



Inspectie voor de Gezondheidszorg
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Goede vooruitgang in toegankelijkheid
huisartsenzorg en bereik publieke
gezondheidszorg volgens nieuw zorgmodel
voor asielzoekers

Utrecht, september 2011

Inhoud

	Voorwoord — 5
	Samenvatting — 7
1	Inleiding — 9
1.1	Aanleiding en belang — 9
1.2	Onderzoeksvragen — 10
1.3	Onderzoeksmethode en toetsingskader — 11
2	Conclusies — 15
2.1	Algemene conclusie: nieuw zorgmodel ten tijde van toezichtbezoeken inspectie nog onvoldoende geïmplementeerd — 15
2.2	Informatie: praktische informatie voldoende maar algemene informatie kan beter — 16
2.3	Intake: risicogroepen onvoldoende bereikt — 16
2.3.1	Bereik eerste screening op tbc voldoende maar knelpunten bij de vervolgscreening — 16
2.3.2	Onvoldoende inzicht in populatie bij GGD'en en JGZ-organisaties 0-4 jaar — 17
2.3.3	Risicogroepen onvoldoende bereikt met medische intake — 17
2.3.4	Tijdige verpleegkundige intake JGZ, medisch onderzoek meestal later dan de norm — 18
2.4	Uitvoering: risico's in de beschikbaarheid van de huisarts, wel voldoende gebruik van professionele tolken — 18
2.4.1	Telefonische bereikbaarheid huisartsenzorg voldoende, op enkele locaties onvoldoende inloopsprekuren, risico's in de beschikbaarheid van de huisarts — 18
2.4.2	Afspraken over inzet GGD bij bemoeying onvoldoende bekend en weinig gebruikt — 19
2.4.3	Bereik JGZ onvoldoende in beeld — 19
2.4.4	Voldoende gebruik professionele tolken — 19
2.5	Evaluatie en nazorg: overdracht medisch dossier en JGZ-dossier voldoende, maar beschikbaarheid JGZ-dossier bij eerstvolgend contact onvoldoende — 19
2.5.1	Elektronisch medisch dossier tijdig overgedragen aan de nieuwe huisarts — 19
2.5.2	JGZ-dossier volgens de norm overgedragen, maar beschikbaarheid JGZ-dossier bij eerstvolgend contact onvoldoende — 19
2.6	Beleid en organisatie: formatie POH of huisarts soms onvoldoende — 20
2.6.1	Personele capaciteit in formatieplaatsen van de POH of de huisarts op enkele GC A-locaties onvoldoende — 20
2.6.2	Afspraken over rol GGD bij de coördinatie van het zorgnetwerk onvoldoende bekend en uitgevoerd — 20
3	Handhaving — 21
3.1	Verschillende manieren voor aanbrengen verbeteringen — 21
3.1.1	Door de inspectie opgelegde maatregelen naar aanleiding van het onderzoek — 21
3.1.2	Verbeteracties door het GC A en het COA tijdens het inspectieonderzoek — 21
3.1.3	Door inspectie opgelegde maatregelen naar aanleiding van incidentenonderzoeken — 21
3.1.4	Aanbevelingen van de inspectie — 22
3.2	Verbeteracties, maatregelen en aanbevelingen — 22
3.2.1	Informatie: praktische informatie voldoende maar algemene informatie kan beter — 22
3.2.2	Intake: risicogroepen onvoldoende bereikt — 22
3.2.3	Uitvoering: risico's in de beschikbaarheid van huisarts, wel voldoende gebruik van professionele tolken — 24
3.2.4	Evaluatie en nazorg: overdracht medisch dossier en JGZ-dossier voldoende, maar beschikbaarheid JGZ-dossier bij eerstvolgend contact onvoldoende — 26
3.2.5	Beleid en organisatie: formatie POH of huisarts soms onvoldoende — 26
3.3	Overige maatregelen — 27
3.4	Vervolgacties inspectie — 27
4	Resultaten — 29
4.1	Indrukken uit gesprekken met asielzoekers — 29
4.1.1	Informatie — 29

4.1.2	Intake — 29
4.1.3	Uitvoering — 30
4.1.4	Overige opmerkingen van asielzoekers (voor zover gerelateerd aan de onderzoeksvraag) — 32
4.2	Resultaten uitvoering van de 'niet-medische gidsfunctie' in de opvanglocaties — 32
4.2.1	Informatie — 34
4.2.2	Intake — 39
4.2.3	Uitvoering — 42
4.3	Resultaten toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers — 44
4.3.1	Intake — 46
4.3.2	Uitvoering — 50
4.3.3	Evaluatie en nazorg — 54
4.3.4	Beleid en organisatie — 56
4.4	Resultaten bereik van asielzoekers door de publieke gezondheidszorg — 58
4.4.1	Intake — 61
4.4.2	Uitvoering — 66
4.4.3	Evaluatie en nazorg — 69
4.4.4	Beleid en organisatie — 71
5	Beschouwing — 75
5.1	Kenmerken van de zorg voor asielzoekers in het nieuwe zorgmodel — 75
5.1.1	Huisartsenzorg voor asielzoekers is 'aanvullend aanbod' — 75
5.1.2	Uitvoeringsvarianten van huisartsenzorg — 75
5.1.3	Aanvullende voorzieningen in de zorg voor asielzoekers — 76
5.2	Welke risico's kent het nieuwe zorgmodel? — 76
5.2.1	De mate van zelfredzaamheid die in het nieuwe zorgmodel verwacht wordt van asielzoekers — 76
5.2.2	De verschillende uitvoeringsvarianten van huisartsenzorg — 76
5.2.3	De samenwerking in de huisartsenzorg — 76
5.2.4	Onduidelijkheid over de rol van de Praktijklijn en de functie van de inloopsprekuren — 77
5.2.5	Beperkte samenwerking tussen organisaties en professionals in de zorg voor asielzoekers — 77
5.2.6	Onduidelijkheid over het zorgmodel — 77
6	Summary — 79
Bijlage 1	Gezondheidszorg voor asielzoekers — 81
Bijlage 2	Selectie opvangcentra en betrokken GGD'en en JGZ-organisaties 0-4 jaar — 84
Bijlage 3	Herkomstlanden betrokken asielzoekers — 85
Bijlage 4	Beschrijving onderzoeksgroep — 86
Bijlage 5	Lijst van afkortingen — 88
Bijlage 6	Toetsingskader Uitvoering van de 'niet-medische gidsfunctie' in de opvanglocaties — 89
Bijlage 7	Toetsingskader Toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers — 97
Bijlage 8	Toetsingskader Bereik van asielzoekers door de publieke gezondheidszorg — 107
Bijlage 9	Resultaten Uitvoering van de 'niet-medische gidsfunctie' per locatie — 119
Bijlage 10a	Resultaten Toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers per locatie — 124
Bijlage 10b	Resultaten Toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers GC A hoofdkantoor — 129
Bijlage 11a	Resultaten Bereik van asielzoekers door de publieke gezondheidszorg - GGD'en — 133
Bijlage 11b	Resultaten Bereik van asielzoekers door de publieke gezondheidszorg - JGZ-organisaties 0-4 jaar — 137

Voorwoord

In Nederland leven ruim 21.000 asielzoekers (peildatum 1 januari 2011) verspreid over 64 opvanglocaties. Asielzoekers in Nederland vallen onder de verantwoordelijkheid van de rijksoverheid. De overheid is verantwoordelijk voor de randvoorwaarden voor een goede medische zorg voor deze doelgroep.

Asielzoekers zijn vanwege hun andere taal en cultuur, de vaak slechtere gezondheidstoestand en de onzekere positie waarin ze verkeren een kwetsbare groep in de gezondheidszorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft in haar Meerjarenbeleidsplan 2008-2011 aandacht voor kwetsbare groepen als één van de prioriteiten benoemd.

De verandering van het zorgmodel voor asielzoekers was aanleiding om een thematisch toezichtonderzoek uit te voeren naar de toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers en het bereik van asielzoekers door de publieke gezondheidszorg. In het onderzoek heeft de inspectie getoetst in hoeverre de betrokken organisaties voldoen aan de normen die gelden in het nieuwe zorgmodel. Hoewel het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) niet onder het toezicht van de inspectie valt, is de uitvoering van de 'niet-medische gidsfunctie' door het COA ook in het onderzoek meegenomen omdat dit een essentieel onderdeel is in het nieuwe zorgmodel.

De inspectie constateerde dat de invoering van het nieuwe zorgmodel een ingrijpende verandering is geweest voor het gehele veld dat betrokken is bij de zorg voor asielzoekers. Hoewel de inspectie diverse punten ter verbetering signaleerde, heeft zij veel waardering voor de inzet waarmee alle betrokken partijen het nieuwe zorgmodel implementeren.

In de periode dat het toezichtonderzoek plaatsvond, voerde de inspectie ook enkele incidentenonderzoeken uit naar aanleiding van calamiteiten in de zorg voor asielzoekers. Deze calamiteiten kregen veel politieke aandacht en maakten de zorg voor asielzoekers onderwerp van politiek debat. De calamiteiten riepen de vraag op of dit incidenten waren of structurele tekortkomingen in het nieuwe zorgmodel voor asielzoekers.

Het nieuwe zorgmodel biedt naar de mening van de inspectie goede mogelijkheden voor een toegankelijke huisartsenzorg en een verantwoord bereik van de publieke gezondheidszorg, mits er voldoende oog is voor risico's in het zorgmodel, zoals de mate van zelfredzaamheid die van asielzoekers wordt verwacht. De inspectie benoemt een aantal risico's in de beschouwing. Deze risico's zijn nooit volledig uit te sluiten. Het is echter de verantwoordelijkheid van de betrokken organisaties en professionals om deze binnen de beschikbare mogelijkheden goed in beeld te hebben en door adequate maatregelen zoveel mogelijk te beperken.

Prof. dr. G. van der Wal,
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Samenvatting

Met ingang van 1 januari 2009 heeft het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) een nieuw zorgmodel voor de gezondheidszorg voor asielzoekers ingevoerd. Het uitgangspunt van het nieuwe zorgmodel is dat de zorg voor asielzoekers zoveel mogelijk conform de reguliere zorg in Nederland verloopt. Asielzoekers maken gebruik van voor iedere burger in Nederland bestaande voorzieningen.

De verandering van het zorgmodel voor asielzoekers was aanleiding voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) om een thematisch toezichtonderzoek uit te voeren naar de toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers en het bereik van asielzoekers door de publieke gezondheidszorg.

Van september tot en met december 2010 voerde de inspectie gesprekken met COA-medewerkers, beveiligingsmedewerkers, huisartsen, medewerkers van het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A), Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en) en Jeugdgezondheidszorgorganisaties (JGZ) 0-4 jaar, die werken op 20 door de inspectie gekozen opvangcentra. Ook sprak de inspectie met asielzoekers zelf.

Tijdens haar toezichtbezoeken trof de inspectie een uitvoeringspraktijk aan die nog volop in ontwikkeling was. De resultaten en conclusies in dit rapport zijn gebaseerd op de feitelijke situatie op het moment van de toezichtbezoeken in het najaar van 2010. Op dat moment voldeden het COA, het GC A, de GGD'en en JGZ-organisaties 0-4 jaar maar gedeeltelijk aan de normen in het nieuwe zorgmodel. Dit bracht enkele hoge, matige en lage risico's met zich mee voor de toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers en het bereik van de publieke gezondheidszorg.

De inspectie constateerde onder andere dat het GC A risicogroepen onvoldoende bereikte met een medische intake. De telefonische bereikbaarheid van de huisartsenzorg via de Praktijklijn voldeed aan de norm, maar er waren niet altijd voldoende inloopsprekuren en er waren risico's in de beschikbaarheid van de huisarts. De jeugdgezondheidszorg had asielzoekerskinderen niet altijd voldoende in beeld of bereikte hen onvoldoende. Het gebruik van professionele tolken was voldoende en zorgverleners waren tevreden over de beschikbaarheid van professionele tolken van het Tolk- en Vertaalcentrum Nederland.

De inspectie legde aan het GC A, de GGD'en en de JGZ-organisaties 0-4 jaar maatregelen op als zij niet voldeden aan de normen. Ook hebben de betrokken partijen lopende het onderzoek op eigen initiatief diverse verbeteracties uitgevoerd. De inspectie constateert dat de betrokken partijen inmiddels voor een groot deel aan de normen voldoen, zoals die gelden in het nieuwe zorgmodel. Alle hoge risico's zijn weggenomen en de verwachting is gerechtvaardigd dat dit in het derde kwartaal van 2011 ook het geval zal zijn voor de geconstateerde matige en lage risico's.

Echter, ook als alle betrokken organisaties voldoen aan de normen die gelden in het nieuwe zorgmodel, kent het nieuwe zorgmodel volgens de inspectie nog specifieke risico's. Deze risico's, welke nooit volledig zijn uit te sluiten, worden benoemd in de beschouwing. Wanneer deze risico's genoeg in beeld zijn en de betrokken organisaties en professionals binnen de beschikbare mogelijkheden adequate maatregelen treffen om deze risico's zoveel mogelijk te beperken, is de toegankelijkheid van de huisartsenzorg en het bereik van de publieke gezondheidszorg voldoende.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

Met ingang van 1 januari 2009 heeft het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA), op basis van besluitvorming in de Tweede Kamer, een nieuw zorgmodel voor de gezondheidszorg voor asielzoekers ingevoerd. Het uitgangspunt van het nieuwe zorgmodel is dat de zorg voor asielzoekers zoveel mogelijk conform de reguliere zorg in Nederland verloopt. Asielzoekers maken gebruik van voor iedere burger in Nederland bestaande voorzieningen.

Asielzoekers zijn vanwege hun andere taal en cultuur, de vaak slechtere gezondheidstoestand en de onzekere positie waarin ze verkeren een kwetsbare groep in de gezondheidszorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft in haar Meerjarenbeleidsplan 2008-2011 aandacht voor kwetsbare groepen als één van de prioriteiten benoemd.

De verandering van het zorgmodel voor asielzoekers was aanleiding voor de inspectie om een thematisch toezichtonderzoek uit te voeren naar de toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers en het bereik van de publieke gezondheidszorg.

In Nederland leven ruim 21.000 asielzoekers verspreid over 64 opvanglocaties. De instroom van asielzoekers varieert, waardoor er frequent nieuwe centra openen of centra sluiten.

Asielzoekers in Nederland (1 januari 2011)^a	
Aantal bewoners in de opvangcentra	21.358
Mannen	60%
Vrouwen	40%
Top 5 landen van herkomst	Somalië (25%) Irak (13%) Afghanistan (13%) Iran (5%) Armenië (4%) overige landen (40%)
Aantal opvangcentra	64

Tot eind 2008 verzorgde de Medische Opvang Asielzoekers (MOA) in opdracht van het COA op alle opvanglocaties:

- Voor alle nieuwe asielzoekers een verpleegkundige intake en op indicatie een medisch onderzoek.
- Een eerste aanspreekpunt voor asielzoekers met vragen over hun gezondheid, gericht op het bevorderen van zelfzorg (spreekuren).
- De toegeleiding van asielzoekers naar de reguliere zorg.
- De coördinatie van zorg aan asielzoekers die gebruikmaken van de reguliere gezondheidszorg.

a <http://www.coa.nl/NED/website/page.asp?menuid=101>.

- De preventieve zorg, zoals de Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en) die gebruikelijk leveren (infectieziektebestrijding en technische hygiënezorg, jeugdgezondheidszorg, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding).

Bij de MOA werkten artsen, verpleegkundigen, administratief medewerkers en groepsvoorlichters. Naast de MOA en de GGD'en waren ook reguliere zorgverleners en instellingen betrokken bij de zorg aan asielzoekers, zoals huisartsen, apothekers, geestelijke gezondheidszorg (GGZ), verloskundigen en ziekenhuizen. Zij waren hiervoor gecontracteerd door zorgverzekeraar VGZ die de ziektekostenregeling voor asielzoekers uitvoerde voor het COA.

Het nieuwe zorgmodel voor asielzoekers, dat is ontwikkeld in samenspraak met de betrokken partijen, bestaat uit drie te onderscheiden onderdelen:

- Niet-medische gidsfunctie
Het COA is verantwoordelijk voor de uitvoering van de 'niet-medische gidsfunctie' in de opvangcentra, dat wil zeggen asielzoekers de weg wijzen naar de zorg, door te informeren, te ondersteunen en te signaleren.
- Curatieve gezondheidszorg
Het COA heeft voor de uitvoering van de Regeling Zorg Asielzoekers (RZA), waarin de aanspraak op vergoeding van zorg voor asielzoekers is vastgelegd, een contract afgesloten met zorgverzekeraar Menzis. Dit wordt uitgevoerd door Menzis COA Administratie B.V. (MCA). Het eerstelijns Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A) is verantwoordelijk voor de organisatie van de huisartsenzorg en het leiden van de patiënten naar de reguliere zorg.
- Publieke gezondheidszorg
Voor de uitvoering van de publieke gezondheidszorg aan asielzoekers (PGA) heeft het COA een contract afgesloten met GGD Nederland (GGD NL). GGD NL heeft voor de uitvoering van de publieke gezondheidszorg voor asielzoekers afspraken gemaakt met de GGD'en en de Jeugdgezondheidszorgorganisaties (JGZ) 0-4 jaar.

Voor uitgebreide toelichting op het nieuwe zorgmodel zie bijlage 1 'Gezondheidszorg voor asielzoekers'.

1.2 Onderzoeksvragen

Hoofdvraag

In hoeverre voldoen het COA, het GC A, de GGD'en en de JGZ-organisaties 0-4 jaar aan de normen die gelden in het nieuwe zorgmodel voor de toegankelijkheid van de huisartsenzorg en het bereik van de publieke gezondheidszorg (infectieziektebestrijding, jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar en gezondheidsbevordering) om te komen tot verantwoorde zorg voor asielzoekers in opvangcentra in Nederland?

Toelichting op de hoofdvraag

Goede toegankelijkheid van de huisartsenzorg is van groot belang, onder andere omdat deze de toegang tot de tweedelijnszorg verzorgt, waaronder ook de geestelijke gezondheidszorg.

Het bereik van asielzoekers door de publieke gezondheidszorg is onder andere van belang bij infectieziektebestrijding, jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar en gezondheidsbevordering. In dit toezichtonderzoek staan bij de publieke gezondheidszorg daarom deze drie onderdelen centraal.

De uitvoering van de 'niet-medische gidsfunctie' door het COA valt niet onder het toezicht van de inspectie, maar is wel van groot belang voor de toegankelijkheid van

de huisartsenzorg en het bereik van de publieke gezondheidszorg. Daarom heeft de inspectie ook de uitvoering van de 'niet-medische gidsfunctie' door het COA in de opvangcentra voor asielzoekers meegenomen in haar onderzoek.

Deelvragen

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden heeft de inspectie onderstaande deelvragen opgesteld. De deelvragen volgen het zorgproces en hebben betrekking op de toegankelijkheid van de huisartsenzorg en het bereik van de publieke gezondheidszorg (infectieziektebestrijding, jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar en gezondheidsbevordering).

De deelvragen zijn:

- 1 *Informatie*
In hoeverre voldoet het COA aan de normen die gelden in het nieuwe zorgmodel op het gebied van informatie voor asielzoekers in opvangcentra in Nederland?
- 2 *Intake*
In hoeverre voldoen het COA, het GC A, de GGD'en en de JGZ-organisaties 0-4 jaar aan de normen die gelden in het nieuwe zorgmodel op het gebied van intake voor asielzoekers in opvangcentra in Nederland?
- 3 *Uitvoering*
In hoeverre voldoen het COA, het GC A, de GGD'en en de JGZ-organisaties 0-4 jaar aan de normen die gelden in het nieuwe zorgmodel op het gebied van uitvoering van zorg voor asielzoekers in opvangcentra in Nederland?
- 4 *Evaluatie en nazorg*
In hoeverre voldoen het GC A, de GGD'en en de JGZ-organisaties 0-4 jaar aan de normen die gelden in het nieuwe zorgmodel op het gebied van evaluatie en nazorg voor asielzoekers in opvangcentra in Nederland?
- 5 *Beleid en organisatie*
In hoeverre voldoen het GC A, de GGD'en en de JGZ-organisaties 0-4 jaar aan de normen die gelden in het nieuwe zorgmodel op het gebied van beleid en organisatie voor asielzoekers in opvangcentra in Nederland?

1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

Onderzoeksopzet

Van september t/m december 2010 heeft de inspectie een toetsing uitgevoerd bij 20 opvangcentra, waarvan 14 reguliere opvangcentra en 6 bijzondere opvangcentra. In bijlage 2 'Selectie opvangcentra en betrokken GGD'en en JGZ-organisaties 0-4 jaar' staan de geselecteerde opvangcentra genoemd. De 6 bijzondere opvangcentra hebben een bijzondere functie of vangen een bijzondere doelgroep op, namelijk:

- Centrale ontvangst Locatie (COL).
- Opvang van Minder Validen (MiVa).
- Opvang van Alleenstaande Minderjarige Vreemdelingen (AMV) (2x).
- Opvang van uitgenodigde vluchtelingen.
- Opvang van asielzoekers met psychiatrische problemen.

De inspectie heeft de steekproef van 14 reguliere opvangcentra at random gekozen uit de totale groep van reguliere opvangcentra. De inspectie vond het van belang om ook de bijzondere opvanglocaties mee te nemen in haar onderzoek. Ook op deze locaties moet de huisartsenzorg immers voldoende toegankelijk zijn en is het bereik van de publieke gezondheidszorg van belang om te komen tot verantwoorde zorg voor asielzoekers.

Omdat de bijzondere opvanglocaties zo van elkaar verschillen, heeft de inspectie ervoor gekozen elke variant mee te nemen in het onderzoek.

In het kader van dit onderzoek heeft de inspectie op de 20 opvangcentra gesproken met asielzoekers afkomstig uit 26 verschillende landen (zie bijlage 3 'Herkomst-landen betrokken asielzoekers'). Tevens heeft de inspectie gesproken met COA-medewerkers, beveiligingsmedewerkers, huisartsen en medewerkers van het GC A, GGD'en en JGZ-organisaties 0-4 jaar. De inspectie heeft op de opvanglocaties getoetst of het medisch informatiepunt van het COA en de telefoon waarmee asielzoekers de Praktijklijn kunnen bellen, voldeden aan de gestelde normen. Ook heeft de inspectie een bezoek gebracht aan het GC A-hoofdkantoor en de Praktijklijn van het GC A getoetst. Meer informatie over deze gesprekken is te vinden in bijlage 4 'Beschrijving onderzoeksgroep'.

Normen en toetsingskaders

Voor dit onderzoek heeft de inspectie – in nauwe samenspraak met het COA, GGD NL, het GC A en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) – gebruikgemaakt van (bestaande) normen uit wet- en regelgeving, professionele standaarden, protocollen, richtlijnen en geaccepteerde afspraken tussen partners.

Op basis van deze normen heeft de inspectie drie toetsingskaders opgesteld:

- Toetsingskader voor de uitvoering van de 'niet-medische gidsfunctie' in de opvanglocaties (zie bijlage 6^b).
- Toetsingskader voor de toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers (zie bijlage 7^b).
- Toetsingskader voor het bereik van asielzoekers door de publieke gezondheidszorg (zie bijlage 8^b).

Deze toetsingskaders volgen het zorgproces en zijn ingedeeld in thema's. Per thema zijn één of meer normen opgenomen waarop de inspectie heeft getoetst.

De toetsingskaders zijn als volgt opgebouwd:

1 *Informatie*

- Informatie over de wijze waarop de zorg georganiseerd is voor asielzoekers (norm 1.1)
- De wijze van informatieoverdracht (norm 1.2)

2 *Intake*

- Inschrijving en dossiervorming (norm 2.1, 2.2 en 2.3)
- Tuberculosescreening bij binnenkomst in Nederland (norm 2.4 en 2.5)
- Intake (norm 2.6 en 2.7)
- Medische intake (norm 2.8)
- Opstellen zorgplan en toeleiding (norm 2.9, 2.10 en 2.11)
- Informed consent (norm 2.12 en 2.13)

3 *Uitvoering*

- Uitvoering zorgplan en aanbodgerichte zorg- en dienstverlening (norm 3.1 en 3.2)
- Bereikbaarheid en beschikbaarheid (norm 3.3 en 3.4)
- Bereikbaarheid en beschikbaarheid bij noodsituaties (norm 3.5)

4 *Evaluatie en nazorg*

- Toeleiding en overdracht (norm 4.1 en 4.2)
- Klachtenopvang en -behandeling (norm 4.3)

5 *Beleid en organisatie*

- Waardering van asielzoekers (norm 5.1)
- Personeel (norm 5.2)
- Samenwerking (norm 5.3)
- Coördinatie van de zorgketen (norm 5.4)
- Melding van incidenten in de patiëntenzorg (norm 5.5)

^b Zie voor deze bijlage de PDF-versie van dit rapport op www.igz.nl.

Scoring en rapportages

De inspectie heeft in de bezoeken getoetst in hoeverre de betrokken partijen voldeden aan de gestelde normen. De mate waarin dit het geval was, is uitgedrukt in vier scoringsmogelijkheden:

Scoringsmogelijkheden	
Afwezig	Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd
Aanwezig	De norm is wel aanwezig, maar wordt niet consequent nageleefd
Operationeel	De norm wordt consequent nageleefd, procedures zijn schriftelijk vastgelegd
Geborgd	De norm wordt consequent nageleefd, procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling

Als een specifieke norm op een locatie niet van toepassing bleek te zijn, is de score 'n.v.t.' in de locatierapportage opgenomen. Deze score is niet meegenomen in de totalen in deze eindrapportage.

Als op een bepaalde locatie werd aangegeven dat niet bekend was of een specifieke norm werd gehanteerd, is de score 'onbekend' in de betreffende locatierapportage opgenomen. Deze score is in de totalen in deze eindrapportage meegenomen als 'afwezig'.

De categorieën 'afwezig' en 'aanwezig' beoordeelt de inspectie als onvoldoende. Deze scores leiden tot een risico voor de veiligheid, de effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid van de zorg. Het risico kan hoog, matig of laag zijn. Afhankelijk van de ernst van het risico legt de inspectie een maatregel op.

De categorieën 'operationeel' en 'geborgd' beoordeelt de inspectie als voldoende. 'Operationeel' is een voldoende score, omdat er op het moment van het inspectiebezoek aantoonbaar werd voldaan aan de gestelde normen. Om er zeker van te zijn dat er ook in de toekomst wordt voldaan aan de gestelde normen, is borging van de kwaliteit van belang. Dit is de vierde en hoogste categorie.

De bezochte COA-locaties, GC A-locaties, GGD'en, JGZ-organisaties 0-4 jaar en het GC A-hoofdkantoor hebben naar aanleiding van de toetsing een conceptrapportage van de inspectie ontvangen en de mogelijkheid gekregen om hierop te reageren. Het proces van hoor en wederhoor heeft plaatsgevonden. Feitelijke onjuistheden heeft de inspectie gecorrigeerd in een definitieve rapportage.

De inspectie heeft de resultaten op de 20 COA-locaties gebundeld in een instellingsrapportage voor het COA, die van de 20 GC A-locaties en van het GC A-hoofdkantoor in een instellingsrapportage voor het GC A.

2 Conclusies

In dit hoofdstuk staan de belangrijkste conclusies van de inspectie op basis van de resultaten van het toezichtonderzoek.

Deze conclusies zijn gebaseerd op de toetsing van de normen zoals die gelden in het nieuwe zorgmodel. De inspectie doet in dit hoofdstuk geen uitspraken over het nieuwe zorgmodel zelf, dit komt aan de orde in hoofdstuk 5 'Beschouwing'.

De conclusies zijn gebaseerd op de feitelijke situatie op het moment van de toezichtbezoeken in het najaar van 2010. Dit is nadrukkelijk een momentopname, omdat de inspectie een uitvoeringspraktijk heeft aangetroffen die nog volop in ontwikkeling was. De verbeteracties die de betrokken organisaties hebben uitgevoerd en de maatregelen die de inspectie heeft opgelegd, komen aan de orde in hoofdstuk 3 'Handhaving' en hoofdstuk 4 'Resultaten'.

2.1 **Algemene conclusie: nieuw zorgmodel ten tijde van toezichtbezoeken inspectie nog onvoldoende geïmplementeerd**

Hoofdvraag:

In hoeverre voldoen het COA, het GC A, de GGD'en en de JGZ-organisaties 0-4 jaar aan de normen die gelden in het nieuwe zorgmodel voor de toegankelijkheid van de huisartsenzorg en het bereik van de publieke gezondheidszorg (infectieziektebestrijding, jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar en gezondheidsbevordering) om te komen tot verantwoorde zorg voor asielzoekers in opvangcentra in Nederland?

De inspectie heeft beoordeeld in hoeverre de betrokken organisaties voldeden aan de normen voor verantwoorde zorg op het gebied van toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers en het bereik van de publieke gezondheidszorg in het nieuwe zorgmodel. De inspectie constateerde dat de invoering van het nieuwe zorgmodel een ingrijpende verandering is geweest voor het gehele veld dat betrokken is bij de zorg voor asielzoekers. Hoewel de inspectie diverse punten ter verbetering signaleerde, heeft zij veel waardering voor de inzet waarmee alle betrokken partijen het nieuwe zorgmodel implementeren.

De implementatie van het nieuwe zorgmodel was tijdens het onderzoek van de inspectie nog volop gaande. Dit gold met name voor de GGD'en, omdat de publieke gezondheidszorg voor asielzoekers in 2009 werd uitgevoerd vanuit aparte stichtingen en pas vanaf 1 januari 2010 is geïntegreerd in de GGD'en.

Op het moment van de inspectiebezoeken voldeden de organisaties maar gedeeltelijk aan de normen. Dit bracht enkele hoge, matige en lage risico's met zich mee voor de toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers en het bereik van de publieke gezondheidszorg.

De nieuwe werkwijzen waren grotendeels wel vastgelegd, maar de bekendheid hiermee in de praktijk liet nog te wensen over. Ook ontbrak bij veel normen een systematische toetsing en verbetering van de kwaliteit van de uitvoering.

2.2 **Informatie: praktische informatie voldoende maar algemene informatie kan beter**

Deelvraag 1:

In hoeverre voldoet het COA aan de normen die gelden in het nieuwe zorgmodel op het gebied van informatie voor asielzoekers in opvangcentra in Nederland?

De inspectie beoordeelt het geven van praktische informatie aan asielzoekers over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van huisartsenzorg door het COA als voldoende. Uit de gesprekken met asielzoekers bleek dat zij over het algemeen goed bekend waren met het GC A, de inloopspreekuren en hoe men de Praktijklijn kan bellen. Wel was er bij asielzoekers enige onduidelijkheid over het inschakelen van acute zorg.

Het COA beperkte de informatievoorziening aan asielzoekers kort na aankomst op de opvanglocaties tot hele praktische informatie. Die keuze vindt de inspectie verdedigbaar gezien de veelheid aan informatie die nieuwe asielzoekers in de opvanglocatie krijgen. Op een aantal andere momenten gaf het COA meer algemene informatie over de zorg in Nederland en over de eigen verantwoordelijkheid van de asielzoeker. Dit gebeurde echter niet altijd en niet op alle locaties. Deze informatie bleek bovendien in de gesprekken met asielzoekers veel minder goed bekend te zijn. Het verwachtingspatroon van de asielzoekers over de gezondheidszorg in Nederland kwam vaak niet overeen met de praktijk die asielzoekers aantreffen in de opvanglocaties. Ook was de bekendheid met het fenomeen 'huisartsenzorg' en 'publieke gezondheidszorg' gering.

De inspectie concludeert dat de informatievoorziening aan asielzoekers door het COA over de gezondheidszorg in het algemeen beter kan.

Het COA verstreekte de informatie deels ook schriftelijk. Daarbij miste de inspectie specifieke aandacht voor nieuwe bewoners die niet of zeer beperkt kunnen lezen en schrijven.

De inspectie constateerde verder dat de 'niet-medische gidsfunctie' op de bijzondere opvanglocaties op een andere wijze werd ingevuld dan in het landelijk kader van het COA voor de 'niet-medische gidsfunctie' is vastgelegd. Deze keuze leek in veel situaties legitiem omdat het hier maatwerk betreft. Schriftelijk vastgesteld beleid en werkinstructies, specifiek voor de bijzondere locaties, ontbraken echter.

2.3 **Intake: risicogroepen onvoldoende bereikt**

Deelvraag 2:

In hoeverre voldoen het COA, het GC A, de GGD'en en de JGZ-organisaties 0-4 jaar aan de normen die gelden in het nieuwe zorgmodel op het gebied van intake voor asielzoekers in opvangcentra in Nederland?

- 2.3.1 *Bereik eerste screening op tbc voldoende maar knelpunten bij de vervolgscreening*
De inspectie beoordeelt het bereik van de GGD'en bij de eerste screening op tuberculose als voldoende. Door de invoering van de 100%-screening in Ter Apel en op Schiphol (tbc) ligt het accent voor de regionale GGD'en sinds 1-1-2011 bij de vervolgscreening van asielzoekers uit hoogrisicolanden. De inspectie constateerde bij deze vervolgscreeningen twee knelpunten waardoor GGD'en onvoldoende zicht hadden op hun bereik bij de vervolgscreening van asielzoekers uit hoogrisicolanden.

Het eerste knelpunt betrof het niet goed functioneren van het oproepsysteem van de vervolgscreening, waardoor GGD'en veel moeite hadden om de betreffende asielzoekers te bereiken. Door frequente overplaatsingen en uitplaatsingen van asielzoekers hadden GGD'en geen goed inzicht in hun bereik bij de vervolgscreeningen. Het tweede knelpunt betrof het ontbreken van een landelijke norm die aangeeft wat een redelijke inspanning is die van een GGD verwacht mag worden om een asielzoeker die niet verschijnt op een oproep voor een vervolgscreening alsnog te bereiken. Sommige GGD'en deden veel moeite om de asielzoekers te bereiken, andere GGD'en stopten na één of twee schriftelijke oproepen.

2.3.2 *Onvoldoende inzicht in populatie bij GGD'en en JGZ-organisaties 0-4 jaar*

Het GC A maakte voor alle nieuw binnengekomen asielzoekers tijdig een elektronisch medisch dossier aan. De invoering van een elektronisch medisch dossier voor de huisartsenzorg voor alle asielzoekers ziet de inspectie als een goede ontwikkeling.

De GGD'en en de JGZ-organisaties 0-4 jaar maakten wel een JGZ-dossier aan voor nieuwe asielzoekerskinderen, maar hadden niet allemaal een actueel en volledig overzicht van de populatie asielzoekerskinderen.

Het COA is verantwoordelijk voor het toekennen van rechtstreekse toegang aan de GGD'en tot het bewonersinformatiesysteem van het COA (IBIS). Deze rechtstreekse toegang was tijdens het onderzoek nog maar bij een deel van de GGD'en gerealiseerd.

