

	<p>Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2003. De gegevens mogen met bronvermelding (Monitoring huisartsenzorg aan asielzoekers, M. van Oort, W. Deville, D. de Bakker) worden gebruikt.</p> <p>Het rapport is te bestellen via receptie@nivel.nl.</p>
---	--

Monitoring huisartsenzorg aan asielzoekers

M. van Oort (NIVEL)
W. Devillé (NIVEL)
D. de Bakker (NIVEL)

Utrecht, 2003

ISBN 90-6905-622-4

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Nivel) te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	9
Samenvatting	11
1 Inleiding	17
1.1 Inleiding	17
1.2 De organisatie van de medische zorg aan asielzoekers	18
1.2.1 De rol van de GGD'en bij de zorg aan asielzoekers	19
1.2.2 De huisartsenzorg	22
1.2.3 Doktersassistentie	23
1.2.4 Geestelijke gezondheidszorg aan asielzoekers	24
1.3 Samenvatting van de pilotstudie huisartsenzorg aan asielzoekers	25
1.4 Aanleiding en uitwerking van de vraagstellingen	26
1.5 Toepassingen van de resultaten	28
1.6 Opbouw van het rapport	29
2 Methode	31
2.1 Inleiding	31
2.2 Steekproef	31
2.2.1 Bestaande asielzoekerscentra in Nederland	31
2.2.2 Inclusiecriteria van centra	32
2.2.3 Respondenten	32
2.2.4 Vergelijking van onderzoeksgegevens met referentiegegevens	32
2.3 De registratieformulieren	33
2.4 Respons	34
2.5 Codering en categorisering van gegevens op de contactregistratie formulieren	36
2.6 Enquêtelijsten	36
2.7 Analyse van gegevens	38
3 Zorg aan asielzoekers door praktijkverpleegkundigen	39
3.1 Inleiding	39
3.2 Achtergrondgegevens van respondenten	39
3.3 De organisatie van de Medische Opvang Asielzoekers op één centrum	41
3.4 De samenwerking tussen de praktijkverpleegkundige en de huisarts	43
3.4.1 Werkafspraken en overleg tussen praktijkverpleegkundigen en huisartsen	47
3.5 Ervaren knelpunten door praktijkverpleegkundigen in de zorg aan asielzoekers	49
3.6 Contactregistraties door praktijkverpleegkundigen	52
3.7 Algemene kenmerken asielzoekers	54
3.8 Consultkenmerken	56

3.9	Gepresenteerde contactredenen door asielzoekers aan praktijkverpleegkundigen	58
3.10	Patiëntgebonden taken	60
3.11	Samenvatting	63
4	Huisartsenzorg aan asielzoekers	67
4.1	Inleiding	67
4.2	Kenmerken van huisartsen en huisartsenzorg aan asielzoekers	67
4.2.1	Patiëntgebonden werklust die asielzoekers voor de huisarts met zich meebrengen	71
4.2.2	De niet-Patiëntgebonden werklust voor huisartsen in de zorg aan asielzoekers	75
4.3	Samenwerking	80
4.4	Verwijzing van de asielzoeker naar de tweede lijn	83
4.4.1	Verwijzing naar de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)	84
4.5	Ervaren knelpunten door huisartsen in de zorgverlening aan asielzoekers	85
4.6	Patiëntgegevens	88
4.7	Contactfrequenties	90
4.8	Consultkenmerken	97
4.9	Contactredenen voor het bezoek aan de huisarts en de gestelde diagnoses	102
4.10	Therapeutische en diagnostische interventies	109
4.11	Bijzonderheden en verzwarende omstandigheden	111
4.12	Samenvatting	112
5	De werklust van de huisarts in de zorg aan asielzoekers	115
5.1	Inleiding	115
5.2	Objectieve werklust: de feitelijke patiëntgebonden werklust	115
5.3	Objectieve werklust: de feitelijke niet-patiëntgebonden werklust	121
5.4	De subjectieve patiëntgebonden werklust	122
6	Samenvatting en conclusies	125
6.1	Inleiding	125
6.2	Doel van het onderzoek	125
6.3	Beantwoording van de onderzoeksvragen	126
6.4	Beschouwing	133
6.5	Conclusies en aanbevelingen	138
	Literatuur	141
	Bijlagen:	
	Bijlage 1 enquête huisarts	143
	Bijlage 2 enquête praktijkverpleegkundige	161
	Bijlage 3 registratieformulier huisarts	179
	Bijlage 4 registratieformulier praktijkverpleegkundige	181
	Bijlage 5 lijst van gebruikte afkortingen	183

Lijst met tabellen

Tabel 2.1	Overzicht van de gebruikte patiënt- en consultgegevens en de klachten per patiëntengroep van huisartsen	34
Tabel 2.2	Opgegeven redenen door huisartsen voor hun non-respons	37
Tabel 3.1	Kenmerken van praktijkverpleegkundigen die voor asielzoekers werken (n=272)	40
Tabel 3.2	Genoten scholing door praktijkverpleegkundigen met betrekking tot zorgverlening aan asielzoekers (n=272)	41
Tabel 3.3	Aantal dagdelen per week dat asielzoekers gebruik kunnen maken van het inloopspreekuur van de praktijkverpleegkundige van de MOA (% per type centrum op centrumniveau) (n=152)	42
Tabel 3.4	Patiëntgebonden taken die door praktijkverpleegkundigen van de MOA worden uitgevoerd in de zorg voor asielzoekers (n=272) (meer antwoorden zijn mogelijk)	43
Tabel 3.5	Het aantal samenwerkingspartners van praktijkverpleegkundigen in de zorg voor asielzoekers, betreffende collega-praktijkverpleegkundigen en huisartsen (berekend op centrumniveau) (n=152)	44
Tabel 3.6	Frequentie waarin de praktijkverpleegkundige twijfelt om een asielzoeker te verwijzen naar de huisarts (n=272)	45
Tabel 3.7	Frequentie waarin de asielzoeker om een consult vraagt en de praktijkverpleegkundige het niet noodzakelijk acht (n=272)	46
Tabel 3.8	Manier waarop huisartsen reageren op het verzoek een visite te brengen aan een zieke asielzoeker volgens de ervaring van de praktijkverpleegkundige (n=272)	46
Tabel 3.9	Mate waarin gemaakte werkafspraken tussen praktijkverpleegkundigen en huisartsen worden nagekomen (n=272)	47
Tabel 3.10	Wijze waarop de patiëntenbespreking is georganiseerd (meer antwoorden zijn mogelijk) (praktijkverpleegkundigen met patiëntenbespreking n=226)	48
Tabel 3.11	Ervaren knelpunten door praktijkverpleegkundigen in de zorg aan asielzoekers (n=272)	50
Tabel 3.12	Mate waarin asielzoekers de MOA raadplegen met niet geëigende vragen volgens de ervaringen van praktijkverpleegkundigen (n=272)	51
Tabel 3.13	Ervaren knelpunten door praktijkverpleegkundigen met betrekking tot de reguliere zorg aan asielzoekers (exclusief huisartsen) (meer antwoorden zijn mogelijk) (n=272)	51
Tabel 3.14	Overzicht bestuurlijke capaciteit, aantal geregistreerde weken en contacten, alsmede contactfrequenties omgerekend op jaarbasis	53
Tabel 3.15	Kenmerken van asielzoekers die een praktijkverpleegkundige bezochten en van de in Nederland verblijvende asielzoekers in de centrale opvang (gepresenteerd op het aantal contacten met asielzoekers)	55

Tabel 3.16	Type contact waarvan de asielzoeker gebruik heeft gemaakt (n=2432)	56
Tabel 3.17	Contactduur van het consult tussen de praktijkverpleegkundige en asielzoeker	57
Tabel 3.18	Noodzaak en gebruik van tolken tijdens contacten tussen praktijkverpleegkundigen en asielzoekers (n=573)	58
Tabel 3.19	Contactredenen per ICPC-hoofdstuk als percentage van het aantal deelcontacten (per deelcontact konden 3 contactredenen worden aangegeven op het formulier, de % kunnen hierdoor boven de 100 uitkomen)	59
Tabel 3.20	Meest voorkomende contactredenen voor consultatie van de praktijkverpleegkundige (% op het aantal bekende antwoorden)	60
Tabel 3.21	Patiëntgebonden taken die praktijkverpleegkundigen verrichtten bij asielzoekers (aantallen berekend op deelcontactniveau n=2899)	61
Tabel 3.22	Verwijzingen van asielzoekers naar andere hulpverleners door praktijkverpleegkundigen (deelcontactniveau) (n=2899)	62
Tabel 3.23	Verwijspercentage per ICPC-hoofdstuk	63
Tabel 4.1	Kenmerken van huisartsen die zorg verlenen aan asielzoekers (% op het aantal bekende antwoorden)	68
Tabel 4.2	Ervaring van huisartsen die zorg verlenen aan asielzoekers (n=191)	69
Tabel 4.3	Overwegingen van huisartsen om zorg aan asielzoekers te gaan verlenen (n=191)	69
Tabel 4.4	De ervaren emotionele belasting door huisartsen in de zorg voor asielzoekers ten opzichte van reguliere patiënten (n=191)	71
Tabel 4.5	De werklast van de huisarts in kwantitatieve zin: aantal dagdelen, grootte van de asielzoekerspopulatie en aantal centra waarvoor de huisarts zorg draagt (n=191)	72
Tabel 4.6	Wijze waarop de waarneming is georganiseerd door huisartsen buiten kantooruren (n=191)	74
Tabel 4.7	Genoten scholing door huisartsen met betrekking tot zorgverlening aan asielzoekers (n=191)	75
Tabel 4.8	Mogelijkheid om afspraak te maken met de huisarts zonder tussenkomst van de MOA naar organisatie van het spreekuur en type centrum (n=191)	81
Tabel 4.9	Vorm waarin de patiëntenbespreking tussen de huisarts en praktijkverpleegkundige wordt gehouden (n=133)	82
Tabel 4.10	Informatievoorziening aan huisartsen over beleidsontwikkelingen binnen de zorg aan asielzoekers (n=191)	82
Tabel 4.11	Mate waarin huisartsen tevreden zijn over de verwijzing van de asielzoeker door de praktijkverpleegkundige (n=191)	83
Tabel 4.12	Meningen van huisartsen over het verwijzingstraject van de asielzoeker naar de tweede lijn (n=191)	84
Tabel 4.13	Ervaren knelpunten door huisartsen in de zorg aan asielzoekers (n=191)	85
Tabel 4.14	Kenmerken van asielzoekers en ziekenfonds patiënten die tot de patiëntenpopulatie van huisartsen behoren	89
Tabel 4.15a	Contactfrequenties tussen huisartsen en asielzoekers en huisartsen en praktijkverpleegkundigen verbonden aan een Asielzoekerscentrum (AZC)	91
Tabel 4.15b	Contactfrequenties tussen huisartsen en asielzoekers en huisartsen en praktijkverpleegkundigen verbonden aan een Onderzoeks- en	

Opvangcentrum (OC)	92
Tabel 4.15c Contactfrequenties tussen huisartsen en asielzoekers en huisartsen en praktijkverpleegkundigen verbonden aan een Aanvullend Opvang centrum (AVO)	93
Tabel 4.16 Contacten tussen de huisarts en een andere hulpverlener met betrekking tot vraagstukken over een asielzoeker	94
Tabel 4.17 Duur van de gesprekken die de huisarts heeft met een andere hulpverlener over een asielzoeker (n=368)	95
Tabel 4.18 Frequentie waarin asielzoekers niet verschijnen op de afspraak met de huisarts (n=107)	96
Tabel 4.19 Wijze van binnenkomst van de asielzoeker weergegeven per type centrum en per organisatie wijze van het spreekuur (n=1441)	97
Tabel 4.20 Contactduur van het consult tussen de huisarts en asielzoeker naar type centrum (n=1441)	99
Tabel 4.21 Mate waarin huisartsen het gebruik van een tolk nodig achten en gebruiken naar type centrum (n=1441)	101
Tabel 4.22 Invloed van het gebruik van tolken op de contactduur (n=1440)	102
Tabel 4.23 Contactredenen en diagnoses per ICPC-hoofdstuk aantal en percentage van het aantal deelcontacten (n.b. per deelcontact konden 3 contactredenen en 1 diagnose worden aangegeven, de % kunnen hierdoor boven de 100 uitkomen)	103
Tabel 4.24 Gestelde diagnoses door huisartsen bij asielzoekers, allochtonen en ziekenfondspatiënten per ICPC-hoofdstuk (% van deelcontacten)	104
Tabel 4.25 Meest gepresenteerde contactredenen door asielzoekers, en meest gesteldediagnoses bij asielzoekers vergeleken met meest gestelde diagnoses bij ziekenfondspatiënten en niet westerse allochtonen (op deelcontactniveau)	105
Tabel 4.26 Diagnoses naar type centrum (n=2048) (% van deelcontacten)	106
Tabel 4.27 Verwijspercentages per ICPC-hoofdstuk (diagnoses) (n=2238)	107
Tabel 4.28 De aard van de klacht van patiënten die de huisarts consulteerden (% op deelcontactniveau)	108
Tabel 4.29 Verrichtingen in eigen spreekkamer (% op deelcontactniveau)	109
Tabel 4.30 Aanvragen aan externen op deelcontactniveau naar type centrum (%)	110
Tabel 4.31 Verwijzingen naar type centrum (n=342) (% op deelcontactniveau)	110
Tabel 5.1 Werklast van de huisarts in de zorg aan asielzoekers weergegeven per type centrum	118
Tabel 5.2 Werklast van de huisarts weergegeven per patiëntenpopulatie over alle contacten (gegevens asielzoekers berekend op nationale verdeling asielzoekers populatie over verschillende soorten centra)	119
Tabel 5.3 Factoren van invloed op de contactduur en contactfrequentie	121

Voorwoord

Dit rapport geeft een beschrijving van de medisch-curatieve zorgverlening zoals die door huisartsen in samenwerking met praktijkverpleegkundigen aan asielzoekers in asielzoekers-centra wordt verleend. Daarnaast wordt inzicht geboden in de werklust die huisartsen hebben in de zorg aan asielzoekers. Het onderzoek dat aan de beschrijving ten grondslag ligt is gebaseerd op schriftelijke enquêtes onder alle huisartsen (exclusief degenen die alleen avond-, nacht- en weekenddienst verrichten) en praktijkverpleegkundigen van de MOA (Medische Opvang Asielzoekers). Vervolgens hebben gedurende twee tot vijf weken contactregistraties plaatsgevonden door bij asielzoekerscentra betrokken huisartsen en praktijkverpleegkundigen. Deze registraties hebben plaatsgevonden in en om dertien asielzoekerscentra (AZC's), negen centra voor aanvullende opvang (AVO's) en vijf Onderzoeks- en opvangcentra (OC's).

Het onderzoek vloeit voort uit afspraken die zijn gemaakt tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en Zorgverzekeraar VGZ over de huisartsenzorg aan asielzoekers (VGZ verzorgt sinds 1 januari 1998 de ziektekostenverzekering voor asielzoekers in de centrale opvang). Het NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg heeft dit onderzoek uitgevoerd in opdracht van de LHV en Zorgverzekeraar VGZ. Het onderzoek is gefinancierd door Zorgverzekeraar VGZ.

Ten behoeve van het onderzoek is een begeleidingscommissie samengesteld die bestaat uit:

- Dhr. A.E.M. Hermans, VGZ/ZRA, partner in zorg;
- Dhr. J. Schoenmakers, LHV, sen. beleidsmedewerker huisartsenzorg aan asielzoekers;
- Dhr. J. van Burg, COA, medewerker Bureau gezondheidszorg asielzoekers;
- Dhr. P. van Liere, huisarts AZC;
- Mw. S. Goosen, GGD Nederland/LSB, beleidsmedewerker onderzoek;
- Mw. M. van Geleuken, praktijkverpleegkundige MOA.

Wij willen hen op deze plaats bedanken voor hun deskundige en kritische begeleiding van het onderzoek. Daarnaast willen wij de huisartsen en praktijkverpleegkundigen van de MOA bedanken voor hun inzet. Zonder hen had dit onderzoek niet kunnen plaatsvinden. Ook gaat dank uit naar de regiomanagers en clustermanagers van de MOA, die het onderzoek in goede banen hebben geleid binnen de Medische Opvang Asielzoekers.

Utrecht, 2003

Maureen van Oort
Walter Devillé
Dinny de Bakker

Samenvatting

Inleiding

Voor de curatieve medische zorg dienen asielzoekers een beroep te doen op het reguliere circuit, zoals de huisartsenzorg. Sinds 1 januari 1998 is een convenant van kracht tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en zorgverzekeraar VGZ waarin de huisartsenzorg voor asielzoekers is geregeld. In dit convenant zijn afspraken gemaakt over de voorwaarden waaronder huisartsen zorg verlenen aan asielzoekers in de Centrale Opvang. De afspraken betreffen onder meer de betaling (ca. 2,5 maal het abonnementstarief van ziekenfondsverzekerden) en het beschikbaar zijn van een functionaris die vanuit de asielzoekerscentra het contact met de huisarts voorbereidt. Op het moment dat het convenant werd gesloten waren geen gegevens bekend over de feitelijke werklast van de huisarts, alsmede de factoren die daarop van invloed zijn. Daarom heeft het NIVEL in opdracht van de LHV en VGZ een pilotstudie (eind 1999-begin 2000) uitgevoerd waarin is nagegaan hoe het beste een monitoring-systeem kan worden opgezet om de werklast van de huisarts en de factoren die daarop van invloed zijn te meten. Uit de pilotstudie werd geconcludeerd dat het uitvoeren van een periodieke contactregistratie door huisartsen en praktijkverpleegkundigen, de meest geschikte manier is om dit te doen.

Doelstelling

Doel van het voorliggende onderzoek was het monitoren van de werklast van de huisarts, de hoeveelheid geboden medische zorg door de huisarts en factoren die daarop van invloed zouden kunnen zijn.

Methode

Hiervoor werden in 30 asielzoekerscentra door MOA praktijkverpleegkundigen (Medische Opvang Asielzoekers) en huisartsen werkzaam in of voor deze centra gedurende twee tot vijf weken contacten met asielzoekers geregistreerd. Tevens is naar alle praktijkverpleegkundigen van de MOA (n=350) en alle huisartsen die huisartsenzorg leveren voor asielzoekers (n=341) een enquêtelijst verzonden.

In het onderzoek naar factoren die van invloed kunnen zijn op de werklast van de huisarts werd ook gekeken in welke mate de contacten met asielzoekers afwijken van contacten met reguliere ziekenfondspatiënten en contacten met niet-Westerse allochtone ziekenfondspatiënten. Voor wat betreft autochtone ziekenfondspatiënten en niet-Westerse allochtonen is gebruik gemaakt van algemeen voorhanden zijn de gegevens uit de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk (NS2).

Toegeleiding vanuit de MOA

Wanneer asielzoekers klachten, problemen of vragen hebben kunnen ze hulp vragen bij de MOA en/of bij de huisarts. Binnen de MOA is de praktijkverpleegkundige vaak het eerste aanspreekpunt voor de asielzoeker. De asielzoeker kan met vragen terecht op het inlooppreekuur van de praktijkverpleegkundige. Indien de praktijkverpleegkundige patiëntgebonden taken

verricht tijdens het consult met de asielzoeker, gaat het meestal niet om doktersassistentietaken. Het meest wordt de zorgvraag uitgevraagd en zelfzorgadvies gegeven. Ook worden vaak typische toegeleidingstaken verricht zoals het meten van de pols, tensie en temp en wordt keel/neus-inspectie verricht. In een vijfde van de contacten die praktijkverpleegkundigen met asielzoekers hebben wordt specifiek naar aanleiding van dat contact overleg gevoerd met de huisarts. Voor een derde van de gepresenteerde klachten wordt een verwijzing naar de huisarts geïndiceerd door de praktijkverpleegkundigen. Drieëndertig procent van de praktijkverpleegkundigen krijgt van de huisarts(en) waar ze mee samenwerken standaard over alle patiënten bevindingen teruggekoppeld. Van de praktijkverpleegkundigen houdt 81% geregeld een patiëntenbespreking met de huisarts.

Werklast van de huisarts

De patiëntgebonden werklast wordt bepaald door de frequentie, duur en de inhoud van de contacten met asielzoekers. De niet-patiëntgebonden werklast komt van werkoverleg, reistijd en scholing. Daarnaast varieert de ervaren werklast per huisarts door de eigen subjectieve bevinding van de werklast.

Contactfrequentie

De gemiddelde contactfrequentie ligt bij de Opvangcentra (OC) hoger dan bij de Asielzoekerscentra (AZC) en Aanvullende Opvangcentra (AVO), waar de contactfrequentie het laagst is. Met betrekking tot de organisatie van de zorgverlening kan gezegd worden dat huisartsen die spreekuur houden op het centrum een hogere contactfrequentie hebben met asielzoekers dan huisartsen die het spreekuur georganiseerd hebben in de eigen praktijk. De gemiddelde frequentie waarin de verschillende patiëntengroepen contact zoeken met de huisarts is 3,5 per persoon per jaar voor asielzoekers, 3,8 voor allochtone patiënten en 4,5 voor autochtone ziekenfondspatiënten (exclusief visites). De contactfrequentie is dus ongeveer vergelijkbaar met die van allochtone patiënten, maar lager ten opzichte van autochtone ziekenfondspatiënten, bij wie de gemiddelde leeftijd dubbel zo hoog ligt. Het percentage visites overdag onder alle contacten, is voor asielzoekers 0,4%, allochtonen 0,9% en voor autochtone ziekenfondspatiënten 5,1%. Het percentage visites dat huisartsen afleggen bij asielzoekers ligt dus de helft lager dan bij niet-Westerse allochtonen, bij wie huisartsen al 5 maal minder visites afleggen vergeleken met autochtone ziekenfondspatiënten. Wanneer het spreekuur op het centrum is moeten er weinig of geen visites worden gereden.

Contactduur

Uit de contactregistraties door huisartsen blijkt dat de gemiddelde contactduur van de spreekuurcontacten ongeveer 11,3 minuten duurt en dat die eveneens bij de OC's langer duurt (14 minuten). De gemiddelde duur van de contacten die de huisarts met asielzoekers heeft is 20% langer dan autochtone ziekenfondspatiënten (9,8 minuten) of allochtone ziekenfondspatiënten (9,4). Indien huisartsen scholing hebben gevolgd met betrekking tot de zorg aan asielzoekers leidt dat over het algemeen niet tot een kortere contactduur. Naast de contacten met asielzoekers krijgen huisartsen vragen van praktijkverpleegkundigen (of soms ook van ander MOA-personeel) over de asielzoeker die ook de benodigde tijd vergen. In een kwart van de contacten heeft de praktijkverpleegkundige specifiek naar aanleiding van het contact met een asielzoeker contact opgenomen met de huisarts. Contacten met praktijkverpleegkundigen over een asielzoeker nemen gemiddeld meer dan 3 minuten in beslag, plus de reistijd in geval van spreekuur op een centrum. Contacten met derden komen op 4,4 minuten per contact te staan.

Populatie asielzoekers

Leeftijd en geslacht van de asielzoeker zijn mede bepalend voor de mate waarin zij de huisarts consulteren. Anderhalve keer zoveel contacten komen van vrouwelijke asielzoekers, maar onder asielzoekers die contact zochten met de huisarts bevinden zich meer mannen dan bij de autochtone ziekenfondspatiënten (respectievelijk 52% en 36%). Ook kinderen jonger dan 15 jaar, gaan vaker (1,6 keer) naar de huisarts vergeleken met asielzoekers uit andere leeftijdscategorieën. Asielzoekers zijn gemiddeld ook jonger dan autochtone ziekenfondspatiënten. Ouderen (65+) treffen we onder asielzoekers nauwelijks aan (1%), bij autochtone ziekenfondspatiënten vormen 65-plussers 9% van de populatie. Respectievelijk komen 0,9% en 30% van de contacten met huisartsen uit deze leeftijdsgroep.

Inhoud van contacten

Twee derde van de contacten tussen huisartsen en asielzoekers komt via de toegeleiding door praktijkverpleegkundigen MOA tot stand. In een derde van de gevallen acht de huisarts het nodig om een tolk in te schakelen, maar in twee derde hiervan is er geen gebruik van gemaakt.

De meest gestelde diagnoses door huisartsen bij asielzoekers zijn te classificeren in de ICPC-hoofdstukken 'huid en subcutis (14%), 'spijsvertering' (11%), 'bewegingsapparaat' en 'psychische problemen'(10%) en 'luchtwegen' (9%). In 12% van de contacten wordt de asielzoeker verwezen naar een andere hulpverlener, voornamelijk naar de medisch specialist. Huisartsen krijgen nog in 10% van de contacten te maken met psychische problematiek. Dat is bij asielzoekers drie keer zo hoog als bij autochtone ziekenfondspatiënten of vijf keer zo hoog als bij niet-Westerse allochtonen. De beschikbaarheid van de geestelijke gezondheidszorg is volgens bijna de helft van de ondervraagde praktijkverpleegkundigen en huisartsen onvoldoende.

Niet-patiënt gebonden werklast

Een kleine helft van de huisartsen volgde één of meerdere specifieke scholingen ten behoeve van de zorg aan asielzoekers. Drie kwart houdt geregeld werkoverleg met de praktijkverpleegkundigen en evenveel hebben een patiëntenbespreking, maar slechts 22% structureel. De reistijd naar de asielzoekerscentra, die vaak afgelegen liggen van wooncentra, dragen eveneens bij tot de werklast. Vanaf 2003 dienen huisartsen wekelijks werkoverleg en cliëntbespreking met de praktijkverpleegkundige te hebben.

Knelpunten

Huisartsen melden de volgende knelpunten in hun zorg aan asielzoekers te ervaren: complexe zorgvragen (64% van de geënquêteerden), omgaan met claimende vragen (58%), oneigenlijk ingezet worden in juridische kwesties (53%) en problemen in de communicatie met als gevolg te weinig tijd om op de zorgvraag in te gaan (52%).

Ingezette middelen

De ingezette middelen om de werklast van de huisarts te beperken blijken volgens de meeste huisartsen redelijk tot goed te functioneren. Zo is ruim meer dan de helft van de huisartsen tevreden over de wijze waarop de praktijkverpleegkundige asielzoekers doorverwijst. Over de Zorgmeldkamer- ANW is meer dan 80% van de huisartsen die nachtdiensten draaien tevreden. Het doel van de Zorgmeldkamer- ANW GG&GD Amsterdam is de coördinatie (behalve voor AVO's met minder dan 140 bewoners) van de toegeleiding van huisartsenzorg aan asielzoekers buiten kantooruren en in het weekend voor het hele land. In totaal wordt 60% van de

binnen gekomen hulpvragen van asielzoekers door de Zorgmeldkamer zelf afgehandeld.

Het lijkt dus goed te zijn om de inzet van deze werklast beperkende middelen voort te zetten, alhoewel er ruimte blijft voor verbetering.

Conclusie

Op basis van kwantitatieve gegevens blijkt de objectieve werklast in de zorg aan asielzoekers over het algemeen niet hoger uit te komen in vergelijking met autochtone ziekenfondspatiënten (40 minuten per persoon per jaar bij asielzoekers of 43 minuten inbegrepen de contacten met praktijkverpleegkundigen over een asielzoeker, tegenover 44 minuten autochtone ziekenfondspatiënten), tenzij bij OC's (82 minuten per persoon per jaar). Gemiddeld ligt de contactduur wel hoger, maar de contactfrequentie ligt lager. Daarbij moet wel nog bij opgeteld de tijd die besteed wordt aan contacten met MOA medewerkers en andere hulpverleners, werkoverleg en cliëntenbespreking, de reistijd naar (afgelegen) centra en de tijd die gaat naar gerichte opleidingen. Op kwalitatief inhoudelijk vlak wordt de werklast specifiek belast door de veel grotere proportie aan psychische problematiek in vergelijking met andere patiëntenpopulaties, de moeilijke communicatie waardoor vaak een beroep moet worden gedaan op een tolk, wat vaak echter niet goed lukt, en de emotionele belasting. Een differentiatie in de tarifiering per huisarts zou overwogen kunnen worden gezien de grote variatie in contactfrequentie, contactduur en de inhoud van de contacten tussen de typen centra, afhankelijk van de asielzoekerpopulatie in deze centra en van de wijze waarop de huisartsenzorg georganiseerd is. De knelpunten die wegen op de emotionele belasting hebben veelal te maken met complexe zorgvragen, het omgaan met claimende vragen, het oneigenlijk ingezet worden in juridische kwesties, en problemen in de communicatie met als gevolg te weinig tijd om op de hulpvraag in te gaan.

Toekomst

De achtergronden van asielzoekers, het langdurige verblijf in de centra, het leefklimaat in de asielzoekerscentra en het verscherpte toelatingsbeleid hebben invloed op de omstandigheden waaronder huisartsen en MOA praktijkverpleegkundigen hun werk in de centra moeten uitvoeren. Al deze factoren hebben immers ook invloed op de gezondheid en welbevinden van asielzoekers. Huisartsen en praktijkverpleegkundigen worden in toenemende mate geconfronteerd met wanhopige asielzoekers die de huisarts (al dan niet op advies van de rechtshulp) als laatste strohalm zien voor hun uitzichtloze situatie en daardoor verwachtingen hebben waaraan een hulpverlener niet kan voldoen. Het is koffiedik kijken wat de inkrimping van het aantal asielzoekers voor gevolgen met zich meebrengt voor de huisartsenzorg. Daarnaast kunnen zij tot gevolg hebben dat de werklast per asielzoeker toeneemt omdat het aantal getraumatiseerde asielzoekers op het totaal toeneemt. Hierbij wordt ook de huisarts in toenemende mate geconfronteerd en dit vraagt beleid inzake de rol en positie van de huisarts in deze problematiek.

Mede gezien het bovenstaande verdient een periodieke meting van de werklast de voorkeur. Er doen zich bijvoorbeeld veranderingen voor in de zorgstructuur, de populatie asielzoekers en het aantal asielzoekers en huisartsen, factoren die tevens een verandering in de werklast voor de huisarts als gevolg kunnen hebben. Mede omdat er veel verandert in de zorg aan asielzoekers en het beleid eromheen is een goede informatieoverdracht aan de huisartsen belangrijk. Voor wat betreft de inhoud van de scholing kan worden geadviseerd om in te spelen op de aanwezige knelpunten in de huisartsenzorg aan asielzoekers.

Volgens GGZ Nederland zijn er voldoende behandelplaatsen voor asielzoekers ingekocht door Zorgverzekeraar VGZ. Onder de huisartsen en praktijkverpleegkundigen leven hierover andere ideeën. Het is aan te bevelen om na te gaan waar deze discrepantie vandaan komt.

Om een compleet beeld te krijgen van de werklust van de huisarts in de zorg aan asielzoekers is het aan te bevelen om kwantitatief onderzoek aan te vullen met kwalitatief onderzoek. Voor sommige asielzoekers is het systeem huisartsenzorg volstrekt onbekend. Het is daarom zinvol om vanuit het perspectief van de asielzoeker te onderzoeken wat hun verwachtingspatroon is van de huisarts. Tevens kan inzicht worden verkregen in de kwaliteit van de zorg vanuit het perspectief van de asielzoeker. In samenwerking met de Vrije Universiteit Amsterdam voert het NIVEL een onderzoek uit naar morbiditeit en het daaraan gekoppelde zorggebruik onder asielzoekers en vluchtelingen.

Tenslotte is het aan te bevelen of ervaringen die zijn opgedaan met de huisartsenzorg aan asielzoekers ook bruikbaar zijn voor de multiculturalisatie van de huisartsenzorg.

1 Inleiding

1.1 Inleiding

Vluchten vanwege geweld is al zo oud als de mensheid (Spijkerboer, 1995). Nederland kent een lange traditie in de opvang van dergelijke vluchtelingen (Bloemen, 1997). Een vluchteling wordt sinds het Vluchtelingenverdrag van de Verenigde Naties uit 1951 gedefinieerd als: *“een persoon, die uit gegronde vrees voor vervolging wegens ras, godsdienst, nationaliteit, of het behoren tot een bepaalde sociale groep of politieke overtuiging zich buiten het land bevindt waarvan hij de nationaliteit bezit, en die de bescherming niet kan of uit hoofde van bedoelde vrees niet wil inroepen”*. Een asielzoeker is een persoon die vanwege deze vrees om bescherming en verblijf vraagt en die zich beroept op dit Vluchtelingenverdrag (Bloemen, 1997). Het aantal asielzoekers dat jaarlijks ons land binnenkomt is sinds het begin van de negentiger jaren sterk toegenomen (NRV, 1994/CBS 2001). Was de instroom in 1989 nog zo'n 14.000 wordt in 1994 een maximum bereikt van ruim 52.000 asielzoekers (Croes, 1995). In 1995 is als gevolg van een aantal instroombeperkende maatregelen een daling ingezet (Nicolaas, 1995). En in 2001 is het aantal nieuwe asielaanvragen opnieuw sterk gedaald van 43.895 in 2000 naar 32.579 (IND, 2001). De bezetting van het totaal aantal asielzoekers in de centrale opvang bedroeg in april 2002 82.436 (LAS, 2002).

Hoewel deze instroom- en bezettingscijfers zich niet direct laten vertalen in benodigde opvangcapaciteit (daarvoor is ook de tijdsduur van de asielprocedure van belang) is het duidelijk dat één en ander consequenties heeft voor de opvang. De opvang van asielzoekers heeft de afgelopen jaren een aantal wijzigingen ondergaan. Op dit moment komen asielzoekers eerst in één van de vier aanmeldcentra (AC) terecht, waar zij asiel kunnen aanvragen. Hier wordt binnen 48 uur beoordeeld of een asielzoeker kans maakt op een verblijfsstatus. Bij een negatieve beoordeling krijgt men een aanzegging het land onmiddellijk te verlaten. Asielzoekers met een positieve beoordeling stromen voor een belangrijk deel door naar centrale opvangcentra: in eerste instantie naar een Onderzoeks- en opvangcentrum (OC) waar zij maximaal vijf maanden verblijven. In Nederland zijn ongeveer 16 OC's (OC's houden in de toekomst op te bestaan en worden samengevoegd met de AZC's). In een OC wordt het verhaal van een asielzoeker opgetekend door een ambtenaar van de Immigratie en Naturalisatiedienst (IND). Na een verblijf van maximaal vijf maanden (in de praktijk wordt dit soms langer) en als de beoordeling van het asielverzoek heeft plaatsgevonden, verhuizen de asielzoekers weer naar een ander soort centrum: het asielzoekerscentrum (AZC) of naar een Aanvullend Opvangcentrum (AVO). Omdat de asielzoekerscentra in hun totaliteit onvoldoende opvangplaatsen boden voor de in Nederland verblijvende asielzoekers is gekeken naar aanvullende locaties waar asielzoekers zouden kunnen verblijven (de AVO's), zoals leegstaande hotels of kampeerboerderijen. Asielzoekerscentra hebben een grotere capaciteit dan AVO's. In de AZC's en AVO's wordt de definitieve beslissing afgewacht, en bij een positieve beoordeling verblijven asielzoekers daar totdat voor hen een woning in een gemeente beschikbaar komt (Bloemen, 1997). Het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) is verantwoordelijk voor de opvang van asielzoekers in deze centra (Croes, 1995).

Tot 2000 werd de medische opvang ook door het COA uitgevoerd. Per 1 januari 2000 heeft het COA de zorg ingekocht bij de GGD'en, maar blijft eindverantwoordelijk. Met de GGD'en heeft het COA de medische opvang geregeld. Het gaat daarbij om gebruikelijke GGD-taken als preventie, infectieziektebestrijding en GVO. De curatieve medische zorg hoort nadrukkelijk niet bij de GGD.

Voor de curatieve medische zorg dienen asielzoekers een beroep te doen op het reguliere circuit, zoals huisartsen, RIAGG's, tandartsen etc. Hulpverleners uit het reguliere circuit zijn gecontracteerd door Zorgverzekeraar VGZ voor het verlenen van zorg aan asielzoekers. De huisartsenzorg aan asielzoekers neemt in dit rapport een centrale plaats in.

Primair richt dit onderzoek zich op de werklast van de huisarts in de zorg aan asielzoekers. De definitie van werklast die in dit rapport gehanteerd wordt is als volgt: "de objectieve werklast die bepaald wordt door de frequentie, duur en inhoud van de contacten in combinatie met de ervaren werklast door de huisarts."

Om inzicht te krijgen in het verloop van de huisartsenzorg aan asielzoekers en in de toegeleiding van patiënten naar de huisarts en andere hulpverleners wordt in paragraaf 1.2 ingegaan op de organisatie van de medische zorg aan asielzoekers zoals die theoretisch is vastgelegd. Het onderzoek sluit aan op een door het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) in eind 1999 en begin 2000 uitgevoerde pilotstudie onder 11 centra voor asielopvang die verspreid in Nederland zijn gelegen (De Bakker et al, 2000). Om de lezer enig inzicht te geven in de achtergronden van de pilotstudie wordt in paragraaf 1.3 een samenvatting gegeven van de pilotstudie alvorens verder ingegaan wordt op de huidige studie. In paragraaf 1.4 wordt ingegaan op de aanleiding en doel van het onderzoek 'Monitoring huisartsenzorg aan asielzoekers' en worden de vraagstellingen van het onderzoek uitgewerkt. De toepassing van de resultaten wordt in paragraaf 1.5 beschreven. Ten slotte wordt in paragraaf 1.6 uitgelegd hoe het rapport is opgebouwd.

1.2 De organisatie van de Medische zorg aan asielzoekers

Gedurende de procedure hebben asielzoekers toegang tot een pakket van zorgvoorzieningen dat, op enkele uitzonderingen na, overeenkomt met het Nederlandse 'basis ziekenfondspakket' en het AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)-pakket. Daarvoor zijn zij door middel van de Ziektekosten Regeling Asielzoekers (ZRA) verzekerd. Het ministerie van justitie financiert de ZRA volledig. De Nederlandse staat heeft als het ware een regeling getroffen ter dekking van de ziektekosten, ter vervanging van de Ziekenfondswet en de AWBZ. Deze regeling is van toepassing op asielzoekers en statushouders voor zover zij vallen onder verantwoordelijkheid van het COA c.q. op die vreemdelingen die in de Regeling Verstrekkingen Asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen (RVA) worden genoemd. De Zorgverzekeraar die de ZRA uitvoert is VGZ/ZRA. Deze verzekeraar heeft met de belangrijkste zorgaanbieders waar asielzoekers gebruik van maken afspraken gemaakt welke zorg aan asielzoekers wordt geleverd en onder welke voorwaarden. VGZ/ZRA heeft bijvoorbeeld convenanten gesloten met de LHV (huisartsenzorg), de LVT (thuiszorg) en GGZ-Nederland (de geestelijke gezondheidszorg). VGZ sluit ook contracten met individuele zorgverleners en instellingen. Dat betekent in theorie dat het volgende principe kan worden gehanteerd: een asielzoeker met een verzekeringsbewijs van VGZ/ZRA kan zich wenden tot

een hulpverlener uit een van de categorieën van de lijst (hoofd)verstrekkingen ZRA. Echter een ZRA-verzekerde kan zich alleen wenden tot een hulpverlener die formeel declaratierecht heeft bij VGZ/ZRA of gecontracteerd is door VGZ/ZRA. Indien de asielzoeker zich wendt tot een hulpverlener die voldoet aan de bovengenoemde voorwaarden, dient de hulp te worden verleend en wordt de rekening betaald door VGZ/ZRA (VGZ, 2002).

Aanvullend op de reguliere zorg, is er de medische opvang van asielzoekers in de centra, uitgevoerd door de GGD'en. Het zelfstandig bestuursorgaan COA financiert de kosten die de GGD'en maken voor de organisatie en uitvoering van de medische opvang in centra. Het ministerie van VWS (Volksgezondheid Welzijn en Sport) ziet toe op de kwaliteit en toegankelijkheid van de hele medische zorg (reguliere zorg en medische opvang) voor asielzoekers, daarbij ondersteund door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Regionale Inspectie (Ministerie van VWS/01/21/LW, 2001).

Bij het openen van een COA-centrum (Centrum dat wordt opgericht door het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers voor de opvang van asielzoekers) zal het zorgnetwerk rondom het centrum vormgegeven moeten worden. VGZ heeft samen met de GGD'en hierin een coördinerende rol. Hiertoe wordt door de GGD'en een voorbereidingsprocedure (protocol) gehanteerd, waarin afstemmingsprocessen benoemd staan. VGZ/ZRA heeft in opdracht van het COA de inkoop van curatieve medische zorg ten behoeve van asielzoekers geregeld.

1.2.1 De rol van de GGD'en bij de zorg aan asielzoekers

De verantwoordelijkheid voor de (MOA) Medische Opvang Asielzoekers is per januari 2000 van het COA overgedragen naar regionaal samenwerkende GGD'n. De GGD'en hebben daartoe zeven regionale MOA-stichtingen opgericht die de werkzaamheden uitvoeren zoals dat met het COA landelijk is overeengekomen. Iedere MOA-stichting heeft een eigen verantwoordelijkheid om samen met de participerende GGD'en de afspraken over de preventieve zorg en toeleiding naar de curatieve zorg vorm te geven. Op een aantal punten is het wenselijk om daar landelijke afspraken over te maken teneinde:

- asielzoekers dezelfde soort een kwaliteit zorg te geven;
- iedere specifieke deskundigheid te benutten en zo de kwaliteit van de zorg te verhogen;
- het COA inzicht te geven in de inhoud van de MOA.

Om deze reden heeft de Bestuurscommissie MOA van GGD Nederland het Landelijk Service Bureau MOA (LSB) opdracht gegeven waar nodig en waar mogelijk protocollen te ontwikkelen voor de MOA.

Figuur 1.1 Verdeling van de zeven MOA-stichtingen in Nederland



Per regio is er één regiomanager aangesteld die alle clusters in die regio aanstuurt. Daarnaast zijn er clustermanagers, (ook wel teamcoördinatoren genoemd in bepaalde regio's) die een aantal centra binnen een cluster aansturen. De clustermanager ressorteert hiërarchisch onder de regiomanager. De functionaris geeft hiërarchisch leiding aan Locatiecoördinatoren en/ of medewerkers binnen het cluster. In totaal zijn er 44 clustermanagers werkzaam binnen de gehele MOA-organisatie. Onder de verantwoordelijkheid van de clustermanager valt het realiseren en geven van integrale leiding en sturing aan de uitvoering van de medische opvang van asielzoekers binnen het cluster en het leveren van een bijdrage aan de ontwikkeling van deze opvang. Bij de MOA op een centrum werken artsen en verpleegkundigen te weten, sociaal geneeskundigen, JGZ- geneeskundigen (Jeugd Gezondheidszorg), sociaal verpleegkundigen, JGZ verpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen, GVO-verpleegkundigen en administratiemedewerkers. Van de hulpverleners van de MOA wordt in dit rapport hoofdzakelijk ingegaan op taken en het werk van de praktijkverpleegkundigen, omdat deze groep hulpverleners in de zorg aan asielzoekers nauw samenwerkt met de huisarts.

Doel van de functie van praktijkverpleegkundige

Het fungeren als aanspreekpunt voor de asielzoeker met gezondheidsklachten. Het begeleiden, verstrekken van informatie, toegeleiden naar de huisarts of andere zorgverleners en het coördineren van zorg aan een asielzoeker.

Organisatorische positie

De praktijkverpleegkundige ressorteert hiërarchisch onder de direct leidinggevende. De functionaris ontvangt aanwijzingen van de huisarts voor wat betreft de toegeleiding naar de huisarts. De praktijkverpleegkundige draagt een eigen professionele verantwoordelijkheid met betrekking tot de uitoefening van het vak. De werkzaamheden worden, daar waar van toepassing, ondersteund door protocollen die de algemene kaders weergeven. In de functie- en taakomschrijving van de praktijkverpleegkundige zijn de taken verdeeld over drie clusters:

Toegeleiding van asielzoekers naar de reguliere zorg:

- het houden van een inloopspreekuur;
- het verhelderen, verduidelijken en inschatten van de hulpvraag en het afsplitsen van zelfzorgvragen;
- het ondersteunen van asielzoekers bij zelfzorg;
- het instrueren van de individuele asielzoeker over bezoek aan de reguliere zorgverlening;
- het verwijzen naar de reguliere zorg binnen GGD/MOA en de eerstelijns gezondheidszorg;
- het maken van werkafspraken met de huisarts en andere zorgverleners.

Coördinatie van zorg:

- het begeleiden van zwangere vrouwen (ook AMA's);
- het coördineren van zwangerenzorg;
- het uitvoeren van taken met betrekking tot casemanagement;
- het fungeren als aanspreekpunt voor reguliere zorgverleners;
- het verrichten van EHBO activiteiten.

GVO activiteiten:

- het geven van individuele voorlichting, dan wel verwijzen naar groepsvoorlichting;
- het geven van voorlichting bij zwangerschap en bevalling.

Daarnaast zijn er nog werkzaamheden die niet direct bij één van de hierboven genoemde clusters zijn onder te verdelen, zoals:

- het bijhouden van ontwikkelingen in het vakgebied;
- het deelnemen aan vak overleg en het volgen van bij- en nascholing;
- het bijdragen aan de totstandkoming van draaiboeken/werkprotocollen;
- het overdragen van relevante kennis en informatie vanuit de professionele verantwoordelijkheden aan de organisatie en/of externe partijen ten behoeve van kwaliteitsontwikkeling en de daaraan gekoppelde bedrijfsvoering;
- het voeren van overleg met eerste- en tweedelijns zorg (GGD Nederland, 2002).¹

Op deze manier sluiten de taken zo veel mogelijk aan bij de zorg zoals die regulier gegeven wordt in Nederland. De mate waarin de beschreven taken uitgevoerd worden is afhankelijk van de opvangmodaliteit en de omvang hiervan. In de (SLA) Service Level Agreements staat beschreven welke taken de (praktijk)verpleegkundige voor welke opvangmodaliteit in welke omvang uitvoert (LSB-GGD Nederland, 2002).

Met de overgang van de medische opvang naar de MOA-stichtingen is de scheidslijn tussen preventieve en curatieve zorg scherp neergezet (GGD Nederland, 2001). Volgens de wet is de kerntaak van de GGD'en het verzorgen van eerste opvang van asielzoekers. Het gaat daarbij om gebruikelijke GGD-taken als preventie, infectieziektebestrijding en GVO. Daarnaast voeren de GGD'en een aantal extra taken uit: de medische intake bij binnenkomst en toegeleiding naar eerstelijnszorgvoorzieningen. De curatieve medische zorg hoort nadrukkelijk niet bij de GGD. In de toelichting bij de wet staat vermeld dat het reguliere zorgsysteem de medische opvang moet uitvoeren (Schijndel, 2000). Dit betekent dat asielzoekers voor de curatieve medische zorg op huisartsen, tandartsen, specialisten en RIAGG's zijn aangewezen die dus ook de zorg voor reguliere patiënten dragen. Daarnaast is er een klein aantal huisartsen die

¹ Met betrokken instellingen is overleg gaande om het beleid inzake de zorg aan asielzoekers bij te stellen

alleen zorg dragen voor asielzoekers, zij houden het spreekuur per definitie in het centrum voor asielopvang.

1.2.2 *De huisartsenzorg*

De huisartsenzorg in de asielzoekerscentra dient dus zoveel mogelijk door reguliere huisartsen te worden verleend. Asielzoekers zullen daarom op de gebruikelijke wijze huisartsenzorg ontvangen vanuit de praktijk van de huisarts, maar het kan ook zo zijn dat de huisarts spreekuur houdt in het asielzoekerscentrum en dat asielzoekers alleen in urgente gevallen of voor speciale behandelingen naar de huisartsenpraktijk gaan.

In het verleden deden zich wel eens knelpunten voor bij de contractering van huisartsen als er een centrum geopend werd (LHV, 1996). Omdat de oprichting van een OC of AZC veelal in een zekere beslotenheid plaatsvond werden huisartsen soms op korte termijn geconfronteerd met verzoeken tot hulp aan asielzoekers, terwijl zij hiervoor onvoldoende mogelijkheden hadden en onvoldoende ondersteund werden (LHV, 1996). De samenwerking met de asielzoekerscentra verliep nogal eens problematisch. Soms ging de Medische opvang zich met curatieve zorg bezighouden, waarover zij onvoldoende was toegerust (NRV, 1994). Bovendien deden zich capaciteitsproblemen voor als bijvoorbeeld in kleine plaatsen plotseling een groot asielzoekerscentrum werd geopend. In de rapportage van de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg werd de huisartsenzorg aan asielzoekers als één van de knelpunten benoemd.

Om voor deze problemen een structurele oplossing te bieden is een convenant gesloten. In 1997 tekenden Zorgverzekeraar Zilveren Kruis en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) een convenant waarin de afspraken rondom de huisartsenzorg voor asielzoekers zijn vastgelegd. Per 1 januari 1998 heeft Zorgverzekeraar VGZ de verplichtingen omtrent de zorg aan asielzoekers van Zorgverzekeraar Zilveren Kruis overgenomen en blijven de afspraken zoals opgenomen in het convenant tussen Zorgverzekeraar Zilveren Kruis en de LHV geldig. Zorgverzekeraar VGZ verzorgt sinds 1 januari 1998 de ziektekostenverzekering (die plaatsvindt op grond van een privaatrechtelijke overeenkomst tussen Zorgverzekeraar VGZ en het ministerie van Justitie) voor asielzoekers in de centrale opvang. VGZ heeft hiertoe een aparte merknaam ingevoerd, te weten ZRA, Ziektekostenregeling Asielzoekers.

Huisartsen worden sindsdien door VGZ/ZRA gecontracteerd voor het verlenen van huisartsenzorg aan asielzoekers. De LHV en DHV (Districts Huisartsen Vereniging) zijn volgens het convenant verplicht de contractering van de huisartsenzorg te faciliteren. Indien er nieuwe huisartsen gecontracteerd moeten worden voor een nieuw te openen centrum of ter vervanging van een huisarts die voorheen de zorg voor asielzoekers op zich nam, worden huisartsgroepen of huisartsen benaderd. Huisartsen(groepen) dienen, als zij een verzoek krijgen om de huisartsenzorg voor asielzoekers in hun werkgebied (gedeeltelijk) op zich te nemen, de mogelijkheden daartoe serieus te overwegen. De enige reden waarom huisartsen kunnen weigeren om de zorg voor asielzoekers op zich te nemen is als zij geen ruimte hebben in hun praktijk om meer patiënten op te nemen. Indien een huisarts geen mogelijkheden heeft om zorg te verlenen aan asielzoekers zoekt de LHV met VGZ naar een andere oplossing.

In het convenant zijn een aantal afspraken gemaakt (LHV/VGZ, 1997). In dit verband zijn vooral de volgende van belang:

- huisartsenzorg aan asielzoekers vindt in principe plaats vanuit de praktijk van de huisarts; lokaal kan echter tussen COA, VGZ en huisartsen(groep) overeen worden gekomen dat de huisarts spreekuur houdt op het centrum;
- een praktijkverpleegkundige die tijdens kantooruren de toegeleiding verzorgt is noodzakelijk ter voorbereiding op het contact met de huisarts, zoals dat overigens ook geldt voor andere curatieve hulpverleners als verloskundigen, tandarts en fysiotherapeut. De huisarts stuurt de praktijkverpleegkundige inhoudelijk aan, voert werkoverleg en maakt werkafspraken;
- voldoende beschikbaarheid van GVO en psychosociale zorg is vereist, omdat de intensiteit waarin dit voor asielzoekers nodig is de mogelijkheden van de huisarts overstijgt;
- gebruik van een gecombineerd medisch dossier verdient de voorkeur; zowel de preventieve als de curatieve zorgverleners maken gebruik van één medisch dossier. Meestal zal het gaan om een papieren dossier dat in het centrum aanwezig is en 'meereist' met de asielzoeker bij een contact met de huisarts;

Asielzoekers zullen op de gebruikelijke wijze huisartsenzorg ontvangen vanuit de praktijk van de huisarts (Convenant, 1997). Daarnaast kunnen COA, VGZ en huisartsgroep overeen komen dat de huisarts spreekuur houdt in het centrum. De huisarts heeft tot taak de toegeleidingsfunctie voor zover deze betrekking heeft op de huisartsgeneeskundige zorg inhoudelijk aan te sturen door het voeren van werkoverleg en het maken van werkafspraken met de praktijkverpleegkundige. Bij de overgang van OC naar AZC is voor iedere asielzoeker een medisch dossier aangemaakt waarin is opgenomen een gestandaardiseerde anamnese, een probleemlijst en een op basis van de screening opgemaakte 'preventie status' (TBC, SOA, etc). De huisarts krijgt ook een kopie van dit dossier.

Financiering van de huisartsenzorg vindt plaats onder een particulier regime. De honorering geschiedt echter niet per consult, zoals dat bij particulier verzekerden gebruikelijk is, maar volgens een abonnementssysteem. Het afgesproken tarief is ongeveer 2,5 keer het geldende ziekenfondstarief op basis van een per centrum overeen te komen capaciteit en grondslag. Omdat de ervaring destijds leerde dat asielzoekers een aanzienlijk grotere werklast met zich meebrachten dan de gemiddelde ziekenfondsverzekerde.

