



Ministerie van Justitie

> Retouradres Postbus 20301 2500 EH Den Haag

**Directoraat-Generaal
Wetgeving, Internationale
Aangelegenheden en
Vreemdelingenzaken**
Directie Migratiebeleid
Afdeling Asiel, Opvang &
Terugkeer

Schedeldoekshaven 100
2511 EX Den Haag
Postbus 20301
2500 EH Den Haag
www.justitie.nl

Datum 11 december 2009
Onderwerp Uw brief van 2 oktober 2009

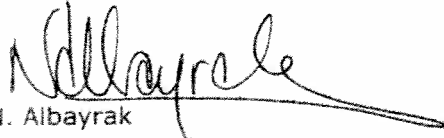
Geachte heer, mevrouw,

Via de vaste Kamercommissie van Justitie heb ik uw brief van 2 oktober 2009 ontvangen, waarin u uw zorgen uit over de gang van zaken met betrekking tot de medische zorg voor asielzoekers. De vaste Kamercommissie voor Justitie heeft mij verzocht uw brief te beantwoorden en een afschrift daarvan te doen toekomen.

In de bijlage treft u per punt een antwoord aan op de door u geuite zorgen. Mijn conclusie, onder meer op basis van de bijlage, is dat de zorg voor asielzoekers ook in het nieuwe zorgmodel geborgd is. Dit betreft zowel de toegang tot de zorg als de kwaliteit van zorg.

Hoogachtend,

De Staatssecretaris van Justitie,


N. Albayrak

Ons kenmerk
5632734/09/DMB

Kopie aan
Vaste Kamercommissie voor
Justitie

*Bij beantwoording de datum
en ons kenmerk vermelden.
Wilt u slechts één zaak in uw
brief behandelen.*



Bijlage – reactie op zorgpunten

1. *De directe toegang tot de huisarts is eerder bemoedigd dan vereenvoudigd. Praktijklijn en verpleegkundigspreekuur zijn twee in plaats van geen drempel tot toegang tot een huisarts.*

Reactie

Ik deel deze mening niet, mijns inziens zijn er voor de asielzoekers meer mogelijkheden geschapen om in contact te treden met de huisarts. Allereerst kan de asielzoeker gebruik maken van het inloopspreekuur, of kan de asielzoeker de huisarts zelf bellen. Daarnaast kan de asielzoeker contact opnemen met de Praktijklijn, die 7 dagen per week gedurende 24 uur bereikbaar is en wordt bemenst door gekwalificeerd medisch personeel.

Belangrijk in deze is dat de praktijklijn en het verpleegkundigspreekuur in het huidige model integraal onderdeel zijn geworden van de huisartsenpraktijk (GCA). Met andere woorden: zij behoren tot dezelfde organisatorische eenheid. In de oude situatie werkte de praktijkverpleegkundige voor de MOA en organiseerde de huisarts zijn eigen spreekuur.

Zowel de praktijklijn als het inloopspreekuur zijn nadrukkelijk opgezet ter facilitering van de asielzoeker en ter voorbereiding op het consult van de huisarts of andere zorgaanbieders. Deze vorm van toegeleiding en triage is overigens een wezenlijk onderdeel van de opzet van alle Menzis eerstelijnscentra en is bedoeld om zo efficiënt en doelmatig mogelijk zorg te kunnen bieden. De toegang tot de huisarts is daarmee op een vergelijkbare wijze georganiseerd als binnen de reguliere zorg. Hiermee wordt voldaan aan het uitgangspunt dat de zorg voor asielzoekers zoveel mogelijk gelijk is als en gebruik maakt van de reguliere zorg.