Voor de JGZ-organisaties 0-4 jaar is in het nieuwe zorgmodel geen rechtstreekse toegang tot IBIS voorzien. Zij ontvingen periodiek overzichten van alle asielzoekerskinderen, maar gaven aan hiermee geen actueel en volledig overzicht te hebben over hun populatie. De inspectie beoordeelt dit als onvoldoende, omdat hierdoor mogelijk niet alle asielzoekerskinderen door de jeugdgezondheidszorg worden bereikt.

2.3.3 *Risicogroepen onvoldoende bereikt met medische intake*

Het COA informeerde asielzoekers volgens de norm over de medische intake bij het GC A.

De inspectie constateerde echter dat de huidige werkwijze, waarbij het initiatief voor het maken van een afspraak voor een medische intake bij de asielzoeker zelf ligt, ertoe leidt dat weinig asielzoekers zich hiervoor actief melden bij het GC A. Vaker vond een intake pas plaats nadat een asielzoeker het spreekuur had bezocht met medische problemen. In 2010 kreeg 19% van de nieuw ingestroomde asielzoekers een medische intake bij het GC A. De inspectie concludeert dat met de huidige werkwijze niet alle asielzoekers met medische problemen en gezondheidsrisico's tijdig in beeld zijn bij het GC A. Dit beoordeelt de inspectie als een matig risico voor de gezondheid van asielzoekers.

Dit gold ook voor kinderen die geen medische (curatieve) intake kregen bij het GC A, maar alleen een verpleegkundige intake en medisch onderzoek bij de jeugdgezondheidszorg. Deze hebben beide een preventieve doelstelling. De informatie komt bovendien niet in het elektronisch medisch dossier van het GC A terecht, maar is - conform de werkwijze in de reguliere gezondheidszorg - alleen beschikbaar voor de jeugdgezondheidszorg.

De inspectie constateerde verder dat afspraken over informatieoverdracht van het Medisch Advies 'horen en beslissen'^c naar het GC A niet aanwezig waren.

^c MediFirst voert in opdracht van de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) de medische advisering Horen en Beslissen uit. Alle nieuwe asielzoekers krijgen vóórdat hun asielprocedure aanvangt te maken met het ingevoerde IND Medisch Advies Horen en Beslissen. Het doel hiervan is uitspraak te doen over medische (ook psychische en psychiatrische) beperkingen van de asielzoeker voor het horen en beslissen.

- 2.3.4 *Tijdige verpleegkundige intake JGZ, medisch onderzoek meestal later dan de norm*
 De verpleegkundige intake vanuit de jeugdgezondheidszorg door de GGD'en en de JGZ-organisaties 0-4 jaar vond tijdig plaats, met uitzondering van twee organisaties die niet voldeden aan deze norm. Dit ziet de inspectie als een matig risico. Het medisch onderzoek gebeurde wel, maar niet binnen een week na de verpleegkundige intake, zoals de norm aangeeft. Of dit tot specifieke risico's leidt, is voor de inspectie niet duidelijk.
 Indien nodig stelde de jeugdgezondheidszorg volgens de norm een inhaalvaccinatieschema op.

2.4 **Uitvoering: risico's in de beschikbaarheid van de huisarts, wel voldoende gebruik van professionele tolken**

Deelvraag 3:

In hoeverre voldoen het COA, het GC A, de GGD'en en de JGZ-organisaties 0-4 jaar aan de normen die gelden in het nieuwe zorgmodel op het gebied van uitvoering van zorg voor asielzoekers in opvangcentra in Nederland?

- 2.4.1 *Telefonische bereikbaarheid huisartsenzorg voldoende, op enkele locaties onvoldoende inloopsprekuren, risico's in de beschikbaarheid van de huisarts*
 De telefonische bereikbaarheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers via de Praktijklijn van het GC A was volgens de norm, evenals de beschikbaarheid van het elektronisch medisch dossier op de locaties na overplaatsing van een asielzoeker naar een ander opvangcentrum.
 De asielzoekers gaven in de groeps gesprekken aan dat de inloopsprekuren voor hen een belangrijke voorziening waren voor toegang tot de huisartsenzorg. Op enkele locaties was het aantal inloopsprekuren onvoldoende, gezien de leidraad. Dit ziet de inspectie als een matig risico voor de toegankelijkheid van de huisartsenzorg.
 De huisarts was zo nodig beschikbaar. Toch ziet de inspectie om twee redenen risico's in deze beschikbaarheid:
- 1 Het GC A had de taakdelegatie van de huisarts naar de POH niet eenduidig omschreven en geprotocolleerd. Hierdoor was onvoldoende duidelijk op welke momenten de huisarts ingeschakeld moest worden door de POH en op welke wijze de huisarts werd geacht zijn eindverantwoordelijkheid in te vullen.
 De huisarts is eindverantwoordelijk voor de behandeling en verzorging van patiënten, maar de POH heeft als BIG-geregistreerde professional ook een eigen verantwoordelijkheid. Het ontbreken van een heldere verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen de huisarts en de POH is risicovol. Dit geldt in het bijzonder omdat de POH bij de zorg voor asielzoekers patiënten ziet vóórdat deze bij de huisarts komen. Dat betekent dat de POH een belangrijke rol vervult in probleemverheldering en het inschatten van de urgentie van de zorgvraag. Deze situatie is alleen verantwoord bij een heldere verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen huisarts en POH.
 - 2 Van 23.00 uur – 08.00 uur en tijdens het weekend is er niet rechtstreeks een huisarts beschikbaar op de Praktijklijn. De doktersassistent heeft dan de taak om medische en niet-medische vragen te scheiden en medische vragen door te geleiden naar de regionale huisartsenpost waar de gehele nacht en in het weekend een huisarts aanwezig is. De Praktijklijn faciliteert het contact met de huisartsenpost door desgewenst informatie uit het elektronisch medisch dossier van de patiënt door te geven aan de huisartsenpost en/of een professionele tolk in te schakelen.

Deze situatie kent volgens de inspectie een aantal risico's. In het contact tussen de patiënt en de doktersassistent is er een risico dat toch een zekere urgentie-bepaling plaatsvindt die niet getoetst kan worden door een arts. Ook is er een risico op informatieverlies doordat de Praktijklijn een extra schakel is tussen de asielzoeker en de huisartsenpost.

2.4.2 *Afspraken over inzet GGD bij bemoezorg onvoldoende bekend en weinig gebruikt*

De op landelijk niveau gemaakte afspraken tussen het GC A en GGD NL over de mogelijkheid om vanuit de GGD'en openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)/bemoezorg in te zetten, waren vaak niet bekend bij de betrokken medewerkers en/of werden niet of nauwelijks gebruikt. In de praktijk zocht men per locatie eigen oplossingen.

Of deze situatie ertoe heeft geleid dat asielzoekers verstoken zijn gebleven van noodzakelijke zorg kan de inspectie uit dit onderzoek niet opmaken.

2.4.3 *Bereik JGZ onvoldoende in beeld*

GGD'en en JGZ-organisaties 0-4 jaar hadden onvoldoende zicht op hun bereik bij asielzoekerskinderen. Dit werd met name veroorzaakt door het ontbreken van een actueel en volledig overzicht van hun populatie asielzoekerskinderen.

Omdat kinderen van asielzoekers beschouwd moeten worden als risicokinderen zou de jeugdgezondheidszorg al deze kinderen in beeld moeten hebben. Bij enkele organisaties was het bereik echter lager dan 95% van de populatie, wat de inspectie als een matig risico beschouwt.

2.4.4 *Voldoende gebruik professionele tolken*

De inspectie concludeert dat het gebruik van professionele tolken voldoende was, met uitzondering van twee organisaties die niet voldeden aan de norm voor het gebruik van tolken. Dit ziet de inspectie als een hoog risico.

Zorgverleners waren tevreden over de snelheid waarmee telefonische tolken in de meeste talen beschikbaar waren via het Tolk- en Vertaalcentrum Nederland (TVcN). Dit gold ook voor Somalische tolken waarvan er in 2009 te weinig waren.

2.5 **Evaluatie en nazorg: overdracht medisch dossier en JGZ-dossier voldoende, maar beschikbaarheid JGZ-dossier bij eerstvolgend contact onvoldoende**

Deelvraag 4:

In hoeverre voldoen het GC A, de GGD'en en de JGZ-organisaties 0-4 jaar aan de normen die gelden in het nieuwe zorgmodel op het gebied van evaluatie en nazorg voor asielzoekers in opvangcentra in Nederland?

2.5.1 *Elektronisch medisch dossier tijdig overgedragen aan de nieuwe huisarts*

De overdracht van het elektronisch medisch dossier naar de nieuwe huisarts van asielzoekers die een status hebben gekregen, vond plaats volgens de norm. Dat betekent dat als het GC A een verzoek hiertoe ontving van de nieuwe huisarts, zij het elektronisch medisch dossier tijdig overdroeg.

2.5.2 *JGZ-dossier volgens de norm overgedragen, maar beschikbaarheid JGZ-dossier bij eerstvolgend contact onvoldoende*

De GGD'en en de JGZ-organisaties 0-4 jaar droegen het JGZ-dossier over naar de jeugdgezondheidszorg in de nieuwe woonplaats van het asielzoekerskind. Aangezien asielzoekerskinderen beschouwd moeten worden als risicokinderen is tijdige over-

dracht van het JGZ-dossier en een persoonlijke overdracht aan de volgende JGZ-professional noodzakelijk.

Veel GGD'en en JGZ-organisaties 0-4 jaar gaven echter aan dat het JGZ-dossier vaak niet beschikbaar was bij het eerstvolgende contact met de jeugdgezondheidszorg in de nieuwe woonplaats. De oorzaak hiervan is voor de inspectie niet duidelijk. Hieruit concludeert de inspectie dat de GGD'en en de JGZ-organisaties 0-4 jaar weliswaar volgens de norm werken, maar dat het gewenste resultaat onvoldoende werd bereikt, namelijk beschikbaarheid van het JGZ-dossier bij het eerstvolgende contact met de jeugdgezondheidszorg.

2.6 Beleid en organisatie: formatie POH of huisarts soms onvoldoende

Deelvraag 5:

In hoeverre voldoen het GC A, de GGD'en en de JGZ-organisaties 0-4 jaar aan de normen die gelden in het nieuwe zorgmodel op het gebied van beleid en organisatie voor asielzoekers in opvangcentra in Nederland?

2.6.1 Personele capaciteit in formatieplaatsen van de POH of de huisarts op enkele GC A-locaties onvoldoende

Op enkele locaties van het GC A was niet de vereiste capaciteit in formatieplaatsen van de POH of de huisarts aanwezig. Dit ziet de inspectie als een matig risico voor de kwaliteit van de zorg.

Op één opvanglocatie werd de huisartsenzorg deels verleend door een basisarts, onder supervisie van een huisarts. Omdat in deze situatie niet werd voldaan aan de supervisievereisten beoordeelt de inspectie deze situatie als een hoog risico.

2.6.2 Afspraken over rol GGD bij de coördinatie van het zorgnetwerk onvoldoende bekend en uitgevoerd

De op landelijk niveau gemaakte afspraken tussen het COA en GGD NL over coördinatie van het zorgnetwerk bleken in de praktijk nauwelijks bekend te zijn en/of te worden uitgevoerd. Uit het onderzoek kon de inspectie niet opmaken of en hoe de coördinatie van het zorgnetwerk plaatsvond en of dit risico's met zich meebracht.

3 Handhaving

Het doel van dit thematisch toezichtonderzoek van de inspectie is dat het COA, het GC A, de GGD'en en de JGZ-organisaties 0-4 jaar op alle opvanglocaties de normen naleven die gelden in het nieuwe zorgmodel voor asielzoekers voor de toegankelijkheid van de huisartsenzorg en het bereik van de publieke gezondheidszorg. Daar waar uit de toezichtbezoeken is gebleken dat de betrokken organisaties de gestelde normen niet naleefden, moesten verbeteringen plaatsvinden.

3.1 Verschillende manieren voor aanbrengen verbeteringen

- 3.1.1 Door de inspectie opgelegde maatregelen naar aanleiding van het onderzoek*
De inspectie heeft aan het GC A, de GGD'en en de JGZ-organisaties 0-4 jaar een aantal maatregelen opgelegd. Deze maatregelen zijn opgelegd in het eerste en tweede kwartaal van 2011, naar aanleiding van de instellingsrapportages. Afhankelijk van de grootte van het risico voor de veiligheid of kwaliteit van de zorg houdt de maatregel in dat de organisatie binnen één, drie of zes maanden nadat de maatregel door de inspectie is opgelegd, moet aantonen dat zij zodanige verbeteringen heeft aangebracht dat de organisatie alsnog voldoet aan de norm. De inspectie hanteert in dit onderzoek onderstaande indeling.

Risico-inschatting	
Hoog risico	De organisatie dient binnen één maand na het opleggen van de maatregel te voldoen aan de norm
Matig risico	De organisatie dient binnen drie maanden na het opleggen van de maatregel te voldoen aan de norm
Laag risico	De organisatie dient binnen zes maanden na het opleggen van de maatregel te voldoen aan de norm

- 3.1.2 Verbeteracties door het GC A en het COA tijdens het inspectieonderzoek*
Het GC A en het COA hebben - voordat de inspectie maatregelen had opgelegd - op een groot aantal punten verbeteracties uitgevoerd of aangekondigd (zie ook hoofdstuk 4). Deze verbeteracties waren deels al vóór het toezichtonderzoek gepland en zijn deels ingegeven door de resultaten van de toezichtbezoeken door de inspectie. De inspectie vindt dit positief omdat hiermee al tijdens het inspectieonderzoek een effect is bereikt, namelijk een verbetering van de toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers.

- 3.1.3 Door inspectie opgelegde maatregelen naar aanleiding van incidentenonderzoeken*
In de periode dat het toezichtonderzoek plaatsvond, voerde de inspectie tevens enkele incidentenonderzoeken uit naar aanleiding van calamiteiten in de zorg voor asielzoekers die bij de inspectie waren gemeld. Naar aanleiding van één incidentenonderzoek heeft de Minister voor Immigratie en Asiel aan het COA de opdracht gegeven de aanbevelingen van de inspectie door te voeren. De inspectie heeft naar aanleiding van incidentenonderzoeken een aantal maatregelen opgelegd aan het GC A. Deze maatregelen hebben deels een algemeen karakter en zijn nauw verweven met de onderzoeksvragen in dit thematisch toezichtonderzoek. Deze algemene maatregelen heeft de inspectie daarom ook opgenomen in dit hoofdstuk.

3.1.4 *Aanbevelingen van de inspectie*

In dit onderzoek heeft de inspectie niet alleen instellingen getoetst die onder de Kwaliteitswet zorginstellingen vallen, maar ook de uitvoering van de 'niet-medische gidsfunctie' door het COA. Het COA valt echter niet onder het toezicht van de inspectie. Daarom kan de inspectie richting het COA geen maatregelen treffen, maar doet zij aanbevelingen.

Verder doet de inspectie een aantal aanbevelingen aan het GC A, het COA en GGD NL om randvoorwaarden te verbeteren of om normen die niet duidelijk zijn of niet goed uitvoerbaar te heroverwegen of om te komen tot een nieuwe norm.

3.2 **Verbeteracties, maatregelen en aanbevelingen**

3.2.1 *Informatie: praktische informatie voldoende maar algemene informatie kan beter*

Verbeteracties COA tijdens het inspectieonderzoek

Het COA heeft aangegeven dat zij vóór 1 mei 2011 aangescherpte richtlijnen voor de voorlichting aan bewoners over zorg zal implementeren. Dit moet leiden tot evenwichtige informatievoorziening aan bewoners. Deze evenwichtigheid zit in de aard en hoeveelheid over te dragen informatie, de fasering en de mate van herhaling. De concrete aanpassingen die het COA doorvoert, staan in het nieuwe conceptkader voor de 'niet-medische gidsfunctie' (februari 2011).

Ook implementeert het COA vóór 1 mei 2011 nieuwe richtlijnen voor het inschakelen van spoedeisende hulp en stelt het COA bewoners op de hoogte dat zij zelfstandig 1-1-2 kunnen bellen.

Aanbevelingen aan het COA

De inspectie kan zich vinden in de verbeteracties van het COA maar mist specifieke aandacht voor analfabeten en voor de uitvoering van de 'niet-medische gidsfunctie' op de bijzondere locaties.

De inspectie doet daarom de volgende aanbevelingen aan het COA:

- Besteed expliciet aandacht aan het signaleren van analfabetisme en laaggeletterdheid en leg bij deze groepen de nadruk op het geven van mondelinge informatie.
- Leg de richtlijnen voor de uitvoering van de 'niet-medische gidsfunctie' op de bijzondere locaties vast en borg deze.

3.2.2 *Intake: risicogroepen onvoldoende bereikt*

Bereik eerste screening op tbc voldoende maar knelpunten bij de vervolgscreening

Aanbevelingen aan GGD NL

De inspectie is van mening dat de knelpunten in de werkwijze bij de vervolgscreening van asielzoekers uit hoogrisicolanden opgelost moeten worden. Omdat deze knelpunten niet opgelost kunnen worden op het niveau van de individuele GGD'en, doet de inspectie de volgende aanbevelingen aan GGD NL:

- Verbeter in samenwerking met de Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der tuberculose (KNCV) het oproepsysteem voor de vervolgscreening op tuberculose bij specifieke risicogroepen, zodanig dat GGD'en 100% van deze doelgroep kan bereiken.
- Maak in samenwerking met de KNCV een norm voor de inspanning die redelijkerwijs verwacht mag worden van GGD'en, gericht op het kunnen bereiken van 100% van deze doelgroep met de vervolgscreening, conform de KNCV-richtlijnen.

Onvoldoende inzicht in populatie bij GGD'en en JGZ-organisaties 0-4 jaar

Aanbeveling aan het COA en GGD NL

Omdat de individuele GGD'en en JGZ-organisaties 0-4 jaar voor het verkrijgen van inzicht in hun actuele populatie van asielzoekers afhankelijk zijn van het COA en de afspraken hierover tussen het COA en GGD NL, doet de inspectie de volgende aanbeveling aan het COA en GGD NL:

- Zorg ervoor dat alle GGD'en en JGZ-organisaties 0-4 jaar continu een actueel overzicht hebben van de asielzoekerskinderen.

Risicogroepen onvoldoende bereikt met medische intake

Verbeteractie GC A tijdens het inspectieonderzoek

Het GC A heeft aangegeven dat zij in het voorjaar van 2011 start met de evaluatie van het protocol medische intake voor asielzoekers. Daarin werkt het GC A het verschil tussen de medische en verpleegkundige intake, de intake voor volwassenen en voor kinderen en de afbakening en afstemming met de JGZ uit.

Maatregel GC A

De inspectie ziet de verbeteractie van het GC A als een goede stap. Gezien het belang van een snelle medische intake voor asielzoekers met medische problemen of gezondheidsrisico's vindt de inspectie een aanscherping nodig om het gewenste resultaat te bereiken.

Om asielzoekers met medische problemen of gezondheidsrisico's te bereiken met een medische intake moet de medische intake een vanzelfsprekend onderdeel zijn van de procedure bij binnenkomst in de opvanglocatie. Daarbij is een werkbare oplossing nodig voor het dilemma dat asielzoekers met medische problemen of gezondheidsrisico's pas bekend zijn bij het GC A nádat een medische intake bij het GC A heeft plaatsgevonden.

De inspectie heeft in het tweede kwartaal van 2011 de volgende maatregelen opgelegd aan het GC A:

- Ontwikkel en implementeer binnen drie maanden een zodanige werkwijze dat asielzoekers (volwassenen én kinderen) met een vermoeden van medische problemen of gezondheidsrisico's kort na binnenkomst een medische intake krijgen bij het GC A, tenzij zij hiertegen zwaarwegende bezwaren hebben.
- Stem binnen drie maanden de te hanteren werkwijze bij de medische intake van kinderen door het GC A en de verslaglegging hiervan af met de verpleegkundige intake en het medisch onderzoek door de jeugdgezondheidszorg en implementeer deze afspraken.
- Maak en implementeer binnen drie maanden zodanige afspraken dat informatie over zorgbehoefte vanuit het Medisch Advies 'horen en beslissen' zo snel mogelijk bekend is bij GC A, binnen de kaders van de vigerende wet- en regelgeving.

Tijdige verpleegkundige intake JGZ, medisch onderzoek meestal later dan de norm

Aanbeveling aan GGD NL

Omdat niet duidelijk is welke risico's zijn verbonden aan het niet binnen een week na de verpleegkundige intake uitvoeren van het medisch onderzoek doet de inspectie de volgende aanbeveling aan GGD NL:

- Heroverweeg in samenspraak met de beroepsgroepen in de JGZ de tijdsbepaling in de norm met betrekking tot het medisch onderzoek en kom tot een onderbouwde en werkbare tijdsbepaling in de norm.

Maatregel GGD'en en JGZ-organisaties 0-4 jaar

Het niet voldoen aan de norm voor de verpleegkundige intake beschouwt de inspectie als een matig risico, het niet beschikken over schriftelijke afspraken over de verpleegkundige intake of over het medisch onderzoek als een laag risico. Aan GGD'en en JGZ-organisaties 0-4 jaar die niet voldeden aan één of meer normen voor de verpleegkundige intake en het medisch onderzoek door de jeugdgezondheidszorg heeft de inspectie in het eerste kwartaal 2011 de volgende maatregelen opgelegd:

- Zorg ervoor dat u binnen drie maanden voldoet aan de norm dat alle kinderen binnen 6 weken na aankomst in Nederland een verpleegkundige intake bij de jeugdgezondheidszorg krijgen (1 GGD en 1 JGZ-organisatie 0-4 jaar).
- Zorg ervoor dat u binnen zes maanden schriftelijke afspraken heeft over de verpleegkundige intake door de jeugdgezondheidszorg (3 GGD'en).
- Zorg ervoor dat u binnen zes maanden schriftelijke afspraken heeft over het medisch onderzoek door de jeugdgezondheidszorg (2 GGD'en en 3 JGZ-organisaties 0-4 jaar).

3.2.3 *Uitvoering: risico's in de beschikbaarheid van huisarts, wel voldoende gebruik van professionele tolken*

Telefonische bereikbaarheid huisartsenzorg voldoende, op enkele locaties onvoldoende inlooppreekuren, risico's in de beschikbaarheid van de huisarts

Maatregelen GC A

Het niet voldoen aan de leidraad voor het aantal inlooppreekuren op de opvanglocatie beschouwt de inspectie als een matig risico. Daarom heeft de inspectie in het eerste kwartaal van 2011 aan het GC A de volgende maatregel opgelegd:

- Zorg er binnen drie maanden voor dat op 5 locaties het aantal laagdrempelige inlooppreekuren voor asielzoekers voldoet aan de leidraad.

Maatregelen GC A naar aanleiding van incidentenonderzoek

Het niet beschikken over een heldere verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen de huisarts en de POH ziet de inspectie als risicovol. In dat kader heeft de inspectie in het eerste kwartaal 2011, naar aanleiding van een incidentenonderzoek, aan het GC A de volgende maatregelen opgelegd:

- Het GC A moet ervoor zorgen dat de samenwerking tussen de huisarts en de POH en met name de taakdelegatie van de huisarts aan de POH goed wordt beschreven, wordt vastgelegd in een protocol en dat er volgens dit protocol wordt gewerkt. Dit met inachtneming van hetgeen is gesteld over de verantwoordelijkheid van de huisarts in de 'Samenwerkingsovereenkomst zelfstandige beroepsbeoefenaar-GC A'.
- In het huisartseninformatiesysteem (HIS) dat het GC A gebruikt, moet het GC A duidelijk aangeven door welke persoon de patiënt tijdens een consult is gezien en of er flattering door de huisarts heeft plaatsgevonden.

Verbeteracties GC A naar aanleiding van incidentenonderzoek:

Naar aanleiding van bovengenoemde maatregelen heeft het GC A de inspectie gemeld:

- dat het GC A in het najaar 2010 opnieuw de handleidingen voor verpleegkundigen, doktersassistenten en medewerkers van de Praktijklijn heeft verspreid onder alle functionarissen. Deze handleidingen zijn gebaseerd op de NHG-richtlijnen en worden in het kader van de doorontwikkeling van het zorgconcept en daaruit voorkomende taakdelegatie geactualiseerd;
- dat het GC A in 2011 een project uitvoert waarin de richtlijnen rondom registratie van gegevens in het HIS worden aangescherpt.

De inspectie kan zich vinden in deze activiteiten en heeft het GC A gevraagd om:

- Bij de actualisering van de handleidingen de LHV te betrekken.
- De geactualiseerde handleidingen naar de inspectie te sturen zodra deze gereed zijn.
- De inspectie dit najaar te informeren over de aangescherpte richtlijnen voor registratie van gegevens in het HIS.

Maatregel GC A naar aanleiding van incidentenonderzoek:

Het niet rechtstreeks beschikbaar zijn van een huisarts tijdens nacht en weekend op de Praktijklijn ziet de inspectie als een risico in de zorg voor asielzoekers. Naar aanleiding van een incidentenonderzoek heeft de inspectie aan het GC A daarom de volgende maatregel opgelegd:

- Het GC A moet er zorg voor dragen dat er 24 uur per dag rechtstreekse tussenkomst en toezicht van een huisarts is.

De inspectie verwacht van het GC A dat zij bovengenoemde maatregel binnen drie maanden uitvoert en de inspectie hierover rapporteert.

Afspraken over inzet GGD bij bemoeizorg onvoldoende bekend en weinig gebruikt

Aanbeveling aan het COA, het GC A en GGD NL

De inspectie is van mening dat het COA, het GC A en GGD NL eerst moeten analyseren hoe het komt dat de landelijke afspraken over de inzet van de GGD bij OGGZ/bemoeizorg onvoldoende bekend waren en/of nauwelijks werden gebruikt. Eventuele verbeteracties moeten op deze analyse aansluiten.

De inspectie doet daarom de volgende aanbeveling aan het COA, GC A en GGD NL:

- Ga na waarom de gemaakte afspraken over de inzet van de GGD bij OGGZ/-bemoeizorg onvoldoende bekend waren en/of nauwelijks werden gebruikt. Pas de afspraken indien nodig aan zodat asielzoekers die zorg nodig hebben, maar zich vanwege psychische problemen onttrekken aan zorg of zorg mijden, toch de noodzakelijke medische zorg krijgen of worden toegeleid naar de geestelijke gezondheidszorg.

Bereik JGZ onvoldoende in beeld

Maatregelen GGD'en en JGZ-organisaties 0-4 jaar

Het niet voldoen door GGD'en en JGZ-organisaties aan één of meer normen voor het bereik van asielzoekerskinderen door de jeugdgezondheidszorg beschouwt de inspectie als een matig risico. De inspectie heeft daarom in het eerste kwartaal 2011 de volgende maatregelen opgelegd:

- Zorg ervoor dat uw organisatie binnen drie maanden minimaal 95% van de asielzoekerskinderen bereikt met het reguliere JGZ-aanbod (8 GGD'en en 2 JGZ-organisaties 0-4 jaar) en beschikt over schriftelijke afspraken over het monitoren van het bereik van de JGZ (8 GGD'en en 2 JGZ-organisaties 0-4 jaar).
- Zorg ervoor dat uw organisatie binnen drie maanden alle risicokinderen in beeld heeft (5 GGD'en) en beschikt over schriftelijke afspraken over het in beeld hebben van risicokinderen (5 GGD'en).

Voldoende gebruik professionele tolken

Maatregelen GC A, GGD NL en JGZ-organisaties 0-4 jaar:

Hoewel de norm voor het gebruik van tolken door de GC A-locaties, de GGD'en en de JGZ-organisaties 0-4 jaar goed werd nageleefd, waren er ook enkele organisaties die niet voldeden aan één of meer normen voor het gebruik van tolken.

Het in de zorg voor asielzoekers niet voldoen aan de norm voor het gebruik van tolken beschouwt de inspectie als een hoog risico, het niet beschikken over schriftelijke afspraken over het gebruik van tolken als een laag risico.^d

De inspectie heeft in het eerste kwartaal 2011 daarom de volgende maatregelen opgelegd:

- Zorg ervoor dat u binnen één maand voldoet aan de norm voor het gebruik van tolken (2 GC A-locaties, 1 GGD).
- Zorg ervoor dat uw organisatie binnen zes maanden beschikt over schriftelijke afspraken over het gebruik van tolken (GC A, 4 GGD'en en 3 JGZ-organisaties).

3.2.4 *Evaluatie en nazorg: overdracht medisch dossier en JGZ-dossier voldoende, maar beschikbaarheid JGZ-dossier bij eerstvolgend contact onvoldoende*

Elektronisch medisch dossier tijdig overgedragen aan de nieuwe huisarts

JGZ-dossier volgens de norm overgedragen, maar beschikbaarheid JGZ-dossier bij eerstvolgend contact onvoldoende

Aanbeveling aan GGD NL

De inspectie acht het niet alleen van belang dat de norm goed wordt nageleefd, maar ook dat dit leidt tot het gewenste resultaat, namelijk de beschikbaarheid van het JGZ-dossier bij het eerstvolgende contact met de jeugdgezondheidszorg.

De inspectie doet daarom de volgende aanbeveling aan GGD NL:

- Maak zodanige afspraken met GGD'en en JGZ-organisaties 0-4 jaar dat het JGZ-dossier bij uitplaatsing van een asielzoekerskind beschikbaar is bij het eerstvolgend contact bij de jeugdgezondheidszorg en dat een persoonlijke overdracht plaats kan vinden.

3.2.5 *Beleid en organisatie: formatie POH of huisarts soms onvoldoende*

Personele capaciteit in formatieplaatsen van POH of huisarts op enkele GC A-locaties onvoldoende

Maatregelen GC A:

Het niet voldoen aan de vereiste capaciteit in formatieplaatsen van de POH of de huisarts beschouwt de inspectie als een matig risico. Het deels verlenen van de huisartsenzorg door een basisarts onder supervisie van een huisarts, zonder dat werd voldaan aan de supervisievereisten, beoordeelt de inspectie als een hoog risico. Daarom heeft de inspectie in het eerste kwartaal van 2011 aan het GC A de volgende maatregelen opgelegd:

- Zorg er binnen één maand voor dat de vereiste capaciteit voor huisartsgeneeskundige activiteiten voldoet aan de norm en dat de GC A-locatie voldoet aan de eisen voor supervisie (1 GC A-locatie).
- Zorg er binnen drie maanden voor dat de vereiste capaciteit voor huisartsgeneeskundige activiteiten voldoet aan de norm (2 GC A-locaties).
- Zorg er binnen drie maanden voor dat de beschikbare capaciteit POH voldoet aan de norm (1 GC A-locatie).

^d Het recent bekend gemaakte voornemen van de Minister van VWS om met ingang van 1-1-2012 het gebruik van tolken in de reguliere gezondheidszorg niet langer te vergoeden, heeft - voor zover bij de IGZ bekend - geen betrekking op het gebruik van tolken in de gezondheidszorg voor asielzoekers. Hiervoor zijn het ministerie van Binnenlandse Zaken en het COA verantwoordelijk.

Afspraken over rol GGD bij de coördinatie van het zorgnetwerk onvoldoende bekend en uitgevoerd

Aanbeveling aan het COA, het GC A en GGD NL

De inspectie is van mening dat er eerst meer duidelijkheid moet komen over de gewenste coördinatie van het zorgnetwerk en wie daarin welke rol heeft. Eventuele verbeteracties moeten hierop aansluiten. De inspectie doet daarom de volgende aanbeveling aan het COA, GC A en GGD NL:

- Evalueer de gemaakte afspraken tussen het COA en GGD NL over coördinatie van het zorgnetwerk en kom tot zodanige afspraken dat de samenwerking in de zorgketen voor asielzoekers geborgd is.

3.3 Overige maatregelen

Naast bovengenoemde maatregelen heeft de inspectie in het eerste kwartaal 2011 de volgende maatregelen opgelegd aan GGD'en en JGZ-organisaties 0-4 jaar:

- Zorg ervoor dat uw organisatie binnen drie maanden voldoet aan de norm dat de jeugdgezondheidszorg voor alle kinderen binnen zes weken na aankomst een JGZ-dossier aanmaakt (1 GGD en 1 JGZ-organisatie 0-4 jaar) en dat uw organisatie binnen zes maanden beschikt over schriftelijke afspraken hierover (4 GGD'en en 1 JGZ-organisatie 0-4 jaar).
- Zorg ervoor dat uw organisatie binnen zes maanden een privacyreglement heeft dat geldt voor het JGZ-dossier (2 GGD'en).
- Zorg ervoor dat uw organisatie binnen drie maanden individuele voorlichting op het terrein van soa-preventie biedt (2 GGD'en).
- Zorg ervoor dat uw organisatie binnen drie maanden een aanvullend curatief consult aanbiedt, wanneer door triage is vastgesteld dat een asielzoeker tot een hoogrisicogroep behoort (6 GGD'en).
- Zorg ervoor dat uw organisatie binnen zes maanden medische gegevens niet zonder toestemming overdraagt aan derden en deze toestemming schriftelijk vastlegt in het dossier (3 GGD'en) en beschikt over schriftelijke afspraken hierover (6 GGD'en).
- Zorg ervoor dat uw organisatie binnen zes maanden de klachtenregeling kenbaar maakt aan asielzoekers (8 GGD'en en 2 JGZ-organisaties 0-4 jaar).
- Zorg ervoor dat uw organisatie binnen zes maanden samenwerkingsafspraken heeft met de huisartsenzorg, o.a. over de wijze waarop beide elkaar over en weer informeren bij verwijzing (10 GGD'en, 6 JGZ-organisaties 0-4 jaar) en dat uw organisatie die samenwerkingsafspraken schriftelijk heeft vastgelegd (11 GGD'en en 8 JGZ-organisaties 0-4 jaar).

3.4 Vervolgacties inspectie

De inspectie heeft maatregelen opgelegd aan het GC A, GGD'en en JGZ-organisaties 0-4 jaar.

Zij moesten binnen één maand (hoog risico), drie maanden (matig risico) of zes maanden (laag risico) nadat de maatregel door de inspectie is opgelegd, aantonen dat zij zodanige verbeteringen hebben aangebracht dat de organisatie alsnog voldoet aan de norm.

De inspectie ziet erop toe dat deze organisaties de opgelegde maatregelen binnen de gestelde termijn uitvoeren zodat de zorg op alle opvanglocaties voldoet aan de afgesproken normen.

De inspectie constateert dat de betrokken partijen inmiddels voor een groot deel aan de normen voldoen, zoals die gelden in het nieuwe zorgmodel. Alle hoge risico's zijn binnen één maand weggenomen en de verwachting is gerechtvaardigd dat dit in het derde kwartaal van 2011 ook het geval zal zijn voor de geconstateerde matige en lage risico's. Ook hebben het COA en het GC A een groot aantal verbeteringen

doorgevoerd die bijdragen aan de toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers (zie hoofdstuk 4 'Resultaten').

In het najaar van 2011 brengt de inspectie een aantal aangekondigde en niet-aangekondigde toezichtbezoeken om te verifiëren of het COA, het GC A, de GGD'en en de JGZ-organisaties 0-4 jaar de noodzakelijke verbeteringen daadwerkelijk hebben uitgevoerd.