1.2.3 *Doktersassistentie*

De praktijkverpleegkundige van de MOA heeft een coördinerende taak ten aanzien van de zorg voor asielzoekers. De praktijkverpleegkundige voert in principe geen dokterassistentie-taken uit omdat in de inkoop van de doktersassistentie-taken in het contract van de MOA en het COA niet was voorzien. In het convenant van de LHV en Zorgverzekeraar VGZ wordt daarentegen vanuit gegaan dat de inkoop van doktersassistentie-taken voor huisartsen die spreekuur houden op het centrum is geregeld. Het convenant van VGZ/LHV enerzijds en het contract MOA/COA stemde op dit punt dus niet met elkaar overeen. Hierover heeft overleg plaatsgevonden tussen de betrokken partijen. Er is inmiddels overeenstemming bereikt tussen VGZ en COA, welke doktersassistentie-taken alsnog ingekocht dienen te worden bij GGD Nederland. GGD Nederland en het COA zijn nu in bespreking over de wijze waarop deze taken alsnog door de MOA kunnen worden uitgevoerd en welke aanvullende financiering dit vergt. GGD Nederland heeft een onderzoek laten uitvoeren (november 2002) over de werklast voor de MOA in de uitvoering van deze taken om op basis van de verzamelde data met het COA tot afspraken te komen. Het gaat daarbij om de volgende taken:

- uitvoeren van een visustest;
- urine-onderzoek zoals nephurtest en/of sediment;
- Hemoglobine-meting;
- glucose-meting;
- uitvoeren van een zwangerschapstest;
- doen van wondverzorging;
- uitspuiten van oren;
- voorbereiden van en assisteren bij het inbrengen van spiraaltjes;
- uitvoeren griepvaccinatie
- beoordelen of er voor iemand een tolk nodig is op het huisartsenspreekuur;
- nakijken van benodigd instrumentarium;
- behandelen van herhaalreceptuur.

Het meten van de pols, bloeddruk en temperatuur zijn niet opgenomen in het rijtje van taken, omdat deze taken onder de toegeleidingstaken vallen.

1.2.4 Geestelijke gezondheidszorg aan asielzoekers

Op 3 september 1999 is het convenant 'GGZ-aanbod Asielzoekers' ondertekend door GGZ Nederland en Zorgverzekeraar VGZ. Bij het ondertekenen van het convenant, heeft Zorgverzekeraar VGZ de taak op zich genomen om te streven naar de inkoop van een transparant, flexibel en integraal landelijk dekkend GGZ-aanbod voor asielzoekers. GGZ-Nederland neemt bij het ondertekenen van het convenant de maatschappelijke verantwoordelijkheid van haar lid-instellingen op zich ten aanzien van de doelgroep 'asielzoekers'. Randvoorwaarden die (deels) buiten de macht van partijen liggen maar die noodzakelijk zijn voor het realiseren van gewenste zorgaanbod zijn:

- een toegankelijk en adequaat uitgevoerd eerstelijns hulpaanbod;
- de beschikbaarheid van voldoende kwalitatief goed uitgeruste tolkdiensten;
- een overplaatsingsbeleid dat continuïteit van zorg mogelijk maakt;
- volledige en actuele informatie over statusverlening en actuele landelijke beleidsinformatie;
- de beschikbaarheid van financiële middelen.

Bij het maken van productieafspraken wordt rekening gehouden met regionale omstandigheden, de feitelijke aanwezigheid van asielzoekers in de regio, het zorgaanbod en de concentratie van GGZ-problematiek bij asielzoekers in de regio. Daarnaast zijn er twee landelijke voorzieningen voor de gespecialiseerde behandeling van getraumatiseerde asielzoekers en vluchtelingen: Centrum '45/unit de Vonk met 34 plaatsen en de Gelderse Roos/afdeling Phoenix met 32 plaatsen. De MOA heeft een belangrijke taak in de toegeleiding van asielzoekers naar de GGZ. Een GGZ-instelling wordt tijdig geïnformeerd over de opening of sluiting van een centrum door VGZ, welke de GGZ coördinatie financiert. Kosten bij het openen van een centrum zijn bijvoorbeeld: noodzakelijke investeringen, werven van personeel, deskundigheidsbevordering, inwerken en leegloopkosten. Bij kosten na het sluiten van een centrum kan gedacht worden aan: tijdsinvestering voor een goede overdracht, afronding van de behandeling, personeelkosten, leegloop en afvloeiing, consultatie aan derden, etc. Deze kosten worden in principe opgevangen door het maken van productieafspraken in een samenwerkingsverband (Convenant VGZ-GGZ Nederland, 3 september 1999).

1.3 Samenvatting van de pilotstudie huisartsenzorg aan asielzoekers

Vooruitlopend op de monitoring “huisartsenzorg aan asielzoekers” is een pilot-onderzoek gehouden in 11 centra voor asielopvang die verspreid over Nederland zijn gelegen (De Bakker et al, 2000). Centrale vraag daarin was op welke wijze een monitoring-systeem zou kunnen worden opgezet om de huisartsenzorg aan asielzoekers te monitoren, waarmee de volgende aspecten zouden kunnen worden gemonitord:

- de aard van de gezondheidsproblemen die asielzoekers aan huisartsen presenteren;
- de patiëntgebonden werklast die asielzoekers voor de huisarts met zich meebrengen;
- de niet-patiëntgebonden werklast (overleg, scholing, administratie en dergelijke);
- de organisatie van de huisartsenzorg in relatie tot de medische opvang in de centra (rol toegeleiding en dergelijke);
- ervaren knelpunten.

Conclusie was dat monitoring door middel van een papieren contactregistratie aangevuld met schriftelijke enquêtes de meest voor de hand liggende methode was om de monitoring op te baseren.

Daarnaast leverde het pilot-onderzoek ook al een aantal voorlopige inhoudelijke conclusies met betrekking tot bovengenoemde punten die mede richtinggevend zijn voor de opzet van de monitoring:

- ad 1 Wat betreft de aard van de problematiek werd in overeenstemming met eerder onderzoek geconstateerd dat asielzoekers veel klachten met betrekking tot het maag-darmkanaal presenteren. Belangrijker nog is dat werd geconstateerd dat psychische en sociale problemen gerelateerd aan de mate van voorkomen bij asielzoekers, relatief weinig aan de orde komen in de huisarts praktijk. Voor de monitoring roept dit de vraag op in hoeverre deze problematiek adequaat elders wordt opgevangen, bijvoorbeeld door de MOA zelf of via verwijzingen naar de GGZ.
- ad 2 Extra patiëntgebonden werklast uit zich niet zozeer in de contactfrequentie die niet veel afwijkt van de gemiddelde ziekenfondsverzekerde, maar wel in een relatief lange contactduur wat waarschijnlijk samenhangt met de vaak moeizame communicatie. Er blijken in dit opzicht omvangrijke variaties tussen centra wat voor de monitoring de vraag oproept hoe deze kunnen worden verklaard.
- ad 3 De niet-patiëntgebonden werklast in de zin van de tijd benodigd voor overleg met de centra of specifieke scholing ten behoeve van zorg voor asielzoekers bleek op basis van de interviews niet omvangrijk te zijn; overigens roept dit de vraag op of huisartsen wel voldoende tijd in samenwerking en scholing steken gezien de specifieke behoeften van asielzoekers. Met andere woorden: is de huidige werklast wel op het vereiste niveau?
- ad 4 Het pilot-onderzoek dat in een beperkt aantal centra is uitgevoerd liet zien dat er grote variatie is in de wijze van organisatie van de huisartsenzorg in relatie tot de medische opvang in de centra zelf. De contactregistratie onder praktijkverpleegkundigen die de toegeleiding van asielzoekers naar de huisarts doen (in rapport van de pilot-studie

benoemd als toegeleidingsfunctionarissen) liet grote verschillen in contactfrequentie tussen centra zien en ook grote variatie in de mate waarin contacten door de praktijkverpleegkundigen worden afgehandeld.

- ad 5 Communicatieproblemen ten gevolge van taalbarrières vormen een, niet onverwacht, knelpunt. In lang niet alle gevallen waar dat nodig geacht wordt, wordt gebruik gemaakt van een tolk. In een minderheid van de gevallen gaat het daarbij om professionele tolken. De vraag is in hoeverre dat consequenties heeft voor de inhoud van de hulpverlening.

1.4 Aanleiding en uitwerking van de vraagstellingen

Geobjectiveerde informatie over de huidige werklast van de huisarts per asielzoeker ontbreekt echter. In het verleden bestond de indruk dat deze hoog is. Het COA heeft gegevens over contactfrequenties per centrum per jaar op basis van jaarlijkse inventarisaties waaraan overigens niet alle centra meewerkten (de contactfrequenties werden afgeleid uit de afsprakenboeken wat er niet toe hoeft te leiden dat de afspraak ook daadwerkelijk heeft plaatsgevonden). Zo lag de gemiddelde contactfrequentie met de huisarts binnen kantooruren in 1998 op 3,27 tegen 3,09 in 1997. Buiten kantooruren kwam daar nog eens respectievelijk 0,24 en 0,32 bij. Over de betrouwbaarheid van deze gegevens is weinig bekend.

Asielzoekers presenteren vaak psychische klachten, in de vorm van specifieke lichamelijke klachten als moeheid, slechte eetlust, hoofdpijn, maagklachten, buikkrampen en rugpijn (Wielink et al. 1991; Bloemen & Van der Laan, 1998). Tenslotte is er bij asielzoekers in belangrijke mate sprake van sociale klachten die samenhangen met de asielprocedure en met hun verblijf in een opvangcentrum (Den Brok, 1997).

De zorgvraag van asielzoekers bleek dus relatief groot en hun problemen zijn divers. Verdere complicaties bij de zorg aan asielzoekers zijn een eventuele gebrekkige communicatie door taal- en cultuurverschillen en culturele verschillen in beleving van ziekte en gezondheid en ten aanzien van de status en taken van de arts.

Het pilot-onderzoek heeft nieuwe vragen opgeroepen. Een eerste vraag richt zich op de onderlinge verbanden structuur, proces en uitkomst: "welke consequenties heeft de organisatiewijze voor de werklast?" De volgende drie, beschrijvende, vragen dienen dus geanalyseerd te worden:

- 1 *'Hoe ziet de structuur van de zorg eruit in termen van de kenmerken van het asielzoekerscentrum, de daarvoor gecontracteerde huisartsen en hun onderlinge samenwerking?'*
- 2 *'Hoe verloopt het proces van hulpverlening aan asielzoekers van het moment van ontstaan van de hulpvraag tot aan de afhandeling?'*
- 3 *'Wat is de 'uitkomst' van dit proces in termen van de werklast voor de huisarts c.q. de hoeveelheid geboden zorg?'*

Als deze gegevens bekend zijn is het bijvoorbeeld mogelijk om na te gaan in hoeverre de werklust van de huisarts (uitkomst) wordt bepaald door de werkwijze van de praktijkverpleegkundigen (proces) en deze op hun beurt weer door de aard van de samenwerking (structuur). De variabelen die in het onderzoek gemonitord zijn voor de beantwoording van de onderzoeksvragen worden weergegeven in schema 1.1. Het schema is als volgt te lezen: met uitkomst wordt in dit geval bedoeld de totale werklust van de huisarts in de zorg aan asielzoekers. Belangrijke determinanten die de werklust bepalen zijn: contactfrequentie, duur van de contacten, subjectieve werklust, extra patiëntgebonden werktijd, niet-patiëntgebonden werktijd en knelpunten.

Schema 1.1 Te monitoren variabelen

	rubriek	variabelen
structuur	kenmerken asielzoekerscentrum	<ul style="list-style-type: none"> - type centrum - capaciteit centrum - samenstelling centrum - personele capaciteit
	kenmerken huisartsen	<ul style="list-style-type: none"> - aantal huisartsen - praktijkomvang ('normale' praktijk) - specifieke scholing
	kenmerken samenwerking centrum/huisartsen	<ul style="list-style-type: none"> - huisarts in centrum vs praktijk - huisarts in Hagro vs huisarts in loondienst - afspraken over toegeleiding - afspraken over beschikbaarheid huisartsen - overleg
proces	kenmerken hulpvrager	<ul style="list-style-type: none"> - land van herkomst hulpvrager - voorgeschiedenis (leeftijd en geslacht)
	contacten asielzoekers in centrum	<ul style="list-style-type: none"> - hulpverlener - contactredenen - duur contact - tolk nodig/gebruikt - verwijzing naar? - inhoud zorg (gesprek, advies, voorschrift e.d.)
	contacten asielzoekers met huisarts	<ul style="list-style-type: none"> - verwezen door? (praktijkverpleegkundige, sociaal geneeskundige of anders) - duur contact - tolk nodig/gebruikt - contactredenen - diagnose huisarts - verwijzing naar? - behandeling door de huisarts?

uitkomst	werklast voor huisarts c.q. hoeveelheid zorg	<ul style="list-style-type: none"> - contactfrequentie met asielzoekers - duur contacten - subjectieve werklast - extra patiëntgebonden werktijd - niet-patiëntgebonden tijd - knelpunten
----------	---	---

De twee volgende vragen voor het onderzoek hebben een verklarend karakter:

- 4 *'In hoeverre worden verschillen in werklast tussen huisartsen verklaard door kenmerken van structuur (kenmerken centra, huisartsen en onderlinge samenwerking) en proces (m.n. de mate waarin de praktijkverpleegkundige doorverwijst)?'*
- 5 *'In hoeverre worden verschillen in hoeveelheid geboden zorg verklaard door kenmerken van patiënten, de organisatie van de zorgverlening (b.v. specifieke scholing in zorg voor asielzoekers) en het proces van zorg (b.v. beschikbaarheid zorg)?'*

Tenslotte worden twee vragen gesteld waarin de zorg voor asielzoekers wordt vergeleken met referentiecategorieën. Deze vraag is van belang om een goed inzicht te krijgen in de werklast van de huisarts in de zorg voor asielzoekers in verhouding tot de zorg aan reguliere patiënten en niet-Westerse allochtonen.

- 6 *'In hoeverre verschilt de patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden werklast die asielzoekers voor huisartsen met zich meebrengen van die van reguliere ziekenfondsverzekerden?'*
- 7 *'In hoeverre verschilt de zorgvraag van asielzoekers van die van niet-Westerse allochtonen?'*

Zonder onderzoek bij patiënten is het niet mogelijk diepgaand inzicht te krijgen in eventuele on vervulde behoeften. Niettemin is door vergelijking met referentiegroepen die in bepaalde opzichten vergelijkbaar zijn (al is de situatie van asielzoekers natuurlijk uniek) een beeld te krijgen of nu gezien de aanwezige problematiek veel of weinig zorg wordt geboden. Van belang is hier in de eerste plaats dat op leeftijd en geslacht wordt gestandaardiseerd. Asielzoekers zijn immers vaker van het mannelijk geslacht en uit de middelste leeftijdsgroepen. Daarnaast dient gezocht te worden naar referentiepopulaties die op zoveel mogelijk kenmerken van belang voor het zorggebruik vergelijkbaar zijn. In dit geval wordt de groep niet-Westerse allochtonen als referentiegroep voor asielzoekers gebruikt.

1.5 Toepassingen van de resultaten

Het onderzoek is primair bedoeld om inzicht te krijgen in de werklast van de huisarts in de zorg aan asielzoekers. Daarnaast kan het onderzoek aanwijzingen opleveren hoe de huisartsenzorg voor asielzoekers in relatie tot de medische opvang in de centra kan worden verbeterd. Ook kan het onderzoek worden gebruikt om de medisch-curatieve zorg in nieuw te openen centra zo optimaal mogelijk vorm te geven. Het kan helpen aan huisartsen die

worden geconfronteerd met de vraag om zorg te leveren in asielzoekerscentra inzichtelijk te maken wat dat voor hen zal betekenen. In een breder maatschappelijk verband verschaft het inzicht in de wijze waarop de LHV, Zorgverzekeraar VGZ en het COA de medisch-curatieve opvang van asielzoekers hebben geregeld.

1.6 Opbouw van het rapport

De methode van het onderzoek staat centraal in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de zorg aan asielzoekers door praktijkverpleegkundigen. De huisartsenzorg aan asielzoekers staat centraal in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de werklast van de huisarts en de factoren die de werklast beïnvloeden. In het afsluitende hoofdstuk (hoofdstuk 6) worden de belangrijkste resultaten van dit onderzoek besproken.

2 Methode

2.1 Inleiding

Het onderzoek richt zich op de werklust van huisartsen die zorg verlenen aan asielzoekers. Hiervoor werd de zorgverlening aan asielzoekers en hun gepresenteerde gezondheidsklachten aan hulpverleners geregistreerd. Deze hulpverleners te weten huisartsen en praktijkverpleegkundigen van de MOA (Medische Opvang Asielzoekers) registreerden de contacten met asielzoekers op speciaal daarvoor ontwikkelde registratieformulieren. Daarnaast is het onderzoek gericht op het verkrijgen van een overzicht van de wijze waarop de medische zorg is georganiseerd. Hiervoor zijn enquêtes verzonden naar alle praktijkverpleegkundigen van de MOA en naar alle huisartsen (exclusief de huisartsen die alleen Avond-, Nacht- en Weekenddiensten (ANW) verzorgen voor asielzoekers) die zorg verlenen aan asielzoekers. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op:

- de steekproef van asielzoekerscentra en de betrokken huisartsen voor de registratie van contacten;
- de respondenten;
- de vergelijking van onderzoekgegevens met referentiegegevens;
- de registratieformulieren;
- de respons;
- de verzending van enquêtes;
- de codering en categorisering van gegevens;
- enquêtelijsten;
- de referentiegegevens;
- de verwerking van data.

2.2 Steekproef

2.2.1 *Bestaande asielzoekerscentra in Nederland*

Per 1 oktober 2001 waren er in Nederland 113 asielzoekerscentra (AZC's) met een totale capaciteit van 45.918 asielzoekers (gegevens COA). De gemiddelde capaciteit was 406 asielzoekers variërend tussen 150 (AZC Genemuiden) en 1315 (AZC Craïlo). Daarnaast waren er 121 Aanvullende Opvangcentra (AVO's) met een gezamenlijke capaciteit van 10.854 en gemiddeld 90 asielzoekers per AVO, variërend van 17 Nes, "appartementen boerderij De Jong" en 306 Den Haag, "SHAM". De op dat moment 15 Opvang- en onderzoekscentra (OC's) hadden een gezamenlijke capaciteit van 9620, gemiddeld 641 per centrum (425 Oisterwijk - 1000 Ede). Het onderzoek beperkt zich tot deze drie typen centra. Buiten het onderzoek blijven het vertrekcentrum Ter Apel (375 plaatsen voor het AZC en 25 vertrekplaatsen) en wachtlijst- en 3 kleine niet COA-locaties (locaties die niet beheerd worden door het COA maar waar wel asielzoekers verblijven).

2.2.2 *Inclusiecriteria van centra*

Het onderzoek is gericht op de huisartsenzorg aan asielzoekers waarbij de rol van de MOA een belangrijke plaats inneemt. Alle centra konden worden opgenomen in de steekproef als zij aan de hierna genoemde voorwaarden voldeden:

- minimaal een half jaar geleden gevestigd zijn;
- geen verwijdercentrum;
- geen wachtlijst en niet-COA-locaties;
- de regiomanager van de MOA acht de praktijkverpleegkundige(n) van het centrum geschikt en in de gelegenheid voor het verrichten van contactregistraties;
- de praktijkverpleegkundigen zijn bereid medewerking te verlenen;
- minimaal één van de gecontracteerde huisartsen voor het centrum is bereid contacten met asielzoekers te registreren.

Bij de keuze voor in het onderzoek op te nemen centra is gestreefd naar een spreiding van factoren die van invloed kunnen zijn op de werklust voor huisartsen en praktijkverpleegkundigen. Omdat er relatief weinig OC's zijn (september 2001,15), is er een stratificatie aangebracht naar type centrum om ervoor te zorgen dat er minimaal vijf OC's in de steekproef opgenomen zouden zijn. Omdat er in bepaalde regio's veel meer centra gevestigd zijn dan in andere regio's, is ook gestratificeerd naar regio. Na stratificatie zijn willekeurig 30 asielzoekerscentra geselecteerd van de lijst van bestaande centra die van het COA ontvangen is, met in totaal 249 locaties waar asielzoekers worden opgevangen.

2.2.3 *Respondenten*

Contactregistraties

Aan de huisartsen en praktijkverpleegkundigen van de MOA die werken voor één van de 30 geselecteerde asielzoekerscentra is gevraagd of zij contacten met asielzoekers zouden willen registreren (afhankelijk van de grootte van het centrum) gedurende twee tot vijf weken.

Enquêtes

Tevens is naar alle huisartsen die voor asielzoekers werken (exclusief de huisartsen die alleen ANW-diensten vervullen) (n=341) en praktijkverpleegkundigen van de MOA (n=348) een enquêtelijst verzonden.

2.2.4 *Vergelijking van onderzoeksgegevens met referentiegegevens*

Dit onderzoek richt zich op de vraag hoe de medische zorg voor asielzoekers is georganiseerd en welke factoren van invloed kunnen zijn op de werklust van de huisarts. Hiervoor wordt gekeken op welke aspecten de inhoud van de contacten tussen asielzoekers afwijken van contacten met reguliere patiënten. Voor wat betreft reguliere patiënten en niet-Westerse allochtonen is gebruik gemaakt van algemeen voorhanden zijnde gegevens uit de Tweede Nationale Studie (NS2) naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk, die is verricht in 2001 door het NIVEL om een totaaloverzicht van de patiëntenpopulatie van de huisarts en huisartsgeneeskundig handelen te creëren. Voor deze studie hebben 167 huisartsen uit 104 huisartsenpraktijken 400.000 patiëntencontacten gerapporteerd. Er wordt gekeken naar gestelde diagnoses, verrichtingen van huisartsen, achtergrondgegevens van alle patiënten,

patiëntenoordelen en ervaringen over hun eigen gezondheidstoestand en over de gezondheidszorg.

2.3 De registratieformulieren

Praktijkverpleegkundigen van de MOA en huisartsen hebben gedurende twee tot vijf weken “alle”contacten met asielzoekers geregistreerd op speciaal daarvoor ontwikkelde registratieformulieren. Om voldoende aantal contactregistratie formulieren te ontvangen, registreerden praktijkverpleegkundigen en huisartsen die voor een centrum werken met minder dan 200 asielzoekers gedurende vijf weken alle contacten met asielzoekers. Voor centra met meer dan 200 asielzoekers werd twee weken geregistreerd. Het doel van deze registraties is het verkrijgen van inzicht in de inhoud van de contacten tussen bovengenoemde hulpverleners en asielzoekers. Daarnaast is door praktijkverpleegkundigen en huisartsen geregistreerd hoe vaak het zich voordeed dat een asielzoeker niet is verschenen op de afspraak zonder bericht.

Praktijkverpleegkundige

Het gebruikte registratieformulier voor de praktijkverpleegkundige is gedeeltelijk gebaseerd op het registratieformulier dat voor de pilotstudie is gebruikt. Het formulier is op een aantal rubrieken aangepast, omdat de structuur van de medische zorg voor asielzoekers sinds de uitvoering van de pilot is veranderd.

Bij de registratie door de praktijkverpleegkundigen zijn de volgende gegevens verzameld (het formulier is opgenomen in bijlage 3):

<i>patiëntgegevens:</i>	<i>gegevens over (de inhoud van) het consult:</i>
- geslacht	- contactduur van het consult
- leeftijd	- soort contact
- land van herkomst	- wijze van binnenkomst
- moedertaal	- functie van toeleiding
	- gebruik van een tolk
	- aantal deelcontacten

<i>klachten van de patiënt:</i>	<i>resultaat van het consult:</i>
- gepresenteerde klachten	- patiëntgebonden taken
- aard contact	- vervolgspraak bij praktijkverpleegkundige
	- (telefonisch) overleg gevoerd met huisarts
	- verwijzing
	- doel verwijzing

Huisarts

Het gebruikte registratieformulier voor de huisartsenpraktijk is hoofdzakelijk gebaseerd op een soortgelijk formulier dat werd gebruikt in de eerste Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Qua structuur is het registratieformulier vergelijkbaar met dat wat voor de praktijkverpleegkundigen is gebruikt.

Bij de registratie door de huisartsen zijn de volgende gegevens verzameld (het formulier is opgenomen in bijlage 4).

Tabel 2.1 Overzicht van de gebruikte patiënt- en consultgegevens en de klachten per patiëntengroep van huisartsen

gegevens die verzameld zijn	asielzoekers bij huisarts, OC, AZC, AVO	reguliere patiënten NS2	niet-Westerse allochtonen NS2
<i>patiëntgegevens:</i>			
- geslacht	●	●	
- leeftijd	●	●	
- land van herkomst	●		
- moedertaal	●		
<i>gegevens over (de inhoud van) het consult:</i>			
- contactduur van het consult	●	●	●
- soort contact (visite, spreekuur)	●	●	●
- wijze van binnenkomst	●		
- functie van toeleiding	●		
- gebruik van een tolk	●		
- aantal deelcontacten	●	●	
<i>klachten van de patiënt:</i>			
- gepresenteerde klachten	●		
- aard klacht	●	●	●
- aard contact	●	●	
- diagnose die is gesteld bij de patiënt	●	●	●
<i>resultaat van het consult:</i>			
- voorschrift geneesmiddel	●	●	
- verrichtingen in eigen praktijk	●	●	●
- aanvragen aan externen	●	●	●
- verwijzing	●	●	
- opname	●		
- vervolgspraak	●	●	

NS2 (Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk)

2.4 Respons

Praktijkverpleegkundigen

Het onderzoek werd uitgevoerd met medewerking van 29 centra voor asielopvang die verspreid over het land zijn gelegen. In totaal hebben 72 praktijkverpleegkundigen die in één van de centra uit de steekproef werken, contacten met asielzoekers geregistreerd. De

registratie heeft gedurende twee tot vijf weken plaatsgevonden tussen februari en juni 2002. Verwacht werd om in deze periode tussen 2000-3000 contacten te registreren, een aantal van 2443 contacten werd bereikt.

Huisartsen

Naast de 72 praktijkverpleegkundigen werkten 40 huisartsen mee aan het onderzoek. De huisartsen zijn verbonden aan dezelfde 29 geselecteerde asielzoekerscentra. De registratie door de huisartsen duurde in principe evenals bij de praktijkverpleegkundigen twee tot vijf weken. Het aantal geregistreerde contacten is minder dan bij de praktijkverpleegkundigen, omdat er minder contacten waren. Het gaat om 1984 registraties die in de voorliggende rapportage zijn verwerkt. Daarvan gaat het in 80% van de gevallen om face-to-face contacten met asielzoekers en in 15% om contacten van de huisarts met verpleegkundigen over een asielzoeker (telefonisch of face-to-face). 5% van de registraties heeft betrekking op een afspraak voor het spreekuur van de huisarts die door de asielzoeker niet is nagekomen zonder bericht hierover te verstrekken.

Aantal patiënten

Het is niet duidelijk op hoeveel verschillende patiënten de steekproef is gebaseerd. De betrokken hulpverleners vonden het wenselijk om de gegevens van de asielzoekers anoniem te registreren en daarom is niet gevraagd naar geboortedag en geboortemaand van de asielzoekers. De data konden daarom niet worden geaggregeerd op patiëntniveau. Één asielzoeker kan dus meerdere contacten hebben gehad. In totaal verbleven er in de betrokken centra 8821 asielzoekers.

Figuur 2.1 Stee

kproef asielzoekerscentra



2.5 Codering en categorisering van gegevens op de contactregistratie formulieren

Praktijkverpleegkundigen en huisartsen

De contactreden(en) en de diagnose(s) die de huisarts en praktijkverpleegkundige op het registratieformulier in tekst heeft vermeld zijn gecodeerd volgens de ICPC (International Classification of Primary Care). De diagnoses zijn door de wijze van codering vergelijkbaar met de referentiegegevens, zijnde gegevens uit de tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk (NS2). De gegevens die onder de rubriek 'resultaat van het consult' vallen zijn niet gecodeerd, omdat deze zijn onderverdeeld in voorgecategoriseerde antwoorden.

2.6 Enquêtelijsten

Gestructureerde vragenlijsten zijn ontwikkeld, met zoveel mogelijk voorgecodeerde antwoorden. De gestelde vragen in de enquêtes zijn voor een deel afgeleid uit de interviews uit het pilot-onderzoek. Verder werden mogelijk verklarende factoren voor variaties in werklust en inhoud van de zorg opgenomen. Daarnaast werden vragen opgenomen die zijn afgeleid uit reeds bestaande vragenlijsten die eerder werden gebruikt in onderzoek onder huisartsen. Op het terrein van werklust is aangesloten bij de vraagstelling zoals die wordt gebruikt in de huisartsenenquête in de tweede Nationale Studie. Op het terrein van taakverdeling tussen huisartsen en praktijkverpleegkundigen is aangesloten bij takenlijsten zoals worden gebruikt in onderzoek onder praktijkverpleegkundigen en praktijkassistentes (Nijland, 1991; Welling et al, 1997; Schuller et al, 2000). De resultaten zijn daardoor zo goed mogelijk vergelijkbaar met ander onderzoek. De vragenlijsten die ontwikkeld zijn door het NIVEL en de vragenlijsten die ontwikkeld zijn door GGD Nederland voor een ander onderzoek, zijn samengevoegd. In het onderzoek van GGD Nederland is de samenwerking tussen huisarts en praktijkverpleegkundige in de begeleiding van asielzoekers naar de huisarts onderzocht. Gezien het feit dat de vragenlijsten van GGD Nederland deels dezelfde vragen bevatten als de vragenlijst van het NIVEL, werd besloten de vragenlijsten samen te voegen tot één vragenlijst voor de huisarts en één vragenlijst voor de praktijkverpleegkundige. Dit voorkwam dat respondenten onnodig twee keer dezelfde vragen zouden moeten invullen. De vragenlijsten zijn verzonden in de periode net voorafgaand aan die waarin de contactregistraties plaatsvonden (dit onderdeel wordt alleen door het NIVEL verricht), zodat de gegevens uit enquêtes en contactregistraties zo goed mogelijk op elkaar betrokken zijn. De enquêtelijsten werden verzonden naar alle huisartsen (exclusief die huisartsen die alleen Avond-, Nacht en Weekenddienst verrichten) (n=341) en naar alle praktijkverpleegkundigen van de MOA die zorg verlenen aan asielzoekers (n=348). De netto respons van de enquêtelijsten was 61% voor de huisartsen en 78% voor de praktijkverpleegkundigen. Enige tijd later is een non-respons-analyse gestart onder huisartsen en praktijkverpleegkundigen, waarbij ook werd gevraagd of de non-respondenten de enquête alsnog wilden retourneren. Oververtegenwoordiging van huisartsen met een bepaalde mening of ervaring in de onderzoekspopulatie kan consequenties hebben voor de uiteindelijke resultaten en daarmee ook de conclusies voor het onderzoek vertekenen. Daarom werd tijdens de non-respons-analyse ook naar de reden gevraagd die huisartsen hadden om de enquête niet te retourneren. In tabel 2.2 worden deze redenen gepresenteerd.

Tabel 2.2 Opgegeven redenen door huisartsen voor hun non-respons

redenen	(n=142)
geen interesse/enquêtetoe	13
huisarts wordt (tijdelijk) waargenomen door iemand anders	15
hoge werkdruk / geen tijd	9
overig	49
onbekend	62

Een aantal van deze non-respondenten was alsnog bereid de enquête te retourneren, maar staat wel opgenomen in de tabel.

Uit tabel 2.2 blijkt dat de huisartsen die de enquête niet geretourneerd hebben veelal geen interesse hebben in enquêtes. Huisartsen geven ook aan overspoeld te worden met enquêtes. Daarnaast leidt de hoge werkdruk die sommige huisartsen ervaren er toe dat zij vele extra activiteiten zoals het invullen van enquêtes achterwege laten. Een aantal huisartsen had specifieke redenen om de enquête niet te retourneren die in de categorie overig zijn opgenomen. Bijvoorbeeld dat zij vinden dat alles goed gaat en het daarom niet nodig vinden om een enquête in te vullen, of omdat ze van mening zijn dat er in het algemeen te weinig wordt gedaan met onderzoeksresultaten.

Onder 10% van de praktijkverpleegkundigen die de enquête niet hebben geretourneerd is telefonisch een non-respons-analyse verricht. De redenen van de non-respondenten bleken niets met het onderzoek op zich te maken te hebben, maar met onderzoekstechnische problemen, zoals het niet meer vervullen van de functie of het niet ontvangen hebben van de vragenlijst.

In de enquêtes werden vragen gesteld over de volgende onderwerpen:

Praktijkverpleegkundige

- Gegevens praktijkverpleegkundige en taken
- Organisatie van de MOA op één centrum
- Samenwerking met huisarts
- Taakverdeling tussen praktijkverpleegkundige en huisarts
- De doelen van toegeleiding en de behoefte aan inhoudelijke aansturing
- De inhoud en vorm van werkafspraken en overleg
- Omgevingsfactoren die van invloed kunnen zijn op de samenwerking tussen praktijkverpleegkundige en huisarts
- Aspecten van de samenwerkingsrelatie met de huisarts
- Ervaren knelpunten in de algemene zorg aan asielzoekers

Huisarts

- Huisartsgegevens en praktijkorganisatie
- Avond,- Nacht en Weekenddienst door de huisarts
- Zorg aan asielzoekers

- De organisatie van de MOA op één centrum
- Samenwerking met praktijkverpleegkundige
- De doelen van toegeleiding en de behoefte aan inhoudelijke aansturing
- Inhoud en vorm van werkafspraken
- De taakverdeling tussen huisarts en praktijkverpleegkundige
- Omgevingsfactoren die invloed kunnen uitoefenen op de samenwerking tussen huisarts en praktijkverpleegkundige
- Aspecten van de samenwerkingsrelatie met de praktijkverpleegkundige
- Verwijzing van de asielzoeker naar de tweede lijn
- Verwijzingen naar de GGZ
- Ervaren knelpunten in de zorgverlening aan asielzoekers.

2.7 Analyse van gegevens

De gegevens worden veelal weergegeven in de vorm van percentages. De percentages zijn berekend op het aantal bekende gegevens (valide percentage). Het aantal ontbrekende antwoorden wordt wel genoemd, maar wordt buiten beschouwing gelaten bij het berekenen van de percentages. Indien nodig zijn de referentiegegevens gestandaardiseerd naar de leeftijdsgeslachts-verdeling van de groep asielzoekers, omdat bleek dat de groep asielzoekers, met name op het kenmerk leeftijd, sterk afwijkt van de doorsnee bezoekers van de huisartsenpraktijk. Waar mogelijk zijn statistische toetsen uitgevoerd om na te gaan of de kenmerken van de contacten met asielzoekers statistisch significant afwijken van contacten met reguliere huisartsbezoeken. Verder is nagegaan of er verschillen zijn in werkwijze van praktijkverpleegkundigen en huisartsen tussen type centra. Verschillen in percentages tussen groepen werden getoetst met de Chi-kwadraattoets. Verschillen in gemiddelde zijn getoetst met de niet-gepaarde t-toets. Associaties van nominale variabelen met de uitkomstvariabelen voor werklast werden getoetst met de Pearson correlatie factor.

3 Zorg aan asielzoekers door praktijkverpleegkundigen

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de organisatie van de medische zorg zoals die door praktijkverpleegkundigen wordt geboden aan asielzoekers. De gegevens zijn gebaseerd op enquêtes en contactregistratieformulieren die ingevuld zijn door praktijkverpleegkundigen van de MOA. De enquêtes zijn afgenomen onder alle praktijkverpleegkundigen die zorg verlenen aan asielzoekers met een netto respons van 78%. De registratieformulieren zijn gedurende twee tot vijf weken ingevuld door praktijkverpleegkundigen van 29 over het land verspreide asielzoekerscentra, naar aanleiding van contacten met asielzoekers. De opbouw van het hoofdstuk is als volgt: in paragraaf 3.2 wordt ingegaan op de achtergrondgegevens van praktijkverpleegkundigen die voor asielzoekers werken. Paragraaf 3.3 geeft inzicht in de organisatie van de medische opvang in een centrum. In paragraaf 3.4 komt de samenwerking tussen de praktijkverpleegkundige en de huisarts aan bod. Ervaren knelpunten in de algemene zorg aan asielzoekers worden in paragraaf 3.5 aan de orde gesteld. In de paragrafen 3.6 tot en met 3.11 worden de resultaten uit de contactregistraties gepresenteerd. Eerst wordt ingegaan op de contactfrequenties met praktijkverpleegkundigen per centrum. Kenmerken van invloed op de geleverde praktijkverpleegkundige zorg; als leeftijd, geslacht en herkomst van de asielzoekers en de wijze waarop asielzoekers contact zochten met de praktijkverpleegkundige komen in paragraaf 3.7 aan bod. Vervolgens komen in paragraaf 3.8 de consultkenmerken aan de orde zoals het gebruik van tolken, het type consult en de contactduur. In paragraaf 3.9 is gerapporteerd met welke redenen asielzoekers de praktijkverpleegkundige consulteerden. De patiëntgebonden taken die de praktijkverpleegkundigen hebben verricht tijdens het contact met asielzoekers worden besproken in paragraaf 3.10. Het hoofdstuk wordt afgesloten in paragraaf 3.11 met een samenvatting, waarin de belangrijkste resultaten op een rij worden gezet.

3.2 Achtergrondgegevens van respondenten

Uit tabel 3.1 blijkt dat de helft van de praktijkverpleegkundigen 40 jaar of jonger is en veelal van het vrouwelijke geslacht (88%). De functie van praktijkverpleegkundige in de zorg voor asielzoekers wordt vaak vervuld door ervaren verpleegkundigen, 59% heeft tien jaar of meer ervaring. Door het feit dat vele centra maximaal 5 jaar bestaan, werken praktijkverpleegkundigen niet zo lang op hetzelfde centrum. Zo werkt driekwart tweeënhalf jaar of korter op dezelfde locatie en 40% korter dan een jaar.

Tabel 3.1 Kenmerken van praktijkverpleegkundigen die voor asielzoekers werken (n=272)

kenmerken van praktijkverpleegkundigen	respondenten	
	n	%
<i>geslacht:</i>		
man	31	12%
vrouw	231	88%
onbekend:	10	4%
<i>leeftijd:</i>		
20-30 jaar	55	22%
31-40 jaar	69	28%
41-50 jaar	94	38%
51-60 jaar	31	12%
61 jaar <	1	0,5%
onbekend:	22	8%
<i>type centrum waarvoor de praktijkverpleegkundige werkt:</i>		
AZC	184	68%
OC	41	15%
AVO	45	17%
onbekend:	2	1%
<i>aantal centra waarvoor de praktijkverpleegkundige werkt:</i>		
één centrum	169	63%
meer dan één centrum	100	37%
onbekend:	3	1%
<i>aantal jaren ervaring in de functie van verpleegkundige:</i>		
0-4 jaar	74	28%
5-9 jaar	35	13%
10-15 jaar	49	18%
16 jaar of langer	109	41%
onbekend:	5	2%
<i>aantal jaren werkzaam als praktijkverpleegkundige in de zorg voor asielzoekers:</i>		
0-1 jaar	59	22%
2-3 jaar	117	44%
4-5 jaar	51	19%
6 jaar of langer	40	15%
onbekend:	5	2%

Aan de praktijkverpleegkundigen werd gevraagd of zij buiten hun verpleegkundige opleiding nog andere relevante cursussen of scholing hebben afgerond met betrekking tot de zorg aan asielzoekers.

Tabel 3.2 Genoten scholing door praktijkverpleegkundigen met betrekking tot zorgverlening aan asielzoekers (n=272)

genoten scholing door praktijkverpleegkundigen gespecificeerd naar type scholing*	praktijkverpleegkundigen	
	n	%
<i>wel scholing gevolgd:</i>	243	91%
<i>geen scholing gevolgd:</i>	23	9%
<i>specificatie naar type scholing (n=243):</i>		
- introductie cursus van Pharos of COA	163	67%
- basistraining agressiebeheersing (voormalige TACD)**	123	50%
- tropenopleiding algemeen	41	17%
- opleiding interculturele verpleegkunde	21	9%
- opleiding leergang praktijkverpleegkunde	16	7%
overige genoten scholing:	155	63%

* onbekend 6=(2%)

** Training Agressie Conflict De-Escalatie

In tabel 3.2 is te zien dat het grootste deel van de verpleegkundigen specifieke scholing heeft gevolgd ten behoeve van de zorg aan asielzoekers. Het meest werd de introductie cursus van Pharos of het COA gevolgd. Bij overige scholing werden vaak genoemd: de opleiding tot sociaal verpleegkundige en diverse specialisaties als klinisch verpleegkundige, zoals diabetes verpleegkundige.

3.3 De organisatie van de Medische Opvang Asielzoekers op één centrum

De wijze waarop de Medische Opvang Asielzoekers (MOA) is georganiseerd binnen een centrum houdt verband met verschillende factoren, zoals de grootte van een centrum, het type centrum (AZC, OC of AVO), het aantal jaren dat het centrum bestaat en de afspraken die binnen de MOA van een bepaalde regio of cluster zijn gemaakt. Zo is de organisatie van het inloopsprekuren van de praktijkverpleegkundige, waar asielzoekers met vragen, klachten en problemen op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg terecht kunnen, ook verschillend per centrum. Grote verschillen zowel tussen als binnen de typen centra zijn te zien in de frequentie waarin het inloopsprekuren van de praktijkverpleegkundige wordt gehouden.

Tabel 3.3 geeft inzicht in het aantal dagdelen dat asielzoekers terecht kunnen op het inloopsprekuren van de praktijkverpleegkundige(n). Er is een onderscheid gemaakt in de verschillende typen centra.

Tabel 3.3 Aantal dagdelen per week dat asielzoekers gebruik kunnen maken van het inloopspreekuur van de praktijkverpleegkundige van de MOA (% per type centrum op centrumniveau) (n=152)

aantal dagdelen	AZC (n=98)		OC (n=13)		AVO (n=40)		totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1-2	2	2%	0	0%	25	63%	27	18%
3-4	87	88%	5	39%	13	33%	105	70%
5-6	7	9%	6	46%	2	5%	15	10%
7-8	1	1%	2	15%	0	0%	3	2%
9-10	1	1%	0	0%	0	0%	1	0,7%

onbekend: 1=1%

In de OC's (Onderzoeks- en opvangcentra) houden praktijkverpleegkundigen vaker spreekuur dan in de AZC's (Asielzoekerscentra) en AVO's (Aanvullende Opvangcentra). In de AVO's wordt het minst vaak inloopspreekuur gehouden, bij de meeste AVO's (63%) 1-2 dagdelen. 94% van de praktijkverpleegkundigen vindt dat er voor asielzoekers voldoende gelegenheid is om het inloopspreekuur te bezoeken. 6% vindt van "niet" en heeft daar de volgende redenen voor (het betreffen meningen van 16 van de 272 praktijkverpleegkundigen): "het aanbod van asielzoekers is vaak groter dan de tijd die voor het inloopspreekuur gepland staat", "de asielzoekers melden zich met gezondheidsklachten op de dagen dat er geen inloopspreekuur is op allerlei tijden tussendoor" en "minder waarborg voor kwaliteit door overvolle spreekuren".

Aan de geënquêteerde praktijkverpleegkundigen werd gevraagd welke patiëntgebonden taken zij binnen het centrum uitvoeren. De resultaten worden in tabel 3.4 weergegeven.

Tabel 3.4 Patiëntgebonden taken die door praktijkverpleegkundigen van de MOA worden uitgevoerd in de zorg voor asielzoekers (n=272) (meer antwoorden zijn mogelijk)

patiëntgebonden taken	praktijkverpleegkundigen		patiëntgebonden taken	praktijkverpleegkundigen	
	n	%		n	%
- Verhelderen hulpvraag	268	99%	- Urine-onderzoek *	201	75%
- Zelfzorgadvies	267	99%	- Begeleiding chronisch zieken	200	74%
- Toegeleiding (sub-)acute hulpvraag	258	96%	- Verzorgen herhaalreceptuur	197	73%
- Indiv. voorlichting over zelfzorg/ nl.gezondheidszorg			- Glucosemeting *	178	66%
- Zorgcoördinatie	254	94%	- Psychosociale begeleiding	134	50%
- Bloeddrukmeting	254	94%	- Keel-/neus-/oorinspectie	124	46%
- Temperatuurmeting	253	94%	- Kennismakingsgesprek	114	42%
- Polsslagmeting	249	92%	- Overname taken andere disciplines	112	42%
- Gewichtsmeting	243	90%	- Intakegesprek	98	36%
- Begeleiding van zwangeren	242	90%	- Griepvaccinaties *	92	34%
- Doen v. wondverzorging *	229	85%	- HB-meting *	62	23%
- Dossierbeheer	219	81%	- Visustest *	24	9%
- Zwangerschapstest *	211	78%	- Uitspuiten van oren *	24	9%
	207	77%	- Assisteren bij inbrengen spiraaltje *	20	7%

onbekend 2 = 1% van totaal

* doktersassistentie-taak die niet officieel tot de functie van de praktijkverpleegkundige van de MOA behoort

In tabel 3.4 is te lezen dat praktijkverpleegkundigen veel verschillende patiëntgebonden taken verrichten, waarbij het veelal gaat om preventie- en toegeleidingstaken, zoals ook in de functie van praktijkverpleegkundige staat beschreven. Daarnaast zegt een groot deel van de praktijkverpleegkundigen wel eens doktersassistentie-taken te verrichten, zoals het doen van wondverzorging en een zwangerschapstest. Het doen van een visustest, het uitspuiten van oren en het assisteren bij het inbrengen van een spiraaltje betreffen doktersassistentie-taken die door relatief weinig praktijkverpleegkundigen worden uitgevoerd, minder dan 10% zegt deze taken wel eens uit te voeren.

3.4 De samenwerking tussen de praktijkverpleegkundige en de huisarts

Praktijkverpleegkundigen baseren hun samenwerkingsrelatie met de huisarts mede op informatie die zij verkrijgen vanuit de MOA over beleidsontwikkelingen ten aanzien van de toegeleiding. Van de praktijkverpleegkundigen ervaart 18% deze informatievoorziening vanuit de MOA als goed, 64% als voldoende en 19% vindt het onvoldoende.

Voor een asielzoekerscentrum werken vaak meerdere praktijkverpleegkundigen en huisartsen. Indien het gaat om een groot aantal huisartsen en praktijkverpleegkundigen die vóór een centrum werken, kan dat consequenties hebben voor de zorg, zoals continuïteit.

Tabel 3.5 Het aantal samenwerkingspartners van praktijkverpleegkundigen in de zorg voor asielzoekers, betreffende collega-praktijkverpleegkundigen en huisartsen (berekend op centrumniveau) (n=152)

aantal samenwerkingspartners	collega-praktijkverpleegkundigen waarmee wordt samengewerkt op het centrum		huisartsen waarmee praktijkverpleegkundigen samenwerken*	
	n	%	n	%
1	42	28%	71	47%
2	61	41%	42	28%
3	29	19%	13	9%
4	10	7%	5	3%
5	5	3%	5	3%
6	1	0,7%	2	1%
7	3	2%	2	1%
8 of meer	1	0,7%	10	7%

* onbekend 2=(1%)

In tabel 3.5 is te lezen dat in meer dan de helft van de centra door praktijkverpleegkundigen wordt samengewerkt met meer dan één praktijkverpleegkundige (72%) en meer dan één huisarts (53%).

De meeste praktijkverpleegkundigen (91%) zijn van mening dat er continuïteit is in de samenwerkingsrelatie met de huisarts. De opgegeven redenen voor gebrek aan continuïteit houden veelal verband met de grote wisselingen onder gecontracteerde huisartsen en met tijdgebrek waardoor niet altijd een evaluatie of werkoverleg mogelijk is.

Van de praktijkverpleegkundigen zegt 76% dat asielzoekers niet zonder tussenkomst van de MOA een afspraak kunnen maken voor het spreekuur bij de huisarts. Hierbij dient onderscheid gemaakt te worden tussen de verschillende typen centra waar huisartsen voor werken. Asielzoekers die in een AVO wonen zijn vaker in de gelegenheid om zelfstandig een afspraak met de huisarts te maken dan asielzoekers die in een AZC wonen. In de gevallen dat de asielzoeker zelfstandig een afspraak kan maken bij de huisartsenpraktijk zijn er soms voorwaarden aan verbonden. Vaak wordt verwacht door de huisarts dat asielzoekers de Nederlandse of Engelse taal voldoende beheersen. Één huisarts wil voor proef een klein aantal chronisch zieke asielzoekers de gelegenheid geven om zelfstandig afspraken te maken voor een consult met de huisarts. Indien dit goed gaat, kan bekeken worden of aan meer asielzoekers die gelegenheid geboden moet worden.

Het kan soms moeilijk zijn voor een praktijkverpleegkundige om in te schatten of het noodzakelijk is dat een asielzoeker wordt verwezen naar de huisarts. Tabel 3.6 geeft inzicht

in de frequentie waarin het voorkomt dat het voor de praktijkverpleegkundige moeilijk is om te beslissen een asielzoeker wel of niet te verwijzen naar de huisarts.

Tabel 3.6 Frequentie waarin de praktijkverpleegkundige twijfelt om een asielzoeker te verwijzen naar de huisarts (n=272)

frequentie van twijfel	praktijkverpleegkundigen						
	AZC (n=179)		OC (n=41)		AVO (n=44)		totaal
	n	%	n	%	n	%	%
heel vaak	3	2%	0	0%	2	5%	2%
regelmatig	45	25%	8	20%	11	25%	25%
soms	80	45%	23	56%	14	32%	44%
(bijna) nooit	51	29%	10	24%	17	39%	29%

onbekend 8 =3% van totaal

Chi²; df 6; p=0,310

Uit tabel 3.6 blijkt dat de meeste praktijkverpleegkundigen wel eens twijfelen over de noodzaak om een asielzoeker te verwijzen naar de huisarts (71%). Verschillende factoren kunnen de twijfel veroorzaken. Zo kan het zijn dat de asielzoeker zelf aandringt op een afspraak met de huisarts, of dat de klachten niet te objectiveren zijn door de praktijkverpleegkundigen. Een aantal praktijkverpleegkundigen zegt (bijna) nooit te twijfelen over een verwijzing naar de huisarts (29%). De meest genoemde redenen daarvoor zijn¹: “dat zij in de regel iedereen doorverwijzen waarvan ze de noodzaak om de huisarts te consulteren niet in kunnen schatten”, “te allen tijde overleg met de huisarts kunnen voeren”, “het uitgangspunt hebben dat de asielzoeker ook zonder medische noodzaak naar de huisarts moet kunnen gaan”, “er goede afspraken met de huisarts zijn gemaakt” of, “omdat de praktijkverpleegkundige vindt voldoende ervaring te hebben”.

Daarnaast komt het voor dat de praktijkverpleegkundige, naar aanleiding van het contact met de asielzoeker, concludeert dat het niet noodzakelijk is om de asielzoeker te verwijzen naar de huisarts, maar dat de asielzoeker zelf vraagt om een consult bij de huisarts. De mate waarin deze situatie zich voordoet wordt weergegeven in tabel 3.7.

¹Deze uitspraken hebben betrekking op 29% van de praktijkverpleegkundigen

Tabel 3.7 Frequentie waarin de asielzoeker om een consult vraagt en de praktijkverpleegkundige het niet noodzakelijk acht (n=272)

frequentie	praktijkverpleegkundigen						
	AZC (n=179)		OC (n=41)		AVO (n=45)		totaal
	n	%	n	%	n	%	%
heel vaak	16	9%	1	2%	2	4%	7%
regelmatig	62	35%	12	29%	13	29%	33%
soms	84	47%	21	51%	23	51%	48%
(bijna) nooit	17	10%	7	17%	7	16%	12%

onbekend 7 =2% van totaal

Chi²; df 6; p=0.668

Uit tabel 3.7 blijkt dat 40% van de praktijkverpleegkundigen regelmatig tot vaak van mening verschilt met een asielzoeker over de noodzaak van een verwijzing naar de huisarts. Praktijkverpleegkundigen die voor een AZC werken, verschillen het vaakst van mening met de asielzoeker over een verwijzing en praktijkverpleegkundigen die voor een AVO werken het minst vaak.

In een klein aantal gevallen acht de praktijkverpleegkundige het nodig dat de huisarts een visite brengt aan een zieke asielzoeker. Praktijkverpleegkundigen hebben wisselende ervaringen met de wijze waarop de huisarts reageert op bovengenoemd verzoek. In tabel 3.8 worden de ervaringen weergegeven.