2. *De staatssecretaris zegt in haar brief dat het aantal klachten over de praktijklijn zijn afgenomen. Er is geen onderzoek gedaan naar de haalbaarheid van deze dienst voor asielzoekers. Asielzoekers die net in Nederland zijn, de taal niet machtig zijn en de gezondheidszorg in Nederland niet kennen, bellen niet met de praktijklijn. Voor hen is dit een onmogelijk middel om hun gezondheidsproblemen voor te leggen. Daardoor zijn zij altijd afhankelijk van derden, vaak ook niet goed Nederlands sprekende landgenoten. Behalve de schending van de privacy is dit risicovol. Degenen die wel zelf kunnen bellen klagen dat zij vrijwel altijd naar het eerstvolgende spreekuur van de praktijkverpleegkundige worden verwezen. Soms wordt er overlegd met de GCA huisarts van het frontoffice, die moet dan middels informatie uit de derde hand, een inschatting maken.*

Reactie

De door u vermelde taalbarriere die aanwezig is bij asielzoekers is niet toe te rekenen aan het nieuwe zorgmodel. Dit probleem speelde ook in de oude situatie. Ook toen werd er gebruik gemaakt van derden om in bepaalde gevallen gezondheidsproblemen onder de aandacht te brengen van een arts.

**Directoraat-Generaal
Wetgeving, Internationale
Aangelegenheden en
Vreemdelingenzaken**
Directie Migratiebeleid
Afdeling Asiel, Opvang &
Terugkeer

Datum
11 december 2009

Ons kenmerk
5632734/09/DMB



Desalniettemin is het van belang dat asielzoekers hun klachten zo goed mogelijk duidelijk kunnen maken eventueel met behulp van een tolk. Juist de voorzieningen binnen de praktijklijn maken het mogelijk dat er een tolk wordt ingeschakeld.

Zoals gezegd is de praktijklijn 7 dagen in de week 24 uur per dag bemand, waardoor op alle locaties en gedurende de gehele dag de toegang tot de zorg is geborgd. De praktijklijn maakt integraal onderdeel uit van de landelijk opgezette huisartsenpraktijk GCA, waarbij te allen tijde via geavanceerde techniek door middel van een conference call met de doktersassistente en waar nodig met een professionele tolk kan worden gecommuniceerd.

Hierbij hebben de geautoriseerde doktersassistentes toegang tot het centrale huisartseninformatiesysteem (HIS), met daarin de gegevens van de asielzoeker, waardoor zij bij de patiëntengegevens kunnen. Net zoals in de reguliere zorg worden hier adviezen gegeven en worden bewoners naar de spreekuren van de praktijkondersteuner of huisarts verwezen. Alle activiteiten worden centraal gesuperviseerd en gefiatteerd door een huisarts. Vanuit de centrale locatie van de praktijklijn kunnen afspraken worden ingepland op alle spreekuren van de AZC's in den lande. In daartoe geëigende situaties kan ook rechtstreeks contact op worden genomen met de huisarts van de bewoner.

- 3. Het maken van (vervolg)afspraken met gezondheidszorginstellingen via de praktijklijn of door de asielzoeker zelf is nu zo ingewikkeld geworden dat deze instellingen vaak alsnog een beroep doen op de GCA medewerkers of COA medewerkers om asielzoekers goed te informeren. Opnieuw wijzen wij er op, zie ook de brief van februari 2009, dat hierdoor veel fout gaat en opgebouwde goodwill verloren raakt.*

Reactie

Dit is door het GCA ook onderkend. Inmiddels is met de medewerkers van de AZC's afgestemd dat vervolgsafspraken óf door de GCA-medewerkers op locatie moeten worden gemaakt óf via de back-office van het GCA. Dit "afsprakenbureau" is onderdeel van een voortdurend verbetertraject waarbij werkprocessen steeds verder op elkaar worden afgestemd en waar mogelijk worden gedigitaliseerd.