De inspectie heeft in dit hoofdstuk tevens een aantal aanbevelingen gedaan aan het COA, GGD NL en het GC A. De inspectie verzoekt de betrokken organisaties om deze aanbevelingen binnen 3 maanden na het uitbrengen van deze eindrapportage uit te voeren en de inspectie te informeren over de uitkomsten ervan.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk staan de resultaten van het toezichtonderzoek dat de inspectie heeft uitgevoerd in de periode september 2010 tot en met december 2010.

4.1 Indrukken uit gesprekken met asielzoekers

In deze paragraaf staan de indrukken uit de groepsgesprekken met de asielzoekers weergegeven. Deze geven een beeld van wat er leefde bij de bewoners over de toegankelijkheid van de huisartsenzorg en het bereik van de publieke gezondheidszorg. De gesprekken waren informatief van aard en niet toetsend. Meer informatie over de werkwijze is te vinden in bijlage 4 'Beschrijving onderzoeksgroep'.

4.1.1 Informatie

Informatie over de wijze waarop de zorg georganiseerd is voor asielzoekers

NORM 1.1.a: Informeren

De opvangmedewerkers (COA) informeren de asielzoekers over de organisatie van de gezondheidszorg en de wijze waarop asielzoekers in contact kunnen komen met de zorg. Het COA informeert de asielzoeker over het zorgmodel en de eigen verantwoordelijkheid die een asielzoeker hierin heeft, in ieder geval tijdens:

- Het rechten- en plichtengesprek.
- Voorlichtingsbijeenkomst oriëntatiefase.
- Oriëntatietraining.
- Vergunninghoudergesprek (voorlichting over reguliere gezondheidszorg).

De meeste asielzoekers zeiden dat zij bij binnenkomst met name praktische informatie van het COA hadden gekregen over hoe ze in contact konden komen met de zorg. Het was hen duidelijk gemaakt dat ze zelf het GC A moesten bellen of naar het inlooppreekuur moesten gaan.

Veel meer/andere informatie konden zij zich vaak niet herinneren of zeiden ze niet gehad te hebben, ook niet op een later moment, bijvoorbeeld tijdens voorlichtingsbijeenkomsten. Sommigen zeiden dat ze wel folders hadden gehad, anderen zeiden van niet. Enkele asielzoekers gaven aan dat analfabetisme een knelpunt is, want veel asielzoekers begrijpen de schriftelijke informatie niet.

Naast het COA waren het GC A en medebewoners voor veel asielzoekers een belangrijke informatiebron over de gezondheidszorg.

4.1.2 Intake

Intake

NORM 2.6

Alle asielzoekers die nieuw de asielopvang instromen, ontvangen zo spoedig mogelijk na binnenkomst een uitnodigingsbrief voor een medische intake. In de regel bij een voorlichtingsbijeenkomst of (waar nodig, bijvoorbeeld bij hoogzwangere vrouwen) eerder. De uitnodigingsbrief kent 12 vertalingen, overeenkomstig de vertalingen van de COA-informatiemap. Het COA wijst asielzoekers nadrukkelijk op het belang van de medische intake.

Slechts een deel van de asielzoekers zei een uitnodiging voor een medische intake te hebben gehad. Een deel had daadwerkelijk een medische intake gehad. Soms moesten ze daarvoor eerst een vragenlijst invullen. Het initiatief voor een medische intake was vaak van de POH uitgegaan, niet van de bewoner. Over het algemeen zag men wel het belang van een medische intake in.

NORM 2.7

Asielzoekers tot 19 jaar krijgen binnen 6 weken na aankomst in Nederland een verpleegkundige intake bij de JGZ en een medisch onderzoek binnen 1 week daarna. De intake en medisch onderzoek worden uitgevoerd conform concept Basistakenpakket JGZ asielzoekerskinderen.

Voor zover de asielzoekers die de inspectie heeft gesproken kinderen hadden, werden deze gezien door de JGZ. De kinderen hadden meestal een verpleegkundige intake en medisch onderzoek gehad bij de JGZ. Sommige kinderen waren hier geboren en direct opgenomen in het systeem van de JGZ.

Opstellen zorgplan en toegeleiding

NORM 2.9

Op basis van het medisch onderzoek bij de JGZ 0-19 wordt een (inhaal)-vaccinatieschema opgesteld.

Voor zover de asielzoekers die de inspectie heeft gesproken kinderen hadden, kregen die (inhaal)vaccinaties.

Informed consent

NORM 2.13

Er wordt gebruikgemaakt van een professionele tolk van het TVcN wanneer de hulpverlener niet in een voor de cliënt begrijpelijke taal kan communiceren. N.B. Een professionele tolk is 7x24 uur beschikbaar in elke taal, binnen 2 minuten zonder reservering vooraf (website TVcN).

Volgens de asielzoekers schakelde het GC A soms een tolk in, maar niet altijd. Men probeerde het gesprek meestal eerst in het Engels te doen. Het GC A vroeg soms ook of men zelf een informele tolk mee kon nemen. Als men het echt wilde, dan schakelde het GC A wel een professionele tolk in.

Volgens de asielzoekers maakte het GC A bij inloopsprekuren niet altijd gebruik van een tolk. Zo nodig maakte het GC A een aparte afspraak waarbij wel een telefonische tolk werd ingeschakeld.

4.1.3

Uitvoering

Uitvoering zorgplan en aanbodgerichte zorg- en dienstverlening

NORM 3.2.c

Het GB-jaarplan wordt uitgevoerd door de GGD.

De asielzoekers kenden de GGD niet of alleen van de tbc-controle. Veel asielzoekers waren niet bekend met voorlichtingsbijeenkomsten over gezondheid. Een enkeling had ooit een bijeenkomst bijgewoond (over voeding, soa).

Bereikbaarheid en beschikbaarheid

NORM 3.4.b

Er zijn laagdrempelige inloospreekuren voor asielzoekers op het centrum, afhankelijk van de grootte van de opvanglocatie, conform de leidraad.

Veel asielzoekers vonden de inloospreekuren een belangrijke voorziening voor de toegang tot de huisarts. Een deel vond het aantal inloospreekuren te beperkt, een deel vond het voldoende. Met name op de kleine locaties vond men de toegankelijkheid van de huisartsenzorg erg beperkt.

Verder gaf men aan dat inloospreekuren soms erg druk waren en dat men lang moest wachten. Op sommige locaties werd niet iedereen geholpen en moest men op het volgende inloospreekuur terugkomen, op andere locaties kon men altijd dezelfde dag nog een afspraak maken.

Enkele asielzoekers gaven expliciet aan zeer tevreden te zijn over hun huisarts; hij nam hen serieus.

NORM 3.4.e

De Praktijklijn van het GC A is telefonisch bereikbaar: bij spoed binnen 30 seconden en regulier binnen 2 minuten.

De asielzoekers kenden de Praktijklijn. Mensen die geen Engels spraken, belden volgens hen moeilijker de Praktijklijn dan de mensen die wel Engels spraken. Weinig asielzoekers hadden ervaren dat de Praktijklijn een tolk inschakelde.

De ervaringen met de Praktijklijn waren wisselend. Men werd wel geholpen, maar het resultaat was niet altijd hetgeen men wenste. Soms verwees de Praktijklijn naar het inloospreekuur, de volgende dag. Enkelingen gaven aan niet serieus genomen te zijn door de Praktijklijn, terwijl de situatie in hun ogen wel ernstig was. Anderen waren goed geholpen door de Praktijklijn.

Een knelpunt dat genoemd werd, was dat men soms lang aan de telefoon moet blijven.

Bereikbaarheid en beschikbaarheid bij noodsituaties

NORM 3.5

De aanvraag voor spoedeisende hulp loopt 7 dagen per week, 24 uur per dag via de beveiliging van het centrum. De bewoner kan zelfstandig of via een beveiligingsmedewerker een hulpdienst (1-1-2) aanvragen.

Er was onduidelijkheid over het inschakelen van spoedeisende hulp. Sommige asielzoekers wisten dat zij in acute situaties zelf 1-1-2 konden bellen, anderen gingen naar de beveiliging, maar die zei dan soms dat ze zelf 1-1-2 moesten bellen. Op andere locaties belde de beveiliging wél 1-1-2 voor asielzoekers.

Sommige asielzoekers waren niet op de hoogte van 1-1-2 of hadden van het COA begrepen dat ze niet zelf 1-1-2 mochten bellen. Zij voelden zich afhankelijk van de beveiligers omdat die beoordeelden of het wel urgent was. Men wist over het algemeen niet dat zij na het zelf bellen van 1-1-2 altijd ook de beveiliging hierover moesten informeren.

4.1.4 *Overige opmerkingen van asielzoekers (voor zover gerelateerd aan de onderzoeksvraag)*

- Diverse asielzoekers gaven aan dat ze sneller naar een specialist zouden willen voor hun klachten, maar dat de huisarts en POH niet snel doorverwezen.
- Enkele asielzoekers gaven aan dat de asielprocedure te lang duurt, waardoor zij psychisch en lichamelijk ziek werden.
- Enkele asielzoekers gaven aan dat mensen die geen status hadden, geen oriëntatiecursus konden volgen. Hierdoor kregen ze geen aanvullende informatie over gezondheidszorg, ook niet als ze al jaren in de opvangcentra woonden.
- Diverse asielzoekers gaven aan dat het GC A vaak paracetamol adviseerde. Dit moesten zij niet alleen zelf kopen, maar het gaf hen ook het gevoel dat het GC A hen niet serieus nam.
- Enkele asielzoekers merkten op dat zij moeilijk een afspraak met de huisarts konden krijgen, maar altijd eerst naar de POH moesten.

4.2 Resultaten uitvoering van de 'niet-medische gidsfunctie' in de opvanglocaties

In deze paragraaf is beschreven hoe de bezochte COA-locaties in totaal hebben gescoord. In de tabellen is het totaal aantal locaties weergegeven dat onvoldoende (afwezig of aanwezig) en voldoende (operationeel of geborgd) heeft gescoord. Indien de score 'n.v.t.' is toegekend, staat deze score onder de tabel toegelicht. Deze score is in deze eindrapportage niet meegenomen in de totalen. Per norm zijn de belangrijkste resultaten tevens kort beschreven. Een overzicht van de scores per norm per COA-locatie is opgenomen in bijlage 9^e.

Verbeteracties

De toezichtbezoeken bij het COA vonden plaats van september tot en met november 2010. In de periode tussen de start van het onderzoek (september 2010) en het uitbrengen van de instellingsrapportage (maart 2011) heeft het COA diverse verbeteracties uitgevoerd. Deze verbeteracties waren deels al vóór het toezichtonderzoek gepland, maar zijn ook deels ingegeven door het toezichtonderzoek van de inspectie. De inspectie ziet de verbeteringen als positief omdat hiermee al tijdens het onderzoek een deel van het beoogde effect is gerealiseerd.

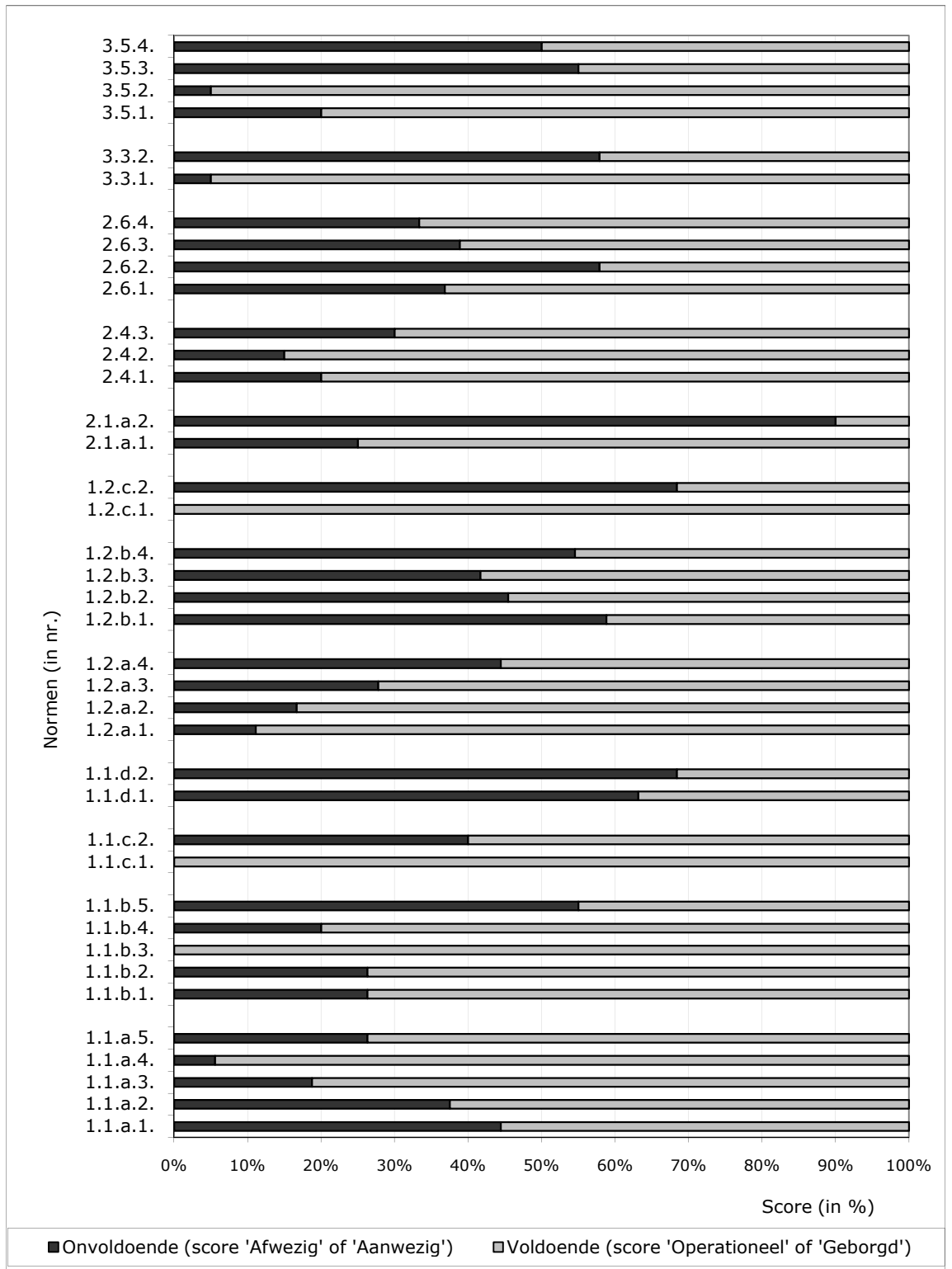
De resultaten in dit hoofdstuk zijn de resultaten op het moment van het toezichtbezoek. De verbeteracties van het COA hebben inmiddels tot een gewijzigde situatie geleid. De inspectie vindt het daarom van belang om bij dit overzicht van resultaten óók aan te geven welke verbeteracties het COA tot 1 maart 2011 heeft ondernomen. Deze verbeteracties zijn aangegeven bij de betreffende norm. De inspectie baseert zich hierbij op schriftelijke informatie van het COA, namelijk 'Opvolging thematisch toezichtonderzoek IGZ, 28 februari 2011'.

Volledigheidshalve vermeldt de inspectie dat de verbeteracties die het COA inmiddels heeft ondernomen niet door de inspectie zijn getoetst in de praktijk. De inspectie brengt in het najaar van 2011 nog een aantal toezichtbezoeken ter verificatie.

e Zie voor deze bijlage de PDF-versie van dit rapport op www.igz.nl.

Resultaten inspectiebezoeken

In figuur 1 'Totaal score COA-locaties per norm' is weergegeven hoe de COA-locaties per norm hebben gescoord (onvoldoende of voldoende).



Figuur 1: Totaal score COA-locaties per norm (n=20)

4.2.1 *Informatie*Informatie over de wijze waarop de zorg georganiseerd is voor asielzoekers**NORM 1.1.a: Informeren**

De opvangmedewerkers (COA) informeren de asielzoekers over de organisatie van de gezondheidszorg en de wijze waarop asielzoekers in contact kunnen komen met de zorg. Het COA informeert de asielzoeker over het zorgmodel en de eigen verantwoordelijkheid die een asielzoeker hierin heeft, in ieder geval tijdens:

- Het rechten- en plichtengesprek.
- Voorlichtingsbijeenkomst oriëntatiefase.
- Oriëntatietraining.
- Vergunninghoudergesprek (voorlichting over reguliere gezondheidszorg).

Tabel 1
Resultaten norm 1.1.a (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t.*)	Onvoldoende	Voldoende
1.1.a.1	Informatie die wordt gegeven	2	8	10
1.1.a.2	Wanneer wordt informatie gegeven	4	6	10
1.1.a.3	Informatie tijdens vergunninghoudergesprek	4	3	13
1.1.a.4	Werkinstructies	2	1	17
1.1.a.5	Ontvangen instructie	1	5	14

*) Op 2 bijzondere opvanglocaties (in de COL in Ter Apel en in Schalkhaar) is deze score 'n.v.t.' omdat deze locaties een andere functie hebben. Op enkele andere locaties waren niet alle in de norm genoemde informatiemomenten aan de orde.

Toelichting op tabel 1

Op 8 van de 18 locaties kwamen niet alle in de norm genoemde onderwerpen aan de orde bij het informeren van asielzoekers. De nadruk lag op praktische informatie. De informatie werd niet altijd tijdens de daarvoor bestemde bijeenkomsten/-gesprekken gegeven. Er waren nagenoeg overal schriftelijke werkinstructies, echter niet iedereen gaf aan deze ook te hebben ontvangen.

COA:

- 1 *Vóór 1 mei implementeert het COA verbeterde normen voor evenwichtige voorlichting van bewoners over zorg. De normstelling benoemt alle belangrijke voorlichtingsmomenten met daarbij:*
 - a *De verantwoordelijkheden van de functionaris die het betreffende proces uitvoert.*
 - b *Wanneer dit voorlichtingsmoment plaatsvindt.*
 - c *Welke informatie het in ieder geval betreft (need to know). Kort na binnenkomst betreft het vooral praktische informatie. De meer abstracte informatie volgt op een later moment van het verblijf bij het COA. Het conceptkader niet-medische gidsfunctie geeft de concrete aanpassingen weer.*

2 Iedere COA-medewerker moet op de hoogte zijn van de werkinstructie. Dit borgt het COA als volgt:

- a Normstelling is geoperationaliseerd in werkprocessen. Deze werkprocessen zijn actueel en helder omschreven en kunnen eenvoudig worden gedeeld en uitgeprint via de processenpagina van COAportal (het intranet van het COA).
- b COAportal bevat eenvoudig toegankelijke en actuele informatie voor medewerkers over normen, werkprocessen, berichtgeving, achtergronden en actualiteiten;
- c Per 1 mei 2011 wordt het nieuwe inwerkprogramma geïmplementeerd. Dit programma borgt dat iedere medewerker op de hoogte is van de belangrijke normen, hoe deze uit te voeren en hoe de kennis actueel wordt gehouden.
- d Medewerkers kunnen met alle vragen rond de gezondheidszorg voor asielzoekers terecht bij de helpdesk Opvang. De helpdesk Opvang draagt bij aan uniforme en hoogwaardige uitvoering van de normen door kennis- en ervaringsuitwisseling binnen alle geledingen van het COA. De kennis en het inzicht van de helpdesk dient ter versterking van de informatievoorziening aan medewerkers en bewoners.
De maandelijkse monitorrapportage van de helpdesk Opvang geeft inzicht in de aard en omvang van de vragen die aan de helpdesk worden gesteld. Deze rapportages worden gebruikt om met name instructies voor medewerkers en voorlichting aan bewoners te optimaliseren. Dit wordt aangestuurd door de directie Opvang na bespreking in het driehoeksoverleg van de helpdesk met directies Beleid & Juridische Zaken en Opvang.
- e Aan de hand van berichtgeving via management en rechtstreeks via zogenoemde vakberichten worden locaties actief geïnformeerd over aanpassingen in werkprocessen.

(Uit: Opmolging thematisch toezichtonderzoek IGZ, 28 februari 2011)

NORM 1.1.b: Doorverwijzen

COA-medewerkers verwijzen een asielzoeker direct door naar de zorg (huisarts, Praktijklijn of POH) zodra deze om interpretatie of verduidelijking van informatie met betrekking tot gezondheidszorg vraagt. Met behulp van de sociale kaart informeren ze asielzoekers over de contactgegevens van zorgverleners. De COA-medewerker 'verwijst' de asielzoeker met een medische hulpvraag:

- Naar de Praktijklijn GC A buiten inloopsprekuren.
- Naar de POH/HA tijdens inloopsprekuren.

Tabel 2
Resultaten norm 1.1.b (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t.*)	Onvoldoende	Voldoende
1.1.b.1	Doorverwijzen van informatievragen naar de zorg	1	5	14
1.1.b.2	Sociale kaart	1	5	14
1.1.b.3	Doorverwijzen van medische hulpvraag	0	0	20
1.1.b.4	Werkinstructies	0	4	16
1.1.b.5	Ontvangen instructie	0	11	9

*) Dit betrof de COL in Ter Apel omdat deze locatie een andere functie heeft.

Toelichting op tabel 2

De scheiding tussen informatievragen voor het COA en voor het GC A was niet op alle COA-locaties duidelijk. Op 5 van de 19 locaties was geen sociale kaart beschikbaar. Bij medische hulpvragen verwezen alle locaties door naar het GC A. Werkinstructies waren er meestal wel, maar veel medewerkers zeiden over 'doorverwijzen' geen instructie te hebben ontvangen.

COA:

- 1 *Vóór 1 mei 2011 zijn normen van kracht met een helder onderscheid in informatievragen voor het COA en informatievragen voor het GC A. De nieuwe normen worden voor implementatie getoetst door een representatieve afvaardiging van COA-medewerkers uit de uitvoering en van het GC A.*
 - 2 *De implementatie van de nieuwe normen gaat vergezeld met een werkinstructie waarin de nieuwe normen concreet worden toegelicht voor uitvoering.*
 - 3 *Per 1 april 2011 is op iedere locatie de sociale kaart in gebruik.*
- (Uit: Opvolging thematisch toezichtonderzoek IGZ, 28 februari 2011)*

NORM 1.1.c: Ondersteunen

De COA-medewerker biedt op aanvraag ondersteuning aan die asielzoekers die (nog) niet in staat zijn zelfstandig contact te leggen met de zorg.

Tabel 3

Resultaten norm 1.1.c (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t.	Onvoldoende	Voldoende
1.1.c.1	Ondersteuning bij contact leggen met de zorg	0	0	20
1.1.c.2	Werkinstructies	0	8	12

Toelichting op tabel 3

Op alle locaties werd ondersteuning geboden als een asielzoeker (nog) niet in staat was om zelfstandig contact te leggen met de zorg. Werkinstructies waren niet overal bekend of beschikbaar.

COA:

- 1 *Vóór 1 mei 2011 implementeert het COA verbeterde normen voor ondersteuning van bewoners in het kader van de niet-medische gidsfunctie. Aanpassingen:*
 - a *Het zichtbaar maken van de afweging tussen ondersteunen enerzijds en stimuleren van de zelfredzaamheid anderzijds.*
 - b *Toevoegen van normen voor de ondersteuning van bewoners wanneer deze een klacht hebben over zorgverleners.*

Het conceptkader niet-medische gidsfunctie geeft de concrete aanpassingen weer.
- 2 *De implementatie van de nieuwe normen gaat vergezeld met een werkinstructie waarin de nieuwe normen concreet worden toegelicht voor uitvoering. Deze werkinstructie zal aan de hand van voorbeelden verder verduidelijken wat de ondersteuning in het kader van de niet-medische gidsfunctie inhoudt. Hierbij wordt aangesloten bij de reguliere taken van de COA-medewerker in het begeleiden van bewoners.*

(Uit: Opvolging thematisch toezichtonderzoek IGZ, 28 februari 2011)

NORM 1.1.d: Inwerkprogramma (onderdeel borging bovenstaande norm)

Tabel 4
Resultaten norm 1.1.d (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t.*)	Onvoldoende	Voldoende
1.1.d.1	Inwerkprogramma niet-medische gidsfunctie	1	12	7
1.1.d.2	Afspraken over instructie (nieuwe) medewerkers	1	13	6

*) Dit betrof de bijzondere opvang in Schalkhaar. Vanwege de specifieke functie van deze locatie was een algemeen inwerkprogramma voor de niet-medische gidsfunctie hier niet van toepassing.

Toelichting op tabel 4

Bij 12 van de 19 locaties was er geen inwerkprogramma voor de niet-medische gidsfunctie en waren er geen schriftelijke afspraken over instructie van nieuwe medewerkers met betrekking tot de niet-medische gidsfunctie.

COA:

Per 1 mei 2011 is een uniform inwerkprogramma voor de niet-medische gidsfunctie van kracht op alle COA-locaties.

(Uit: Opvolging thematisch toezichtonderzoek IGZ, 28 februari 2011)

De wijze van informatieoverdracht

NORM 1.2.a: Informeren

Voor asielzoekers is er een algemene voorlichtingsbrochure beschikbaar met algemene informatie over hoe de gezondheidszorg in Nederland werkt, in verschillende talen. Voor locatiespecifieke informatie is er voor de bewoners een leaflet gezondheidszorg. Deze is ook beschikbaar in verschillende talen.

Tabel 5
Resultaten norm 1.2.a (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t.*)	Onvoldoende	Voldoende
1.2.a.1	Algemene informatiefolder gezondheidszorg	2	2	16
1.2.a.2	Folder in verschillende talen beschikbaar	2	3	15
1.2.a.3	Leaflet gezondheidszorg	2	5	13
1.2.a.4	Leaflet in verschillende talen beschikbaar	2	8	10

*) Dit betrof de COL in Ter Apel en de bijzondere opvang in Schalkhaar. Deze locaties maakten geen gebruik van deze materialen vanwege hun andere functie.

Toelichting op tabel 5

Bijna alle locaties gebruikten de algemene voorlichtingsbrochure van het COA, die in verschillende talen beschikbaar was.

5 van de 18 locaties gebruikten de leaflet met locatiespecifieke informatie niet.

COA:

- 1 *Tot 1 juni 2011 krijgt iedere bewoner bij aankomst op het asielzoekerscentrum de huidige leaflet en de algemene voorlichtingsfolder uitgereikt. De COA-medewerker licht bij de uitreiking de brochures mondeling toe.*
- 2 *Per 1 juni 2011 is geactualiseerd voorlichtingsmateriaal in gebruik genomen. Deze actualisering vindt plaats na evaluatie van het bestaande materiaal met bewoners, medewerkers uit de praktijk en Menzis.*

(Uit: Opvolging thematisch toezichtonderzoek IGZ, 28 februari 2011)

NORM 1.2.b: Medisch informatiepunt

Op elke locatie dient het COA een medisch informatiepunt^f in te richten. Het betreft een specifieke plek waar bewoners zelfstandig informatie kunnen inwinnen over de organisatie van de zorg. De informatie is klantgericht, dat wil zeggen in meer talen beschikbaar en 24 uur per dag toegankelijk. De opvangmedewerkers van het COA zijn verantwoordelijk voor het up-to-date houden van het medisch informatiepunt op locatie. Vanzelfsprekend zijn de zorgpartners verantwoordelijk voor de inhoudelijke informatie over de zorg.

Tabel 6
Resultaten norm 1.2.b (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t.*)	Onvoldoende	Voldoende
1.2.b.1	Medisch informatiepunt	3	10	7
1.2.b.2	Verantwoordelijkheid actueel houden	9	5	6
1.2.b.3	24 uur per dag vrij toegankelijk	8	5	7
1.2.b.4	Informatie in meer talen beschikbaar	9	6	5

*) Dit betrof de COL in Ter Apel, de bijzondere opvang in Schalkhaar en Amersfoort, waar uitgenodigde vluchtelingen verblijven. Daarnaast hebben enkele andere locaties hier 'n.v.t.' gescoord, omdat zij geen medisch informatiepunt hadden.

Toelichting op tabel 6

Op 10 van de 17 locaties was geen medisch informatiepunt aanwezig. Als er een medisch informatiepunt was, was er niet altijd iemand verantwoordelijk voor het actueel houden van de informatie en/of was dit niet 24 uur per dag toegankelijk en/of was de informatie niet in meer talen beschikbaar.

COA:

- 1 *Bij het COA zijn vóór 1 mei 2011 aangescherpte normen voor het medisch informatiepunt inclusief werkinstructie van kracht. De aanscherping betreft:*
 - a *Toevoeging van normen ten aanzien van minimale inhoud en wijze waarop dit gepresenteerd wordt in het medisch informatiepunt.*
 - b *De locatiemanager is verantwoordelijk voor het aanwijzen van een medewerker voor het onderhouden van het medisch informatiepunt.*
 - c *Aanpassen van de naamgeving van het medisch informatiepunt (bijvoorbeeld naar 'COA medisch informatiepunt').**Het conceptkader niet-medische gidsfunctie geeft de concrete aanpassingen weer.*

^f Het COA heeft mondeling toegelicht dat hiermee een 'informatiezuil' wordt bedoeld.

2 Per 1 mei 2011 hebben alle locaties een medisch informatiepunt dat voldoet aan de bestaande normen en wordt de bijbehorende werkinstructie en inwerkprogramma gebruikt. Ook is de onder 1.c vermelde naamswijziging doorgevoerd.

(Uit: Opvolging thematisch toezichtonderzoek IGZ, 28 februari 2011)

NORM 1.2.c: Informatiebalie

Bij de informatiebalie ('infobalie') op het centrum kunnen bewoners terecht voor relevante informatie, ook voor informatie met betrekking tot gezondheidszorg.

Tabel 7
Resultaten norm 1.2.c. (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t.*)	Onvoldoende	Voldoende
1.2.c.1	Informatiebalie, ook voor vragen over zorg	1	0	19
1.2.c.2.	Werkinstructies	1	13	6

*) Dit betrof de COL in Ter Apel.

Toelichting op tabel 7

Elke locatie beschikte over een informatiebalie, waar bewoners ook terecht konden met vragen over zorg. Werkinstructies voor de informatiebalie waren op 13 van de 19 locaties niet bekend of beschikbaar.

COA:

Per 1 maart 2011 is een werkinstructie in gebruik voor de beantwoording van vragen door de informatiebalie op het vlak van gezondheidszorg.

(Uit: Opvolging thematisch toezichtonderzoek IGZ, 28 februari 2011)

4.2.2

Intake

Inschrijving en dossiervorming

NORM 2.1.a

Het COA informeert het GC A wekelijks over mutaties in het bewonersbestand van asielzoekers.

Tabel 8
Resultaten norm 2.1.a (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t.	Onvoldoende	Voldoende
2.1.a.1	GC A ontvangt wekelijks mutaties COA	0	5	15
2.1.a.2	Werkinstructies	0	18	2

Toelichting op tabel 8

Op 5 van de 20 locaties ontving het GC A niet binnen 1 week rechtstreeks alle mutaties van het COA. Werkprocessen waren op de meeste locaties niet vastgelegd.

COA:

Uit intern onderzoek van het COA blijkt dat via de automatische koppeling IBIS-HIS 98% van de mutaties in het bewonersbestand binnen 1 week beschikbaar was voor het GC A.

Verbeteracties van het COA zijn:

- 1 De interface IBIS-HIS wordt verbeterd zodat mutaties in het bewonersbestand sneller zichtbaar zijn in het HIS. Er is in samenwerking met Menzis een analyse gemaakt van de verbetermogelijkheden van de interface. Aan de hand van deze analyse start per 1 maart 2011 een vooronderzoek naar de juiste oplossingsrichting.*
- 2 Vóór 1 mei 2011 zijn de normen voor de niet-medische gidsfunctie uitgebreid met:*
 - a de eisen aan de interface IBIS-HIS;*
 - b het doorgeven van mutaties in het bewonersbestand door de locatie aan het GC A. De implementatie gaat vergezeld van een werkinstructie.*

(Uit: Opvolging thematisch toezichtonderzoek IGZ, 28 februari 2011)

Tuberculosescreening bij binnenkomst in Nederland

NORM 2.4

Het COA controleert in IBIS of alle daarvoor in aanmerking komende instromende bewoners gescreend zijn op tbc. Zo nee, dan informeert de COA-medewerker de bewoners over de tbc-screening en informeert de GGD.⁹

Tabel 9
Resultaten norm 2.4 (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t.	Onvoldoende	Voldoende
2.4.1	tbc controle instromende asielzoekers	0	4	16
2.4.2	Informereren GGD over ongescreenden	0	3	17
2.4.3	Werkinstructies	0	6	14

Toelichting op tabel 9

4 van de 20 locaties controleerden nooit of soms bij daarvoor in aanmerking komende instromende asielzoekers of zij gecontroleerd waren op tbc. Diverse locaties gaven aan dat het IBIS-systeem voor wat betreft de tbc-screening niet altijd actueel was.

⁹ De eerste screening vindt plaats in Ter Apel en op Schiphol. In Ter Apel zal, conform de nieuwe werkwijze TBC-screening, per 1-7-2010 100% van de instromende asielzoekers worden gescreend. Op Schiphol is de 100%-screening voorafgaand aan doorplaatsing vanaf 1 januari 2011 gerealiseerd. De vervolgscreeningen vinden plaats in de regionale opvanglocaties door de GGD.

3 van de 20 locaties namen niet rechtstreeks contact op met de GGD als een asielzoeker nog niet gescreend was.
Op een kwart van de locaties waren geen schriftelijke werkafspraken bekend of beschikbaar.

COA:

- 1 Per 1 januari 2011 is de tbc-screening voor asielzoekers die via Schiphol instromen, gestart.
Dit zal een belangrijke impuls geven aan het realiseren van 100% screening bij eerste instroom.
- 2 Per 1 april 2011 zijn alle werkinstructies rond tbc-screening opnieuw onder de aandacht gebracht bij alle betrokken medewerkers op de locaties. Deze werkinstructies zijn digitaal beschikbaar in een handzaam formaat (pdf).
- 3 Het COA is met GGD Nederland in gesprek over:
 - a Het vereenvoudigen van de administratieve procedures bij de GGD.
 - b De mogelijkheden tot automatische verwerking van de registratie bij GGD in IBIS.

(Uit: Opmvolging thematisch toezichtonderzoek IGZ, 28 februari 2011)

Intake

NORM 2.6

Alle asielzoekers die nieuw de asielopvang instromen, ontvangen zo spoedig mogelijk na binnenkomst een uitnodigingsbrief voor een medische intake.^h In de regel bij een voorlichtingsbijeenkomst of (waar nodig, bijvoorbeeld bij hoogzwangere vrouwen) eerder. De uitnodigingsbrief kent 12 vertalingen, overeenkomstig de vertalingen van de COA informatiemap. Het COA wijst asielzoekers nadrukkelijk op het belang van de medische intake.

Tabel 10
Resultaten norm 2.6. (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t.*)	Onvoldoende	Voldoende
2.6.1.	Uitnodigingsbrief medische intake	1	7	12
2.6.2.	Risicogroepen eerder uitnodigen	1	11	8
2.6.3.	Uitnodigingsbrief in meer talen beschikbaar	2	7	11
2.6.4.	Wijzen op belang medische intake	2	6	12

*) Dit betrof de COL in Ter Apel en de bijzondere opvang in Schalkhaar. Deze locaties hebben een andere functie.

