één kwestie is er wel discussie met de vreemdelingenpolitie en de IND. Dit betreft de verzoeken om een verklaring van een arts dat de asielzoeker om medische redenen niet kan komen stempelen. Het niet komen om te stempelen kan er toe leiden dat de asielzoeker uit de vreemdelingenprocedure wordt gehaald. Een ziekenhuisopname kan zo grote gevolgen hebben voor de asielzoeker.

Eén van de moa's gaf aan dat de COA voor deze stempelafwezigheidsverklaringen vorig jaar een procedure heeft vastgesteld, maar dat deze procedure bij veel COA-medewerkers niet bekend is. Mogelijk is de regeling ook bij een aantal moa's niet bekend.

4.2.2 Overdragen en archiveren van medische gegevens bij uitplaatsing is problematisch

Norm:

Bij uitplaatsing van een asielzoeker uit de centrale opvang moet de moa de gegevens overdragen en archiveert zij deze conform de landelijke protocollen.

De zes MOA-stichtingen gaven aan dat er bij overplaatsingen van het ene naar het andere asielzoekerscentrum weinig problemen zijn. Eén MOA-stichting gaf aan dat vanwege de vele sluitingen en daarmee samenhangende overplaatsingen een achterstand in de overdracht van medische gegevens dreigt te ontstaan. Men overweegt om uitzendkrachten in te zetten.

Naar de moa van de vertrekcentra draagt men op dezelfde manier over als naar de andere centra. Over de overdracht van medische gegevens van statushouders bij vertrek naar een eigen woning meldde een MOA-stichting dat de overdracht per locatie kan verschillen; soms wordt het dossier aan de patiënt meegegeven, soms een brief met een retourkaart voor de nieuwe huisarts. Eén MOA-stichting signaleerde dat de overdracht soms niet goed loopt omdat de COA te laat doorgeeft dat betrokkene vertrekt. De MOA-stichtingen bleken weinig zicht te hebben op de overdracht van medische gegevens bij uitzetting via uitzetcentra. Eén MOA stichting ging er vanuit dat in dat geval de lokale moa's de medische gegevens overdragen. Het onderzoek bij de moa's op de centra bevestigde deze veronderstelling niet. Zowel de MOA-stichtingen als de moa's op de centra noemden de late informatie over een op handen zijnde uitplaatsing als knelpunt. Dit bemoeilijkt de tijdige overdracht van medische gegevens.

Het MOA-protocol overdracht medische gegevens bij over- en uitplaatsing dat eind maart 2006 van kracht werd, vooronderstelt een minimale termijn van twee weken, gezien de norm dat de moa binnen twee werkweken na schriftelijke melding van vertrek door uitplaatsing het dossier voor overdracht gereedmaakt. Vier lokale moa's worden door de COA tijdig geïnformeerd over de uitplaatsing van asielzoekers. Zeven moa's krijgen de informatie over de uitplaatsing vaak pas op de dag zelf of na de uitplaatsing. Eén moa wordt soms wel soms niet geïnformeerd over het vertrek.

Aan asielzoekers die een status hebben gekregen en naar een eigen woning gaan, geeft de moa een kaart en een geadresseerde retourenvelop mee voor de nieuwe huisarts

met het verzoek aan de arts om de kaart in te vullen en aan de moa terug te sturen. Na ontvangst van de kaart zendt de moa de medische gegevens aan de nieuwe arts toe. Op enkele uitzonderingen na lukt het om de gegevens over te dragen. Drie moa's houden met de vertrekkende statushouder een exitgesprek. Eén moa heeft hiervoor een vragenlijst ontwikkeld en geeft ook een informatiemap mee.

Bij overplaatsing naar een ander asielzoekerscentrum zendt de moa het dossier –na het in orde gemaakt hebben - naar de moa van het andere centrum.

Bij veel overplaatsingen tegelijkertijd lukt het niet om de protocollair vastgelegde termijn van 48 uur te halen. Eén moa gaf aan dat dit meer regel dan uitzondering is geworden. De langste termijn die gemeld is, is een week. Indien nodig geven alle moa's de relevante medische informatie telefonisch door.

Bij overplaatsing naar één van de vertrekcentra (Ter Apel of Vught) volgt men dezelfde procedure als bij overplaatsing naar een andere AZC.

Eén van de moa's gaf aan van de COA de instructie te hebben gekregen om bij overplaatsing naar een vertrekcentrum de lopende afspraken met ziekenhuizen af te zeggen.

Bij uitzetting via een uitzetcentrum worden geen medische dossiers overgedragen.

Vaak worden ook geen medische gegevens overgedragen aan de medische dienst in het uitzetcentrum omdat niet bekend is waar betrokkene naar toe is gebracht.

Bij uitzetting, ontruiming en vertrek met onbekende bestemming moeten de medische gegevens in het Europees Medisch Paspoort meegegeven worden, in overeenstemming met de werkinstructie in het protocol overdracht medische gegevens bij over- en uitplaatsing. Voor het meegeven van dit paspoort hebben de moa's een eigen beleid ontwikkeld. Twee moa's vullen het paspoort vroegtijdig in voor chronisch zieken en mensen met meerdere gezondheidsklachten. Eén van deze moa's doet dit ten tijde van de griepvaccinatie. Eén van de moa's geeft het paspoort mee als asielzoekers terug gaan naar het land van herkomst.

Alle moa's worstelen met het probleem van het up-to-date houden van de gegevens in de paspoorten. Soms lukt dat niet vanwege het grote aantal wisselingen. Eén moa gaf aan dat in januari 2006 60 uitplaatsingen plaatsvonden. Als de moa's geen of niet tijdelijk informatie krijgen over uitzettingen en ontruiming slagen zij er vaak niet in om het medische paspoort in te vullen of bij te werken. Enkele moa's signaleerden dat het gevaarlijk kan zijn om een patiënt met verouderde gegevens te laten vertrekken. Eén moa gaf aan om die reden liever geen medische paspoorten in te vullen.

Naast problemen met het overdragen van de medische gegevens door de moa veroorzaken de late meldingen van vertrek van de asielzoeker ook problemen in de overdracht van medische gegevens van externe zorgverleners. Eén van de poli's noemde als groot probleem dat patiënten opeens verdwijnen zonder dat de poli geïnformeerd wordt. Soms krijgt de poli maanden later een telefoontje van een ziekenhuis elders dat zich daar een patiënt van de poli heeft gemeld. De continuïteit van de behandeling komt zo in gevaar. Ook de gespecialiseerde gezinsverzorging – die ingezet wordt als er sprake is van complexe problemen – noemde als knelpunt dat er vaak geen ruimte is voor een afsluiting van de hulpverlening omdat de vreemdelingenpolitie ineens voor de deur staat. Het afgelopen jaar kwam dat zo'n zes keer voor.