Tabel 3.8 Manier waarop huisartsen reageren op het verzoek een visite te brengen aan een zieke asielzoeker volgens de ervaring van de praktijkverpleegkundige (n=272)

reacties van huisarts	praktijkverpleegkundigen							
	AZC (n=174)		OC (n=41)		AVO (n=43)		totaal (n=258)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
zeer instemmend	26	15%	4	10%	10	23%	40	16%
instemmend	68	39%	10	24%	17	40%	95	37%
neutraal	41	24%	17	42%	12	28%	70	27%
afwijzend	30	17%	8	20%	2	5%	40	16%
zeer afwijzend	9	5%	2	5%	2	5%	13	5%

onbekend 14 = 4%

Chi²; df 8; p=0.12

Uit tabel 3.8 blijkt dat iets meer dan de helft van de praktijkverpleegkundigen vindt dat de huisarts zonder afwijzing reageert op het verzoek een visite te brengen aan een zieke asielzoeker, daarentegen vindt 21% van de praktijkverpleegkundigen dat de huisarts afwijzend of zeer afwijzend reageert.

3.4.1 Werkafspraken en overleg tussen praktijkverpleegkundigen en huisartsen

Om de samenwerking van de praktijkverpleegkundige met de huisarts te regelen kunnen er schriftelijke en/ of mondelinge afspraken gemaakt worden. De mate waarin praktijkverpleegkundigen afspraken maken met huisartsen over de zorg aan asielzoekers verschilt per samenwerkingsrelatie. Daarnaast verschilt de inhoud van de afspraken en de wijze waarop deze worden gemaakt. 82% heeft mondelinge afspraken gemaakt met de huisarts over de samenwerking en 67% heeft (ook) schriftelijke afspraken gemaakt waarbij het grootste deel de afspraken baseert op een protocol/richtlijn van de MOA. Een deel van de praktijkverpleegkundigen heeft dus zowel mondelinge als schriftelijke afspraken gemaakt.

Van de praktijkverpleegkundigen houdt 77% werkoverleg/-evaluatie met de huisarts, specifiek over de organisatie van de toegeleiding en de samenwerking. Gemiddeld vindt zo'n overleg drie keer per jaar plaats. De overige praktijkverpleegkundigen (23%) houden geen werkoverleg. Vaak is het zo dat de plannen hiertoe er wel zijn, maar dat de samenwerking nog vormgegeven moet worden.

Ondanks dat er afspraken zijn gemaakt over de samenwerking met de huisarts, kan de samenwerking uiteindelijk anders verlopen dan gepland. Aan de geënquêteerde praktijkverpleegkundigen werd gevraagd hoe vaak de gemaakte werkafspraken met de huisarts worden nagekomen.

Tabel 3.9 Mate waarin gemaakte werkafspraken tussen praktijkverpleegkundigen en huisartsen worden nagekomen (n=272)

mate waarin de werkafspraken worden nagekomen	praktijkverpleegkundigen						
	AZC (n=176)		OC (n=41)		AVO (n=44)		totaal
	n	%	n	%	n	%	%
bijna altijd	82	47%	16	39%	25	57%	47%
vaak	66	38%	20	49%	15	34%	39%
neutraal	23	13%	5	12%	3	7%	12%
soms	4	2%	0	0%	1	2%	2%
bijna nooit	1	0,6%	0	0%	0	0%	0,4%

onbekend 11 = (4%)

Chi²; df 8; p=0.397

In tabel 3.9 is te lezen dat de meeste gemaakte afspraken met de praktijkverpleegkundige worden nagekomen. Over de manier waarop de afspraken worden nagekomen zijn de meeste praktijkverpleegkundigen tevreden tot zeer tevreden (77%). Zeven procent van de praktijkverpleegkundigen is ontevreden en de overigen zijn neutraal over de wijze waarop de gemaakte afspraken worden nagekomen. Ontevredenheid ontstaat bijvoorbeeld doordat “de huisarts te laat komt”, “door tijdgebrek wordt soms iets vergeten” of, “er moet regelmatig worden terug gekomen op eerdere afspraken”.

Van de praktijkverpleegkundigen houdt 81% patiëntenbespreking met de huisarts. Door tijdgebrek of andere redenen houdt 19% geen patiëntenbespreking of slechts incidenteel.

Aan praktijkverpleegkundigen die patiëntenbespreking houden met de huisarts (n=226) werd gevraagd op welke wijze de patiëntenbespreking is georganiseerd. Tabel 3.10 geeft daar meer inzicht in.

Tabel 3.10 Wijze waarop de patiëntenbespreking is georganiseerd (meer antwoorden zijn mogelijk) (praktijkverpleegkundigen met patiëntenbespreking n=226)

wijze waarop patiëntenbespreking is georganiseerd	praktijkverpleegkundigen	
	n	%
ad hoc met huisarts	131	60%
structurele voor- of nabespreking met huisarts	127	58%
structurele bespreking met de huisarts en andere disciplines	35	16%
overig	55	25%

onbekend 6 =2% van totaal

Indien er patiëntenbespreking wordt gehouden, gaat het in de meeste gevallen om een bespreking tussen de praktijkverpleegkundige en de huisarts zonder dat daar andere disciplines bij betrokken zijn. Er wordt ongeveer even vaak een ad hoc als structurele patiëntenbespreking gehouden.

Als er geen patiëntenbespreking wordt gehouden, kunnen bevindingen worden teruggekoppeld. Drieëndertig procent van de praktijkverpleegkundigen krijgt van de (huisarts)en waar ze mee samenwerken standaard over alle patiënten bevindingen teruggekoppeld. 48% krijgt uitsluitend bevindingen teruggekoppeld wanneer nazorg of afstemming met de praktijkverpleegkundige nodig is. De kwaliteit van de teruggekoppelde bevindingen bij een asielzoekers wordt door 41% van de praktijkverpleegkundigen goed gevonden, 44% vindt het voldoende en 16% vindt de terugkoppeling onvoldoende.

Van iedere asielzoeker wordt door de MOA een medisch dossier bijgehouden. Achtendertig procent van de praktijkverpleegkundigen werkt met een huisarts samen die ook een dossier bijhoudt in de huisartsenpraktijk en de overigen werken met een huisarts die geen dossier van de asielzoekers in de huisartsenpraktijk hebben.

3.5 Ervaren knelpunten door praktijkverpleegkundigen in de zorg aan asielzoekers

Van de praktijkverpleegkundigen ervaart 91% wel eens knelpunten in de zorg aan asielzoekers. Aan de geënuquëteerde praktijkverpleegkundigen werd over een aantal items gevraagd of zij dat als knelpunt ervaren en in welke mate. Tabel 3.11 geeft meer inzicht in de aanwezigheid van ervaren knelpunten.

Tabel 3.11 geeft weer dat problemen in de communicatie door taal- of cultuurverschil veruit het vaakst door praktijkverpleegkundigen als knelpunt worden ervaren. Zesenvestig procent geeft aan bovengenoemd punt vaak tot bijna altijd als een probleem te ervaren. Ook ondervinden praktijkverpleegkundigen hinder van de invloed van het COA-beleid. Dit kan bijvoorbeeld betrekking hebben op de woonvesting, of de visie van de managers van het COA. Slechts door 8% wordt, vertoonde agressie door asielzoekers, of onbekend te zijn de problematiek van de asielzoekers frequent als knelpunt ervaren.

De taken van de MOA zijn het uitvoeren van de collectieve preventieve zorg en de situatie gerelateerde zorg en toeleiding van asielzoekers naar de eerstelijns hulpverlening. Asielzoekers kunnen daarvoor een beroep doen op de verpleegkundigen en geneeskundigen van de MOA. Echter komen asielzoekers ook wel eens bij de MOA met vragen die daar niet horen, zoals met het verzoek een andere slaappleats te krijgen binnen het asielzoekerscentrum. Dat is bijvoorbeeld een vraag die de beheerder van het centrum aangaat en niet de MOA. De hierna komende tabel geeft inzicht in de mate waarin asielzoekers de MOA raadplegen met niet geëigende vragen.

Tabel 3.11 Ervaren knelpunten door praktijkverpleegkundigen in de zorg aan asielzoekers (n=272)

knelpunten	mate waarin praktijkverpleegkundigen knelpunten ervaren									
	bijna nooit		soms		neutraal		vaak		bijna altijd	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
- problemen in de communicatie	15	6%	51	19%	78	29%	96	36%	27	10%
- invloed van COA-beleid*	17	7%	42	16%	92	35%	84	32%	28	10%
- omgaan met claimende vragen	19	7%	58	22%	89	4%	92	35%	7	3%
- complexe zorgvragen	20	8%	68	26%	95	36%	76	29%	7	3%
- te weinig tijd voor de zorgvraag	38	14%	91	34%	75	28%	52	20%	12	5%
- juridische kwesties	106	40%	66	25%	58	22%	27	10%	4	2%
- agressie	78	29%	101	38%	65	24%	20	7%	3	1%
- onbekend met de problematiek van asielzoekers	77	29%	110	42%	57	21%	17	6%	5	2%

onbekend gemiddeld 5 per antwoord = 4%

* Met COA-beleid wordt bedoeld: het volledige beleid voor de opvang van asielzoekers en de eventuele beperkingen die dat met zich meebrengt voor de MOA, zoals justitiële zaken en verhuizingen van asielzoekers naar andere centra

Tabel 3.12 Mate waarin asielzoekers de MOA raadplegen met niet geëigende vragen volgens de ervaringen van praktijkverpleegkundigen (n=272)

	praktijkverpleegkundigen							
	AZC (n=180)		OC (n=41)		AVO (n=45)		totaal (n=266)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
zeer hoge mate	8	4%	2	5%	2	4%	12	5%
hoge mate	56	31%	18	44%	12	27%	86	32%
neutraal	66	37%	12	29%	11	24%	89	34%
lage mate	36	20%	9	22%	16	36%	61	23%
zeer lage mate	14	8%	0	0%	4	9%	18	7%

onbekend 6=2%

(verschillen tussen centra) Chi²; df 8; p=0.187

In tabel 3.12 is te lezen dat meer dan eenderde van de praktijkverpleegkundigen vindt dat asielzoekers in hoge mate tot zeer hoge mate de MOA raadplegen met vragen die niet de MOA betreffen. Asielzoekers die in een OC verblijven raadplegen de MOA het vaakst met niet geëigende vragen en asielzoekers die in een AVO verblijven het minst vaak (respectievelijk 49% en 31%).

Behalve dat praktijkverpleegkundigen knelpunten ervaren in de zorg aan asielzoekers binnen de MOA, ervaart 91% van de praktijkverpleegkundigen ook knelpunten in de reguliere zorg aan asielzoekers (het betreft hierbij geen huisartsenzorg). De hierna komende tabel geeft inzicht in het type problemen en de frequentie ervan.

Tabel 3.13 Ervaren knelpunten door praktijkverpleegkundigen met betrekking tot de reguliere zorg aan asielzoekers (exclusief huisartsen) (meer antwoorden zijn mogelijk) (n=272)

	aantal en percentage praktijkverpleegkundigen dat knelpunt ervaart bij betreffende discipline									
	Algemeen Maatschap- pelijk Werk		GGZ		medisch specialist		tandarts		thuiszorg	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
- beschikbaarheid	66	28%	114	48%	54	23%	122	51%	42	18%
- communicatie en samenwerking	20	8%	70	29%	128	54%	81	34%	28	12%
- terugkoppeling	36	15%	84	35%	108	45%	64	27%	19	8%

Uit tabel 3.13 blijkt dat ongeveer de helft van de praktijkverpleegkundigen knelpunten ervaart in de communicatie en samenwerking met de medisch specialist (54%), met de beschikbaarheid van de tandartsen (51%) en de GGZ (48%) en met de terugkoppeling door de specialist (45%). Relatief weinig praktijkverpleegkundigen (minder dan 10%) ervaart de communicatie en samenwerking met het maatschappelijk werk en de terugkoppeling van de thuiszorg als een probleem.

Indien de communicatie tussen de praktijkverpleegkundige en de asielzoeker niet in een voertaalgesprek kan plaatsvinden kan een beroep gedaan worden op het tolkencentrum. Meer dan de helft van de praktijkverpleegkundigen (69%) is tevreden over het tolkencentrum indien zij daar een beroep op doen. Verschillende redenen, zoals het niet beschikbaar zijn van een tolk en lange wachttijden bij het bellen leiden bij 31% van de praktijkverpleegkundigen tot ontevredenheid.

De praktijkverpleegkundigen hadden de mogelijkheid om op de enquête eventuele opmerkingen te vermelden. Hierna worden een aantal citaten gerepresenteerd die de grote lijn van de gemaakte opmerkingen weergeven:

"Het komt wel eens voor dat er een verkeerde vertaling plaatsvindt door de minieme verschillen van klachten in bepaalde talen"

"De toegeleiding vind ik vaak te armslachtig. Asielzoekers moeten meer de gelegenheid krijgen indien zij dat kunnen direct naar de huisarts te gaan"

"Toegeleidingsconstructie van de praktijkverpleegkundige is tricky: enerzijds heb je als praktijkverpleegkundige geen poortwachtersfunctie en mag je geen medische diagnose stellen, anderzijds wordt wel verwacht dat je een beoordeling maakt of iemand doorverwezen moet worden"

"Door vaker te vergaderen met de huisarts is de samenwerking verbeterd"

"De maatschappij legt alle verantwoordelijkheden van asielzoekers-zorg bij de MOA, terwijl het een maatschappelijk probleem is en we met zijn allen hier verantwoordelijk voor zijn"

"Ik wil graag al mijn taken houden zoals ze nu zijn"

"Mijn knelpunten in het verlenen van zorg liggen voornamelijk bij de managers van het COA. Het is net of zij een andere visie hebben op het omgaan met asielzoekers en hun hulpverlening"

3.6 Contactregistraties door praktijkverpleegkundigen

Contactfrequenties tussen asielzoekers en praktijkverpleegkundige per centrum

Het overzicht van de aantallen geregistreerde contacten staat in tabel 3.14. In totaal zijn 2432 contacten door praktijkverpleegkundigen geregistreerd. Bij het berekenen van de contactfrequenties op jaarbasis is uitgegaan van de bestuurlijke capaciteit op 1 februari 2002 (gegevens COA). Met bestuurlijke capaciteit wordt het aantal opvangplaatsen voor asielzoekers in het centrum bedoeld. Deze bestuurlijke capaciteit kan afwijken van de werkelijke capaciteit op een bepaald moment. Verder is uitgegaan van het aantal registratieweken (twee tot vijf). In enkele gevallen zijn daarbij correcties uitgevoerd op basis van een analyse waarbij per centrum is nagegaan in hoeverre de registratie gelijkmatig door de registratieperiode heeft plaatsgevonden.

Tabel 3.14 Overzicht bestuurlijke capaciteit, aantal geregistreerde weken en contacten, alsmede contactfrequenties omgerekend op jaarbasis.

code centrum	bestuurlijke capaciteit	aantal registratie weken	contacten praktijkverpleegkundige	gemiddelde contact-frequentie per persoon per jaar	aantal contacten per jaar per centrum met praktijkverpleegkundigen
AZC 01	382	2	109	7,4	2834
AZC 02	784	2	119	3,9	3094
AZC 03	358	2	87	6,3	2262
AZC 04	655	2	126	5	3276
AZC 05	1195	2	206	4,5	5356
AZC 06	259	2	53	5,3	1378
AZC 07	328	2	185	x	x
AZC 08	385	2	83	5,6	2158
AZC 09	372	2	64	4,5	1646
AZC 10	563	2	164	7,5	4264
AZC 11	410	2,5	115	5,8	2392
AZC 12	176	2	27	3,9	702
AZC 13	199	2	63	8,2	1638
				gemiddeld: 6	
OC 1	280	2	66	6,1	1716
OC 2	324	2	141	11,3	3666
OC 3	447	2	150	8,7	3900
OC 4	339	2	65	6,8	1690
OC 5	384	2	76	5,1	1950
				gemiddeld: 7,7	
AVO 1	114	5	73	6,6	759
AVO 2	62	5	9	1,5	94
AVO 3	50	5	11	2,3	114
AVO 4	137	5	64	x	665
AVO 5	37	5	14	3,9	146
AVO 6	39	5	21	5,6	218
AVO 7	113	5	53	4,9	551
AVO 8	99	5	21	x	x
AVO 9	119	5	134	x	x
AVO 10	124	5	117	x	x
AVO 11	42	5	16	3,9	166
				gemiddeld: 4,1	
totaal			2432		

x registratie heeft niet gelijkmatig over de tijd plaatsgevonden en is daarom niet meegenomen

De gemiddelde contactfrequentie met de praktijkverpleegkundige blijkt 5,7 te zijn per asielzoeker per jaar. De contactfrequentie met de praktijkverpleegkundige varieert tussen de centra van 1,5 tot 11,3 per asielzoeker op jaarbasis. De contactfrequentie lijkt het laagst binnen de AVO's. De contactfrequentie bij de OC's ligt significant hoger dan bij de overige centra (wilcoxon; $p < 0.05$).

3.7 Algemene kenmerken asielzoekers

Door 72 praktijkverpleegkundigen die zorg verlenen aan asielzoekers zijn gegevens geregistreerd van 2432 patiëntencontacten. Het aantal verschillende patiënten waar het om gaat is onduidelijk.

Tabel 3.15 geeft een aantal kenmerken van de asielzoekers die de praktijkverpleegkundige bezochten tijdens de registratieperiode. Het gaat hierbij om leeftijd, geslacht, herkomstland, moedertaal en eventueel de voertaal die gesproken is tijdens het consult. De kenmerken zijn berekend op basis van het aantal patiëntencontacten ($N=2432$). Daarnaast worden het geslacht, de leeftijd en de meest voorkomende herkomstlanden weergegeven van alle asielzoekers die in Nederland verblijven.

Tabel 3.15 Kenmerken van asielzoekers die een praktijkverpleegkundige bezochten en van de in Nederland verblijvende asielzoekers in de centrale opvang (gepresenteerd op het aantal contacten met asielzoekers)

geslacht, leeftijd, herkomstland, moedertaal en voertaal	asielzoekers die de MOA bezochten (n=2432)		in Nederland verblijvende asielzoekers in de centrale opvang (n=83.801)	
	n	%	n	%
<i>geslacht:</i>				
man	1157	49%	52.026	61%
vrouw	1193	51%	31.775	38%
onbekend:	82	3%	0	
<i>leeftijd:</i>				
0-19	802	35%	33.800	40%
20-39	1112	48%	39.523	47%
40-59	344	15%	8992	11%
65+	57	3%	1486	2%
onbekend:	28	1%	0	0%
<i>herkomstland:</i>				
Angola	256	11%	6370	8%
Irak	255	11%	7684	9%
Afghanistan	240	10%	9516	11%
Iran	146	6%	4900	6%
Azerbadzjan	144	6%	4600	6%
Joegoslavië	133	6%	5387	7%
Sierra Leone	111	5%	3789	5%
Somalië	89	4%	4474	5%
Syrië	90	4%	2572	3%
Bosnië Herzegovina	73	3%	2178	3%
overig	824	34%	32.331	39%
onbekend:	47	(2%)		
<i>moedertaal:</i>				
Arabisch	343	15%		
Farsi	283	12%		
Russisch	249	11%		
Portugees	230	10%		
Servo-Kroatisch	189	8%		
Armeens	153	7%		
overig	847	38%		
onbekend:	130	5%		

In tabel 3.15 is te zien dat de mannelijke asielzoekers die verblijven in de centrale opvang oververtegenwoordigd zijn ten opzichte van de vrouwelijke asielzoekers. De patiënten die contact hadden met een praktijkverpleegkundige, zijn even vaak van het mannelijk geslacht als van het vrouwelijk geslacht. Vrouwelijke asielzoekers raadplegen de MOA vaker dan mannelijke asielzoekers. De reden dat vrouwen vaker de MOA bezoeken dan mannen houdt mede verband met het feit dat met zieke kinderen vaak de moeder meegaat. Drieëntachtig procent van de asielzoekers is jonger dan 40 jaar en een kleine groep (3%) is ouder dan 60 jaar. In verband met de culturele achtergrond is het van belang enig zicht te hebben op het land van herkomst van asielzoekers. De culturele achtergrond kan bepalend zijn voor het hulp-zoekgedrag van patiënten. De tien herkomstlanden waar de meeste asielzoekers vandaan komen worden in de tabel weergegeven. De meeste asielzoekers zijn afkomstig uit Angola (11%), Irak (11%) en Afghanistan (10%). Over het algemeen is er een sterke spreiding van landen waar asielzoekers vandaan komen. In de onderzoekspopulatie van de praktijkverpleegkundigen bevonden zich asielzoekers uit 65 verschillende landen.

3.8 Consultkenmerken

Van alle consulten die praktijkverpleegkundigen met asielzoekers hadden gedurende de registratieperiode, ging het in 83% van de gevallen om een afspraak die op eigen initiatief van de asielzoeker tot stand is gekomen. In 10% van de contacten ging het om een vervolgspraak met de praktijkverpleegkundige. In mindere mate ging het om een verwijzing naar de praktijkverpleegkundige door ander MOA-personeel of door de huisarts, beiden 1%. In de meeste gevallen komt het contact tot stand doordat de asielzoeker op eigen gelegenheid een afspraak maakt voor het spreekuur van de praktijkverpleegkundige. Tabel 3.16 geeft inzicht in de typen consultaties door asielzoekers.

Tabel 3.16 type contact waarvan de asielzoeker gebruik heeft gemaakt (n=2432)

soort contact	aantal contacten met asielzoekers	% contacten met asielzoekers
spreekuur	1888	81%
EHBO	68	3%
geplande voorlichting	86	4%
anders	278	12%

onbekend: 112 =5%

Uit tabel 3.16 blijkt dat de praktijkverpleegkundige in de meeste gevallen contact heeft met de asielzoeker tijdens het spreekuur (81%). In mindere mate gaat het om EHBO of geplande voorlichting (respectievelijk 3% en 4%). Bij contact anders wordt onder andere genoemd; het verstrekken van medicatie, asielzoekers die ad hoc buiten het spreekuur kwamen met bepaalde hulpvragen, geplande afspraak buiten het spreekuur en intakes.

De aard van het consult (zoals het gebruik van een tolk, de duur van het consult en of de patiënt wordt verwezen) hangt met meer factoren samen. Het heeft te maken met de werkwijze van de praktijkverpleegkundige, de aard van de klacht, de patiënt en zijn/haar gedrag en de relatie die de praktijkverpleegkundige met de huisarts heeft.

Tabel 3.17 maakt duidelijk dat contacten tussen asielzoekers en praktijkverpleegkundigen gemiddeld 9,6 minuten duren. Tweederde van de contacten duurt 10 minuten of korter. Er is een significant verschil gevonden tussen de typen centra. De gemiddelde contactduur bij een AVO is bijna 3 minuten korter dan bij een OC. Verpleegkundigen die in een AVO werken, verrichten vaak geen doktersassistentie-taken. Daarentegen verrichten zij vaker administratieve werkzaamheden, zoals het geven van vervoersbewijzen aan asielzoekers voor een bezoek aan de huisarts die spreekuur houdt buiten de AVO-locatie.

Tabel 3.17 Contactduur van het consult tussen de praktijkverpleegkundige en asielzoeker

contactduur*	AZC (n=1380)		OC (n=490)		AVO (n=528)		totaal (n=2398)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1-5 minuten	269	20%	68	14%	169	33%	506	21%
6-10 minuten	615	45%	257	52%	263	49%	1129	47%
11-15 minuten	336	24%	110	22%	68	13%	514	21%
16-20 minuten	103	8%	28	6%	16	3%	147	6%
21-40 minuten	46	3%	20	4%	12	3%	83	4%
langer dan 40 minuten	11	0,8%	7	1%	0	0%	19	0,8%
gemiddelde duur in minuten:	10		10,4		7,6		9,6	

onbekend: 34

* verschillen tussen typen centra: Chi²; df 10; p=0.00

In een kwart van alle contacten met asielzoekers achtten de betreffende verpleegkundigen het nodig om een tolk te gebruiken. In tabel 3.18 is te zien in hoeveel gevallen ook daadwerkelijk een tolk is gebruikt.

Tabel 3.18 Noodzaak en gebruik van tolken tijdens contacten tussen praktijkverpleegkundigen en asielzoekers (n=573)

gebruik van tolken	AZC (n=336)		OC (n=174)		AVO (n=63)		totaal n=573	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>tolk nodig*</i>	336	24%	174	36%	63	14%	573	25%
<i>indien nodig tolk gebruikt:</i>								
aanwezigheid professionele tolk	20	6%	8	5%	1	2%	29	5%
tolkentelefoon	86	26%	36	21%	16	25%	138	24%
bekende van patiënt deed								
vertaling	160	48%	97	56%	39	62%	296	52%
nee niet gelukt om tolk te krijgen	40	12%	24	14%	3	5%	67	12%
niet geprobeerd om tolk te krijgen	30	9%	9	5%	4	6%	43	8%

onbekend 99=4%

* verschillen tussen typen centra Chi²; df8; p=0.00

Uit tabel 3.18 blijkt dat in meer dan de helft van de gevallen dat er een tolk nodig was de vertaling werd gedaan door een bekende van de patiënt die de taal beter machtig is. Vaak gaat het dan om een asielzoeker die in hetzelfde centrum verblijft. In 29% van de gevallen wordt er gebruik gemaakt van een professionele tolk via de tolkentelefoon of middels de aanwezigheid van een tolk. Niet in alle gevallen dat er een tolk nodig was, werd deze ook gebruikt (20%), veelal als reden dat het niet gelukt is om een tolk te krijgen. Het feit dat het in bepaalde talen vaak niet lukt om een tolk te krijgen, leidt er toe dat praktijkverpleegkundigen ook niet altijd proberen om een tolk te krijgen. Met name voor een drietal talen blijkt het moeilijk te zijn om een tolk te krijgen: Arabisch, Portugees en Russisch. Ook zijn er verschillen te zien in het gebruik van tolken bij de verschillende typen centra. In een OC, waar asielzoekers in principe niet langer dan vijf maanden na aankomst in Nederland verblijven, is significant vaker een tolk nodig dan in een AVO of AZC.

In 75% van de contacten kon de praktijkverpleegkundige met de asielzoeker communiceren doordat zij beiden op voldoende niveau eenzelfde taal konden spreken. In de meerderheid van de gevallen was de voertaal Nederlands, Engels of Frans (respectievelijk 60%, 22% en 10%). In 1% van de contacten was de communicatie hoofdzakelijk gebaseerd op gebaren.

3.9 Gepresenteerde contactredenen door asielzoekers aan praktijkverpleegkundigen

Veelal komen asielzoekers met bepaalde medische vragen bij de praktijkverpleegkundige en soms ook met niet-medische vragen. Een voorbeeld van een niet-medische vraag is een vraag voor een vervoerbewijs voor bus of taxi. Dit bijvoorbeeld in verband met een bezoek dat een asielzoeker gaat brengen aan de tandarts of huisarts, waarvan de praktijk op een aantal kilometer afstand van het centrum is gelegen.

Het kan zijn dat een asielzoeker meer dan één reden heeft om de praktijkverpleegkundige te consulteren. Wanneer deze contactredenen betrekking hebben op dezelfde aandoening/letsel dan gaat het om één deelcontact met meerdere klachten aan de hand van de desbetreffende aandoening. Daarnaast is het mogelijk dat de patiënt klachten heeft die voortvloeien uit een geheel andere aandoening of letsel, er is dan sprake van een tweede deelcontact in één consult. In het onderhavige onderzoek zijn de gegevens van maximaal twee deelcontacten per consult verwerkt. En per deelcontact zijn maximaal drie klachten/symptomen die een reden voor contact vormden opgenomen. In 467 contacten met de praktijkverpleegkundige zijn er twee deelcontacten geregistreerd. In totaal zijn dus van 2432 contacten (2899 deelcontacten geregistreerd) de contactredenen geregistreerd en welke interventies er plaatsvonden. In tabel 3.19 wordt een overzicht gegeven van de gepresenteerde redenen voor contact met de praktijkverpleegkundige. Meest voorkomend zijn contactredenen uit het hoofdstuk 'algemeen en niet gespecificeerde klachten' en 'spijsvertering' welke in 23% en respectievelijk 20% van de contacten werden gepresenteerd. Op enige afstand volgen klachten met betrekking tot de luchtwegen en de huid.

Tabel 3.19 Contactredenen per ICPC-hoofdstuk als percentage van het aantal deelcontacten (per deelcontact konden 3 contactredenen worden aangegeven op het formulier, de % kunnen hierdoor boven de 100 uitkomen)

ICPC-hoofdstuk		contactredenen van asielzoekers (gebaseerd op deelcontacten n=2899)*	
		n	%
A	algemeen en niet gespecificeerd	665	23%
B	bloed en bloedvormende organen	34	1%
D	spijsverteringsorganen	579	20%
F	oog	146	5%
H	oor	91	3%
K	hart vaatstelsel	123	4%
L	bewegingsapparaat	286	10%
N	zenuwstelsel	175	6%
P	psychische problemen	188	6%
R	luchtwegen	435	15%
S	huid en subcutis	388	13%
T	stofwisseling	70	2%
U	urinewegen	93	3%
W	zwangerschap/bevalling/anticonceptie	155	5%
X	geslachtsorganen en borsten vrouw	89	3%
Y	geslachtsorganen man	22	0,8%
Z	sociale problemen	111	4%

* Hier moet in acht worden genomen dat de contactregistraties in de winter en het vroege voorjaar hebben plaatsgevonden

Meer gedetailleerde informatie over aan de praktijkverpleegkundige gepresenteerde klachten is opgenomen in tabel 3.20. Hierin staan de 10 meest voorkomende contactredenen gebaseerd op deelcontactniveau. Meest voorkomende contactreden is de vraag om medicatie of een (herhaal)recept. De asielzoeker komt dan bijvoorbeeld een herhaalrecept ophalen en heeft daarbij toelichting nodig van de praktijkverpleegkundige. Ook kan het zijn dat de asielzoeker een verzoek heeft om medicatie. De praktijkverpleegkundige kan indien de patiënt bekend is bij de huisarts dit verzoek bij de huisarts neerleggen of de asielzoeker verwijzen. Ook kan het zijn dat er geen actie wordt ondernomen.

Tabel 3.20 Meest voorkomende contactredenen voor consultatie van de praktijkverpleegkundige (% op het aantal bekende antwoorden)

Contactredenen van asielzoekers (aantal en percentage gebaseerd op deelcontacten n=2899)			
		n	%
1	A50 medicatie/recept	211	7%
2	D19 symptomen/ klachten tanden/tandvlees	208	7%
3	N01 hoofdpijn	114	4%
4	R05 hoesten	113	4%
5	D02 maagpijn	110	4%
6	S29 andere symptomen/klachten huid	99	3%
7	A45 advies/voorlichting algemeen	64	2%
8	L02 rug symptomen klachten	41	1%
9	F05 andere visussymptomen/klachten	34	1%
10	D06 andere gelokaliseerde buikpijn	32	1%

3.10 Patiëntgebonden taken

Tijdens het contact kan de praktijkverpleegkundige patiëntgebonden taken verrichten. In de hierna komende tabel wordt weergegeven welke taken er worden verricht door praktijkverpleegkundigen met de daarbij behorende frequentie. In tabel 3.4 van dit hoofdstuk is reeds ingegaan op het wel of niet verrichten van bepaalde patiëntgebonden taken door praktijkverpleegkundigen. In tabel 3.21 wordt gepresenteerd hoe vaak praktijkverpleegkundigen de betreffende patiëntgebonden taken verrichten en of zij dit in opdracht van de huisarts doen of op eigen initiatief.

Tabel 3.21 Patiëntgebonden taken die praktijkverpleegkundigen verrichtten bij asielzoekers (aantallen berekend op deelcontactniveau n=2899)

patiëntgebonden taken	taak uitgevoerd:			
	op eigen initiatief van de praktijkverpleegkundigen		in opdracht van de huisarts	
	n	%	n	%
uitvragen zorgvraag	1880	70%	88	3%
zelfzorgadvies	925	36%	46	2%
temperatuur meting	203	8%	7	0,3%
bloeddruk meting	140	5%	23	0,9%
keel-neusinspectie	113	4%	3	0,1%
verzorgen herhaalreceptuur	103	4%	63	2%
urine-onderzoek*	92	4%	19	0,7%
polsslag	80	3%	9	0,3%
gewichtsmeting	39	2%	3	0,1%
doen van wondverzorging*	26	1%	8	0,3%
zwangerschapstest*	19	0,7%	3	0,1%
HB-meting*	14	0,5%	6	0,2%
glucosemeting*	9	0,3%	10	0,4%
visustest*	4	0,2%	2	0,07%
uitspuiten van oren*	1	0,03%	0	0%
griepvaccinatie*	0	0%	0	0%
assisteren inbrengen spiraaltje*	0	0%	0	0%
andere taken	403	16%	90	3%

onbekend: 302

* doktersassistentie-taak die niet officieel tot de taken van de praktijkverpleegkundige van de MOA behoort

In tabel 3.21 is te zien dat er over het algemeen weinig doktersassistentie-taken worden verricht. Het meest wordt de pols, bloeddruk en temperatuur gemeten. Indien doktersassistentie-taken worden verricht, gebeurt dat vooral op eigen initiatief van de praktijkverpleegkundige. Onder de categorie andere taken is het meest genoemd, inspectie van de huid. Alhoewel praktijkverpleegkundigen in tabel 3.4 aangaven wel eens doktersassistentie-taken te verrichten, worden deze in de praktijk relatief weinig verricht, zoals blijkt uit de contactregistraties.

Van de asielzoekers bezoekt 54% de praktijkverpleegkundige voor het eerst met de betreffende klacht of vraag en 46% komt om een vervolcontact. In een kwart van de gevallen heeft de praktijkverpleegkundige specifiek naar aanleiding van het contact met een asielzoeker contact opgenomen met de huisarts.

Voor 23% van de deelcontacten heeft de praktijkverpleegkundige een nieuwe afspraak gemaakt voor een consult. Daarnaast worden asielzoekers regelmatig verwezen naar andere hulpverleners. Tabel 3.22 geeft inzicht in de frequentie waarin asielzoekers worden verwezen door praktijkverpleegkundigen, gespecificeerd naar het type hulpverlener.

Tabel 3.22 Verwijzingen van asielzoekers naar andere hulpverleners door praktijkverpleegkundigen (deelcontactniveau) (n=2899)

verwijzing naar type hulpverlener	AZC		OC		AVO		totaal n=2899	
	n	%	n	%	n	%	n	%
huisarts	568	34%	213	36%	218	33%	999	34%
tandarts	109	7%	30	5%	73	12%	212	7%
hulpverlener binnen de MOA	56	3%	52	9%	13	2%	121	4%
anders	207	12%	93	16%	91	14%	391	13%
totaal aantal verwijzingen	940	56%	388	66%	395	61%	1723	59%

Uit tabel 3.22 blijkt dat asielzoekers door praktijkverpleegkundigen het meest worden verwezen naar de huisarts. De reden om een patiënt te verwijzen is vaak een behandeling (65%). Daarnaast worden asielzoekers vaak verwezen om een diagnose van de klachten te laten stellen (50%) en in mindere mate om gerust gesteld te worden (10%).

Tabel 3.23 brengt het verwijzingspatroon in beeld per ICPC-hoofdstuk. Van alle asielzoekers die via de praktijkverpleegkundige bij de huisarts komen, bestaan de grootste groepen uit asielzoekers met klachten uit de ICPC-hoofdstukken 'huid en subcutis', 'spijsvertering', algemeen en niet gespecificeerd', 'luchtwegen' en 'bewegingsapparaat' (respectievelijk 11%, 10%, 9% en 8%). Bij de huisarts komen via een verwijzing door de praktijkverpleegkundige relatief weinig asielzoekers die problemen hebben met bloed, stofwisseling, mannelijke geslachtsorganen of sociale problemen. Ook asielzoekers waarvan de praktijkverpleegkundige oordeelt dat het om psychische problemen gaat, komen relatief weinig via een verwijzing door de praktijkverpleegkundige bij de huisarts (2%).

Tabel 3.23 Verwijspercentage per ICPC-hoofdstuk

ICPC-hoofdstuk	verwijzing naar huisarts per ICPC-hoofdstuk (percentages van deelcontacten n=2899)
A algemeen en niet gespecificeerd	9%
B bloed en bloedvormende organen	1%
D spijsverteringsorganen	10%
F oog	2%
H oor	3%
K hart vaatstelsel	3%
L bewegingsapparaat	8%
N zenuwstelsel	4%
P psychische problemen	2%
R luchtwegen	8%
S huid en subcutis	11%
T stofwisseling	1%
U urinewegen	2%
W zwangerschap/bevalling/anticonceptie	2%
X geslachtsorganen en borsten vrouw	3%
Y geslachtsorganen man	1%
Z sociale problemen	1%
onbekend	

3.11 Samenvatting

Het hoofdstuk is gebaseerd op enquêtes en contactregistratieformulieren die zijn ingevuld door praktijkverpleegkundigen van de Medische Opvang Asielzoekers. De helft van de praktijkverpleegkundigen die werkzaam zijn in de zorg voor asielzoekers is jonger dan 40 jaar en van het vrouwelijk geslacht. Meer dan een derde van de praktijkverpleegkundigen is werkzaam voor meer dan één asielzoekerscentrum. De functie van praktijkverpleegkundige in de zorg aan asielzoekers wordt vaak vervuld door ervaren verpleegkundigen. Bijna een kwart van de praktijkverpleegkundigen werkt korter dan een jaar voor asielzoekers. Voor de uitoefening van het beroep is door bijna alle praktijkverpleegkundigen specifieke scholing gevolgd (91%), zoals een introductiecursus van Pharos of COA. Het houden van inloopsprekuren waar asielzoekers met vragen, klachten en problemen op het gebied van

gezondheid en gezondheidszorg terecht kunnen is één van de kerntaken van de praktijkverpleegkundigen. Zevenendertig procent van de praktijkverpleegkundigen vindt dat asielzoekers in hoge mate tot zeer hoge mate de MOA raadplegen met vragen die niet de MOA betreffen. De frequentie waarin asielzoekers gebruik kunnen maken van het inloopspreekuur varieert per centrum van één dagdeel tot 10 dagdelen per week. Volgens de meeste praktijkverpleegkundigen is er voor asielzoekers voldoende gelegenheid om het inloopspreekuur te bezoeken. De patiëntgebonden taken die praktijkverpleegkundigen tijdens het inloopspreekuur verrichten, en soms ook daarbuiten, zijn veelal te classificeren in de categorieën preventie- en toegeleidingstaken. Daarnaast zegt een groot deel van de praktijkverpleegkundigen ook wel eens doktersassistentie-taken uit te voeren, die niet officieel in hun functieprofiel zijn opgenomen. Meer dan de helft van de praktijkverpleegkundigen werkt met meer dan één andere praktijkverpleegkundige en meer dan één huisarts samen. Indien nodig kan de praktijkverpleegkundige de asielzoeker verwijzen naar de huisarts. Echter het is voor de praktijkverpleegkundige niet altijd duidelijk wanneer een asielzoeker wel of niet verwezen moet worden naar de huisarts. Meer dan een kwart van de praktijkverpleegkundigen twijfelt regelmatig tot vaak over het wel of niet verwijzen van een asielzoeker naar de huisarts. Daarnaast ervaart 40% van de praktijkverpleegkundigen regelmatig tot vaak dat een asielzoeker aandringt op een consult bij de huisarts terwijl de praktijkverpleegkundige dat niet noodzakelijk acht. Indien de praktijkverpleegkundige aan de huisarts vraagt een visite te brengen aan een zieke asielzoeker, ervaart 80% de reactie van de huisarts als neutraal of instemmend en de rest vindt dat de huisarts afwijzend of zeer afwijzend reageert op hun verzoek. Het maken van werkafspraken en het houden van werkoverleg kan er toe bijdragen dat de samenwerking tussen de huisarts en praktijkverpleegkundige goed verloopt. Tweeëntachtig procent van de praktijkverpleegkundigen heeft afspraken gemaakt over de samenwerking en 77% houdt werkoverleg met de huisarts. De meeste van hen vinden dat de gemaakte afspraken over de samenwerking met de huisarts vaak tot altijd worden nagekomen. De meeste knelpunten in de zorg aan asielzoekers zijn gelegen in de problemen in de communicatie met de asielzoekers. In de reguliere zorg ervaart 91% van de praktijkverpleegkundigen knelpunten, waarbij de communicatie en samenwerking met medisch specialisten, de beschikbaarheid van tandartsen en de GGZ het meest genoemd werden. Indien gebruik wordt gemaakt van het tolkencentrum is 69% daar tevreden over.

De gemiddelde contactfrequentie met de praktijkverpleegkundige van asielzoekers blijkt 5,7 te zijn per asielzoeker op jaarbasis. De contactfrequentie verschilt per centrum. Aangenomen kan worden dat dit verband houdt met het type centrum, de frequentie waarin de praktijkverpleegkundige spreekuur houdt en de frequentie waarin asielzoekers bij de huisarts terecht kunnen. Contacten met de praktijkverpleegkundige worden even vaak gemaakt door mannelijke als vrouwelijke asielzoekers, doordat de vrouwen, die in kleinere aantallen vertegenwoordigd zijn in de centra dan de mannen, de praktijkverpleegkundige vaker bezoeken. De meeste asielzoekers zijn te classificeren in de leeftijdscategorie 20-39 jaar. Ouderen treffen we onder asielzoekers nauwelijks aan. De meest voorkomende herkomstlanden zijn Angola, Afghanistan en Irak. In de meeste gevallen maken de asielzoekers op eigen initiatief een afspraak met de praktijkverpleegkundige. In 10% van de contacten ging het om een vervolgspraak met de praktijkverpleegkundige. De meeste contacten vinden plaats tijdens het spreekuur van de praktijkverpleegkundige (81%). In mindere mate gaat het om EHBO of geplande voorlichting. De contacten duren gemiddeld 9,6 minuten. Er is een significant verschil in contactduur tussen de typen centra. Bij een OC

duren de contacten gemiddeld het langst en bij een AVO het kortst. Ook is er bij een OC het vaakst een tolk nodig, waardoor de contactduur ook automatisch langer is dan wanneer er sprake is van een soepel verlopende communicatie. In een kwart van de gevallen achtten de praktijkverpleegkundigen het nodig om een tolk te gebruiken. In 20% van de gevallen dat een tolk nodig werd geacht werd er geen gebruik van gemaakt. In de meeste gevallen is het niet gelukt om een tolk te krijgen (12%) en in 8% heeft de praktijkverpleegkundige niet geprobeerd om een tolk te krijgen. Indien er wel gebruik is gemaakt van een tolk werd de vertaling het vaakst gedaan door een bekende van de asielzoeker die de taal beter machtig is.

Redenen om contact te zoeken met de praktijkverpleegkundige betreffen bij asielzoekers relatief vaak algemene en niet gespecificeerde problemen, problemen met de spijsvertering, luchtwegen, huid en bewegingsapparaat. Relatief minder vaak presenteren zij problemen met bloed en bloedvormende organen, de geslachtsorganen van de man en met de stofwisseling. De meest voorkomende contactreden is een vraag om medicatie. Tijdens het contact met de asielzoeker worden er door de praktijkverpleegkundige vaak patiëntgebonden taken verricht. Het betreffen veelal preventie-, en toegeleidingstaken. In mindere mate worden er doktersassistentie-taken verricht (8%). Indien deze wel verricht worden gaat het vaak om urineonderzoek. Het toedienen van een griepvaccinatie of het assisteren bij het inbrengen van een spiraaltje zijn tijdens de registratieperiode helemaal niet verricht door praktijkverpleegkundigen. Van de asielzoekers bezoekt 54% de praktijkverpleegkundige voor het eerst met de betreffende klacht of vraag en 46% komt voor een vervolcontact. In een kwart van de gevallen heeft de praktijkverpleegkundige, specifiek naar aanleiding van het contact met de asielzoeker, contact opgenomen met de huisarts. Dit kan gaan om telefonisch contact of dat de praktijkverpleegkundige is binnengelopen in de spreekkamer van de huisarts. Voor 23% van de deelcontacten heeft de praktijkverpleegkundige een nieuwe afspraak gemaakt met de asielzoeker voor een consult. Daarnaast worden asielzoekers regelmatig verwezen naar andere hulpverleners, waarvan het vaakst naar de huisarts (34% van de deelcontacten). Veel minder worden asielzoekers verwezen naar de tandarts of naar een andere hulpverlener binnen de MOA. De reden waarom praktijkverpleegkundigen asielzoekers verwijzen naar andere hulpverleners is vaak een behandeling 65%, in mindere mate het stellen van een diagnose 50% en in een klein aantal gevallen om de asielzoeker gerust te stellen 10%. Van alle asielzoekers die via de praktijkverpleegkundige bij de huisarts komen, bestaan de grootste groepen uit asielzoekers met klachten uit de ICPC-hoofdstukken 'huid en subcutis', 'spijsvertering' 'algemeen en niet gespecificeerd', 'luchtwegen' en 'bewegingsapparaat'.

4 Huisartsenzorg aan asielzoekers

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de door huisartsen geboden zorg aan asielzoekers. De gegevens zijn gebaseerd op enquêtes en contactregistratieformulieren die ingevuld zijn door huisartsen. De enquêtes zijn afgenomen onder alle huisartsen die zorg verlenen aan asielzoekers (exclusief die huisartsen die alleen Avond-, Nacht-, en Weekenddiensten vervullen voor asielzoekers) (n=341) met een netto respons van 61%. De registratieformulieren zijn gedurende twee tot vijf weken ingevuld door huisartsen verbonden aan 26 over het land verspreide asielzoekerscentra, naar aanleiding van contacten met asielzoekers. Een aantal formulieren is ter illustratie uitgewerkt in de vorm van een casus. De opbouw van het hoofdstuk is als volgt: in paragraaf 4.2 wordt ingegaan op de achtergrondgegevens van huisartsen die voor asielzoekers werken en op de organisatie van de huisartsenzorg voor een centrum. In paragraaf 4.3 komt de samenwerking tussen de huisarts en de praktijkverpleegkundige aan bod. De verwijzing van asielzoekers naar de tweede lijn wordt in paragraaf 4.4 besproken. Ervaren knelpunten in de zorg aan asielzoekers worden in paragraaf 4.5 aan de orde gesteld. In de paragrafen 4.6 tot en met 4.12 worden de resultaten uit de contactregistraties gepresenteerd. Eerst wordt ingegaan op de kenmerken van invloed op de geleverde huisartsenzorg als leeftijd, geslacht en herkomst van asielzoekers en patiënten uit referentiegroepen. Contactfrequenties tussen huisartsen en asielzoekers per centrum worden in paragraaf 4.7 aan de orde gesteld. Vervolgens komen in paragraaf 4.8 de consultkenmerken aan de orde zoals het gebruik van tolken, het type consult en de contactduur. In paragraaf 4.9 is gerapporteerd met welke redenen asielzoekers de huisarts consulteerden en de daarna gestelde diagnoses. De therapeutische en diagnostische interventies die huisartsen hebben verricht tijdens het contact met asielzoekers worden besproken in paragraaf 4.10. Eventuele bijzonderheden of verzwarende omstandigheden die zich hebben voorgedaan tijdens het consult zijn te lezen in paragraaf 4.11. Het hoofdstuk wordt afgesloten in paragraaf 4.12 met een samenvatting, waarin de belangrijkste resultaten op een rij worden gezet.

4.2 Kenmerken van huisartsen en huisartsenzorg aan asielzoekers

Tabel 4.1 geeft inzicht in kenmerken van huisartsen die zorg verlenen aan asielzoekers. Middels een telefonische non-respons-analyse zijn een aantal basisgegevens verkregen van huisartsen die de enquête niet retourneerden, welke ook in de tabel worden gepresenteerd.

Uit tabel 4.1 blijkt dat een aantal kenmerken van de non-respondenten afwijkt van de respondenten. Verschillen zijn te zien in de praktijkvorm, organisatie van het spreekuur en het type centrum waarvoor de huisarts werkt. Onder de non-respondenten bevinden zich minder huisartsen die in een groepspraktijk werken dan onder de respondenten (respectievelijk 20% en 32%). Non-respondenten houden het spreekuur voor asielzoekers significant vaker in de

eigen praktijk dan respondenten (respectievelijk 80% en 71%; $p=0.01$) en werken vaker voor een AVO (61% en respectievelijk 41%; $p=0,002$).

Tabel 4.1 Kenmerken van huisartsen die zorg verlenen aan asielzoekers (% op het aantal bekende antwoorden)

kenmerken van huisartsen*	respondenten		non-respondenten		totaal aantal huisartsen	
	(n=191)		(n=109)**		(n=300)	
	n	%	n	%	n	%
<i>geslacht:</i>						
man	140	80%	92	84%	232	82%
vrouw	35	20%	17	16%	52	18%
<i>praktijkvorm:</i>						
solopraktijk	89	50%	50	46%	139	49%
groepspraktijk	56	32%	22	20%	78	27%
loondienst	6	3%	0	0%	6	2%
anders	26	15%	37	34%	63	22%
<i>aantal centra waarvoor de huisarts werkt:</i>						
één centrum	158	89%	92	84%	250	87%
meer dan één centrum	19	11%	17	16%	36	13%
<i>organisatie van het spreekuur voor asielzoekers:**</i>						
regulier spreekuur in de praktijk	103	59%	79	73%	182	60%
apart spreekuur in de praktijk	22	12%	8	7%	30	10%
apart spreekuur in het centrum	63	36%	19	17%	82	27%
anders	8	5%	5	5%	13	4%
<i>type centrum waarvoor de huisarts werkt:</i>						
AVO	75	40%	86	61%	161	49%
AZC	103	54%	54	39%	157	48%
OC	11	6%	1	0,5%	12	4%

* het aantal onbekenden varieert per kenmerk, daardoor komen de totalen anders uit

** percentage is hoger dan 100% omdat huisartsen meer antwoorden konden invullen;

*** niet alle non-respondenten zijn tijdens de non-respons-analyse bereikt en niet iedereen was nog in functie

Tabel 4.2 Ervaring van huisartsen die zorg verlenen aan asielzoekers (n=191)

aantal jaar ervaring	huisartsen	
	n	%
<i>als praktiserend huisarts:</i>		
0-4 jaar	25	13%
5-9 jaar	36	19%
10-15 jaar	42	22%
16 jaar of langer	84	45%
<i>als huisarts voor asielzoekers:</i>		
0-1 jaar	20	11%
2-3 jaar	60	32%
4-5 jaar	42	22%
6 jaar of langer	65	35%

onbekend 4=2%

In tabel 4.2 is te zien dat 13% van de huisartsen die zorg verlenen aan asielzoekers vier jaar of minder ervaring heeft als huisarts en 11% van de huisartsen heeft één jaar of minder ervaring als huisarts in de zorg voor asielzoekers. Daarentegen zit 68% al langer dan tien jaar in het vak, waarvan 58% meer dan vier jaar ervaring heeft in de zorg aan asielzoekers.

Bij het openen van een COA-centrum zal het zorgnetwerk in en rond het centrum vormgegeven moeten worden, conform landelijk geldende kaders. Huisartsen die hun praktijkgebied in de buurt van het COA-centrum hebben, zullen benaderd worden met de vraag of zij zorg willen verlenen aan asielzoekers. De wijze waarop huisartsen benaderd werden is in de loop der jaren veranderd. In het verleden werden huisartsen bijvoorbeeld benaderd door de huismeester van een AVO-locatie of door medewerkers van het Ministerie van VWS (Volksgezondheid Welzijn en Sport). Nu is de LHV/DHV de aangewezen organisatie om huisartsen te benaderen met de vraag of zij zorg willen verlenen aan asielzoekers. In tabel 4.3 staan overwegingen die huisartsen hadden om zorg te verlenen aan asielzoekers.

Tabel 4.3 Overwegingen van huisartsen om zorg aan asielzoekers te gaan verlenen (n=191)

overwegingen**	AZC (n=104)		OC (n=11)		AVO (n=73)		totaal* (n=188)	
	n	%	n	%	n	%	n	%

persoonlijke interesse**	61	59%	9	82%	19	26%	89	47%
financiële vergoeding**	41	39%	7	64%	13	18%	61	32%
maatschappelijke plicht**	44	42%	3	27%	49	67%	96	51%
anders	40	38%	5	45%	28	38%	73	39%

onbekend 3=2%:

* meer antwoorden zijn mogelijk waardoor $n > 191$

** verschillen tussen typen centra: χ^2 ; df 2; $p=0.00$

Van de huisartsen heeft 47% persoonlijke interesse in de zorg aan asielzoekers en meer dan de helft ziet het als een maatschappelijke plicht om de zorg voor asielzoekers op zich te nemen. Er is een verband tussen de overweging om als huisarts voor asielzoekers te gaan werken en het type centrum waarvoor de huisarts werkt. Bij huisartsen die voor een OC werken speelt persoonlijke interesse en de financiële vergoeding vaker een rol dan bij de huisartsen die voor een AZC of AVO werken. Maatschappelijke plicht speelt voor huisartsen verbonden aan een OC minder vaak een rol in tegenstelling tot de overige huisartsen. Voor een aantal huisartsen bood de zorg aan asielzoekers nieuwe mogelijkheden. Een aantal argumenten daarvoor zijn:

"gaf financiële ruimte voor het aantrekken van een collega"
 "mogelijkheid om als huisarts te werken zonder praktijk"
 "praktijk lag het dichtste bij de AVO, de extra inkomsten konden we goed gebruiken"
 "tijdelijke opvulling voor eventueel vertrek naar het buitenland"
 "vergemakkelijkt uitbreiding maatschap".