Toelichting op tabel 10

De uitnodigingsbrief voor de medische intake werd niet op alle locaties standaard uitgedeeld. Op ruim de helft van de locaties werden risicogroepen niet eerder uitgenodigd voor een medische intake.

^h Het betreft de instroom op een asielzoekerscentrum, na het doorlopen van de Algemene Asielprocedure (AA). De uitnodigingsbrief wordt niet uitgereikt op de Centrale Ontvangst Locatie (COL) en Proces Opvang Locatie (POL), gedurende de rust en voorbereidingstermijn en Algemene Asielprocedure (AA).

Verschillende locaties gaven aan dat zij ouderen, minder validen en duidelijk zichtbaar zwangere vrouwen konden signaleren als risicogroepen, maar dat andere risicofactoren over het algemeen niet bekend waren bij het COA.

COA:

- 1 *Het COA introduceert vóór 1 mei 2011 nieuwe normen ten aanzien van de medische intake:*
 - a *Nadere uitleg over de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen COA en GC A.*
 - b *Toevoeging van een norm voor de tijdigheid van het informeren van de bewoner (binnen vijf dagen na aankomst op het centrum, zowel mondeling als schriftelijk).*
 - c *Benoemen van de te onderscheiden hoogrisicogroepen (hoogzwangeren, ouderen, bewoners met een beperking, bewoners die medicijnen gebruiken).*
 - d *De normen waaraan de brief moet voldoen (zowel vorm als inhoud). Het conceptkader niet-medische gidsfunctie geeft de concrete aanpassingen weer.*
- 2 *Het COA verkent samen met Menzis welke mogelijkheden er zijn ter stimulering van de bewoner tot deelname aan de intake. Afhankelijk van de aard en omvang van de aanpassingen in het proces: zo kort mogelijk daarna zijn de verbeteringen doorgevoerd en beantwoordt het nieuwe proces aan het advies van de IGZ. Bij relatief eenvoudige aanpassingen kan dat per 1 mei 2011 gereed zijn.*
- 3 *Het COA verkent met Medifirst en Menzis de mogelijkheden tot informatie-uitwisseling tussen laatstgenoemde partijen.*

(Uit: Opmolging thematisch toezichtonderzoek IGZ, 28 februari 2011)

4.2.3

Uitvoering

Bereikbaarheid en beschikbaarheid

NORM 3.3: Zorgtelefoon

Het COA stelt een telefoon beschikbaar waarmee iedere asielzoeker contact kan leggen met de Praktijklijn van het GC A. In verband met de privacygevoeligheid van de gesprekken staat de telefoon waar mogelijk in een afgesloten ruimte.

Tabel 11
Resultaten norm 3.3 (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t.*)	Onvoldoende	Voldoende
3.3.1	Telefoon Praktijklijn	0	2	18
3.3.2	Toegankelijkheid en privacy	1	11	8

*) Dit betrof de COL in Ter Apel.

Toelichting op tabel 11

Op bijna alle locaties was een telefoon beschikbaar waarmee iedere asielzoeker contact kon leggen met de Praktijklijn van het GC A. Echter bij een meerderheid van

de locaties stond de telefoon niet in een ruimte die 24 uur per dag vrij toegankelijk was en/of de mogelijkheid gaf om met privacy te bellen.

COA:

Het COA voert vóór 1 juni 2011, binnen de mogelijkheden die het COA heeft, verbeteringen door in de mate van privacy waarmee bewoners gebruik kunnen maken van de zorgtelefoon.

(Uit: Opvolging thematisch toezichtonderzoek IGZ, 28 februari 2011)

Bereikbaarheid en beschikbaarheid bij noodsituaties

NORM 3.5

De aanvraag voor spoedeisende hulp loopt 7 dagen per week, 24 uur per dag via de beveiliging van het centrum. De bewoner kan zelfstandig of via een beveiligingsmedewerker een hulpdienst (1-1-2) aanvragen.

Tabel 12

Resultaten norm 3.5. (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t.	Onvoldoende	Voldoende
3.5.1.	Aanvraag spoedeisende hulp via beveiliging	0	4	16
3.5.2.	Beveiliging kent eigen rol	0	1	19
3.5.3.	Werkinstructies	0	11	9
3.5.4.	Bewoner weet dat hij 1-1-2 kan bellen.	0	10	10

Toelichting op tabel 12

Op 4 van de 20 locaties liep de aanvraag voor spoedeisende hulp niet via de beveiliging.

Bijna alle beveiligers wisten wat hun rol was bij de aanvraag van spoedeisende hulp.

Zij waren bovendien allen opgeleid als bedrijfshulpverlener (BHV-er).

Schriftelijke werkinstructies ontbraken op ruim de helft van de locaties en op de helft van de locaties werden asielzoekers niet geïnformeerd over het bellen van 1-1-2.

COA:

1 Vóór 1 mei 2011 zijn de normen voor inschakelen van spoedeisende hulp van kracht. De voornaamste aanpassingen betreffen:

a Bewoners dienen actief te worden geïnformeerd over de wijze waarop zij zelf 1-1-2 kunnen bellen

b Verduidelijking van de taken en verantwoordelijkheden van meldkamer, GC A en COA.

Het conceptkader niet-medische gidsfunctie geeft de concrete aanpassingen weer.

2 Vóór 1 mei 2011 worden bewoners op de hoogte gesteld dat zij zelfstandig 1-1-2 kunnen bellen.

Dit wordt ondersteund met voorlichtingsmateriaal. In de voorlichting komt het

belang altijd een COA-medewerker en/of de receptie op de hoogte te stellen, nadrukkelijk aan de orde.

- 3 *Vóór 1 mei 2011 zijn op iedere locatie alle betrokken partijen (GC A, Trigion, COA-medewerkers) geïnformeerd over de normen en verloopt op alle locaties de voorlichting aan bewoners conform de nieuwe normen.*

(Uit: Opvolging thematisch toezichtonderzoek IGZ, 28 februari 2011)

4.3 Resultaten toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers

In deze paragraaf staat beschreven hoe de bezochte GC A-locaties in totaal hebben gescoord. In de tabellen is het totaal aantal locaties weergegeven dat onvoldoende (afwezig of aanwezig) en voldoende (operationeel of geborgd) heeft gescoord.

Indien de score 'n.v.t.' is toegekend, is deze score onder de tabel toegelicht. Deze score is in deze eindrapportage niet meegenomen in de totalen.

Per norm zijn de belangrijkste resultaten tevens kort beschreven. Een overzicht van de scores per norm per GC A-locatie en het GC A-hoofdkantoor is opgenomen in bijlage 10a respectievelijk 10bi.

Verbeteracties

De toezichtbezoeken bij het GC A vonden plaats van september tot en met november 2010. In de periode tussen de start van het onderzoek (september 2010) en het uitbrengen van de instellingsrapportage (maart 2011) heeft het GC A diverse verbeteracties uitgevoerd. Deze verbeteracties waren deels al vóór het toezichtonderzoek gepland, maar zijn ook deels ingegeven door het toezichtonderzoek van de inspectie. De inspectie ziet de verbeteringen als positief, omdat hiermee al een deel van het beoogde effect tijdens het onderzoek is gerealiseerd.

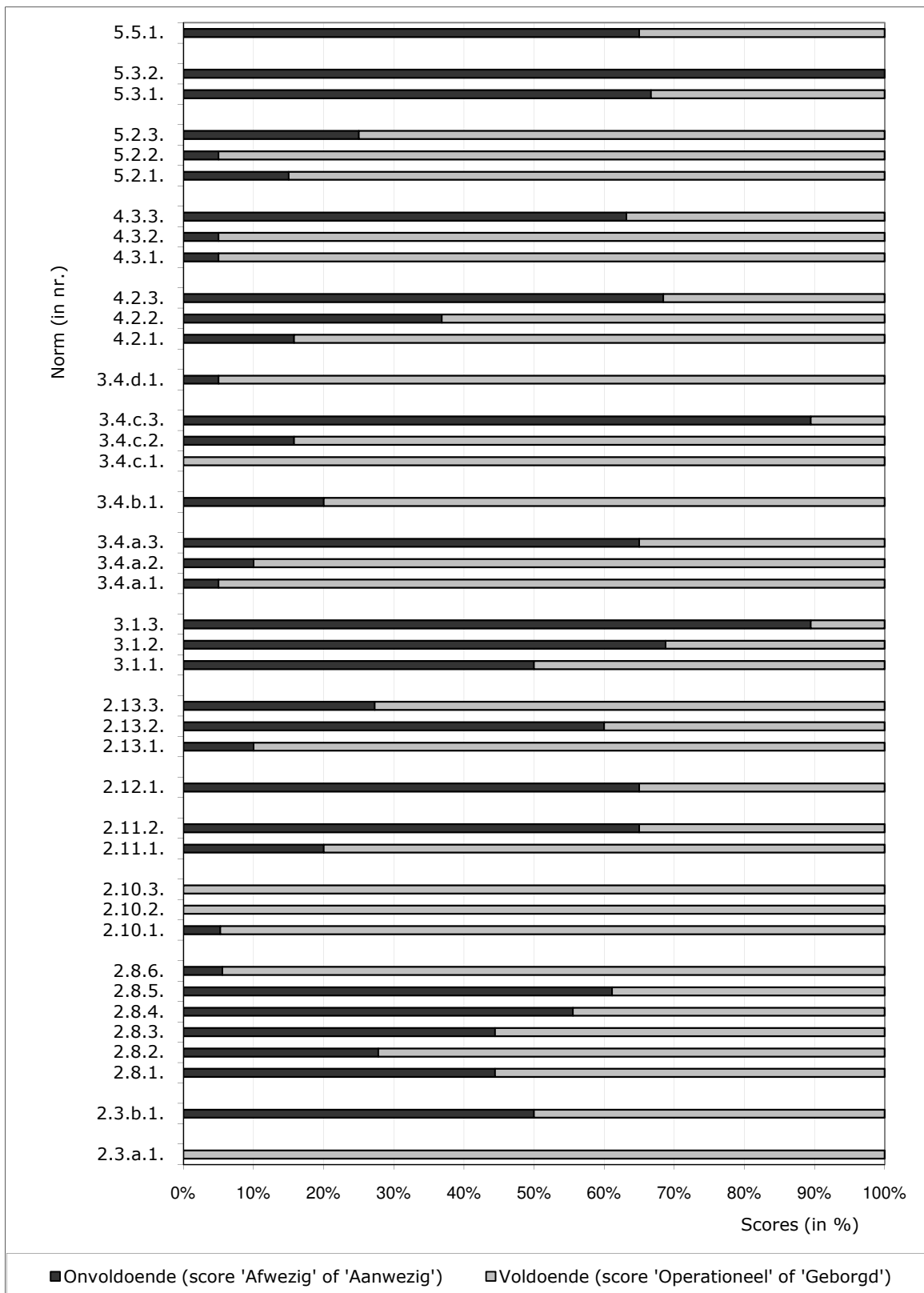
De resultaten in dit hoofdstuk zijn de resultaten op het moment van het toezichtbezoek. De verbeteracties van het GC A hebben inmiddels tot een gewijzigde situatie geleid. De inspectie vindt het daarom van belang om bij dit overzicht van resultaten óók aan te geven welke verbeteracties het GC A tot 1 maart 2011 heeft ondernomen. Deze verbeteracties zijn aangegeven bij de betreffende norm. De inspectie baseert zich hierbij op schriftelijke informatie van het GC A, nl. het 'Voortgangsoverzicht kwaliteitsinitiatieven GC A, 29 december 2010' en het 'Voortgangsoverzicht kwaliteitsinitiatieven GC A, 28 februari 2011'.

Volledigheidshalve vermeldt de inspectie dat de verbeteracties die het GC A inmiddels heeft ondernomen niet door de inspectie zijn getoetst in de praktijk. De inspectie brengt in het najaar van 2011 nog een aantal toezichtbezoeken ter verificatie.

Resultaten inspectiebezoeken

In figuur 2 'Totaal score GC A-locaties per norm' is weergegeven hoe de GC A-locaties per norm hebben gescoord (onvoldoende of voldoende).

¹ Zie voor deze bijlagen de PDF-versie van dit rapport op www.igz.nl.



Figuur 2: Totaalscore GC A-locaties per norm (n=20)

4.3.1 Intake

Inschrijving en dossiervorming**NORM 2.3.a**

Bij binnenkomst van een nieuwe asielzoeker maakt het GC A een elektronisch medisch dossier aan, conform het geldende protocol.

Tabel 13
Resultaten norm 2.3.a (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t.	Onvoldoende	Voldoende
2.3.a	Elektronisch medisch dossier voor nieuwe asielzoeker	0	0	20

Toelichting op tabel 13

Een elektronisch medisch dossier (HIS-dossier) was in de regel beschikbaar als een nieuwe asielzoeker bij het GC A op locatie kwam.

Het GC A had voor dit proces geen protocol. Het betrof een automatisch proces dat op het GC A-hoofdkantoor elke 24 uur plaatsvond en waarvoor volgens het GC A-hoofdkantoor geen protocol noodzakelijk was.

NORM 2.3.b

Hiervoor geldt een privacyreglement.

Tabel 14
Resultaten norm 2.3.b (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t.	Onvoldoende	Voldoende
2.3.b	Privacyreglement	0	10	10

Toelichting op tabel 14

Op de helft van de locaties was men niet bekend met het privacyreglement van het GC A of was een privacyreglement niet beschikbaar.

GC A:

Eind oktober zijn de richtlijnen GC A 'omgaan met medische gegevens' vastgesteld. Het biedt zorgverleners een houvast bij het medisch beroepsgeheim, plichten rondom dossiervoering en uitwisseling van gegevens met derden. De Richtlijnen zijn opgenomen in het Kwaliteitshandboek GC A waardoor deze ook op regelmatige basis aan een evaluatie onderworpen worden.

(Uit: Voortgangsoverzicht kwaliteitsinitiatieven GC A, 29 december 2010)

Medische intake

NORM 2.8

Volwassenen en kinderen die dit willen, krijgen uiterlijk binnen 6 weken na aankomst in de COA-locatie een verpleegkundige intake door het GC A. Indien er sprake is van risicofactoren uiterlijk binnen 1 week na aankomst in een COA-locatie. De intake wordt uitgevoerd conform het geldende protocol.

Tabel 15
Resultaten norm 2.8 (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t. *)	Onvoldoende	Voldoende
2.8.1	Verpleegkundige intake binnen 6 weken	2	8	10
2.8.2	Schriftelijke afspraken verpleegkundige intake	2	5	13
2.8.3	Vaststellen van risicofactoren	2	8	10
2.8.4	Bij risicofactoren intake binnen 1 week	2	10	8
2.8.5	Schriftelijke afspraken risicofactoren	2	11	7
2.8.6	Protocol verpleegkundige intake	2	1	17

*) Op 2 locaties werden geen intakes uitgevoerd; in de COL (Ter Apel) en bij de opvang van AMV in Almelo.

Toelichting op tabel 15

Kinderen kregen over het algemeen geen verpleegkundige intake aangeboden. De GC A-locaties gaven als reden hiervoor dat kinderen een intake krijgen bij de jeugdgezondheidszorg.

Op 10 van de 18 locaties kregen mensen met risicofactoren niet binnen één week een medische intake.

Informatieoverdracht vanuit het Medisch Advies 'Horen en beslissen' naar het GC A vond niet plaats.

GC A:

Van de ruim 11.000 nieuwe asielzoekers in 2010 heeft 19% een medische intake ontvangen.

Verbeteracties van het GC A zijn:

Herijking intakes: Volgens plan start in het voorjaar van 2011 de evaluatie van het protocol medische intake voor asielzoekers. Daarin wordt nader uitgewerkt: het verschil tussen de medische en verpleegkundige intake; de intake voor volwassenen en voor kinderen; en de afbakening en afstemming met de JGZ. Tevens is dit het moment om een nieuwe methodiek voor de intakes te overwegen volgens de stepped care-benadering.

(Uit: Voortgangsoverzicht kwaliteitsinitiatieven GC A, 28 februari 2011)

Opstellen zorgplan en begeleiding**NORM 2.10**

Op basis van de verpleegkundige intake wordt zo nodig en in samenspraak met de asielzoeker een zorgplan opgesteld. Het zorgplan wordt vastgelegd in het dossier van de asielzoeker. Bij gesignaleerde zorgbehoefte wordt afhankelijk van de aard hiervan doorverwezen naar de huisarts dan wel naar de preventieve zorg (bijvoorbeeld tbc-bestrijding, JGZ, soa-hiv-bestrijding).

Tabel 16
Resultaten norm 2.10 (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t.*)	Onvoldoende	Voldoende
2.10.1	Zorgplan naar aanleiding van verpleegkundige intake	1	1	18
2.10.2	Opstellen zorgplan in samenspraak met de asielzoeker	1	0	19
2.10.3	Vastleggen zorgplan in zorgdossier	1	0	19

*) Op de COL in Ter Apel werd wel acute zorg gegeven, maar geen zorgplan gemaakt.

Toelichting op tabel 16

Op één locatie werd geen zorgplan opgesteld naar aanleiding van de verpleegkundige intake.

Uit de toetsing van het GC A-hoofdkantoor bleek dat het hoofdkantoor geen inzicht had of locaties aan deze norm voldeden.

NORM 2.11

Medische gegevens worden alleen na toestemming van de asielzoeker overgedragen aan derden, conform het geldende protocol.

Tabel 17
Resultaten norm 2.11 (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t.	Onvoldoende	Voldoende
2.11.1	Overdracht medische gegevens alleen na toestemming asielzoeker + vastlegging in dossier	0	4	16
2.11.2	Schriftelijke afspraken overdracht medische gegevens	0	13	7

Toelichting op tabel 17

Over het algemeen werden medische gegevens alleen na toestemming van de asielzoeker overgedragen aan derden, conform het geldende protocol. Het ontbrak op enkele locaties aan vastlegging van deze toestemming in het medisch dossier. Schriftelijke afspraken over de overdracht van medische gegevens aan derden waren op 13 van de 20 locaties niet aanwezig of niet bekend.

GC A:

Eind oktober zijn de richtlijnen GC A 'omgaan met medische gegevens' vastgesteld. Het biedt zorgverleners een houvast bij het medisch beroepsgeheim, plichten rondom dossiervoering en uitwisseling van gegevens met derden. De Richtlijnen zijn opgenomen in het Kwaliteitshandboek GC A waardoor deze ook op regelmatige basis aan een evaluatie onderworpen worden.

(Uit: Voortgangsoverzicht kwaliteitsinitiatieven GC A, 29 december 2010)

Informed consent

Norm 2.12

Voor de uitvoering van zorgverlening geeft de asielzoeker toestemming, op basis van *informed consent*. Dit wordt aangetekend in het dossier van de asielzoeker.

Tabel 18
Resultaten norm 2.12 (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t.	Onvoldoende	Voldoende
2.12	<i>Informed consent</i> + vastlegging in dossier	0	13	7

Toelichting op tabel 18

Over het algemeen werd gewerkt op basis van de principes van *informed consent*. Het ontbrak echter op een meerderheid van de locaties aan het vastleggen hiervan in het dossier van de asielzoeker.

NORM 2.13

Er wordt gebruikgemaakt van een professionele tolk van het TVcN wanneer de hulpverlener niet in een voor de cliënt begrijpelijke taal kan communiceren. N.B. Een professionele tolk is 7x24 uur beschikbaar in elke taal, binnen 2 minuten zonder reservering vooraf (website TVcN).

Tabel 19
Resultaten norm 2.13 (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t.*)	Onvoldoende	Voldoende
2.13.1	Gebruik professionele tolk TVcN	0	2	18
2.13.2	Schriftelijke afspraken over tolkgebruik	0	12	8
2.13.3	Terugkoppeling eventuele klachten naar TVcN	9	3	8

*) 9 locaties scoren 'n.v.t.' omdat zij aangaven (zeer) tevreden te zijn over de dienstverlening van TVcN.

Toelichting op tabel 19

Op bijna alle locaties werd gebruikgemaakt van een professionele tolk van het TVcN wanneer de hulpverlener niet in een voor de cliënt begrijpelijke taal kon communiceren.

Schriftelijke afspraken over tolkgebruik had het GC A niet. 8 van de 20 locaties verwezen naar de 'Veldnormen voor de inzet van tolken in de gezondheidszorg', die op de site van het TVcN was te vinden.

De dienstverlening van het TVcN werd over het algemeen (zeer) positief beoordeeld door de locaties. Indien men incidenteel klachten had over de dienstverlening, koppelden 3 van de 20 locaties dit niet terug naar het TVcN.

4.3.2

*Uitvoering*Uitvoering zorgplan en aanbodgerichte zorg- en dienstverlening**NORM 3.1**

Indien nodig wordt openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) en bemoeizorg (individueel en collectief) geboden.

Tabel 20

Resultaten norm 3.1 (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t.*)	Onvoldoende	Voldoende
3.1.1	Bekendheid met aanvragen OGGZ/bemoeizorg	0	11	9
3.1.2	GGD biedt OGGZ/bemoeizorg op aanvraag GC A	4	11	5
3.1.3	Schriftelijke afspraken over OGGZ/bemoeizorg	1	17	2

*) Enkele organisaties scoren 'n.v.t.' omdat men hier niet mee te maken had gehad.

Toelichting op tabel 20

De op landelijk niveau gemaakte afspraken tussen GC A en GGD NL over het aanvragen van OGGZ/bemoeizorg bij de GGD waren bij 11 van de 20 locaties niet bekend.

In de praktijk maakten de locaties van het GC A er nauwelijks gebruik van. De meerderheid van de locaties wist niet of dacht niet dat de GGD OGGZ/bemoeizorg zou bieden, op aanvraag van het GC A. Schriftelijke afspraken over OGGZ/bemoeizorg waren bij de meeste locaties niet bekend of beschikbaar.

Bereikbaarheid en beschikbaarheid**NORM 3.4.a**

Huisartsenzorg voor asielzoekers is 24 uur per dag telefonisch bereikbaar en indien nodig beschikbaar. De toegeleiding naar de zorg buiten kantoor tijden gebeurt door de Praktijklijn van het GC A. De Praktijklijn neemt bij medische vragen contact op met de HA-post. Triage vindt plaats conform de geldende protocollen en richtlijnen van de NHG.

Tabel 21
Resultaten norm 3.4.a (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t.	Onvoldoende	Voldoende
3.4.a.1	24-uurs bereikbaarheid en beschikbaarheid huisartsenzorg	0	1	19
3.4.a.2	Contact Praktijklijn met HA-post buiten kantoortijden	0	2	18
3.4.a.3	Triage door Praktijklijn conform NHG-richtlijnen	0	13	7

Toelichting op tabel 21

De huisartsenzorg voor asielzoekers was volgens bijna alle locaties 24 uur per dag bereikbaar en zo nodig beschikbaar. Dit werd gerealiseerd via de inloopsprekuren en de Praktijklijn. Eén locatie gaf aan dat de beschikbaarheid van huisartsenzorg tijdens vakanties onvoldoende was.

Hoewel de huisarts dus zo nodig beschikbaar was, viel het de inspectie op dat er bij de respondenten geen eenduidigheid was over de vraag of asielzoekers ook rechtstreeks toegang hadden tot de huisarts, dus zonder dat zij eerst de POH consulteerden. Ook viel op dat er geen eenduidige werkwijze was met betrekking tot de fiattering van consulten die door de POH zelfstandig werden afgehandeld en die niet leidden tot een consult bij de huisarts. Er waren geen schriftelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen de huisarts en de POH waarop beiden terug konden vallen.

Daarom heeft de inspectie bij de laatste 10 bezoeken aan de GC A-locaties deze onderwerpen expliciet getoetst door middel van extra vragen. Dit bevestigde het eerder gevormde beeld.

Buiten kantoortijden nam de Praktijklijn contact op met de huisartsenposten. 2 van de 20 GC A-locaties ontvingen geen terugkoppeling van de HAP van dit contact. De inspectie constateerde bij de toetsing van de Praktijklijn dat triage door de Praktijklijn gebeurde op basis van de NHG-richtlijnen. 13 van de 20 locaties stelden hier echter vraagtekens bij, op basis van de terugkoppeling die zij ontvingen.

NORM 3.4.b

Er zijn laagdrempelige inloopsprekuren voor asielzoekers op het centrum, afhankelijk van de grootte van de opvanglocatie, conform de leidraad.

Tabel 22
Resultaten norm 3.4.b (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t.	Onvoldoende	Voldoende
3.4.b	Laagdrempelige inloopsprekuren	0	5	15

Toelichting op tabel 22

De leidraad voor het aantal laagdrempelige inloopsprekuren per week voor asielzoekers op het centrum werd op 5 van de 20 locaties niet (volledig) nageleefd.

NORM 3.4.c

Overdracht van medisch dossier naar de volgende huisarts van het GC A gebeurt binnen 2 werkdagen na de mededeling (door het COA) van overplaatsing aan de oorspronkelijke huisarts, conform het geldende protocol.

Tabel 23
Resultaten norm 3.4.c (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t. *)	Onvoldoende	Voldoende
3.4.c.1	Overdracht medisch dossier bij overplaatsing	1	0	19
3.4.c.2	Overdracht medisch dossier binnen 2 werkdagen	1	3	16
3.4.c.3	Schriftelijke afspraken	1	17	2

*) 'N.v.t.' geldt voor de locatie Amersfoort waar uitgenodigde vluchtelingen met een status werden opgevangen. Deze verhuisden niet naar een andere opvanglocatie.

Toelichting op tabel 23

De overdracht van het medisch dossier naar de volgende huisarts van het GC A vond volgens alle locaties altijd plaats, meestal binnen 2 dagen na de mededeling van overplaatsing.

Schriftelijke afspraken hierover waren over het algemeen niet bekend of beschikbaar op de locaties. De GC A-locaties gaven aan dat dit een proces was dat centraal werd uitgevoerd, op het GC A-hoofdkantoor.

NORM 3.4.d

Een praktijkfolder over het GC A is beschikbaar en toegankelijk.

Tabel 24
Resultaten norm 3.4.d (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t.	Onvoldoende	Voldoende
3.4.d	Praktijkfolder GC A	0	1	19

Toelichting op tabel 24

Een praktijkfolder over het GC A was op bijna alle locaties beschikbaar en toegankelijk.

NORM 3.4.e

De Praktijklijn van het GC A is telefonisch bereikbaar: bij spoed binnen 30 seconden en regulier binnen 2 minuten.

Tabel 25
Resultaten norm 3.4.e (n=1)

Norm	Trefwoord	N.v.t.	Onvoldoende	Voldoende*)
3.4.e.1	Bereikbaarheid Praktijklijn GC A bij spoed	0	0	1
3.4.e.2	Bereikbaarheid Praktijklijn GC A regulier	0	0	1

*) Deze norm is getoetst bij de Praktijklijn van het GC A.

Toelichting op tabel 25

Uit monitorgegevens van de GC A Praktijklijn over de eerste 3 kwartalen van 2010 bleek:

- dat spoedtelefoontjes in 96% van de gevallen binnen 30 seconden waren opgenomen;
- dat reguliere telefoontjes in 99% van de gevallen binnen 2 minuten waren opgenomen.

Tijdens de bezoeken bleek dat de meeste GC A-locaties niet wisten of niet dachten dat de Praktijklijn van het GC A bij spoed binnen 30 seconden telefonisch bereikbaar was en regulier binnen 2 minuten. Dit betrof dus de beeldvorming op de GC A-locaties.

GC A:

- *Callmonitor Praktijklijn:*

In december heeft de Praktijklijn, zowel front-office als back-office, maar ook vervoer de beschikking gekregen over een Callmonitor. Dit is een groot scherm waarin alle medewerkers direct de status van de telefoonlijnen/bereikbaarheid kunnen zien en zelf kunnen bijschakelen waar nodig. Ook de reactietijd, eventueel overschrijdingen en wachtenden kunnen worden afgelezen. Eerder was dit alleen beschikbaar voor de coördinator Praktijklijn. De verwachting is dat deze investering bijdraagt aan het nog beter kunnen managen binnen de (spoed)normen te kunnen werken. Verder is het goed voor de beeldvorming, beleving en ontstaat er meer begrip bij de medewerkers.

(Uit: Voortgangsoverzicht kwaliteitsinitiatieven GC A, 29 december 2010)

- *Diverse verbeteringen Praktijklijn:*

Op de front-office van de Praktijklijn is de spoedlijn anders ingericht. De ringtone van de spoedlijn onderscheidt zich van andere tonen en maakt dat deze met voorrang worden behandeld. Sinds de implementatie is geen enkel spoedtelefoontje gemist. Bovendien worden de medewerkers van de Praktijklijn intensiever gecoached en wordt er meer feedback richting medewerkers gegeven. Ook is in december de opleiding tot triageassistent gestart en is er een apart telefoonnummer beschikbaar voor een intercollegiale overleglijn. Dit laatste maakt dat (terug)-bellende zorgverleners, zoals huisartsen en huisartsenposten, niet meer door het Praktijklijnmenu hoeven en daarmee de bereikbaarheid op niveau blijft.

(Uit: Voortgangsoverzicht kwaliteitsinitiatieven GC A, 29 december 2010)

- *Interne beeldvorming bereikbaarheid Praktijklijn:*
Via het intranet worden de kengetallen van de bereikbaarheid (30 sec, 2 min) van de Praktijklijn wekelijks in beeld gebracht. Het doel is dat er onder medewerkers op locaties een objectiever beeld ontstaat over de prestatie van de Praktijklijn. Er is een uitsplitsing naar type dienst (dag, ANW en FO/BO/vervoer) en de wettelijke normen staan vermeld. In het personeelstijdschrift Connect van GC A heeft een uitgebreid artikel gestaan over de werkwijze van de Praktijklijn. Een voornemen is om medewerkers van locaties een dagdeel te laten meelopen met de medewerkers van de front-office, back-office en vervoer, opdat wederzijdse kennis en begrip worden verkregen.
(Uit: Voortgangsoverzicht kwaliteitsinitiatieven GC A, 28 februari 2011)

4.3.3 Evaluatie en nazorg

Toegeleiding en overdracht

NORM 4.2

Bij uitplaatsing van de asielzoeker uit de centrale opvang, draagt het GC A gegevens over en archiveert gegevens conform het geldende protocol.

Tabel 26
Resultaten norm 4.2 (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t.*)	Onvoldoende	Voldoende
4.2.1	Overdracht gegevens bij uitplaatsing	1	3	16
4.2.2	Overdracht binnen een maand	1	7	12
4.2.3	Schriftelijke afspraken	1	14	5

*) 'N.v.t.' geldt voor de COL in Ter Apel, omdat hier geen sprake was van uitplaatsing, maar van doorplaatsing naar de POL.

Toelichting op tabel 26

Bij uitplaatsing van de asielzoeker uit de centrale opvang, droeg het GC A op aanvraag van de nieuwe huisarts gegevens over. Schriftelijke afspraken hierover waren bij 14 van de 19 locaties niet bekend of beschikbaar. De locaties gaven aan dat dit proces centraal door het GC A-hoofdkantoor werd uitgevoerd, waardoor zij hier zelf geen zicht op hadden. De 'machtiging opvragen medisch dossier' die asielzoekers met een status meekregen voor hun nieuwe huisarts, was wel bekend op de locaties.

Aanvullende informatie van het GC A: in 2010 werden maandelijks ongeveer 10 à 15 medische dossiers opgevraagd bij het GC A door huisartsen.

GC A:

Verbeteren overdracht gegevens bij vertrek: Met COA heeft een vruchtbaar gesprek plaatsgevonden over het verbeteren van de overdracht van medische gegevens bij uitplaatsing. Gezamenlijk wordt aan een betere informatievoorziening en procedure gewerkt, waardoor de kans groter wordt dat de asielzoeker bij het GC A een machtigingsformulier ophaalt om zijn medische gegevens aan de nieuwe huisarts

over te kunnen dragen. Zo nodig kan een afsluitend gesprek met GC A-medewerkers plaatsvinden. Het COA onderzoekt de mogelijkheid dat GC A geïnformeerd wordt over het vertrek van uitgeplaatste en uitgeprocedeerde asielzoekers. Voor deze laatste groep kan GC A dan ook iets betekenen in het verstrekken van een medisch paspoort. Het voornemen is de te maken afspraken in een ketenrichtlijn neer te leggen.

(Uit: Voortgangsoverzicht kwaliteitsinitiatieven GC A, 28 februari 2011)

Klachtenopvang en -behandeling

NORM 4.3

Er is een klachtenregeling, gebaseerd op de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Asielzoekers worden over de klachtenregeling geïnformeerd.

Tabel 27
Resultaten norm 4.3 (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t.*)	Onvoldoende	Voldoende
4.3.1	Klachtenregeling	0	1	19
4.3.2	Kenbaar maken klachtenregeling	0	1	19
4.3.3	Beleid: klachten gebruikt voor verbeteren	1	12	7

*) In de COL in Ter Apel was dit tot nu toe niet aan de orde geweest.

Toelichting op tabel 27

Op bijna alle locaties was de klachtenregeling van het GC A beschikbaar. 12 van de 19 locaties waren echter niet op de hoogte van het beleid van het GC A met betrekking tot klachten en in hoeverre klachten werden gebruikt voor verbeteringen in de zorgverlening.

GC A: 'De Klachtenprocedure van GC A is opnieuw onder de loep genomen. De verbeteringen die hieruit zijn voorgekomen zijn o.a. (1) uitgave van nieuwe folders/posters voor in de wachtkamer voorzien van folderrek, (2) betere kanalisering van klachten; asielzoekers via klachtenbox en medewerkers via regiomanagers, (3) aanstelling van klachtenfunctionaris, (4) verbeteren managementrapportage klachten en (5) een Normenkader Klachttopvang. De achterstanden in de klachtenopvang zijn inmiddels weggewerkt, waardoor ook een compleet klachtenoverzicht van 2010 kan worden opgemaakt.

(Uit: Voortgangsoverzicht kwaliteitsinitiatieven GC A, 29 december 2010)

4.3.4 *Beleid en organisatie*Waardering van asielzoekers**NORM 5.1**

De organisatie peilt systematisch de waardering van asielzoekers over de mate waarin de organisatie aan hun behoeften en verwachtingen heeft voldaan. De organisatie bepaalt de methoden voor het verkrijgen en gebruiken van deze informatie. De organisatie gaat na of er een onafhankelijke patiënten-/cliëntentoets beschikbaar is. Indien dit het geval is, werkt de organisatie mee aan de uitvoering hiervan.^j

Tabel 28
Resultaten norm 5.1 (n=1)

Norm	Trefwoord	N.v.t.	Onvoldoende	Voldoende*)
5.1.1	Peilen waardering asielzoekers	0	0	1
5.1.2	Beleid	0	0	1

*) Deze norm is alleen getoetst bij het GC A-hoofdkantoor.

Toelichting op tabel 28

Het GC A had medio oktober het eerste klanttevredenheidsonderzoek op alle GC A-locaties en de Praktijklijn uitgevoerd.