Alle moa's geven aan geen problemen met de archivering te hebben, welke volgens protocol plaatsvindt. De dossiers gaan naar het archiefweb. Bij een eventuele terugkeer van de asielzoeker in de opvang kan de moa het dossier weer opvragen.

4.2.3 Evaluatie MOA-dienstverlening eerder uitzondering dan regel

Norm:

De MOA moet het oordeel van opdrachtgevers en ketenpartners over de MOA-dienstverlening periodiek evalueren. Ook moet zij de waardering van de partners systematisch peilen.

Aan de beoordeling van de MOA-dienstverlening door de COA is in 4.1.4 al aandacht besteed.

Evaluatie van de moa-dienstverlening binnen de vreemdelingenketen op lokaal niveau vindt niet plaats.

Twee moa's evalueren met de COA. Hierbij gaat het meer om de samenwerking in concrete gevallen dan om de MOA-dienstverlening. Sinds de reorganisatie van de COA vindt in vier centra geen overleg meer tussen moa en COA plaats. Door de vele wisselingen in het zowel COA- als het moa-personeel staat de informatie-uitwisseling onder druk.

4.3 Patiënten

4.3.1 Patiënten krijgen informatie; toestemming niet expliciet gevraagd

Norm:

De asielzoeker moet voor de uitvoering van zorg-en dienstverlening toestemming geven op basis van informed consent. Dit wordt aangetekend in het dossier van de asielzoeker.

Binnen twee MOA-stichtingen is de afspraak gemaakt dat deze toestemming eenmalig gevraagd wordt bij de intake; de verklaring bergt men in het dossier op. Een stichting geeft aan dat ze - mede in verband met de certificatie - een richtlijn conform de HKZ-norm heeft doen uitgaan. Eén stichting heeft het algemene toestemmingsformulier ingetrokken; toestemming moet in het dossier worden aangetekend; het is echter niet duidelijk of dit ook gebeurt. Eén MOA betwijfelt of men toestemming vraagt en merkt op dat het voor veel medewerkers niet duidelijk is wat er moet gebeuren. Eén MOA-stichting heeft er geen zicht op of toestemming wordt gevraagd.

Alle lokale moa's geven aan veel aandacht te besteden aan het informeren van de patiënt over de te verwachten zorg. Hierbij letten ze er extra op of de informatie begrepen is. Toestemming wordt niet expliciet gevraagd. Zeven moa's tekenen het in het dossier aan als een patiënt het niet eens is met de voorgestelde zorg of deze weigert.

4.3.2 Niet iedereen is tevreden over de informatie bij toeleiding

Norm:

De MOA moet de asielzoeker bij toeleiding informeren over de werkwijze en procedures externe zorgverleners/-instellingen.

Uit een tevredenheidsonderzoek bleek dat in één MOA-regio de voorlichting aan asielzoekers beter zou kunnen, namelijk meer toegespitst op de lokale situatie. Eén van de MOA-stichtingen signaleerde dat de gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO),

waarin de moa voorlichting geeft over de Nederlandse gezondheidszorg, door de bezuinigingen steeds meer een onderschoven kindje wordt. Eén MOA-stichting heeft geen zicht op het geven van informatie door de moa's, dit is niet in de audit meegenomen. De andere stichtingen geven aan dat dit gebeurt. Eén MOA-stichting wijst er op dat hier ook een taak voor de doktersassistente ligt.

Bij toegeleiding naar externe zorgverleners geven alle lokale moa's informatie over wat de patiënt kan verwachten. Eén moa geeft geen informatie over de behandeling in het ziekenhuis: dit doen de huisarts en de doktersassistente. In één AZC krijgen nieuwkomers op een vaste dag algemene informatie over de Nederlandse gezondheidszorg. Vier moa's geven naast mondelinge informatie ook schriftelijke informatie.

Eén moa maakt een informatiepakketje over de externe hulp en schakelt eventueel een tolk in. Eén moa geeft mondelinge informatie over het maatschappelijk werk, de GGZ en de verloskundige; de informatie over het ziekenhuis gebeurt met folders. Eén moa heeft een informatiemap over verschillende onderzoeken samengesteld. Twee moa's organiseren soms ook voorgesprekken met de externe zorgverlener en de patiënt, dit betreft de thuiszorg en de GGZ.

Zes moa's geven praktische informatie over wachtlijsten, ponsplaatjes, busvervoer, het meenemen van verzekeringspapieren en ID-kaart. De administratie van één moa draait een routekaart uit en rekent de reiskosten voor de patiënt uit.

Vier van de GGZ-instellingen vinden dat de moa's de asielzoekers goed voorbereiden op hun behandeling. Eén instelling heeft de indruk dat de asielzoekers niet bijzonder goed zijn voorgelicht. Bij één instelling was hierover niets bekend. Dit was ook de enige instelling die hier knelpunten signaleerde:

- Asielzoekers hebben soms verkeerd verwachtingen: zij veronderstellen dat de GGZ-instelling invloed kan uitoefenen op de asielzoekerprocedure.
- Patiënten worden niet consequent schriftelijk doorverwezen (in deze situatie deed de huisarts de verwijzing).

Het beeld van de overige zorgverleners/zorginstellingen over de informatie van de moa bij de toegeleiding is divers. Eén poli weet daar niets van, maar stelt vast dat er geen problemen zijn met de patiënten. De andere poli merkt daar niet veel van, maar mist dat ook niet.

De gespecialiseerde gezinsverzorging vindt dat de moa de toegeleiding prima verzorgd. De eerste afspraak met een cliënt is bij de moa, een kennismakingsgesprek. Dan kan ook gekeken worden of het klikt tussen de gezinsverzorgster en de patiënt. De instelling voor thuiszorg constateerde dat er alleen summiere informatie gegeven wordt: dat kon wel beter. De huisartsenpraktijk geeft aan dat dit goed loopt. Hetzelfde geldt ook voor de verloskundige zorg.