Een aantal andere redenen van huisartsen om zorg aan asielzoekers te verlenen zijn:

"maatschappelijke interesse, onderzoek naar de essentie van 'wat is hulpverlening?'"
 "mijn voorouders waren ook asielzoekers"
 "van de ene op de andere dag medegedeeld"
 "werd door onze strot geduwd"
 "niemand anders van de HAGRO wilde het doen"
 "via waarneming geleidelijk in terecht gekomen en met veel plezier"
 "was al zo toen we de praktijk overnamen"
 "collega's lieten het afweten"
 "in 1992 werd gevraagd of we de week erop de huisartsenzorg voor een trein Bosniërs wilden verzorgen"
 "kleine praktijk met nog ruimte destijds"
 "mogelijkheid om als huisarts te werken zonder eigen praktijk"

De overwegingen van huisartsen om zorg te verlenen aan asielzoekers variëren van een eigen keuze om als huisarts voor asielzoekers te werken tot de ervaring dat het volledig opgedrongen is door anderen. De achterliggende redenen om zorg te verlenen aan asielzoekers kan van invloed zijn op de ervaren subjectieve werklast. De groep huisartsen die het zorg verlenen aan asielzoekers als een maatschappelijke plicht ziet, ervaart de emotionele belasting vaker hetzelfde als bij de zorg aan ziekenfonds patiënten. De overige huisartsen ervaren de belasting bij de zorg aan asielzoekers vaker als hoger. Tabel 4.4 geeft meer inzicht in de ervaren emotionele belasting bij de zorg aan asielzoekers.

Tabel 4.4 De ervaren emotionele belasting door huisartsen in de zorg voor asielzoekers ten opzichte van ziekenfonds patiënten (n=191)

emotionele belasting	AZC (n=103)		OC (n=11)		AVO (n=72)		huisartsen (n=186)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
hoger	70	68%	7	64%	43	60%	120	65%
evenveel	31	30%	4	36%	28	39%	63	34%
lager	2	2%	0	0%	1	1%	3	2%

onbekend 5 = 3%

Chi²; df 4; p=0.74

Van de huisartsen ervaart 64% de emotionele belasting in de zorg aan asielzoekers hoger dan die in de zorg aan ziekenfonds patiënten. Veel genoemde factoren die daarbij een rol spelen zijn: agressie door asielzoekers, communicatieproblemen, traumatiseringsproblematiek, machteloosheid van de huisarts om de asielzoeker te helpen en de presentatie van oneigenlijke vragen door asielzoekers. Uit nadere analyses blijkt dat de ervaren emotionele belasting door huisartsen niet significant verschilt tussen de typen centra.

Indien er meer huisartsen in een samenwerkingsverband werken, moet worden bepaald wie wanneer de zorg voor asielzoekers op zich neemt. Uit de enquête blijkt dat huisartsen binnen hun praktijk of samenwerkende praktijken vaak in goed onderling overleg bepalen wanneer welke huisarts de zorg voor asielzoekers op zich neemt. Asielzoekers worden bijvoorbeeld evenredig verdeeld onder huisartsen binnen de praktijk. Het komt ook voor dat huisartsen een persoonlijke voorkeur hebben voor de zorg voor asielzoekers boven ziekenfonds patiënten en daarom meer asielzoekers in hun patiëntenpopulatie opnemen dan collega-huisartsen. Niet alle praktijken hebben afspraken over het aantal asielzoekers dat iedere huisarts ziet en nemen bijvoorbeeld alle patiënten zoals ze binnen komen.

4.2.1 *Patiëntgebonden werklust die asielzoekers voor de huisarts met zich meebrengen*

De hoeveelheid geboden zorg is onder meer afhankelijk van het type centrum waarvoor de huisarts werkt. Asielzoekers die in een OC verblijven zijn in de regel korter dan vijf maanden in Nederland en daardoor minder bekend met het gezondheidszorgsysteem dan asielzoekers in een AZC of AVO. Dit kan invloed hebben op de consumptie van de medische zorg. Verder kunnen de capaciteit van het centrum, de samenstelling van het centrum, het aantal dagdelen dat huisartsen spreekuur houden voor asielzoekers, het aantal asielzoekers waarover de zorg van de huisarts zich uitstrekt en het verschillende aantal centra waarvoor de huisarts werkt een rol spelen bij de ervaren werklust door de huisarts.

Tabel 4.5 De werklust van de huisarts in kwantitatieve zin: aantal dagdelen, grootte van de asielzoekerspopulatie en aantal centra waarvoor de huisarts zorg draagt (n=191)

patiënt gebonden werklust	huisartsen	
	n	%
<i>aantal dagdelen dat asielzoekers terecht kunnen op het spreekuur:</i>		
1-2	52	35%
3-4	28	19%
5-6	11	7%
7-8	15	10%
9-10	41	28%
onbekend:	44	23%
<i>aantal asielzoekers waarvoor zorg wordt gedragen:</i>		
0-99	59	32%
100-499	90	49%
500-999	27	15%
1000<	9	5%
onbekend:	6	3%
<i>aantal opvangcentra waarvoor de huisarts werkzaam is:</i>		
één centrum	166	90%
meer dan één centrum	19	10%
onbekend:	6	3%

Uit tabel 4.5 blijkt dat de meeste huisartsen zorg dragen voor meer dan 100 asielzoekers (68%). Bij de meeste huisartsen kunnen asielzoekers op meerdere dagen de huisarts consulteren (66%).

Avond-, Nacht- en Weekenddienst door de huisarts

Zorgverzekeraar VGZ heeft contracten met huisartsen afgesloten voor de zorgverlening aan asielzoekers. Ook tijdens de Avond-, Nacht- en Weekenduren (ANW) kunnen asielzoekers een beroep doen op de huisartsenzorg. Om de dienstdoende huisartsen in de ANW-uren te ontlasten is op 3 januari 2000 De Meldkamer/CPA van de GG&GD te Amsterdam in werking getreden. De Meldkamer/CPA is op de gestelde tijden in de ANW-uren het vangnet in de

eerste lijn voor asielzoekers met gezondheidsvragen. De verpleegkundig centralist zal de hulpvraag ten alle tijde in behandeling nemen en binnen haar mogelijkheden beantwoorden. Door middel van een uitvraagmethodiek wordt toegewerkt naar een indicatiestelling c.q. verpleegkundige diagnose. Aan de hand daarvan wordt actie ondernomen in de vorm van een advies tot zelfhulp (pijnstilling, morgen naar de medische opvang) een verwijzing (Spoedeisende Hulp, tandarts) of het in consult roepen van de huisarts (GG & GD Amsterdam, 2002). Nagenoeg alle asielzoekerscentra zijn hierop aangesloten behalve AVO's met minder dan 140 asielzoekers. In totaal wordt 60% van de binnen gekomen hulpvragen van asielzoekers door de Meldkamer/CPA zelf afgehandeld en wordt er geen dienstdoende huisarts ingeschakeld (GG & GD Amsterdam, 2002).

Aan de geënquêteerde huisartsen werd gevraagd naar hun tevredenheid over de Meldkamer/CPA. Honderdtwintig huisartsen beantwoordden de vraag, waarvan 83% tevreden is over de Meldkamer en 16% niet. Ontevredenheid komt voornamelijk voort uit*:
(* uitspraken hebben betrekking op 19 huisartsen)

meldkamer is niet transparant:

- geen inzage in aantal contacten van meldkamer en aantal contacten die hebben geleid tot contact met de lokale huisarts;
- onduidelijke kwaliteit van beoordeling hulpvragen door de meldkamer;

onbekendheid met de lokale situatie:

- de kennis over de hulpvrager en de hulpvraag is minimaal;
- beoordeling op afstand;
- ze achterhalen niet goed wie de huisarts is zodat een collega de berichten krijgt;

verkeerde beoordelingen:

- er zit geen arts die een duidelijke anamnese afneemt;
- vaak wordt geen echte spoed doorgestuurd;
- enkele keer verbaasd over verhaal van cliënt in verband met weigering;
- triage is zo onduidelijk dat er meestal (achteraf) onterecht visite is gereden;
- ze sturen asielzoekers veel te vaak zonder raadpleging van de dienstdoende huisarts onterecht door naar het ziekenhuis en anderzijds doen ze te vaak hulpvragen af met telefonisch advies;

geen toegevoegde waarde:

- wordt geen gebruik van gemaakt.

Van alle hulpvragen van asielzoekers die bij de Meldkamer/CPA binnen komen in de avond-, nacht- en weekenduren wordt voor ongeveer 40% een hulpverlener ingeschakeld op het moment van de hulpvraag. Vanuit de Meldkamer/CPA in Amsterdam komt de vraag dan binnen bij de regionale huisartsenpost of rechtstreeks bij de dienstdoende huisarts. Daarnaast komen er in de Avond-, Nacht en Weekenduren ook zonder tussenkomst van de Meldkamer/CPA hulpvragen binnen. Aan de geënquêteerde huisartsen werd gevraagd hoe de waarneming door huisartsen buiten kantooruren is georganiseerd. Tabel 4.6 geeft inzicht in de organisatie van huisartsenzorg buiten kantooruren.

Tabel 4.6 Wijze waarop de waarneming is georganiseerd door huisartsen buiten kantooruren (n=191)

wijze waarop waarneming is georganiseerd	huisartsen	
	n	%
vanuit één HAGRO*	56	30%
vanuit meer dan één HAGRO	13	7%
regionale huisartsenpost	94	51%
vanuit één HAGRO in combinatie met waarneming door de centrale huisartsenpost	8	4%
anders	14	8%

onbekend 6=3%

* Huisartsengroep

Uit tabel 4.6 blijkt dat de zorg voor asielzoekers buiten kantooruren in iets meer dan de helft van de gevallen wordt gecoördineerd door de regionale huisartsenpost. Indien er een melding bij de regionale huisartsenpost binnen komt, dan wordt contact gelegd met een dienstdoende huisarts in de regio. Urgente gevallen worden behandeld door de dienstdoende huisarts of indien nodig door de Spoedeisende Hulpafdeling van het ziekenhuis. In een klein aantal gevallen is de zorg voor asielzoekers tijdens de Avond- Nacht en Weekenduren anders geregeld dan gebruikelijk. Zo meldde een huisarts op Vlieland de enige huisarts te zijn op het eiland. Deze huisarts houdt tijdens kantooruren spreekuur voor asielzoekers en is buiten kantooruren altijd bereikbaar voor urgente gevallen. Ook werd gezegd dat samen met collega-huisartsen onderlinge afspraken zijn gemaakt over de waarneming tijdens ANW-uren zonder dat deze vastgelegd zijn in een contract.

Van alle ondervraagde huisartsen zegt 77% avond-, nacht- en weekenddienst te draaien waarin zij ook de verantwoordelijkheid hebben voor asielzoekers. De overige ondervraagde huisartsen (23%) verlenen alleen tijdens kantooruren zorg aan asielzoekers.

Van de huisartsen die in hun waarnemingsdienst huisartsenzorg hebben gegeven aan asielzoekers, zegt 93% een terugkoppeling te krijgen van hun collega en 7% niet. Redenen waarom huisartsen geen terugkoppeling ontvangen zijn gelegen op het organisatorische en communicatieve vlak. De asielzoekers weten bijvoorbeeld de naam van hun huisarts niet, of omdat via de huisartsenpraktijk niet juist wordt doorgegeven welke huisarts aan welke asielzoeker zorg heeft verleend. Soms wordt het ook vergeten om een terugkoppeling te geven of zijn er geen afspraken over gemaakt. In een klein aantal gevallen (6%) is er helemaal geen informatie-overdracht van hetgeen er in de dienst is gebeurd. De waarnemend huisarts heeft dan geen inzage in het dossier van de asielzoekers en de eigen huisarts krijgt ook geen terugkoppeling van de waarnemend huisarts. Van de ondervraagde huisartsen zegt 61% geen toegang te hebben tot het dossier van de asielzoeker die een beroep op hen doet tijdens de waarnemingsdienst. De reden hiervoor is vaak dat het medisch dossier van de asielzoekers in het archief zit van het asielzoekerscentrum dat buiten kantooruren gesloten is.

4.2.2 De niet-patiëntgebonden werklust voor huisartsen in de zorg aan asielzoekers

De totale werklust voor de huisarts bestaat uit de patiëntgebonden en de niet-patiëntgebonden werklust. De niet patiënt-gebonden werklust kan worden gedefinieerd als “de frequentie, duur en inhoud van activiteiten die geen betrekking hebben op één individuele patiënt, maar op het werk dat gedaan wordt voor een bepaalde populatie patiënten”. Hierbij kan gedacht worden aan scholing, overleg en administratie, et cetera.

Aan de huisartsen werd gevraagd of zij specifieke scholing hebben gevolgd met betrekking tot de medische zorg aan asielzoekers. De frequentie waarin huisartsen scholing genoten en een specificatie van het type scholing wordt weergegeven in tabel 4.7

Tabel 4.7 Genoten scholing door huisartsen met betrekking tot zorgverlening aan asielzoekers (n=191)

genoten scholing door huisartsen met specificatie naar type scholing	n	%
<i>geen scholing gevolgd:</i>	99	53 %
<i>wel scholing gevolgd:</i>	89	47%
<i>specificatie naar type scholing (meer antwoorden mogelijk):</i>		
culturele factoren en ziektebeleving van asielzoekers	37	20%
import- en infectieziekten bij asielzoekers	35	19%
tropengeneeskunde (algemeen)	31	16%
somatisatie/psychosomatiek van klachten bij asielzoekers	30	16%
traumatisering bij asielzoekers	25	13%
communicatievaardigheden /omgaan met taalbarrières bij asielzoekers	22	12%
infectiepreventie in asielzoekerscentra	18	10%
juridische aspecten van zorg aan asielzoekers	12	6%
vluchtelingen en asielzoekers in de GGZ	12	6%
overig	20	11%

onbekend 3=2%

In tabel 4.7 is te zien dat bijna de helft van de huisartsen speciale scholing heeft gevolgd ten behoeve van de zorg aan asielzoekers en 53% deed dat niet. De typen scholing die het meest gevolgd werden zijn: culturele factoren en ziektebeleving van asielzoekers, import- en infectieziekten, tropengeneeskunde algemeen en somatisatie/psychosomatiek van klachten bij asielzoekers. Bij de groep overig is scholing opgenomen die relatief weinig werd gevolgd door huisartsen zoals zorg aan Alleenstaande Minderjarige Asielzoekers (AMA's) en GVO bij asielzoekers. Redenen voor huisartsen om geen specifieke scholing te volgen zijn voornamelijk: geen tijd over hebben, de beschikbaarheid van de scholing sluit niet bij de mogelijkheden van de arts aan, niet rendabel gezien de kleine patiëntenpopulatie die uit

asielzoekers bestaat, het reeds hebben van veel ervaring met andere culturen en het werk gaat goed waardoor scholing niet perse noodzakelijk is.

Organisatie van het spreekuur

Het principe wordt gehanteerd dat asielzoekers met hun gezondheidsklachten een beroep doen op het reguliere circuit. En dus met hun klachten ook naar de reguliere huisarts toe gaan. Daarnaast is het mogelijk dat er een praktijkruimte voor de huisarts wordt ingericht in het asielzoekerscentrum. De organisatie van het spreekuur houdt duidelijk verband met het type centrum. Zo houden huisartsen die voor een OC werken in ieder geval spreekuur op het opvangcentrum en daarnaast kunnen asielzoekers die in een OC verblijven bij een aantal huisartsen ook terecht op het spreekuur in de eigen praktijk. In tegenstelling tot huisartsen die voor OC werken, ontvangen huisartsen die voor een AVO werken de asielzoekers hoofdzakelijk in de eigen praktijk.

Een aantal huisartsen heeft een duidelijke voorkeur voor een bepaalde organisatievorm van het spreekuur. Zo zijn er huisartsen die asielzoekers liever niet ontvangen in hun eigen praktijk tussen de ziekenfonds patiënten, bijvoorbeeld uit vrees dat hun ziekenfonds patiënten daar problemen mee hebben. Daarentegen geven andere huisartsen de voorkeur aan het houden van het spreekuur voor asielzoekers in hun eigen praktijk, bijvoorbeeld om asielzoekers de gelegenheid te geven om te integreren in de maatschappij of om de frequentie van contacten terug te dringen. Het kan zo zijn dat asielzoekers minder snel de huisarts bezoeken als de af te leggen afstand naar de huisarts groter is. Het blijkt dat 85% van de huisartsen de reistijd die de asielzoeker moet afleggen om bij de huisartsenpraktijk te komen niet van invloed vindt op hun werklast. De reistijd heeft wel invloed op andere factoren, zo werd er bijvoorbeeld genoemd: “er wordt meer telefonisch afgehandeld tussen de praktijkverpleegkundige en de huisarts”, “asielzoekers wensen niet meer te komen omdat er geen bus voor 10 uur ‘s morgens rijdt en ze daarom 20 minuten moeten fietsen”, “er is speciaal overleg dat één keer in de drie weken plaatsvindt waarin de praktijkverpleegkundige de asielzoekers bespreekt waarvan zij het nodig acht de huisarts te consulteren en daarnaast kunnen asielzoekers voor spoedgevallen komen”. Voor sommige huisartsen was de invloed niet duidelijk.

Er is veel diversiteit in de zorgverlening aan asielzoekers door huisartsen. Om een beeld te schetsen hoe de huisartsenzorg georganiseerd is binnen de verschillende typen centra worden twee casussen uitgewerkt, naar aanleiding van een interview met de betrokken huisarts.

Casus 1: huisartsenzorg aan asielzoekers die in een AZC verblijven

De asielzoekers verblijven in één van de oudste AZC's van Nederland. Ongeveer 15 jaar geleden werd er in vier gemeenten in Nederland een asielzoekerscentrum geopend om zwervende asielzoekers op te vangen. Deze casus is gebaseerd op een gesprek met de huisarts uit één van die vier dorpen. Iemand van VWS nam ongeveer 15 jaar geleden contact op met de huisarts met de vraag een afspraak te maken over de zorg aan asielzoekers. De huisarts ging daarmee akkoord en vervolgens kwamen er een paar mensen van VWS uit Den Haag. Ze kwamen mededelen dat er waarschijnlijk een centrum geopend zou worden in het dorp en vroegen hoe hij er tegenover stond om de zorg voor asielzoekers op zich te nemen. Hij zei dat hij er zowel niet positief als niet negatief tegenover stond, want hij wist niet wat het inhield. De huisarts had op zich weinig keus want de stichting van het AZC was al bijna rond, dus nam hij de beslissing om het maar gewoon te proberen. Hij was toen en is nu nog steeds de enige huisarts in het dorp. De LHV heeft zich in het begin nauwelijks bemoeid met de coördinatie omtrent de huisartsenzorg aan asielzoekers. In het begin was alles losjes geregeld omtrent de zorg aan asielzoekers. De wijze van betaling voor de zorg aan deze patiëntenpopulatie veranderde ook regelmatig, dan per consult en dan weer volgens een abonnementstarief. De maaltijden werden verzorgd door Martinair Catering. In eerste instantie voor 175 asielzoekers en toen voor 240 asielzoekers en nu is het aantal opgelopen tot bijna 400. De huisarts heeft ongeveer 25 contacten per week waarbij het hoofdzakelijk om spreekuurconsulten gaat. Een enkele keer brengt de huisarts een visite.

De asielzoekers kunnen niet zonder tussenkomst van de MOA een afspraak met de huisarts maken. Met de praktijkverpleegkundigen zijn goede afspraken gemaakt over de toegeleiding van asielzoekers naar de huisarts. De huisarts heeft vijf jaar geleden samen met de praktijkverpleegkundigen protocollen gemaakt met betrekking tot interventies bij veel voorkomende klachten van asielzoekers. De huisarts vindt het belangrijk om te weten van iedere praktijkverpleegkundige wat hun mogelijkheden zijn, zodat het duidelijk is wat je van iemand kunt verwachten. In de protocollen staat vermeld welke taken de praktijkverpleegkundige moet verrichten en wanneer het noodzakelijk is om de asielzoeker te verwijzen naar de huisarts. De praktijkverpleegkundigen voeren zowel preventieve als curatieve taken uit. De huisarts vindt dat de praktijkverpleegkundigen naast preventieve taken ook curatieve taken moeten kunnen verrichten, omdat zij allemaal goed geschoold zijn. Het verrichten van curatieve taken is ook noodzakelijk om de hulpvraag goed in te kunnen schatten. De praktijkverpleegkundigen noteren de klachten in het papieren dossier met daarin een heldere vraagstelling aan de huisarts. De asielzoekers komen naar de huisarts met het dossier in een envelop die dicht geniet is, want anders kunnen ze de gegevens uit de envelop halen en gebruiken voor justitiële zaken. De huisarts vindt de wijze waarop de toegeleiding wordt uitgevoerd heel belangrijk. Alle informatie wordt gerapporteerd in het MOA-dossier, zelf houdt de huisarts geen dossier bij van de asielzoekers. De huisarts heeft wel een farmaceutisch dossier met daarin een uitdraai van de laatste klachten waarvoor asielzoekers medicijnen hebben geslikt. De huisarts kan buiten kantooruren altijd bij het medisch dossier van de MOA in het centrum. De huisarts heeft de indruk dat asielzoekers niet vaker op het spreekuur komen dan ziekenfonds patiënten. Wel vindt hij het klachtenpatroon van asielzoekers anders. Zij hebben veel meer psychosociale klachten, zoals haaruitval op basis van stress en veel niet-gegeneraliseerde buikpijn waarvan spanningen ook vaak de oorzaak zijn. Het komt voor dat asielzoekers met buikpijnklaarten komen en daarom door verschillende artsen zijn onderzocht, maar dat er geen oorzaak te vinden is. Weinig klachten die asielzoekers presenteren op het huisartsensprekuur zijn niet geëigend. De patiënten met psychische

klachten worden gezien door de sociaal geneeskundige en indien nodig verwezen naar de GGZ. De sociaal geneeskundige mag volgens het MOA-beleid geen medicatie voorschrijven en vraagt daarom bevestiging voor het geneesmiddelvoorschrift bij de huisarts. Iedere woensdagmiddag houdt de huisarts met de praktijkverpleegkundige werkoverleg waarin het functioneren van de samenwerking wordt geëvalueerd en ook worden er indien nodig patiënten besproken. Alle brieven van specialisten en de laboratoriumformulieren worden gezien door de huisarts en gaan dan geparafeerd terug naar de MOA. De huisarts krijgt van collega-huisartsen altijd een terugkoppeling van hetgeen er in hun dienst is gebeurd. Dit geldt zowel voor ziekenfonds patiënten als voor asielzoekers. De huisarts vond het in het begin wel lastig om zorg te verlenen aan asielzoekers, alles was nieuw en onbekend. Nu ervaart hij de zorg aan asielzoekers niet meer als belastend, omdat het verplegend personeel van de MOA het goed doet en omdat er goede regels in een protocollenmapje zijn opgesteld. Het is belangrijk dat de zorg aan asielzoekers landelijk goed is geregeld, maar hulpverleners dienen niet overbodig te worden geïnformeerd. Goede afspraken met het asielzoekerscentrum en de dokterscentrale in Amsterdam over de verwijzing van asielzoekers hebben een positieve invloed op de werkbelasting. De huisarts heeft nog zelden een tolk nodig. Heel soms bestelt de huisarts een tolk, bijvoorbeeld om een patiënt gerust te stellen. Laatst kwam er een Russische vrouw op het spreekuur die al door veel artsen was gezien voor haar klachten. De vrouw maakte zich nogal zorgen over haar gezondheidstoestand. De huisarts dacht dat het wel goed was om de vrouw de gelegenheid te bieden haar verhaal te doen en schakelde daarom een tolk in. Nadat de vrouw haar verhaal had gedaan was zij veel meer gerust gesteld. Sommige asielzoekers zitten al vijf jaar in het centrum en zwaaien op straat naar de huisarts, "het lijkt op de eigen patiënten uit de reguliere praktijk".

Casus 2: huisartsenzorg aan asielzoekers die in een AVO verblijven.

Asielzoekers verblijven in een huis dat vroeger fungeerde als pension, het ziet eruit als een gewoon woonhuis. Als asielzoekers de huisarts nodig hebben kunnen zij zelf een afspraak maken met de huisarts, zonder tussenkomst van de MOA. In de meeste gevallen maken asielzoekers ook daadwerkelijk zelf de afspraak met de doktersassistente voor een consult bij de huisarts. De huisarts vindt de afspraken die door de MOA op papier zijn gezet een hoop administratief gedoe. Zij heeft een dikke multimap van de MOA ontvangen waar ze slechts een gering deel van heeft gelezen. Het kost haar veel tijd om alles door te lezen en bovendien is veel informatie voor haar niet van toepassing. De huisartsenzorg voor de asielzoekers in de AVO gaat goed en eventuele bemoeizucht door de MOA is niet gewenst. Het geringe contact tussen de praktijkverpleegkundige en de huisarts is echter goed en een verdere regelgeving is niet nodig. De MOA is meer van toepassing op AZC's en OC's. De huisartsenpraktijk is op loopafstand gelegen van het pension waar vandaan de huisarts al 9 jaar zorg biedt aan asielzoekers. De huismeester van het pension waarin de asielzoekers verblijven had 9 jaar geleden gevraagd aan de huisarts of dat zij zorg wilde verlenen aan asielzoekers die in het Pension verblijven. De huisarts reageerde daar bevestigend op. Haar huisartspraktijk bestond toen nog maar net een jaar en zij had toen nog ruimte over om nieuwe patiënten aan te nemen en sommige andere huisartsen hadden dat niet. Ook was het zo dat het pension in haar praktijkgebied ligt. Het zou dan gaan om tijdelijke periode van 2-3 jaar, maar uiteindelijk is het zowat permanent geworden.

Aanvankelijk vond de huisarts het moeilijk om met asielzoekers te werken. De medische cultuur in de herkomstlanden van asielzoekers is anders. Daarnaast is het zo dat bepaalde asielzoekers niet zo'n vertrouwen hebben in een vrouwelijke arts. De huisarts had aanvankelijk het gevoel dat de asielzoekers die bij haar praktijk ingeschreven stonden haar niet zo zagen zitten als huisarts. Vanuit

dat gevoel is het best lastig om huisartsenzorg te bieden. De huisarts ziet de asielzoekers nu als ziekenfonds patiënten. Er is ook minder verloop onder asielzoekers die in de AVO wonen, sommigen wonen er namelijk al 5 jaar (zij zijn nog vanuit het oude asielbeleid), waardoor de huisarts een vertrouwensband met de asielzoekers op heeft kunnen bouwen. De asielzoekers consulteren de huisarts over het algemeen met geëigende klachten. Een enkele keer denkt de huisarts, 'oh, daar heb je die uit het pension weer'. Meestal komen ze met medische klachten en in mindere mate met psychische klachten. Slechts één tot twee keer per jaar komen asielzoekers met bijvoorbeeld tandpijn, waarmee ze beter rechtstreeks naar de tandarts hadden kunnen gaan.

Zolang de huisarts bereid is zorg te verlenen aan asielzoekers en het pension bestaat nog, loopt haar contract in het kader van de ZRA met Zorgverzekeraar VGZ, gewoon door. Zij krijgt van VGZ per asielzoeker die bij haar praktijk staat ingeschreven een vaste vergoeding, ongeacht het aantal keer dat de asielzoeker de huisarts heeft geconsulteerd. De huisarts ziet alle asielzoekers zelf, behalve als het bijvoorbeeld gaat om het ophalen van een herhaalrecept. De doktersassistente van de huisarts verricht alleen maar medisch administratieve taken en geen medische taken. De huisarts ervaart haar werklast niet als te hoog. De medische consumptie van de asielzoekers ligt niet hoger dan hetgeen nodig is. Echter kan de huisarts zich ook goed voorstellen dat andere huisartsen wel een (te) hoge werklast ervaren. Er zijn veel huisartsen in Nederland die het echt heel druk hebben.

De gemiddelde contactfrequentie tussen de huisarts en asielzoekers ligt iets hoger dan bij ziekenfonds patiënten ongeveer 2-3 contacten per week op een populatie van 68 asielzoekers. Met name moeders met kinderen komen vaker omdat zij gauw ongerust zijn. Tijdens het contact tussen asielzoekers is het bijna nooit meer nodig om een tolk in te schakelen. De asielzoekers spreken over het algemeen redelijk Nederlands en indien dat niet zo is, nemen zij een bekende mee die de vertaling doet. De huisarts is van mening dat je ondanks het gebruik van een tolk niet echt betere informatie krijgt. Het gesprek loopt vaak niet zo, omdat het geen rechtstreekse interactie tussen de huisarts en asielzoeker betreft. Ook het non-verbale aspect in het communicatie krijgt minder aandacht. De huisarts en praktijkverpleegkundige hebben allebei een apart dossier van de asielzoekers waarin zij de gegevens van de asielzoekers rapporteren. Zij zien elkaars dossiers niet in. Dat is ook niet nodig, omdat de asielzoekers rechtstreeks naar de huisarts gaan. Indien nodig koppelen de huisarts en praktijkverpleegkundige informatie terug naar elkaar. Soms worden asielzoekers verwezen door de praktijkverpleegkundige van de AVO, als deze een probleem signaleert dat geëigend is om de huisarts te bezoeken. De praktijkverpleegkundige neemt ook wel eens telefonisch contact op met de huisarts met vragen over een asielzoeker. Indien de huisarts het nodig acht om de asielzoeker te zien maakt de praktijkverpleegkundige voor de asielzoeker een afspraak met de huisarts en schrijft een begeleidende brief. Normaal gesproken heeft de asielzoeker geen gegevens bij zich over zijn/haar probleem. De huisarts schetst zelf een beeld van de medische situatie. Toen de asielzoekers ingeschreven werden als patiënt had de huisarts wel het intakeverslag van het OC ontvangen als eerste informatie over de asielzoekers. Wanneer collega-huisartsen in hun waarneming zorg verlenen aan asielzoekers geven zij een terugkoppeling, evenals over de ziekenfonds patiënten. De praktijkverpleegkundige voert geen doktersassistentie-taken uit. Het is moeilijk om die taken in een AVO te verrichten, omdat de praktijkverpleegkundige maar één keer per week spreekuur houdt zijn de problemen al achterhaald. De praktijkverpleegkundige heeft ongeveer 5 contacten met asielzoekers op een ochtend. De contactredenen van de asielzoekers hebben vaak te maken met gebitsproblemen en willen daarom een afspraak bij de tandarts. In de meeste gevallen maakt de praktijkverpleegkundige de afspraken met de tandarts en verwerkt de declaraties. Verder komen asielzoekers met vragen op sociaal of maatschappelijk gebied zoals met vragen over vervoersbewijzen. Ook komen asielzoekers met psychische klachten en dan verwijst de praktijkverpleegkundige indien nodig door naar het maatschappelijk werk of via de huisarts naar de GGZ. Per centrum zijn de verwijzingen naar de GGZ anders geregeld. Soms moeten asielzoekers perse via de huisarts naar de GGZ worden verwezen, maar in andere gevallen kan het rechtstreeks via de praktijkverpleegkundige. Het is maar net wat er afgesproken is.

4.3 Samenwerking

In de zorg voor asielzoekers werken huisartsen samen met collega-huisartsen en daarnaast met personeel van de MOA waarvan voornamelijk met praktijkverpleegkundigen. Aan de geënquêteerde huisartsen werd gevraagd met hoeveel collega-huisartsen en praktijkverpleegkundigen zij samenwerken.

Samenwerking tussen huisartsen onderling

Achtzestig procent van de huisartsen werkt met één of meer andere huisartsen samen, waarvan 20% zegt met één andere huisarts samen te werken, 16% met twee en 30% werkt met meer dan twee huisartsen. Er is geen significant verband gevonden tussen het aantal asielzoekers dat in een centrum verblijft en het aantal gecontracteerde huisartsen. Het aantal gecontracteerde huisartsen naar type centrum vertoont meer samenhang, maar er is ook geen sprake van een significant verband. Wel zijn voor een OC gemiddeld minder huisartsen gecontracteerd dan voor een AZC of AVO. Huisartsen op een OC werken vaker full-time of bijna full-time voor asielzoekers. Het aantal gecontracteerde huisartsen voor de centra varieert van één tot dertien.

Samenwerking tussen huisarts en praktijkverpleegkundige

Iets meer dan de helft van de huisartsen werkt met meer dan één praktijkverpleegkundige (54%), waarvan meestal met twee of drie verschillende (respectievelijk 28% en 14%). Van de ondervraagde huisartsen vindt 71% dat er continuïteit is in de samenwerkingsrelaties met de praktijkverpleegkundige en 20% vindt van niet en van 9% is hun mening onbekend. De oorzaak van discontinuïteit in de samenwerkingsrelatie is volgens de huisartsen veelal gelegen in het part-time dienstverband van praktijkverpleegkundigen en het grote verloop onder deze groep hulpverleners.

Medisch dossier

Naast het medisch dossier van de MOA houdt 64% van de huisartsen ook een medisch dossier bij in de huisartsenpraktijk. De overige huisartsen houden geen eigen dossier bij in de praktijk.

Zoals vermeld in hoofdstuk 1 hebben de praktijkverpleegkundigen van de MOA de taak om de toegeleiding van de asielzoeker naar de huisarts te verzorgen. Bij 38% van de huisartsen kunnen asielzoekers ook zonder tussenkomst van de MOA een afspraak bij de huisarts maken. Hier zijn soms voorwaarden aan verbonden zoals, "urgente gevallen", "bij afwezigheid van de praktijkverpleegkundige", "alleen patiënten waarvan het bekend is dat ze een goede taalbeheersing hebben". Ook komt het voor dat de huisarts dit stimuleert in het kader van de inburgering. Bij 62% van de huisartsen kunnen asielzoekers echter geen afspraak maken voor een consult zonder toegeleiding van de MOA. Het komt ook voor dat er meerdere huisartsen voor hetzelfde centrum werken, maar dat asielzoekers bij de ene huisarts wel zelfstandig een afspraak kunnen maken en bij de andere huisarts niet.

Uit tabel 4.8 blijkt dat huisartsen die asielzoekers ontvangen op het reguliere spreekuur in de praktijk hen ook het meest de gelegenheid geven om een afspraak te maken voor een consult

zonder tussenkomst van de MOA. Voor het type centrum geldt dat asielzoekers bij een huisarts die voor een AVO werkt vaker zelfstandig een afspraak kunnen maken voor een consult dan bij huisartsen die voor een OC werken.

Tabel 4.8 Mogelijkheid om afspraak te maken met de huisarts zonder tussenkomst van de MOA naar organisatie van het spreekuur en type centrum (n=191)

<i>organisatie van spreekuur* :</i>	mogelijkheid om afspraak te maken met huisarts zonder tussenkomst van de MOA			
	ja		nee	
	n	%	n	%
regulier spreekuur in de praktijk	52	48%	56	52%
apart spreekuur voor asielzoekers in de praktijk	7	30%	16	70%
apart spreekuur voor asielzoekers in het centrum	14	22%	50	78%
<i>type centrum:</i>				
AZC	29	29%	73	72%
OC	1	9%	10	91%
AVO	40	56%	32	44%

onbekend 6=3%

per huisarts zijn meerdere organisatievormen mogelijk

Om de samenwerking met de praktijkverpleegkundige te regelen houdt bijna driekwart van de huisartsen werkoverleg- evaluatie met de praktijkverpleegkundige over de organisatie van de toegeleiding. De frequentie waarin dit overleg plaatsvindt varieert tussen de huisartsen van 1 tot 50 keer per jaar, met een totaal gemiddelde van 1 keer per kwartaal. Daarnaast worden er door veel huisartsen afspraken met de praktijkverpleegkundige gemaakt. Van de huisartsen zegt 84% mondelinge afspraken te maken met de praktijkverpleegkundige en 48% maakt (ook) schriftelijke afspraken. Naar de mening van 90% van de huisartsen worden de gemaakte afspraken door beide partijen over het algemeen vaak tot bijna altijd nagekomen. De tevredenheid onder huisartsen over de manier waarop de gemaakte afspraken worden nagekomen is hoog (85%). Een enkele huisarts is minder tevreden over het nakomen van afspraken en wijdt dat aan de praktijkverpleegkundige, doordat zij bijvoorbeeld niet volgens de afspraken doorverwijzen naar het huisartsenspreekuur. Van de huisartsen houdt 74% patiëntenbespreking met de praktijkverpleegkundige en 26% niet. De redenen waarom er geen patiëntenbespreking wordt gehouden zijn: "de afstand", "tijdsgebrek" en "een gering aantal asielzoekers". Sommige huisartsen vinden alleen goede schriftelijke verslaglegging al voldoende. Van de huisartsen die geen patiëntenbespreking houden, koppelt 57% standaard over alle patiënten hun bevindingen terug en 39% koppelt hun bevindingen uitsluitend terug indien nazorg of afstemming is vereist.

In tabel 4.9 wordt ingegaan op de vorm waarin de patiëntenbespreking plaatsvindt (de cijfers in de tabel hebben alleen betrekking op huisartsen die patiëntenbespreking houden).

Tabel 4.9 Vorm waarin de patiëntenbespreking tussen de huisarts en praktijkverpleegkundige wordt gehouden (n=133)

type patiëntenbespreking tussen de huisarts en de praktijkverpleegkundige*	huisartsen met patiëntenbespreking	
	n	%
structurele voor- of nabespreking van het huisartsenspreekuur	62	47%
structurele bespreking samen praktijkverpleegkundige en daarbij andere disciplines van de MOA	32	24%
ad hoc bespreking	72	54%
overige vormen van patiëntenbesprekingen	25	19%

onbekend =0%

* meer antwoorden zijn mogelijk

De meeste huisartsen houden een structurele patiëntenbespreking (62%) met de praktijkverpleegkundige, waarvan er in 24% van de gevallen ook andere disciplines van de MOA bij aanwezig zijn. De meeste huisartsen houden minimaal één keer per jaar patiëntenbespreking.

Zorg aan asielzoekers is een dynamisch veld waarin veel ontwikkelingen gaande zijn. Aan de huisartsen werd gevraagd hoe zij de informatievoorziening over nieuwe beleidsontwikkelingen op het gebied van huisartsenzorg aan asielzoekers ervaren. In tabel 4.10 worden de uitkomsten gepresenteerd.

Tabel 4.10 Informatievoorziening aan huisartsen over beleidsontwikkelingen binnen de zorg aan asielzoekers (n=191)

mate waarin huisartsen op de hoogte gehouden worden van beleidsontwikkelingen	informatievoorziening vanuit de MOA (n=188)		informatievoorziening vanuit de LHV (n=171)	
	n	%	n	%
goed	14	8%	6	4%
voldoende	81	46%	83	49%
onvoldoende	80	46%	82	48%
onbekend:	16	8%	20	12%

Uit tabel 4.10 blijkt dat de meningen van de huisartsen over de informatievoorziening vanuit de MOA en LHV zijn verdeeld. Ongeveer even veel huisartsen vinden dat zij goed worden geïnformeerd als degenen die vinden onvoldoende te worden geïnformeerd.

De werklast van de huisarts wordt mede bepaald door de manier waarop de toegeleiding plaatsvindt. De volgende aspecten zijn van belang bij de toegeleiding:

- het type klachten waarmee de asielzoeker de huisarts consulteert, waarbij het er met name om gaat of de klachten geëigend zijn om de huisarts te consulteren;
- het moment waarop de huisarts wordt geconsulteerd, het gaat er daarbij om of het noodzakelijk is om de huisarts te consulteren of dat de klachten nog even aangekeken kunnen worden;
- de manier waarop de hulpvraag door de toegeleiding is geformuleerd.

De meerderheid van de huisartsen is tevreden of zeer tevreden over de wijze waarop de toegeleiding plaatsvindt. Indien er ontevredenheid is, heeft dat in de meeste gevallen te maken met het stadium van de klachten waarmee asielzoekers naar de huisarts komen. Achttien procent van de huisartsen vindt namelijk dat de praktijkverpleegkundige vroeg of te vroeg verwijst en 4% vindt dat de praktijkverpleegkundige de asielzoeker in een vroeger stadium had kunnen verwijzen.

Tabel 4.11 Mate waarin huisartsen tevreden zijn over de verwijzing van de asielzoeker door de praktijkverpleegkundige (n=191)

wijze waarop de praktijkverpleegkundige de asielzoeker doorverwijst naar de huisarts	ontevreden tot zeer ontevreden huisartsen		noch tevreden noch ontevreden huisartsen		tevreden tot zeer tevreden huisartsen	
	n	%	n	%	n	%
mate waarin klachten geëigend zijn om de huisarts te consulteren	18	10%	55	31%	103	59%
stadium van klachten waarmee asielzoekers worden verwezen naar de huisarts	38	21%	0	0%	139	79%
formulering van de hulpvraag van de asielzoekers	20	11%	45	26%	111	63%

onbekend 16=8%

4.4 Verwijzing van de asielzoeker naar de tweede lijn

Indien een huisarts een asielzoeker doorverwijst naar de tweedelij is het belangrijk dat de huisarts op de hoogte blijft van het verloop van het traject. Vijfennegentig procent van de huisartsen heeft inzicht in de mate waarin de asielzoekers ook daadwerkelijk door de tweede lijn gezien/behandeld worden voor hetgeen zij zijn doorverwezen. In bijna alle gevallen dat een asielzoeker door de huisarts wordt verwezen naar de tweede lijn (inclusief GGZ en specialist) wordt de asielzoeker ook gezien/behandeld door de tweedelijns hulpverlener (99%

van de gevallen). De mate waarin huisartsen tevreden zijn over de verwijzing naar de tweedelijns gezondheidszorg wordt weergegeven in tabel 4.12

Tabel 4.12 Meningen van huisartsen over het verwijzingstraject van de asielzoeker naar de tweede lijn (n=191)

het verwijzingstraject van de asielzoeker naar de tweede lijn	goed		redelijk		matig		slecht	
	n	%	n	%	n	%	n	%
verloop van het verwijzingstraject	101	55%	63	34%	18	10%	1	1%
terugkoppeling van consultgegevens vanuit de tweede lijn naar de huisarts	123	67%	41	23%	13	8%	3	2%

onbekend 8=4%; respectievelijk 11=6%

In de meeste gevallen verloopt de verwijzing naar de tweede lijn en vervolgens de terugkoppeling van consultgegevens vanuit de tweede lijn redelijk tot goed. In die gevallen dat het minder goed gaat houdt het vaak verband met taalproblemen of omdat asielzoekers hun afspraken niet nakomen. Voor wat betreft de terugkoppeling van gegevens zijn de knelpunten vooral gelegen in een verlate terugkoppeling, soms zijn asielzoekers of praktijkverpleegkundige dan reeds weer verhuisd van zittingsplek, waardoor gegevens niet op de juiste plaats binnenkomen.

4.4.1 Verwijzingen naar de Geestelijke Gezondheid Zorg (GGZ)

Door de traumatische ervaringen die asielzoekers vaak hebben meegemaakt komt het nogal eens voor dat asielzoekers behandeld moeten worden door hulpverleners van de GGZ (exclusief Algemeen Maatschappelijk Werk want dat is geen tweede lijn). Zorgverzekeraar VGZ heeft een convenant met GGZ Nederland afgesloten. GGZ Nederland regelt landelijk de inhoud, de kwaliteit en de toegankelijkheid van de GGZ voor asielzoekers (Convenant VGZ-GGZ Nederland, 1999). Voldoende mogelijkheden tot verwijzen is voor het kunnen functioneren als huisarts essentieel. Dit betreft tenminste twee niveaus:

- Indien de huisarts psychosociale begeleiding geïndiceerd acht: voldoende verwijsmogelijkheden richting maatschappelijk werk en/of RIAGG (capaciteit en op asielzoekers afgestemde deskundigheid).
- Indien de huisarts psychosociale begeleiding (op dat moment) niet geïndiceerd acht: GVO-achtige mogelijkheden of programma's die de asielzoeker (en de huisarts) ondersteunen in het voorkomen van een somatische fixatie. Het doel van een dergelijke training is om asielzoekers te helpen ontdekken dat lichamelijke klachten uit psychische spanningen kunnen ontstaan en dat in dat geval medisch handelen slechts beperkt geïndiceerd is (Convenant LHV-VGZ, 1997, blz. 10).

Aan de geënquêteerde huisartsen werd gevraagd wat zij vinden van de beschikbare zorg voor asielzoekers binnen de GGZ en hoe zij de samenwerking ervaren. Van de huisartsen vindt 57% dat er voldoende tot ruim voldoende zorg beschikbaar is voor asielzoekers binnen de GGZ en 43% vindt dat er meer zorgplaatsen ingekocht hadden moeten worden. Zij vinden, gezien het grote aanbod van asielzoekers met psychische klachten, de wachtlijsten binnen de GGZ te lang en krijgen daardoor nog te vaak met GGZ problematiek te maken. Een aantal huisartsen is ook van mening dat hulpverleners onvoldoende gespecialiseerd zijn in asielzoekers.

Psychosociale begeleiding is een gebruikelijk onderdeel van de huisartsengeneeskunde (Convenant LHV-VGZ, 1997). Asielzoekers worden behalve door huisartsen ook vaak door sociaal geneeskundigen naar de GGZ verwezen, soms ook zonder tussenkomst van de huisarts. Het komt ook voor dat huisartsen asielzoekers verwijzen naar de sociaal geneeskundige van de MOA voor toeleiding naar de GGZ. Negentien procent van de huisartsen zegt dat zij zelf nooit asielzoekers verwijzen naar de GGZ, verwijzing gaat dan veelal via de MOA. Sommige huisartsen willen de verwijzing naar de GGZ in eigen handen houden. Volgens 34% van de huisartsen loopt de verwijzing van de asielzoeker naar de GGZ nooit via de sociaal geneeskundigen.

De samenwerking met de GGZ wordt door bijna tweederde van de huisartsen als redelijk tot goed beoordeeld. De overige huisartsen (36%) beoordelen de samenwerking als matig tot slecht vanwege het geringe contact dat zij met de GGZ hebben en de slechte terugkoppeling. Meer dan de helft van de huisartsen (61%) heeft geen behandelingsoverleg met de GGZ en eventueel de sociaal geneeskundige erbij. Casuïstiekbespreking tussen huisarts en GGZ vindt ook in geringe mate plaats (25%).

4.5 Ervaren knelpunten door huisartsen in de zorgverlening aan asielzoekers

In de zorg aan asielzoekers kunnen huisartsen knelpunten ervaren. De mate waarin huisartsen knelpunten ervaren kan mede bepalend zijn voor de werklust. Aan de geënquêteerde huisartsen werd van een aantal items gevraagd of zij dat als knelpunt zien. Tabel 4.13 laat de resultaten hiervan zien.

Tabel 4.13 Ervaren knelpunten door huisartsen in de zorg aan asielzoekers (n=191)

knelpunten	huisartsen	
	n	%
complexe zorgvragen	117	64%
omgaan met claimende vragen	106	58%
oneigenlijk ingezet worden in juridische kwesties	97	53%
problemen in de communicatie/ weinig tijd om goed op de zorgvraag in te gaan	94	52%
agressie	30	17%
te weinig bekend met de problematiek van asielzoekers	28	15%
overige knelpunten	48	27%

onbekend 8=4%

Uit tabel 4.13 blijkt dat huisartsen verschillende knelpunten ervaren in de zorg aan asielzoekers. Het feit dat asielzoekers met complexe zorgvragen komen, wordt door bijna tweederde van de huisartsen als knelpunt ervaren. Daarnaast wordt het omgaan met claimende vragen, oneigenlijk ingezet worden in juridische kwesties en problemen in de communicatie waardoor er te weinig tijd over blijft om goed op de zorgvraag in te gaan door meer dan de helft van de huisartsen als knelpunt gesignaleerd. Een minderheid van de huisartsen ervaart de eventuele onbekendheid met de problematiek van asielzoekers en het vertonen van agressie als knelpunt. Bij overige knelpunten werd het meest genoemd, asielzoekers die met niet geëigende vragen komen, doordat ze bijvoorbeeld de functie van huisarts niet goed kennen of omdat ze met vragen omtrent de asielprocedure komen, te weinig beschikbare plaatsen in de GGZ, de mate van zorggerichtheid aan asielzoekers door het COA en asielzoekers die te laat verschijnen op afspraken.

Over het tolkencentrum zijn de meeste huisartsen tevreden (81%) en 14% is ontevreden. De problemen die zich vaak voordoen hebben te maken met het feit dat het moment waarop de tolk beschikbaar is vaak niet overeenkomt met het moment waarop de asielzoeker in de spreekkamer zit.

In de enquête hadden huisartsen de gelegenheid om opmerkingen te maken over de zorg aan asielzoekers in het algemeen. Hierna staan de gegeven opmerkingen gerubriceerd in categorieën.

Medische Opvang Asielzoekers

- MOA-toegeleiding werkt prima;
- sterke personeelwisselingen maken werken met MOA moeilijk;
- MOA luistert te weinig naar huisarts;
- een overheersend probleem is de gebrekkige kennis van de MOA-leiding over de werkvloer. Het lijkt wel of de MOA de ene kant optrekt en de huisarts de andere kant. De taken van praktijkverpleegkundigen worden ingedamd, de praktijkverpleegkundige zou dezelfde ondersteuning moeten kunnen bieden als de praktijkassistent in de huisartsenpraktijk;
- huisartsen vallen niet onder de MOA, maar onder de LHV, andere coördinatie/aanstellingscontract geeft onduidelijkheid;
- prettig contact met praktijkverpleegkundige;
- de zorg kan beter overgenomen worden door 1 moa-arts voor alle avo's in de regio, dan door huisartsen met praktijken, die hebben het druk maar zouden wel voor spoedgevallen bereid zijn zorg te verlenen;
- uitbreiding van taken praktijkverpleegkundige ook in de kleinere AVO's;
- meeste MOA-medewerkers zien huisartsen als buitenstaanders;
- samenwerking huisarts en verpleegkundige is lastig doordat verpleegkundige een andere werkgever heeft. Ik zou het liefst dezelfde samenwerking willen als met mijn eigen doktersassistentes, maar de opleiding van de MOA-verpleegkundige sluit hier niet op aan.
- slechte afstemming centrale organisaties. MOA ten opzichte van eerstelijns gezondheidszorg. Unrealistische taakomschrijving praktijkverpleegkundige (beledigend).

- sinds extern ingevoerde taakdifferentiatie, ontbreekt continuïteit in de begeleiding van moeilijke patiënten;
- het systeem met praktijkverpleegkundige werkt goed.

Asielprocedure en asielopvang

- door lange asielprocedures is er alleen maar meer zorg nodig, als de asielprocedure tot een half jaar wordt beperkt is er een fractie van gezondheidszorg nodig voor deze groep patiënten;
- kleine opvang werkt beter dan massale opvang;
- procedure asielaanvraag lang;
- onderbelicht, is de ziekmakende en inhumane opvang door het COA, niet gevoelig voor medische advisering van huisarts/sociaal geneeskundige. Beleid van ministerie en IND maakt asielzoekers tot slachtoffers van de situatie. Dit is moeilijk voor de huisarts en de asielzoekers;
- Post Traumatische Stress Stoornis, daarmee komen asielzoekers binnen. kampsyndroom: te veel mensen in een huis, verschillende culturen, geen toekomst, geen werk, lange wachttijden in AZC, dit alles is een broedvijver voor autistische mensen.

Functie van huisarts in de zorg aan asielzoekers

- rol van huisarts in asielzoekerszorg is onduidelijk;
- huisarts krijgt onvoldoende ondersteuning in zorg aan asielzoekers;
- hoe moet het verder met het afnemend aantal huisartsen in de Noordelijke regio en het toenemend aantal asielzoekers?
- ik werd vele jaren geleden opgezet met de zorg voor 100 asielzoekers, ik heb alles zelf moeten uitvinden, ik wou dat ze weg waren;
- door werkdruk schiet het overleg met de praktijkverpleegkundige er vaak bij in;
- erkenning van het werk voor asielzoekers als huisartsgeneeskunde is hard nodig;
- of huisarts in staat is deze zorg te blijven leveren is maar de vraag;
- met hart en ziel ben ik momenteel met de asielzoekers bezig, ik ervaar het als intensief en complex, maar ook als zeer dankbaar;
- mijn grootste probleem is vakantiewaarneming;
- er moet niet worden voorbij gegaan aan de inzet en specialistische kennis van huisartsen bij de beoordeling van de werklust;

Kennis over asielzoekers

- meer behoefte aan nascholing/informatie over ontwikkeling van zelfzorg asielzoekers;
- behoefte aan beleidsoverleg GGZ en LHV.