GC A:

Klantenarena: In navolging van het klanttevredenheidsonderzoek wordt in 2011 de klanttevredenheid via klantenarena's gevolgd. Verwacht wordt, dat via deze methodiek meer informatie over de klanttevredenheid wordt verkregen. Alle locaties krijgen de gelegenheid aan een klantenarena mee te doen. Het bureau Newcom Research begeleidt de focusgroepen met asielzoekers en medewerkers. Op 24 februari 2011 vond de eerste Klantenarena plaats over de Praktijklijn. De eerste indruk is dat deze Klantenarena goed verlopen is. Deels zijn er bekende verbeterpunten genoemd (o.a. privacy telefoneren op de asielzoekerscentra), maar ook kwamen er nieuwe inzichten uit naar voren (o.a. klantvriendelijk telefoneren). Binnenkort vindt in Drachten een tweede klantenarena plaats. (Uit: Voortgangsoverzicht kwaliteitsinitiatieven GC A, 29 december 2010)

Personeel**NORM 5.2**

Er is gemiddeld vier uur per week per 100 bewoners beschikbaar voor huisarts-geneeskundige activiteiten (inclusief overlegsituaties). Er is 1,4 fte POH per 400 asielzoekers beschikbaar. Tijdens het inloopsprekuren van de POH is er altijd een doktersassistent (DA) aanwezig.

^j Deze norm was opgenomen in het HKZ-schema voor de Medische Opvang Asielzoekers (2004). Op dit moment is er geen passend HKZ-schema voor de asielzoekerszorg. Hoewel de norm dus nu niet als een verplichting geldt, vindt de IGZ het meten van klantervaringen zo belangrijk dat zij deze norm in het toezichtonderzoek meeneemt. Er zal echter niet op gehandhaafd worden.

Tabel 29
Resultaten norm 5.2 (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t.	Onvoldoende	Voldoende
5.2.1	Capaciteit huisarts	0	3	17
5.2.2	Capaciteit POH	0	1	19
5.2.3	Aanwezigheid doktersassistente inloopsprekuren	0	6	14

Toelichting op tabel 29

De inspectie constateerde dat op 3 van de 20 locaties de capaciteit voor huisarts-geneeskundige activiteiten lager was dan de norm.

De formatie voor de POH was op één na alle locaties conform de norm. Dat gold niet voor de formatie voor de doktersassistente; op 6 van de 20 locaties was een doktersassistente niet altijd aanwezig tijdens het inloopsprekuren van de POH.

Samenwerking

NORM 5.3

Er zijn samenwerkingsafspraken tussen de huisartsenzorg en de jeugdgezondheidszorg vastgelegd, onder andere over de wijze waarop beide elkaar over en weer informeren bij verwijzing.

Tabel 30
Resultaten norm 5.3 (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t.*)	Onvoldoende	Voldoende
5.3.1	Samenwerkingsafspraken huisartsenzorg en JGZ	2	12	6
5.3.2	Samenwerkingsafspraken vastgelegd	2	18	0

*) Op 2 locaties werd geen JGZ geleverd, namelijk op de COL in Ter Apel en in Oldebroek, waar alleen alleenstaande volwassen mannen woonden.

Toelichting op tabel 30

Op 12 van de 18 locaties waren er geen samenwerkingsafspraken tussen de huisartsenzorg en de jeugdgezondheidszorg. Op geen van de locaties waren samenwerkingsafspraken schriftelijk vastgelegd.

GC A: Geplande verbeteringen:

GC A heeft nog veel kwaliteitsinitiatieven als verbeteringen gepland. Deze zullen in het eerste kwartaal van 2011 worden gerealiseerd. Zo kunnen genoemd worden kwaliteitsdocumenten over kindermishandeling (...). Ook is met GGD Nederland een traject ingezet over (...) de samenwerking tussen jeugdartsen en huisartsen. (Uit: Voortgangsoverzicht kwaliteitsinitiatieven GC A, 29 december 2010)

Melden incidenten patiëntenzorg**NORM 5.5**

Er is een procedure voor meldingen van incidenten en calamiteiten in de patiëntenzorg.

Tabel 31
Resultaten norm 5.5 (n=20)

Norm	Trefwoord	N.v.t.	Onvoldoende	Voldoende
5.5	Procedure meldingen en calamiteiten	0	13	7

Toelichting op tabel 31

Bij 13 van de 20 locaties was een procedure voor meldingen van incidenten en calamiteiten in de patiëntenzorg niet bekend of beschikbaar.

GC A:

- *Optimaliseren calamiteitenprotocol: calamiteitenkaarten*

Het eerder vastgestelde calamiteitenprotocol is op onderdelen geoptimaliseerd en verbreed naar de COA-locaties. Een calamiteit wordt breed opgevat (ICT en medische gebeurtenissen) en de betekenis van het plan wordt ook naar de werkvloer doorgevoerd in zogenaamde calamiteitenkaarten. Deze calamiteitenkaarten geven de relevante informatie in noodsituaties op geplastificeerd papier en worden aan alle medewerkers beschikbaar gesteld. Ook de MT-bereikbaarheid bij calamiteiten is aangepast, waarbij met een 1e en 2e contactpersoon wordt gewerkt. De besluitvorming vindt plaats op 1 maart 2011.

- *Veilig Incidenten Melden:*

Na een intensieve periode van voorbereiding is op 1 februari Veilig Incidenten Melden centraal van start gegaan. Via de VIM-intranetpagina kwamen de eerste meldingen al direct binnen, en na 3 weken waren er al voldoende (bijna-)incidenten om met de VIM-commissie om tafel te gaan en verbeteracties te bespreken. Deze verbeteracties worden op 15 maart in het MT besproken.

De VIM-commissie bestaat uit een enthousiaste en betrokken club zorgverleners (huisarts, verpleegkundigen, doktersassistent, GGZ-consulent) die in hun taak worden ondersteund door de contractmanager huisartsen (technisch voorzitter) en een projectadviseur Z&K (VIM-coördinator). Op de regiobijeenkomsten wordt uitgebreid stilgestaan bij VIM en zal o.a. de DVD 'Durf' van centrum voor Patiëntveiligheid worden vertoond.

(Uit: Voortgangsoverzicht kwaliteitsinitiatieven GC A, 28 februari 2011)

4.4**Resultaten bereik van asielzoekers door de publieke gezondheidszorg**

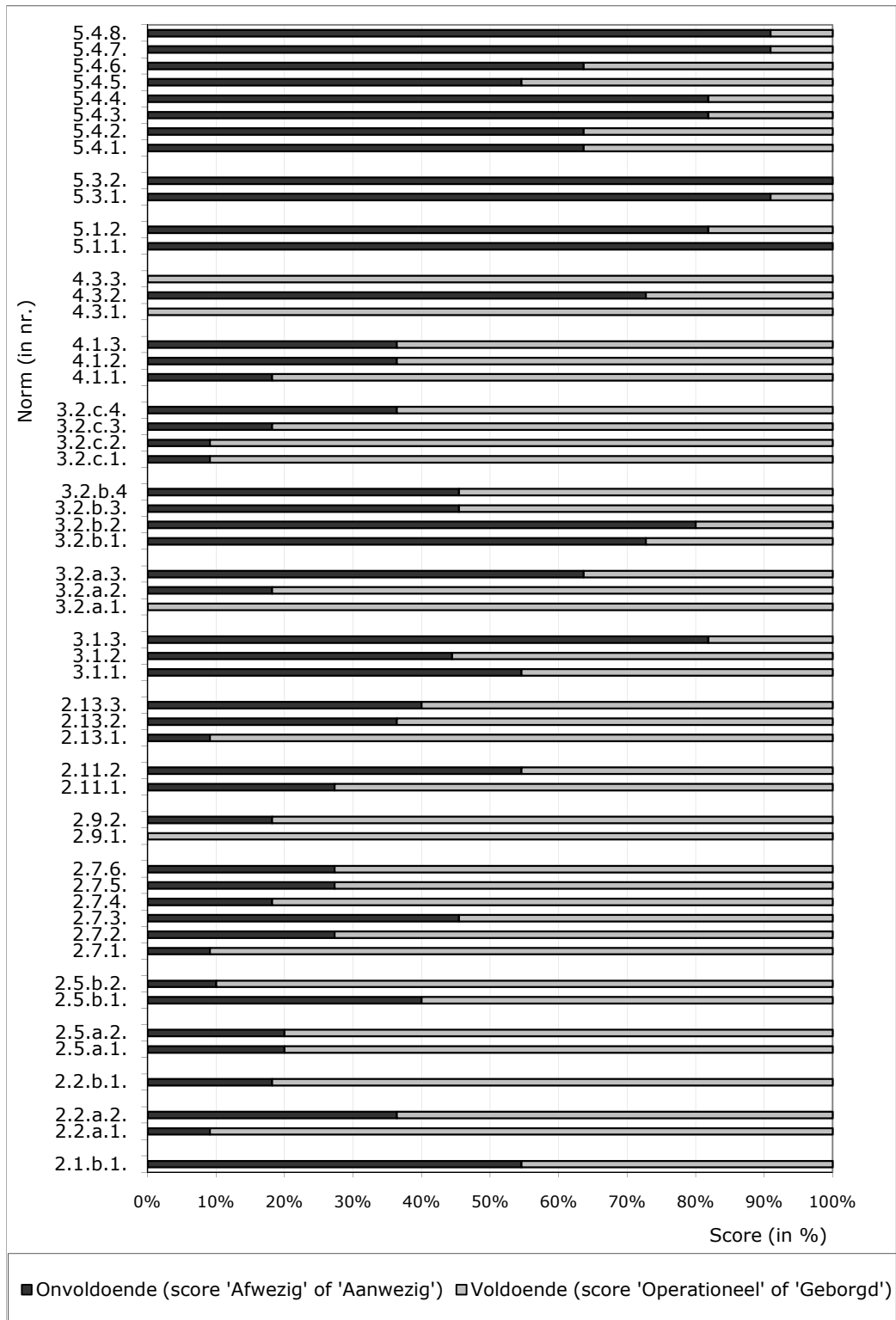
In deze paragraaf staat beschreven hoe de bezochte GGD'en en JGZ-organisaties voor 0-4 jaar in totaal hebben gescoord. In de tabellen is het totaal aantal organisaties weergegeven dat onvoldoende (afwezig of aanwezig) en voldoende (operationeel of geborgd) heeft gescoord. Indien de score 'n.v.t.' is toegekend, is deze score onder de tabel toegelicht. Deze score is in deze eindrapportage niet meegenomen in de totalen.

Per norm zijn de belangrijkste resultaten tevens kort beschreven. Een overzicht van de scores per norm per GGD en JGZ-organisatie 0-4 jaar is opgenomen in bijlage 11a respectievelijk 11b.^k

^k Zie voor deze bijlage de PDF-versie van dit rapport op www.igz.nl.

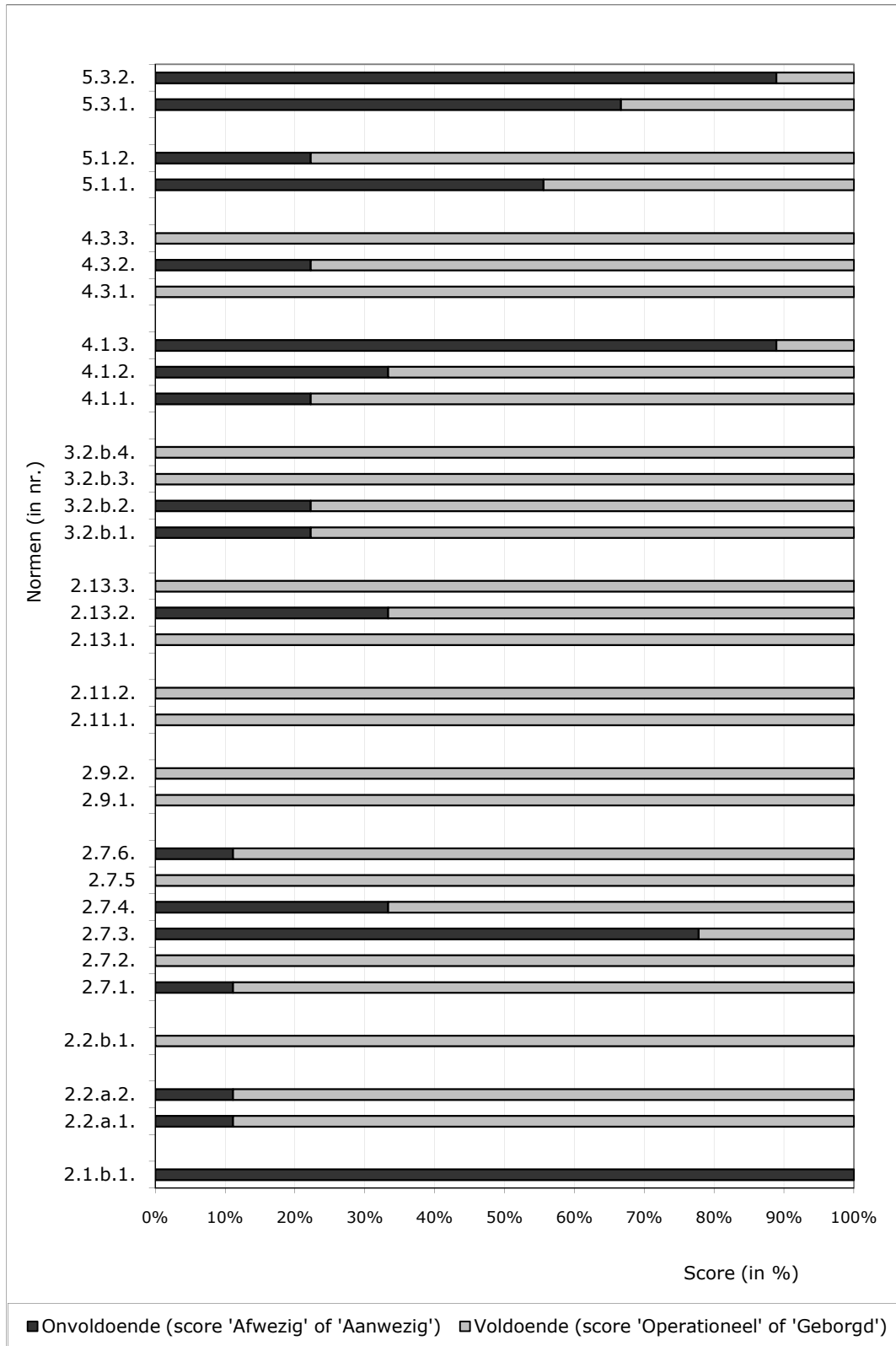
Resultaten inspectiebezoeken

In figuur 3 'Totaal score GGD'en per norm' is weergegeven hoe de GGD'en per norm hebben gescoord (onvoldoende of voldoende).



Figuur 3: Totaal score GGD'en per norm (n=11)

In figuur 4 'Totaal score JGZ-organisaties per norm' is weergegeven hoe de JGZ-organisaties per norm hebben gescoord (onvoldoende of voldoende).



Figuur 4: Totaal score JGZ-organisaties per norm (n=9)

4.4.1 Intake

Inschrijving en dossiervorming

NORM 2.1.b

Het COA biedt de GGD'en rechtstreeks toegang tot de IBIS-registratie.

Tabel 32
Resultaten norm 2.1.b (GGD n=11, JGZ n=9)

Norm	Trefwoord	GGD/JGZ-org. 0-4 jaar	N.v.t.	Onvoldoende	Voldoende
2.1.b.1	Rechtstreeks toegang tot IBIS-Registratie + werkprocessen vastgelegd.	GGD	0	6	5
		JGZ-org.	0	9	0

Toelichting op tabel 32

Het COA is verantwoordelijk voor het bieden van rechtstreekse toegang tot de IBIS-registratie aan de GGD'en. Volgens het COA was deze toegang aan de GGD'en verleend.

Op het moment van het inspectiebezoek hadden 6 van de 11 GGD'en nog geen rechtstreekse toegang tot IBIS.

Geen van de JGZ-organisaties 0-4 jaar had rechtstreeks toegang tot IBIS. GGD NL geeft aan dat de JGZ-organisaties 0-4 jaar de bewonersmutaties op andere wijze krijgen aangeleverd. De JGZ organisaties 0-4 jaar gaven aan niet altijd over actuele gegevens te beschikken.

NORM 2.2.a

Voor kinderen van 0-19 jaar wordt binnen zes weken na aankomst een JGZ-dossier aangemaakt.

Tabel 33
Resultaten norm 2.2.a (GGD n=11, JGZ n=9)

Norm	Trefwoord	GGD/JGZ-org. 0-4 jaar	N.v.t.	Onvoldoende	Voldoende
2.2.a.1	Aanmaak JGZ-dossier binnen zes weken na aankomst.	GGD	0	1	10
		JGZ-org.	0	1	8
2.2.a.2	Schriftelijke afspraken	GGD	0	4	7
		JGZ-org.	0	1	8

Toelichting op tabel 33

Bijna alle GGD'en en JGZ-organisaties 0-4 jaar maakten binnen zes weken na aankomst een JGZ-dossier aan voor kinderen van 0-19 jaar. Enkele organisaties gaven aan dat het ontbreken van rechtstreekse toegang tot IBIS een beperkende factor is bij het (tijdig) aanmaken van een JGZ-dossier voor alle nieuwe kinderen van 0-19 jaar.

Schriftelijke afspraken over de aanmaak van een JGZ-dossier ontbraken bij enkele GGD'en en één JGZ-organisatie 0-4 jaar.

NORM 2.2.b

Hiervoor geldt een privacyreglement.

Tabel 34

Resultaten norm 2.2.b (GGD n=11, JGZ n=9)

Norm	Trefwoord	GGD/JGZ-org. 0-4 jaar	N.v.t.	Onvoldoende	Voldoende
2.2.b.1	Privacyreglement	GGD	0	2	9
		JGZ-org.	0	0	9

Toelichting op tabel 34

Bijna alle GGD'en en alle JGZ-organisaties voor 0-4 jaar hadden een privacy-reglement voor de JGZ.

2 GGD'en gaven aan dat hun privacyreglement onvoldoende toegesneden was op de zorg voor asielzoekers.

Tuberculose-screening bij binnenkomst in Nederland

NORM 2.5.a

De GGD voert de eerste tbc-screening uit bij instromende asielzoekers uit landen met een hoge incidentie¹ en streeft daarbij naar 100% bereik, conform KNCV-richtlijnen.

¹ Voor de eerste screening geldt een incidentie van 50 per 100.000 in het land van herkomst. De eerste screening vindt plaats in Ter Apel en op Schiphol. In Ter Apel zal, conform de nieuwe werkwijze tbc-screening, per 1-7-2010 100% van de instromende asielzoekers worden gescreend. Op Schiphol is de 100%-screening voorafgaand aan doorplaatsing vanaf 1 januari 2011 gerealiseerd. De vervolgscreeningen vinden plaats in de regionale opvanglocaties door de GGD.

Tabel 35
Resultaten norm 2.5.a (GGD n=11)

Norm	Trefwoord	GGD/JGZ-org. 0-4 jaar	N.v.t.*)	Onvoldoende	Voldoende
2.5.a.1	Eerste tbc-screening	GGD	1	2	8
2.5.a.2	Schriftelijke werkinstructies	GGD	1	2	8

*) Eén GGD voerde zelf geen tbc-screeningen uit, maar had hierover afspraken gemaakt met een andere GGD. Deze GGD is ook bezocht door de inspectie.

Toelichting op tabel 35

2 GGD'en voerden niet bij alle instromende asielzoekers die hiervoor in aanmerking kwamen de eerste tbc-screening uit. Zij gaven hiervoor verschillende redenen aan, namelijk dat de rol van de GGD met betrekking tot de eerste tbc-screening na de invoering van de nieuwe werkwijze tbc-screening niet duidelijk was en dat de GGD geen signalen van het COA ontving van ongescreende asielzoekers of dat de GGD veel moeite had om ongescreende asielzoekers daadwerkelijk te bereiken. Schriftelijke werkinstructies waren bij 2 van de 10 GGD'en niet beschikbaar of niet bekend.

NORM 2.5.b

De GGD voert de halfjaarlijkse vervolgscreening bij asielzoekers uit landen met een hoge incidentie (200 op 100.000 inwoners) op tbc uit en streeft daarbij naar 100% bereik, conform KNCV-richtlijnen.

Tabel 36
Resultaten norm 2.5.b (GGD n=11)

Norm	Trefwoord	GGD/JGZ-org. 0-4 jaar	N.v.t.*)	Onvoldoende	Voldoende
2.5.b.1	Halfjaarlijkse vervolgscreening op tbc	GGD	1	4	6
2.5.b.2	Schriftelijke werkinstructies	GGD	1	1	9

*) Eén GGD voerde zelf geen tbc-screeningen uit, maar had hierover afspraken gemaakt met een andere GGD. Deze GGD is ook bezocht door de inspectie.

Toelichting op tabel 36

Niet alle GGD'en voerden bij alle asielzoekers die daarvoor in aanmerking kwamen de halfjaarlijkse vervolgscreeningen op tbc altijd uit. GGD'en gaven aan dat zij veel moeite hadden om de betreffende asielzoekers te bereiken, onder andere omdat het oproepsysteem voor de vervolgscreening volgens hen niet goed functioneerde. Door frequente overplaatsingen en uitplaatsingen van asielzoekers hadden zij bovendien geen goed inzicht in het bereik bij de vervolgscreeningen.

Intake**NORM 2.7**

Asielzoekers tot 19 jaar krijgen binnen zes weken na aankomst in Nederland een verpleegkundige intake bij de JGZ en een medisch onderzoek binnen één week daarna. De intake en medisch onderzoek worden uitgevoerd conform concept Basistakenpakket (BTP) JGZ asielzoekerskinderen.

Tabel 37
Resultaten norm 2.7 (GGD n=11, JGZ n=9)

Norm	Trefwoord	GGD/JGZ-org. 0-4 jaar	N.v.t.	Onvoldoende	Voldoende
2.7.1	Verpleegkundige intake JGZ binnen 6 weken	GGD	0	1	10
		JGZ-org.	0	1	8
2.7.2	Schriftelijke afspraken verpleegkundige intake	GGD	0	3	8
		JGZ-org.	0	0	9
2.7.3	Medisch onderzoek JGZ binnen 1 week na verpleegkundige intake JGZ	GGD	0	5	6
		JGZ-org.	0	7	2
2.7.4	Schriftelijke afspraken medisch onderzoek	GGD	0	2	9
		JGZ-org.	0	3	6
2.7.5	Verpleegkundige intake conform concept BTP JGZ	GGD	0	3	8
		JGZ-org.	0	0	9
2.7.6	Medisch onderzoek conform concept BTP JGZ	GGD	0	3	8
		JGZ-org.	0	1	8

Toelichting op tabel 37

Op één na alle GGD'en en op één na alle JGZ-organisaties 0-4 jaar gaven binnen 6 weken een verpleegkundige intake aan alle kinderen na aankomst in Nederland. Alle GGD'en JGZ-organisaties voerden het medisch onderzoek uit, maar deden dit in veel gevallen niet binnen één week na de verpleegkundige intake.

Nog niet alle GGD'en en JGZ-organisaties 0-4 jaar voerden de verpleegkundige intake en het medisch onderzoek uit conform het concept Basistakenpakket JGZ voor asielzoekerskinderen.

Opstellen zorgplan en begeleiding**NORM 2.9**

Op basis van het medisch onderzoek bij de JGZ 0-19 wordt een (inhaal)vaccinatieschema opgesteld.

Tabel 38
Resultaten norm 2.9 (GGD n=11, JGZ n=9)

Norm	Trefwoord	GGD/JGZ-org. 0-4 jaar	N.v.t.	Onvoldoende	Voldoende
2.9.1	Inhaalvaccinatieschema	GGD	0	0	11
		JGZ-org.	0	0	9
2.9.2	Schriftelijke afspraken	GGD	0	2	9
		JGZ-org.	0	0	9

Toelichting op tabel 38

Alle GGD'en en JGZ-organisaties 0-4 jaar stelden op basis van het medisch onderzoek een (inhaal)vaccinatieschema op. Bij 2 van de 11 GGD'en waren schriftelijke afspraken hierover niet beschikbaar of niet bekend.

NORM 2.11

Medische gegevens worden alleen na toestemming van de asielzoeker overgedragen aan derden, conform het geldende protocol.

Tabel 39
Resultaten norm 2.11 (GGD n=11, JGZ n=8*)

Norm	Trefwoord	GGD/JGZ-org. 0-4 jaar	N.v.t.	Onvoldoende	Voldoende
2.11.1	Overdracht medische gegevens alleen na toestemming asielzoeker + vastlegging in dossier	GGD	0	3	8
		JGZ-org.	0	0	8
2.11.2	Schriftelijke afspraken	GGD	0	6	5
		JGZ-org.	0	0	8

*) Bij één JGZ-organisatie 0-4 jaar is deze norm niet aan bod gekomen tijdens het toezichtbezoek.

Toelichting op tabel 39

Over het algemeen werden medische gegevens alleen na toestemming van de asielzoeker overgedragen aan derden. Het ontbrak bij enkele organisaties aan vastlegging van deze toestemming in het dossier. Schriftelijke afspraken over de overdracht van medische gegevens aan derden waren bij 6 van de 11 GGD'en niet aanwezig of niet bekend.

Informed consent

NORM 2.13

Er wordt gebruikgemaakt van een professionele tolk van het TVcN wanneer de hulpverlener niet in een voor de cliënt begrijpelijke taal kan communiceren. N.B. Een professionele tolk is 7x24 uur beschikbaar in elke taal, binnen 2 minuten zonder reservering vooraf.

Tabel 40
Resultaten norm 2.13 (GGD n=11, JGZ n=9)

Norm	Trefwoord	GGD/JGZ-org. 0-4 jaar	N.v.t.*)	Onvoldoende	Voldoende
2.13.1	Gebruik professionele tolk TVcN	GGD	0	1	10
		JGZ-org.	0	0	9
2.13.2	Schriftelijke afspraken over tolkgebruik	GGD	0	4	7
		JGZ-org.	0	3	6
2.13.3	Terugkoppeling eventuele klachten naar TVcN	GGD	6	2	3
		JGZ-org.	4	0	5

*) 6 GGD'en en 4 JGZ-organisaties scoren 'n.v.t.' omdat zij aangaven (zeer) tevreden te zijn over de dienstverlening van TVcN.

Toelichting op tabel 40

Bijna alle GGD'en en alle JGZ-organisaties 0-4 jaar maakten gebruik van een professionele tolk van het TVcN wanneer de hulpverlener niet in een voor de cliënt begrijpelijke taal kon communiceren. Bij verschillende GGD'en en JGZ-organisaties ontbraken schriftelijke afspraken over tolkgebruik of waren de 'Veldnormen voor de inzet van tolken in de gezondheidszorg' niet bekend.

De dienstverlening van het TVcN werd over het algemeen (zeer) positief beoordeeld. Indien men incidenteel klachten had over de dienstverlening, koppelden 2 van de 5 GGD'en dit niet terug naar het TVcN.

4.4.2 *Uitvoering*

Uitvoering zorgplan en aanbodgerichte zorg- en dienstverlening

NORM 3.1

Indien nodig wordt openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) en bemoeizorg (individueel en collectief) geboden.

Tabel 41
Resultaten norm 3.1 (GGD n=11)

Norm	Trefwoord	GGD/JGZ-org. 0-4 jaar	N.v.t.*)	Onvoldoende	Voldoende
3.1.1	Bekendheid met aanvragen OGGZ/bemoeizorg	GGD	0	6	5
3.1.2	GGD biedt OGGZ/bemoeizorg op aanvraag GC A	GGD	2	4	5
3.1.3	Schriftelijke afspraken over OGGZ/bemoeizorg	GGD	0	9	2

*) 2 GGD'en gaven aan dat dit bij hen niet aan de orde was geweest.

Toelichting op tabel 41

De op landelijk niveau gemaakte afspraken tussen GC A en GGD NL over het aanvragen van OGGZ/bemoeizorg bij de GGD waren volgens 6 van de 11 GGD'en niet bekend bij huisartsen en POH's. Ook enkele GGD'en waren hiermee niet bekend. In de praktijk maakten de locaties van het GC A er nauwelijks gebruik van. Schriftelijke afspraken over OGGZ/bemoeizorg waren bij de meeste GGD'en niet bekend of beschikbaar.

NORM 3.2.a

De GGD biedt individuele voorlichting op het terrein van soa-preventie en aanvullende curatieve soa-bestrijding. Wanneer door triage wordt vastgesteld dat iemand behoort tot een hoogrisicogroep, dan komt de asielzoeker in aanmerking voor een aanvullend curatief consult.

Tabel 42
Resultaten norm 3.2.a (GGD n=11, JGZ n=9)

Norm	Trefwoord	GGD/JGZ-org. 0-4 jaar	N.v.t.	Onvoldoende	Voldoende
3.2.a.1	Voorlichting over soa-preventie en curatieve soa-bestrijding	GGD	0	0	11
3.2.a.2	Individuele voorlichting	GGD	0	2	9
3.2.a.3	Curatief consult voor hoogrisicogroepen	GGD	1	6	4

Toelichting op tabel 42

Alle GGD'en gaven voorlichting op het terrein van soa-preventie. Over het algemeen betrof dit – naast groepsvoorlichting - ook individuele voorlichting. 2 van de 11 GGD'en boden geen individuele voorlichting. Triage vond meestal tijdens een consult bij het GC A plaats. Bij ruim de helft van de GGD'en kregen hoogrisicogroepen geen

aanvullend curatief consult aangeboden, wanneer door triage was vastgesteld dat iemand behoorde tot een hoogerisicogroep.

NORM 3.2.b

De JGZ bereikt minimaal 95% van de kinderen van 0-19 jaar met het reguliere JGZ-aanbod.

Tabel 43
Resultaten norm 3.2.b (GGD n=11, JGZ n=9)

Norm	Trefwoord	GGD/JGZ-org. 0-4 jaar	N.v.t.	Onvoldoende	Voldoende
3.2.b.1	Bereik minimaal 95%	GGD	0	8	3
		JGZ-org.	0	2	7
3.2.b.2	Schriftelijke afspraken bereik	GGD*)	0	8	2
		JGZ-org.	0	2	7
3.2.b.3	Risicokinderen in beeld	GGD	0	5	6
		JGZ-org.	0	0	9
3.2.b.4	Schriftelijke afspraken risicokinderen	GGD	0	5	6
		JGZ-org.	0	0	9

*) Bij één GGD is dit onderdeel niet aan de orde gekomen tijdens het toezichtbezoek.

Toelichting op tabel 43

8 van de 11 GGD'en en 2 van de 9 JGZ-organisaties 0-4 jaar hadden geen of onvoldoende zicht op hun bereik of het bereik was lager dan 95%. Ook waren bij verschillende organisaties schriftelijke afspraken hierover niet bekend of beschikbaar. Bij één GGD is er tijdens het inspectiebezoek niet besproken of er schriftelijke afspraken waren.

Bij 5 van de 11 GGD'en waren niet alle risicokinderen in beeld. Ook ontbraken bij verschillende GGD'en schriftelijke afspraken hierover of waren deze niet bekend.

NORM 3.2.c

Het Jaarplan Gezondheidsbevordering (GB-jaarplan) wordt uitgevoerd door de GGD.

Tabel 44
Resultaten norm 3.2.c (GGD n=11)

Norm	Trefwoord	GGD/JGZ-org. 0-4 jaar	N.v.t.	Onvoldoende	Voldoende
3.2.c.1	GB-jaarplan	GGD	0	1	10
3.2.c.2	Uitvoering GB-jaarplan	GGD	0	1	10
3.2.c.3	Zicht op bereik GB-activiteiten	GGD	0	2	9
3.2.c.4	Schriftelijke afspraken bereik	GGD	0	4	7

Toelichting op tabel 44

Bijna alle GGD'en hadden een GB-jaarplan en voerden dit ook uit. Monitoring van het bereik vond over het algemeen plaats, maar afspraken hierover waren niet altijd bekend of vastgelegd.

4.4.3 *Evaluatie en nazorg*

Toegeleiding en overdracht

NORM 4.1

Bij uitplaatsing van de asielzoeker uit de centrale opvang, draagt de JGZ het integraal dossier JGZ over aan de JGZ in het werkgebied waar de jongere gaat wonen.

Tabel 45
Resultaten norm 4.1 (GGD n=11, JGZ n=9)

Norm	Trefwoord	GGD/JGZ-org. 0-4 jaar	N.v.t.	Onvoldoende	Voldoende
4.1.1	Overdracht integraal dossier JGZ bij uitplaatsing	GGD	0	2	9
		JGZ-org.	0	2	7
4.1.2	Schriftelijke afspraken	GGD	0	4	7
		JGZ-org.	0	3	6
4.1.3	Dossier beschikbaar bij eerstvolgende contact JGZ	GGD	0	4	7
		JGZ-org.	0	8	1

Toelichting op tabel 45

Over het algemeen werd het JGZ-dossier overgedragen bij uitplaatsing, maar schriftelijke afspraken hierover waren niet bij alle GGD'en en JGZ-organisaties 0-4 jaar beschikbaar of bekend.

Het JGZ-dossier was volgens 4 van de 11 GGD'en en 8 van de 9 JGZ-organisaties 0-4 jaar echter niet altijd beschikbaar bij het eerst volgende contactmoment.

Klachtenopvang en -behandeling

NORM 4.3

Er is een klachtenregeling, gebaseerd op de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Asielzoekers worden over de klachtenregeling geïnformeerd.

Tabel 46
Resultaten norm 4.3 (GGD n=11, JGZ n=9)

Norm	Trefwoord	GGD/JGZ-org. 0-4 jaar	N.v.t.	Onvoldoende	Voldoende
4.3.1	Klachtenregeling	GGD	0	0	11
		JGZ-org.	0	0	9
4.3.2	Kenbaar maken klachtenregeling	GGD	0	8	3
		JGZ-org.	0	2	7
4.3.3	Beleid: klachten gebruikt voor verbeteren	GGD	0	0	11
		JGZ-org.	0	0	9

Toelichting op tabel 46

Alle GGD'en en JGZ-organisaties 0-4 jaar beschikten over een klachtenreglement.

Het ontbrak echter bij diverse organisaties aan het bekend maken van dit reglement aan asielzoekers.

4.4.4 *Beleid en organisatie*

Waardering van asielzoekers

NORM 5.1

De organisatie peilt systematisch de waardering van asielzoekers over de mate waarin de organisatie aan hun behoeften en verwachtingen heeft voldaan. De organisatie bepaalt de methoden voor het verkrijgen en gebruiken van deze informatie.

De organisatie gaat na of er een onafhankelijke patiënten-/cliëntentoets beschikbaar is. Indien dit het geval is, werkt de organisatie mee aan de uitvoering hiervan.^m

Tabel 47
Resultaten norm 5.1 (GGD n=11, JGZ n=9)

Norm	Trefwoord	GGD/JGZ-org. 0-4 jaar	N.v.t.	Onvoldoende	Voldoende
5.1.1	Peilen waardering asielzoekers	GGD	0	11	0
		JGZ-org.	0	5	4
5.1.2	Beleid	GGD	0	9	2
		JGZ-org.	0	2	7

Toelichting op tabel 47

Geen enkele GGD peilt systematisch de waardering van asielzoekers, ook 5 van de 9 JGZ-organisaties 0-4 jaar doen dit niet systematisch. Bij verschillende GGD'en en enkele JGZ-organisaties ontbreekt beleid op dit terrein.