4.3.3 Niet duidelijk is of moa-medewerkers bij de bejegening van asielzoekers de NPCF-criteria hanteren

Norm:

De MOA moet bij de bejegening van asielzoekers de criteria van de NPCF hanteren; hierbij is aandacht voor de culturele achtergrond en geschiedenis van de asielzoeker.

Eén MOA-stichting heeft vorig jaar – in verband met de certificatie - de gedragscode aangescherpt aan de NPCF-criteria. Deze wijziging van de gedragscode is in alle vakgroepen besproken. Drie MOA-stichtingen verwijzen naar de landelijke gedragscode.

Eén daarvan vermoedt dat de NPCF-criteria daarin zijn opgenomen, en zal de NPCF-criteria meenemen in een beleidsnotitie die binnenkort wordt opgesteld. Eén MOA-stichting heeft de NPCF-criteria gedeeltelijk overgenomen in de gedragscode; de criteria zelf zijn te vinden in het kwaliteitshandboek. Eén MOA heeft in het voorjaar van 2006 een themadag gepland. De uitkomsten van deze dag worden verwerkt in de nieuwe gedragscode.

Geen enkele lokale moa kende de lijst van criteria van de NPCF voor de bejegening van de patiënten, die integraal als bijlage in het HKZ-certificatieschema is opgenomen. Zes moa's beschikken over een schriftelijke gedragscode. Eén moa verwees naar de moa gedragscode op het MOA-net. Eén van de moa's gaf aan dat de bejegening van de patiënten onderwerp is bij de intercollegiale toetsing. Bij een andere moa is de gedragscode regelmatig onderwerp van gesprek in het vakoverleg. In de regio Limburg loopt een bijscholingstraject waarin de bejegening extra aandacht krijgt. De bejegening van patiënten uit een andere cultuur komt uitgebreid aan de orde in de opleiding post-HBO interculturele verpleegkunde en in de aanvullende opleiding van de Hogeschool Leiden. Vijfentachtig procent van de nu werkzame verpleegkundigen van de moa's heeft deze opleidingen afgerond. Door sluitingen van asielzoekerscentra vinden veel personeelswisselingen plaats en is de inzet van de uitzendkrachten soms nodig. Deze hebben de vereiste aanvullende opleiding meestal niet doorlopen en zij krijgen een inwerkprogramma aangeboden. Eén van de moa's signaleerde dat het geven van cursussen voor het omgaan met patiënten uit andere culturen aan de administratieve krachten geen overbodige luxe zou zijn.

4.3.4 Tolkengebruik door de moa goed, door externe zorgverleners een stuk minder

Norm:

De MOA moet de asielzoeker zo goed als mogelijk in een voor hem of haar begrijpelijke taal benaderen. Indien nodig moet zij een gekwalificeerde tolk inschakelen.

Bij de regionale MOA-stichtingen zijn geen signalen bekend dat er knelpunten zijn bij het inschakelen van tolken door de moa-hulpverleners op de centra. Afspraken over het gebruik van tolken liggen schriftelijk vast.

Twee MOA-stichtingen melden dat de COA verzocht heeft om de aanvragen bij de tolkencentrale te registreren in verband met de afrekening van de kosten door de COA.

In het voorjaar 2004 is binnen de MOA een pilotproject uitgevoerd: men reserveerde geen tolken meer, maar belde als dat nodig was direct een tolk (ad hoc-tolken). Dit werd een groot succes en is inmiddels algemeen beleid binnen de MOA. De lokale moa's geven aan dat het slechts zelden niet lukt om de gevraagde tolk binnen een paar minuten aan de lijn te krijgen.

De mate waarin een moa gebruik maakt van tolken hangt af van de samenstelling van populatie in het centrum. De moa van het centrum dat omgebouwd is tot oriëntatie -en integratiecentrum schakelt bij 80 procent van de contacten een tolk in, bij zwangeren en kinderen gebeurt dat in alle gevallen. De moa van een centrum waarin veel oudere asielzoekers zijn gebruiken de tolktelefoon ook veel. Of de moa een tolk inschakelt hangt af van de (on)mogelijkheid om in het Nederlands of Engels te communiceren en van de aard van de problematiek. Eén moa schakelt bij nieuwe patiënten altijd een tolk in en een andere moa biedt bij kennismakingsgesprekken altijd een tolk aan.

Eén moa vraagt soms om een informele tolk -vriend, huisgenoot of echtgenoot- mee te brengen. Soms neemt daar een ouder haar of zijn kind mee. Hoewel de moa daar geen

voorstander van is weigert ze dat niet. Een andere moa is daar duidelijker in: kinderen horen niet te tolken en dat gebeurt dus niet.

Negen moa's gaven aan dat het vaak voorkomt dat ziekenhuizen weigeren om tolken in te schakelen, één moa meldde dat het soms voorkomt. Twee moa's signaleerde dat er geen problemen waren; één van de ziekenhuizen heeft het beleid gewijzigd en schakelt nu ook tolken in, met het andere ziekenhuis heeft de moa de zorgverlening gezamenlijk geëvalueerd en daarbij is ook het tolkenbeleid besproken: het ziekenhuis kent de gang van zaken goed en regelt gewoon een telefonische tolk.

De moa die soms problemen signaleerde geeft de patiënten die naar het ziekenhuis gaan altijd het telefoonnummer van de tolkencentrale mee en soms legt de moa de externe zorgverlener uit hoe het systeem met de tolkentelefoon werkt.

De andere moa's krijgen veel klachten van asielzoekers over de weigering - vooral van specialisten - om tolken in te schakelen. Zeven moa's maken regelmatig mee dat specialisten weigeren om patiënten te zien of ze terugsturen als ze geen eigen tolk hebben meegenomen. Ook vragen de ziekenhuizen aan patiënten om eigen informele tolken mee te nemen.

Eén moa schatte dat 9 op 10 specialisten geen tolk inschakelt. Als behandeling plaatsvindt zonder tolk komt het vaak voor dat de asielzoeker het advies van de specialist niet begrijpt. Vaak krijgen ze ook schriftelijke informatie mee die ze niet kunnen lezen. Ze komen dan naar de moa toe voor nadere uitleg, hetgeen, zeker in het geval van een mondeling gegeven advies, niet altijd mogelijk is.

Eén moa heeft vanwege de weigering van een specialist om tolken te gebruiken, geregeld dat asielzoekers voortaan naar een ander ziekenhuis gaan, waar de specialist wel de tolkentelefoon gebruikt.