Tolken

- werken en inschakelen van tolken gaat soms moeizaam;
- tevreden over tolkencentrum;
- bereikbaarheid van de tolk soms slecht en vaak geen tolk ad hoc beschikbaar;
- er is niet altijd een tolk beschikbaar;
- ik maak veel gebruik van tolkencentrum: erg tevreden, grootste probleem is inplannen van tijd om asielzoeker goed consult te geven;
- soms is een tolk vrijwel niet te krijgen;
- structureel tekort aan tolken, met name Portugees;
- Tamil tolken zijn er bijna niet;

- telefonische tolk is echter maar een noodoplossing.

Consultaties door asielzoekers

- ieder consult heeft dubbele tijdsplanning;
- ik doe het spreekuur voor asielzoekers met veel plezier;
- aanbod asielzoekers is te divers om de achtergrond uit te diepen;
- niet veel meer werk dan ziekenfonds patiënten;
- aardig werkbare vorm gevonden waardoor er voldoende tijd beschikbaar is voor asielzoekers;
- bij turven van huisartsencontacten wordt uitgegaan van de lijst van de verpleegkundige. Deze is verre van volledig, tussendoortjes etc. worden niet vermeld, laat de huisarts eens turven;
- sommige zaken zijn onmogelijk te beantwoorden.

Niet geëigende vragen

- ingezet worden in juridische kwesties;
- veel dezelfde eisende mensen.

Organisatie

- dossiers arriveren later dan bewoners;
- medische hulpverlening onder druk;
- over het algemeen erg tevreden over de lokale situatie;
- te weinig ondersteuning vooral bij niet medische vragen, zowel voor de arts als de verpleegkundige;
- toeleiding blijft essentieel.

Tweede lijn

- heldere afspraken over inkopen van GGZ;
- problemen met doorverwijzen naar de tweede lijn;
- sommige specialisten willen patiënten niet behandelen omdat ze geen status hebben en de taal niet spreken.

De meest gemaakte opmerkingen door huisartsen houden verband met aspecten van de MOA, er leeft zowel tevredenheid als ontevredenheid bij huisartsen hieromtrent. Daarnaast heeft een aantal huisartsen ideeën over hoe de organisatie verbeterd zou kunnen worden. Verder zijn er veel opmerkingen gemaakt over de asielprocedure, de functie van huisarts in de zorg aan asielzoekers, het gebruik van tolken en de consultatie door asielzoekers.

4.6 Patiëntgegevens

Tabel 4.14 geeft een aantal kenmerken van patiënten die van invloed kunnen zijn op de inhoud van het contact met de huisarts. Het gaat hierbij om geslacht, leeftijd en de tien meest voorkomende herkomstlanden van patiënten. Ook worden de meest gesproken talen door asielzoekers weergegeven. Dit geeft aan voor welke talen er de meeste behoefte zal zijn aan tolken. Elf procent van de asielzoekers is afkomstig uit Europa, 45% uit Azië en 43% komt uit Afrika en 20 asielzoekers waren staatloos. Iets meer dan de helft van de contacten worden gemaakt door asielzoekers van het mannelijk geslacht die veelal jonger dan 44 jaar

(90%) zijn. Ondanks dat vrouwelijke asielzoekers die verblijven in de centrale opvang ondervertegenwoordigd zijn ten opzichte van mannelijke asielzoekers, komen ze bijna even vaak bij de huisarts. Vrouwen gaan dus even als bij ziekenfonds patiënten vaker naar de huisarts. Onder asielzoekers treffen we veel vaker jongeren aan in tegenstelling tot ziekenfonds patiënten waar we veel vaker ouderen aantreffen. De meeste asielzoekers die de huisartsen consulteerden zijn afkomstig uit Angola (11%) en Afghanistan (9%). Over het algemeen is er een sterke spreiding van landen waar asielzoekers vandaan komen. In de onderzoekspopulatie van de huisartsen bevonden zich asielzoekers uit 71 verschillende landen.

Tabel 4.14 Kenmerken van asielzoekers en ziekenfonds patiënten die tot de patiëntenpopulatie van huisartsen behoren

leeftijd, geslacht en herkomstland	contacten met huisartsen			populatie		
	asielzoekers (n=1841)		NS2 ziekenfonds patiënten	NS2 ziekenfonds patiënten (n=166.159)	asielzoekers in Nederland (n=83.801)	
	n	%	%	%	n	%
<i>geslacht:</i>						
man	924	52%	36%	45%	52.026	61%
vrouw	849	48%	64%	54%	31.775	38%
onbekend:	68	4%				
<i>leeftijd:</i>						
0-4	142	8%	4%	5%	8302	10%
5-14	171	9%	6%	11%	13.790	17%
15-24	478	26%	8%	12%	22.196	26%
25-44	830	46%	26%	32%	33.473	40%
45-64	177	10%	27%	25%	5252	6%
65-74	14	0,9%	30%	9%	826	1%
onbekend:	29	2%				
<i>herkomstland:</i>						
Angola	185	11%	-		6370	8%
Afghanistan	156	9%			7684	9%
Irak	150	9%			9516	11%
Sierra Leone	144	8%			3789	5%
Azerbeidzjaan	101	6%			4600	6%
Iran	97	6%			4900	6%
Somalië	81	5%			4474	5%
Joegoslavië	74	4%			5387	7%
Syrië	61	4%			2572	3%
Turkije	52	3%			2411	3%
overig	638	37%			30.733	37%
onbekend:	102	6%				

<i>moedertaal:</i>		
Arabisch	157	11%
Farsi	120	9%
Russisch	112	8%
Portugees	111	8%
overig	903	64%
onbekend:	438	24%

4.7 Contactfrequenties

Door 40 huisartsen die zorg verlenen aan asielzoekers zijn gegevens geregistreerd van 1948 contacten. Het overzicht van de aantallen geregistreeerde contacten staat in tabel 4.15a-c, 4.16 en 4.17. Het gaat hierbij om 1441 contacten met asielzoekers, 363 contacten met derden over een asielzoeker en 107 ingevulde registratieformulieren hebben betrekking op asielzoekers die niet zijn verschenen op de afspraak met de huisarts zonder zich af te melden. In 32 gevallen was niet te achterhalen met wie de huisarts een contact had. Het aantal verschillende patiënten waar het om gaat is onduidelijk. Bij het berekenen van de contactfrequenties met asielzoekers op jaarbasis is uitgegaan van de bestuurlijke capaciteit van het centrum op het moment dat de contactregistraties plaatsvonden. Deze bestuurlijke capaciteit kan afwijken van de werkelijke capaciteit op een bepaald moment, maar wordt als uitgangspunt voor het vaststellen van het abonnementstarief voor de huisarts genomen. Verder is uitgegaan van het aantal registratieweken (twee-vijf). In enkele gevallen zijn daarbij correcties uitgevoerd op basis van een analyse waarbij per centrum is nagegaan in hoeverre de registratie gelijkmatig over de registratieperiode had plaatsgevonden. In vijf gevallen gebeurde dit omdat langer dan de beoogde periode of slechts een deel van de periode was geregistreerd.

Tabel 4.15a Contactfrequenties tussen huisartsen en asielzoekers en huisartsen en praktijkverpleegkundigen verbonden aan een Asielzoekerscentrum (AZC)

AZC	bestuurlijke capaciteiten	ha die contacten registreerden	registratie weken	su in centrum ja/nee	contacten tussen huisarts en asielzoeker				
					su contacten	visites	tussendoor/overige	gemiddelde contact-frequentie	contacten per jaar
01	382	1+1 haio	2	n	20	0	1	1,4	535
02	392	2+1 haio	2	n	31	0	0	2,1	823
03	358	2	2	j	46	0	6	3,4	1217
04	655	1	1	j	34	0	0	2,7	1768
05	1195	2	2	j	132	1	33	3,6	4302
6*	259	1	2	j	28	1	1	3	777
7	328	1	2	n	28	1	4	2,6	853
8	385	1	2	j	51	0	1	3,5	1348
9	372	1	2	j	49	0	36	5,9	2195
10	563	1	2	j	48	0	0	2,2	1239
11	410	2	2	j	44	1	17	3,9	1599
12 **	176	1	1	j	9	0	0	2,7	475
13	199	5	2	n	19	6	0	6,5	1294
totaal	5674	23			539	10	99	3,2	18.425

su= spreekuur haio=huisarts in opleiding

* huisarts vervangt zieke huisarts

** De helft van centrum 12 is AZC en de andere helft is OC

Bij centrum 2 hebben 2 van de 4 gecontracteerde huisartsen contacten geregistreerd en is bij de berekeningen van de contactfrequentie uitgegaan van de helft van de bestuurlijke capaciteit

Tabel 4.15b Contactfrequenties tussen huisartsen en asielzoekers en huisartsen en praktijkverpleegkundigen verbonden aan een Onderzoeks- en Opvangcentrum (OC)

OC	bestuurlijke capaciteit	ha die contacten registreerden	registratie weken	su in centrum ja/nee	contacten tussen huisarts en asielzoeker				
					su contacten	visites	tussendoor / overig	gemiddelde contactfrequentie	contacten per jaar
1*	280	1	3	j	80	0	3	5,1	1439
2*	324	1	6	j	225	2	39	7,1	2305
3	447	1	2	j	111	0	21	7,7	3432
4	339	1	2	j	37	3	1	3,1	1066
5**	256	2	2	j	47	3	0	5,1	1300
totaal	1774	7			500	8	62	5,8	9542

* huisarts was bereid een langere periode te registreren dan de beoogde twee weken

** Bij centrum 5 hebben 2 van de 3 gecontracteerde huisartsen contacten geregistreerd en is bij de berekeningen van de contactfrequentie uitgegaan van tweederde van de bestuurlijke capaciteit

Tabel 4.15c Contactfrequenties tussen huisartsen en asielzoekers en huisartsen en praktijkverpleegkundigen verbonden aan een Aanvullend Opvang centrum (AVO)

AVO	bestuurlijke capaciteit	aantal huisartsen die contacten registreerden	aantal registratieweken	spreekuur in centrum ja/nee	su contacten	visites	tussendoor / overig	gemiddelde contact-frequentie	contacten per jaar
1	114	1	5	n	26	4	4	3,1	354
2	62	1	5	n	30	0	0	5	312
3*	25	1	4	n	6	0	0	3,1	78
4*	28	1	5	n	5	0	0	1,8	52
5	37	1	8	n	33	0	0	5,8	215
6	39	1	5	n	4	0	0	1,1	42
7	119	1	5	n	47	0	10	5,0	593
8	42	2 + 1haio	5	n	12	0	0	2,9	125
totaal	466	10			163	4	14	3,8	1677

su=spreekuur

* Bij centrum 3 en 4 hebben niet alle gecontracteerde huisartsen contacten geregistreerd en is de bestuurlijke capaciteit van het centrum gestandaardiseerd naar het aantal huisartsen dat contacten heeft geregistreerd

Uit de tabellen 4.15 a-c blijkt dat de contactfrequentie verschilt tussen de centra. Dit heeft mede te maken met het aantal gecontracteerde huisartsen per centrum. Naast de contacten die huisartsen met asielzoekers hebben, zijn er contacten met praktijkverpleegkundigen (of ander MOA-personeel) geregistreerd. Als voorbeeld kan de situatie van de huisarts die verbonden is aan AZC 01 geschetst worden. Deze huisarts heeft zijn spreekuur voor asielzoekers in de eigen praktijk die op een aantal kilometer afstand gelegen is van het asielzoekerscentrum. Deze huisarts ziet iedere asielzoeker gemiddeld 1,4 keer per jaar op zijn spreekuur. Daarnaast heeft hij per asielzoeker gemiddeld 3,1 keer per jaar telefonisch contact met iemand van het MOA-personeel met een gemiddelde contactduur van 3,2 minuten. Tabel 4.16 geeft inzicht in de frequentie en contactduur van contacten met derden over een asielzoeker.

Tabel 4.16 Contacten tussen de huisarts en een andere hulpverlener met betrekking tot vraagstukken over een asielzoeker

type centrum	bestuurlijke capaciteit	aantal registratie-weeken	frequentie van contacten met derden*
AZC 01	382	2	46
AZC 02	392	2	6
AZC 03	358	2	4
AZC 07	1195	2	6
AZC 10	259	2	15
AZC 13	385	2	15
AZC 16	372	2	18
AZC 17	563	2	33
AZC 27	410	2	11
AZC 30	199	2	3
OC 05	280	3	8
OC 06	324	6	141
OC 12	447	2	25
OC 15	384	2	24
AVO 8	114	5	4
AVO 20	37	8	3
AVO 24	39	5	1
totaal:	6173		368

* huisartsen die geen contacten met derden hebben geregistreerd zijn niet opgenomen in de tabel

Uit tabel 4.16 blijkt dat huisartsen afzonderlijk van de contacten die zij hebben met asielzoekers ook regelmatig contact hebben met een andere hulpverlener over een asielzoeker. Veelal gaat het dan om een face-to-face contact met de praktijkverpleegkundige (of in mindere mate met een andere hulpverlener) (62%) en 37% gaat het om een

telefonisch contact tussen de praktijkverpleegkundige en de huisarts. Het gaat hierbij niet om het gebruikelijke patiëntenoverleg, maar om specifieke vragen over een asielzoeker die veelal tussendoor gesteld worden. De praktijkverpleegkundige neemt bijvoorbeeld contact op over een medicijnvoorschrift, het wel of niet verwijzen van een asielzoeker naar de huisarts of te verrichten taken tijdens het consult met de asielzoeker, etc. Ook kan het zijn dat de huisarts contact heeft met iemand anders van de MOA of met een specialist. De duur van de contacten tussen de huisarts en een andere hulpverlener over een asielzoeker worden in de tabel 4.17 weergegeven.

Tabel 4.17 Duur van de gesprekken die de huisarts heeft met een andere hulpverlener over een asielzoeker (n=368)

gespreksduur in minuten*	n	%
1-5 minuten	280	79%
6-10 minuten	57	16%
11-15 minuten	12	3%
16-20 minuten	5	1%
gemiddelde gespreksduur:	4,4 minuten	

* onbekend: 14= 4%

Tabel 4.17 maakt duidelijk dat de meeste contacten (79%) tussen de huisartsen en een andere hulpverlener om bepaalde vraagstukken over een asielzoeker te bespreken, korter duren dan 5 minuten. Een enkele keer gaat het om een contact dat langer dan 16 minuten duurt (1%).

Niet alle geplande contacten tussen huisartsen en asielzoekers vinden daadwerkelijk plaats. De asielzoeker komt dan om wat voor reden dan ook niet opdagen bij de huisarts op het moment dat het contact gepland stond. Aan de betrokken huisartsen werd gevraagd te registreren hoe vaak het voor komt dat een asielzoeker niet verschenen is op de afspraak zonder deze te annuleren bij de huisarts. In tabel 4.18 worden de resultaten van deze registratie weergegeven en wordt ook inzicht gegeven in de tijd die de huisarts heeft gespendeerd in de voorbereidingen van het consult en wordt vermeld hoe vaak er vooraf een tolk was gereserveerd voor het contact.

Tabel 4.18 Frequentie waarin asielzoekers niet verschijnen op de afspraak met de huisarts (n=107)

type centrum	bestuurlijke capaciteit	aantal registratie- weken	frequentie waar-in asielzoekers niet verschijnen zonder bericht (NVZB) *	totaal aantal afspraken (inclusief NVZB)	% (NVZB) op het totaal aantal ont- vangen registratie- formulieren
AZC 01	382	2	1	21	5%
AZC 03	358	2	5	57	9%
AZC 07	1195	2	27	193	14%
AZC 10	259	2	4	37	11%
AZC 13	385	2	6	58	10%
AZC 16	372	2	2	87	2%
AZC 17	563	2	5	53	9%
AZC 28	176	1	1	10	10%
AZC 30	199	2	7	32	22%
OC 05	280	3	3	86	3%
OC 06	324	6	19	285	7%
OC 12	447	2	11	143	8%
OC 14	339	2	4	45	9%
AVO 8	114	5	1	35	3%
AVO 9	62	5	1	31	3%
AVO 20	37	8	10	43	23%
AVO 21	39	5	0	4	0%
totaal:	5609		107	1220	9%

* 13 huisartsen(praktijken) hebben niet geregistreerd indien een asielzoeker niet verschijnt op de afspraak NVZB (Niet Verschenen Zonder Bericht)

Uit tabel 4.18 blijkt dat het bij 9% van de ontvangen registratieformulieren gaat om een registratie van een afspraak tussen de huisarts en asielzoeker, die niet nagekomen is door de asielzoeker. De redenen hiervoor zijn niet bekend. Het kan zijn dat de asielzoeker de afspraak is vergeten of dat het niet duidelijk was voor de asielzoeker wanneer de afspraak plaats zou vinden. Ook kunnen vervoersproblemen die de asielzoeker heeft een oorzaak zijn. De betrokken huisartsen registreerden dat er in 22% van de keren dat de asielzoeker niet is verschenen zonder bericht vooraf een tolk was gereserveerd. Voor wat betreft de geïnvesteerde tijd ter voorbereiding van het contact met de asielzoeker zegt 11% een minuut te hebben geïnvesteerd, 22% 1-2 minuten en 63% meer dan 2 minuten. Indien asielzoekers niet op komen dagen gaat het even vaak om een man als om een vrouw veelal van Iraakse (11%) of Angolese (8%) afkomst.

4.8 Consultkenmerken

Van alle consulten die huisartsen met asielzoekers hadden gedurende de registratieperiode, ging het in 70% om een afspraak die via de toegeleiding tot stand is gekomen. In 19% van de contacten ging het om een vervolgspraak met de huisarts. In mindere mate maakten asielzoekers zelf een afspraak met de huisarts zonder tussenkomst van de MOA (7%). En in 3% was de afspraak op een andere manier tot stand gekomen, zoals dat de asielzoeker met een familielid mee is gekomen en tevens eigen problemen presenteert aan de huisarts. Soms komen asielzoekers via een andere discipline dan het MOA personeel naar de huisarts, zoals via de fysiotherapeut of psycholoog.

Indien de asielzoeker door de toegeleiding verwezen is naar de huisarts, ging het in de meeste gevallen om een verwijzing door de praktijkverpleegkundige (92%). Een klein aantal van de asielzoekers werd door andere MOA-medewerkers verwezen naar de huisarts. Zo werd 3% verwezen door de sociaal verpleegkundige, 3% door de sociaal geneeskundige, 1% door de JGZ verpleegkundige en 2% door de JGZ geneeskundige.

De wijze van binnenkomst van de asielzoeker bij de huisarts hangt samen met het type centrum en de organisatie van het huisartsenspreekuur. Indien de huisarts spreekuur houdt in het centrum, komen asielzoekers vaker via de toegeleiding op het spreekuur, 72% ten opzichte van 61% als het spreekuur in de reguliere huisartsenpraktijk wordt gehouden. Tabel 4.19 verschaft meer inzicht in de mate waarin bovengenoemde factoren van invloed zijn op de wijze van binnenkomst bij de huisarts.

Tabel 4.19 Wijze van binnenkomst van de asielzoeker weergegeven per type centrum en per organisatie van het spreekuur (n=1441)

wijze van binnenkomst van de asielzoeker bij de huisarts	via toegeleiding		rechtstreeks**		vervolgspraak huisarts		anders	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>type centrum*:</i>								
OC (n=578)	402	70%	14	2%	151	26%	11	2%
AZC spreekuur in centrum (n=533)	407	76%	21	4%	81	15%	24	5%
AZC spreekuur in eigen praktijk (n=106)	81	76%	10	9%	10	9%	5	5%
AVO (n=179)	89	50%	59	33%	28	16%	3	2%
totaal		70%		7%		19%		3%

niet ingevuld: 45 =3%

* p=0.00

** inclusief het afhalen van een recept bij de huisarts

In tabel 4.19 is te zien dat er significante verschillen zijn in de wijze waarop de afspraak tussen de asielzoeker en huisarts tot stand is gekomen bij de verschillende typen centra. De asielzoekers komen bij een AZC het vaakst via de begeleiding (76%) en bij een AVO komen zij het vaakst rechtstreeks (33%). Een vervolgspraak voor een consult bij de huisarts wordt het vaakst gemaakt door huisartsen die voor een OC werken (26%).

“ asielzoeker komt naar aanleiding van een vervolgspraak met de huisarts op het spreekuur”

Patiënt: een Iraanse vrouw van 69 jaar komt bij de huisarts op het spreekuur naar aanleiding van een vervolgspraak die tijdens het vorige consult gemaakt is tussen de huisarts en de patiënt. Tijdens het gesprek was er eigenlijk een tolk nodig om te kunnen communiceren met de vrouw, maar het is de huisarts niet gelukt een tolk te krijgen. Later is alsnog een informele tolk gebruikt. Het consult duurde 16-20 minuten.

Contactredenen: mevrouw gebruikt haar medicatie incorrect, de huisarts heeft daarom nog eens verduidelijkt hoe de vrouw haar medicatie moet gebruiken.

Diagnose: Artrose in de rug en knieën, obstipatie en hyperthyroïdie.

De aandoeningen, zijn door de huisarts als volledig somatisch gecodeerd. Naar aanleiding van de klachten heeft de huisarts het gewicht en de bloeddruk gemeten van de vrouw en een geneesmiddel voorgeschreven. Er zijn geen aanvragen aan externen ingediend. De vrouw is naar aanleiding van haar klachten verwezen naar de internist. Ook heeft de huisarts een vervolgspraak met de vrouw gemaakt.

“ asielzoeker komt via de begeleiding op het spreekuur van de huisarts”

patiënt: een 39-jarige man uit Armenië komt via de begeleiding bij de huisarts. Het consult duurde 11-15 minuten. De patiënt was de Nederlandse taal voldoende machtig, er was geen tolk nodig.

Contactredenen: hoofdpijn

Diagnose: hoge bloeddruk en spanningshoofdpijn.

De klachten van de patiënt zijn door de huisarts als gedeeltelijk somatisch en gedeeltelijk psychosociaal gecodeerd. De patiënt is reeds eerder met de gepresenteerde klachten bij de huisarts geweest. De huisarts heeft de bloeddruk van de patiënt gemeten en een geneesmiddel voorgeschreven. Ook heeft de huisarts een vervolgspraak gemaakt met de patiënt. Er zijn geen aanvragen aan externen ingediend en de patiënt is ook niet verwezen. De aard van het consult (o.a. duur, spreekuurconsult/visite) hangt met meerdere factoren samen: zoals met de werkwijze van de huisarts, de aard van de klacht, de patiënt en zijn/haar gedrag, de verzekeringsvorm van de patiënt, de ingeboekte tijd van het consult en de werkdruk die de huisarts ervaart. Om na te gaan wat de verschillen zijn tussen consultaties door asielzoekers en ziekenfonds patiënten, wordt een aantal consultkenmerken vergeleken. De gegevens hiervan zijn te zien in de hierna komende tabellen.

Tabel 4.20 Contactduur van het consult tussen de huisarts en asielzoeker naar type centrum (n=1441)

contactduur in minuten	AZC su in centrum (n=542)		AZC su in praktijk (n=113)		OC (n=589)		AVO (n=177)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1-5 minuten	75	14%	10	9%	63	11%	37	21%
6-10 minuten	163	30%	54	48%	172	29%	87	49%
11-15 minuten	215	40%	29	26%	182	31%	43	24%
16-20 minuten	61	11%	14	12%	87	15%	6	3%
21-40 minuten	24	4%	6	5%	68	12%	3	2%
langer dan 40 minuten	4	0,7%	0	0%	17	3%	1	0,6%
gemiddelde contactduur		11,7		11,3		14,2		9,1

onbekend: 20= 1%

Uit tabel 4.20 blijkt dat de contacten in een OC het langst duren 14,2 minuten en de contacten in een AVO duren het kortst, 9 minuten. Uit nadere analyses blijkt dat het bij contacten die langer duurden dan 15 minuten, het vaakst ging om deelcontacten uit het hoofdstuk psychische problemen (17%), spijsvertering (11%) en bewegingsapparaat (9%).

Casus: consult met langere contactduur dan 15 minuten

Een 26-jarige man uit Algerije bezoekt de huisarts tijdens het spreekuur.

De man is via een vervolgspraak met de huisarts op het spreekuur gekomen.

De spreekt Arabisch en er is geen voertaalgesprek mogelijk. Een tolk is nodig om te kunnen communiceren, de tolktelefoon is ingeschakeld.

De opgegeven redenen door de patiënt om de huisarts te consulteren zijn onrust (ICPC 1801 en angst (ICPC 1829).

De huisarts heeft de diagnose 'psychoses gesteld' (ICPC 1873)

De klachten zijn volledig van psychosociale aard. De patiënt heeft de huisarts reeds eerder geconsulteerd met bestaande klachten. De huisarts heeft een geneesmiddel voorgeschreven en een gesprek gevoerd met de patiënt. Er zijn verder geen verrichtingen uitgevoerd of aanvragen bij externen ingediend. De patiënt is niet verwezen omdat hij reeds in behandeling is bij een psychiater. Er is geen opname geïndiceerd, maar de huisarts heeft wel een vervolgspraak gemaakt met de patiënt.

Van alle contacten met asielzoekers achtten de betreffende huisartsen het bij 476 contacten (35%) nodig om een tolk te gebruiken. In 80% van de contacten waarin de huisarts het gewenst vindt een tolk in te schakelen, wordt er ook daadwerkelijk gebruik gemaakt van een tolk. In tabel 4.23 wordt duidelijk dat de rol van tolken verschilt per type centrum. Huisartsen die voor een OC werken hebben significant vaker een tolk nodig dan huisartsen die voor een AZC of AVO werken. Huisartsen die voor een AVO werken hebben het minst vaak een tolk nodig. Indien de huisarts een tolk nodig acht wordt de vertaling het vaakst gedaan door een bekende van de patiënt die de Nederlandse taal beter machtig is. In 43% van de gevallen wordt er gebruik gemaakt van een professionele tolk, waarbij het voornamelijk gaat om de tolktelefoon. In een vijfde van de gevallen waarin het nodig was een tolk in te schakelen is dat niet gebeurd.

Tabel 4.21 Mate waarin huisartsen het gebruik van een tolk nodig achten en gebruiken naar type centrum (n=1441)

tolk nodig naar type centrum*	AZC su in centrum n=516		AZC su in eigen praktijk n=108		OC n=580		AVO n=176		totaal n= 1441
	n	%	n	%	n	%	n	%	
ja	167	32%	17	16%	275	47%	19	10%	35%
professionele tolk aanwezig	37	22%	0	0%	4	2%	0	0%	9%
tolkentelefoon	44	27%	11	65%	100	37%	4	21%	34%
bekende van patiënt vertaalde	61	37%	5	29%	100	37%	15	79%	38%
niet gelukt om tolk te krijgen	12	7%	1	6%	32	12%	0	0%	10%
niet geprobeerd tolk te krijgen	12	7%	0	0%	36	13%	0	0%	10%
nee voertaalgesprek	349	68%	91	84%	305	53%	157	90%	65%

onbekend of tolk nodig werd geacht: 61=4%

* verschillen tussen typen centra; df=3;chi²; p=0.00

In 65% van de contacten kon de huisarts met de asielzoeker communiceren doordat zij beiden op voldoende niveau eenzelfde taal konden spreken. In de meerderheid van de gevallen was de voertaal Nederlands, Engels of Frans (45% ,respectievelijk 33% en 15%). Tijdens 5% van de contacten sprak de huisarts Duits met de asielzoeker en in 1% Spaans. Daarnaast was de communicatie in 1% van de contacten hoofdzakelijk gebaseerd op gebaren.

Indien er een tolk nodig is tijdens het contact tussen de huisarts en de asielzoeker leidt dat tot een aanzienlijk langere contactduur. Tabel 4.22 geeft inzicht in de verschillen in contactduur tussen het voeren van het gesprek in een voertaal of met behulp van een tolk.

Tabel 4.22 Invloed van het gebruik van tolken op de contactduur (n=1440)

contactduur*	tolk nodig (n=474)		voertaalgesprek (n=893)	
	n	%	n	%
1-5 minuten	29	6%	142	25%
6-10 minuten	117	25%	336	34%
11-15 minuten	158	33%	299	30%
16-20 minuten	88	19%	75	7%
21-40 minuten	67	14%	34	3%
meer dan 40 minuten	15	3%	7	0,7%
totaal:	474	35%	893	65%
gemiddelde contactduur	15,6 minuten		10,9 minuten	

onbekend: 73=5%

* verschillen in contactduur bij gebruik van een tolk c.q. voertaalgesprek; df=1;chi²; p=0.00

In tabel 4.22 is te zien dat de contactduur significant afwijkt indien er een tolk nodig is vergeleken met wanneer het gesprek plaatsvindt in een voertaal. Indien er een tolk nodig is duurt 36% van de gesprekken langer dan 15 minuten, vergeleken met 11% indien er in een voertaal wordt gesproken tussen huisarts en asielzoeker.

4.9 Contactredenen voor het bezoek aan de huisarts en de gestelde diagnoses

Patiënten gaan naar de huisarts met een contactreden, ook wel gedefinieerd als: “De weergave van de reden waarom iemand het gezondheidszorgsysteem met een vraag om hulp betreedt (NHG, 2000).” Het kan ook zo zijn dat patiënten meer dan één reden hebben om naar de huisarts te gaan. Wanneer deze contactredenen betrekking hebben op dezelfde aandoening/letsel dan gaat het om één deelcontact met meerdere klachten aan de hand van de desbetreffende aandoening. Daarnaast is het mogelijk dat de patiënt klachten heeft die voortvloeien uit een geheel andere aandoening of letsel, er is dan sprake van een tweede deelcontact in één consult. In het onderhavige onderzoek zijn de gegevens van maximaal twee deelcontacten per consult verwerkt. En per deelcontact zijn maximaal drie

klachten/symptomen die een reden voor contact vormden opgenomen. In totaal gaat het om 1841 contacten en 2207 deelcontacten. In 366 contacten is er sprake van een tweede deelcontact.

Tabel 4.23 Contactredenen en diagnoses per ICPC-hoofdstuk aantal en percentage van het aantal deelcontacten (n.b. per deelcontact konden 3 contactredenen en 1 diagnose worden aangegeven, de % kunnen hierdoor boven de 100 uitkomen)

ICPC-hoofdstuk	contactredenen van asielzoekers (n=2672)		gestelde diagnoses bij asielzoekers	
	n	%	n	%
A algemeen en niet gespecificeerd	265	16%	114	5%
B bloed en bloedvormende organen	42	2%	41	2%
D spijsverteringsorganen	381	16%	253	11%
F oog	103	6%	73	3%
H oor	75	4%	60	3%
K hartvaatstelsel	92	4%	82	4%
L bewegingsapparaat	291	12%	230	10%
N zenuwstelsel	127	5%	82	4%
P psychische problemen	247	10%	232	10%
R luchtwegen	232	10%	200	9%
S huid en subcutis	374	19%	304	14%
T stofwisseling	55	2%	47	2%
U urinewegen	88	4%	89	4%
W zwangerschap/ bevalling/anticonceptie	88	4%	72	3%
X geslachtsorganen en borsten vrouw	111	5%	93	4%
Y geslachtsorganen man	54	2%	43	2%
Z sociale problemen	47	3%	32	1%

In tabel 4.23 wordt duidelijk dat de meest gepresenteerde contactredenen overeen komen met de gestelde diagnoses, behalve bij de ICPC-hoofdstukken 'huid en subcutis' en 'spijsvertering' (respectievelijk 19% en 16%), bewegingsapparaat, psychische problemen' en 'luchtwegen'. Het enige dat verschilt in het rijtje meest gepresenteerde contactredenen is 'algemeen en niet gespecificeerd', dat na het stellen van de diagnose gereduceerd wordt van 16% naar 5%.

Tabel 4.24 Gestelde diagnoses door huisartsen bij asielzoekers, allochtonen en ziekenfondspatiënten per ICPC-hoofdstuk (% van deelcontacten)

ICPC-hoofdstuk	gestelde diagnoses bij patiënten		
	asielzoekers (n=2672)	NW-allochtonen NS2 (n=62.182)	ziekenfondsverz. NS2 (n=157.716)
A algemeen en niet gespecificeerd	5%	10%	6%
B bloed en bloedvormende organen	2%	1%	1%
D spijsverteringsorganen	11%	8%	6%
F oog	3%	2%	2%
H oor	3%	2%	4%
K hartvaatstelsel	4%	5%	4%
L bewegingsapparaat	10%	15%	9%
N zenuwstelsel	4%	3%	14%
P psychische problemen	10%	5%	3%
R luchtwegen	9%	11%	6%
S huid en subcutis	14%	10%	11%
T stofwisseling	2%	4%	11%
U urinewegen	4%	2%	4%
W zwangerschap/ bevalling/anticonceptie	3%	4%	2%
X geslachtsorganen en borsten vrouw	4%	4%	4%
Y geslachtsorganen man	2%	0,7%	0,7%
Z sociale problemen	1%	1%	0,9%
onbekend		(13.2%)	

Uit tabel 4.24 blijkt dat bij asielzoekers vaker een diagnose gesteld is uit de ICPC-hoofdstukken 'psychische problemen', 'spijsvertering' en 'huid en subcutis' dan bij de referentiegroepen. Minder vaak werden bij asielzoekers en allochtonen diagnoses gesteld uit het ICPC-hoofdstuk 'stofwisseling' in vergelijking tot ziekenfondspatiënten.

In tabel 4.25 is te lezen wat de 10 meest gepresenteerde contactredenen en diagnoses zijn. Voor de diagnoses wordt vergeleken met twee referentiegroepen. Het gaat dan om ziekenfonds patiënten en de groep niet-westerse allochtonen.

Tabel 4.25 Meest gepresenteerde contactredenen door asielzoekers, en meest gestelde diagnoses bij asielzoekers vergeleken met meest gestelde diagnoses bij ziekenfonds patiënten en niet westerse allochtonen (op deelcontactniveau)

Contactredenen van patiënten (n=2672)		n	%	gestelde diagnose bij asielzoekers (n=2047)		n	%
1	A50 medicatie algemeen	38	1,4	P02 crisis voorbijgaande stressreactie	65	3,2	
2	D02 maagpijn	33	1,2	R74 acute inf. bovenste luchtwegen	59	2,9	
3	R05 hoesten	33	1,2	P76 depressie	52	2,5	
4	S02 pruritis/jek	31	1,2	S88 contacteczeem	52	2,5	
5	A03 koorts	30	1,1	U71 cystitis/urine­weginfectie	49	2,4	
6	S29 andere sympt. huid	24	0,9	S74 dermatomycose	46	2,2	
7	N01 hoofdpijn	16	0,6	L18 spierpijn	41	2	
8	D06 andere gelok. buikpijn	12	0,4	D02 maagpijn	40	2	
9	D01 gegeneraliseerde buikpijn	11	0,4	D87 stoornis maagfunctie	36	1,8	
10	L02 rugsymptomen/klachten	11	0,4	D93 spastisch colon	29	1,4	
meest gestelde diagnoses bij niet-westerse allochtonen (n=62.182)			%	meest gestelde diagnoses bij ziekenfonds patiënten (n=157.716)			%
1	K86 essentiële hypertensie		4,5	T90 diabetes mellitus		3,4	
2	T90 diabetes mellitus		2,7	R74 infectie bovenste luchtwegen		2,9	
3	R74 infectie luchtwegen		1,9	K86 essentiële hypertensie		2,9	
4	U71 urineweginfectie		1,9	L03 lage rugpijn zonder uitstraling		2,4	
5	R05 hoesten		1,9	R05 hoesten		1,8	
6	L03 lage rugpijn		1,6	A97 geen ziekte		1,8	
7	S88 contacteczeem		1,4	S74 dermatomycose		1,7	
8	P76 depressie		1,4	S88 contacteczeem		1,6	
9	S74 dermatomycose		1,4	L02 rugsymptomen/klachten		1,5	
10	A04 moeheid/zwakte		1,2	U71 urineweginfectie		1,4	

Het meest komen asielzoekers met een vraag om medicatie. De meeste gestelde diagnose door huisartsen bij asielzoekers is een crisis van voorbijgaande aard. Gelijkenis tussen de verschillende patiëntengroepen is te zien bij de diagnoses, 'acute infectie van de bovenste luchtwegen', 'contacteczeem', 'urineweginfectie' en dermatomycose, welke bij alle drie de patiëntengroepen in de top-10 van de meest gestelde diagnoses staan. Daarnaast is depressie

een diagnose die veel bij asielzoekers en niet-westerse allochtonen gesteld is, maar die niet voorkomt bij de tien meest gestelde diagnoses onder ziekenfonds patiënten. Drie van de tien meest gestelde diagnoses onder asielzoekers zijn te classificeren in het ICPC-hoofdstuk spijsvertering. Dit in tegenstelling tot de twee referentiegroepen waar geen van de meest gestelde diagnoses betrekking heeft op problemen met de spijsvertering.

Tabel 4.26 laat de verschillen in diagnosepatroon tussen de typen centra zien. De meeste afwijkingen van het totaal zijn te zien bij de AZC's waarvoor de huisarts spreekuur houdt in de eigen praktijk en bij de AVO's. Door huisartsen die het spreekuur in de eigen praktijk houden en verbonden zijn aan een AZC, worden meer diagnoses uit het ICPC-hoofdstuk oog gesteld en minder vaak diagnoses uit de hoofdstukken, psychische problemen, huid en urinewegen. De belangrijkste afwijkingen bij AVO's zijn het minder voorkomen van diagnoses met betrekking tot spijsverteringsproblemen en vaker voorkomen van diagnoses met betrekking tot de huid. Bij de OC's zijn veel vaker diagnoses gesteld uit het ICPC-hoofdstuk psychische problemen en sociale problemen in vergelijking met de andere centra.

Tabel 4.26 Diagnoses naar type centrum (n=2048) (% van deelcontacten)

	ICPC-hoofdstuk	AZC su in centrum	AZC su in praktijk	AVO	OC	Totaal
A	Algemeen	6%	5%	5%	5%	5%
B	Bloed	1%	0,8%	0%	3%	2%
D	Spijsverteringsorganen	13%	11%	7%	11%	11%
F	Oog	3%	6%	1%	3%	3%
H	Oor	3%	2%	5%	2%	3%
K	Hartvaatstelsel	4%	2%	4%	4%	4%
L	Bewegingsapparaat	9%	9%	14%	11%	10%
N	Zenuwstelsel	4%	3%	4%	4%	4%
P	Psychische problemen	7%	4%	9%	15%	10%
R	Luchtwegen	11%	10%	10%	6%	9%
S	Huid en subcutis	15%	8%	16%	14%	14%
T	Endocrien/metabolisme/voeding	2%	2%	2%	2%	2%
U	Urinewegen	4%	0,8%	4%	4%	4%
W	Zwangerschap/bevalling/ anticonceptie	4%	4%	5%	2%	3%
X	Geslachtsorganen vrouw	4%	3%	3%	5%	4%
Y	Geslachtsorganen man	1%	0,8%	1%	3%	2%
Z	Sociale problemen	0,6%	0%	0,5%	3%	1%
	onbekend	55	71	21	43	190
	totaal	798	237	221	980	2238

diagnose onbekend: 190=8,5%
su=spreekuur

Tabel 4.27 brengt het verwijspatroon in beeld per ICPC-hoofdstuk. De hoofdstukken 'huid en subcutis', 'bloed' en 'geslachtsorganen man' worden voor meer dan 90% door de huisarts zelf afgehandeld. Naar de medisch specialist worden met name diagnoses uit het hoofdstuk 'spijsverteringsorganen', 'bloed' en 'het bewegingsapparaat' verwezen. Naar de GGZ worden hoofdzakelijk mensen met psychische problemen verwezen en een enkele keer iemand met stofwisselingsproblemen. Bij de fysiotherapeut komen met name mensen met problemen gerelateerd aan het bewegingsapparaat, naast neurologische, psychische en problemen met het hartvaatstelsel.

Tabel 4.27 Verwijspercentages per ICPC-hoofdstuk (diagnoses) (n=2238)

ICPC-hoofdstuk	verwezen n=349		medisch specialist n=194	fysiothe- rapeut n=37	GGZ* n=19	overig n=92
	n	%				
A Algemeen	13	12,1%	46%	7,7%	-	46,3%
B Bloed	5	8,9%	100%	-	-	0%
D Spijsverteringsorganen	41	20%	73,2%	7,3%	2,4%	17,1%
F Oog	21	26,5%	62%	4,8%	-	33,2%
H Oor	9	13,4%	88,9%	-	-	11,1%
K Hartvaatstelsel	18	18,4%	72,2%	5,6%	-	22,2%
L Bewegingsapparaat	57	19,9%	33,9%	45,8%	-	20,3%
N Zenuwstelsel	20	21,7%	50%	40%	-	10%
P Psychische problemen	42	19,3%	33,3%	11,9%	21,4%	23,4%
R Luchtwegen	36	17,7%	58,3%	2,7%	2,7%	26,3%
S Huid en subcutis	22	6%	68%	4,5%	-	27,5%
T Endocrien/metabolisme/voeding	10	20%	30%	-	10%	70%
U Urinewegen	11	12,4%	72,7%	-	-	27,3%
W Zwangerschap/bevalling /anticonceptie	18	24,6%	44,4%	5,5%	-	51,1%
X Geslachtsorganen vrouw	15	12,7%	80%	-	6,6%	23,4%
Y Geslachtsorganen man	3	5,5%	100%	-	-	0%
Z Sociale problemen	8	22,2%	50%	-	-	50%
totaal	349					

niet ingevuld: of asielzoeker wel of niet verwezen is: 95=4,2%

* van één verwijzing was niet bekend wat de diagnose is en van 7 verwijzingen was niet bekend naar wie

Tabel 4.28 De aard van de klacht van patiënten die de huisarts consulteerden (% op deelcontactniveau)

aard klacht*	AZC su in centrum n=798	AZC su in praktijk n=238	OC n=980	AVO n=221	totaal n=2146	NW-alloch-tonen	zieken-fonds patiënten 66.399
somatisch	71%	75%	41%	78%	59%	62%	69%
hoofdzakelijk somatisch	5%	8%	17%	4%	11%	17%	12%
somatisch/psycho-sociaal	13%	11%	17%	7%	14%	11%	10%
hoofdzakelijk psychosociaal	6%	5%	7%	6%	6%	4%	3%
psychosociaal	4%	2%	18%	5%	10%	5%	6%
niet ingevuld	24=3%	36=15%	23=2%	7=3%	92=4%	30%	26%

* verschillen tussen centra; Chi²; p=0.00

Uit tabel 4.28 blijkt dat er significante verschillen zijn in de aard van de klacht die asielzoekers uit de verschillende type centra presenteren aan huisartsen. Huisartsen die voor een AZC of AVO werken hebben overall gezien minder te maken met klachten die (hoofdzakelijk) van psychosociale aard zijn, dan huisartsen die voor een OC werken. Daarnaast zijn er verschillen te zien tussen de aard van de klacht bij asielzoekers en de referentiegroepen. De klachten van asielzoekers zijn minder vaker hoofdzakelijk somatisch dan bij de niet-Westerse allochtonen en ziekenfondspatiënten. Daarentegen zijn de klachten van asielzoekers vaker hoofdzakelijk psychosociaal (16% ten opzichte van 9% en 9%).

Voor 51% van de klachten consulteert de asielzoeker de huisarts voor de eerste keer en in 49% van de gevallen gaat het om een vervolcontact van een bestaande klacht. Hiervan is het onbekend wat het tijdsbestek is tussen de vorige consultatie voor de klacht en de geregistreerde consultatie van de bestaande klacht.

Ter illustratie wordt een casus geschetst van een vrouw die de huisarts consulteert met somatische klachten

“Patiënt met somatische klachten”

Een 58-jarige vrouw uit Afghanistan komt op het spreekuur bij de huisarts. De afspraak is via een praktijkverpleegkundige van de MOA tot stand gekomen. Omdat de vrouw Dari spreekt en onvoldoende Nederlands of Engels kan is er een tolk nodig. De vrouw heeft voor de vertaling een bekende meegenomen naar het spreekuur. Het contactduur van het consult is 11-15 minuten.

Contactredenen: hoesten, bloed in het sputum en koorts.

Diagnose: pneumonie.

De aard van de klacht is geheel somatisch. Het betreft het eerste contact met de huisarts over deze klacht. De huisarts heeft een geneesmiddel voorgeschreven, heeft bloed/cytologisch onderzoek aangevraagd en beeldvormend diagnostisch onderzoek. Na afloop heeft de huisarts besloten een vervolgspraak te maken met de patiënt.

4.10 Therapeutische en diagnostische interventies

Tijdens het consult kan de arts besluiten therapeutische of diagnostische interventies plaats te laten vinden. Sommige interventies zoals het voorschrijven van een geneesmiddel kan de arts zelf uitvoeren, voor anderen zoals het laten maken van een röntgenfoto moet een verwijzing plaatsvinden. De verrichtingen in eigen spreekkamer staan in tabel 4.31. In tabel 4.32 staan de aanvragen aan externen weergegeven.

Tabel 4.29 Verrichtingen in eigen spreekkamer (% op deelcontactniveau)

verrichtingen	AZC su in centrum n=798	AZC su in praktijk n=238	AVO n=221	OC n=980	totaal asiel- zoekers	NW- alloch- tonen	zieken- fonds patiën- ten
geen verrichtingen*	45%	43%	36%	27%	32%	x	x
gewichtsmeting*	2%	2%	3%	0,6%	2%	1%	2%
bloeddrukmeting	6%	12%	8%	6%	7%	6%	9%
bloedonderzoek*	2%	4%	4%	0,9%	2%	2%	2%
urine-onderzoek*	4%	3%	11%	4%	4%	2%	2%
wondverzorging	0,9%	0%	2%	1%	1%	1%	1%
chirurgische ingreep	0,9%	2%	3%	0,9%	1%	0,4%	1%
oor uitspuiten	0,2%	0%	2%	0,3%	0,3%	0,2%	1%
vaccinaties	0,2%	0%	0,7%	0,1%	0,2%	x	x
lichamelijk onderzoek	81%	69%	73%	67%	78%	x	x
anders	9%	20%	7%	30%	15%	x	x
onbekend:	4%	6%	3%	2%			

* significante afwijkingen gevonden tussen de verschillende centra

x informatie is niet voorhanden

In tabel 4.29 is te lezen dat lichamelijk onderzoek vooral veel plaatsvindt in AZC's met spreekuur op het centrum (84%). Er zijn afwijkingen te zien in de mate waarin verrichtingen worden uitgevoerd. In de OC's vinden het meest verrichtingen plaats (73%). De mate waarin huisartsen de verrichtingen gewichtsmeting, bloedonderzoek en urine-onderzoek uitvoeren verschilt significant tussen de verschillende typen centra. De verrichtingen die vaker worden genoemd bij anders zijn: wratten aanstippen, zelfzorgadvies en toedienen van injectie. Indien

de uitgevoerde verrichtingen door huisartsen worden vergeleken tussen de verschillende patiëntenpopulaties zien we veel overlap in de mate waarin huisartsen verrichtingen uitvoeren. Een verschil is te zien bij het doen van urine-onderzoek dat significant vaker bij asielzoekers wordt gedaan dan bij de beide referentiegroepen.

Indien er verder diagnostisch onderzoek nodig is kan de huisarts een onderzoek aanvragen bij een externe instantie, zoals een ziekenhuis of een laboratorium. In tabel 4.30 wordt weergegeven in welke mate aanvragen bij externen worden ingediend door de huisarts, naar aanleiding van contacten met asielzoekers, niet-westerse allochtonen en ziekenfonds patiënten.

Tabel 4.30 Aanvragen aan externen op deelcontactniveau naar type centrum (%)

aanvragen	AZC su in centrum	AZC su in praktijk	OC	AVO	totaal	NW alloch- tonen	zieken- fonds patiënten
geen aanvraag	80%	79%	85%	83%	84%	x	x
bloed/cytologisch onderzoek	10%	3%	7%	5%	8%	3%	3%
micro-biologisch	1%	0,8%	3%	2%	2%	x	x
urine-onderzoek	3%	0,4%	1%	4%	2%	0,5%	0,4%
ECG en ander functie- onderzoek	0,3%	0%	0,3%	1%	0,4%	x	x
beeldvormend diagnostisch oz. röntgen/echo/endoscopie	5%	3%	5%	4%	5%	2%	1%
anders	1%	1%	0,8%	1%	1%	x	x

x informatie is niet voorhanden

Uit tabel 4.30 blijkt dat van de aanvragen die eveneens bij de referentiegroepen bekend zijn, de huisartsen in de centra meer bloed/cytologisch onderzoek aanvragen aan externen.

Tabel 4.31 Verwijzingen naar type centrum (n=342) (% op deelcontactniveau)

verwijzingen	AZC su in centrum	AZC su in eigen praktijk	OC	AVO	totaal
geen verwijzing	79%	89%	88%	81%	84%
medisch specialist	14%	7%	5%	9%	9%
verloskundige	0,6%	0%	0,2%	0%	0,1%
fysiotherapeut	1%	3%	1%	4%	2%
abortuskliniek	0,6%	0%	0,4%	0,9%	0,3%
maatschappelijk werk	0,6%	0%	1%	2%	0,7%
GGZ	0,4%	0,8%	0,6%	2%	0,7%
sociaal geneeskundige MOA	0,3%	0%	0,6%	0,5%	0,4%

praktijkverpleegkundige MOA	0,8%	0%	0,4%	0,5%	0,5%
anders	3%	0,4%	3%	1%	2%

In tabel 4.31 is te zien dat de patiënt voor 84% van de klachten niet verwezen wordt door de huisarts. Indien het wel om een verwijzing gaat, wordt het meest naar de medisch specialist verwezen (9%) waarbij de orthopeed en kinderarts het meest genoemd worden. Slechts 0,7% wordt naar de GGZ verwezen of maatschappelijk werk.

In 44% van de gevallen vond de huisarts het nodig om een vervolgspraak te maken met de asielzoeker voor de aanwezige klachten. Bij vijf contacten werd door de huisarts een opname geïndiceerd. Ter illustratie wordt een casus geschetst van een patiënt waarmee de huisarts een vervolgspraak heeft gemaakt.

“Patiënt die op een vervolgspraak komt bij de huisarts

Een 5-jarig meisje uit Somalië komt met haar moeder bij de huisarts, naar aanleiding van een vervolgspraak die ze met de huisarts hebben gemaakt. Het gaat om een spreekuurcontact dat 6-10 minuten duurt. Doordat het meisje onvoldoende Nederlands spreekt deed de moeder de vertaling.

Contactreden: controle na KNO-operatie.

Diagnose: Otitis media links na een buisje plaatsen.

De aard van de klacht is volledig somatisch. De arts heeft een geneesmiddel voorgeschreven, verder heeft de arts geen verrichtingen behalve de controle van het oor. Er zijn ook geen aanvragen aan externen ingediend. De patiënt is niet verwezen, wel heeft de huisarts een vervolgspraak gemaakt.

4.11 Bijzonderheden en verzwarende omstandigheden

Wanneer zich bijzonderheden voordeden tijdens de behandeling op de SEH-afdeling kon de huisarts deze noteren op het formulier. In de meeste gevallen zijn er geen bijzonderheden gerapporteerd. De bijzonderheden die zich voordeden hebben vooral betrekking op communicatieve problemen.