- 4. Grote zorg is er over de eerste TBC screening. Dit is weliswaar een taak van COA en GGD, maar in het verleden werden dagelijks, minstens wekelijks, de namen van nieuwe bewoners van een COA locatie door de MOA aan de GGD doorgegeven en controleerden MOA en GGD of deze nieuwe bewoners een eerste screening hadden gehad. Was dit niet het geval, dan werden zij door de GGD alsnog opgeroepen. Bij niet verschijnen gold een MOA-GGD-COA procedure die niet screenen vrijwel onmogelijk maakte. Op dit moment is er geen waterdichte procedure. De GGD krijgt niet dagelijks/wekelijks de namen van de nieuwe bewoners van COA locaties door en er zijn geen duidelijke afspraken wat te doen bij niet verschijnen. Het blijkt dat er bewoners van COA locaties, o.a. asielzoekers die via Schiphol Nederland binnenkomen, niet gescreend zijn. Dit is een risico voor de Nederlandse volksgezondheid. Het screeningsprobleem dat de staatssecretaris schetst is dus veel gecompliceerder dan alleen een ICT kwestie en tot op heden niet opgelost.*

**Directoraat-Generaal
Wetgeving, Internationale
Aangelegenheden en
Vreemdelingenzaken**
Directie Migratiebeleid
Afdeling Asiel, Opvang &
Terugkeer

Datum
11 december 2009
Ons kenmerk
5632734/09/DMB



Directoraat-Generaal
Wetgeving, Internationale
Aangelegenheden en
Vreemdelingenzaken
Directie Migratiebeleid
Afdeling Asiel, Opvang &
Terugkeer

Datum
11 december 2009

Ons kenmerk
5632734/09/DMB

Reactie

De TBC-screening vindt zoveel mogelijk direct na binnenkomst in Nederland plaats, of in ieder geval voordat een vreemdeling instroomt in de opvang van het COA. In die situaties waarin het door omstandigheden niet lukt om direct bij binnenkomst de TBC-screening te houden ontvangt de bewoner bij aankomst op de locatie een formulier en wordt hij verwezen naar de GGD. Met GGD Nederland is afgesproken dat de PGA-medewerker een rol gaat vervullen in het monitoren van de asielzoeker met betrekking tot het deelnemen aan de TBC-screening.

Daarnaast wordt de status van de TBC screening van een asielzoeker ook in het HIS vermeld. Indien bij een eerste contact met het GCA of tijdens de medische intake door een GCA-medewerker wordt gesignaleerd dat een asielzoeker nog niet is gescreend, wordt de asielzoeker direct doorverwezen naar de GGD.

Overigens wordt ook binnen het BOTA (Bestuurlijk Overleg Tuberculosezorg Asielzoekers en illegalen) bekeken hoe de TBC-screening binnen het huidige stelsel verder kan worden verbeterd. In dit overleg participeren onder andere GGD Nederland, COA, het ministerie van VWS en KNCV Tuberculosefonds.

- 5. Verpleegkundige intake. In het programma van eisen van het COA staat dat uiterlijk binnen 6 weken na aankomst in een COA opvanglocatie, of als er sprake is van een risicofactor binnen een week, er een intake van volwassen en kinderen moet plaats vinden. Inmiddels is deze eis kennelijk verlaten want er is nog steeds een grote achterstand wat betreft de intakes. Voor nieuwe volwassen bewoners in de centra geldt op dit moment dat COA medewerkers deze bewoners een intakeformulier zouden moeten geven en hen uitleggen dat zij van de mogelijkheid van een medische intake gebruik kunnen maken. Het tamelijk verplichtende karakter van voorheen is verlaten.*

Reactie

Het is inderdaad de bedoeling om alle nieuwe asielzoekers binnen 6 weken na aankomst in een opvanglocatie een medische intake te laten ondergaan. De deelname geschiedt echter op basis van vrijwilligheid. Om deelname aan de intake te stimuleren verspreidt het COA een uitnodigingsbrief (in dertien talen) onder nieuwe bewoners. Verder is deze intake landelijk geuniformeerd en in het HIS opgenomen. Voor complexe en risicovolle groepen is een extra kwaliteitsborging ingebouwd door de mogelijkheid van supervisie en advisering door een sociaal geneeskundige van het GCA. Risicogroepen (zoals zwangeren en kinderen) worden actief benaderd.