De zes GGZ-instellingen die bij het onderzoek betrokken zijn, hebben geen van allen een tolkenbeleid vastgelegd. Zij maken allemaal wel gebruik van de tolkentelefoon en als dat nodig is van persoonlijke tolken. Vier van de zes instellingen maken ook wel eens gebruik van informele tolken. Alle vier instellingen proberen dit zoveel mogelijk te voorkomen.

De vijf overige zorgverleners/zorginstellingen hebben geen tolkenbeleid geformuleerd. De huisartsenpraktijk gebruikt bij 25-30 procent van de gesprekken de tolkentelefoon, waarover ze zeer tevreden zijn.

De medewerkers van de thuiszorg maken geen gebruik van tolken: deze medewerkers spreken allen Engels, wat ook een selectie criterium is voor het werken in het AZC. Als ze er niet uitkomen, vragen zij de moa medewerkers om uitleg. De gespecialiseerde gezinsverzorgsters vragen als dat nodig is tolken via de moa, in dat geval wordt het gesprek ook altijd samen met de moa gevoerd. Eén van de poli's gebruikt de tolkentelefoon veel en vindt dat dit goed gaat. Alle medewerkers daar hebben een cursus Franse conversatie gevolgd. Het ziekenhuis beschikt over een geldpotje dat gebruikt kan worden als het eventueel niet lukt om een telefonische tolk te krijgen, in dat geval vraagt men een gerechtstolk. De specialist van de andere poli vindt het taalprobleem het grootste probleem. Hij maakt wel gebruik van de tolkentelefoon maar vindt dat een gebrekkige oplossing: je weet nooit of de vertaling wel klopt. Deze specialist heeft een sterke voorkeur voor persoonlijke tolken. In dat geval wordt de persoonlijke tolk geregeld door het AZC. In het verleden is het wel eens gebeurd dat er geen persoonlijke tolk Portugees geregeld kon worden voor een zwangere vrouw met diabetes.

4.3.5 Evaluatie zorg alleen met asielzoekers met bijzondere problemen

Norm:

De MOA moet de zorgverlening en het zorgverleningsproces met een vooraf vastgestelde frequentie evalueren met de asielzoeker. De resultaten van deze evaluatie worden schriftelijk vastgelegd.

De regionale MOA-stichtingen meldde dat systematische evaluatie op individueel niveau niet gebeurt. Eén MOA-stichting noemde dat ook niet realistisch. Evaluatie vindt zo mogelijk wel plaats bij vertrek of in complexe situaties. Eén MOA-stichting is doende om de evaluatie op individueel niveau te protocolleren.

Geen enkele lokale moa evalueert systematisch de zorgverlening en het zorgverleningsproces met de asielzoeker. Evaluatie vindt niet plaats met alle asielzoekers.

| <i>Moa's evalueren wel met patiënten die:</i> | <i>Aantal moa's</i> |
|---|---------------------|
| Frequent naar het spreekuur komen | 5 |
| Chronisch ziek zijn | 5 |
| Complexe problemen hebben | 3 |
| Vage klachten hebben | 1 |
| Thuiszorg krijgen | 2 |
| Zwanger zijn | 2 |

Twee moa's geven aan dat ze na elk zorgcontact om feedback van de patiënt vragen. Twee moa's proberen voor het vertrek van de asielzoeker uit het centrum een afrondend gesprek te voeren. Vanwege plotseling vertrek lukt dat vaak niet. De frequentie van de evaluatiegesprekken die de moa's wel houden wordt - met één uitzondering - niet vooraf vastgesteld. Eén moa gaf aan dat dit ook niet goed mogelijk is, vaak zijn de mensen al weg op de geplande data. Eén moa voert eenmaal per zes weken een evaluatiegesprek met jongeren met complexe problemen bij wiens zorg naast de jeugdgezondheidszorg ook de gespecialiseerde gezinsverzorging is betrokken. Aan dit gesprek nemen ook de externe hulpverleners deel. Als evaluatiegesprekken plaatsvinden noteren alle moa's de resultaten daarvan in het dossier.

4.3.6 Tevredenheidsonderzoeken zijn op streek

Norm:

De MOA-organisatie moet systematisch de waardering van de asielzoekers over de mate waarin zij aan de behoeften en verwachtingen van de asielzoekers voldoet, peilen.

Vier MOA-stichtingen hebben een klanttevredenheidsonderzoek uitgevoerd en de resultaten van één van deze onderzoeken komen medio 2006 beschikbaar. Twee stichtingen zijn dit aan het voorbereiden. Eén van deze stichtingen gaf aan dat ze vanwege de inkrimping van de organisatie niet meer over een kwaliteitsmedewerker beschikt en nu op zoek is naar een externe uitvoerder van het onderzoek. De uitkomsten van de tevredenheidsonderzoeken hebben geleid tot verbeteracties: verruiming van de spreekuurtijden, aanpassing van de balietijden, aanscherping van de afspraken

met de beveiliging en toespitsing van de voorlichting aan asielzoekers op de lokale situatie.

Zeven lokale moa's zijn onderwerp van een tevredenheidsonderzoek geweest of zullen dat binnenkort zijn:

- Bij 1 moa heeft het onderzoek in 2004 plaatsgevonden en zijn de resultaten bekend.
- Bij 3 moa's is het tevredenheidsonderzoek uitgevoerd maar zijn de resultaten nog niet teruggekoppeld.
- Bij 2 moa's vindt het onderzoek in 2006 plaats.
- Bij 1 moa zijn er plannen voor een onderzoek.
- Bij 5 moa's heeft geen onderzoek plaatsgevonden.

Als knelpunt bij de uitvoering van het tevredenheidsonderzoek kwam naar voren dat asielzoekers vaak geen onderscheid tussen COA en moa maken. Veel ontevredenheid gaat over zaken die de COA betreffen.

4.3.7 Klachtregeling

Definitie van een klacht is vastgelegd; in de praktijk verschillende interpretaties

Norm:

De organisatie moet vastleggen wat zij verstaat onder klachten.

De MOA heeft in het landelijke klachtreglement de volgende definitie van een klacht opgenomen: niet tevreden zijn over de gekregen behandeling of over de hulpverlening. Vier MOA-stichtingen hanteren de definitie van het landelijk klachtreglement. Twee stichtingen hebben dit uitgebreid met respectievelijk "bijna klachten" en negatieve zaken.