Communicatie:

"life tolk was niet aanwezig, na enige tijd telefonische tolk kunnen regelen, zonder een tolk was het consult zinloos geweest"

"informele tolk van het centrum deed de vertaling"

"tolk regelen is niet gelukt dus gesprek in gebrekkig Engels en Frans"

"slecht ter been vergeetachtige mevrouw en moeilijk iets uit te leggen, ongeveer 30 minuten gewacht op tolk met als gevolg verstoring spreekuur"

"anamnese niet uit te diepen zonder tolk"

Diversiteit van gepresenteerde klachten:

"nog vele andere klachten verplaatst naar volgende week"

"mevrouw had nog vele moeilijk te structureren andere klachten en volgt adviezen niet op"

"patiënt legt onwaarschijnlijke verbanden tussen diverse gebeurtenissen en ziektes"

"sterke subjectieve klachten bij relatief geringe objectievebare afwijkingen; moeilijk te overtuigen"

"consult is samen met psycholoog en psychiater"

Andere ziektebeleving:

"patiënt loopt reeds bij specialisten voor verschillend problemen, echter gebrekkig ziekte-inzicht"

"vervolgafpraak alleen terug komen als het erger wordt"

"patiënt dreigt dat hij terug zal komen als het niet snel beter gaat"

Niet geëigende vragen:

"patiënt had onder andere vragen omtrent status, uitkering, psychiatrie en gezinshereniging"

Houding van asielzoekers:

"was dwingend in zijn opstelling"

"volgende keer op het inloopspreekuur komen zoals iedereen"

Taken overnemen van andere disciplines:

"zwangerschapscontrole in verband met vakantie van de verloskundige"

4.12 Samenvatting

De populatie huisartsen die zorg verlenen aan asielzoekers bestaat uit veel meer mannen dan vrouwen. Bijna de helft van de huisartsen heeft een solo-praktijk. Het spreekuur voor asielzoekers is in meer dan de helft van de centra georganiseerd in het opvangcentrum. De overwegingen van huisartsen om zorg te verlenen aan asielzoekers variëren van een eigen keuze om als huisarts voor asielzoekers te werken tot de ervaring dat het volledig is opgedrongen. Zevenenveertig procent van de huisartsen heeft ook persoonlijke interesse in de zorg voor asielzoekers. Iets meer dan de helft ziet het (daarnaast) als een maatschappelijke plicht. Samenwerkende praktijken bepalen vaak in goed onderling overleg welke huisarts(en) de zorg voor asielzoekers verleent. Huisartsen ervaren de zorg voor asielzoekers over het algemeen emotioneel meer belastend, dan voor ziekenfonds patiënten. De emotionele belasting wordt voornamelijk bepaald door communicatieproblemen en traumatiseringsproblematiek. De patiëntgebonden werklast wordt verder bepaald door het aantal dagdelen dat asielzoekers terecht kunnen op het spreekuur bij de huisarts, het aantal asielzoekers waarover de huisarts zorg draagt en het aantal centra waarvoor de huisarts werkt. De meeste huisartsen dragen zorg voor meer dan 100 asielzoekers. Bij de meeste huisartsen kunnen asielzoekers op meerdere dagen de huisarts consulteren. Daarnaast draait iets meer dan driekwart van de huisartsen Avond-, Nacht- en Weekenddiensten. Tijdens de ANW-dienst wordt een deel van de hulpvragen ondervangen door de Meldkamer/CPA in Amsterdam. Het merendeel van de huisartsen die ervaring hebben met de meldkamer/CPA is er tevreden over (83%). De totale werklast van de huisarts wordt naast de patiëntgebonden werklast bepaald door de niet-patiëntgebonden werklast. Deze wordt onder meer bepaald door de tijd die huisartsen aan scholing, overleg en administratie van de zorg aan asielzoekers besteden. Iets minder dan de helft van de huisartsen volgde speciale scholing met betrekking tot de zorgverlening aan asielzoekers. Bijna de helft van de huisartsen houdt een structurele voor- of nabespreking van het huisartsenspreekuur met de praktijkverpleegkundige. Daarnaast houdt driekwart van de huisartsen gemiddeld 1 keer per kwartaal werkoverleg- evaluatie met de praktijkverpleegkundige. Bijna de helft van de huisartsen vindt dat zij onvoldoende op de hoogte worden gehouden door de LHV en de MOA over de beleidsontwikkelingen op het gebied van huisartsenzorg aan asielzoekers. Over de manier waarop de praktijkverpleegkundige de asielzoeker doorverwijst is ruim meer dan de helft van de huisartsen tevreden. Het verwijzingstraject van de asielzoeker naar de tweedelijns gezondheidszorg verloopt in het algemeen redelijk tot goed. In de gevallen dat het minder goed gaat is dat vaak te wijden aan taalproblemen van asielzoekers en het feit dat

asielzoekers hun afspraken niet nakomen. Voor de GGZ in het bijzonder geldt dat er volgens 43% van de huisartsen te weinig plaatsen zijn ingekocht. Als knelpunten ervaren huisartsen met name de presentatie van complexe zorgvragen en het omgaan met claimende vragen en het oneigenlijk ingezet worden in juridische kwesties en problemen in de communicatie.

Asielzoekers die een huisarts bezoeken zijn iets vaker van het mannelijk geslacht en uit de leeftijdsgroep 25-44 jaar. Ouderen treffen we onder asielzoekers nauwelijks aan. De meest voorkomende herkomstlanden zijn Angola, Afghanistan en Irak. In de meeste gevallen komen asielzoekers via de toeleiding bij de huisarts en voornamelijk via de praktijkverpleegkundige. Vaak gaat het om een spreekuurcontact en zelden om een visite. Visites worden bij asielzoekers en niet-Westerse allochtonen minder uitgevoerd dan bij ziekenfondspatiënten. Asielzoekers maken ook vaker gebruik van spreekuurcontacten dan allochtonen en ziekenfonds patiënten. Bij ziekenfonds patiënten brengt de huisarts ook vaker een visite dan bij asielzoekers (respectievelijk 5% en 1,5%). De contacten duren gemiddeld wel langer dan die van 'allochtone' en 'reguliere' patiënten. Van alle contacten met asielzoekers achten de huisartsen het in een derde van de contacten noodzakelijk om een tolk in te schakelen. Vaak wordt de vertaling gedaan door een bekende van de patiënt. In een vijfde van de gevallen is er geen tolk gebruikt terwijl dat wel nodig was, om de reden dat het niet gelukt is om een tolk te krijgen, of omdat de huisarts het niet heeft geprobeerd. De contactduur is significant langer indien er een tolk nodig is vergeleken met wanneer het gesprek plaatsvindt in een voertaal. Redenen om contact te zoeken met de huisarts betreffen bij asielzoekers relatief vaak problemen met de huid en met de spijsvertering. Relatief minder vaak presenteren zij problemen met bloed en bloedvormende organen, stofwisseling en met de geslachtsorganen van de man. Bezien we de door de huisarts gestelde diagnoses dan komen onder asielzoekers, evenals de gepresenteerde klachten, relatief vaak diagnoses met betrekking tot de huid en met betrekking tot de spijsverteringsorganen voor samen met het bewegingsapparaat en psychische problemen. Diagnoses met betrekking tot de bloed en bloedvormende organen, stofwisseling, geslachtsorganen van de man en sociale problemen komen minder vaak voor. De meest voorkomende contactredenen is het voorschrijven of verzorgen van medicatie en de meest gestelde diagnose door huisartsen bij asielzoekers is een crisis van voorbijgaande aard. Gelijkenis tussen de verschillende patiëntengroepen bij de meest gestelde diagnoses is te zien bij, 'acute infectie van de bovenste luchtwegen', 'contacteczeem', 'urinegeweefinfectie' en dermatomycose, welke bij alle drie de patiëntengroepen in de top-10 van de meest gestelde diagnoses staan. Daarnaast is depressie een diagnose die veel bij asielzoekers en niet-westerse allochtonen gesteld is, maar die niet voorkomt bij de tien meest gestelde diagnoses onder ziekenfonds patiënten. Drie van de tien meest gestelde diagnoses onder asielzoekers zijn te classificeren in het ICPC-hoofdstuk spijsvertering, het gaat dan om maagpijn, maagstoornis en spastisch colon. Dit in tegenstelling tot de twee referentiegroepen waar geen van de meest gestelde diagnoses betrekking heeft op problemen met de spijsvertering. Indien de diagnoses per ICPC-hoofdstuk worden vergeleken tussen de verschillende patiëntengroepen, zijn er een aantal verschillen te zien. Bij asielzoekers zijn vaker diagnoses gesteld uit de ICPC-hoofdstukken psychische problemen en spijsvertering. Minder vaak werden er bij asielzoekers diagnoses gesteld uit het ICPC-hoofdstuk stofwisseling. De gepresenteerde klachten aan de huisarts zijn veelal van somatische aard, maar minder vaak dan bij de niet-westerse allochtonen en ziekenfondspatenten. Daarentegen zijn de klachten van asielzoekers vaker psychosociaal. In iets meer dan de helft van de gevallen consulteert de asielzoeker de huisarts voor de eerste keer. In meer dan de helft van de gevallen voert de huisarts verrichtingen in eigen praktijk uit, vaak gaat het dan om een lichamelijk onderzoek. Huisartsen doen bij N-W allochtonen en

ziekenfondspatiënten ongeveer even vaak dezelfde verrichtingen, met uitzondering van urine-onderzoek dat bij asielzoekers vaker wordt gedaan. In een klein aantal van de gevallen, dient de huisarts een aanvraag aan externen aan, waarbij het voornamelijk gaat om bloed/cytologisch onderzoek, urine-onderzoek en beeldvormend diagnostisch onderzoek. Van de asielzoekers die worden verwezen, worden de meeste verwezen naar de medisch specialist. Er wordt weinig naar de GGZ of maatschappelijk werk verwezen. In bijna de helft van de gevallen vond de huisarts het nodig om een vervolgspraak te maken voor de bij de asielzoeker aanwezige klachten.

5 De werklast van de huisarts in de zorg aan asielzoekers

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de werkbelasting die huisartsen hebben in de zorg aan asielzoekers. De werkbelasting is te onderscheiden in objectieve en subjectieve werklast. De objectieve werklast, kan ook wel omschreven worden als de feitelijke werkbelasting zoals die objectief meetbaar is. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden in patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden werklast. De patiëntgebonden werklast heeft betrekking op activiteiten die de huisarts verricht voor een individuele patiënt, zoals het houden van spreekuur en het bijhouden van het medisch dossier. De niet-patiëntgebonden werklast heeft betrekking op activiteiten die gedaan worden voor een patiëntenpopulatie, zoals het volgen van speciale scholing en houden van werkoverleg. Daarnaast is er de subjectieve werklast, meetbaar door arbeidssatisfactie, gevoelens van burn-out en werkbelasting van onprettige contacten. In de hierna komende paragrafen zullen resultaten uit de vorige hoofdstukken worden weergegeven om een totaal beeld te geven van de feitelijke en subjectieve werklast van de huisarts in de zorg aan asielzoekers. De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt: in paragraaf 5.2 wordt eerst ingegaan op de feitelijke patiëntgebonden werklast, waarbij de belangrijkste resultaten uit de contactregistraties centraal staan. In paragraaf 5.3 wordt de niet-patiëntgebonden werklast besproken. De subjectieve patiëntgebonden werklast wordt in paragraaf 5.4 aan de orde gesteld.

5.2 Objectieve werklast: de feitelijke patiëntgebonden werklast

De werklast van de huisarts wordt mede bepaald door de mate waarin de praktijkverpleegkundige asielzoekers doorverwijst naar de huisarts. Uit de contactregistraties door praktijkverpleegkundigen blijkt dat asielzoekers voor eenderde van de deelcontacten worden verwezen naar de huisarts. Het meest gaat het om asielzoekers met klachten uit de ICPC-hoofdstukken 'huid en subcutis', 'spijsvertering', 'algemeen en niet gespecificeerd', 'luchtwegen' en 'bewegingsapparaat' (respectievelijk 11%, 10%, 9% en 8%). De mate waarin praktijkverpleegkundigen uit de verschillende typen centra asielzoekers verwijzen naar de huisarts verschilt nauwelijks. Wel is het zo dat praktijkverpleegkundigen in een OC veel meer contacten hebben met asielzoekers dan praktijkverpleegkundigen in een AZC of AVO, dus ook meer asielzoekers kunnen doorverwijzen.

De meerderheid van de huisartsen is tevreden of zeer tevreden over de wijze waarop de toegeleiding plaatsvindt. Waarbij hun mening is gebaseerd op het type klachten waarmee asielzoekers worden verwezen, het stadium van de klachten (kan er makkelijk mee gewacht worden of is het goed om ermee naar de huisarts te gaan) en de manier waarop de hulpvraag door de toegeleiding is geformuleerd. De kwaliteit van de toegeleiding beïnvloedt contactfrequentie en contactduur. Voor wat de betreft de mate waarin de klachten geëigend zijn om de huisarts te consulteren is 58% tevreden tot zeer tevreden en een kleiner deel van de huisartsen is ontevreden tot zeer ontevreden (10%). Over het stadium van de klachten

waarmee asielzoekers worden verwezen door de praktijkverpleegkundige is 79% tevreden tot zeer tevreden, en 21% ontevreden tot zeer ontevreden (18% vindt dat de praktijkverpleegkundige te vroeg verwijst en 3% te laat). De tevredenheid over de geëigende toegeleiding heeft niet alleen gevolgen voor de objectieve werklast, maar ook zijn invloed op de subjectieve werklast die verderop wordt besproken. De formulering van de hulpvraag is volgens 63% duidelijk tot zeer duidelijk en volgens 11% onduidelijk tot zeer onduidelijk.

Uit de contactregistraties door huisartsen blijkt dat de frequentie van contacten met asielzoekers varieert. De variatie is te zien tussen de verschillende typen centra en binnen het type centrum. Zo lijkt de contactfrequentie tussen de huisarts en de asielzoeker bij de OC's het hoogst te liggen. Het minimum is daar 3,1 contacten per asielzoeker. Het maximum bij de OC's ligt op een gemiddeld aantal contacten van 7,7 per asielzoeker per jaar. Binnen de AZC's varieert de contactfrequentie van 1,4 contact per asielzoeker per jaar tot 6,5 contact per asielzoeker per jaar. Bij het type contacten met asielzoekers gaat het veelal om een spreekuurcontact (86% van het totaal aantal contacten met asielzoekers). In 12% van de contacten ging het om overige contacten met asielzoekers, zoals contacten die niet gepland waren en tussendoor plaatsvonden. Visites kwamen zelden voor. In totaal werden 22 visites geregistreerd, dat is 1,5% van alle contacten tussen de huisarts en asielzoeker in dit onderzoek.

Naast de frequentie van contacten speelt de contactduur een rol bij de feitelijke werklast. De contactduur wordt mede beïnvloed door de communicatie tussen de huisarts en de asielzoeker. Indien sprake is van een moeilijk verlopende communicatie kan de contactduur aanzienlijk langer zijn. Indien er een tolk nodig was tijdens het consult, is de contactduur significant langer dan wanneer het om een voertaalgesprek gaat. Bij 35% van de contacten werd een tolk nodig geacht, maar in twee derden hiervan niet ingeschakeld. De reden hiervoor is even vaak dat het niet is gelukt om een tolk te verkrijgen als dat de huisarts niet heeft geprobeerd een tolk te krijgen. Over het tolkencentrum zijn de meeste huisartsen (84%) wel tevreden, maar 14% is ontevreden. De problemen die zich vaak voordoen hebben te maken met het feit dat het moment waarop de tolk beschikbaar is vaak niet overeenkomt met het moment waarop de asielzoeker in de spreekkamer zit. De contactduur varieert evenals de frequentie, tussen de typen centra en binnen de typen centra. De gemiddelde contactduur van een spreekuurconsult is het langst bij de OC's (14,2 minuten) en het kortst bij de AVO's (9,1 minuten). De gemiddelde contactduur bij de AZC's is korter voor de huisartsen die het spreekuur in de eigen praktijk houden dan de huisartsen die het spreekuur in het centrum houden, respectievelijk 11,3 en 11,7 minuten. Indien contacten langer dan een kwartier duren, hebben de gezondheidsklachten van de asielzoeker het vaakst betrekking op psychische problemen (17%), spijsvertering (11%) en het bewegingsapparaat (9%).

Verder is het aantal verwijzingen bepalend voor de objectieve patiëntgebonden werklast. De huisarts heeft extra werkzaamheden, zoals het contacteren van medisch specialisten en het regelen van afspraken, uitschrijven van een verwijfsbrief en het verwerken van de teruggekoppelde gegevens. In totaal zijn er 349 verwijzingen op 2238 deelcontacten (16%) door de huisarts uitgeschreven waarvan het vaakst naar de medisch specialist. De problemen waarvoor asielzoekers naar de specialist zijn verwezen hebben het vaakst betrekking op de spijsverteringsorganen, bewegingsapparaat en de luchtwegen. De verwijzing van een asielzoeker kan extra werklast met zich meebrengen als dit niet goed verloopt. Van de huisartsen vindt 89% het verloop van het verwijzingstraject redelijk tot goed en 11% matig

tot slecht. De terugkoppeling van consultgegevens vanuit de tweede lijn naar de huisarts verloopt volgens 90% van de huisartsen redelijk tot goed en volgens 10% matig tot slecht.

Relatief weinig worden asielzoekers door de huisartsen verwezen naar de GGZ (n=19), dat is nog minder dan 1% van het totaal aantal deelcontacten. In totaal is er in 232 (10%) deelcontacten een diagnose gesteld door de huisarts uit het ICPC-hoofdstuk hoofdstuk 'psychische problemen'. Daarnaast is een aantal patiënten verwezen naar maatschappelijk werk (15) en een sociaal geneeskundige MOA (9). De samenwerking met de GGZ wordt door 64% van de huisartsen als redelijk tot goed beoordeeld en 36% beoordeelt de samenwerking als matig tot slecht vanwege het geringe contact dat zij met de GGZ hebben en de slechte terugkoppeling.

Het uitvoeren van diagnostische en therapeutische verrichtingen in de eigen praktijk kan leiden tot een langere contactduur en extra werk zoals het steriliseren van gebruikte instrumenten. Huisartsen blijken in tweederde van de patiëntencontacten verrichtingen uit te voeren bij asielzoekers waarbij het meestal gaat om een lichamelijk onderzoek.

Verder verrichten huisartsen nog administratieve werkzaamheden naar aanleiding van contacten met asielzoeker, zoals het bijhouden van het medisch dossier. Van iedere asielzoeker wordt er binnen de Medische Opvang Asielzoekers een medisch dossier bijgehouden. Naast het medisch dossier van de MOA houdt 64% van de huisartsen ook een medisch dossier bij in de huisartsenpraktijk. De overige huisartsen houden geen eigen dossier bij.

Bovenop de werklust die voortkomt uit de rechtstreekse contacten tussen huisartsen en asielzoekers komen de contacten met praktijkverpleegkundigen, ander MOA-personeel of specialisten. Praktijkverpleegkundigen (of ander MOA-personeel) raadplegen in een kwart van de deelcontacten, de huisarts met vragen over de asielzoeker met gezondheidsklachten of om een herhaalrecept. Dit kan om een telefonisch contact gaan, of dat de praktijkverpleegkundige de spreekkamer van de huisarts binnen gaat met een vraag over een asielzoeker. En dan zijn er nog de telefoontjes over asielzoekers die de huisarts voert met specialisten en andere disciplines. De frequentie van de (telefonische) vraagstellingen door derden aan de huisarts is niet door iedere huisarts consequent bijgehouden. Uit de contactregistratie van huisartsen die contacten met derden gelijkmatig over de registratieperiode hebben bijgehouden blijkt dat de frequentie per asielzoeker per jaar te variëren van 0,5 tot 4,3. De duur van het contact tussen de huisarts en een andere hulpverlener ligt gemiddeld op 4,4 minuten.

Een factor die nodeloze werklust met zich meebrengt voor de huisarts is het niet verschijnen van asielzoekers op de afspraak met de huisarts: 6 tot 13% van de contacten (tabel 5.1). Iedere keer als een asielzoeker niet verschijnt op de afspraak is er gemiddeld meer dan 2 minuten geïnvesteerd door de huisarts aan voorbereidingen van het consult. Zo had 22% van de huisartsen vooraf een tolk gereserveerd. De resultaten van de belangrijkste determinanten van werklust worden weergegeven in tabel 5.1.

Tabel 5.1 Werklast van de huisarts in de zorg aan asielzoekers weergegeven per type centrum

determinanten van werklast	AZC su in centrum	AZC su in praktijk	OC	AVO
objectieve werklast:				
gemiddelde contactfrequentie	3,6	2,9	5,8	3,8
gemiddelde contactduur (minuten)	11,7	11,3	14,2	9,1
frequentie waarin de pvk contact opneemt met huisarts met vragen over een asielzoeker	27%	27%	26%	19%
aantal visites	3	7	8	4
% contacten waarin asielzoekers niet op de afspraak met de huisarts verschijnen zonder bericht	9%	13%	6%	10%
% contacten waarin tolk nodig is	32%	16%	47%	10%
% contacten waarin tolk nodig is en niet gebruikt	15%	6%	25%	0%
% contacten waarin verwezen wordt	21%	11%	12%	19%
% contacten met verrichtingen	55%	57%	73%	64%
% contacten met aanvragen	20%	11%	15%	18%
% contacten met voorschrift geneesmiddel	47%	47%	44%	58%
subjectieve werklast:				
% huisartsen dat emotionele belasting in de zorg aan asielzoekers als hoger ervaart dan in de zorg aan ziekenfonds patiënten	68%	68%	64%	61%
% contacten met gestelde diagnoses uit het ICPC-hoofdstuk psychische problemen	7%	4%	15%	9%
% contacten met klachten dat hoofdzakelijk psychisch van aard is	11%	7%	25%	11%
persoonlijke interesse in de zorg aan asielzoekers	59%	59%	82%	26%

Uit tabel 5.1 blijkt dat de factoren die de werklast bepalen voor de huisarts verschillen tussen de typen centra. Voor huisartsen die voor een OC werken lijkt de werklast in de zorg aan asielzoekers op een aantal punten zwaarder te zijn dan voor huisartsen die voor een AZC of AVO werken. Het gaat daarbij om de contactfrequentie en contactduur die bij een OC

duidelijk hoger liggen. Combinatie van contactfrequentie en contactduur geeft een maat voor de objectieve patiëntgebonden werklust die het hoogst is in OC's: 82,4 minuten per persoon per jaar. In AZC's met spreekuur op het centrum wordt dit 42,1 minuten, 32,8 wanneer het spreekuur in eigen praktijk wordt gehouden en 31,9 minuten bij AVO's.

Ook is er bij een OC het vaakst een tolk nodig wat extra tijd vereist tijdens het consult en daarnaast lukt het bij deze groep huisartsen het minst vaak om een tolk te krijgen op het juiste moment. De huisartsen die voor een OC werken krijgen het meest te maken met gepresenteerde klachten door asielzoekers die van psychische aard zijn. Ook voeren huisartsen in een OC het vaakst verrichtingen uit. Daarentegen hebben huisartsen die voor een OC werken significant vaker persoonlijke interesse in de doelgroep dan de overige huisartsen.

Om de determinanten van werklust te kunnen afzetten tegen de referentiegroepen - autochtone en niet-westerse allochtone ziekenfondsverzekerden - werden de uitkomsten uit dit onderzoek gewogen naar de relatieve verdeling van de asielzoekers over de verschillende soorten asielzoekerscentra in Nederland ten tijde van het onderzoek (Tabel 5.2).

Tabel 5.2 Werklust van de huisarts weergegeven per patiëntenpopulatie over alle contacten
(gegevens asielzoekers berekend op nationale verdeling asielzoekerspopulatie over verschillende soorten centra)

determinanten van werklust	patiëntenpopulatie		
	asielzoekers	Niet-Westerse allochtone ziekenfonds-patiënten	autochtone ziekenfonds-patiënten
objectieve werklust:			
gemiddelde contactfrequentie	3,5	3,8	4,5
gemiddelde contactduur	11,3	9,4	9,8
% visites overdag op alle consulten	0,4%	0,9%	5,1%
verwijspercentage eerste verwijzing	14%	6,2%	4,5%
eerste voorschrift geneesmiddel	48,5%	49,1%	48,6%
subjectieve werklust:			
aard van de klacht psychisch	16%	2,8%	3,7%
gestelde diagnoses uit het ICPC-hoofdstuk psychische problemen	10,0%	1,8%	2,7%

We zien dat de contactfrequentie bij asielzoekers het laagst is. Daarentegen ligt de gemiddelde contactduur bij asielzoekers 20% hoger dan autochtone ziekenfondsverzekerden.

De objectieve patiëntgebonden werklast uitgedrukt in tijd per jaar per patiënt is bij asielzoekers gemiddeld over alle centra 40,3 minuten tegenover bij autochtone ziekenfondspatiënten 44,1 minuten, 10% lager en bij niet-westerse allochtonen is dit 35,7 minuten. In OC's is de patiëntgebonden werklast 82,4 minuten per asielzoeker per jaar, 87% hoger dan bij ziekenfonds patiënten. Meest vergelijkbaar in dit opzicht is de werklast in AZC's met spreekuur op het centrum: 42,1 minuut per asielzoeker per jaar.

Zowel de aard van de klacht als de diagnose is bij asielzoekers significant vaker van psychische aard. Ook verschillen in de contactsoort zijn te zien, huisartsen brengen vaker een visite overdag bij ziekenfondsverzekerden dan aan asielzoekers en niet-westerse allochtonen. Er wordt bij de asielzoekers veel meer verwezen, maar geneesmiddelen worden in dezelfde mate voorgeschreven.

De gegevens zijn niet gestandaardiseerd voor verschillen tussen de verschillende populaties om een beeld te kunnen geven van de absolute werklast voor de huisarts. De opmerking is hierbij gepast dat het percentage visites toeneemt met de leeftijd van de patiënt. Onder de ziekenfonds patiënten bevinden zich duidelijke meer ouderen dan bij de overige groepen.

Van een aantal factoren is gekeken of die van invloed zijn op de contactduur en op contactfrequentie tussen de huisarts en de asielzoekers. Het gaat daarbij om de MOA-regio waarin de huisarts zijn of haar praktijk voert. Per MOA-regio kunnen er bijvoorbeeld verschillende afspraken gemaakt zijn over de toegeleiding. Daarnaast kan het type centrum en de wijze waarop het spreekuur is georganiseerd bepalend zijn. Ook van patiëntenkenmerken zoals leeftijd en geslacht is geanalyseerd wat de invloed is op de contactduur. Verder is gekeken naar de invloed van een aantal kenmerken van de klacht, zoals het stadium van de klachten waarin de praktijkverpleegkundige de asielzoekers doorverwijst en de mate waarin de klachten geëigend zijn om de huisarts te consulteren. Als kenmerk van de huisarts is nagegaan, of het volgen van specifieke scholing over zorg aan asielzoekers leidt tot een kortere contactduur in de contacten met asielzoekers.

Tabel 5.3 Factoren van invloed op de contactduur en contactfrequentie

determinanten van contactduur en contactfrequentie*	verschillen
MOA-regio	niet te bepalen
type centrum	bij een OC is de contactduur het langst en contactfrequentie het hoogst
organisatie van spreekuur	spreekuur op centrum leidt tot langere contactduur en hogere contactfrequentie
leeftijd van de asielzoekers	zowel contactduur als contact frequentie zijn hoger bij oudere asielzoekers
geslacht van de asielzoekers	het geslacht van de asielzoeker leidt niet tot verschillen in de contactduur, wel contacteren vrouwen 1,5 keer zoveel
het houden van werkoverleg met de praktijkverpleegkundige	huisartsen die werkoverleg houden met de praktijkverpleegkundige hebben vaker een langere contactduur, maar 1,5 keer lagere contactfrequentie
stadium waarin de praktijkverpleegkundige de asielzoeker verwijst: te vroeg - neutraal -te laat	huisartsen die van mening zijn dat de praktijkverpleegkundigen de asielzoekers te vroeg verwijzen, hebben gemiddeld een kortere contactduur en 1,3 lagere contactfrequentie
huisartsen die specifieke scholing hebben gevolgd in de zorg aan asielzoekers	huisartsen die specifieke scholing hebben gevolgd hebben gemiddeld een langere contactduur, maar eveneens 1, 4 keer lagere contactfrequentie

* Een aantal determinanten zijn berekend op basis van een beperkt aantal respondenten, doordat niet alle huisartsen die contactregistraties verrichtten ook de enquête hadden geretourneerd

Tabel 5.3 toont dat een aantal factoren invloed hebben op de duur van de contacten tussen huisartsen en asielzoekers. Het gaat hierbij om kenmerken van het centrum, de huisarts en de patiënt. Op het opvangcentrum zijn de asielzoekers net in Nederland, kennen daardoor de taal zeker nog onvoldoende, komen voor het eerst in contact met het Nederlandse zorgsysteem en vertonen nog in zeer hoge mate psychische problemen.

5.3 Objectieve werklast: de feitelijke niet patiëntgebonden werklast

De niet-patiëntgebonden werklast kan worden gedefinieerd als: "de frequentie, duur en inhoud van activiteiten die geen betrekking hebben op één individuele patiënt, maar op het werk dat gedaan wordt voor een bepaalde populatie patiënten". Hierbij kan worden gedacht

aan het volgen van specifieke scholing en het houden van werkoverleg in het kader van de zorg aan asielzoekers. Van de geënquêteerde huisartsen volgde 47% speciale scholing ten behoeve van de zorg aan asielzoekers. In de zorg aan asielzoekers werken huisartsen samen met praktijkverpleegkundigen. Om de samenwerking met de praktijkverpleegkundige te regelen houdt bijna driekwart van de huisartsen werkoverleg met de praktijkverpleegkundige over de organisatie van de begeleiding. Gemiddeld houden huisartsen 1 keer per kwartaal werkoverleg. Daarnaast heeft 84% van de huisartsen mondelinge afspraken gemaakt met de praktijkverpleegkundige, 48% heeft schriftelijke afspraken gemaakt en 34% heeft zowel mondelinge als schriftelijke afspraken gemaakt. Naast het houden van werkoverleg en het maken van werkafspraken, wordt er door 74% van de huisartsen patiëntenbespreking gehouden met de praktijkverpleegkundigen. Tijdens de patiëntenbespreking worden alle bijzonderheden van de asielzoekers besproken. De meeste huisartsen houden ad hoc met de praktijkverpleegkundige patiëntenbespreking (48%). In iets mindere mate houden huisartsen een structurele voor- of nabespreking van het huisartsensprekuur met de praktijkverpleegkundige (41%). In 22% van de gevallen waarin huisartsen patiëntenbespreking houden gaat het om een structurele bespreking met de praktijkverpleegkundige en andere disciplines. Onder deze werklast valt ook de extra-reistijd naar de asielzoekerscentra omdat deze vaak buiten de centra van de gemeenten gelegen zijn. Dit geldt dan zeker voor huisartsen met spreekuur op het centrum. Het grootste deel van de extra-tijd die aan deze activiteiten wordt besteed, zouden de huisartsen niet gemaakt hebben in het geval van ziekenfonds patiënten.

5.4 De subjectieve patiëntgebonden werklast

Uit de enquêtes blijkt dat iets meer dan de helft van de huisartsen problemen in de communicatie als een knelpunt ervaart.

Voor wat de betreft de mate waarin de klachten geëigend zijn om de huisarts te consulteren is 58% tevreden tot zeer tevreden en een kleiner deel van de huisartsen is ontevreden tot zeer ontevreden (10%). Over het stadium van de klachten waarmee asielzoekers worden verwezen door de praktijkverpleegkundige is 79% tevreden tot zeer tevreden, en 21% ontevreden tot zeer ontevreden (18% vindt dat de praktijkverpleegkundige te vroeg verwijst en 3% te laat). Van de huisartsen vindt 89% het verloop van het verwijzingstraject redelijk tot goed en 11% matig tot slecht.

De achterliggende reden om zorg te verlenen aan asielzoekers kan van invloed zijn op de ervaren subjectieve werklast. Huisartsen die tegen hun wil asielzoekers hebben opgenomen in hun patiëntenpopulatie, zullen negatiever tegen de contacten met asielzoekers staan dan huisartsen die persoonlijke interesse hebben in de doelgroep. Bijna de helft van de huisartsen heeft persoonlijke interesse in de doelgroep. Onderscheid is te zien tussen de verschillende typen centra. Huisartsen die voor een OC werken hebben significant vaker persoonlijke interesse om voor asielzoekers te werken dan huisartsen die voor een AVO werken, welke het minst geïnteresseerd zijn in de doelgroep. De huisartsen die voor een AVO werken zien de zorg voor asielzoekers vaker als een maatschappelijke plicht vergeleken met huisartsen die voor een OC of AZC werken. Uit de door huisartsen genoemde andere overwegingen om zorg te gaan verlenen aan asielzoekers blijkt dat deze variëren van een eigen keuze om als huisarts voor asielzoekers te werken tot de ervaring dat het volledig opgedrongen is.

De emotionele belasting die huisartsen ervaren in de zorg aan asielzoekers is ook mede bepalend voor de subjectieve werklust. Uit de enquêtes blijkt dat 64% van de huisartsen de emotionele belasting in de zorg aan asielzoekers hoger ervaart dan die in de zorg aan ziekenfonds patiënten. Een klein deel van de huisartsen ervaart de belasting als lager (2%) en de overige huisartsen vinden de emotionele belasting in de zorg aan asielzoekers gelijk aan die in de zorg aan ziekenfonds patiënten. Veel genoemde factoren die er toe bijdragen dat huisartsen de zorg aan asielzoekers als emotioneel meer belastend ervaren zijn: agressie door asielzoekers, communicatieproblemen, traumatiserings-problematiek, machteloosheid van de huisarts om de asielzoeker te helpen en de presentatie van oneigenlijke vragen door asielzoekers. Het ervaren van knelpunten in de zorg aan asielzoekers kan leiden tot een subjectieve hogere werkbelasting. Meer dan de helft van de ondervraagde huisartsen gaf aan moeite te hebben met complexe zorgvragen, het omgaan met claimende vragen, oneigenlijk ingezet worden in juridische kwesties en een moeilijk verlopende communicatie met als gevolg dat er weinig tijd over is om goed op de zorgvraag in te gaan. Verder werd gezegd door huisartsen dat de lange asielprocedure waarin asielzoekers verkeren, ten eerste vervelend is voor de asielzoekers en ten tweede vervelend voor de huisarts. Doordat asielzoekers langer in de procedure zitten, blijven ze langer als patiënt bij de huisarts ingeschreven staan en daarnaast nemen de klachten toe, vaak is er sprake van somatisatie van psychische klachten. Daarnaast geeft het voor de huisarts een machteloos gevoel om dat deze niet in staat is de oorzaken van de klachten van de asielzoekers weg te nemen.

6 Samenvatting en conclusies

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen van het onderzoek besproken. Het onderzoek richt zich op de werklast die de huisarts heeft in de zorg aan asielzoekers. Huisartsen en praktijkverpleegkundigen van de MOA (Medische Opvang Asielzoekers) registreerden in het kader van het onderzoek contacten met asielzoekers. Aan het onderzoek hebben 40 huisartsen meegedaan en 72 praktijkverpleegkundigen van de MOA, verbonden aan 29 verschillende centra voor asielopvang. Deze centra zijn verspreid over Nederland gelegen. De hulpverleners hebben contacten met asielzoekers geregistreerd voor tenminste twee (centra met meer dan 200 asielzoekers) tot vijf weken (centra met minder dan 200 asielzoekers). Na afloop van de registratieperiode zijn 1947 registratieformulieren van huisartsen ontvangen en 2432 formulieren van praktijkverpleegkundigen. Aanvullend zijn gegevens gebruikt uit enquêtes die zijn verzonden aan alle huisartsen (exclusief huisartsen die alleen Avond-, Nacht-, en Weekenddiensten (ANW) verrichten voor asielzoekers) en praktijkverpleegkundigen die zorg verlenen aan asielzoekers. Deze gegevens zijn gebruikt om inzicht te verkrijgen in de subjectieve en feitelijke patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden werklast van de huisarts en dienen als verklarende factoren voor verschillen in werklast tussen huisartsen. Daarnaast zijn voor de verzamelde gegevens door huisartsen over asielzoekers, referentiegegevens van 'reguliere ziekenfondspatiënten' en 'niet-westerse allochtonen' gebruikt. Hiervoor werden gegevens gebruikt uit de tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk (NS2). Voor de praktijkverpleegkundigen zijn geen referentiegegevens gebruikt.

6.2 Doel van het onderzoek

Sinds 1 januari 1998 is een convenant van kracht tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en Zorgverzekeraar VGZ waarin de huisartsenzorg voor asielzoekers is geregeld. In dit convenant zijn afspraken gemaakt over de voorwaarden waaronder huisartsen zorg verlenen aan asielzoekers in de Centrale Opvang. De afspraken betreffen onder meer de betaling (een abonnementstarief) en dat de toeleiding van asielzoekers vanuit de asielzoekerscentra naar de huisarts wordt geregeld door een functionaris die het contact met de huisarts voorbereidt. Op het moment dat het convenant werd gesloten waren geen gegevens bekend over de feitelijke werklast van de huisarts, alsmede de factoren die daarop van invloed zijn. Daarom heeft het NIVEL in opdracht van de LHV en VGZ in 2000 een pilotstudie uitgevoerd waarin is nagegaan hoe het beste een monitoring-systeem kan worden opgezet om bovengenoemde factoren te meten. Uit de pilotstudie werd geconcludeerd dat het uitvoeren van een periodieke contactregistratie door huisartsen en praktijkverpleegkundigen, de meest geschikte manier is om dit te doen. Doel van het onderzoek is het monitoren van de werklast van de huisarts en de hoeveelheid geboden medische zorg samen met de veronderstelde factoren die daarop van invloed zijn.

6.3 Beantwoording van de onderzoeksvragen

Er zijn zeven deelvragen geformuleerd. Per deelvraag zullen de belangrijkste resultaten worden weergegeven in een kader en aanvullend wordt per deelvraag een uitgebreidere samenvatting gepresenteerd.

1. Hoe ziet de structuur van de zorg eruit, zoals de kenmerken van het asielzoekerscentrum, de daarvoor gecontracteerde huisartsen en hun onderlinge samenwerking?

- bijna de helft van de huisartsen die zorg verlenen aan asielzoekers is meer dan 16 jaar praktiserend huisarts
- 35% van de huisartsen verleent > 6 jaar zorg aan asielzoekers
- tweederde van de huisartsen werkt in de zorg aan asielzoekers samen met (een) andere huisarts(en)
- geen verband tussen aantal asielzoekers per centrum en aantal gecontracteerde huisartsen
- onderlinge samenwerking tussen huisartsen binnen de praktijk of samenwerkende praktijken verloopt goed
- de organisatie van het spreekuur houdt verband met het type centrum (AZC, OC, AVO)
- meer huisartsen (60%) houden het spreekuur voor asielzoekers in de eigen praktijk dan in het centrum

Organisatie van het spreekuur

Een aantal factoren zijn bepalend voor de structuur. Er zijn veel verschillen in de structuur waarop de huisartsenzorg voor asielzoekers is georganiseerd. Om te beginnen is er verschil in de organisatie van het spreekuur. Het spreekuur voor asielzoekers is bij 60% van de huisartsen op dezelfde wijze georganiseerd als voor ziekenfonds patiënten. Asielzoekers dienen dan ook de huisarts te consulteren tijdens het reguliere spreekuur in de praktijk. Tien procent van de huisartsen houdt een apart spreekuur voor asielzoekers in de reguliere praktijk en 27% heeft een apart spreekuur voor asielzoekers in het opvangcentrum. Een duidelijk verband met het type centrum (AZC, AVO of OC) en het al dan niet in het centrum werkzaam zijn van de huisarts is aanwezig. Alle huisartsen die voor een OC werken houden in ieder geval spreekuur op het centrum en sommigen van hen ontvangen ook wel eens asielzoekers op het reguliere spreekuur in de praktijk. Tegenovergesteld aan de OC's houden de meeste huisartsen die voor een AVO werken spreekuur in de eigen praktijk (89%). Omdat er vaak relatief weinig asielzoekers verblijven op de AVO-locaties, houden huisartsen er hooguit 1 of 2 dagdelen spreekuur.

Gecontracteerde huisartsen per centrum in verhouding tot het aantal asielzoekers

Van de huisartsen die zorg verlenen aan asielzoekers zit tweederde al lang in het vak en werkt 10 jaar of langer als praktiserend huisarts en bijna de helft werkt 16 jaar of langer. Van deze huisartsen heeft meer dan tweederde 4 jaar of langer asielzoekers in de patiëntenpopulatie. Er is geen significant verband gevonden tussen het aantal asielzoekers dat in een centrum verblijft en het aantal gecontracteerde huisartsen. Het aantal gecontracteerde huisartsen naar type centrum vertoont meer samenhang, maar er is ook geen sprake van een significant verband. Per OC zijn aanzienlijk minder huisartsen gecontracteerd dan voor een AZC of AVO. Huisartsen op een OC werken vaker full-time of bijna full-time voor asielzoekers, wat er toe leidt dat er minder verschillende huisartsen gecontracteerd hoeven te worden. Er is dus een

grote variatie in het aantal asielzoekers dat huisartsen in zijn populatie heeft.

Onderlinge samenwerking tussen huisartsen

Indien er meer huisartsen in een samenwerkingsverband (duo- of groepspraktijken) werken moet worden bepaald wie er wanneer de zorg voor asielzoekers op zich neemt. Huisartsen bepalen binnen hun praktijk of samenwerkende praktijken over het algemeen in goed onderling overleg wanneer welke huisarts de zorg voor asielzoekers op zich neemt. Asielzoekers worden bijvoorbeeld evenredig verdeeld onder huisartsen binnen de praktijk. Het komt ook voor dat huisartsen een persoonlijke voorkeur hebben voor de zorg voor asielzoekers boven ziekenfonds patiënten en daarom meer asielzoekers in hun patiëntenpopulatie opnemen dan collega-huisartsen. Niet alle praktijken hebben afspraken over het aantal asielzoekers waarover de huisartsen zorg dragen en nemen bijvoorbeeld alle patiënten zoals ze binnen komen.

2. Hoe verloopt het proces van hulpverlening voor asielzoekers van het moment van ontstaan van de hulpvraag tot aan de afhandeling?

- in de meeste gevallen gaan asielzoekers eerst met hun vragen naar de praktijkverpleegkundige en daarna indien nodig verder het hulpverlenerstraject in
- gemiddeld bezoekt een asielzoeker 5,7 keer per jaar de praktijkverpleegkundige
- in bijna een kwart van de deelcontacten maakt de praktijkverpleegkundige een vervolgspraak met de asielzoeker
- asielzoekers presenteren voornamelijk algemene en niet gespecificeerde klachten en problemen met de spijsverteringsorganen aan praktijkverpleegkundigen
- de meest voorkomende contactredenen van asielzoekers om de praktijkverpleegkundige te consulteren is een verzoek om medicatie of herhaalrecept
- in 34% van de deelcontacten worden asielzoekers door praktijkverpleegkundigen naar de huisarts verwezen
- veelal met klachten uit de ICPC-hoofdstukken “huid en subcutis”, “algemeen”, “spijsverteringsorganen”, “luchtwegen” en “bewegingsapparaat”.
- klachten waarmee asielzoekers bij de huisarts komen zijn in 70% (hoofdzakelijk) somatisch
- gestelde diagnoses door huisartsen houden veelal verband met klachten uit de ICPC-hoofdstukken ‘huid en subcutis’, ‘spijsverteringsorganen’, ‘bewegingsapparaat’, ‘psychische problemen’ en ‘luchtwegen’.
- 70% van de asielzoekers die de huisarts consulteren is verwezen door de toegeleiding
- de meeste huisartsen zijn neutraal of tevreden (90%) over de mate waarin de klachten van de asielzoeker geëigend zijn om de huisarts te consulteren
- bij 38% van de huisartsen kunnen asielzoekers ook zonder tussenkomst van de MOA terecht, het gaat daarbij vooral om AVO's. De asielzoekers die in een AVO verblijven maken dan ook vaker zelfstandig een afspraak met de huisarts dan de overige asielzoekers
- contacten tussen asielzoekers en de huisarts vinden veelal plaats tijdens het spreekuur
- gemiddeld bezoekt een asielzoeker 3,4 keer per jaar de huisarts
- in 35% van de contacten is er een tolk nodig, maar hiervan wordt in twee derden geen gebruik gemaakt
- indien de huisarts de asielzoeker verwijst gaat het veelal om een verwijzing naar de medisch specialist
- In 44% van de deelcontacten maakt de huisarts een vervolgspraak met de asielzoeker

Medische Opvang Asielzoekers

Binnen de MOA is de praktijkverpleegkundige vaak het eerste aanspreekpunt voor de asielzoeker. De asielzoeker kan met vragen terecht op het inloopspreekuur van de praktijkverpleegkundige. De frequentie waarin de asielzoeker de gelegenheid heeft om op het centrum gebruik te maken van het inloopspreekuur van de praktijkverpleegkundigen varieert van 1 dagdeel bij de kleinere AVO-locaties tot 10 dagdelen per week bij de grote AZC's. De problemen of vragen die asielzoekers presenteren aan de praktijkverpleegkundigen zijn veelal te classificeren in de ICPC-hoofdstukken 'algemeen en niet gespecificeerd (23%)', 'spijsvertering (20%)', 'luchtwegen (15%)' en 'huid en subcutis (13%)'. Indien de praktijkverpleegkundige patiëntgebonden taken verricht tijdens het consult met de asielzoeker, gaat het niet vaak om doktersassistentietaken (in 0 - 4% van de contacten, afhankelijk van de taak). Het meest wordt de zorgvraag uitgevraagd en zelfzorgadvies gegeven. Ook worden vaak typische toegeleidingstaken verricht zoals het meten van de temperatuur en bloeddruk. In bijna een kwart van de deelcontacten heeft de praktijkverpleegkundige een vervolgspraak gemaakt met de asielzoeker. Daarnaast worden asielzoekers regelmatig verwezen naar andere hulpverleners. Voor de praktijkverpleegkundigen is het niet altijd evident of het noodzakelijk is dat een asielzoeker verwezen wordt naar een andere hulpverlener. Ruim een kwart van de praktijkverpleegkundigen zegt wel eens te twijfelen over de noodzaak van een verwijzing naar de huisarts. Daarnaast komt het voor dat de praktijkverpleegkundige, naar aanleiding van het contact met de asielzoeker concludeert dat het niet noodzakelijk is om de asielzoeker te verwijzen naar de huisarts, maar dat de asielzoeker zelf vraagt om een consult bij de huisarts. 40% van de praktijkverpleegkundigen is van mening dat zo'n situatie zich regelmatig tot vaak voordoet. In sommige gevallen winnen praktijkverpleegkundigen advies in bij de huisarts over de afhandeling van het consult met de asielzoeker. De mate waarin dat gebeurt is mede afhankelijk van de werkrelatie die de praktijkverpleegkundige met de huisarts heeft. In een vijfde van de contacten die praktijkverpleegkundigen met asielzoekers hebben wordt specifiek naar aanleiding van dat contact overleg gevoerd met de huisarts. De huisarts kan de praktijkverpleegkundige dan aansturen over het wel of niet verwijzen van de asielzoeker of over de taken die de praktijkverpleegkundige zelf kan verrichten. Voor 34% van de gepresenteerde klachten op deelcontactniveau wordt een verwijzing naar de huisarts geïndiceerd door de praktijkverpleegkundigen. Vaak gaat het om een verwijzing voor een spreekuurcontact. Een enkele keer adviseert de praktijkverpleegkundige de huisarts een visite te brengen aan een zieke asielzoeker. Drieëndertig procent van de praktijkverpleegkundigen krijgt van de huisarts(en) waar ze mee samenwerken standaard over alle patiënten die verwezen zijn, bevindingen teruggekoppeld. Ongeveer de helft krijgt uitsluitend bevindingen teruggekoppeld wanneer nazorg of afstemming met de praktijkverpleegkundige nodig is. Praktijkverpleegkundigen kunnen ook geïnformeerd worden door de huisarts tijdens de patiëntenbespreking. Van de praktijkverpleegkundigen houdt 81% een patiëntenbespreking met de huisarts.

Huisartsen

Uit de contactregistraties door huisartsen blijkt dat 70% van de contacten met asielzoekers via de toegeleiding tot stand komt waarvan in 92% middels de praktijkverpleegkundige. 19% komt voor een vervolgspraak en 7% rechtstreeks, bijv. voor een herhaalreceptuur. Bij 38% van de huisartsen kunnen asielzoekers ook zonder tussenkomst van de MOA een afspraak met de huisarts maken, maar bij een aantal huisartsen zijn daar wel voorwaarden aan verbonden. Bij de contacten tussen huisarts en asielzoeker gaat het veelal om een spreekuurcontact 86%. In 35% van de gevallen acht de huisarts het nodig om een tolk in te

schakelen. In twee derden hiervan is er geen gebruik van gemaakt. De reden hiervoor is even vaak dat het niet gelukt is om een tolk te krijgen als dat de huisarts geen poging heeft gedaan om een tolk te krijgen. Huisartsen vinden het soms te lang duren voordat zij een tolk aan de lijn krijgen of vinden dat het te vaak niet lukt en proberen het daarom ook niet. De klachten die asielzoekers presenteren aan huisartsen zijn veelal te classificeren in de ICPC-hoofdstukken 'huid en subcutis' (19%), 'spijsvertering' en 'algemeen en niet geclassificeerd' (16%), 'bewegingsapparaat (12%)', 'psychische problemen' en 'luchtwegen' (10%). De meest gestelde diagnoses door huisartsen bij asielzoekers zijn te classificeren in de ICPC-hoofdstukken 'huid en subcutis (14%), 'spijsvertering' (11%), 'bewegingsapparaat' en 'psychische problemen'(10%) en 'luchtwegen' (9%). Bij de gepresenteerde klachten door asielzoekers gaat het in 51% om het eerste contact voor de klacht en in 49% van de gevallen om een vervolcontact van een bestaande klacht. In 60% van de deelcontacten voert de huisarts verrichtingen uit in eigen praktijk, waarbij het veelal gaat om lichamelijk onderzoek. Daarnaast dient de arts ook wel eens aanvragen in bij externen (14%). Het meest wordt een aanvraag voor bloed/cytologisch onderzoek ingediend. In 12% van de deelcontacten wordt de asielzoeker verwezen naar een andere hulpverlener, voornamelijk naar de medisch specialist (8%). De orthopeed wordt hierbij het meest genoemd. Bijna alle huisartsen zijn er van op de hoogte wat er in het verwijzingstraject met de asielzoeker gebeurt. Indien een huisarts een verwijsbrief schrijft voor een tweedelijns hulpverlener, vindt er in 99% van de gevallen ook daadwerkelijk een contact plaats tussen de asielzoeker en de tweedelijns hulpverlener. In de meeste gevallen verloopt de verwijzing naar de tweede lijn en vervolgens de terugkoppeling van consultgegevens volgens de ervaringen van de huisartsen goed tot redelijk, een kleine groep huisartsen vindt de terugkoppeling matig tot slecht. In 44% van de contacten vond de huisarts het nodig om een vervolgspraak te maken met de asielzoeker voor de aanwezige klachten. Huisartsen ervaren wel eens knelpunten in de zorg aan asielzoekers. Deze knelpunten houden voornamelijk verband met een viertal items: complexe zorgvragen (64%), omgaan met claimende vragen (58%), oneigenlijk ingezet worden in juridische kwesties (53%) en problemen in de communicatie met als gevolg te weinig tijd om op de zorgvraag in te gaan (52%).

3 *Wat is de uitkomst van dit proces in termen van werklust voor de huisarts c.q. de hoeveelheid geboden zorg?*

Patiëntgebonden werklust

- contactfrequentie tussen huisarts en asielzoeker gemiddeld 3,5 per jaar
- in 0,4% van de contacten gaat het om het brengen van een visite overdag
- gemiddelde duur van contacten tussen huisartsen en asielzoekers is 11,3 minuten per consult
- de contactfrequentie en de contactduur liggen hoger bij een OC dan bij een AZC of AVO
- in een kwart van de deelcontacten die de praktijkverpleegkundige heeft met een asielzoeker wordt de huisarts geraadpleegd met vragen over een asielzoeker
- asielzoekers worden hoofdzakelijk verwezen naar de huisarts op basis van somatische klachten
- 10% van de gestelde diagnoses bij asielzoekers is gebaseerd op psychische problemen
- in 9% van de (geplande) contacten verschijnt de asielzoeker niet op het spreekuur
- 64% van de huisartsen ervaart een hogere emotionele belasting in de zorg aan asielzoekers dan bij ziekenfonds patiënten
- meer dan de helft van de huisartsen ervaart wel eens knelpunten in de zorg aan asielzoekers

De patiëntgebonden werklust

De patiëntgebonden werklast' wordt bepaald door de frequentie, duur en de inhoud van de contacten' met asielzoekers. De gemiddelde contactfrequentie ligt bij de OC's bijna dubbel zo hoog dan bij de AZC' s en AVO's. De gemiddelde contactduur van de spreekuurcontacten is 11,3 minuten, maar op OC's is dit meer dan 14 minuten. De gemiddelde tijd per asielzoeker per jaar komt hierdoor op 40,3 minuten. Visites komen weinig voor omdat het spreekuur op veel centra reeds op het centrum plaatsvindt en omdat de populatie asielzoekers weinig uit kleine kinderen en ouderen bestaat. Naast de contacten met asielzoekers krijgen huisartsen vragen van praktijkverpleegkundigen (of soms ook van ander MOA-personeel) over de asielzoeker die ook de nodige tijd van de huisartsen vergen. In een kwart van de deelcontacten heeft de praktijkverpleegkundige specifiek naar aanleiding van het contact met een asielzoeker de huisarts geraadpleegd. Contacten met praktijkverpleegkundigen over een asielzoeker nemen gemiddeld meer dan 3 minuten in beslag.. Contacten met derden nemen 4,4 minuten in beslag. Per jaar zijn er 0,7 contacten met derden per asielzoeker. Daardoor komt de gemiddelde tijd die een huisarts besteed aan een asielzoeker per jaar op 43 minuten. Daarnaast varieert de eigen subjectieve bevinding van de werklast per huisarts. 10% van de gestelde diagnoses behoort nog tot psychische problemen ondanks dat er reeds een deel door de MOA rechtstreeks naar de GGZ of het maatschappelijk werk wordt verwezen. De emotionele belasting wordt door twee derden van de huisartsen hoog gevonden.