Samenwerking

NORM 5.3

Er zijn samenwerkingsafspraken tussen de huisartsenzorg en de jeugdgezondheidszorg vastgelegd, onder andere over de wijze waarop beide elkaar over en weer informeren bij verwijzing.

^m Deze norm was opgenomen in het HKZ-schema voor de Medische Opvang Asielzoekers (2004). Op dit moment is er geen passend HKZ-schema voor de asielzoekerzorg. Hoewel de norm dus nu niet als een verplichting geldt, vindt de IGZ het meten van klantervaringen zo belangrijk dat zij deze norm in het toezichtonderzoek meeneemt. Er zal echter niet op gehandhaafd worden.

Tabel 48
Resultaten norm 5.3 (GGD n=11, JGZ n=9)

Norm	Trefwoord	GGD/JGZ-org. 0-4 jaar	N.v.t.	Onvoldoende	Voldoende
5.3.1	Samenwerkingsafspraken huisartsenzorg en JGZ	GGD	0	10	1
		JGZ-org.	0	6	3
5.3.2	Samenwerkingsafspraken vastgelegd	GGD	0	11	0
		JGZ-org.	0	8	1

Toelichting op tabel 48

Bij 10 van de 11 GGD'en en bij 6 van de 9 JGZ-organisaties 0-4 jaar waren er geen samenwerkingsafspraken tussen de huisartsenzorg en de jeugdgezondheidszorg. Samenwerkingsafspraken waren bovendien bij bijna geen enkele GGD of JGZ-organisatie 0-4 jaar schriftelijk vastgelegd.

Coördinatie van de zorgketen

NORM 5.4

De GGD draagt er zorg voor dat:

- voor de opening van een nieuwe COA-locatie samenwerkingsafspraken tot stand zijn gekomen in de zorgketen voor asielzoekers, waaronder de onder de Ziektekostenregeling asielzoekers gecontracteerde partijen;
- gedurende de periode dat de locatie geopend is, er samenwerkingsafspraken in de zorgketen voor asielzoekers in stand worden gehouden;
- bij sluiting van een locatie hiervan de samenwerkingsrelaties op de hoogte worden gebracht en afspraken worden gemaakt over de afronding van de samenwerking;
- afspraken tussen betrokken organisaties over thema's in de gezondheidszorg tot stand komen, waaronder de OGGZ, kindermishandeling en suïcide.

Tabel 49
Resultaten norm 5.4 (GGD n=11)

Norm	Trefwoord	GGD/JGZ-org. 0-4 jaar	N.v.t.*)	Onvoldoende	Voldoende
5.4.1	Samenwerkingsafspraken voor openen nieuwe opvanglocatie	GGD	2	5	4
5.4.2	Schriftelijke afspraken nieuwe opvanglocatie	GGD	0	7	4
5.4.3	Samenwerkingsafspraken in stand houden	GGD	0	9	2
5.4.4	Schriftelijke afspraken samenwerking in stand houden	GGD	0	9	2
5.4.5	Samenwerkingsafspraken bij sluiten opvanglocatie	GGD	3	3	5
5.4.6	Schriftelijke afspraken samenwerking bij sluiten opvanglocatie	GGD	0	7	4
5.4.7	Afspraken tussen GGD en huisartsenzorg over thema's	GGD	0	10	1
5.4.8	Beleid vastgelegd	GGD	0	10	1

*) Enkele GGD'en gaven aan dat dit in hun regio niet aan de orde was geweest.

Toelichting op tabel 49

De op landelijk niveau gemaakte afspraken tussen GGD NL en het COA over de rol van de GGD bij de coördinatie van de zorgketen bleken bij veel GGD'en niet bekend te zijn en/of te worden uitgevoerd.

5 Beschouwing

Het besluit dat de zorg voor asielzoekers zoveel mogelijk conform de reguliere zorg moet verlopen, heeft geleid tot een ingrijpende reorganisatie van de zorg voor asielzoekers. De inspectie heeft veel waardering voor de inzet van de betrokken partijen bij het implementeren van het nieuwe zorgmodel.

In dit onderzoek heeft de inspectie de toegankelijkheid van de huisartsenzorg en het bereik van de publieke gezondheidszorg getoetst, op basis van de normen in het nieuwe zorgmodel voor asielzoekers. In deze beschouwing komen allereerst enkele kenmerken van de zorg voor asielzoekers in het nieuwe zorgmodel aan de orde die de inspectie zijn opgevallen tijdens het toezichtonderzoek. Daarna beantwoordt de inspectie de vraag in hoeverre het nieuwe zorgmodel - als alle betrokken organisaties voldoen aan alle gestelde normen - nog specifieke risico's kent.

5.1 Kenmerken van de zorg voor asielzoekers in het nieuwe zorgmodel

5.1.1 *Huisartsenzorg voor asielzoekers is 'aanvullend aanbod'*

Het uitgangspunt van het nieuwe zorgmodel is dat de zorg zoveel mogelijk conform de reguliere zorg verloopt. Dat neemt niet weg dat de zorg voor asielzoekers niet volledig te vergelijken is met de reguliere zorg. Taal- en cultuurbarrières, de onbekendheid van asielzoekers met het Nederlandse zorgsysteem, de positie van de asielzoeker (beperkte bewegingsvrijheid, geen vrije huisartsenkeuze) maar ook de vaak slechtere gezondheidstoestand van asielzoekers (meer infectieziekten en psychische problemen en vaak een zorgachterstand bij aankomst in Nederland) maken de zorg voor asielzoekers bijzonder.

De LHV en het NHG maken in de huisartsgeneeskundige zorg onderscheid in 'basisaanbod', 'aanvullend aanbod' en 'bijzonder aanbod'ⁿ. *Basisaanbod* wordt door elke voorziening huisartsenzorg geboden. 'Aanvullend aanbod' is zorg die aansluit op de speciale behoeften van de populatie en betreft omschreven activiteiten of groepen patiënten. Die zorg vergt veelal praktijkondersteuning, aangepaste praktijkvoering, extra opleiding van huisarts en/of assistente, een geprotocolleerde aanpak en/of extra inzet. 'Bijzonder aanbod' raakt de grens van de huisartsgeneeskunde. De benodigde kennis en vaardigheden voor een deel van het bijzonder aanbod worden niet standaard in de opleiding tot huisarts aangeboden en vergen scholing en deskundigheidsbevordering en aangepaste praktijkvoering.

De LHV en het NHG beschouwen huisartsenzorg voor asielzoekers als 'aanvullend aanbod'.

5.1.2 *Uitvoeringsvarianten van huisartsenzorg*

De huisartsenzorg vormt de basis van het nieuwe zorgmodel. Uitgangspunt is dat de huisarts spreekuur houdt in de eigen huisartsenpraktijk, dichtbij de opvanglocatie. Is dat niet mogelijk of wenselijk, dan kan de huisarts spreekuur houden op de opvanglocatie. Beide varianten trof de inspectie aan.

De inspectie trof ook situaties aan waarin er geen huisarts in de regio was die deze zorg voor asielzoekers wilde bieden en waar artsen uit andere regio's of van de Forensisch Medische Maatschappij Utrecht (FMMU) werden ingezet.

Naast deze uitvoeringsvarianten waren er ook verschillen in de wijze waarop de huisarts, de POH en de doktersassistent samenwerkten. De mate waarin een huisarts beschikbaar was voor de POH was in de praktijk zeer wisselend. Soms vonden contacten vooral telefonisch en per e-mail plaats, soms was het contact zeer

ⁿ Aanbod huisartsgeneeskundige zorg 2009, NHG en LHV, blz. 4.

intensief, hield men in ruimtes naast elkaar spreekuur en werden alle consulten nabesproken.

5.1.3 *Aanvullende voorzieningen in de zorg voor asielzoekers*

Het nieuwe zorgmodel kent een aantal aanvullende voorzieningen die asielzoekers ondersteunen en faciliteren bij het leggen van contact met de zorg, namelijk de 'niet-medische gidsfunctie', de Praktijklijn en de laagdrempelige inloosprekuren op alle opvanglocaties. De 'niet-medische gidsfunctie' wijst de asielzoekers de weg naar de zorg door te informeren, ondersteunen en signaleren. De Praktijklijn garandeert de 24-uursbereikbaarheid van de huisartsenzorg met de mogelijkheid om professionele tolken in te schakelen.

Deze aanvullende voorzieningen zijn niet bedoeld om de reguliere voorzieningen te vervangen, maar zijn aanvullend op de reguliere voorzieningen. In de praktijk gaan asielzoekers echter meestal eerst naar het inloosprekuren van de POH voordat zij op het spreekuur van de huisarts komen. Ook komt het weinig voor dat een asielzoeker zelf naar een huisartsenpraktijk belt of rechtstreeks belt naar de huisartsenpost tijdens avond, nacht of weekend. Deze communicatie vindt over het algemeen plaats via de Praktijklijn.

5.2 **Welke risico's kent het nieuwe zorgmodel?**

Als alle betrokken organisaties voldoen aan de gestelde normen in het nieuwe zorgmodel ziet de inspectie nog de volgende risico's in het nieuwe zorgmodel:

5.2.1 *De mate van zelfredzaamheid die in het nieuwe zorgmodel verwacht wordt van asielzoekers*

Het nieuwe zorgmodel gaat uit van een grote mate van zelfredzaamheid van asielzoekers. De groep asielzoekers is echter zeer divers. Sommige asielzoekers zijn zeer zelfredzaam, anderen zijn dat veel minder, bijvoorbeeld als gevolg van psychische of psychiatrische problemen.

De inspectie ziet het als een risico voor de zorg aan asielzoekers wanneer er in het zorgmodel onvoldoende aandacht is voor de diversiteit van de doelgroep. Een ondersteunende en *outreaching* benadering voor kwetsbare asielzoekers vanuit de huisartsenzorg en de publieke gezondheidszorg beperkt dit risico.

5.2.2 *De verschillende uitvoeringsvarianten van huisartsenzorg*

Als er in een regio geen reguliere huisartsenpraktijk is die de huisartsenzorg voor asielzoekers wil bieden, dan kunnen problemen ontstaan in de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers. Binnen kantooruren kunnen problemen ontstaan als de huisarts niet op of dichtbij de opvanglocatie is. Buiten kantooruren kunnen problemen ontstaan als het niet lukt om afspraken te maken met de regionale huisartsenpost.

De inspectie ziet het als een risico voor de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers als deze zorg niet vanuit een reguliere huisartsenpraktijk wordt geboden. Dit risico kan beperkt worden als huisartsen in een regio de verantwoordelijkheid nemen voor de huisartsenzorg op een opvanglocatie in de betreffende regio. Dit sluit aan bij het standpunt van de LHV dat huisartsenzorg niet alleen basiszorg en acute zorg is, maar ook aanvullende zorg, gericht op een specifieke populatie.

5.2.3 *De samenwerking in de huisartsenzorg*

De samenwerking tussen de huisarts, de POH en de doktersassistente is de basis voor goede huisartsenzorg aan asielzoekers en is cruciaal voor het bieden van verantwoorde zorg. Het zorgmodel moet voorzien in de randvoorwaarden voor deze samenwerking.

De huisarts heeft een eindverantwoordelijke rol ten opzichte van de POH. Daarom moet er een heldere verdeling van taken en verantwoordelijkheden zijn. De huisarts, de POH en de doktersassistente moeten elkaar bovendien vertrouwen, elkaar regelmatig zien en korte communicatielijnen hebben.

Het op afstand van elkaar functioneren van de huisarts, de POH en de doktersassistente en een gebrekkige onderlinge samenwerking ziet de inspectie als risico's in deze zorg. Deze risico's kunnen verminderd worden door in samenspraak met de beroepsverenigingen te komen tot eenduidige randvoorwaarden voor deze samenwerking.

5.2.4 *Onduidelijkheid over de rol van de Praktijklijn en de functie van de inloopsprekuren*

In de praktijk blijken de Praktijklijn en de inloopsprekuren niet zozeer aanvullend te werken op de reguliere voorzieningen maar deze te vervangen. Dit is niet per definitie een risico voor de toegankelijkheid van de huisartsenzorg. De onduidelijkheid hierover ziet de inspectie wel als een risico. Dit risico kan verminderd worden door eenduidige informatievoorziening aan asielzoekers over de bereikbaarheid en (rechtstreekse) toegankelijkheid van de huisarts.

5.2.5 *Beperkte samenwerking tussen organisaties en professionals in de zorg voor asielzoekers*

Het uitgangspunt dat de zorg voor asielzoekers zoveel mogelijk conform de reguliere zorg in Nederland is georganiseerd, houdt tevens in dat bij (de toegeleiding tot) deze zorg meer organisaties en professionals zijn betrokken. Dat betekent dat er sprake is van taakverdeling, verwijzing en overdracht, hetgeen risico's inhoudt. Deze risico's kunnen verminderd worden door een intensieve samenwerking tussen de verschillende organisaties (COA, GC A, LHV, GGD NL) en de betrokken professionals, zowel op landelijk niveau als op lokaal niveau. In de praktijk is deze samenwerking nog beperkt.

Op landelijk niveau was de LHV/het NHG naar de mening van de inspectie nog te weinig betrokken bij de ontwikkeling en vaststelling van protocollen en richtlijnen voor de huisartsenzorg, terwijl dit voor het draagvlak bij de huisartsen van groot belang is. Ook op lokaal niveau was die samenwerking en afstemming nog beperkt. De inspectie is nauwelijks situaties tegengekomen waarin – naast het COA en het GC A – ook de publieke gezondheidszorg (GGD en JGZ-organisatie 0-4 jaar) deelnam aan het multidisciplinair overleg op de opvanglocaties. Ook waren er op lokaal niveau nog nauwelijks samenwerkingsafspraken tussen de huisartsenzorg van het GC A en de jeugdgezondheidszorg.

5.2.6 *Onduidelijkheid over het zorgmodel*

De inspectie constateert dat de organisatie van de zorg voor asielzoekers in de afgelopen 2 jaar nog voortdurend is aangepast door de verschillende partijen. Dit geldt zowel voor de huisartsenzorg als voor de publieke gezondheidszorg. Die aanpassingen zijn gedaan op basis van de mogelijkheden in de praktijk en op grond van de opgedane ervaringen.

Een dergelijke ontwikkeling is enerzijds logisch, maar ziet de inspectie ook als een risico wanneer dit leidt tot onduidelijkheid bij uitvoerende medewerkers in het veld. Dit risico kan verminderd worden wanneer de betrokken partijen op korte termijn gezamenlijk komen tot borging van het zorgmodel.

Samengevat constateert de inspectie dat het nieuwe zorgmodel voor asielzoekers dat vanaf 1 januari 2009 is ingevoerd, heeft geleid tot een gevarieerde en zich nog ontwikkelende uitvoeringspraktijk. Het nieuwe zorgmodel biedt naar de mening van de inspectie goede mogelijkheden voor een toegankelijke huisartsenzorg en een verantwoord bereik van de publieke gezondheidszorg, mits er voldoende oog is voor bovengenoemde risico's in het zorgmodel. Deze risico's zijn nooit volledig uit te

sluiten. Het is de verantwoordelijkheid van de betrokken organisaties en professionals om deze binnen de beschikbare mogelijkheden goed in beeld te hebben en door adequate maatregelen zoveel mogelijk te beperken.

6 Summary

On 1 January 2009, the Central Agency for the Reception of Asylum Seekers (COA) introduced a new protocol for the health care services to be provided to asylum seekers. The purpose of the new protocol was to ensure that asylum seekers have access to the same first-line health services that are available to the general population as much as possible.

The introduction of this protocol prompted the Health Care Inspectorate (IGZ) to conduct a dedicated supervisory investigation of the asylum seekers' access to first-line care (a general practitioner) and the extent to which public health and welfare services address the needs of this group.

Between September and December 2010, the Inspectorate conducted interviews with representatives of the COA, the Asylum Seekers Health Centre (GC-A), the relevant municipal or regional health authorities (GGDs) and the Youth Health and Welfare organizations (JGZ) for 0 to 4 year olds as well as security staff and general practitioners working at twenty selected reception centres. Inspectors also spoke with a number of asylum seekers.

During its supervisory visits, the Inspectorate observed a practice system which was clearly still in development. The results and conclusions of the current report therefore relate to the actual situation during the autumn of 2010, the time of the visits. At that time, the COA, the GC-A, the GGDs and the JGZ organizations for 0 to 4 years olds had not yet succeeded in meeting all the norms established by the new protocol. The Inspectorate noted risks in terms of both access to and outreach of first-line and other health and welfare services for asylum seekers. Some risks were minor (low level) while others were more serious (medium and high level).

Among other things, the Inspectorate found that the GC-A did not sufficiently reach risk groups during medical intake interviews. Although access to first-line care by telephone via the 'GP Practice Line' did meet the norm, not all centres offered enough opportunity to consult a GP without prior appointment, and potential risks were found with regard to the availability of GPs. The JGZ organizations were not always sufficiently proactive in their approach or aware of the needs of the young children in the centres. On a positive note, the use of professional interpreters was found to be adequate, and staff were satisfied with their availability through TVcN (Netherlands Interpretation and Translation Centre).

Where the GC-A, the GGDs and the JGZ organizations for 0 to 4 year olds did not meet the norms, the Inspectorate imposed measures. During the course of the investigation, the various parties concerned implemented various improvement measures at their own initiative. The Inspectorate is satisfied that they are now able to meet most of the norms included in the new care protocol. All high-level risks have been resolved, and it is reasonable to assume that the remaining medium and low-level risks identified by the Inspectorate will be eliminated during the third quarter of 2011.

However, even if all organizations concerned meet the norms established by the new care protocol in full, the Inspectorate observes that certain risks will remain. These risks are of the type that can never be fully excluded and are listed in the concluding remarks of the Inspectorate's report. Provided all concerned are aware of these risks and, using the opportunities available, take adequate measures to

mitigate their effects, both the access to and outreach of first-line care and other public health and welfare services for asylum seekers may be deemed satisfactory.

Bijlage 1 Gezondheidszorg voor asielzoekers

Gezondheidszorg voor asielzoekers^o

Asielzoekers die in de centrale opvang verblijven van het COA hebben vergelijkbare toegang tot de gezondheidszorg; net als ieder ander kunnen zij naar bijvoorbeeld de huisarts, de verloskundige of het ziekenhuis.

Inwoners van Nederland zijn verzekerd voor zorgkosten via onder meer de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) en via een zorgverzekering (basisverzekering en/of aanvullende verzekering). De aanspraak op een vergoeding van zorg is voor asielzoekers vastgelegd in de Regeling Zorg Asielzoekers (RZA). Het verstrekkingenpakket van de RZA komt grotendeels overeen met het verstrekkingenpakket van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. De asielzoeker heeft ook recht op een aantal onderdelen uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Omdat asielzoekers doorgaans nauwelijks financiële middelen hebben, geldt voor hen geen eigen bijdrage of eigen risico.

Het COA is verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van de gezondheidszorg aan asielzoekers. Het COA heeft de curatieve zorg voor asielzoekers geregeld via een contract met zorgverzekeraar Menzis. Dit wordt uitgevoerd door Menzis COA Administratie B.V. (MCA).

Gemeenten dragen verantwoordelijkheden op het terrein van de publieke gezondheidszorg. Deze zorg is beschreven in de Wet publieke gezondheid. Deze zorg is beschikbaar voor asielzoekers, maar ook voor deze zorg geldt dat de financiering op een andere wijze geregeld is; het COA heeft voor de Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers (PGA) een overeenkomst gesloten met GGD NL, de koepel van alle GGD'en.

Niet-medische gidsfunctie

Asielzoekers maken gebruik van reguliere zorg. Het COA ondersteunt dit onder meer door de asielzoeker wegwijs te maken in de organisatie van de gezondheidszorg in Nederland.

De opvangmedewerker van het COA op het asielzoekerscentrum informeert de asielzoeker middels o.a. brochures en trainingen over hoe de zorg georganiseerd is en waar de asielzoeker met zijn of haar zorgvraag terecht kan. De minder zelfredzame asielzoeker krijgt ondersteuning bij het contact leggen met zorgverleners. Hierdoor blijft de toegang tot de zorg laagdrempelig.

Het COA heeft op elk asielzoekerscentrum een medisch informatiepunt voor asielzoekers. Het informatiepunt biedt de asielzoeker de mogelijkheid om zich zelfstandig te informeren over medische zorg. Hier kan de asielzoeker ook de contactgegevens van lokaal gecontracteerde zorgverleners raadplegen. Naast het medisch informatiepunt faciliteert het COA de asielzoeker door middel van het beschikbaar stellen van een aparte telefoon waarmee de asielzoeker kan bellen met de Praktijklijn van het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A). Dit stimuleert de asielzoeker om net zoals in de reguliere zorg telefonisch zijn of haar hulpvraag te stellen en/of direct een afspraak te maken met de huisarts.

Het COA coördineert het multidisciplinair overleg (MDO) op locatie. Aan het MDO nemen de opvangmedewerker van het COA, de aan het asielzoekerscentrum verbonden huisarts en - op verzoek - andere gecontracteerde zorgverleners deel. Het MDO biedt de deelnemende organisaties de mogelijkheid om ingebrachte casuïstiek te bespreken, met inachtneming van de regels rond privacy. COA-

^o Factsheet 'Gezondheidszorg voor asielzoekers in Nederland' (november 2010), COA, GGD Nederland, MCA, Gezondheidscentrum Asielzoekers.

medewerkers bespreken tijdens het overleg 'sociaal medische problemen' die zij signaleren tijdens hun contacten met bewoners. Vervolgens kunnen gezamenlijk vervolgacties worden bepaald die escalatie van de geconstateerde sociaal-medische problematiek bij de asielzoeker moet voorkomen.

Tot slot faciliteert het COA diverse processen van zowel GC A als de GGD. Zo stelt zij werkruimtes ter beschikking en verzorgt zij de uitnodigingen voor de medische intake door GC A.

Het geheel van bovenstaande taken van het COA is samengevat als de niet-medische gidsfunctie.

Curatieve gezondheidszorg

Huisartsenzorg: Gezondheidscentrum Asielzoekers: GC A

Een belangrijk uitgangspunt in de zorg voor asielzoekers is dat asielzoekers huisartsenzorg ontvangen die zoveel mogelijk gelijk is aan de huisartsenzorg die voor alle inwoners van Nederland beschikbaar is.

Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A) is een landelijk gezondheidscentrum dat fungeert als eerste aanspreekpunt voor medische zorg voor alle asielzoekers in de opvang van het COA. GC A wordt gecontracteerd door MCA. GC A contracteert huisartsen voor het leveren van huisartsenzorg aan asielzoekers. Asielzoekers worden ingeschreven bij een huisarts die werkzaam is voor GC A.

Onderdeel van GC A is de Praktijklijn, een medisch callcenter waar asielzoekers 24 uur per dag, 7 dagen per week, in iedere taal met vragen over hun gezondheid terecht kunnen of een afspraak kunnen maken met de huisarts of de praktijkondersteuner huisartsenzorg asielzoekers (POH A). De Praktijklijn verzorgt ook afspraken met andere zorgverleners zoals tandartsen.

Op een GC A-locatie werken huisartsen nauw samen met praktijkondersteuners huisartsenzorg asielzoekers (POH A) en doktersassistenten. De POH houdt inloopspreekuren op of vlakbij de opvanglocatie waar de asielzoeker verblijft. De POH A verricht binnen de eigen BIG-verantwoordelijkheid geprotocolleerde interventies op het vakgebied van de huisartsenzorg, deze taken worden gedelegeerd aan de POH A onder eigen regie en verantwoordelijkheid van de huisarts. De teams worden op locatie waar nodig per direct telefonisch bijgestaan door een tolk van het Tolk- en Vertaalcentrum Nederland (TVcN).

Vanaf het najaar van 2010 maakt ook een consulent GGZ eerste lijn onderdeel uit van het team op een GC A-locatie. De consulent ondersteunt de huisarts en de POH A bij het verlenen van zorg aan asielzoekers die met psychische en/of psychosociale problemen een beroep doen op de huisarts. Dit doet de consulent door laagdrempelige eerstelijns GGZ-zorg, oplossingsgericht en dicht bij de cliënt, te bieden.

De huisarts kan de asielzoeker doorverwijzen naar bijvoorbeeld een medisch specialist of fysiotherapeut. Voor sommige vormen van zorg is toestemming van MCA vereist.

In het geval GC A niet direct een huisarts ter beschikking heeft bij de opening van een nieuw asielzoekerscentrum zet het MCA de Forensisch Medische Maatschappij Utrecht (FMMU) in. Deze organisatie heeft een landelijk netwerk van huisartsen in dienst die indien nodig direct ingezet kunnen worden. Dit netwerk vormt een team dat bekend is als *Rapid Health Force*. Met de inzet van dit team kan te allen tijde huisartsenzorg gegarandeerd worden.

Het werken met één Huisartsen Informatie Systeem (HIS), beheerd door GC A, zorgt voor een optimale medische verslaglegging en een minimum aan administratieve lasten. De huisartsen werken dus naast hun praktijk-HIS specifiek voor asielzoekers met het HIS-zorgdossier van GC A. In dit zorgdossier staan de medische gegevens van de betreffende asielzoekers die alleen zijn te raadplegen door zorgverleners die daartoe geautoriseerd zijn, inclusief de Praktijklijn. Als een asielzoeker verhuist naar een andere opvanglocatie, wordt binnen het HIS-zorgdossier het medisch dossier aan de huisarts van de andere opvanglocatie toegewezen.

Publieke gezondheidszorg

De GGD'en voeren voor asielzoekers, net als voor alle inwoners in Nederland, taken uit op het terrein van de publieke gezondheidszorg. Deze taken zijn vastgesteld in een overeenkomst van het COA met GGD NL.

Hieronder volgt een opsomming van de taken in het dienstenpakket PGA:

- Jeugdgezondheidszorg (JGZ) 0-19 jaar.
- Infectieziektepreventie en -bestrijding.
- Technische hygiënezorg.
- Soa/hiv-bestrijding.
- Gezondheidsbevordering (GB)/Gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO).
- Tuberculosebestrijding.
- Coördinatie van de zorgketen.

De openbare geestelijke gezondheidszorg aan asielzoekers is geen onderdeel van het contract tussen COA en GGD NL. MCA heeft voor deze zorg met GGD NL een apart contract afgesloten.

Bijlage 2 Selectie opvangcentra en betrokken GGD'en en JGZ-organisaties 0-4 jaar

Geselecteerde opvangcentra:

Reguliere opvangcentra

- Almere
- Apeldoorn-Noordwest
- Azelo-Borne
- Cranendonck
- Delfzijl
- Den Helder
- Dronten
- Gilze en Rijen
- Haps Zoetsmeerweg
- Leersum
- Oldebroek
- St. Annaparochie
- Vught
- Well

Geselecteerde bijzondere opvangcentra

- Centrale Ontvangst Locatie (COL) in ter Apel
- Opvang van Minder Validen (MiVa) in Burgum
- Opvang van Alleenstaande Minderjarige Vreemdelingen (AMV) in Oisterwijk
- Opvang van Alleenstaande Minderjarige Vreemdelingen (AMV) in Almelo
- Opvang van uitgenodigde vluchtelingen in Amersfoort
- Opvang van asielzoekers met psychiatrische problemen in Schalkhaar

Geselecteerde GGD'en en JGZ organisaties 0-4 jaar:

GGD'en

- Midden Nederland
- IJsselland
- Groningen
- Hart voor Brabant
- Regio Twente
- Fryslân
- Gelre IJssel
- Limburg Noord
- Brabant Zuidoost
- Hollands Noorden
- Flevoland

JGZ-organisaties 0-4 jaar

- Carinova
- Thebe
- Stichting Vitras/CMD
- Icare
- Groene Kruis Jeugdgezondheidszorg, van De Zorggroep
- Zorggroep Almere
- Zuidzorg
- Vivent
- Verian

Bijlage 3 Herkomstlanden betrokken asielzoekers

Herkomstlanden van asielzoekers betrokken bij de groepsgesprekken:

- Somalië
- Afghanistan
- Buthan
- Nigeria
- Colombia
- Syrië
- Serra Leone
- Burundi
- Birma
- Kenia
- Tsjetsjenië
- Bosnië-Herzegovina
- Eritrea
- China
- Libië
- Rwanda
- Armenië
- Irak
- Iran
- Libanon
- Pakistan
- Turkmenistan
- Azerbeidzjan
- Roemenie
- Rusland
- Kameroen

Bijlage 4 Beschrijving onderzoeksgroep

In het kader van dit onderzoek heeft de inspectie gesproken met:

Asielzoekers

Op elke bezochte opvanglocatie heeft de inspectie een groepsgesprek gehouden van ongeveer één uur met gemiddeld 4 à 5 asielzoekers. In totaal hebben 88 asielzoekers deelgenomen aan totaal 20 groepsgesprekken. Deze asielzoekers waren afkomstig uit 26 verschillende landen (zie bijlage 3 'Herkomstlanden betrokken asielzoekers').

Het doel van dit groepsgesprek was om per opvanglocatie een indruk te krijgen van wat er leefde bij de bewoners ten aanzien van de toegankelijkheid van de huisartsenzorg en het bereik van de publieke gezondheidszorg. De gesprekken waren informatief van aard en niet toetsend. Ze vonden over het algemeen aan het begin van de dag plaats, zodat de inspectie de informatie later op de dag kon gebruiken tijdens de gesprekken met de medewerkers van het COA en het GC A.

De bewoners waren voor deze groepsgesprekken uitgenodigd door de COA-manager. Deelname was op vrijwillige basis. Om te bevorderen dat bewoners zich vrij voelden om zich uit te spreken over verschillende thema's zijn geen persoonlijke gegevens van de asielzoekers genoteerd. In de groepsgesprekken heeft de inspectie de bewoners nadrukkelijk uitgenodigd om hun persoonlijke ervaringen te vertellen en hun mening te geven.

Om praktische redenen had de inspectie aan de COA-manager gevraagd om bewoners uit te nodigen waarmee het gesprek in één taal zou kunnen plaatsvinden; ofwel in het Engels ofwel in een andere taal met behulp van een tolk. Beide werkwijzen zijn toegepast. Bovenstaande maakt dat deze groep asielzoekers niet representatief is voor de gehele groep asielzoekers.

COA-medewerkers en beveiligingsmedewerkers in de opvangcentra voor asielzoekers

De inspectie heeft op de 20 opvangcentra voor asielzoekers, op basis van een voorgestructureerde vragenlijst, twee gesprekken van ongeveer één uur gevoerd met:

- een COA-medewerker: woonbegeleider of programmabegeleider;
- een COA-manager.

Tevens heeft de inspectie op deze opvanglocaties een gesprek van ongeveer een half uur gevoerd met een beveiligingsmedewerker, eveneens op basis van een voorgestructureerde vragenlijst.

Verder heeft de inspectie op deze opvanglocaties getoetst of het medisch informatiepunt van het COA en de telefoon waarmee asielzoekers de Praktijklijn kunnen bellen, voldeden aan de gestelde normen.

Huisartsen en medewerkers van het Gezondheidscentrum voor Asielzoekers (GC A)

Op de 20 opvangcentra heeft de inspectie de GC A-locatie bezocht en op basis van een voorgestructureerde vragenlijst twee gesprekken van ongeveer één uur gevoerd met:

- een huisarts;
- een praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH).

Een enkele keer nam ook een doktersassistente deel aan het gesprek.

Ook heeft de inspectie een bezoek gebracht aan het GC A-hoofdkantoor waar ook de Praktijklijn van het GC A is gehuisvest. Hier heeft de inspectie op basis van een voorgestructureerde vragenlijst vier gesprekken van ongeveer 1 uur gevoerd met:

- het hoofd zorgontwikkeling en kwaliteit;
- het hoofd zorguitvoering;
- de teamleider van de Praktijklijn;
- de manager van het GC A.

Verder heeft de inspectie tijdens dit bezoek de Praktijklijn van het GC A bezocht en getoetst of de werkwijze op de Praktijklijn voldeed aan de gestelde normen.

Medewerkers van GGD'en

De inspectie heeft de 11 GGD'en bezocht die werkzaam zijn voor de 20 opvangcentra. In bijlage 2 'Selectie opvangcentra en betrokken GGD'en en JGZ-organisaties 0-4 jaar' staan de geselecteerde GGD'en genoemd.

Bij de GGD'en heeft de inspectie, op basis van een voorgestructureerde vragenlijst, twee gesprekken van ongeveer 1 uur gevoerd met:

- een algemeen contactpersoon publieke gezondheidszorg asielzoekers (PGA);
- een leidinggevende PGA JGZ.

Eveneens op basis van een voorgestructureerde vragenlijst, heeft de inspectie twee gesprekken van ongeveer een half uur gevoerd met:

- een leidinggevende PGA GB/ GVO;
- een leidinggevende PGA Infectieziektebestrijding.

Bij veel GGD'en namen - behalve de leidinggevende - ook uitvoerende medewerkers deel aan de gesprekken.

Medewerkers van JGZ-organisaties 0-4 jaar

De inspectie heeft de 9 JGZ-organisaties 0-4 jaar bezocht die werkzaam zijn voor de 20 opvangcentra. In bijlage 2 'Selectie opvangcentra en betrokken GGD'en en JGZ-organisaties 0-4 jaar' staan de geselecteerde JGZ organisaties 0-4 jaar genoemd.

Bij deze organisaties heeft de inspectie, op basis van een voorgestructureerde vragenlijst één gesprek van ongeveer één uur gevoerd met een leidinggevende JGZ.

Bij veel JGZ-organisaties 0-4 jaar namen - behalve de leidinggevende - ook uitvoerende medewerkers deel aan het gesprek.