De medewerkers van de lokale moa definiëren het begrip klacht waarmee ze in de dagelijkse praktijk werken doorgaans ruim. Het gaat dan om uitingen en signalen van ontevredenheid van de asielzoeker. Drie moa's hebben een engere interpretatie: één spreekt over een klacht als er echt iets is misgegaan, de ander geeft aan dat serieuze klachten wel besproken worden, maar vage klachten niet. De derde moa gaat uit van uitgesproken ontevredenheid over de moa.

Klachtreglement niet overal actief bekend gemaakt

Norm:

De organisatie moet over een duidelijk klachtenreglement beschikken dat aan de asielzoeker bekend is gemaakt en dat voldoet aan de wet klachtrecht cliënten sector.

Er is een landelijk klachtreglement waarin voorzien wordt in een landelijke klachtencommissie.

Alle MOA-Stichtingen gaan er vanuit dat de moa's op locatie de klachtenregeling bekend maken. Eén MOA-Stichting heeft de klachtenregeling in diverse talen op haar website gezet. Blijkens het aantal hits wordt daar veel gebruik van gemaakt. De MOA is bezig de klachtenfolder te actualiseren en deze zal in 13 talen beschikbaar komen.

Zes lokale moa's maken het klachtenreglement actief bekend. Zes moa's doen dit niet: de asielzoeker moet er om vragen of krijgt nadat hij al geklaagd heeft een klachtenformulier mee.

De actieve voorlichting bestaat bij vier moa's uit het neerleggen of ophangen van het reglement en/of brochures in de wachtkamer. Twee moa's stellen de klachtenregeling op de voorlichtingsbijeenkomsten voor nieuwe asielzoekers uitdrukkelijk aan de orde en geven de brochures mee.

Eén moa gaf aan dat ze asielzoekers met klachten wel eens afschepen, mede met het oog op de komende sluiting.

Alle moa's proberen de problemen uit te praten met de asielzoeker. In bijna alle gevallen zijn de problemen daarmee de wereld uit geholpen. Bij de twaalf onderzochte lokale moa's zijn voorzover bekend vanaf de start van de moa drie formele klachten ingediend: twee daarvan zijn op het niveau van de clustermanager afgehandeld, één is naar de landelijke klachtencommissie gegaan.

Klachten over andere zorgverleners komen weinig voor; bij problemen probeert men uit te praten

Norm:

De MOA moet een klacht van een asielzoeker over ander zorgverleners registreren en doorverwijzen naar de hiervoor verantwoordelijke instantie. Zij stelt de betrokken zorgverlener hiervan op de hoogte.

De regionale MOA-stichtingen leiden formele klachten over andere zorgverleners door naar de juiste klachteninstantie. Dit komt weinig voor.

Zeven lokale moa's krijgen klachten te horen over andere zorgverleners. In vijf gevallen gingen deze klachten over de huisarts. De moa's nemen hierover contact op met de huisarts en soms bemiddelen ze. Eén moa krijgt veel klachten over de huisarts. Omdat het hier om een structureel probleem gaat – de huisarts heeft te weinig tijd voor de zorg aan de asielzoekers- is dit voorgelegd aan het MOA management. Vier moa's melden klachten over de COA. De asielzoekers blijken vaak ontevreden over de mogelijkheden van taxigebruk en problemen met taxi's, zoals het urenlang moeten wachten op een taxi waardoor de afspraak in het ziekenhuis misloopt. Deze klachten worden doorgegeven aan de COA. Eén moa gaf aan met deze klachten weinig te doen. Men heeft het gevoel tegen de bierkaai te vechten: er zijn veel factoren die men toch niet kan beïnvloeden.

Asielzoekers hebben nog nooit een klacht ingediend bij de klachtencommissie van de zes GGZ-instellingen. Eén instelling gaf aan dat twee asielzoekers contact gezocht hebben met de patiëntenvertrouwenspersoon.

Vier van de zes instellingen informeren de asielzoeker schriftelijk over hun klachtregeling, twee mondeling. Asielzoekers hebben zich wel ontevreden getoond over de lange wachtlust en ook vragen ze soms om een andere behandelaar. In beide gevallen heeft de betreffende instelling actie ondernomen.

Eén instelling meldt dat mensen ontevreden zijn als de hulpverlener geen brieven wil schrijven voor zaken als andere woonruimte. Binnen de instelling is daar geen eenduidig beleid voor: artsen en verpleegkundigen schrijven soms wel, soms niet verklaringen uit. Eén GGZ-instelling heeft - ter evaluatie en ter lering voor de toekomst - een klanttevredenheidsonderzoek onder asielzoekers uitgevoerd.

Eén van de poliklinieken heeft twee klachten gehad van asielzoekers. Deze zijn rechtstreeks bij de klachtencommissie van het ziekenhuis ingediend. De normale procedure is gevolgd. De zorgverleners van de poli hebben de asielzoekers hierbij de weg gewezen. De overige instellingen zijn nooit geconfronteerd met een formele klacht. Wel zijn er soms problemen geweest.

De instelling voor gespecialiseerde gezinsverzorging hoort ook wel klachten over andere hulpverleners, waarschijnlijk omdat er met de gezinsverzorgster toch een extra vertrouwensband bestaat. In dat geval vindt er altijd een gesprek plaats met de betrokken hulpverlener. In één geval heeft de patiënt een andere GGZ-hulpverlener gekregen. De huisarts heeft –naar aanleiding van door een asielzoeker geuit ongenoegen- in het verleden de werkwijze aangepast.

4.3.8 Treffen van corrigerende maatregelen niet altijd mogelijk

Norm:

De MOA-organisatie moet corrigerende maatregelen nemen om de oorzaken van de afwijkingen weg te nemen, teneinde herhalingen te voorkomen. De procedure hiervoor is vastgelegd.

Drie MOA-stichtingen sporen afwijkingen op met behulp van audits, één met managementrapportages en één met overleg in vakgroepen. De moa's op de centra melden afwijkingen bij de regionale stichtingen conform protocol P19: meldingen aan het regiomanagement. De regionale managers hebben een belangrijke taak bij het nemen van corrigerende maatregelen.

Slechts één lokale moa heeft een schriftelijke procedure voor corrigerende maatregelen. Eén moa is bezig met het vastleggen en geeft aan dat de inbreng van een kwaliteitsmedewerker daarbij niet gemist wordt. Twee moa's hadden hier geen informatie over vanwege recente personeelwisseling.

Eén moa houdt een logboek bij. Hierin worden klachten, ongeregelheden e.d. genoteerd.