4 *In hoeverre worden verschillen in werklast tussen huisartsen verklaard door kenmerken van structuur (kenmerken centra, huisartsen) en proces (met name de mate waarin de praktijkverpleegkundige doorverwijst)?*

- de duur en frequentie van contacten tussen de huisarts en asielzoekers houdt verband met het type centrum en ligt bij huisartsen die voor een OC werken het hoogst en voor degenen die voor een AVO werken het laagst
- de duur en frequentie van contacten varieert binnen de typen centra
- objectieve patiëntgebonden werklast bedraagt respectievelijk 82 minuten per persoon per jaar in OC's, 42 minuten in AZC met spreekuur op het centrum of 33 minuten met spreekuur in eigen praktijk, en 32 minuten bij AVO's
- gemiddeld wordt in een kwart van de deelcontacten een verwijzing naar de huisarts door de praktijkverpleegkundige geïndiceerd
- de mate waarin de praktijkverpleegkundige doorverwijst verschilt niet significant tussen de typen centra maar wel binnen de typen centra

De gemiddelde contactfrequentie ligt bij de OC's meer dan 1,5 keer zo hoog dan bij de AZC' s en AVO's, waar de contactfrequentie het laagst is. De contactduur is op de OC's het langst. Combinatie van contactfrequentie en contactduur geeft een maat voor de objectieve patiëntgebonden werklast die het hoogst is in OC's: 82,4 minuten per persoon per jaar. In AZC's met spreekuur op het centrum wordt dit 42,1 minuten, 32,8 wanneer het spreekuur in eigen praktijk wordt gehouden en 34,6 minuten bij AVO's. Ook de inhoud van de contacten verschilt tussen de centra: in bijna de helft van de contacten in een OC acht men een tolk nodig en psychische problemen worden gesteld in 15% van de contacten. Wanneer een huisarts asielzoekers vanuit een AVO op zijn praktijk krijgt duurt het contact minder lang. Voor huisartsen die voor een AVO werken ligt de contactfrequentie lager, is de contactduur ook korter en wordt een tolk minder vaak nodig geacht. Het type centrum is een verklarende factor voor de verschillen in de frequentie en duur van de contacten tussen huisartsen en asielzoekers. De mate waarin de praktijkverpleegkundige doorverwijst verschilt niet significant

tussen de verschillende typen centra, AZC, OC en AVO. Er zijn wel significante verschillen gevonden in het verwijsgedrag van de praktijkverpleegkundige binnen de typen centra. In bepaalde AZC's worden asielzoekers vaker door de praktijkverpleegkundige verwezen naar de huisarts dan in andere AZC's, dit geldt ook voor OC's en AVO's. Gemiddeld wordt in bijna een kwart van de deelcontacten een verwijzing naar de huisarts geïndiceerd door de praktijkverpleegkundige.

5. *In hoeverre worden verschillen in hoeveelheid geboden zorg verklaard door kenmerken van patiënten, de organisatie van de zorgverlening (bijvoorbeeld specifieke scholing in zorg voor asielzoekers) en het proces van zorg (b.v. beschikbaarheid zorg)?*

- vrouwelijke asielzoekers gaan ten opzichte van mannelijke asielzoekers 1,5 keer zo vaak naar de huisarts
- volwassenen komen 1,6 keer minder vaak naar de huisarts als kinderen < 15 jaar
- bij huisartsen die het spreekuur houden op het centrum duren de contacten vaker langer dan bij de overige huisartsen
- de gemiddelde contactfrequentie en contactduur is hoger bij huisartsen die het spreekuur houden op het centrum
- bij huisartsen die specifieke scholing hebben gevolgd duren de contacten ook vaker langer
- huisartsen krijgen nog in meer dan 10% van de deelcontacten te maken met psychische problemen en bijna de helft van de huisartsen vindt de beschikbaarheid van de GGZ onvoldoende

De leeftijd en het geslacht van de asielzoeker zijn mede bepalend voor de mate waarin zij de huisarts consulteren. Zo gaan vrouwelijke asielzoekers 1,5 keer zo vaak naar de huisarts als mannen. Kinderen jonger dan 15 jaar gaan 1,6 keer vaker naar de huisarts dan asielzoekers uit andere leeftijdscategorieën. Met betrekking tot de organisatie van de zorgverlening kan gezegd worden dat huisartsen die het spreekuur houden op het centrum een hogere contactfrequentie en contactduur hebben met asielzoekers dan huisartsen die het spreekuur georganiseerd hebben in de eigen praktijk. Indien huisartsen scholing hebben gevolgd met betrekking tot de zorg aan asielzoekers leidt dat over het algemeen niet tot een kortere contactduur. Over de invloed van het volgen van scholing op de inhoud van het contact tussen de huisarts en de asielzoeker kunnen op grond van de resultaten geen uitspraken worden gedaan. De beschikbaarheid van de geestelijke gezondheidszorg is volgens bijna de helft van de ondervraagde praktijkverpleegkundigen en huisartsen onvoldoende. Huisartsen krijgen nog in 10% van de deelcontacten te maken met psychische problematiek.

6. In hoeverre verschilt de patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden werklust die asielzoekers voor huisartsen met zich meebrengen van die van gewone ziekenfondspatiënten?

Patiëntgebonden werklust

- contactfrequentie is bij asielzoekers lager dan bij autochtone patiënten
- gemiddelde contactduur ligt bij asielzoekers hoger dan bij autochtone en allochtone patiënten
- de objectieve patiëntgebonden werklust uitgedrukt in minuten per persoon per jaar is 40,3 minuten bij asielzoekers tegenover 44,1 minuten bij autochtone ziekenfondspatiënten. In OC's daarentegen worden er 82,4 minuten per asielzoeker per jaar besteed.
- huisartsen brengen veel vaker een visite aan autochtone patiënten dan aan allochtone patiënten of asielzoekers
- asielzoekers presenteren veel meer problemen die van psychische aard zijn dan autochtone of allochtone ziekenfondspatiënten
- bijna tweederde van de huisartsen ervaart in de zorg aan asielzoekers een hogere emotionele belasting dan in de zorg aan ziekenfonds patiënten

Niet-patiëntgebonden werklust

- huisartsen hebben in de zorg aan asielzoekers een aantal extra taken zoals overleg met de praktijkverpleegkundigen
- bijna de helft van de huisartsen heeft speciale scholing gevolgd in het kader van de zorg aan asielzoekers: dit is een extra investering die huisartsen die geen zorg aan asielzoekers verlenen niet hoeven te doen
- bijna driekwart van de huisartsen houdt werkoverleg met de praktijkverpleegkundige dat gemiddeld een keer per kwartaal plaatsvindt.
- 74% van de huisartsen houdt patiëntenbespreking met de praktijkverpleegkundige
- veel wisselingen onder praktijkverpleegkundigen leiden tot extra werklust voor de huisarts, omdat er telkens een nieuwe samenwerkingsrelatie moet worden aangegaan
- centra liggen vaak buiten de woonkernen waardoor de reistijd langer wordt

Onder asielzoekers die contact zochten met de huisarts bevinden zich meer mannen dan bij de ziekenfonds patiënten (respectievelijk 52% en 36%). Mannelijke asielzoekers bezoeken echter niet vaker de huisarts dan vrouwelijke asielzoekers, maar zijn oververtegenwoordigd in de centrale opvang. Een groter percentage van de asielzoekers die een huisarts bezochten is onder de 25 jaar (44%) dan bij ziekenfonds patiënten (17%). Ouderen (65+) treffen we onder asielzoekers nauwelijks aan (1% versus 9% bij autochtone patiënten). Bij asielzoekers komen 0,9% van de contacten van ouderen, bij de autochtonen is dat 30%. De gemiddelde frequentie waarin beide patiëntengroepen per jaar contact zoeken met de huisarts is 3,5 voor asielzoekers en 4,5 voor autochtone ziekenfondspatiënten (exclusief visites). De frequentie bij asielzoekers ligt zelfs nog wat lager dan bij niet-westerse allochtonen. De frequentie waarin huisartsen overdag een visite brengen, ligt bij asielzoekers veel lager dan bij ziekenfonds patiënten, maar dit kan men voor een deel verklaren door het voeren van het spreekuur op het centrum zelf. De gemiddelde duur van de contacten die de huisarts met asielzoekers heeft is langer dan bij autochtone ziekenfonds patiënten of allochtone ziekenfondspatiënten (respectievelijk 11,3 , 9,8 en 9,4 minuten).

De objectieve patiëntgebonden werklust uitgedrukt in tijd per jaar per patiënt is bij asielzoekers gemiddeld over alle centra 40,3 minuten tegenover bij autochtone ziekenfondspatiënten 44,1 minuten. Betrekken we bij deze werklust nog de contacten met

andere hulpverleners wordt de werklast bij asielzoekers gemiddeld 43 minuten per asielzoeker per jaar, 1 minuut of 2,5% minder dan bij reguliere ziekenfondspatiënten. In OC's is de patiëntgebonden werklast 82,4 minuten per asielzoeker per jaar, 87% hoger dan bij ziekenfonds patiënten. Meest vergelijkbaar in dit opzicht is de werklast in AZC's met spreekuur op het centrum: 42,1 minuut per asielzoeker per jaar.

Onder de niet-patiënt gebonden werklast komen allerlei factoren ter sprake die de huisarts niet heeft in de zorg aan reguliere ziekenfondspatiënten: de reistijd naar de centra, het werkoverleg en de patiëntenbespreking met praktijkverpleegkundigen en andere MOA-hulpverleners en de speciale scholingen over de zorg aan asielzoekers die de helft van de huisartsen hebben gevolgd. In de door GGD Nederland en de LHV ontwikkelde instrumentenset "MOA toegeleiding naar de huisarts" wordt in de randvoorwaarden aangegeven dat de huisarts wekelijks overleg en cliëntbespreking met de praktijkverpleegkundige dient te hebben.

7. In hoeverre verschilt de hoeveelheid geboden zorg in vergelijking tot niet-Westerse allochtonen die in bepaalde opzichten vergelijkbaar zijn met asielzoekers?

- de gemiddelde contactfrequentie is praktisch even groot bij asielzoekers dan bij niet-Westerse allochtone ziekenfondspatiënten
- de duur van de contacten tussen de huisarts en asielzoekers ligt bij asielzoekers hoger dan bij niet-Westerse allochtonen
- de objectieve patiëntgebonden werklast uitgedrukt in minuten per persoon per jaar is 39,8 minuten bij asielzoekers tegenover 35,7 minuten bij niet-westerse allochtonen
- het percentage visites dat huisartsen overdag aan asielzoekers brengen ligt ongeveer de helft lager dan bij niet-Westerse allochtonen
- asielzoekers komen relatief vijf keer vaker met psychische problemen bij de huisarts dan niet-Westerse allochtonen
- huisartsen dienen voor asielzoekers vaker externe aanvragen in dan voor niet-Westerse allochtonen

De contacten tussen de huisarts en asielzoekers duren gemiddeld ongeveer 2 minuten langer dan de contacten tussen huisartsen en niet-Westerse allochtonen. De objectieve patiëntgebonden werklast uitgedrukt in tijd per jaar per patiënt is bij asielzoekers gemiddeld over alle centra 40,3 minuten, bij niet-westerse allochtonen 35,7 minuten. Het percentage visites overdag dat huisartsen afleggen bij asielzoekers ligt dubbel zo laag dan dat bij niet-Westerse allochtonen. Het percentage gestelde diagnoses uit het ICPC-hoofdstuk 'psychische problemen' is bij asielzoekers ruim vijf keer zo hoog als bij niet-Westerse allochtonen. Indien we de aanvragen voor bloed/cytologisch onderzoek, urineonderzoek en beeldvormend diagnostisch onderzoek bezien, kan worden gesteld dat huisartsen deze externe aanvragen voor asielzoekers vaker indienen dan voor niet-Westerse allochtonen.

6.4 Beschouwing

Primair is de vraagstelling van dit onderzoek, "Hoe is het in 2002 gesteld met de werklast van huisartsen die zorg verlenen aan asielzoekers? Geobjectiverde informatie over de werklast per asielzoeker ontbrak tot voor de uitvoering van dit onderzoek, maar de indruk bestond dat deze hoog was (De Bakker, 2000). Daarnaast was uit onderzoek bekend dat

asielzoekers veel, en veel verschillende klachten hebben (Hondius & Van Willigen, 1992). De ervaring leerde dat asielzoekers een aanzienlijk grotere werklast met zich meebrachten dan de gemiddelde ziekenfondsverzekerde.

Organisatie van de zorg

In de organisatie van de zorg aan asielzoekers is gezocht naar middelen die de werklast van de huisarts zouden kunnen beperken. Één van de factoren die hiertoe zou kunnen bijdragen is de praktijkverpleegkundige van de MOA die de toegeleiding naar onder andere de huisarts verzorgt. Uit het onderhavige onderzoek blijkt dat asielzoekers in ongeveer een derde van de deelcontacten worden verwezen naar de huisarts. Praktijkverpleegkundigen ondervangen vele vragen omtrent medicatie, advies en voorlichting in algemene zin. Ook een deel van de psychische klachten wordt zonder tussenkomst van de huisarts afgehandeld. Klachten aan de tanden en kiezen en visussymptomen komen over het algemeen zonder tussenkomst van de huisarts bij de tandarts en respectievelijk de opticien terecht. Dit heeft een dubbele werking: asielzoekers met klachten waarvan het evident is dat die rechtstreeks naar een andere eerstelijns hulpverlener kunnen, komen ook vrijwel niet bij de huisarts en daarnaast neemt de praktijkverpleegkundige een aantal taken bij de huisarts uit handen zoals advies en voorlichting die de huisarts voor ziekenfonds patiënten in een aantal gevallen wel ten laste vallen. Twee derde van de contacten tussen huisartsen en asielzoekers is tot stand gekomen middels toegeleiding door een praktijkverpleegkundige. Een andere factor die bijdraagt aan de beperking van de werklast van de huisarts is de in januari 2000 in werking getreden Meldkamer-ANW van de GG & GD te Amsterdam. Het doel van de Meldkamer-ANW is de coördinatie voor het hele land (behalve voor AVO's met minder dan 140 bewoners) van de gehele toegeleiding van asielzoekers naar zorgverleners (waaronder dus ook huisartsen) buiten kantooruren en in het weekend. In totaal wordt 60% van de binnen gekomen hulpvragen van asielzoekers door de meldkamer zelf afgehandeld (GG & GD, 2002). Dit voorkomt dat onnodig een huisarts wordt ingeschakeld. De ingezette middelen om de werklast van de huisarts te beperken blijken volgens de meeste huisartsen redelijk tot goed te functioneren. Uit verschillende vragen komt naar voor dat ruim meer dan de helft van de huisartsen tevreden is over de wijze waarop de praktijkverpleegkundige asielzoekers doorverwijst. Over de Zorgmeldkamer-ANW geeft meer dan 80% van de huisartsen aan tevreden te zijn. Primair lijkt het dus goed te zijn om de inzet van deze werklast beperkende middelen voort te zetten en eventueel een aantal punten ter verbetering in acht te nemen. Indien er ontevredenheid is over de toegeleiding heeft dit vooral te maken met het stadium van klachten waarin de praktijkverpleegkundige doorverwijst. Indien er nadere afspraken worden gemaakt tussen de huisarts en de praktijkverpleegkundige kan dit leiden tot een betere afstemming en meer duidelijkheid voor beide partijen. Echter maken de vele wisselingen onder praktijkverpleegkundigen het soms lastig om tot een goede samenwerking met de huisarts te komen. Over de Meldkamer-ANW is de tevredenheid onder huisartsen die er gebruik van maken hoog, maar zou kunnen worden verhoogd door de resultaten van de meldkamer transparanter te maken door middel van het terugkoppelen van gegevens naar huisartsen.

Het lijkt er op dat de werklast van huisartsen in de zorg aan asielzoekers gunstig beïnvloed is door de inzet van bovengenoemde middelen. Op basis van kwantitatieve gegevens blijkt de objectieve patiëntgebonden werklast in de zorg aan asielzoekers gemiddeld niet hoger uit te komen dan bij ziekenfonds patiënten. De contactduur op zich is wel langer voornamelijk omwille van de problemen in communicatie en de proportie psychische problemen. Dit

laatste weegt ook op de subjectief patiëntgebonden werklast. De werklast voor huisartsen die voor een OC werken echter is op meerdere fronten veel hoger en zwaarder dan de werklast voor huisartsen die voor een AZC of AVO werken: bijna dubbel zo hoge tijdsbesteding en dubbel zoveel psychische diagnoses. Ongeveer 10% van de asielzoekerspopulatie verbleef in een OC op het ogenblik van het onderzoek. Een totaalbeeld blijft moeilijk te kwantificeren door de extra niet-patiëntgebonden werklast (reistijd, contacten met andere hulpverleners, opleiding) en het aandeel van de subjectieve werklast. Een differentiatie in de tarifiering per huisarts zou ter discussie gesteld kunnen worden gezien de grote variatie in contactfrequentie, contactduur, de inhoud van de contacten tussen de verschillende huisartsen met hun spreekuurorganisatie, en tussen de typen centra.

Knelpunten in de zorg aan asielzoekers

De knelpunten die huisartsen in de zorg aan asielzoekers ervaren hebben veelal te maken met complexe zorgvragen, het omgaan met claimende vragen en het oneigenlijk ingezet worden in juridische kwesties, problemen in de communicatie met als gevolg te weinig tijd om op de hulpvraag in te gaan. Daarnaast zou het aanbieden van adequate scholing er toe kunnen bijdragen dat de huisarts meer inzicht krijgt in de hulpvraag van asielzoekers en daardoor gemakkelijker er mee om kan gaan.

De interesse van huisartsen in de zorg aan asielzoekers

De mate waarin huisartsen geïnteresseerd zijn in de zorg aan asielzoekers verschilt per huisarts. Er zijn huisartsen die er zelf voor kiezen om zorg te verlenen aan asielzoekers, bijvoorbeeld omdat zij het interessant vinden om kennis te maken met andere culturen. Huisartsen die geïnteresseerd zijn in asielzoekers zullen naar verwachting eerder geneigd zijn specifieke scholing te volgen dan huisartsen die geen persoonlijke interesse hebben in de doelgroep. Dit hoeft niet vanzelf te leiden tot kortere consulten, want juist als huisartsen scholing hebben genoten kan het zijn dat zij dieper op de problemen van asielzoekers ingaan.

Geestelijke gezondheidszorg aan asielzoekers

Uit de cijfers van GGZ Nederland blijkt dat er voldoende behandelplaatsen voor asielzoekers zijn ingekocht door Zorgverzekeraar VGZ (VGZ, 2002). Onder de huisartsen en praktijkverpleegkundigen leven hierover andere ideeën. Een kleine helft (respectievelijk 43% en 48%) vindt dat er onvoldoende plaatsen zijn ingekocht. Het is aan te bevelen om na te gaan waar deze discrepantie vandaan komt. De vraag die dan opkomt is 'is de weg naar de beschikbare plaatsen goed te bewandelen voor de asielzoeker'. Vooral voor asielzoekers die in een OC verblijven kan het lastig zijn om een adequate behandeling te ondergaan bij de GGZ, omdat eerst de intake moet worden verricht en tegen de tijd dat de behandeling op gang is gekomen moeten asielzoekers vaak weer verhuizen naar een ander centrum. Ook is een aantal huisartsen van mening dat hulpverleners bij de GGZ onvoldoende zijn gespecialiseerd in de zorg aan asielzoekers. Deze resultaten worden ondersteund door het onderzoek van Hogendorp (Hogendorp, 2002) dat concludeert dat huisartsen vinden dat de toereikendheid op het gebied van de GGZ soms te kort schiet, hetzij door tijdgebrek, hetzij door taal- en cultuurverschillen, hetzij omdat de GGZ niet altijd voldoende functioneert. Daarnaast kan het zijn dat de asielzoeker zelf afhaakt en daardoor de psychische problemen toch weer presenteert bij de huisarts. Uit de resultaten van de contactregistraties blijkt dat huisartsen in de zorg voor asielzoekers significant vaker te maken hebben met psychische problemen dan bij patiënten uit de referentiegroepen. Van alle gestelde diagnoses door huisartsen bij

asielzoekers is 10% te classificeren in het ICPC-hoofdstuk 'psychische problemen'. Het is niet geheel onwaarschijnlijk dat er bij asielzoekers vaak sprake is van somatisatie van psychische klachten. Uit de contactregistraties door praktijkverpleegkundigen blijkt dat 2% van de gepresenteerde klachten door asielzoekers te classificeren is in het ICPC-hoofdstuk psychische problemen en bij de huisartsen is het aantal gediagnosticeerde klachten vijf keer zo hoog. Asielzoekers komen met bijvoorbeeld buikpijn of hoofdpijn klachten bij de huisarts en achteraf blijkt er een psychische oorzaak achter te zitten. Waarschijnlijk hebben huisartsen het gevoel nog te vaak met GGZ-problematiek in aanraking te komen, ondanks dat 19% zegt dat zijzelf nooit doorverwijzen naar de GGZ. De MOA geleidt op basis van probleemverhelderende gesprekken eveneens rechtstreeks toe naar AMW en GGZ.

Erkenning van het werken als huisarts voor asielzoekers als huisartsengeneeskunde

Huisartsen die alleen voor asielzoekers werken en dus niet de zorg hebben voor ziekenfonds patiënten, kunnen hun registratie als huisarts verliezen. Dit is afhankelijk van de vraag: of de opbouw van de populatie in de centra waar de huisarts werkt, voldoet aan de criteria van de HVRC. Om die reden werken sommige huisartsen bijvoorbeeld een dag per week voor ziekenfonds patiënten en de overige dagen voor asielzoekers. Een aantal huisartsen is van mening dat het werken voor asielzoekers ook erkend moet worden als huisartsengeneeskunde ondanks de relatief korte verblijfsduur in asielzoekerscentra.

Inzet van huisartsen om een nieuwe patiëntenpopulatie op te nemen

De vraag is hoe het beste kan worden bepaald wat de werklust van de huisarts betreft. Een lagere contactfrequentie leidt niet automatisch tot een lagere werklust als het om contacten gaat die subjectief belastend zijn. Zo kan een contact met een asielzoeker voor een huisarts vermoeiend zijn doordat de communicatie niet vlot verloopt. De huisarts kan dan niet gemakkelijk helder krijgen wat het probleem is waardoor er ook niet meteen actie ondernomen kan worden. Ook de houding van de patiënt draagt ertoe bij of de huisarts het contact als prettig of onprettig ervaart. Indien de patiënt bereid is tot een goed gesprek met de huisarts is dat prettiger dan wanneer de patiënt claimend gedrag heeft of oneigenlijke vragen voorlegt aan de huisarts. Gezien het feit dat de asielprocedures strenger worden kan dat tot gevolg hebben dat asielzoekers op medische gronden in Nederland willen blijven, en zich daarom eisend opstellen naar de huisarts toe. Ook moet de huisarts vaak kennis maken met nieuwe patiënten. Het is voor de huisarts gemakkelijker een inschatting te maken indien de medische achtergrond van de patiënt bekend is. Ook is er tussen bekende patiënten en de huisarts eerder sprake van een vertrouwensband dan wanneer het om een nieuwe patiënt gaat. Omdat asielzoekers een nieuwe patiëntenpopulatie vormen voor de huisarts met andere klachten, wensen en een andere ziektebeleving, eist het van de huisarts enige flexibiliteit om zich in te leven in deze mensen. Het feit dat huisartsen de verantwoording krijgen over een onbekende patiëntenpopulatie mag ook meegenomen worden in de beoordeling van de werklust. Hierbij is het van belang om na te gaan hoeveel asielzoekers ingeschreven staan als patiënt bij de huisarts.

Leeftijdsopbouw van asielzoekers

De asielzoekers die bij de huisarts komen zijn aanzienlijk jonger dan de ziekenfonds patiënten die een beroep doen op de huisarts. Dit kan een verklaring zijn voor de lage ratio waarin huisartsen visites brengen aan asielzoekers ten opzichte van ziekenfonds patiënten. Uit cijfers van de tweede Nationale Studie naar verrichtingen in de huisartsenpraktijk blijkt dat het percentage visites door huisartsen stijgt naarmate de leeftijd van de patiënt hoger is. Ook ligt

de contactfrequentie bij oudere ziekenfonds patiënten hoger dan bij jongere ziekenfonds patiënten.

Variatie in werklust voor huisartsen naar type centrum

Uit het onderzoek blijkt dat de werklust voor huisartsen in de zorg aan asielzoekers niet voor elke huisarts hetzelfde zal zijn. De werklust voor huisartsen die voor een OC werken blijkt dubbel zo hoog te zijn dan voor huisartsen die voor een AZC of AVO werken, doordat de contactfrequentie en de contactduur bij een OC het hoogst is. Daarnaast hebben huisartsen die voor een OC werken te maken met asielzoekers die in de regel korter dan 5 maanden in Nederland zijn, waardoor zij nog onbekend zijn met het gezondheidszorgsysteem. Ook presenteren deze asielzoekers vaker psychische problemen aan de huisarts dan asielzoekers die al voor langere tijd in Nederland zijn. Bovendien heeft de huisarts te maken met sterke wisselingen in de patiëntenpopulatie, waardoor er telkens een nieuwe vertrouwensband moet worden opgebouwd. Daar staat tegenover dat huisartsen die voor een OC werken significant vaker persoonlijke interesse in de doelgroep hebben. Aangenomen kan worden dat deze huisartsen er vaker zelf voor kiezen om voor asielzoekers te werken. Temeer omdat zij over het algemeen meer dagdelen werken voor asielzoekers dan de overige huisartsen. Welke invloed dit heeft op de subjectieve werklust is onduidelijk. Meer persoonlijke interesse kan leiden tot meer betrokkenheid bij de hele problematiek van asielzoekers en vluchtelingen en daardoor de subjectieve werklust verhogen, terwijl het leveren van huisartsenzorg aan asielzoekers door sommige huisartsen “omdat het nu eenmaal moet” dan weer om deze reden subjectief belastend kan werken.

Het systeem van de toegeleiding

Het systeem van toegeleiding van asielzoekers naar huisartsen blijkt redelijk tot goed te werken. Meer dan de helft van de huisartsen is tevreden over de wijze waarop de toegeleiding plaatsvindt. 60% van de deelcontacten wordt door de toegeleiding zelf afgehandeld. Van de asielzoekers die bij de huisarts komen, komt 70% via de toegeleiding (19% zijn vervolgspraken, 7% komen rechtstreeks o.a. voor het afhalen van een recept). Wel blijken veel huisartsen van mening te zijn dat praktijkverpleegkundigen meer taken moeten kunnen verrichten dan enkel preventie- en toegeleidingstaken. Alleen op basis de huidige taken is het ook niet altijd goed mogelijk om als praktijkverpleegkundige te kunnen inschatten of een verwijzing naar de huisarts noodzakelijk is. Tussen de convenanten van VGZ en GGD Nederland is ook een discrepantie voor wat betreft het uitvoeren van doktersassistentietaken door praktijkverpleegkundigen. Verder kan gezegd worden dat de toegeleiding van asielzoekers door praktijkverpleegkundigen bij een AVO minder vaak plaats vindt dan bij de overige centra.. Praktijkverpleegkundigen in een AVO houden relatief weinig spreekuur in de week (vaak 1-2 dagdelen). Het is niet sociaal om asielzoekers met bepaalde klachten te laten wachten tot het spreekuur van de praktijkverpleegkundige om via die weg te worden verwezen naar de huisarts. Asielzoekers die in een AVO verblijven, kunnen daarom vaker zonder tussenkomst van de MOA een afspraak bij de huisarts maken.

Kanttekeningen

Dit onderzoek bevat veel informatie doordat er gebruik is gemaakt van verschillende gegevensbronnen (enquêtes en registratieformulieren van praktijkverpleegkundigen) die aan elkaar gekoppeld kunnen worden. Hierdoor kunnen meer vragen beantwoord worden. Te oordelen naar de frequentie waarmee huisartsen worden geconfronteerd met hulpvragen van asielzoekers kan worden geconcludeerd dat deze in vergelijking tot ziekenfonds patiënten

niet hoger is. De vraag die gesteld kan worden is, in hoeverre is werklust te meten in kwantitatieve factoren zoals tijdsduur en contactfrequentie en vervolgens uit te drukken in tijd? En in hoeverre zijn andere factoren van belang, zoals subjectieve factoren? Om de kwantitatieve resultaten te onderbouwen zijn er in de enquêtes aan huisartsen ook een aantal vragen aan de orde gesteld die betrekking hebben op de subjectieve werklust van de huisarts, zoals emotionele belasting en ervaren knelpunten in de zorg aan asielzoekers. Daarnaast is op een aantal punten gekeken of de resultaten uit contactregistratieformulieren en enquêtes onder huisartsen onderstreept of verklaard worden door de informatie die is verzameld onder praktijkverpleegkundigen. Zowel de objectieve patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden werklust in combinatie met de subjectieve werklust biedt inzichten in de werklust van de huisarts. Omdat er op landelijk niveau veel verschillen zijn in de wijze waarop de huisartsenzorg aan asielzoekers is georganiseerd is er bij de steekproeftrekking op een aantal factoren gestratificeerd zoals op regio en type centrum. Hierdoor is de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot. Echter kent het onderzoek ook een aantal beperkingen. De resultaten zijn gebaseerd op enquêtes en registraties van contacten met asielzoekers. Of de registrerende huisartsen nauwkeurig alle contacten met asielzoekers hebben geregistreerd is niet na te gaan.

6.5 Conclusies en aanbevelingen

De aanleiding van dit onderzoek is de onbekendheid van de huidige werklust van de huisarts in de zorg aan asielzoekers en de factoren die daarop van invloed zijn. Huisartsenzorg aan asielzoekers is onderhevig aan dynamische processen, zoals veranderingen in de zorgstructuur en in de stroom asielzoekers, die kunnen leiden tot veranderingen in de werklust. Daarom is een monitoringsysteem opgezet om de werklust periodiek te meten. Op basis van dit onderzoek kunnen uitspraken gedaan worden die gelden voor dit moment. Uit de onderzoeksresultaten van het onderhavige onderzoek kan worden afgeleid dat de contactfrequentie tussen de huisarts en asielzoeker verschilt tussen de betrokken huisartsen, maar gemiddeld iets lager is dan bij de ziekenfonds patiënten. Daarentegen ligt de gemiddelde contactduur significant hoger dan bij zowel 'niet-Westerse allochtonen' als 'ziekenfondspatiënten'. Inbegrepen de contacten met praktijkverpleegkundigen over een asielzoeker wordt de gemiddelde per cliënt bestede tijd per jaar blijft daardoor ongeveer vergelijkbaar met de tijd besteed aan reguliere ziekenfondspatiënten. In OC's is die tijdsbelasting echter bijna dubbel zo hoog.. Ook krijgen huisartsen in de zorg aan asielzoekers vaker te maken met psychische problemen dan bij de referentiegroepen. Daarnaast moeten huisartsen in de zorg aan asielzoekers telkenmale een nieuwe vertrouwensband opbouwen met de patiënt wat bij patiënten uit de referentiegroepen veel minder het geval is. Hierbij moet dan nog de niet-patiëntgebonden werklust bij opgeteld. Ook blijkt dat een groot deel van de huisartsen knelpunten ervaart in de zorg aan asielzoekers zoals, het omgaan met claimende vragen en de complexiteit van de zorgvragen. De opmerking dient gemaakt te worden dat het werk van de praktijkverpleegkundigen van de MOA en de Meldkamer-ANW te Amsterdam de werklust van de huisarts zeer zeker beperken.

Toekomstige ontwikkelingen van de huisartsenzorg aan asielzoekers

De instroom beperkende maatregelen voor asielzoekers van de nieuwe vreemdelingenwet die in april 2001 van kracht is op den duur een daling van het aantal asielzoekers in Nederland met zich meebrengen. Daarnaast kunnen zij tot gevolg hebben dat de werklust per

asielzoeker toeneemt. De achtergronden van asielzoekers, het langdurige verblijf in de centra, het leefklimaat in de asielzoekerscentra en, kunnen invloed hebben op de omstandigheden waaronder huisartsen en praktijkverpleegkundigen van de MOA hun werk in of voor de centra moeten uitvoeren. Huisartsen en praktijkverpleegkundigen worden in toenemende mate geconfronteerd met wanhopige asielzoekers die de huisarts (al dan niet op advies van de rechtshulp) als laatste strohalm zien voor hun uitzichtloze situatie en daardoor verwachtingen hebben waaraan een hulpverlener niet kan voldoen. Soms leidt dit tot claimend of zelfs agressief gedrag ten opzichte van de huisarts of praktijkverpleegkundige. De asielzoeker projecteert zijn machteloosheid over zijn perspectiefloze bestaan dan op de hulpverlener die in zijn ogen faalt als hulpverlener. Hierbij wordt ook de huisarts in toenemende mate geconfronteerd en dit vraagt beleid inzake de rol en positie van de huisarts in deze problematiek (LHV, 2002). Dit kan er mede toe bijdragen dat de hulpverlener betrokken wordt in een proces wat buiten zijn of haar verantwoordelijkheden ligt. In 2002 is de instroom van asielzoekers drastisch verminderd. Als gevolg daarvan is sprake van krimp binnen de organisaties en beroepsgroepen die betrokken zijn bij de opvang waaronder MOA en de huisartsen; deze ontwikkeling heeft invloed op de continuïteit van de zorg: er is sprake van een vermindering van de opvangcapaciteit en derhalve van overplaatsing van asielzoekers en personeel. Naar verwachting zullen deze ontwikkelingen van tijdelijke aard zijn en wordt getracht de kwaliteit van de geboden zorg te waarborgen, echter de invloed hiervan op de hulpverleners en opgebouwde werkrelaties moet niet worden onderschat.

Puntsgewijs kunnen op basis van het onderhavige onderzoek een aantal aanbevelingen worden geformuleerd voor de organisatie van de huisartsenzorg aan asielzoekers en voor vervolgonderzoek.

Aanbevelingen:

- Omdat de zorg aan asielzoekers een dynamisch proces is verdient een periodieke meting van de werklast de voorkeur. Er doen zich bijvoorbeeld veranderingen voor in de zorgstructuur, de populatie asielzoekers en het aantal asielzoekers en huisartsen, die tevens een verandering in de werklast voor de huisarts als gevolg kunnen hebben.
- Gezien de grote verschillen in werkbelasting - contactfrequentie, contactduur en inhoud van contacten - tussen AZC/AVO enerzijds en OC's anderzijds dient onderzocht te worden of een differentiatie in de tarifiering noodzakelijk en mogelijk is.
- Mede omdat er veel verandert in de zorg aan asielzoekers en de politiek eromheen is een goede informatie-overdracht over het beleid omtrent de zorg aan asielzoekers belangrijk. Zowel door de LHV en de MOA kan aan deze informatie-voorziening tegemoet gekomen worden, door bijvoorbeeld een periodieke informatiebrief.
- Voor wat betreft scholing aan huisartsen kan gekeken worden naar een goede afstemming tussen de beschikbare scholing en de mogelijkheid voor huisartsen om deze scholing te volgen. Nu bleek dat niet alle huisartsen het nodig vinden om specifieke scholing te volgen over zorg aan asielzoekers. Daarom zou een inventarisatie naar de behoefte aan scholing gehouden kunnen worden. Voor wat betreft de inhoud van de scholing kan worden geadviseerd om in te spelen op de aanwezige knelpunten in de huisartsenzorg aan asielzoekers, zoals communicatieproblemen en omgaan met claimende vragen.
- Dit onderzoek toont dat een klein deel van de huisartsen en praktijkverpleegkundigen van mening is dat er onvoldoende plaatsen zijn ingekocht bij de GGZ. Daarentegen meldt GGZ Nederland dat er voldoende plaatsen beschikbaar zijn voor asielzoekers. Deze discrepantie is niet geheel te verklaren, er kunnen echter alleen suggesties worden gedaan over wat de

oorzaken zijn van de verschillen in de feitelijk beschikbare plaatsen in de GGZ voor asielzoekers en de ideeën van huisartsen en praktijkverpleegkundigen hierover. Het is daarom aan te raden om nader te onderzoeken waar deze discrepantie vandaan komt.

- De praktijkverpleegkundigen van de MOA hebben een belangrijke rol in de samenwerking met de huisarts. Er wordt nu nagegaan of de huidige taken dienen te worden uitgebreid met taken die op dit moment niet zijn belegd. Het NIVEL heeft in opdracht van GGD Nederland een onderzoek uitgevoerd naar de werklust voor praktijkverpleegkundigen en administratiemedewerkers van de MOA, bij het uitvoeren van doktersassistentie-taken (van Oort, 2003). Dit onderzoek biedt inzichten over de afstemming van de verrichting van taken door praktijkverpleegkundigen en huisartsen.
- Doordat een aantal huisartsen die contacten registreerden met asielzoekers ook hebben geregistreerd hoe vaak het voorkwam dat een asielzoeker niet is verschenen op de afspraak met de huisarts zonder bericht, blijkt dit in 9% van alle geplande contacten het geval te zijn. Een aantal oorzaken werden genoemd door huisartsen, zoals de afstand van het centrum naar de praktijk van de huisarts in niet goed te bereizen met het openbaar vervoer. Het is echter niet altijd bekend waarom de asielzoeker de afspraak niet nakomt. Het is zinvol om na te gaan wat de redenen zijn, zodat huisartsen niet nodeloos tijd verliezen in contacten die toch niet plaatsvinden.
- Om een compleet beeld te krijgen van de werklust van de huisarts in de zorg aan asielzoekers is het noodzakelijk om kwantitatief onderzoek aan te vullen met kwalitatief onderzoek. Kwalitatief onderzoek kan een vollediger beeld scheppen van de subjectieve werklust. Het is bekend dat deze maar zwak samenhangt met objectieve werklust. Het kwalitatief onderzoek kan uitgevoerd worden aan de hand van semi-gestructureerde interviews, zodat de subjectieve beleving van huisartsen in de zorg aan asielzoekers meer in het licht komt te staan.
- Voor mensen met andere culturele achtergronden dan de Westerse mag men niet zondermeer aannemen dat het begrip huisarts en de functie van deze persoon duidelijk is. In sommige landen zijn bepaalde hulpverleners (die asielzoekers dan vergelijken met de Nederlandse huisarts) het aanspreekpunt voor vragen en problemen op allerlei gebied. Het is daarom zinvol om vanuit het perspectief van de asielzoeker te onderzoeken wat hun verwachtingspatroon is van de huisarts. Tevens kan inzicht worden verkregen in de kwaliteit van de zorg vanuit het perspectief van de asielzoeker.
- Tenslotte zou verder onderzocht kunnen worden of de ervaringen die zijn opgedaan met de huisartsenzorg aan asielzoekers ook bruikbaar zijn voor de multiculturalisatie van de huisartsenzorg.

Literatuur

Bakker D.H. de, Weide M., Delnoij D., *Huisartsenzorg aan asielzoekers: naar een monitoring systeem*, NIVEL, 2000.

Bloemen E.J.J.M., Hovens J.E., *Om ziek van te worden: Sociale omstandigheden en gezondheid bij asielzoekers en vluchtelingen*, Medisch Contact, nr.3, blz. 101-104, 1997.

Brok, B. den, *De gezondheidstoestand van vluchtelingen, asielzoekers en illegalen*. In Mackenbach J. en H. Verkleij (red.) *Volksgesondheid Toekomst Verkenning. Deel II. Gezondheidsverschillen*. Bilthoven/Maarsse: RIVM/Elsevier/De Tijdstroom, 225-240, 1997.

COA, cijfers bestaande asielzoekerscentra 2001.

Croes M.M., *Asielzoekers: het beleid en enkele demografische aspecten*. Maandstatistiek bevolking (CBS) 9816: 1998.

Dikken, A. den, *Diversiteit in de gezondheidszorg, Cultuurpatronen van patiënten roept fundamentele vragen op*, Medisch Cotantact, nr. 21, blz. 814-816, 2002.

GG & GD Amsterdam, Jaarverslag ANW Meldkamer 2001.

GG & GD Amsterdam, Bedrijfsplan ANW Meldkamer, versie 3, februari 2000.

GGD Nederland, *Werkdocument praktijkverpleegkundige en toegeleiding*, 2000.

GGD Nederland, *Functiebeschrijvingen Matrixfuncties*, december 2001.

Las (logistiek Asielzoekers Systeem), 06-04-2002

Hogendorp, J, *Huisartsen zonder grenzen: Een onderzoek naar de ervaringen van huisartsen met de zorg voor asielzoekers in Noord Nederland*, Vakgroep Sociologie, Rijksuniversiteit Groningen, 2002.

Immigratie en Naturalisatie Dienst, *Jaarverslag 2001*, februari 2002.

Landelijke Huisartsen Vereniging. *Beleidskader voor de ondersteuning van huisartsen en huisartsengroepen in het regelen en leveren van huisartsenzorg voor asielzoekers in centra*. 1996.

Landelijke Huisartsen Vereniging/Zorgverzekeraar VGZ. *Convenant voor de huisartsenzorg aan asielzoekers*. 1997.

Ministerie van VWS/01/21/LW, 2001.

Nederlands Huisartsen Genootschap. *ICPC-1, met Nederlandse subtitels*. Amsterdam, 2000.

Nicolaas H. *Sterke daling aantal asielzoekers eerste half jaar 1995*. Maandstatistiek bevolking (CBS) 1995: 9518: 11-14.

Van Oort M., Devillé W. *Doktersassistentie door de Medische Opvang Asielzoekers*. Een pilotonderzoek. NIVEL, Utrecht, 2003.

Schijndel 2000, MOA nieuws nr. 18, GGD Nederland 2000.

Thijs WA & Willigen LHM van. *De medische opvang van asielzoekers*. Medisch Contact 1989; 51/52: 1683-1686.

Zorgverzekeraar VGZ/GGZ, *Convenant VGZ-GGZ*, september 1999.

Zorgverzekeraar VGZ/GGD Nederland, *Convenant VGZ-GGD Nederland*, 1999.

Bijlage 1 Enquête huisarts



Code: . . .

.....

ENQUÊTE HUISARTS

Peildatum: februari 2002

**Monitoringproject huisartsenzorg aan asielzoekers - Nivel
Samenwerking praktijkverpleegkundige en huisarts - GGD Nederland**

Naam centrum /centra waarvoor u werkzaam bent:

.....

Naam centrum waarvoor u de meeste dagdelen werkzaam bent:

Geslacht: man / vrouw

Geboortedatum: .. - .. - 19 ..

Voor vragen en/of opmerkingen:

Maureen van Oort

Nivel

030-2729658

M.vanoort@nivel.nl

Marleen Bekker

GGD Nederland

030-2525088

Bekker@ggd.nl

INSTRUCTIE ENQUÊTE HUISARTS

Er zijn in totaal 60 vragen, die opgedeeld zijn in de volgende hoofdstukken en sub-onderwerpen.

A Huisartsgegevens en praktijkorganisatie

B Avond-, nacht- en weekenddienst

C Zorg aan asielzoekers

- organisatie van de huisartsenzorg aan asielzoekers

D Samenwerking met de praktijkverpleegkundige

- wat wordt verstaan onder de begrippen 'toegeleiding' en 'inhoudelijke aansturing van de praktijkverpleegkundige'
- samenwerkingsafspraken en vormen van overleg
- taakverdeling
- omgevingsfactoren die van invloed kunnen zijn op de samenwerking
- waardering voor aspecten van de samenwerking

E Verwijzing van asielzoekers naar de tweede lijn

F Eventuele ervaren knelpunten

Vragen over dagdelen: een volledige werkweek omvat 10 dagdelen.

Indien u werkzaam bent voor meer dan één opvangcentrum, geeft u dan antwoord voor het centrum waarvoor u de meeste dagdelen werkt. Dit centrum vermeldt u ook op het voorblad. Indien u met meerdere praktijkverpleegkundigen samenwerkt, geeft u dan, voor zover dat mogelijk is, een algemeen antwoord op basis van uw ervaringen.

Het doel van het onderzoek is inzicht te verkrijgen in de werkelijkheid zonder daar een oordeel aan toe te kennen. Het is van groot belang dat u de vragen invult op basis van de dagelijkse praktijk van uw handelen. De gegevens worden vertrouwelijk behandeld en anoniem verwerkt.

A HUISARTSGEGEVENS EN PRAKTIJKORGANISATIE

1 Hoeveel jaren bent u praktiserend huisarts?

- 0 - 4 jaar
- 5 - 9 jaar
- 10 - 15 jaar
- 16 jaar of langer

2 Hoe lang werkt u als huisarts voor asielzoekers?

- 0 - 1 jaar
- 2 - 3 jaar
- 4 - 5 jaar
- 6 jaar of langer

3 Vanuit welk organisatorisch verband verleent u zorg aan asielzoekers?

- solopraktijk
- groepspraktijk
- in loondienst (SWG = *Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen*)
- anders, namelijk

4 Hoeveel dagdelen per week bent u als huisarts in de praktijk werkzaam voor reguliere patiënten (*inclusief niet-patiëntgebonden zorg?*)

.... dagdelen per week

5 Over hoeveel reguliere patiënten strekt uw zorg zich uit? (*exclusief asielzoekers*)

.... reguliere patiënten

B AVOND-, NACHT- EN WEEKENDDIENST DOOR DE HUISARTS

6 Hoe is de zorg aan asielzoekers buiten kantooruren geregeld?

- waarneming vanuit één HAGRO
- waarneming vanuit meerdere HAGRO's
- centrale huisartsenpost
- anders, namelijk

7 a Draait u avond-, nacht en weekend diensten voor asielzoekers?

- ja
- nee (~~NS~~ ga door naar vraag 8)

b Bent u tevreden over de centrale meldkamer in Amsterdam?

- ja
- nee, omdat
-

8 Krijgt u een terugkoppeling van uw collega's van wat er in de waarnemingsdienst is gebeurd inzake de zorg aan asielzoekers?

- ja
- nee, omdat

9 Hebben de dienstdoende huisartsen toegang tot het dossier van de asielzoekers die een beroep op hen doen tijdens de waarnemingsdienst?

- ja
- nee, omdat
-

C ZORG AAN ASIELZOEKERS

10 (Indien u niet in een groter verband of als SWG-arts werkt ~~NS~~ ga door naar vraag 11!)

Indien u met meer huisart(sen) in een samenwerkingsverband werkt, hoe wordt dan bepaald welke huisarts de reguliere zorg voor asielzoekers op zich neemt?

.....

.....

11 Hoeveel dagdelen per week bent u als huisarts werkzaam voor asielzoekers?
(inclusief niet- patiëntgebonden zorg)

. . . . dagdelen per week

12 Over hoeveel asielzoekers strekt uw zorg zich in totaal uit?

. . . . asielzoekers die in centra wonen en /of gebruik maken van het ZZA
(Zelfzorg-arrangement) en de COW (Centrale Opvang Woningen in dit geval
wonen asielzoekers in woningen van het COA of bij vrienden/kennissen)

13 a Bent u werkzaam voor meer dan één opvangcentrum voor asielzoekers?

ja, namelijk (vul aantal in) AZC OC AVO

nee

b Voor welk centrum bent u de meeste dagdelen werkzaam?

.....

c Hoe lang bestaat dit centrum?

. . . . jaar

d Hoeveel asielzoekers verblijven er in dit centrum?

. . . . asielzoekers

e Hoe lang werkt u als huisarts op deze locatie?

. . . . jaar (rond maanden af op halve jaren)

Onderstaande vragen gaan over de organisatie van de MOA op één centrum. Vult u deze vragen in voor het centrum waarvoor u het meeste werk verricht.

14 a Hoeveel dagdelen per week kunnen asielzoekers terecht op uw spreekuur?
(exclusief spoedvragen)

. . . . dagdelen per week

- b Hoe is voor dit centrum het spreekuur voor asielzoekers georganiseerd? (*Meer dan één antwoord is mogelijk!*)
- het reguliere spreekuur in de praktijk
 - een apart spreekuur voor asielzoekers in de praktijk
 - een apart spreekuur voor asielzoekers in het opvangcentrum (~~ga~~ ga door naar vraag 16)
 - anders, namelijk
- 15 Wat is de invloed van de reistijd die de asielzoeker moet afleggen om uw praktijk te bezoeken op de taakverdeling tussen u en de praktijkverpleegkundigen?
- geen invloed
 - meer taken voor praktijkverpleegkundigen, namelijk
 - anders, namelijk
- 16 Heeft u gedurende de tijd dat u zorg verleent aan asielzoekers, relevante scholing gevolgd voor de zorg aan asielzoekers? (*Meer dan één antwoord is mogelijk!*)
- nee, omdat
 - tropengeneeskunde (algemeen)
 - import- en infectieziekten bij asielzoekers
 - juridische aspecten van zorg aan asielzoekers
 - gezondheidssystemen in landen van herkomst en verwijzproblematiek naar de tweede lijn
 - infectiepreventie in asielzoekerscentra
 - advisering ten behoeve van sociaal medische opvang bij asielzoekers
 - communicatievaardigheden en omgaan met taalbarrières bij asielzoekers
 - culturele factoren en ziektebeleving van asielzoekers
 - somatisatie /psychosomatiek van klachten bij asielzoekers
 - traumatisering bij asielzoekers
 - vluchtelingen en asielzoekers in de GGZ
 - jeugdgezondheidszorg bij asielzoekers
 - seksueel geweld bij asielzoekers
 - zorg aan AMA's (Alleenstaande Minderjarige Asielzoekers)
 - GVO bij asielzoekers
 - verslaving bij asielzoekers
 - anders, namelijk
- 17 Welke van onderstaande overwegingen waren voor u doorslaggevend om zorg te gaan verlenen aan asielzoekers ? (*Meer dan één antwoord is mogelijk!*)
- persoonlijke interesse
 - financiële vergoeding
 - maatschappelijke plicht
 - anders, namelijk

18 a Hoe verhoudt de emotionele belasting in de zorg aan asielzoekers zich tot die in de zorg aan reguliere patiënten?

- hoger
- evenveel
- lager

b Wat zijn voor u de drie belangrijkste factoren die de emotionele belasting bepalen?

.....

.....

.....

D SAMENWERKING MET PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGE

19 Met hoeveel praktijkverpleegkundigen en huisartsen werkt u (op het centrum waarvoor u de meeste dagdelen werkzaam bent) samen?

. . . . praktijkverpleegkundigen
. . . . huisartsen

20 Is er continuïteit in de samenwerkingsrelatie tussen u en de praktijkverpleegkundige(n)?

ja
 nee, omdat

Nu volgen er enkele vragen over de doelen van toegeleiding en de behoefte aan inhoudelijke aansturing.

21 Hoe belangrijk vindt u in de toegeleiding:

• De afsplitsing van zelfzorgvragen?

zeer onbelangrijk zeer belangrijk

• Het verduidelijken van de hulpvraag?

zeer onbelangrijk zeer belangrijk

• Voorlichting over de Nederlandse gezondheidszorg?

zeer onbelangrijk zeer belangrijk

• Voorlichting over zelfzorg?

zeer onbelangrijk zeer belangrijk

22 Komen uw verwachtingen ten aanzien van bovengenoemde doelstellingen over het algemeen overeen met de dagelijkse praktijk?

zeer weinig *zeer veel*

Toelichting

.....

23 **Wie vindt u eindverantwoordelijk voor de toegeleiding? (Meer dan één antwoord is mogelijk!)**

- praktijkverpleegkundige
- huisarts
- geen van beiden

24 **Op welke aspecten vindt u inhoudelijke aansturing van de praktijkverpleegkundige door de huisarts nodig? (Meer dan één antwoord is mogelijk!)**

- helemaal niet nodig, omdat
- medisch uitvragen van klachten
- interpretatie van de hulpvraag
- urgentiebepaling van de hulpvraag
- medisch-technische verrichtingen
- anders, nl.

25 **In welke vorm zou inhoudelijke aansturing van de praktijkverpleegkundige volgens u moeten plaatsvinden? (Meer dan één antwoord is mogelijk!)**

- feedback binnen het kader van een patiëntgebonden bespreking
- feedback binnen een casuïstiekbespreking
- anders, namelijk

26 a **In hoeverre schat u in, dat uw visie op zorg aan asielzoekers (ten opzichte van de zorg aan Nederlandse patiënten) overeenkomt met de visie van de praktijkverpleegkundige?**

geen overeenkomst *volledige overeenkomst*

b **Op welke punten is er verschil tussen beide visies?**

.....

.....

Hieronder volgen enkele vragen over de inhoud en vorm van werkafspraken en overleg.

27 Kunnen asielzoekers (ook) zonder tussenkomst van de MOA een afspraak maken voor uw spreekuur? *(Exclusief spoedgevallen)*

- ja, namelijk
- nee

In de *Checklist werkafspraken huisartsenzorg* van 24 april 2001 ontwikkeld door GGD Nederland, Landelijke Huisartsen Vereniging en zorgverzekeraar VGZ worden onderwerpen aangereikt, waarover afspraken tussen de huisarts en praktijkverpleegkundige nodig zijn. Hierna worden de belangrijkste onderwerpen weergegeven.

28 a Is deze Checklist bij u bekend?

- ja
- nee

b Welke van onderstaande onderwerpen uit de Checklist zijn door u en de praktijkverpleegkundige vastgelegd in de vorm van afspraken? *(Meer dan één antwoord is mogelijk!)*

- geen afspraken gemaakt
- taken praktijkverpleegkundige MOA
- terugkoppeling door de huisarts over individuele patiënten na toegeleiding door de praktijkverpleegkundige
- inhoudelijke aansturing
- telefonische bereikbaarheid
- waarneming bij afwezigheid
- anders, nl.

c Heeft u daarnaast nog andere werkafspraken gemaakt met de praktijkverpleegkundige?