Bijlage 5

Lijst van afkortingen

AMV	Alleenstaande Minderjarige Vreemdelingen
BIG	Beroepen individuele gezondheidszorg
BTP	Basistakenpakket JGZ
COA	Centraal Orgaan opvang asielzoekers
COL	Centrale Ontvangst Locatie
DA	Doktersassistente
FMMU	Forensisch Medische Maatschappij Utrecht
GB	Gezondheidsbevordering
GC A	Gezondheidscentrum Asielzoekers
GGD	Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GVO	Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
HA	Huisarts
HIS	Huisartseninformatiesysteem
IBIS	Bewonersinformatiesysteem van het COA
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KNCV	Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der Tuberculose
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
MCA	Menzis COA Administratie B.V.
MDO	Multidisciplinair overleg
MiVa	Minder validen
MOA	Medische Opvang Asielzoekers
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
OGGZ	Openbare geestelijke gezondheidszorg
POH	Praktijkondersteuner huisartsenzorg
POL	Proces Opvang Locatie
RZA	Regeling Zorg Asielzoekers
SOA	Seksueel overdraagbare aandoeningen
tbc	Tuberculose
TVcN	Tolk- en Vertaalcentrum Nederland

Bijlage 6 Toetsingskader Uitvoering van de 'niet-medische gidsfunctie' in de opvanglocaties

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
INFORMATIE: Informatie over de wijze waarop de zorg georganiseerd is voor asielzoekers	1.1.a.	<u>Informeren</u> De opvangmedewerkers (COA) informeren de asielzoekers over de organisatie van de gezondheidszorg en de wijze waarop asielzoekers in contact kunnen komen met de zorg. Het COA informeert de asielzoeker over het zorgmodel en de eigen verantwoordelijkheid die een asielzoeker hierin heeft, in ieder geval tijdens: <ul style="list-style-type: none"> - het rechten- en plichtengesprek - voorlichtingsbijeenkomst oriëntatiefase - oriëntatietraining - vergunninghoudergesprek (voorlichting over reguliere gezondheidszorg). 			
	1.1.a.1.	COA-medewerkers informeren asielzoekers nooit over: <ul style="list-style-type: none"> - de organisatie van de gezondheidszorg - de eigen verantwoordelijkheid van de asielzoeker in het zorgmodel - de wijze waarop een asielzoeker in contact kan komen met de zorg. 	COA-medewerkers informeren asielzoekers soms over: <ul style="list-style-type: none"> - de organisatie van de gezondheidszorg - de eigen verantwoordelijkheid van de asielzoeker in het zorgmodel - de wijze waarop een asielzoeker in contact kan komen met de zorg. 	COA-medewerkers informeren asielzoekers altijd over: <ul style="list-style-type: none"> - de organisatie van de gezondheidszorg - de eigen verantwoordelijkheid van de asielzoeker in het zorgmodel - de wijze waarop een asielzoeker in contact kan komen met de zorg. 	-
	1.1.a.2.	Het COA geeft deze informatie nooit tijdens één van de volgende gesprekken: <ul style="list-style-type: none"> - het rechten- en plichtengesprek - voorlichtingsbijeenkomst oriëntatiefase - oriëntatietraining. 	Het COA geeft deze informatie soms tijdens de volgende gesprekken: <ul style="list-style-type: none"> - het rechten- en plichtengesprek - voorlichtingsbijeenkomst oriëntatiefase - oriëntatietraining. Werkinstructies zijn niet schriftelijk vastgelegd.	Het COA geeft deze informatie altijd tijdens de volgende gesprekken: <ul style="list-style-type: none"> - het rechten- en plichtengesprek - voorlichtingsbijeenkomst oriëntatiefase - oriëntatietraining. 	-

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
	1.1.a.3.	COA-medewerkers informeren de asielzoeker nooit over de reguliere gezondheidszorg tijdens het vergunninghoudergesprek.	COA-medewerkers informeren de asielzoeker soms over de reguliere gezondheidszorg tijdens het vergunninghoudergesprek.	COA-medewerkers informeren de asielzoeker altijd over de reguliere gezondheidszorg tijdens het vergunninghoudergesprek.	-
	1.1.a.4.	Werkinstructies m.b.t. het informeren van asielzoekers zijn niet schriftelijk vastgelegd.	-	Werkinstructies m.b.t. het informeren van asielzoekers zijn schriftelijk vastgelegd.	Werkinstructies m.b.t. het informeren van asielzoekers zijn schriftelijk vastgelegd. Deze worden periodiek geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
	1.1.a.5.	COA-medewerkers hebben geen instructie ontvangen m.b.t. deze taak.	COA-medewerkers hebben soms instructie ontvangen m.b.t. deze taak.	COA-medewerkers hebben altijd instructie ontvangen m.b.t. deze taak.	-
INFORMATIE: Informatie over de wijze waarop de zorg georganiseerd is voor asielzoekers	1.1.b.	<u>Doorverwijzen</u> COA-medewerkers verwijzen een asielzoeker direct door naar de zorg (huisarts, praktijklijn of POH) zodra deze om interpretatie of verduidelijking van informatie m.b.t. gezondheidszorg vraagt. Met behulp van de sociale kaart informeren ze asielzoekers over de contactgegevens van zorgverleners. De COA-medewerker 'verwijst' de asielzoeker met een medische hulpvraag: naar de Praktijklijn GC A buiten inloopsprekuren naar de POH/HA tijdens inloopsprekuren.			
	1.1.b.1.	COA-medewerkers verwijzen een asielzoeker nooit direct door naar de zorg (huisarts, praktijklijn of POH) zodra deze om interpretatie of verduidelijking van informatie m.b.t. gezondheidszorg vraagt.	COA-medewerkers verwijzen een asielzoeker soms direct door naar de zorg (huisarts, praktijklijn of POH) zodra deze om interpretatie of verduidelijking van informatie m.b.t. gezondheidszorg vraagt.	COA-medewerkers verwijzen een asielzoeker altijd direct door naar de zorg (huisarts, praktijklijn of POH) zodra deze om interpretatie of verduidelijking van informatie m.b.t. gezondheidszorg vraagt.	-
	1.1.b.2.	Er is geen (actuele) sociale kaart beschikbaar.	-	-	Met behulp van een (actuele) sociale kaart worden asielzoekers geïnformeerd over de contactgegevens van zorgverleners.

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
	1.1.b.3.	De COA-medewerker verwijst een asielzoeker met een medische hulpvraag nooit door naar praktijklijn buiten inloopsprekuren, of de POH/huisarts tijdens inloopsprekuren.	De COA-medewerker verwijst een asielzoeker met een medische hulpvraag soms door naar praktijklijn buiten inloopsprekuren, of de POH/huisarts tijdens inloopsprekuren.	De COA-medewerker verwijst een asielzoeker met een medische hulpvraag altijd door naar praktijklijn buiten inloopsprekuren, of de POH/huisarts tijdens inloopsprekuren.	-
	1.1.b.4.	Werkinstructies m.b.t. het doorverwijzen van asielzoekers zijn niet schriftelijk vastgelegd.	-	Werkinstructies m.b.t. het doorverwijzen van asielzoekers zijn schriftelijk vastgelegd.	Werkinstructies m.b.t. het doorverwijzen van asielzoekers zijn schriftelijk vastgelegd. Deze worden periodiek geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
	1.1.b.5.	COA-medewerkers hebben geen instructie ontvangen m.b.t. deze taak.	COA-medewerkers hebben soms instructie ontvangen m.b.t. deze taak.	COA-medewerkers hebben altijd instructie ontvangen m.b.t. deze taak.	-
INFORMATIE: Informatie over de wijze waarop de zorg georganiseerd is voor asielzoekers	1.1.c.	<u>Ondersteunen</u> De COA-medewerker biedt op aanvraag ondersteuning aan die asielzoekers die (nog) niet in staat zijn zelfstandig contact te leggen met de zorg.			
	1.1.c.1.	De COA-medewerker biedt nooit ondersteuning aan die asielzoekers die (nog) niet in staat zijn zelfstandig contact te leggen met de zorg.	De COA-medewerker biedt soms ondersteuning aan die asielzoekers die (nog) niet in staat zijn zelfstandig contact te leggen met de zorg.	De COA-medewerker biedt altijd ondersteuning aan die asielzoekers die (nog) niet in staat zijn zelfstandig contact te leggen met de zorg.	-
	1.1.c.2.	Werkinstructies m.b.t. het ondersteunen van asielzoekers zijn niet schriftelijk vastgelegd.	-	Werkinstructies m.b.t. het ondersteunen van asielzoekers zijn schriftelijk vastgelegd.	Werkinstructies m.b.t. het ondersteunen van asielzoekers zijn schriftelijk vastgelegd. Deze worden periodiek geëvalueerd en zonodig bijgesteld.

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
	1.1.d.1.	Inwerkprogramma voor COA-medewerkers m.b.t. niet-medische gidsfunctie ontbreekt.	-	-	Inwerkprogramma voor COA-medewerkers m.b.t. niet-medische gidsfunctie is aanwezig.
	1.1.d.2.	Er zijn geen schriftelijke afspraken over instructie van (nieuwe) medewerkers m.b.t. de niet-medische gidsfunctie.	-	Er zijn schriftelijke afspraken over instructie van (nieuwe) medewerkers m.b.t. de niet-medische gidsfunctie.	Er zijn schriftelijke afspraken over instructie van (nieuwe) medewerkers m.b.t. de niet-medische gidsfunctie. Deze afspraken worden regelmatig geëvalueerd en bijgesteld.
INFORMATIE: De wijze van informatieoverdracht	1.2.a.	<u>Informer</u> Voor asielzoekers is er een algemene voorlichtingsbrochure beschikbaar met algemene informatie over hoe de gezondheidszorg in Nederland werkt, in verschillende talen. Voor locatiespecifieke informatie is er voor de bewoners een leaflet gezondheidszorg. Deze is ook beschikbaar in verschillende talen.			
	1.2.a.1.	Er is geen algemene informatiefolder beschikbaar met informatie over hoe de zorg in Nederland werkt.	-	-	Er is een algemene informatiefolder beschikbaar met informatie over hoe de zorg in Nederland werkt.
	1.2.a.2.	De algemene informatiefolder is niet in de 12 door het COA voorgeschreven talen beschikbaar.	-	-	De algemene informatiefolder is in de 12 door het COA voorgeschreven talen beschikbaar.
	1.2.a.3.	Er is geen leaflet gezondheidszorg beschikbaar met locatie specifieke informatie.	-	-	Er is een leaflet gezondheidszorg beschikbaar met locatie specifieke informatie.
	1.2.a.4.	De leaflet is niet in de 12 door de COA voorgeschreven talen beschikbaar.	-	-	De leaflet is in de 12 door de COA voorgeschreven talen beschikbaar.

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
INFORMATIE: De wijze van informatieoverdracht	1.2.b.	Medisch informatiepunt Op elke locatie dient het COA een medisch informatiepunt^p in te richten. Het betreft een specifieke plek waar bewoners zelfstandig informatie kunnen inwinnen over de organisatie van de zorg. De informatie is klantgericht, dat wil zeggen in meer talen beschikbaar en 24 uur per dag toegankelijk. De opvangmedewerkers van het COA zijn verantwoordelijk voor het up-to-date houden van het medisch informatiepunt op locatie. Vanzelfsprekend zijn de zorgpartners verantwoordelijk voor de inhoudelijke informatie over de zorg.			
	1.2.b.1.	Er is geen medisch informatiepunt waar bewoners zelfstandig informatie kunnen inwinnen over de organisatie van de zorg.	-	-	Er is een medisch informatiepunt waar bewoners zelfstandig informatie kunnen inwinnen over de organisatie van de zorg.
	1.2.b.2.	Er is niemand verantwoordelijk voor het actueel houden van de informatie.	-	Er is iemand verantwoordelijk voor het actueel houden van de informatie.	Er is iemand verantwoordelijk voor het actueel houden van de informatie. Dit wordt regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
	1.2.b.3.	Het medisch informatiepunt is niet 24 uur per dag vrij toegankelijk.	-	-	Het medisch informatie punt is 24 uur per dag vrij toegankelijk.
	1.2.b.4.	Informatie is niet in 12 talen aanwezig.	-	-	De informatie in het medisch informatiepunt is beschikbaar in 12 talen.
INFORMATIE: De wijze van informatieoverdracht	1.2.c.	Informatiebalie Bij de informatiebalie ('infobalie') op het centrum kunnen bewoners terecht voor relevante informatie, ook voor informatie m.b.t. gezondheidszorg.			
	1.2.c.1.	Bij de informatiebalie op het centrum kunnen bewoners niet terecht voor informatie m.b.t. de gezondheidszorg.	-	-	Bij de informatiebalie op het centrum kunnen bewoners terecht voor informatie m.b.t. de gezondheidszorg.

^p Het COA heeft mondeling toegelicht dat hiermee een 'informatiezuil' wordt bedoeld.

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
	1.2.c.2.	Werkinstructies zijn niet schriftelijk vastgelegd.	-	Werkinstructies zijn schriftelijk vastgelegd.	Werkinstructies zijn schriftelijk vastgelegd. Deze worden regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
INTAKE: Inschrijving en dossiervorming	2.1.a.	Het COA informeert het GC A wekelijks over mutaties in het bewonersbestand van asielzoekers.			
	2.1 a.1.	Het GC A ontvangt niet wekelijks alle mutaties van het COA.	-	-	Het GC A ontvangt niet wekelijks alle mutaties van het COA.
	2.1.a.2.	Werkprocessen zijn niet schriftelijk vastgelegd.	-	Werkprocessen zijn schriftelijk vastgelegd.	Werkprocessen zijn schriftelijk vastgelegd. Deze worden regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
INTAKE: Tbc-screening bij binnenkomst in Nederland	2.4.	Het COA controleert in IBIS of alle daarvoor in aanmerking komende instromende bewoners gescreend zijn op tbc. Zo nee, dan informeert de COA-medewerker de bewoners over de tbc-screening en informeert de GGD.^q			
	2.4.1.	De COA-medewerker controleert nooit bij instromende asielzoekers of zij gecontroleerd zijn op tbc.	De COA-medewerker controleert soms bij instromende asielzoekers of zij gecontroleerd zijn op tbc.	De COA-medewerker controleert altijd bij instromende asielzoekers of zij gecontroleerd zijn op tbc.	-
	2.4.2.	Indien een asielzoeker niet is gescreend, informeert de COA-medewerker de bewoner en de sociaal verpleegkundige van de GGD hier nooit over.	Indien een asielzoeker niet is gescreend, informeert de COA-medewerker de bewoner en de sociaal verpleegkundige van de GGD hier soms over.	Indien een asielzoeker niet is gescreend, informeert de COA-medewerker de bewoner en de sociaal verpleegkundige van de GGD hier altijd over.	-

^q De eerste screening vindt plaats in Ter Apel en op Schiphol. In Ter Apel zal, conform de nieuwe werkwijze TBC-screening, per 1-7-2010 100% van de instromende asielzoekers worden gescreend. Op Schiphol zal de 100%-screening voorafgaand aan doorplaatsing vanaf 1 januari 2011 gerealiseerd zijn. De vervolgscreeningen vinden plaats in de regionale opvanglocaties door de GGD.

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
	2.4.3.	Werkinstructies zijn niet schriftelijk vastgelegd.	-	Werkinstructies zijn schriftelijk vastgelegd.	Werkinstructies zijn schriftelijk vastgelegd. Deze worden regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
INTAKE: Intake	2.6.	Alle asielzoekers die nieuw de asielopvang instromen ontvangen zo spoedig mogelijk na binnenkomst een uitnodigingsbrief voor een medische intake.^r In de regel bij een voorlichtingsbijeenkomst of (waar nodig, bijv. bij hoogzwangere vrouwen) eerder. De uitnodigingsbrief kent 12 vertalingen, overeenkomstig de vertalingen van de COA informatiemap. Het COA wijst asielzoekers nadrukkelijk op het belang van de medische intake.			
	2.6.1.	Alle asielzoekers die nieuw de asielopvang instromen ontvangen niet zo spoedig mogelijk na binnenkomst een uitnodigingsbrief voor een medische intake.	-	-	Alle asielzoekers die nieuw de asielopvang instromen ontvangen zo spoedig mogelijk na binnenkomst een uitnodigingsbrief voor een medische intake.
	2.6.2.	Hoogrisicogroepen worden niet eerder uitgenodigd voor een medische intake.	-	-	Hoogrisicogroepen worden eerder uitgenodigd voor een medische intake.
	2.6.3.	De uitnodigingsbrief is niet in de 12 door het COA voorgeschreven talen beschikbaar.	-	-	De uitnodigingsbrief is in de 12 door het COA voorgeschreven talen beschikbaar.
	2.6.4.	Het COA wijst asielzoekers niet op het belang van de medische intake.	-	-	Het COA wijst asielzoekers nadrukkelijk op het belang van de medische intake.
UITVOERING: Bereikbaarheid en beschikbaarheid	3.3.	Zorgtelefoon Het COA stelt een telefoon beschikbaar waarmee iedere asielzoeker contact kan leggen met de Praktijklijn van het GC A. In verband met de privacygevoeligheid van de gesprekken staat de telefoon waar mogelijk in een afgesloten ruimte.			
	3.3.1.	Er is geen door het COA beschikbaar gestelde telefoon waarmee iedere asielzoeker contact kan leggen met	-	-	Er is een door het COA beschikbaar gestelde telefoon waarmee iedere asielzoeker contact kan leggen met de

^r Het betreft de instroom op een asielzoekerscentrum, na het doorlopen van de Algemene Asielprocedure (AA). De uitnodigingsbrief wordt niet uitgereikt op de Centrale Ontvangst Locatie (COL) en Proces Opvang Locatie (POL), gedurende de rust en voorbereidingstermijn en Algemene Asielprocedure (AA).

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
		de Praktijklijn van het GC A.			Praktijklijn van het GC A.
	3.3.2.	De telefoon staat in een ruimte die niet 24 uur per dag vrij toegankelijk is en/of die niet de mogelijkheid biedt om met privacy te bellen.	-	-	De telefoon staat in een ruimte die 24 uur per dag vrij toegankelijk is en/of die niet de mogelijkheid biedt om met privacy te bellen.
UITVOERING: Bereikbaarheid en beschikbaarheid bij noodsituaties	3.5.	De aanvraag voor spoedeisende hulp loopt 7 dagen per week, 24 uur per dag via de beveiliging van het centrum. De bewoner kan zelfstandig of via een beveiligingsmedewerker een hulpdienst (1-1-2) aanvragen.			
	3.5.1.	De aanvraag voor spoedeisende hulp loopt niet 7 dagen per week, 24 uur per dag via de beveiliging van het centrum.	-	-	De aanvraag voor spoedeisende hulp loopt via de beveiliging van het centrum.
	3.5.2.	De beveiliging weet niet welke rol zij heeft bij een aanvraag voor spoedeisende hulp.	-	-	De beveiliging weet welke rol zij heeft bij een aanvraag voor spoedeisende hulp.
	3.5.3.	Werkinstructies hierover zijn niet schriftelijk vastgelegd.	-	Werkinstructies hierover zijn schriftelijk vastgelegd.	Werkinstructies hierover zijn schriftelijk vastgelegd. Deze worden regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
	3.5.4.	De bewoner is niet geïnformeerd dat deze zelfstandig of via een beveiligingsmedewerker een hulpdienst (1-1-2) kan aanvragen.	-	-	De bewoner is geïnformeerd dat deze zelfstandig of via een beveiligingsmedewerker een hulpdienst (1-1-2) kan aanvragen.

Bijlage 7 Toetsingskader Toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
INTAKE: Inschrijving en dossiervorming	2.3.a.	Bij binnenkomst van een nieuwe asielzoeker maakt het GC A een elektronisch medisch dossier aan, conform het geldende protocol.			
	2.3.a.1.	Bij binnenkomst van een asielzoeker maakt het GC A geen elektronisch medisch dossier aan.	Het GC A maakt voor een deel van de nieuw binnengekomen asielzoekers een elektronisch medisch dossier aan.	Het GC A maakt voor alle nieuw binnengekomen asielzoekers een elektronisch medisch dossier aan.	-
	2.3.a.2.	Er is geen geldend protocol beschikbaar.	-	Hiervoor is een geldend protocol beschikbaar.	Hiervoor is een geldend protocol beschikbaar. Dit protocol wordt regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
INTAKE: Inschrijving en dossiervorming	2.3.b.	Hiervoor geldt een privacyreglement.			
	2.3.b.1.	Een privacyreglement voor het medisch dossier is niet beschikbaar.	-	-	Een privacyreglement voor het medisch dossier is beschikbaar.
INTAKE: Medische intake	2.8.	Volwassenen en kinderen die dit willen, krijgen uiterlijk binnen 6 weken na aankomst in de COA-locatie een verpleegkundige intake door het GC A. Indien er sprake is van risicofactoren uiterlijk binnen 1 week na aankomst in een COA-locatie. De intake wordt uitgevoerd conform het geldende protocol.			
	2.8.1.	Geen van de volwassenen en kinderen die dit willen, krijgen binnen 6 weken na aankomst in de	Een deel van de volwassenen en kinderen die dit willen, krijgt binnen 6 weken na aankomst in de COA-locatie	Alle volwassenen en kinderen die dit willen, krijgen binnen 6 weken na aankomst in de COA-locatie een	-

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
		COA-locatie een verpleegkundige intake door het GC A.	een verpleegkundige intake door het GC A.	verpleegkundige intake door het GC A.	
	2.8.2.	Afspraken hierover zijn niet schriftelijk vastgelegd.	-	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd.	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd. Deze worden regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
	2.8.3.	Er wordt niet vastgesteld of er sprake is van risicofactoren.	-	-	Er wordt vastgesteld of er sprake is van risicofactoren.
	2.8.4.	Geen van de volwassenen en kinderen met risicofactoren krijgen indien zij dat willen binnen 1 week na aankomst in een COA-locatie een verpleegkundige intake door het GC A.	Een deel van de volwassenen en kinderen met risicofactoren krijgen indien zij dat willen binnen 1 week na aankomst in een COA-locatie een verpleegkundige intake door het GC A.	Alle volwassenen en kinderen met risicofactoren krijgen indien zij dat willen binnen 1 week na aankomst in een COA-locatie een verpleegkundige intake door het GC A.	-
	2.8.5.	Afspraken hierover zijn niet schriftelijk vastgelegd.	-	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd.	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd. Deze worden regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
	2.8.6.	De verpleegkundige intake wordt niet uitgevoerd conform het geldende protocol.	-	-	De verpleegkundige intake wordt uitgevoerd conform het geldende protocol.
INTAKE: Opstellen zorgplan en toegeleiding	2.10.	Op basis van de verpleegkundige intake wordt zonodig en in samenspraak met de asielzoeker een zorgplan opgesteld. Het zorgplan wordt vastgelegd in het dossier van de asielzoeker. Bij gesignaleerde zorgbehoefte wordt afhankelijk van de aard hiervan doorverwezen naar de huisarts dan wel naar de preventieve zorg (bijv. Tbc-bestrijding, JGZ, SOA-HIV-bestrijding).			
	2.10.1.	Er wordt geen zorgplan opgesteld, als uit de verpleegkundige intake blijkt dat dit nodig is.	-	-	Er wordt een zorgplan opgesteld als uit de verpleegkundige intake blijkt dat dit nodig is.

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
	2.10.2.	Een zorgplan wordt nooit in samenspraak met de asielzoeker opgesteld.	-	-	Een zorgplan wordt altijd in samenspraak met de asielzoeker opgesteld.
	2.10.3.	Het zorgplan wordt niet vastgelegd in het zorgdossier van de asielzoeker.	-	-	Het zorgplan wordt vastgelegd in het zorgdossier van de asielzoeker.
INTAKE: Opstellen zorgplan en toegeleiding	2.11.	Medische gegevens worden alleen na toestemming van de asielzoeker overgedragen aan derden, conform het geldende protocol.			
	2.11.1.	Medische gegevens worden altijd zonder toestemming van de asielzoekers overgedragen aan derden.	Medische gegevens worden soms na toestemming van de asielzoeker overgedragen aan derden.	Medische gegevens worden altijd met toestemming van de asielzoeker overgedragen aan derden. Dit wordt schriftelijk vastgelegd in het dossier.	-
	2.11.2.	Afspraken hierover zijn niet schriftelijk vastgelegd.	-	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd.	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd. Deze worden regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
INTAKE: <i>Informed consent</i>	2.12.	Voor de uitvoering van zorgverlening geeft de asielzoeker toestemming, op basis van <i>informed consent</i>. Dit wordt aangetekend in het dossier van de asielzoeker.			
	2.12.1.	Voor de uitvoering van de zorgverlening geeft de asielzoeker nooit toestemming, op basis van een <i>informed consent</i> .	Voor de uitvoering van de zorgverlening geeft de asielzoeker soms toestemming, op basis van een <i>informed consent</i> .	Voor de uitvoering van de zorgverlening geeft de asielzoeker altijd toestemming, op basis van een <i>informed consent</i> . Dit wordt aangetekend in het dossier van de asielzoeker.	-

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
INTAKE: <i>Informed consent</i>	2.13.	Er wordt gebruikgemaakt van een professionele tolk van het TVcN wanneer de hulpverlener niet in een voor de cliënt begrijpelijke taal kan communiceren. N.B. Een professionele tolk is 7x24 uur beschikbaar in elke taal, binnen 2 minuten zonder reservering vooraf (website TVcN).			
	2.13.1.	Er wordt geen gebruik gemaakt van een professionele tolk van het TVcN wanneer de hulpverlener niet in een voor de cliënt begrijpelijke taal kan communiceren.	Er wordt soms gebruik gemaakt van een professionele tolk van het TVcN wanneer de hulpverlener niet in een voor de cliënt begrijpelijke taal kan communiceren.	Er wordt altijd gebruik gemaakt van een professionele tolk van het TVcN wanneer de hulpverlener niet in een voor de cliënt begrijpelijke taal kan communiceren.	-
	2.13.2.	Afspraken hierover zijn niet schriftelijk vastgelegd.	-	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd.	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd. Deze worden regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
	2.13.3.	Indien een professionele tolk regelmatig niet 7x24 uur beschikbaar is in elke taal, binnen 2 minuten zonder reservering vooraf, dan wordt hiervan geen terugkoppeling gegeven aan TVcN.	-	-	Indien dat een professionele tolk regelmatig niet 7x24 uur beschikbaar is in elke taal, binnen 2 minuten zonder reservering vooraf, dan wordt hiervan terugkoppeling gegeven aan TVcN.
UITVOERING: Uitvoering zorgplan en aanbodgerichte zorg- en dienstverlening	3.1.	<p>Indien nodig wordt Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) en bemoeizorg (Individueel en collectief) geboden.</p> <p>Onder individuele bemoeizorg wordt verstaan: actieve ongevroegde hulpverlening aan volwassen asielzoekers met ernstige problemen op psychosociaal gebied, die niet zelf om hulp vragen en niet bereikt worden met het reguliere zorgaanbod. Met als resultaat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - totstandkoming contact met asielzoeker - totstandkoming van een begeleidingsrelatie in het kader van bemoeizorg - reductie van eventuele overlast voor de omgeving - doorstroming naar de reguliere zorg. <p>Deze zorg wordt verleend op aanvraag van de huisarts/POH.</p> <p>Onder collectieve OGGZ wordt verstaan: signalering en advisering. Het doel is enerzijds preventie, d.w.z. het signaleren en bestrijden van risicofactoren, en anderzijds vangnet, d.w.z. het bereiken en begeleiden van kwetsbare risicogroepen (volwassenen) onder de asielzoekers.</p> <p>Deze zorg wordt verleend op aanvraag van de huisarts/POH.</p>			

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
	3.1.1.	Huisartsen en POHs zijn niet bekend met de mogelijkheid om individuele of collectieve bemoeizorg aan te vragen bij de GGD.	-	-	Huisartsen en POHs zijn bekend met de mogelijkheid om individuele of collectieve bemoeizorg aan te vragen bij de GGD.
	3.1.2.	De GGD biedt geen individuele of collectieve bemoeizorg, op aanvraag van huisartsen en POHs.	De GGD biedt soms individuele of collectieve bemoeizorg op aanvraag van huisartsen en POHs.	De GGD biedt altijd individuele of collectieve bemoeizorg op aanvraag van huisartsen en POHs.	-
	3.1.3.	Afspraken hierover zijn niet schriftelijk vastgelegd.	-	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd.	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd. Deze worden regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
UITVOERING: Bereikbaarheid en beschikbaarheid	3.4.a.	Huisartsenzorg voor asielzoekers is 24 uur per dag telefonisch bereikbaar en indien nodig beschikbaar. De toegeleiding naar de zorg buiten kantoortijden gebeurt door de Praktijklijn van het GC A. De Praktijklijn neemt bij medische vragen contact op met de HA-post. Triage vindt plaats conform de geldende protocollen en richtlijnen van de NHG.			
	3.4.a.1.	Huisartsenzorg voor asielzoekers is niet 24 uur per dag beschikbaar.	-	-	Huisartsenzorg voor asielzoekers is 24 uur per dag beschikbaar.
	3.4.a.2.	De Praktijklijn neemt bij medische vragen buiten kantoortijden nooit contact op met de HA-post.	-	-	De Praktijklijn neemt bij medische vragen buiten kantoortijden altijd contact op met de HA-post.
	3.4.a.3.	Triage tijdens kantoortijden door de Praktijklijn van het GC A vindt niet plaats conform de geldende protocollen en richtlijnen van de NHG.	-	-	Triage tijdens kantoortijden door de Praktijklijn van het GC A vindt plaats conform de geldende protocollen en richtlijnen van de NHG.

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
UITVOERING: Bereikbaarheid en beschikbaarheid	3.4.b.	Er zijn laagdrempelige inloospreekuren voor asielzoekers op het centrum, afhankelijk van de grootte van de opvanglocatie. Leidraad hierbij is: tot 100 bewoners – min. 1 x pw tot 200 bewoners – min. 2 x pw tot 300 bewoners – min. 3 x pw tot 500 bewoners – min. 4 x pw meer dan 500 bewoners dagelijks.			
	3.4.b.1.	Er zijn laagdrempelige inloospreekuren voor asielzoekers op het centrum, maar niet conform de leidraad.	-	-	Er zijn laagdrempelige inloospreekuren voor asielzoekers op het centrum, conform de leidraad.
UITVOERING: Bereikbaarheid en beschikbaarheid	3.4.c.	Overdracht van medisch dossier naar de volgende huisarts van het GC A gebeurt binnen 2 werkdagen na de mededeling (door het COA) van overplaatsing aan de oorspronkelijke huisarts, conform het geldende protocol.			
	3.4.c.1.	Overdracht van medisch dossier naar de volgende huisarts van het GC A gebeurt nooit na de mededeling van overplaatsing (door het COA) aan de oorspronkelijke huisarts.	Overdracht van medisch dossier naar de volgende huisarts van het GC A gebeurt soms na de mededeling van overplaatsing (door het COA) aan de oorspronkelijke huisarts.	Overdracht van medisch dossier naar de volgende huisarts van het GC A gebeurt altijd na de mededeling van overplaatsing (door het COA) aan de oorspronkelijke huisarts.	-
	3.4.c.2.	Overdracht van medisch dossier naar de volgende huisarts van het GC A gebeurt nooit binnen 2 werkdagen.	Overdracht van medisch dossier naar de volgende huisarts van het GC A gebeurt soms binnen 2 werkdagen.	Overdracht van medisch dossier naar de volgende huisarts van het GC A gebeurt altijd binnen 2 werkdagen.	-
	3.4.c.3.	Afspraken m.b.t. de overdracht van het medisch dossier naar de volgende huisarts van het GC A zijn niet vastgelegd.	-	Afspraken m.b.t. de overdracht van het medisch dossier naar de volgende huisarts van het GC A zijn vastgelegd.	Afspraken m.b.t. de overdracht van het medisch dossier naar de volgende huisarts van het GC A zijn niet vastgelegd. Deze worden regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
UITVOERING: Bereikbaarheid en beschikbaarheid	3.4.d.	Een praktijkfolder over het GC A is beschikbaar en toegankelijk.			
	3.4.d.1.	Een praktijkfolder over het GC A is niet beschikbaar.	-	-	Een praktijkfolder over het GC A is beschikbaar.
UITVOERING: Bereikbaarheid en beschikbaarheid	3.4.e.	De Praktijklijn van het GC A is telefonisch bereikbaar: bij spoed binnen 30 seconden en regulier binnen 2 minuten.			
	3.4.e.1.	De Praktijklijn van het GC A is bij spoedvragen niet binnen 30 seconden bereikbaar.	-	-	De Praktijklijn van het GC A is bij spoedvragen binnen 30 seconden bereikbaar.
	3.4.e.2.	De Praktijklijn van het GC A is bij reguliere zorgvragen niet binnen 2 minuten bereikbaar.	-	-	De Praktijklijn van het GC A is bij reguliere zorgvragen binnen 2 minuten bereikbaar.
EVALUATIE EN NAZORG: Toegeleiding en overdracht	4.2.	Bij uitplaatsing van de asielzoeker uit de centrale opvang, draagt het GC A gegevens over en archiveert gegevens conform het geldende protocol.			
	4.2.1.	Bij uitplaatsing van de asielzoeker uit de centrale opvang, draagt het GC A gegevens nooit over aan de nieuwe huisarts, als deze bekend is.	Bij uitplaatsing van de asielzoeker uit de centrale opvang, draagt het GC A gegevens soms over aan de nieuwe huisarts, als deze bekend is.	Bij uitplaatsing van de asielzoeker uit de centrale opvang, draagt de GC A gegevens altijd over aan de nieuwe huisarts, als deze bekend is.	-
	4.2.2.	Overdracht van gegevens vindt niet binnen een maand na het	Overdracht van gegevens vindt soms binnen een maand na het bekend worden	Overdracht van gegevens vindt zo spoedig mogelijk plaats, maar in ieder	-

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
		bekend worden van de nieuwe huisarts plaats.	van de nieuwe huisarts plaats.	geval binnen een maand na het bekend worden van de nieuwe huisarts.	
	4.2.3.	Afspraken hierover zijn niet schriftelijk vastgelegd.	-	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd.	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd. Deze worden regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
	4.2.4.	Bij uitplaatsing van de asielzoeker uit de centrale opvang, archiveert het GC A de gegevens niet conform protocol.	-	-	Bij uitplaatsing van de asielzoeker uit de centrale opvang, archiveert het GC A de gegevens conform protocol.
EVALUATIE EN NAZORG: Klachtenopvang en -behandeling	4.3.	Er is een klachtenregeling, gebaseerd op de wet klachtrecht cliënten zorgsector. Asielzoekers worden over de klachtenregeling geïnformeerd.			
	4.3.1.	Er is geen klachtenregeling.	-	-	Er is een klachtenregeling.
	4.3.2.	De klachtenregeling wordt niet kenbaar gemaakt aan de asielzoekers.	-	-	De klachtenregeling wordt kenbaar gemaakt aan de asielzoekers.
	4.3.3.	De organisatie voert geen beleid waarin klachten worden gebruikt voor verbetering van de zorgverlening.	-	-	De organisatie voert een beleid waarin klachten aantoonbaar worden gebruikt voor verbetering van de zorgverlening.