Het treffen van corrigerende maatregelen wordt binnen de moa's besproken. Eén moa bespreekt dit in de gezamenlijke besprekingen aan het begin van de dag, een andere moa doet dit in de maandelijkse besprekingen met de manager. Twee moa's betrekken externe organisaties bij het bespreken van problemen en de daarvoor te nemen maatregelen.

Corrigerende maatregelen die genomen zijn na klachten zijn het bijstellen van werkafspraken en aanpassing van openingstijden.

Veel problemen hebben betrekking op zaken die de moa niet kan regelen. Zo zijn er veel klachten over de reiskostenvergoeding. Deze wordt pas verstrekt als de afstand naar de zorgverlener meer dan 10 kilometer is. Dit levert veel problemen op, zeker voor de asielzoekers die een huisartsenpraktijk moeten bezoeken die 8 kilometer van het AZC verwijderd is; de dichtstbijzijnde bushalte is 2 kilometer verderop. Ook zijn asielzoekers vaak teleurgesteld over de zorg die ze kunnen krijgen, vooral over de beperkte tandartsenzorg beklagt men zich. De moa kreeg ook een klacht van een asielzoeker met gehoorproblemen. Deze bleek slechts recht te hebben op gehoorapparatuur aan één oor. Het plaatsen van gehandicapte en blinde asielzoekers in centra die daar niet geschikt voor zijn levert problemen op. De bewegingsvrijheid van deze asielzoekers wordt hierdoor zeer ingeperkt.

In al deze gevallen moet het treffen van corrigerende maatregelen beperkt blijven tot het signaleren van de problemen bij de geëigende instantie.

4.4 Einde certificatie traject in zicht

In januari 2004 is het certificatieschema MOA, dat op verzoek van GGD Nederland door de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) is gemaakt, goedgekeurd door het Centraal College van Deskundigen voor de Zorgsector. Dit certificatieschema omvat de ISO 9001: 2000-normen. Bij voldoen aan de normen wordt een HKZ-ISO certificaat uitgereikt. Na de goedkeuring van het certificatieschema hebben alle MOA-stichtingen het certificatieproces ingezet. Eén MOA is in december 2005 gecertificeerd. Eén MOA verwacht dat certificatie in het eerste halfjaar 2006 zal plaatsvinden. Eén MOA ondergaat na uitvoering van het tevredenheidsonderzoek een proeftoetsing en streeft ernaar dat de certificatie eind 2006 gebeurt. Eén MOA wil zich begin 2007 laten certificeren, de certificering bleek een tijdrovender proces dan men verwacht had.

Eén MOA signaleerde dat de voortdurende inkrimping van de organisatie op gespannen voet staat met de gewenste certificatie. Deze stichting streeft ernaar om per 01-01-2007 certificeerbaar te zijn. Eén MOA stichting is - na uitvoering van een audit - bezig met het aanbrengen van verbeteringen en wil eind 2006 certificeerbaar zijn. Het certificaat zelf is voor deze stichting niet de eerste prioriteit. Vanwege de integratie van taken in de vier GGD-en van de MOA-regio zullen deze GGD-en waarschijnlijk de certificatie aanvragen

BIJLAGE 1 Vragenlijst MOA-stichtingen en moa in de asielzoekerscentra**1 Zorgketen****Nummer certificatieschema: A 1.4.5.**

Met betrokken hulp- en zorgverleners zijn afspraken gemaakt binnen de landelijk vastgelegde kaders en richtlijnen.

1A1 stand van zaken implementatie (per zorgsector: GGZ, algemene ziekenhuizen, verloskundige, tandarts, apotheker, thuiszorg).

1A2 indien niet geïmplementeerd: hoe is dit geregeld?

1A3 knelpunten.

Nummer certificatieschema: B 2.2.4,2.3.4, 2.6.

Indien na toeleiding de zorg aan asielzoekers (deels) door derden wordt geleverd, zorgt de moa voor coördinatie.

1B1 stand van zaken implementatie (per zorgsector: GGZ, algemene ziekenhuizen, verloskundige, tandarts, apotheker, thuiszorg).

1B2 indien niet geïmplementeerd: hoe is dit geregeld?

1B3 knelpunten.

Nummer certificatieschema: C 2.6.2 en 3.4.2.

Bij externe zorgcoördinatie vormen de lokale en regionale schriftelijk vastgelegde afspraken over planning en toeleiding en over overdracht en terugkoppeling van (medische) gegevens het uitgangspunt.

1C1 stand van zaken implementatie (per zorgsector: GGZ, algemene ziekenhuizen, verloskundige, tandarts, apotheker, thuiszorg).

1C2 indien niet geïmplementeerd: hoe is dit geregeld?

1C3 knelpunten.

Nummer certificatieschema: D 2.7.1.

De relevante ketenpartners zijn op de hoogte van de bereikbaarheid- en beschikbaarheidregeling van de moa.

1D1 stand van zaken implementatie (per zorgsector: GGZ, algemene ziekenhuizen, verloskundige, tandarts, apotheker, thuiszorg).

1D2 indien niet geïmplementeerd: hoe is dit geregeld?

1D3 knelpunten.

Nummer certificatieschema: E 3.2.2,3.2.3, 3.2.4.

Op basis van evaluatie met relevante zorgverleners buiten de MOA wordt het zorgplan indien nodig bijgesteld; dit wordt geregistreerd; indien nodig worden externe hulpverleners geïnformeerd.

1E1 stand van zaken implementatie (per zorgsector: GGZ, algemene ziekenhuizen, verloskundige, tandarts, apotheker, thuiszorg).

1E2 indien niet geïmplementeerd: hoe is dit geregeld?

1E3 knelpunten.

Nummer certificatieschema: F 3.5.1 en 3.5.2.

Het oordeel van opdrachtgevers en ketenpartners over de uitvoering van de MOA-zorgverlening, de toegeleiding en de coördinatie van zorg en de afstemming worden periodiek geëvalueerd. De resultaten hiervan leiden indien nodig tot verbeteracties, die schriftelijk worden vastgelegd.

1F1 stand van zaken implementatie (per zorgsector: GGZ, algemene ziekenhuizen, verloskundige, tandarts, apotheker, thuiszorg).

1F2 indien niet geïmplementeerd: hoe is dit geregeld?

1F3 knelpunten.

2 Vreemdelingenketen

Nummer certificatieschema: A 2.7.1.

De relevante ketenpartners zijn op de hoogte van de bereikbaarheid- en beschikbaarheid regeling van de MOA.