- ja, namelijk
-
- nee, omdat

29 a Welke middelen gebruikt u om de samenwerking met de praktijkverpleegkundige te regelen?
(Meer dan één antwoord mogelijk!)

- mondelinge afspraken (~~ga~~ ga door naar vraag 30)
- schriftelijke afspraken

b Welke schriftelijke afspraken gebruikt u?

- een protocol/richtlijn van de MOA
- anders, namelijk

30 a Worden de werkafspraken tussen u en de praktijkverpleegkundige over het algemeen nagekomen?

bijna nooit *bijna altijd*

b Bent u tevreden over de manier waarop de afspraken worden nagekomen?

zeer ontevreden *zeer tevreden*

Toelichting

.....

31 a Houdt u patiëntenbespreking met de praktijkverpleegkundige?

- ja
- nee, omdat
- (ga door naar vraag 27)

b In welke vorm vindt de patiëntenbespreking plaats? (Meer dan één antwoord is mogelijk!)

- structurele voor- of nabespreking huisartsensprekuren met de praktijkverpleegkundige(n)
- structurele bespreking met praktijkverpleegkundige en andere disciplines binnen de MOA
- ad hoc met praktijkverpleegkundige
- anders, namelijk

c Hoe vaak heeft u structurele patiëntenbespreking met de praktijkverpleegkundige en andere disciplines binnen de MOA?

.... keer per maand

32 Indien u geen patiëntenbespreking houdt, in welke van de onderstaande gevallen koppelt u uw bevindingen (telefonisch of schriftelijk) terug naar de praktijkverpleegkundige?

- standaard over alle patiënten
- uitsluitend wanneer nazorg of afstemming met praktijkverpleegkundige nodig is
- anders, namelijk

33 Wordt er naast het medisch dossier van de MOA van dezelfde asielzoekers ook een medisch dossier bijgehouden in de huisartsenpraktijk?

- ja
- nee

34 a Heeft u werkoverleg/-evaluatie met de praktijkverpleegkundige over de organisatie van de toeleiding en de samenwerking?

- ja
- nee, omdat
- (ga door naar vraag 35)

b Hoe vaak heeft u werkoverleg/evaluatie met de praktijkverpleegkundige?

. . . . keer per jaar

In de volgende vragen wordt de taakverdeling besproken tussen huisarts en praktijkverpleegkundige.

Eerst wordt gevraagd naar de taakverdeling op dit moment, dan volgt een vraag over de door u gewenste taakverdeling. Voor vraag 35 t/m 37 geldt dat meer dan één antwoord mogelijk is.

35 a Wie geeft momenteel voorlichting aan asielzoekers over:

	praktijkverpleegkundige	huisarts	geen van beiden
• de voorbereiding en inhoud van medische onderzoeken	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• de uitslagen van laboratorium- en andere onderzoeken	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• de medische diagnose en prognose	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• de behandeling, complicaties	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• medicijngebruik, bijwerkingen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• de Nederlandse gezondheidszorg gericht op individueel gezondheidsprobleem	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• de organisatie van huisartsenzorg	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• zelfzorg	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

b Wie zou de voorlichting moeten geven:

	praktijkverpleegkundige	huisarts	geen van beiden
• de voorbereiding en inhoud van medische onderzoeken	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• de uitslagen van laboratorium- en andere onderzoeken	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• de medische diagnose en prognose	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• de behandeling, complicaties	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• medicijngebruik, bijwerkingen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• de Nederlandse gezondheidszorg gericht op individueel gezondheidsprobleem	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• de organisatie van huisartsenzorg	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• zelfzorg	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

36 a Wie voert momenteel de patiëntgebonden coördinatie uit?

	praktijkverpleegkundige	huisarts	geen van beiden
--	-------------------------	----------	-----------------

- van alle zorg binnen de MOA
- van somatische zorg buiten de MOA
- van psychosociale zorg buiten de MOA

b Wie zou volgens u de patiëntgebonden coördinatie uit moeten voeren?

- | | praktijkverpleegkundige | huisarts | geen van beiden |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • van alle zorg binnen de MOA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • van somatische zorg buiten de MOA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • van psychosociale zorg buiten de MOA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | praktijkverpleegkundige | huisarts | geen van beiden |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 37 a Wie doet momenteel de begeleiding van chronisch zieken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- b** Wie zou volgens u de begeleiding van chronisch zieken moeten uitvoeren?
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> |

38 a In hoeverre is de sociaal geneeskundige van de MOA betrokken bij de toegeleiding van asielzoekers met somatische klachten?

- niet (~~ga~~ ga door naar vraag 39)
- gedeeltelijk, namelijk
- volledig betrokken, omdat

.....
b Heeft de sociaal geneeskundige daarmee inbreng in de samenwerking tussen u en de praktijkverpleegkundige?

- ja, namelijk . . .
 nee

39 In hoeverre is uw doktersassistente betrokken bij de samenwerking tussen huisarts en praktijkverpleegkundige? (*meer dan één antwoord mogelijk!*)

- geeft telefonisch advies aan de praktijkverpleegkundige bij het inschatten van de hulpvraag
 maakt op verzoek van de praktijkverpleegkundige consultafspraken bij de huisarts
 is niet betrokken bij de toeleiding van asielzoekers
 niet van toepassing

Hierna volgen enkele vragen over omgevingsfactoren die invloed kunnen uitoefenen op de samenwerking tussen huisarts en praktijkverpleegkundige.

40 Welke prioriteit geeft u aan de ontwikkeling van de toeleidingsfunctie ten opzichte van andere ontwikkelingen in de huisartsenbranche, die uw aandacht vragen?

- meer prioriteit
 evenveel prioriteit
 minder prioriteit

41 a In hoeverre wordt u op de hoogte gehouden van beleidsontwikkelingen binnen de MOA ten aanzien van de toeleiding?

- goed
 voldoende
 onvoldoende

b In hoeverre wordt u door de LHV op de hoogte gehouden van beleidsontwikkelingen in de zorg aan asielzoekers?

- goed
- voldoende
- onvoldoende

42 a In hoeverre heeft de MOA-clustermanager invloed op het maken van afspraken over de samenwerking tussen huisarts(en) en praktijkverpleegkundige(n)?

- geen
- weinig
- veel, namelijk

b Vindt u betrokkenheid van de clustermanager hierbij wenselijk?

- ja, omdat
- nee, omdat

43 Is er ondersteuning van de DHV (District Huisartsen Vereniging) bij het regelen van de samenwerking tussen u en de praktijkverpleegkundige?

- ja, namelijk
- nee

De volgende vragen gaan over aspecten van de samenwerkingsrelatie met de praktijkverpleegkundige.

44 In welke mate heeft u vertrouwen in de competenties van de verpleegkundige in het algemeen om de toegeleiding uit te voeren?

zeer weinig zeer veel

45 a Hoe ervaart u het contact met de praktijkverpleegkundige in het algemeen?

zeer onaangenaam zeer aangenaam

b Hoe verloopt de communicatie als er iets mis is gegaan in de samenwerking?

zeer onaangenaam zeer aangenaam

46 Hoe vindt de verwijzing door de praktijkverpleegkundige over het algemeen plaats?
Kleur bij de stellingen het van toepassing zijnde vakje in!

a de verwijzing naar de huisarts is over het algemeen:

te vroeg *te laat*

b de hulpvraag is over het algemeen:

zeer onduidelijk *zeer helder geformuleerd*

c de klachten zijn over het algemeen geëigend om de huisarts te consulteren?

bijna nooit *bijna altijd geëigend*

Toelichting

47 Kunt u voldoende mogelijkheden bieden aan de praktijkverpleegkundige(n) om onzekerheden bij het inschatten van de hulpvraag te bespreken?

ja
 nee, omdat

48 Wie neemt momenteel het initiatief in het bespreken van de samenwerking?
(Meer dan één antwoord is mogelijk!)

praktijkverpleegkundige
 huisarts
 geen van beiden

49 Hoe vindt u telefonische bereikbaarheid van de praktijkverpleegkundige?

zeer slecht *zeer goed*

50 In hoeverre reageert de praktijkverpleegkundige flexibel op onvoorziene omstandigheden, waardoor u incidenteel uw afspraken niet kunt nakomen (bijv. spoedgeval)?

niet flexibel *zeer flexibel*

E VERWIJZING VAN DE ASIELZOEKER NAAR DE TWEEDE LIJN

51 Hoe verloopt in het algemeen het verwijzingstraject van asielzoekers naar de tweede lijn?

- goed
- redelijk
- matig, omdat
- slecht, omdat

52 Hebt u inzicht in de mate waarin verwijzingen naar de tweedelijns gezondheidszorg worden gerealiseerd?(Hiermee wordt bedoeld dat de asielzoeker ook daadwerkelijk door de tweede lijn gezien/behandeld wordt voor hetgeen u de asielzoeker verwijst)

- nee
 - ja
- Indien ja, hoe vaak wordt de door u voorgestelde verwijzing gerealiseerd:
- vaak
 - soms
 - weinig

53 Hoe verloopt de terugkoppeling van de consultgegevens vanuit de tweede lijn naar u?

- goed
- redelijk
- matig, omdat
- slecht, omdat

De nu komende vragen gaan specifiek over verwijzingen naar de GGZ (inclusief RIAGG en exclusief Algemeen Maatschappelijk Werk)!

54 Is er naar uw idee voldoende zorg beschikbaar bij de GGZ voor de behandeling van asielzoekers?

- ruim voldoende
 - voldoende
 - nee, er hadden meer zorgplaatsen ingekocht moeten worden, omdat
-

55 a Wie doet de verwijzing van asielzoekers naar de GGZ? (meer dan één antwoord is

mogelijk!)

- huisarts
- sociaal geneeskundigen

b Indien u zelf verwijzingen doet; in hoeveel procent van de gevallen verwijst u naar schatting asielzoekers door naar de GGZ?

- % naar de GGZ
- % naar de Sociaal Geneeskundige van de MOA voor toeleiding naar de GGZ

56 Hoe verloopt in het algemeen de samenwerking tussen de GGZ en u inzake de behandeling van asielzoekers?

- goed
- redelijk
- matig, omdat
- slecht, omdat

57 a Vindt er behandelingsoverleg plaats tussen huisarts, GGZ en (eventueel) sociaal geneeskundigen?

- ja
- nee, omdat

b Vindt er casuïstiekbespreking plaats tussen huisarts, GGZ en (eventueel) sociaal geneeskundigen?

- ja
- nee, omdat

F ERVAREN KNELPUNTEN IN DE ZORGVERLENING AAN ASIELZOEKERS

58 Ervaart u knelpunten in de zorgverlening aan asielzoekers? (*Meer dan één antwoord is mogelijk!*)

- problemen in de communicatie weinig tijd om goed op de zorgvraag in te gaan
- complexe zorgvragen

- omgaan met claimende vragen
- agressie
- oneigenlijk ingezet worden in juridische kwesties
- te weinig bekend met de problematiek van asielzoekers
- anders, namelijk

59 Indien u een beroep doet op het tolkencentrum inzake de zorgverlening aan asielzoekers, bent u daar dan tevreden over?

- ja
- nee, omdat
- niet van toepassing

60 Eventuele opmerkingen:

.....

.....

.....

Hiermee bent u aan het einde gekomen van de enquête behorend bij het Monitoring project 'Huisartsenzorg aan asielzoekers' en 'Samenwerking tussen praktijkverpleegkundige en huisarts in de toegeleiding'

Wij danken u hartelijk voor uw medewerking!

Bijlage 2 Enquête praktijkverpleegkundige



Code

ENQUÊTE PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGE
Peildatum februari 2002

Monitoringproject huisartsenzorg aan asielzoekers - Nivel
Onderzoek Samenwerking huisarts en praktijkverpleegkundige MOA - GGD Nederland

Naam centrum/centra waar u werkzaam bent:
.

Naam centrum waar u de meeste dagdelen werkzaam bent:

Geslacht: man / vrouw

Geboortedatum: .. - .. - 19..

Voor vragen en opmerkingen:

Maureen van Oort Nivel 030-2729658 m.vanoort@nivel.nl	Marleen Bekker GGD Nederland 030-2525088 bekker@ggd.nl
--	--

INSTRUCTIE ENQUÊTE PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGE

Er zijn in totaal 45 vragen, die opgedeeld zijn in de volgende hoofdstukken en subonderwerpen:

A Gegevens praktijkverpleegkundige en taken

B Samenwerking met huisarts

1. taakverdeling
2. de begrippen 'toegeleiding' en 'inhoudelijke aansturing van de praktijkverpleegkundige(n)'
3. de samenwerkingsafspraken en vormen van overleg
4. omgevingsfactoren die van invloed kunnen zijn op de samenwerking
5. de waardering voor de samenwerking met de huisarts

C Ervaren knelpunten in de zorgverlening aan asielzoekers

Vragen over dagdelen: een volledige werkweek omvat 10 dagdelen.

Indien u werkzaam bent voor meer dan één opvangcentrum, geeft u dan antwoord voor het centrum waarvoor u de meeste dagdelen werkt. Dit centrum vermeldt u ook op het voorblad. Indien u met meer dan één huisarts samenwerkt, geeft u dan, voor zover dat mogelijk is, een algemeen antwoord op basis van uw ervaringen.

Het doel van het onderzoek is inzicht te verkrijgen in de werkelijkheid zonder daar een oordeel aan toe te kennen. Het is van groot belang dat u de vragen invult op basis van uw dagelijkse handelen. De gegevens worden vertrouwelijk behandeld en anoniem verwerkt.

A GEGEVENS PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGE EN TAKEN

1 Hoe lang heeft u ervaring in de functie van verpleegkundige?

- 0 - 4 jaar
- 1. 5 - 9 jaar
- 10 - 15 jaar
- 1. 16 jaar of langer

2 Hoe lang bent u als verpleegkundige werkzaam binnen de zorg aan asielzoekers?

- 0 - 1 jaar
- 2 - 3 jaar
- 4 - 5 jaar
- 6 jaar of langer

3 Heeft u buiten uw verpleegkundige opleiding nog andere relevante cursussen /scholing afgerond?

(meer dan één antwoord mogelijk!)

- nee
- introductiecursus van Pharos of COA
- opleiding interculturele verpleegkunde
- opleiding leergang praktijkverpleegkunde
- tropenopleiding (algemeen)
- Basistraining Agressie Beheersing (voormalige TACD)
- anders, namelijk
-

4 Om welke redenen heeft u destijds besloten te gaan werken in de zorg voor asielzoekers?

(meer dan één antwoord mogelijk!)

- persoonlijke interesse in de doelgroep
- zelfstandig functioneren
- salaris
- anders, namelijk

5 a Hoeveel dagdelen per week bent u als praktijkverpleegkundige werkzaam voor asielzoekers?

. . . . dagdelen per week

b Combineert u de functie van praktijkverpleegkundige met die van sociaal verpleegkundige?

- ja
- nee

6 a Bent u werkzaam voor meer dan één opvangcentrum voor asielzoekers?

- ja, namelijk (*vul aantal in*) AZC OC AVO
- nee

b Voor welk centrum bent u de meeste dagdelen werkzaam?

.....

c Hoe lang bestaat dit centrum?

. . . . jaar

d Hoeveel asielzoekers verblijven er in dit centrum?

. . . asielzoekers.

e Hoe lang werkt u als verpleegkundige op deze locatie?

. . . . jaar (*rond maanden af op halve jaren*)

Onderstaande vragen gaan over de organisatie van de MOA op één centrum. Vult u deze vragen in voor het centrum waarvoor u het meeste werk verricht.

7 a Hoeveel dagdelen per week kunnen asielzoekers terecht op het inloopsprekuur van de praktijkverpleegkundige?

. . . . dagdelen per week

b Vindt u dit voldoende?

- ja
- nee, omdat

Vult u onderstaande vraag in op basis van uw dagelijkse handelen, ook al zitten sommige taken officieel niet in uw takenpakket.

8 Welke patiëntgebonden taken worden binnen het centrum door u als praktijkverpleegkundige uitgevoerd? (meer dan één antwoord is mogelijk!)

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> kennismakingsgesprek | <input type="checkbox"/> | keel- /neus-/ oorinspectie |
| <input type="checkbox"/> verhelderen hulpvraag /verwijzen | <input type="checkbox"/> | urineonderzoek |
| <input type="checkbox"/> individuele voorlichting over zelfzorg en Nederlandse gezondheidszorg | <input type="checkbox"/> | temperatuurmeting |
| <input type="checkbox"/> zorgcoördinatie | <input type="checkbox"/> | gewichtsmeting |
| <input type="checkbox"/> begeleiding van zwangeren | <input type="checkbox"/> | polsslag |
| <input type="checkbox"/> dossierbeheer | <input type="checkbox"/> | HB-meting |
| <input type="checkbox"/> toegeleiding (sub-)acute hulpvraag | <input type="checkbox"/> | glucosemeting |
| <input type="checkbox"/> intakegesprek | <input type="checkbox"/> | doen van wondverzorging |
| <input type="checkbox"/> psychosociale begeleiding | <input type="checkbox"/> | uitspuiten van oren |
| <input type="checkbox"/> begeleiding chronisch zieken | <input type="checkbox"/> | zwangerschapstest |
| <input type="checkbox"/> overname taken andere disciplines | <input type="checkbox"/> | assisteren bij inbrengen van spiraaltje |
| <input type="checkbox"/> zelfzorgadvies | <input type="checkbox"/> | verzorgen herhaalreceptuur |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | griepvaccinaties |
| bloeddrukmeting | <input type="checkbox"/> | anders, namelijk |
| <input type="checkbox"/> | | |
| visustest | | |

B SAMENWERKING MET HUISARTS

9 Hoeveel praktijkverpleegkundigen en huisartsen zijn werkzaam voor het centrum?

.... praktijkverpleegkundigen
.... huisartsen

10 Is er continuïteit in de samenwerkingsrelatie tussen u en de huisarts(en)?

- ja
 nee, omdat

11a Hoeveel dagdelen per week kunnen asielzoekers terecht op het spreekuur van de huisarts?

(exclusief spoedvragen)

. . . . dagdelen per week

b Vindt u dit voldoende?

ja

nee, omdat

c Hoe is in het centrum het spreekuur voor asielzoekers georganiseerd?

(Meer dan één antwoord is mogelijk!)

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | het reguliere spreekuur in de huisartsenpraktijk |
| <input type="checkbox"/> | een apart spreekuur voor asielzoekers in de huisartsenpraktijk |
| <input type="checkbox"/> | een apart spreekuur voor asielzoekers in het centrum (ga ga door naar vraag 13) |
| <input type="checkbox"/> | anders, namelijk |

12

Wat is de invloed van de reistijd, die de asielzoeker moet afleggen om de huisartsenpraktijk te bezoeken, op de taakverdeling tussen u en de huisarts(en)?

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | geen invloed |
| <input type="checkbox"/> | meer taken voor praktijkverpleegkundigen, namelijk .. |

.....

anders, namelijk

- ◆ de medische diagnose en prognose
- ◆ de behandeling, complicaties
- ◆ medicijngebruik, bijwerkingen
- ◆ de Nederlandse gezondheidszorg
- ◆ gericht op individueel
- ◆ gezondheidsprobleem
- ◆ de organisatie van huisartsenzorg
- ◆ zelfzorg

14 a

Wie voert momenteel de zorgcoördinatie uit:

	praktijkverpleegkundige	huisarts	geen van beiden
◆	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b Wie zou volgens u de zorgcoördinatie uit moeten voeren:

	praktijkverpleegkundige	huisarts	geen van beiden
◆	van alle zorg binnen de MOA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆	van somatische zorg buiten de MOA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆	van psychosociale zorg buiten de MOA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15a Hoe vaak twijfelt u of een verwijzing van een asielzoeker naar de huisarts medisch noodzakelijk is ?

- heel vaak
- regelmatig
- soms, omdat
- (bijna) nooit, omdat

b Hoe vaak vraagt een asielzoeker om een consult bij de huisarts, ondanks dat u dat als praktijkverpleegkundige niet medisch noodzakelijk acht?

- heel vaak
- regelmatig
- soms
- (bijna) nooit

16 a In hoeverre is de sociaal geneeskundige betrokken bij de toeleiding van asielzoekers naar de huisarts?

- niet (~~is~~ ga door naar vraag 17)
- gedeeltelijk, namelijk
- volledig betrokken, omdat

b Heeft de sociaal geneeskundige daarmee inbreng in de samenwerking tussen u en de

huisarts?

-
-

ja, namelijk . . .
nee

17 a

In hoeverre is de doktersassistente van de huisarts betrokken bij de samenwerking tussen de huisarts en u?

- geeft mij telefonisch advies bij het inschatten van de hulpvraag
- maakt op mijn verzoek consultafspraken bij de huisarts
- is niet betrokken bij de toegeleiding van asielzoekers
- niet van toepassing

b Vindt u dit gewenst?

- ja
- nee

De volgende vragen gaan over de doelen van toegeleiding en de behoefte aan inhoudelijke aansturing.

18 Hoe belangrijk vindt u in de toegeleiding:

- De afsplitsing van zelfzorgvragen?

zeer onbelangrijk zeer belangrijk

- Het verduidelijken van de hulpvraag?

zeer onbelangrijk zeer belangrijk

- Voorlichting over de Nederlandse gezondheidszorg?

zeer onbelangrijk zeer belangrijk

- Voorlichting over zelfzorg?

zeer onbelangrijk zeer belangrijk

19 In hoeverre komen uw verwachtingen ten aanzien van de bovengenoemde doelstellingen in het algemeen overeen met de dagelijkse praktijk?

helemaal niet volledig

Toelichting

.....

.....

20 Wie vindt u eindverantwoordelijk voor de toegeleiding van asielzoekers naar de huisarts?

(meer dan één antwoord mogelijk!)

- praktijkverpleegkundige
- huisarts
- MOA Stichting

21 a Op welke aspecten heeft u behoefte aan inhoudelijke aansturing door de huisarts?

(meer dan één antwoord mogelijk!)

- geen behoefte, omdat
- ...
- medisch uitvragen van klachten
- interpretatie van de hulpvraag
- urgentiebepaling van de hulpvraag
- medisch-technische verrichtingen
- anders, namelijk

.....

b Wordt hieraan volgens u in de praktijk voldoende aandacht besteed door de huisarts?

- Ja
- Nee, omdat

.....

22 In welke vorm zou inhoudelijke aansturing volgens u plaats moeten vinden?

(meer dan één antwoord mogelijk!)

- feedback binnen het kader van patiëntgebonden bespreking
- feedback binnen casuïstiekbespreking
- anders, namelijk

.....

23 a In hoeverre schat u in, dat uw visie op de zorg aan asielzoekers (ten opzichte van de zorg aan reguliere patiënten) overeenkomt met die van de huisarts?

helemaal niet volledig

b Indien van toepassing: op welke aspecten is er verschil tussen beide visies?

.....

Hierna volgen er enkele vragen over de inhoud en de vorm van werkafspraken en overleg.

24 Kunnen asielzoekers (ook) zonder tussenkomst van de MOA een afspraak maken voor het huisartsensprekuur? (*exclusief spoedvragen*)

ja, namelijk

nee

25 In de *Checklist werkafspraken huisartsenzorg* van 24 april 2001 (GGD Nederland, Landelijke Huisartsen Vereniging en zorgverzekeraar VGZ) worden onderwerpen aangereikt, waarover afspraken tussen de huisarts en praktijkverpleegkundige nodig zijn.

a Is de checklist bekend bij u?

ja

nee

b Welke van onderstaande onderwerpen uit de checklist zijn door u en de huisarts vastgelegd in afspraken? (*meer dan één antwoord mogelijk!*)

geen afspraken gemaakt

taken praktijkverpleegkundige MOA

- terugkoppeling door de huisarts over individuele patiënten na toeleiding door de praktijkverpleegkundige
- inhoudelijke aansturing
- telefonische bereikbaarheid
- waarneming bij afwezigheid
- anders, nl

c Heeft u daarnaast nog andere werkafspraken gemaakt met de huisarts?

- Ja, namelijk
-
- Nee, omdat
-

26 a Welke middelen gebruikt u om de samenwerking met de huisarts te regelen?
(meer dan één antwoord mogelijk!)

- mondelinge afspraken (☞ ga door naar vraag 27)
- schriftelijke afspraken

b Welke vorm hebben de schriftelijke afspraken?

- een protocol/richtlijn van de MOA
- anders, namelijk

27 a Worden de werkafspraken tussen u en de huisarts over het algemeen nagekomen?

bijna nooit bijna altijd

b Bent u tevreden over de manier waarop de afspraken worden nagekomen?

zeer ontevreden zeer tevreden

Toelichting:

28 a Houdt u patiëntenbespreking met de huisarts?

- ja
- nee, omdat

.....
.....(~~RS~~ ga door naar vraag 29)

b In welke vorm vindt de patiëntenbespreking plaats? (meer dan één antwoord mogelijk!)

- structurele voor- of nabespreking huisartsenspreekuur met huisarts en praktijkverpleegkundige(n)
- structurele bespreking met huisarts en andere disciplines binnen de MOA
- ad hoc bespreking met huisarts en praktijkverpleegkundige(n)
- anders, namelijk

c Hoe vaak heeft u een structurele patiëntenbespreking met de huisarts en andere disciplines van de MOA?

..... keer per maand

29 Indien er geen patiëntenbespreking wordt gehouden, in welke van de onderstaande gevallen koppelt de huisarts zijn/haar bevindingen terug naar u?

- standaard alle patiënten
- uitsluitend wanneer nazorg of afstemming nodig is
- anders, namelijk

30 Wordt er naast het medisch dossier van de MOA van dezelfde asielzoekers ook een medisch dossier bijgehouden in de huisartsenpraktijk?

- ja
- nee

31 a Heeft u werkoverleg/evaluatie met de huisarts over de organisatie van de toegeleiding en de samenwerking?

- ja
- nee, omdat(~~RS~~ ga door naar vraag 32)

b Hoe vaak heeft u werkoverleg/evaluatie met de huisarts?

..... keer per jaar

32 Hoeveel tijd besteedt u in totaal aan niet-patiëntgebonden activiteiten in dagdelen per week?
(Met niet- patiëntgebonden wordt bedoeld: alle activiteiten die geen betrekking hebben op een individuele patiënt)

. . . . dagdelen per week

Hierna volgen enkele vragen over omgevingsfactoren, die van invloed kunnen zijn op de samenwerking tussen praktijkverpleegkundige en huisarts.

33 a In hoeverre wordt u op de hoogte gehouden van beleidsontwikkelingen binnen de MOA ten aanzien van de toegeleiding?

- goed
- voldoende
- onvoldoende

b Worden de toegeleiding en de samenwerking met de huisarts door u besproken in het regionale praktijkverpleegkundig overleg?

- ja
- nee
- niet van toepassing

34 a In hoeverre heeft de MOA-clustermanager invloed op het maken van afspraken over de samenwerking tussen huisarts(en) en praktijkverpleegkundige(n)?

- geen
- weinig
- veel, namelijk

b Vindt u betrokkenheid van de clustermanager hierbij wenselijk?

- ja, omdat
- nee, omdat

De volgende vragen gaan over aspecten van de samenwerkingsrelatie met de huisarts.

- 35 **Wie neemt momenteel het initiatief in het bespreken van de samenwerking?**
(Meer dan één antwoord is mogelijk!)
- praktijkverpleegkundige
 huisarts
 geen van beiden
- 36 **Hoe vindt u de telefonische bereikbaarheid van de huisarts voor consultatie?**
- zeer slecht* *zeer goed*
- 37 **In hoeverre reageert de huisarts flexibel op onvoorziene omstandigheden, waardoor u bijvoorbeeld incidenteel uw afspraken met de huisarts niet kan nakomen?**
- niet flexibel* *zeer flexibel*
- 38 **In hoeverre wordt u door de huisarts(en) op de hoogte gehouden van praktische zaken, zoals de waarneming tijdens vakantie en ziekte van de huisarts?**
- goed**
 voldoende
 onvoldoende
- 39 **Wat vindt u van de terugkoppeling door de huisarts naar u van zijn/haar bevindingen bij een asielzoeker?**
- goed**
 voldoende
 onvoldoende
- 40 **Hoe ervaart u in het algemeen de reactie van de huisarts op uw verzoek, een visite te brengen aan een zieke asielzoeker?**
- Zeer afwijzend* *z e e r
instemmen
nd*

41 Hoe vaak ervaart u onderstaande problemen als knelpunten in de zorgverlening aan asielzoekers?
(meer dan één antwoord mogelijk!)

- problemen in de communicatie
bijna nooit *bijna altijd*
- complexe zorgvragen
bijna nooit *bijna altijd*
- te weinig tijd om goed op de zorgvraag in te gaan
bijna nooit *bijna altijd*
- agressie
bijna nooit *bijna altijd*
- oneigenlijk ingezet worden in juridische kwesties
bijna nooit *bijna altijd*
- omgaan met claimende vragen
bijna nooit *bijna altijd*
- te weinig bekend met de problematiek van asielzoekers
bijna nooit *bijna altijd*
- invloed van COA-beleid
bijna nooit *bijna altijd*
- anders, namelijk

42 In welke mate vindt u dat asielzoekers de MOA raadplegen voor vragen die niet de MOA betreffen?

zeer hoge mate zeer lage mate

43 a Zijn er volgens u knelpunten in de reguliere zorg aan asielzoekers?
(meer dan één antwoord mogelijk)

- ja, zie tabel
- nee (ga door naar vraag 43)

	AMW*	GGZ	medisch specialist	tandarts	thuiszorg	andersonl:
beschikbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
communicatie en samenwerking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terugkoppeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andersonl:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AMW* = Algemeen Maatschappelijk Werk

b Toelichting op antwoord(en) in tabel:

.....

.....

44 Indien u een beroep doet op het tolkencentrum ter ondersteuning van de zorgverlening aan asielzoekers, bent u daar dan tevreden over?

- ja
- nee, omdat

45. Eventuele opmerkingen:

.....
.....
.....

Hiermee bent u aan het einde gekomen van de enquête behorend bij het Monitoring project 'Huisartsenzorg aan asielzoekers' en 'Samenwerking tussen praktijkverpleegkundige en huisarts in de toeleiding'

Wij danken u hartelijk voor uw medewerking!

Bijlage 3 registratieformulier huisarts

REGISTRATIEFORMULIER HUISARTS

Code centrum: OC 12

Code huisarts: 01

Contactdatum:

DEEL 1: PATIËNTGEGEVENS

geslacht: man vrouw geboortejaar: land van herkomst: moedertaal:

DEEL 2: CONTACTGEGEVENS

duur contact:	soort contact:	wijze van binnenkomst	functie toegeleiding:	tolk nodig?	tolk gebruikt?
<input type="checkbox"/> 1-5 minuten	<input type="checkbox"/> met (praktijk-) verpleegkundige:	<input type="checkbox"/> via toegeleiding (<i>afga naar functie toegeleiding</i>)	<input type="checkbox"/> praktijkverpl.kundige	<input type="checkbox"/> ja (<i>afga naar tolk gebruikt</i>)	<input type="checkbox"/> ja, prof. tolk was aanwezig
<input type="checkbox"/> 6-10 minuten	<input type="checkbox"/> telefonisch	<input type="checkbox"/> rechtstreeks	<input type="checkbox"/> sociaal verpl.kundige	<input type="checkbox"/> nee,	<input type="checkbox"/> ja, tolktelefoon
<input type="checkbox"/> 11-15 minuten	<input type="checkbox"/> face to face	<input type="checkbox"/> vervolgspr. huisarts	<input type="checkbox"/> JGZ verpleegkundige	voertaalgesprek	<input type="checkbox"/> bekende van patient deed vertaling
<input type="checkbox"/> 16-20 minuten	<input type="checkbox"/> met asielzoeker:	<input type="checkbox"/> anders, namelijk:	<input type="checkbox"/> sociaal geneeskundige	<input type="checkbox"/> nee, niet gelukt
<input type="checkbox"/> 21-40 minuten	<input type="checkbox"/> spreekuur	<input type="checkbox"/> JGZ geneeskundige		<input type="checkbox"/> nee, niet geprobeerd
<input type="checkbox"/> meer	<input type="checkbox"/> telefonisch			
	<input type="checkbox"/> visite			
	<input type="checkbox"/> tussendoor			
	<input type="checkbox"/> overig			

DEEL 3: DEELCONTACTGEGEVENS

Contactreden: (hier de klachten zo nauwkeurig mogelijk omschrijven)

1. 2.

Diagnose:

1. 2.

aard klacht:

- 1 2
 somatisch
 hoofdzakelijk somatisch
 somatisch / psychosociaal
 hoofdzakelijk psychosociaal
 psychosociaal

aard contact:

- 1 2
 eerste contact voor deze klacht
 vervolgspr. voor bestaande klacht

voorschrift geneesmiddel:

- 1 2
 ja
 nee

duur contact:	soort contact:	wijze van binnenkomst	functie toegeleiding:	tolk nodig?	tolk gebruikt?
verrichtingen in eigen praktijk:	aanvragen aan externen:		verwijzing naar:		opname:
1 2	1 2		1 2		1 2
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> geen verrichtingen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> geen aanvraag		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> geen verwijzing		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gewichtsmeting	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bloed/cytologisch onderzoek		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> medisch specialist, namelijk:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nee
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bloeddrukmeting	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> micro-biologisch		1		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bloedonderzoek	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> urine-onderzoek		2		vervolgafspraak:
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> urine-onderzoek	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> E.C.G. en ander functieonderzoek		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> verloskundige		1 2
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wondverzorging	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> beeldvormend diagnostisch onderzoek:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> fysiotherapeut		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> chirurgische ingreep	röntgen/echo/endoscopie		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> abortuskliniek		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nee
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oor uitspuiten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anders, namelijk:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> maatschappelijk werk		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vaccinaties	1		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GGZ		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> lichamelijk onderzoek	2		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sociaal geneeskundige MOA		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anders, namelijk:			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> praktijkverpleegkundige MOA		
1			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anders, namelijk:		
2			1		
			2		

DEEL 4: BIJZONDERHEDEN/VERZWARENDE OMSTANDIGHEDEN

Indien sprake is van bijzonderheden/verzwarende omstandigheden graag korte formulering hieronder vermelden:

INSTRUCTIE VOOR DE REGISTRATIE VAN CONTACTEN MET ASIELZOEKERS DOOR DE HUISARTS

Registratie van contacten

Wij willen u vragen gedurende 2 weken of 10 werkdagen na ieder contact met een asielzoeker zo volledig mogelijk het registratieformulier in te vullen. De gegevens van de patiënt kunnen anoniem worden geregistreerd. Indien een (praktijk)verpleegkundige een beroep op u doet met specifieke vragen over een asielzoeker dan kunt u onder het kopje soort contact invullen 'met praktijkverpleegkundige' en de manier waarop u met de praktijkverpleegkundige gecommuniceerd heeft. Vanzelfsprekend vervallen dan de rubrieken wijze van binnenkomst en tolk nodig.

Doel van de contactregistraties

De contactregistraties zullen worden gebruikt om een overzicht te verkrijgen van de inhoud van het consult tussen de huisarts en de asielzoekers. Daarnaast wordt er meer inzicht verkregen in de werklust van de huisarts.

DEEL 1: PATIËNTGEGEVENS

In dit deel worden een aantal achtergrondgegevens van de patiënt ingevuld.

DEEL 2: CONTACTGEGEVENS

Bij dit onderdeel worden er eerst wat algemene kenmerken van het contact gevraagd: duur, soort, wijze van binnenkomst, functie van de toegeleiding en of er een tolk nodig is.

Soort contact

Spreekuur: face-to-face contacten met de patiënt tijdens het spreekuur waarvoor een afspraak is gemaakt.

Telefonisch: registreert u alleen als u door de telefoon op de hulpvraag van de patiënt bent ingegaan.

Visite: indien u de patiënt hebt bezocht bij zijn woon- of verblijfplaats.

Tussendoor: face-to-face contacten met de patiënt tijdens het spreekuur waarvoor geen afspraak is gemaakt.

Overig: alle andere mogelijkheden.

Andere rubrieken wijzen voor zich.

DEEL 3: DEELCONTACTGEGEVENS

Deelcontacten

Patiënten gaan naar de huisarts met een contactreden, ook wel gedefinieerd als: "De weergave van de reden waarom iemand het gezondheidszorgsysteem met een vraag om hulp betreedt (NHG, 2000)." Het kan ook zo zijn dat patiënten meer dan één reden hebben om naar de huisarts te gaan. Wanneer deze contactredenen betrekking hebben op dezelfde aandoening / letsel dan gaat het om één deelcontact met meerdere klachten aan de hand van de desbetreffende aandoening. Daarnaast is het mogelijk dat de patiënt klachten heeft die voortvloeien uit een geheel andere aandoening of letsel, er is dan sprake van een tweede deelcontact in één consult. Op de bijgevoegde registratieformulieren kunnen de gegevens

van maximaal twee deelcontacten per consult geregistreerd worden. Indien het consult meer dan 2 deelcontacten bevat dienen de twee belangrijkste te worden geregistreerd. Bij de categorieën: contactredenen, diagnose, aard klacht, sprake van somatisering van psychische klachten, aard contact, handelingen, resultaat consult, vervolgspraak en verwijzing naar staat er daarom telkens een 1 en een 2 boven de hokjes die u kunt aankruisen als een antwoord op de patiënt van toepassing is. Per deelcontact zijn maximaal drie contactredenen opgenomen en 1 diagnosestelling.

Contactredenen

Er wordt gevraagd zo nauwkeurig mogelijk de contactredenen te omschrijven. Het kan hierbij gaan om klachten, maar ook om niet-klachten-gebonden vragen. Het is de bedoeling dat u zo nauwkeurig mogelijk weergeeft, zoals de patiënt ze formuleert. Als het om veel klachten gaat, noteert u uitsluitend de klachten waarop u actie onderneemt.

Diagnose

De rubriek diagnose dient u altijd in te vullen. U zult op basis van de klachten en uw anamnese mogelijk niet altijd tot een diagnose kunnen komen. In dat geval vult u een symptoom/klachtdiagnose in. Niet-klachten-gebonden vragen (bijvoorbeeld pilcontrole) leiden meestal niet tot een diagnose; u vult in dat geval gewoon in wat er aan de hand is (dus pilcontrole). Wij zullen de door u ingevulde diagnoses met ICPC coderen. Als u zelf al in uw HIS ICPC codeert, kunt u de ICPC-code registreren.

Aard klacht

Hier geeft u aan wat in uw ogen de achtergrond voor de reden(en) voor contact is. De klachten van de patiënt kunnen van somatische dan wel psychosociale aard zijn. U kunt op een 5-punt schaal aangeven in hoeverre u de klacht als somatisch dan wel psychosociaal beoordeelt. Als het om twee verschillende klachtenclusters gaat moet u deze schalen voor beide deelcontacten invullen.

Aard contact

Via deze rubriek kan achterhaald worden of de patiënt vaker met dezelfde klachten bij u geweest is.
eerste contact: u kruist dit aan wanneer de patiënt voor het eerst met deze klacht/vraag bij u komt.
vervolgcontact: de patiënt is al eerder met dezelfde klacht bij u geweest; het gaat dus om een vervolgcontact voor hetzelfde probleem.
Voorbeeld: een patiënt komt bij u terug met dezelfde klachten (nog steeds buikpijn), terwijl hij 'nieuw' klachten presenteert (beenwond). Voor het eerste klachtencluster (nog steeds buikpijn) betreft het dus een 'herhaal' contact, voor het tweede cluster een 'eerste' contact.

Verrichtingen

In deze rubriek kunt u meerdere antwoorden (voor elk klachtencluster) aankruisen.
Verrichtingen in eigen praktijk: het gaat hierbij om verrichtingen die u in uw eigen spreekkamer plaatsvinden.

Aanvragen

Laboratoriumaanvraag: bloedonderzoek, urineonderzoek, cytologisch onderzoek, faecesonderzoek en ander laboratoriumonderzoek
Functie-onderzoek: ECG, EEG en andere functieonderzoeken.
Diagnostisch onderzoek: röntgenonderzoek, echoscopisch onderzoek, endoscopisch onderzoek.

Verwijzing naar:

U vult deze rubriek in als u naar aanleiding van het contact besluit de patiënt te verwijzen of te laten opnemen. Het gaat hierbij om het uitschrijven van een verwijskaart, waarbij het er voor de registratie niet toe doet of de verwijzing gerealiseerd is.

- medisch specialist: alle tweedelijns specialismen exclusief psychiatrie en GGZ;
- GGZ: psychiater, psycholoog, RIAGG, CAD;

- verloskundige;
- fysiotherapeut;
- abortuskliniek;
- sociaal geneeskundige MOA;
- praktijkverpleegkundige MOA;
- anders: alle overige eerstelijnsvoorzieningen, zoals wijkverpleging, maatschappelijk werk, diëtiste, tandarts en ander MOA-personeel.

Vervolgcontact:

Heeft u met de asielzoeker een afspraak gemaakt voor een vervolgcontact met u?

Andere rubrieken spreken voor zich.

DEEL 4: BIJZONDERHEDEN/VERZWARENDE OMSTANDIGHEDEN

hier kunt u invullen of er tijdens het contact sprake was van bijzonderheden of verzwarende omstandigheden (met betrekking tot de hulpverlening), bijvoorbeeld taalproblemen, verward gedrag, aanwezigheid van derden die een storende invloed hebben, agressiviteit van de patiënt et cetera.

Bijlage 4 registratieformulier praktijkverpleegkundige

REGISTRATIEFORMULIER: PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGE

Code centrum: Code praktijkverpleegkundige: Contactdatum:

DEEL 1 PATIËNTGEGEVENS:

geslacht: man vrouw

geboortejaar:

land van herkomst:

moedertaal:

DEEL 2 CONTACTGEGEVENS:

duur contact:	soort contact:	binnenkomst:	tolk nodig?	tolk gebruikt?
<input type="checkbox"/> 1-5 minuten	<input type="checkbox"/> spreekuur	<input type="checkbox"/> eigen initiatief	<input type="checkbox"/> ja (ga naar tolk gebruikt)→	<input type="checkbox"/> ja, prof. tolk was aanwezig
<input type="checkbox"/> 6-10 minuten	<input type="checkbox"/> EHBO	<input type="checkbox"/> vervolgspraak	<input type="checkbox"/> nee, voertaalgesprek:	<input type="checkbox"/> ja, tolktelefoon
<input type="checkbox"/> 11-15 minuten	<input type="checkbox"/> geplande voorlichting	<input type="checkbox"/> via ander MOA-personeel	taal.	<input type="checkbox"/> bekende van patiënt deed vertaling
<input type="checkbox"/> 16-20 minuten	<input type="checkbox"/> anders, nl	<input type="checkbox"/> huisarts		<input type="checkbox"/> nee, niet gelukt
<input type="checkbox"/> 21-40 minuten	<input type="checkbox"/> anders, nl		<input type="checkbox"/> nee, niet geprobeerd
<input type="checkbox"/> meer			

DEEL 3 DEELCONTACTGEGEVENS:

Contactredenen: de gepresenteerde gezondheidsklacht(en) zo nauwkeurig mogelijk omschrijven

Contactredenen en bijbehorende klacht(en)/problemen:

Contactredenen en bijbehorende klacht(en)/problemen:

1.
 ..
 ..
 ..

2.
 ..
 ..
 ..

patiëntgebonden taken →

specifiek voor dit contact in opdracht huisarts of> op eigen initiatief

aard contact:

	1	2	1	2	
zelfzorgadvies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> eerste contact voor deze klacht
uitvragen / zorgvraag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> vervolcontact van bestaande klacht
bloeddruk meting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
visustest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
keel/neusinspectie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
urineonderzoek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
temperatuur meten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
gewichtsmeting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	specifiek voor dit contact
polsslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(tel) overleg gevoerd met
HB-meting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	huisarts
glucosemeting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2
griepvaccinatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja
doen van wondverzorging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee
uitspuiten van oren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
zwangerschapstest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verwijzing:
assist. inbrengen spiraaltje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2
verzorgen herhaalreceptuur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> verwezen naar huisarts
anders, nl:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> verwezen binnen MOA
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> tandarts
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> verwezen anders, nl
					1.
					2.

DEEL 4 INDIEN SPRAKE IS VAN BIJZONDERHEDEN GRAAG KORTE FORMULERING HIERONDER VERMELDEN:

Indien sprake is van bijzonderheden/verzwarende omstandigheden graag korte formulering hieronder vermelden:

HANDLEIDING VOOR DE REGISTRATIE VAN CONTACTEN MET ASIELZOEKERS DOOR PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGE

Registratie van contacten

Wij willen u vragen gedurende .. weken of .. werkdagen na ieder contact met een asielzoeker zo volledig mogelijk het registratieformulier in te vullen. De gegevens van de patiënt worden anoniem geregistreerd. Voor aanvang van de registratieperiode wordt aan het centrum en aan iedere individuele praktijkverpleegkundige een persoonlijke code toegekend.

Doel van de contactregistraties

De contactregistraties zullen worden gebruikt om een overzicht te verkrijgen van de inhoud van het contact tussen de praktijkverpleegkundige en de asielzoekers.

DEEL 1: PATIËNTGEGEVENS

In dit deel worden een aantal achtergrondgegevens van de patiënt ingevuld.

DEEL 2: CONTACTGEGEVENS

Bij dit onderdeel worden er eerst wat algemene kenmerken van het contact gevraagd: duur, soort contact, wijze van binnenkomst en of er een tolk nodig is.

Duur contact

Met de duur van het contact wordt bedoeld de feitelijke duur van verblijf van een patiënt in de spreek- en/of onderzoekkamer.

Andere rubrieken wijzen voor zich!

DEEL 3: DEELCONTACTGEGEVENS

Contact en deelcontact

Één contact kan één of meerdere deelcontacten omvatten. Een deelcontact omvat alle informatie die betrekking heeft op één gezondheidsprobleem binnen één contact. Indien een patiënt in een contact één gezondheidsprobleem aan de orde stelt, is deelcontact = contact. Daarnaast is het mogelijk dat de patiënt klachten heeft die voortvloeien uit een geheel andere aandoening of letsel, er is dan sprake van een tweede deelcontact in één consult. Op de bijgevoegde registratieformulieren kunnen de gegevens van maximaal twee deelcontacten per consult geregistreerd worden. Indien het consult meer dan twee deelcontacten bevat, dienen de twee belangrijkste te worden geregistreerd. Bij de categorieën: contactreden, patiëntgebonden taken, aard contact, vervolgspraak, verwijzing, doel verwijzing, staat er daarom telkens een **1 voor deelcontact één en een 2 voor deelcontact twee** boven de hokjes die u kunt aankruisen als een antwoord op de patiënt van toepassing is. Zie hiervoor het voorbeeldformulier.

Contactreden(en)

Patiënten zoeken hulp met een contactreden, ook wel gedefinieerd als: “De weergave van de reden waarom iemand het gezondheidszorgsysteem met een vraag om hulp betreedt (NHG, 2000).” Het kan ook zo zijn dat patiënten meer dan één reden hebben om hulp te zoeken. Wanneer deze contactredenen betrekking hebben op dezelfde aandoening / letsel dan gaat het om één deelcontact met meerdere klachten aan de hand van de desbetreffende aandoening. Er wordt gevraagd zo nauwkeurig mogelijk de contactredenen te omschrijven. Het kan hierbij gaan om klachten, maar ook om niet-klachten-gebonden vragen. Het is de bedoeling dat u zo nauwkeurig mogelijk weergeeft, zoals de patiënt ze formuleert. Als het per contactreden om veel klachten gaat, noteert u per contactreden uitsluitend de drie klachten waarop u actie onderneemt. Indien de asielzoeker maar één reden heeft om u te consulteren hoeft u bij contactreden 2 niets in te vullen.

Verwijzing: U dient hier alleen iets aan te kruisen als de patiënt verwezen is. Indien u een verwijzing nodig achtte wordt gevraagd of u aan wil kruisen naar welke hulpverlener en met welk doel u de patiënt hebt verwezen.

Patiëntgebonden taken specifiek voor het betreffende contact in opdracht van de huisarts of op eigen initiatief:

<i>Zelfzorgadvies</i>	heeft u de patiënt advies meegegeven voor zelfzorg
<i>Uitvragen zorgvraag</i>	heeft u doorgevraagd bij de patiënt om te achterhalen wat voor zorgvraag het gaat
<i>Bloeddrukmeting:</i>	is de bloeddruk gemeten
<i>Visustest</i>	Is de visus op bepaalde punten getest
<i>Keel/neusinspectie:</i>	is de keel en of neus geïnspecteerd op afwijkingen
<i>Urineonderzoek:</i>	heeft u urineonderzoek binnen de MOA uitgevoerd
<i>temperatuur:</i>	is de temperatuur opgemeten
<i>Gewichtsmeting:</i>	is het lichaamsgewicht gemeten
<i>Polsslag:</i>	is de polsslag opgemeten
<i>Anders, namelijk:</i>	hebben er andere controles plaatsgevonden
<i>HB-meting:</i>	is het hemoglobinegehalte gemeten
<i>glucosemeting:</i>	is het glucosegehalte gemeten
<i>Griepvaccinatie</i>	heeft u een griepvaccinatie toegediend bij de asielzoeker
<i>wondverzorging:</i>	heeft u bij de asielzoeker een open wond verzorgd
<i>uitspuiten van oren</i>	heeft u de oren bij de asielzoeker uitgespoten
<i>zwangerschapstest</i>	heeft u een zwangerschapstest gedaan bij de asielzoeker
<i>assisteren inbrengen spiraaltje</i>	heeft u de huisarts geholpen met het voorbereiden of assisteren bij het inbrengen van een spiraaltje
<i>verzorgen herhaalreceptuur</i>	heeft u zorggedragen voor het in ontvangst nemen, aan de huisarts ter ondertekening voorleggen, en/of het administratief verwerken van herhaalreceptuur
<i>anders, namelijk:</i>	heeft u andere patiëntgebonden taken verricht in op eigen initiatief of in opdracht van de huisarts

Indien u één of meerdere patiëntgebonden taken heeft verricht, dient u per taak aan te kruisen of u dat in opdracht van de huisarts heeft gedaan of op eigen initiatief. Het is belangrijk dat u deze informatie naar waarheid aankruist om een landelijk beeld te krijgen van taken die verricht worden door praktijkverpleegkundigen. De gegevens worden anoniem verwerkt en er wordt geen oordeel aan toe gekend.

Aard contact

Via deze rubriek kan achterhaald worden of de patiënt vaker met dezelfde klachten bij u geweest is.

eerste contact van deze klacht: u kruist dit aan wanneer de patiënt voor het eerst met deze klacht/vraag bij u komt.

Vervolgcontact van bestaande klacht: de patiënt is al eerder met dezelfde klacht bij u geweest; het gaat dus om een vervolgcontact voor hetzelfde probleem.

Voorbeeld: een patiënt komt bij u terug met dezelfde klachten (nog steeds buikpijn), terwijl hij een 'nieuwe' klacht presenteert (beenwond). Voor het eerste klachtencluster (nog steeds buikpijn) betreft het dus een 'vervclg' contact van bestaande klacht, voor het tweede cluster een 'eerste' contact voor deze klacht.

Vervolgafspraak

Heeft u met de patiënt een vervolgafspraak gemaakt voor een consult bij u.

(Telefonisch) overleg gevoerd met huisarts: heeft u specifiek voor dit contact telefonisch of face-to-face overleg gevoerd met de huisarts.

DEEL 4: BIJZONDERHEDEN/VERZWARENDE OMSTANDIGHEDEN

Hier kunt u invullen of er tijdens het contact sprake was van bijzonderheden of verzwarende omstandigheden (met betrekking tot de hulpverlening), bijvoorbeeld taalproblemen, verward gedrag, aanwezigheid van derden die een storende invloed hebben, agressiviteit van de patiënt etc.

Bijlage 5 Lijst van gebruikte afkortingen

AC	Aanmeldcentrum
AMA	Alleenstaande Minderjarige Asielzoeker
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
ANW	Avond-, Nacht- en Weekend (dienst)
AVO	Aanvullend Opvang Centrum
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZC	Asielzoekerscentrum
COA	Centraal Orgaan opvang Asielzoekers
DHV	Districts Huisartsen Vereniging
LSB	Landelijke Service Bureau
GGD	Gemeentelijke Gezondheids Dienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GVO	Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding
HAIO	Huisarts In Opleiding
ICPC	International Classification of Primary Care
IND	Immigratie- en Naturalisatie Dienst
JGZ	Jeugd Gezondheids Zorg
LAS	Logistiek Asielzoekers Systeem
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
MOA	Medische Opvang Asielzoekers
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NS2	Tweede Nationale Studie naar ziekte en verrichtingen in de huisartsenpraktijk
OC	Opvang Centrum
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RVA	Regeling Verstrekkingen Asielzoekers
VGZ	Zorgverzekeraar
VWS	Volksgezondheid Welzijn en Sport
ZRA	Ziektekostenregeling Asielzoekers
ZZA	Zelfzorgarrangement