- 6. Wat betreft de intake en medisch onderzoek voor kinderen is veel onduidelijkheid. De jeugdzorg van 4 tot 19 jaar, vanaf 1 januari 2009 ondergebracht bij PGA stichtingen, door de reguliere GGD wordt overgenomen, volgens het reguliere pakket?? Bijvoorbeeld inhaalvaccinaties, die nu kort na aankomst gegeven worden, hoe is dit geregeld?*

Reactie

Ten opzichte van de situatie van voor 1 januari 2009 zijn er geen wijzigingen doorgevoerd in het pakket. Dit betekent dat ook het geven van inhaalvaccinaties op dezelfde wijze is geregeld als daarvoor.



7. *Het voorlichtingsprogramma over gezondheidszorg aan asielzoekers wordt op dit moment niet meer uitgevoerd. Wordt dit preventiemiddel nog uitgevoerd en door wie?*

**Directoraat-Generaal
Wetgeving, Internationale
Aangelegenheden en
Vreemdelingenzaken**
Directie Migratiebeleid
Afdeling Asiel, Opvang &
Terugkeer

Reactie

De voorlichtingsprogramma's over de gezondheidszorg worden uitgevoerd door de GGD en het COA. De asielzoekers worden binnen het programma Gezondheidsbevordering en Opvoeding (GVO) omvatten onder meer voorgelicht over thema's als: alcohol en drugs, seksuele voorlichting en geboorteregeling. Voorlichting over de organisatie van de gezondheidszorg aan asielzoekers wordt gegeven door het COA.

Datum

11 december 2009

Ons kenmerk

5632734/09/DMB

8. *Het speciale preventieprogramma voor infectieziekten als HIV, Hepatitis B en C, SOA, een taak die uitgevoerd werd door hiervoor geschoolde sociaalverpleegkundigen wordt niet langer uitgevoerd. Screening hierop en voorlichting hierover is op dit moment niet meer structureel geregeld.*

Reactie

De voorlichting over infectieziekten is opgenomen in het met GGD Nederland overeengekomen pakket. De screening vindt in beginsel alleen plaats op TBC. Voor de andere genoemde infectieziekten is een actief testbeleid van toepassing. Dit vindt plaats op basis van geconstateerde risicofactoren.

9. *Medisch onderzoek werd voorheen door AGZ artsen gedaan bij ouderen, bij gecompliceerde problematiek, medicijngebruik en psychische problemen. Deze taak wordt niet meer uitgevoerd. Is dit een taak van de huisarts en welke afspraken zijn hierover gemaakt?*

Reactie

Het medisch onderzoek bij ouderen is als aparte taak is komen te vervallen. Deze taken worden nu uitgevoerd binnen de reguliere huisartsenzorg. Indien bij het eerste contact of tijdens de medische intake risicofactoren of gezondheidsproblemen worden vastgesteld dan wordt in eerste instantie verwezen naar de huisarts. De huisarts bepaalt vervolgens welke mate van onderzoek hij conform de professionele richtlijnen noodzakelijk acht. Bij de contractering van de huisartsen voor de AZC's is vastgelegd dat onder huisartsenzorg voor asielzoekers wordt verstaan "het aanbod aan Huisartsengeneeskundige Zorg 2004".

10. *In het programma van eisen van COA staat dat de huisarts gefaciliteerd kan worden met een doktersassistente, praktijkondersteuner, praktijkverpleegkundige en psychiatrisch verpleegkundige. Met name GGZ zorg is op dit moment slecht of niet geregeld en psychiatrisch verpleegkundige hulp wordt tot nu toe afgewezen omdat de financiering (nog) niet geregeld is.*

Reactie

Zowel in de eerste als in de tweede lijn is voldoende GGZ-zorg gecontracteerd. In de eerste lijn kan de huisarts doorverwijzen naar de GZ-psychooloog, eerstelijnspsychooloog, het Algemeen Maatschappelijk Werk, de orthopedagoog en de vrijevestigde psychotherapeut. In het zorgconcept is vastgelegd dat wordt ingezet op versterking van de eerste lijn. Hiertoe start in afstemming met COA in 2010 een landelijke pilot met de inzet van de POH-GGZ.