2A1 stand van zaken implementatie (COA, beveiliging, IND, vervolgvoorzieningen zoals UC en VC).

2A2 indien niet geïmplementeerd: hoe is dit geregeld?

2A3 knelpunten.

Nummer certificatieschema: B 3.4.5.

Bij uitplaatsing van een asielzoeker uit de centrale opvang draagt de moa gegevens over en archiveert gegevens conform de landelijke MOA-protocollen.

2B1 stand van zaken implementatie (COA, beveiliging, IND, vervolgvorzieningen zoals UC en VC).

2B2 indien niet geïmplementeerd: hoe is dit geregeld?

2B3 knelpunten.

Nummer certificatieschema C 3.5.1 en 3.5.2.

Het oordeel van opdrachtgevers en ketenpartners over de uitvoering van de MOA-zorgverlening, de toegeleiding en de coördinatie van zorg en de afstemming worden periodiek op klantniveau geëvalueerd. De resultaten hiervan leiden indien nodig tot verbeteracties, die schriftelijk worden vastgelegd.

2C1 stand van zaken implementatie (COA, beveiliging, IND, vervolgvorzieningen zoals UC en VC).

2C2 indien niet geïmplementeerd: hoe is dit geregeld?

2C3 knelpunten.

Nummer certificatieschema: D 4.16.1.

De organisatie peilt systematisch de waardering van ketenpartners over de mate waarin de organisatie aan hun eisen heeft voldaan. De organisatie bepaalt de methoden voor het verkrijgen en gebruiken van de informatie.

2D1 stand van zaken implementatie (COA, beveiliging, IND, vervolgvorzieningen zoals UC en VC).

2D2 indien niet geïmplementeerd: hoe is dit geregeld?

2D3 knelpunten.

3 Informatie aan en inbreng van asielzoekers/patiënten

Nummer certificatieschema: A 1.5.3.

Voor de uitvoering van zorg – en dienstverlening geeft de asielzoeker toestemming, op basis van informed consent. Dit wordt aangetekend in het dossier van de asielzoeker.

3A1 stand van zaken implementatie.

3A2 indien niet geïmplementeerd: hoe is dit geregeld?

3A3 knelpunten.

Nummer certificatieschema: B 2.9.1 en 2.9.2.

De MOA hanteert de criteria van de NPCF bij de bejegening van asielzoekers; hierbij is aandacht voor de culturele achtergrond en de geschiedenis van de asielzoeker.

3B1 stand van zaken implementatie.

3B2 indien niet geïmplementeerd: hoe is dit geregeld?

3B3 knelpunten.

Nummer certificatieschema: C 2.9.3.

De MOA benadert de asielzoeker zo goed als mogelijk in een voor hem of haar begrijpelijke taal. Indien nodig wordt een gekwalificeerde tolk ingeschakeld.

3C1 stand van zaken implementatie.

3C2 indien niet geïmplementeerd: hoe is dit geregeld?

3C3 knelpunten.

Nummer certificatieschema: D 3.1.1 en 3.1.2.

De zorgverlening en het zorgverleningsproces worden met een vooraf vastgestelde frequentie geëvalueerd met de asielzoeker. De resultaten van deze evaluatie worden schriftelijk vastgelegd.

3D1 stand van zaken implementatie.

3D2 indien niet geïmplementeerd: hoe is dit geregeld?

3D3 knelpunten.

Nummer certificatieschema: E 3.4.3.

De asielzoeker ontvangt bij toegeleiding informatie over de werkwijze en procedures met name m.b.t. de zorg en dienstverlening van zorg- en hulpverlening.

3E1 stand van zaken implementatie.

3E2 indien niet geïmplementeerd: hoe is dit geregeld?

3E3 knelpunten.

Nummer certificatieschema: F 4.15.1 en 4.15.2.

De organisatie peilt systematisch de waardering van asielzoekers over de mate waarin de organisatie aan hun behoeften en verwachtingen heeft voldaan.

De organisatie bepaalt de methode voor het verkrijgen en gebruiken van deze informatie. Als een onafhankelijke patiënten/cliëntentoets beschikbaar is, werkt de organisatie mee aan de uitvoering hiervan.

3F1 stand van zaken implementatie.

3F2 indien niet geïmplementeerd: hoe is dit geregeld?

3F3 knelpunten.

4 Klachtregeling**Nummer certificatieschema: A 3.7.1.**

Een klacht van een asielzoeker over bejegening en behandeling door de moa wordt geregistreerd en behandeld conform de klachtenregeling van de MOA.

4A1 stand van zaken implementatie.

4A2 indien niet geïmplementeerd: hoe is dit geregeld?

4A3 knelpunten.

Nummer certificatieschema: B 3.7.2.

Een klacht van een asielzoeker over andere zorgverleners wordt geregistreerd en doorverwezen naar de hiervoor verantwoordelijke instantie. De betrokken zorgverlener wordt hiervan op de hoogte gesteld.

4B1 stand van zaken implementatie.

4B2 indien niet geïmplementeerd: hoe is dit geregeld?

4B3 knelpunten.

Nummer certificatieschema: C 4.12.1.

De organisatie legt vast wat wordt verstaan onder klachten.

4C1 stand van zaken implementatie.

4C2 indien niet geïmplementeerd: hoe is dit geregeld?

4C3 knelpunten.

Nummer certificatieschema: D 4.12.3.

De organisatie beschikt over een duidelijk klachtenreglement dat aan de asielzoeker bekend is gemaakt en dat voldoet aan de wet klachtrecht cliënten zorgsector.

4D1 stand van zaken implementatie.

4D2 indien niet geïmplementeerd: hoe is dit geregeld?

4D3 knelpunten.

Nummer certificatieschema: E 4.18.1 en 4.18.2.

De organisatie treft maatregelen om de oorzaak van afwijkingen weg te nemen, teneinde herhaling te voorkomen. Corrigerende maatregelen worden afgewogen tegen de gevolgen van de afwijkingen.

Een gedocumenteerde en vastgelegde procedure voor corrigerende maatregelen omvat eisen voor:

- Het beoordelen van afwijkingen, waaronder klachten van asielzoekers.*
- Het bepalen en vastleggen van de noodzaak om maatregelen te treffen ter voorkoming van herhaling van afwijkingen.*
- Het vaststellen en doorvoeren van de benodigde maatregelen.*
- Het registreren van de resultaten van de getroffen maatregelen.*
- Het beoordelen van de getroffen corrigerende maatregelen.*

4E1 stand van zaken implementatie.

4E2 indien niet geïmplementeerd: hoe is dit geregeld?

4E3 knelpunten.

BIJLAGE 2 Vragenlijst zorginstellingen

Deel I Algemeen

- 1 Aantal asielzoekers dat het laatste jaar in de instelling behandeld is (schatting).
- 2 Heeft de instelling een beleid ontwikkeld voor de zorg aan asielzoekers?
Zo ja,
-schriftelijk vastgelegd; dan document opvragen;
-niet schriftelijk vastgelegd; uiteenzetting van het beleid vragen.
- 3 Is er een vaste contactpersoon , aandachtsfunctionaris of iets dergelijks voor de zorg aan asielzoekers?
- 4 Heeft de instelling een beleid ten aanzien van inzet van tolken ontwikkeld?
Zo ja,
-schriftelijk vastgelegd; dan document opvragen;
-niet schriftelijk vastgelegd; uiteenzetting van het beleid vragen.

Deel II Vragen met betrekking tot het certificatieschema MOA

5 Zorgketen

Nummer certificatieschema: A 1.4.5.

Met betrokken hulp- en zorgverleners zijn afspraken gemaakt binnen de landelijk vastgelegde kaders en richtlijnen.

1A1 heeft de moa afspraken met uw instelling gemaakt?

1A2 zo ja, welke?

1A3 knelpunten.

Nummer certificatieschema: B 2.2.4,2.3.4, 2.6.

Indien na toegeleiding de zorg aan asielzoekers (deels) door derden wordt geleverd, zorgt de moa voor coördinatie.

1B1 coördineert de moa de zorg aan de asielzoeker?

1B2 zo ja, waar bestaat de coördinatie uit?

1B3 knelpunten.

Nummer certificatieschema: C 2.6.2 en 3.4.2.

Bij externe zorgcoördinatie vormen de lokale en regionale schriftelijk vastgelegde afspraken over planning en toegeleiding en over overdracht en terugkoppeling van (medische) gegevens het uitgangspunt.

1C1 zijn er door de moa met u afspraken gemaakt over

| | | |
|---------------------------|----------------------------|-----|
| – planning | ja: schriftelijk/mondeling | nee |
| – toegeleiding | ja: schriftelijk/mondeling | nee |
| – overdracht gegevens | ja: schriftelijk/mondeling | nee |
| – terugkoppeling gegevens | ja: schriftelijk/mondeling | nee |

1C2 knelpunten.

Nummer certificatieschema: D 2.7.1.

De relevante ketenpartners zijn op de hoogte van de bereikbaarheid- en beschikbaarheidregeling van de moa.

1D1 weet u wanneer u de moa kunt bereiken?

1D2 zo ja, wanneer?

1D3 knelpunten.

Nummer certificatieschema: E 3.2.2,3.2.3, 3.2.4.

Op basis van evaluatie met relevante zorgverleners buiten de moa wordt het zorgplan indien nodig bijgesteld; dit wordt geregistreerd; indien nodig worden externe hulpverleners geïnformeerd.

1E1 wordt het individuele zorgplan samen met u door de moa geëvalueerd?

1E2 wordt u over eventuele bijstellingen in dit zorgplan door de moa geïnformeerd?

1E3 knelpunten.

Nummer certificatieschema: F 3.5.1 en 3.5.2.

Het oordeel van opdrachtgevers en ketenpartners over de uitvoering van de MOA-zorgverlening, de toegeleiding en de coördinatie van zorg en de afstemming worden periodiek geëvalueerd. De resultaten hiervan leiden indien nodig tot verbeteracties, die schriftelijk worden vastgelegd.

1F1 heeft u de uitvoering, de toegeleiding, de coördinatie en de afstemming van de zorg door de moa geëvalueerd?

1F2 wordt u over eventuele bijstellingen in dit zorgplan door de moa geïnformeerd?

1F3 knelpunten.

6 Informatie aan en inbreng van asielzoekers/patiënten

Nummer certificatieschema: A 3.4.3.

De asielzoeker ontvangt bij toeleiding informatie over de werkwijze en procedures met name de zorg en dienstverlening van zorg- en hulpverlening.

2A1 zijn asielzoekers die door de moa naar u toegeleid zijn geïnformeerd over de werkwijze en procedures in uw instelling?

2A2 knelpunten.

7 Klachtregeling

Nummer certificatieschema: A 3.7.2.

Een klacht van een asielzoeker over andere zorgverleners wordt geregistreerd en doorverwezen naar de hiervoor verantwoordelijke instantie. De betrokken zorgverlener wordt hiervan op de hoogte gesteld.

3A1 zijn er het laatste jaar klachten geweest van asielzoekers over (zorgverleners van) uw instelling?

3A2 zo ja, welke procedure is toen gevolgd?

3A3 knelpunten.

Deel III slotvraag

Ervaart de instelling nog andere knelpunten in de zorg aan asielzoekers?

BIJLAGE 3 Lijst geïnterviewde organisaties

Regionale MOA-stichtingen

- 1 MOA - Noord
- 2 MOA - Oost
- 3 MOA - Noord-Holland/Flevoland
- 4 MOA - Zuid-Holland/Utrecht
- 5 MOA - Noord-Brabant/Zeeland
- 6 MOA – Limburg

Moa's in asielzoekerscentra

- 1 Zweeloo/Aalden
- 2 Drachten
- 3 Apeldoorn
- 4 Wapenveld
- 5 Schagen
- 6 Almere
- 7 Leersum
- 8 Rotterdam
- 9 Gilze-Rijen
- 10 Middelburg
- 11 Heerlen
- 12 Venlo

Zorginstellingen

- 1 Huisartsenpraktijk Aalden (Tevens verloskundige zorg/apotheek)
- 2 GGZ- Drenthe, Assen
- 3 GGZ – Spatie, Apeldoorn
- 4 Gemini Ziekenhuis, interne poli (telefonisch), Den Helder
- 5 GGZ – De Meregaard, Almere
- 6 Centrum Maatschappelijke Dienstverlening, afdeling thuiszorg, Veenendaal
- 7 RIAGG – Amersfoort
- 8 Zorgstroom, afd. gespecialiseerde gezinsverzorging, Middelburg
- 9 GGZ – Midden-Brabant, Tilburg
- 10 AZM – HIV-poli (telefonisch), Maastricht
- 11 Mondriaangroep, Heerlen