In het verleden werd de SPV-er ingezet in de huisartsenpraktijk. Een SPV-er is echter in dienst van de tweedelijns GGZ. Door de eerste lijn te versterken en een keten van zorgaanbieders in de GGZ te contracteren, kan beter worden ingespeeld op de behoeften van deze specifieke doelgroep.

De ene keer zal dat gericht zijn op ondersteuning en begeleiding op psychisch vlak of met behulp van medicatie, de andere keer op verwerking van een trauma. Daarnaast wordt hiermee ingespeeld op de veranderde inzichten in de geestelijke gezondheidszorg voor vluchtelingen van de laatste jaren. Tevens is er sprake van een goede samenwerking met alle instellingen voor GZ in de eerste, tweede en derde lijn (specialisten zoals Centrum 40-45) en Pharos. Gezamenlijk worden er ketenzorgconcepten, zorgprogramma's en zorgproducten ontwikkeld, speciaal gericht op de doelgroep vluchtelingen.

11. De toegeleiding buiten kantooruren voor spoedeisende hulp door beveiligingsmedewerkers is in het verleden altijd als te risicovol beschouwd en schending van de privacy. Het is vreemd dat de staatssecretaris dit nu als een oplossing ziet.

Reactie

De beveiligingsbeambte vervult geen zorgtaken, maar geeft antwoord op vragen volgens een protocol, opgesteld door de meldkamer of spoedeisende zorg indien een calamiteit aan 112 wordt gemeld. Het gaat hierbij om vragen die door iedere derde kunnen worden beantwoord. Ook in de reguliere gezondheidszorg hebben burgers op deze manier contact met de spoedeisende zorg.

12. In het programma van eisen van het COA staat dat GCA na afstemming met de LHV en eventuele andere brancheorganisaties zorg moet dragen voor het actualiseren van de huidige MOA protocollen en de "instrumentenset toegeleiding" die op de zorgverlening aan asielzoekers door de huisarts en/of diens ondersteuning van toepassing zijn. Deze protocollen zijn niet meer in gebruik waardoor medewerkers het gevoel hebben stuurloos te werken.

Reactie

Deze protocollen zijn, volgens afspraak met de GGD, vanaf 1 januari overgenomen en worden ook gebruikt. Daarnaast is een werkgroep van LHV, kwaliteitsmedewerkers van GCA en "gebruikers" momenteel bezig deze protocollen te actualiseren.

13. In de brief van de staatssecretaris wordt gesteld dat partijen op elkaar zijn ingespeeld en dat bekend is wat ieders taak en verantwoordelijkheid is. Dat is onjuist, want de onduidelijkheid en verwarring is de laatste maanden enorm toegenomen. Medewerkers ervaren de gang van zaken nu zo, dat alleen vanwege hun persoonlijke initiatieven er nog adequate maatregelen genomen- en incidenten voorkomen worden.

Reactie

Aangezien u nadrukkelijk refereert aan de ervaringen van medewerkers van Menzis en het COA heb ik op dit punt navraag gedaan bij beide organisaties. Door zowel Menzis en het COA wordt aangegeven dat zij zich niet herkennen in de door u geuite zorgen.

**Directoraat-Generaal
Wetgeving, Internationale
Aangelegenheden en
Vreemdelingenzaken**
Directie Migratiebeleid
Afdeling Asiel, Opvang &
Terugkeer

Datum

11 december 2009

Ons kenmerk

5632734/09/DMB



Tot slot kan ik aangeven dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg dit dossier goed volgt. De kinderziektes die bij de overgang speelden zijn naar de indruk van de Inspectie voor de Gezondheidszorg goed opgepakt. De Inspectie blijft echter alert op meldingen of andere signalen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg zal in de tweede helft van 2010 een thematisch toezichtsonderzoek gaan doen naar de kwaliteit van de asielzoekerszorg.

**Directoraat-Generaal
Wetgeving, Internationale
Aangelegenheden en
Vreemdelingenzaken**
Directie Migratiebeleid
Afdeling Asiel, Opvang &
Terugkeer

Datum
11 december 2009

Ons kenmerk
5632734/09/DMB