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
BELEID EN ORGANISATIE: Waardering van asielzoekers	5.1.	De organisatie peilt systematisch de waardering van asielzoekers over de mate waarin de organisatie aan hun behoeften en verwachtingen heeft voldaan. De organisatie bepaalt de methoden voor het verkrijgen en gebruiken van deze informatie. De organisatie gaat na of er een onafhankelijke patiënten-/cliëntentoets beschikbaar is. Indien dit het geval is, werkt de organisatie mee aan de uitvoering hiervan.^s			
	5.1.1.	De organisatie peilt nooit de waardering van asielzoekers over de mate waarin de organisatie aan hun behoeften en verwachtingen heeft voldaan.	De organisatie peilt soms de waardering van asielzoekers over de mate waarin de organisatie aan hun behoeften en verwachtingen heeft voldaan, maar doet dit niet systematisch.	De organisatie peilt systematisch de waardering van asielzoekers over de mate waarin de organisatie aan hun behoeften en verwachtingen heeft voldaan.	De organisatie peilt systematisch de waardering van asielzoekers over de mate waarin de organisatie aan hun behoeften en verwachtingen heeft voldaan. De organisatie heeft hier beleid voor geformuleerd, dat wordt gevolgd. Dit beleid wordt regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
	5.1.2.	De organisatie heeft hier geen beleid voor geformuleerd.	-	De organisatie heeft hier beleid voor geformuleerd.	De organisatie heeft hier beleid voor geformuleerd. Dit beleid wordt regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
BELEID EN ORGANISATIE: Personeel	5.2.	Er is gem. 4 uur per week per 100 bewoners beschikbaar voor huisartsgeneeskundige activiteiten (incl. overlegsituaties). Er is 1,4 fte POH per 400 asielzoekers beschikbaar. Tijdens het inloospreekuur van de POH is er altijd een doktersassistente (DA) aanwezig.			
	5.2.1.	Er is gem. minder dan 4 uur per week per 100 bewoners beschikbaar voor huisartsgeneeskundige activiteiten (incl. overlegsituaties).	-	-	Er is gem. min 4 uur per week per 100 bewoners beschikbaar voor huisartsgeneeskundige activiteiten (incl. overlegsituaties).
	5.2.2.	Er is minder dan 1,4 fte POH per 400 asielzoekers beschikbaar.	-	-	Er is 1,4 fte POH per 400 asielzoekers beschikbaar.

^s Deze norm was opgenomen in het HKZ-schema voor de Medische Opvang Asielzoekers (2004). Op dit moment is er geen passend HKZ-schema voor de asielzoekerszorg. Hoewel de norm dus nu niet als een verplichting geldt, vindt de IGG het meten van klantervaringen zo belangrijk dat zij deze norm in het toezichtonderzoek meeneemt. Er zal echter niet op gehandhaafd worden.

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
	5.2.3.	Tijdens het inloopspreekuur van de POH is er niet structureel een DA aanwezig.	-	-	Tijdens een inloopspreekuur van de POH is er structureel een DA aanwezig.
BELEID EN ORGANISATIE: Samenwerking	5.3.	Er zijn samenwerkingsafspraken tussen de huisartsenzorg en de jeugdgezondheidszorg vastgelegd, o.a. over de wijze waarop beiden elkaar over en weer informeren bij verwijzing.			
	5.3.1.	Er zijn geen samenwerkingsafspraken tussen de huisartsenzorg en de jeugdgezondheidszorg over de wijze waarop beiden elkaar over en weer informeren bij verwijzing.	-	-	Er zijn samenwerkingsafspraken tussen de huisartsenzorg en de jeugdgezondheidszorg, o.a. over de wijze waarop beiden elkaar over en weer informeren bij verwijzing.
	5.3.2.	Samenwerkingsafspraken zijn niet schriftelijk vastgelegd.	-	Samenwerkingsafspraken zijn schriftelijk vastgelegd.	Samenwerkingsafspraken zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie m.b.t. de samenwerking en zonodig bijstelling van de afspraken.
BELEID EN ORGANISATIE: Melding van incidenten in de patiëntenzorg	5.5.	Er is een procedure voor meldingen van incidenten en calamiteiten in de patiëntenzorg.			
	5.5.1.	Er is geen procedure voor meldingen en calamiteiten in de patiëntenzorg.	-	-	Er is een procedure voor meldingen en calamiteiten in de patiëntenzorg.

Bijlage 8 Toetsingskader Bereik van asielzoekers door de publieke gezondheidszorg

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
INTAKE: Inschrijving en dossiervorming	2.1.b.	Het COA biedt de GGD'en rechtstreeks toegang tot de IBIS-registratie.			
	2.1.b.1.	De GGD/JGZ heeft geen rechtstreekse toegang tot de IBIS-registratie.	De GGD/JGZ heeft rechtstreekse toegang tot de IBIS-registratie. Werkprocessen zijn niet schriftelijk vastgelegd.	De GGD/JGZ heeft rechtstreekse toegang tot de IBIS-registratie. Werkprocessen zijn schriftelijk vastgelegd.	De GGD/JGZ heeft geen rechtstreekse toegang tot de IBIS-registratie. Werkprocessen zijn niet schriftelijk vastgelegd. Deze werkprocessen worden regelmatig geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
INTAKE: Inschrijving en dossiervorming	2.2.a.	Voor kinderen van 0 – 19 jaar wordt binnen 6 weken na aankomst een JGZ-dossier aangemaakt.			
	2.2.a.1.	De JGZ maakt voor geen enkel kind een JGZ-dossier aan binnen 6 weken na aankomst.	De JGZ maakt voor een deel van de kinderen een JGZ dossier aan binnen 6 weken na aankomst.	De JGZ maakt voor alle kinderen binnen 6 weken na aankomst een JGZ dossier aan.	De JGZ maakt voor alle kinderen binnen 6 weken na aankomst een JGZ dossier aan.
	2.2.a.2.	Afspraken hierover zijn niet schriftelijk vastgelegd	-	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd.	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd. Er is een regelmatige controle om te borgen dat alle dossiers zijn aangemaakt.

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
INTAKE: Inschrijving en dossiervorming	2.2.b.	Hiervoor geldt een privacyreglement.			
	2.2.b.1.	Een privacyreglement voor de JGZ is niet beschikbaar.	-	-	Een privacyreglement voor de JGZ is beschikbaar.
INTAKE: Tuberculose-screening bij binnenkomst in Nederland	2.5.a.	De GGD voert de eerste tbc-screening uit bij instromende asielzoekers uit landen met een hoge incidentie^t en streeft daarbij naar 100% bereik, conform KNCV-richtlijnen.			
	2.5 a.1.	De GGD voert bij geen enkele instromende asielzoeker de eerste tbc-screening uit.	De GGD voert bij een deel van de instromende asielzoekers de eerste tbc-screening uit.	De GGD voert bij alle instromende asielzoekers de eerste tbc-screening uit.	De GGD voert bij alle instromende asielzoekers de eerste tbc-screening uit.
	2.5.a.2.	Werkinstructies zijn niet schriftelijk vastgelegd.	-	Werkinstructies zijn schriftelijk vastgelegd.	Werkinstructies zijn schriftelijk vastgelegd. Deze worden bovendien regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.

^t Voor de eerste screening geldt een incidentie van 50 per 100.000 in het land van herkomst. De eerste screening vindt plaats in Ter Apel en op Schiphol. In Ter Apel zal, conform de nieuwe werkwijze Tbc-screening, per 1-7-2010 100% van de instromende asielzoekers worden gescreend. Op Schiphol zal de 100%-screening voorafgaand aan doorplaatsing vanaf 1 januari 2011 gerealiseerd zijn. De vervolgscreeningen vinden plaats in de regionale opvanglocaties door de GGD.

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
INTAKE: Tuberculose-screening bij binnenkomst in Nederland	2.5.b.	De GGD voert de halfjaarlijkse vervolgscreening bij asielzoekers uit landen met een hoge incidentie (200 op 100.000 inwoners) op tbc uit en streeft daarbij naar 100% bereik, conform KNCV-richtlijnen.			
	2.5.b.1.	De GGD voert bij geen enkele asielzoeker de halfjaarlijkse vervolgscreening op tbc uit.	De GGD voert bij een deel van de asielzoekers de halfjaarlijkse vervolgscreening op tbc uit.	De GGD voert bij alle asielzoekers de halfjaarlijkse vervolgscreening op tbc uit.	-
	2.5.b.2.	Werkinstructies zijn niet schriftelijk vastgelegd.	-	Werkinstructies zijn schriftelijk vastgelegd.	Werkinstructies zijn schriftelijk vastgelegd. Deze worden bovendien regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
INTAKE: Intake	2.7.	Asielzoekers tot 19 jaar krijgen binnen 6 weken na aankomst in Nederland een verpleegkundige intake bij de JGZ en een medisch onderzoek binnen 1 week daarna. De intake en medisch onderzoek worden uitgevoerd conform concept Basistakenpakket JGZ asielzoekerkinderen.			
	2.7.1.	Geen van de asielzoekers tot 19 jaar krijgt een verpleegkundige intake bij de JGZ, binnen 6 weken na aankomst in Nederland.	Een deel van de asielzoekers tot 19 jaar krijgt binnen 6 weken na aankomst in Nederland een verpleegkundige intake bij de JGZ.	Alle asielzoekers tot 19 jaar krijgen binnen 6 weken na aankomst in Nederland een verpleegkundige intake bij de JGZ.	-
	2.7.2.	Afspraken hierover zijn niet schriftelijk vastgelegd.	-	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd.	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd. Deze worden regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
	2.7.3.	Geen van de asielzoekers tot 19 jaar krijgt een medisch onderzoek binnen 1 week na de verpleegkundige intake.	Een deel van de asielzoekers tot 19 jaar krijgt een medisch onderzoek binnen 1 week na de verpleegkundige intake.	Alle asielzoekers tot 19 jaar krijgt een medisch onderzoek binnen 1 week na de verpleegkundige intake.	-

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
	2.7.4.	Afspraken hierover zijn niet schriftelijk vastgelegd.	-	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd.	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd. Deze worden regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
	2.7.5.	De intake wordt niet uitgevoerd conform concept Basistakenpakket JGZ asielzoekerkinderen.	-	-	De intake wordt uitgevoerd conform concept Basistakenpakket JGZ asielzoekerkinderen.
	2.7.6.	Het medisch onderzoek wordt niet uitgevoerd conform concept Basistakenpakket JGZ asielzoekerkinderen.	-	-	Het medisch onderzoek wordt uitgevoerd conform concept Basistakenpakket JGZ asielzoekerkinderen.
INTAKE: Opstellen zorgplan en toegeleiding	2.9.	Op basis van het medisch onderzoek bij de JGZ 0-19 wordt een (inhaal)vaccinatieschema opgesteld.			
	2.9.1.	Op basis van het medisch onderzoek bij de JGZ 0-19 wordt geen (inhaal)vaccinatieschema opgesteld.	Op basis van het medisch onderzoek bij de JGZ 0-19 wordt soms een (inhaal)vaccinatieschema opgesteld.	Op basis van het medisch onderzoek bij de JGZ 0-19 wordt altijd een (inhaal)vaccinatieschema opgesteld.	-
	2.9.2.	Afspraken hierover zijn niet schriftelijk vastgelegd.	-	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd.	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd. Deze worden regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
INTAKE: Opstellen zorgplan en toegeleiding	2.11.	Medische gegevens worden alleen na toestemming van de asielzoeker overgedragen aan derden, conform het geldende protocol.			
	2.11.1.	Medische gegevens worden altijd zonder toestemming van de asielzoekers overgedragen aan derden.	Medische gegevens worden soms na toestemming van de asielzoeker overgedragen aan derden.	Medische gegevens worden altijd met toestemming van de asielzoeker overgedragen aan derden. Dit wordt schriftelijk vastgelegd in het dossier.	-

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
	2.11.2.	Afspraken hierover zijn niet schriftelijk vastgelegd.	-	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd.	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd. Deze worden regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
INTAKE: <i>Informed consent</i>	2.13.	Er wordt gebruikgemaakt van een professionele tolk van het TVcN wanneer de hulpverlener niet in een voor de cliënt begrijpelijke taal kan communiceren. N.B. Een professionele tolk is 7x24 uur beschikbaar in elke taal, binnen 2 minuten zonder reservering vooraf (website TVcN).			
	2.13.1.	Er wordt geen gebruik gemaakt van een professionele tolk van het TVcN wanneer de hulpverlener niet in een voor de cliënt begrijpelijke taal kan communiceren.	Er wordt soms gebruik gemaakt van een professionele tolk van het TVcN wanneer de hulpverlener niet in een voor de cliënt begrijpelijke taal kan communiceren.	Er wordt altijd gebruik gemaakt van een professionele tolk van het TVcN wanneer de hulpverlener niet in een voor de cliënt begrijpelijke taal kan communiceren.	-
	2.13.2.	Afspraken hierover zijn niet schriftelijk vastgelegd.	-	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd.	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd. Deze worden regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
	2.13.3.	Indien een professionele tolk niet 7x24 uur beschikbaar is in elke taal, binnen 2 minuten zonder reservering vooraf, dan wordt hiervan geen terugkoppeling gegeven aan TVcN.	-	-	Indien een professionele tolk niet 7x24 uur beschikbaar is in elke taal, binnen 2 minuten zonder reservering vooraf, dan wordt hiervan terugkoppeling gegeven aan TVcN.

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
UITVOERING: Uitvoering zorgplan en aanbodgerichte zorg- en dienstverlening	3.1.	<p>Indien nodig wordt Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) en bemoeizorg (individueel en collectief) geboden. Onder individuele bemoeizorg wordt verstaan: actieve ongevraagde hulpverlening aan volwassen asielzoekers met ernstige problemen op psychosociaal gebied, die niet zelf om hulp vragen en niet bereikt worden met het reguliere zorgaanbod. Met als resultaat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - totstandkoming contact met asielzoeker - totstandkoming van een begeleidingsrelatie in het kader van bemoeizorg - reductie van eventuele overlast voor de omgeving - doorstroming naar de reguliere zorg. <p>Deze zorg wordt verleend op aanvraag van de huisarts/POH.</p> <p>Onder collectieve OGGZ wordt verstaan: signalering en advisering. Het doel is enerzijds <i>preventie</i>, d.w.z. het signaleren en bestrijden van risicofactoren, en anderzijds <i>vangnet</i>, d.w.z. het bereiken en begeleiden van kwetsbare risicogroepen (volwassenen) onder de asielzoekers. Deze zorg wordt verleend op aanvraag van de huisarts/POH.</p>			
	3.1.1.	Huisartsen en POHs zijn niet bekend met de mogelijkheid om individuele of collectieve bemoeizorg aan te vragen bij de GGD.	-	-	Huisartsen en POHs zijn bekend met de mogelijkheid om individuele of collectieve bemoeizorg aan te vragen bij de GGD.
	3.1.2.	De GGD biedt geen individuele of collectieve bemoeizorg, op aanvraag van huisartsen en POHs.	De GGD biedt soms individuele of collectieve bemoeizorg op aanvraag van huisartsen en POHs.	De GGD biedt altijd individuele of collectieve bemoeizorg op aanvraag van huisartsen en POHs.	-
	3.1.3.	Afspraken hierover zijn niet schriftelijk vastgelegd.	-	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd.	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd. Deze worden regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
UITVOERING: Uitvoering zorgplan en aanbodgerichte zorg- en dienstverlening	3.2.a.	<p>De GGD biedt individuele voorlichting op het terrein van soa-preventie en aanvullende curatieve soa-bestrijding. Wanneer door triage wordt vastgesteld dat iemand behoort tot een hoog-risicogroep, dan komt de asielzoeker in aanmerking voor een aanvullend curatief consult.</p>			
	3.2.a.1.	De GGD biedt geen voorlichting op het	-	-	De GGD biedt voorlichting op het

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
		terrein van soa-preventie en aanvullende curatieve soa-bestrijding.			terrein van soa-preventie en aanvullende curatieve soa-bestrijding.
	3.2.a.2.	Er is geen sprake van individuele voorlichting.	-	-	Er is sprake van individuele voorlichting.
	3.2.a.3.	Wanneer een asielzoeker tot een hoog-risicogroep behoort dan krijgt de asielzoeker geen aanvullend curatief consult aangeboden.	-	-	Wanneer een asielzoeker tot een hoog-risicogroep behoort dan krijgt de asielzoeker een aanvullend curatief consult aangeboden.
UITVOERING: Uitvoering zorgplan en aanbodgerichte zorg- en dienstverlening	3.2.b.	De JGZ bereikt minimaal 95% van de kinderen van 0 – 19 jaar met het reguliere JGZ-aanbod.			
	3.2.b.1.	De JGZ bereikt minder dan 85% van de kinderen van 0 – 19 jaar met het reguliere JGZ-aanbod.	De JGZ bereikt 85 - 95% van de kinderen van 0 – 19 jaar met het reguliere JGZ-aanbod.	De JGZ bereikt minimaal 95% van de kinderen van 0 – 19 jaar met het reguliere JGZ-aanbod.	-
	3.2.b.2.	Afspraken hierover zijn niet schriftelijk vastgelegd.	-	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd.	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige controle en zonodig bijstelling.
	3.2.b.3.	Er zijn geen risicokinderen in beeld.	Een deel van de risicokinderen is in beeld.	Alle risicokinderen zijn in beeld.	-
	3.2.b.4.	Afspraken hierover zijn niet schriftelijk vastgelegd.	-	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd.	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd. Deze worden regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
UITVOERING: Uitvoering zorgplan en aanbodgerichte zorg- en dienstverlening	3.2.c.	Het GB-jaarplan wordt uitgevoerd door de GGD.			
	3.2.c.1.	Er is geen actueel en vastgesteld GB-jaarplan voor het lopende jaar.	-	-	Er is een actueel en vastgesteld GB-jaarplan voor het lopende jaar.
	3.2.c.2.	Het GB-jaarplan wordt niet uitgevoerd.	Het GB-jaarplan wordt deels uitgevoerd.	Het GB-jaarplan wordt volledig uitgevoerd.	-
	3.2.c.3.	Er is geen zicht op het bereik bij deze activiteiten.	Er is zicht op het bereik bij een deel van deze activiteiten.	Er is zicht op het bereik bij alle activiteiten.	-
	3.2.c.4.	Afspraken hierover zijn niet schriftelijk vastgelegd.	-	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd.	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd. Deze worden regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
EVALUATIE EN NAZORG: Toegeleiding en overdracht	4.1.	Bij uitplaatsing van de asielzoeker uit de centrale opvang, draagt de JGZ het integraal dossier JGZ over aan de JGZ in het werkgebied waar de jongere gaat wonen.			
	4.1.1.	Bij uitplaatsing van de asielzoeker uit de centrale opvang, draagt de JGZ het integraal dossier JGZ niet over aan de JGZ in het werkgebied waar de jongere gaat wonen.	Bij uitplaatsing van de asielzoeker uit de centrale opvang, draagt de JGZ het integraal dossier JGZ soms over aan de JGZ in het werkgebied waar de jongere gaat wonen.	Bij uitplaatsing van de asielzoeker uit de centrale opvang, draagt de JGZ het integraal dossier JGZ altijd over aan de JGZ in het werkgebied waar de jongere gaat wonen.	-

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
	4.1.2.	Afspraken hierover zijn niet schriftelijk vastgelegd.	-	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd.	Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd. Deze worden regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
	4.1.3.	Het JGZ dossier is niet bij het eerst volgende contact moment bij de nieuwe JGZ organisatie beschikbaar.	-	-	Het JGZ dossier is bij het eerst volgende contact moment bij de nieuwe JGZ organisatie beschikbaar.
EVALUATIE EN NAZORG: Klachtenopvang en -behandeling	4.3.	Er is een klachtenregeling, gebaseerd op de wet klachtrecht cliënten zorgsector. Asielzoekers worden over de klachtenregeling geïnformeerd.			
	4.3.1.	Er is geen klachtenregeling.	-	-	Er is een klachtenregeling.
	4.3.2.	De klachtenregeling wordt niet kenbaar gemaakt aan de asielzoekers.	-	-	De klachtenregeling wordt kenbaar gemaakt aan de asielzoekers.
	4.3.3.	De organisatie voert geen beleid waarin klachten worden gebruikt voor verbetering van de zorgverlening.	-	-	De organisatie voert een beleid waarin klachten aantoonbaar worden gebruikt voor verbetering van de zorgverlening.
BELEID EN ORGANISATIE: Waardering van asielzoekers	5.1.	De organisatie peilt systematisch de waardering van asielzoekers over de mate waarin de organisatie aan hun behoeften en verwachtingen heeft voldaan. De organisatie bepaalt de methoden voor het verkrijgen en gebruiken van deze informatie. De organisatie gaat na of er een onafhankelijke patiënten-/cliëntentoets beschikbaar is. Indien dit het geval is, werkt de organisatie mee aan de uitvoering hiervan.^u			
	5.1.1.	De organisatie peilt nooit de waardering van asielzoekers over de mate waarin de organisatie aan hun behoeften en	De organisatie peilt soms de waardering van asielzoekers over de mate waarin de organisatie aan hun behoeften en	De organisatie peilt systematisch de waardering van asielzoekers over de mate waarin de organisatie aan hun	-

^u Deze norm was opgenomen in het HKZ-schema voor de Medische Opvang Asielzoekers (2004). Op dit moment is er geen passend HKZ-schema voor de asielzoekerszorg. Hoewel de norm dus nu niet als een verplichting geldt, vindt de IGZ het meten van klantervaringen zo belangrijk dat zij deze norm in het toezichtonderzoek meeneemt. Er zal echter niet op gehandhaafd worden.

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
		verwachtingen heeft voldaan.	verwachtingen heeft voldaan, maar doet dit niet systematisch.	behoefte en verwachtingen heeft voldaan.	
	5.1.2.	De organisatie heeft hier geen beleid voor geformuleerd, dat wordt gevolgd.	-	De organisatie heeft hier beleid voor geformuleerd.	De organisatie heeft hier beleid voor geformuleerd. Dit beleid wordt regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
BELEID EN ORGANISATIE: Samenwerking	5.3.	Er zijn samenwerkingsafspraken tussen de huisartsenzorg en de jeugdgezondheidszorg vastgelegd, o.a. over de wijze waarop beiden elkaar over en weer informeren bij verwijzing.			
	5.3.1.	Er zijn geen samenwerkingsafspraken tussen de huisartsenzorg en de jeugdgezondheidszorg over de wijze waarop beiden elkaar over en weer informeren bij verwijzing.	-	-	Er zijn geen samenwerkingsafspraken tussen de huisartsenzorg en de jeugdgezondheidszorg over de wijze waarop beiden elkaar over en weer informeren bij verwijzing.
	5.3.2.	Samenwerkingsafspraken zijn niet schriftelijk vastgelegd.	-	Samenwerkingsafspraken zijn schriftelijk vastgelegd.	Samenwerkingsafspraken zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie m.b.t. de samenwerking en zonodig bijstelling van de afspraken.
BELEID EN ORGANISATIE: Coördinatie van de zorgketen	5.4.	De GGD draagt er zorg voor dat: - voor de opening van een nieuwe COA-locatie samenwerkingsafspraken tot stand zijn gekomen in de zorgketen voor asielzoekers, waaronder de onder de Ziektekostenregeling asielzoekers gecontracteerde partijen - gedurende de periode dat de locatie geopend is, er samenwerkingsafspraken in de zorgketen voor asielzoekers in stand worden gehouden - bij sluiting van een locatie hiervan de samenwerkingsrelaties op de hoogte worden gebracht en afspraken worden gemaakt over de afronding van de samenwerking - afspraken tussen betrokken organisaties over thema's in de gezondheidszorg tot stand komen, waaronder de OGGZ, kindermishandeling en suïcide.			

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
	5.4.1.	De GGD zorgt er niet voor dat vóór de opening van een nieuwe COA-locatie samenwerkingsafspraken zijn gemaakt tussen de GGD en de huisartsenzorg.	De GGD zorgt er soms voor dat vóór de opening van een nieuwe COA-locatie samenwerkingsafspraken zijn gemaakt tussen de GGD en de huisartsenzorg.	De GGD zorgt er altijd voor dat vóór de opening van een nieuwe COA-locatie samenwerkingsafspraken zijn gemaakt tussen de GGD en de huisartsenzorg.	-
	5.4.2.	Dit beleid is niet schriftelijk vastgelegd.	-	Dit beleid is schriftelijk vastgelegd.	Dit beleid is schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.
	5.4.3.	De GGD zorgt er niet voor dat gedurende de periode dat de locatie geopend is, er samenwerkingsafspraken tussen de GGD en de huisartsenzorg voor asielzoekers in stand worden gehouden.	De GGD zorgt er soms voor dat gedurende de periode dat de locatie geopend is, er samenwerkingsafspraken tussen de GGD en de huisartsenzorg voor asielzoekers in stand worden gehouden.	De GGD zorgt er altijd voor dat gedurende de periode dat de locatie geopend is, er samenwerkingsafspraken tussen de GGD en de huisartsenzorg voor asielzoekers in stand worden gehouden.	-
	5.4.4.	Dit beleid is niet schriftelijk vastgelegd.	-	Dit beleid is schriftelijk vastgelegd.	Dit beleid is schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.
	5.4.5.	De GGD zorgt er niet voor dat samenwerkingsrelaties op de hoogte worden gesteld van sluiting van een locatie en dat samenwerkingsafspraken worden afgerond.	De GGD zorgt er soms voor dat samenwerkingsrelaties op de hoogte worden gesteld van sluiting van een locatie en dat samenwerkingsafspraken worden afgerond.	De GGD zorgt er altijd voor dat samenwerkingsrelaties op de hoogte worden gesteld van sluiting van een locatie en dat samenwerkingsafspraken worden afgerond.	-
	5.4.6.	Dit beleid is niet schriftelijk vastgelegd.	-	Dit beleid is schriftelijk vastgelegd.	Dit beleid is schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.
	5.4.7.	De GGD zorgt er niet voor dat er afspraken worden gemaakt tussen de GGD en de huisartsenzorg over thema's	De GGD zorgt er soms voor dat er afspraken worden gemaakt tussen de GGD en de huisartsenzorg over thema's	De GGD zorgt er altijd voor dat er afspraken worden gemaakt tussen de GGD en de huisartsenzorg over thema's	-

Onderwerp	Norm	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>	Aanwezig <i>Norm is aanwezig; norm is aanwezig maar wordt niet consequent nageleefd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd én procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
		in de gezondheidszorg (o.a. OGGZ, kindermishandeling en suïcide).	in de gezondheidszorg (o.a. OGGZ, kindermishandeling en suïcide).	in de gezondheidszorg (o.a. OGGZ, kindermishandeling en suïcide).	
	5.4.8.	Dit beleid is niet schriftelijk vastgelegd.	-	Dit beleid is schriftelijk vastgelegd.	Dit beleid is schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.

Bijlage 9 Resultaten Uitvoering van de 'niet-medische gidsfunctie' per locatie

Onderwerp	Norm	COA-locaties. Toelichting scores: 1= Afwezig, 2= Aanwezig, 3= Operationeel, 4= Geborgd, N.v.t.= Niet van toepassing.																				
		Nr.	Almelo	Almere	Amersfoort	Apeldoorn-Noordwest	Azelo-Borne	Burgum	Cranendonck	Delfzijl	Den Helder	Dronten	Glize en Rijen	Haps Zoetsmeerweg	Leersum	Oisterwijk	Oldebroek	Schalkhaar	St. Annaparochie	Ter Apel	Vught	Well
Informatie	1.1.a.1.	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	N.v.t.	2	N.v.t.	2	2	
	1.1.a.2.	3	N.v.t.	3	2	2	2	3	2	2	3	3	N.v.t.	3	3	3	N.v.t.	3	N.v.t.	2	3	
	1.1.a.3.	3	1	N.v.t.	3	3	3	3	N.v.t.	3	3	3	1	1	3	3	N.v.t.	3	N.v.t.	3	3	
	1.1.a.4.	3	3	3	3	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	N.v.t.	3	N.v.t.	4	1	
	1.1.a.5.	3	3	2	3	3	3	1	2	3	3	3	1	3	3	3	N.v.t.	3	3	3	1	
	1.1.b.1.	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	N.v.t.	3	3	
	1.1.b.2.	4	4	1	1	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	4	N.v.t.	4	4
	1.1.b.3.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

Onderwerp	Norm	COA-locaties. Toelichting scores: 1= Afwezig, 2= Aanwezig, 3= Operationeel, 4= Geborgd, N.v.t.= Niet van toepassing.																				
		Nr.	Almelo	Almere	Amersfoort	Apeldoorn-Noordwest	Azelo-Borne	Burgum	Cranendonck	Delfzijl	Den Helder	Dronten	Gilze en Rijen	Haps Zoetsmeerweg	Leersum	Oisterwijk	Oldebroek	Schalkhaar	St. Annaparochie	Ter Apel	Vught	Well
		1.1.b.4.	3	3	3	3	4	3	4	3	4	4	3	1	3	3	3	1	1	1	4	4
		1.1.b.5.	3	3	3	1	3	2	1	2	3	2	1	1	3	1	3	3	1	3	2	1
		1.1.c.1.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		1.1.c.2.	4	3	3	1	4	1	4	3	4	1	3	1	1	3	3	4	1	1	4	1
		1.1.d.1.	4	4	1	1	4	1	4	1	4	1	1	1	1	4	4	N.v.t.	1	1	1	1
		1.1.d.2.	4	3	1	1	1	1	3	1	4	1	3	1	1	3	1	N.v.t.	1	1	1	1
		1.2.a.1.	4	4	1	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	N.v.t.	4	N.v.t.	4	4
		1.2.a.2.	1	4	1	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	N.v.t.	4	N.v.t.	4	4

Onderwerp	Norm	COA-locaties.																		
		Toelichting scores: 1= Afwezig, 2= Aanwezig, 3= Operationeel, 4= Geborgd, N.v.t.= Niet van toepassing.																		
Nr.	Almelo	Almere	Amersfoort	Apeldoorn-Noordwest	Azelo-Borne	Burgum	Cranendonck	Delfzijl	Den Helder	Dronten	Gilze en Rijen	Haps Zoetsmeerweg	Leersum	Oisterwijk	Oldebroek	Schalkhaar	St. Annaparochie	Ter Apel	Vught	Well
1.2.a.3.	1	4	4	4	1	1	4	4	4	4	1	1	4	4	4	N.v.t.	4	N.v.t.	4	4
1.2.a.4.	1	4	1	4	1	1	4	1	1	4	1	1	4	4	4	N.v.t.	4	N.v.t.	4	4
1.2.b.1.	1	4	N.v.t.	1	4	1	1	1	4	1	4	1	1	4	1	N.v.t.	4	N.v.t.	4	1
1.2.b.2.	1	4	N.v.t.	N.v.t.	1	1	N.v.t.	3	3	1	1	N.v.t.	N.v.t.	4	N.v.t.	N.v.t.	3	N.v.t.	3	N.v.t.
1.2.b.3.	1	4	N.v.t.	N.v.t.	4	1	1	4	4	1	1	N.v.t.	N.v.t.	4	N.v.t.	N.v.t.	4	N.v.t.	4	N.v.t.
1.2.b.4.	1	4	N.v.t.	N.v.t.	4	1	N.v.t.	1	4	1	1	N.v.t.	N.v.t.	4	N.v.t.	N.v.t.	4	N.v.t.	1	N.v.t.
1.2.c.1.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	N.v.t.	4	4	4	4
1.2.c.2.	1	3	1	1	1	1	4	3	4	1	1	1	1	1	3	N.v.t.	1	1	4	1

Onderwerp	Norm	COA-locaties. Toelichting scores: 1= Afwezig, 2= Aanwezig, 3= Operationeel, 4= Geborgd, N.v.t.= Niet van toepassing.																				
		Nr.	Almelo	Almere	Amersfoort	Apeldoorn-Noordwest	Azelo-Borne	Burgum	Cranendonck	Delfzijl	Den Helder	Dronten	Gilze en Rijen	Haps Zoetsmeerweg	Leersum	Oisterwijk	Oldebroek	Schalkhaar	St. Annaparochie	Ter Apel	Vught	Well
Intake	2.1.a.1.	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	4	1	4	1	
	2.1.a.2.	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	2.4.1.	3	3	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	3
	2.4.2.	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	1	3	3	3	3
	2.4.3.	3	3	3	1	3	3	1	3	3	4	3	1	3	3	4	3	1	1	4	1	4
	2.6.1.	1	4	4	1	1	1	1	4	4	4	4	1	1	4	4	4	4	4	N.v.t.	4	4
	2.6.2.	1	4	4	1	1	4	1	1	4	4	1	1	4	1	1	4	1	N.v.t.	4	1	1
	2.6.3.	1	4	1	1	4	1	1	4	4	4	1	1	4	4	4	N.v.t.	4	N.v.t.	4	4	4
2.6.4.	4	4	4	1	4	1	1	4	4	4	1	1	4	4	4	N.v.t.	4	N.v.t.	4	1	1	

Onderwerp	Norm	COA-locaties. Toelichting scores: 1= Afwezig, 2= Aanwezig, 3= Operationeel, 4= Geborgd, N.v.t.= Niet van toepassing.																			
		Nr.	Almelo	Almere	Amersfoort	Apeldoorn-Noordwest	Azelo-Borne	Burgum	Cranendonck	Delfzijl	Den Helder	Dronten	Gilze en Rijen	Haps Zoetsmeerweg	Leersum	Oisterwijk	Oldebroek	Schalkhaar	St. Annaparochie	Ter Apel	Vught
Uitvoering	3.3.1.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4
	3.3.2.	1	1	1	4	4	1	1	4	1	4	4	1	1	1	4	4	4	N.v.t.	1	1
	3.5.1.	1	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	1	1	4	4	4	4	4
	3.5.2.	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	3.5.3.	1	4	1	4	3	1	1	1	4	4	3	1	3	1	1	3	1	1	1	4
	3.5.4.	1	1	4	1	1	1	4	1	1	4	4	4	1	4	4	4	1	1	4	4

Bijlage 10a Resultaten Toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers per locatie

Onderwerp	Norm	GC A-locaties																				
		Toelichting scores: 1= Afwezig, 2= Aanwezig, 3= Operationeel, 4= Geborgd, N.v.t.= Niet van toepassing.																				
	***Nr.	Almelo	Almere	Amersfoort	Apeldoorn-Noordwest	Azelo-Borne	Burgum	Cranendonck	Delfzijl	Den Helder	Dronten	Gilze en Rijen	Haps Zoetsmeerweg	Leersum	Oisterwijk	Oldebroek	Schalkhaar	St. Annaparochie	Ter Apel	Vught	Well	
Intake	2.3.a.1.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	2.3.b.1.	1	1	1	1	4	1	4	4	4	1	4	1	1	1	4	4	4	4	1	4	
	2.8.1.	N.v.t.	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	N.v.t.	2	1	
	2.8.2.	N.v.t.	3	1	3	3	3	4	3	3	3	3	1	3	1	4	4	1	N.v.t.	1	4	
	2.8.3.	N.v.t.	4	4	4	4	4	1	1	4	4	4	1	1	1	1	4	1	N.v.t.	4	1	
	2.8.4.	N.v.t.	3	2	2	2	2	3	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3	N.v.t.	2	1	
	2.8.5.	N.v.t.	1	1	4	1	3	1	1	3	1	4	1	4	1	4	4	1	N.v.t.	1	1	

Onderwerp	Norm	GC A-locaties																			
		Toelichting scores: 1= Afwezig, 2= Aanwezig, 3= Operationeel, 4= Geborgd, N.v.t.= Niet van toepassing.																			
****Nr.	Almelo	Almere	Amersfoort	Apeldoorn-Noordwest	Azelo-Borne	Burgum	Cranendonck	Delfzijl	Den Helder	Dronten	Gilze en Rijen	Haps Zoetsmeerweg	Leersum	Oisterwijk	Oldebroek	Schalkhaar	St. Annaparochie	Ter Apel	Vught	Well	
2.8.6.	N.v.t.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	N.v.t.	4	4	
2.10.1.	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	N.v.t.	4	4	
2.10.2.	4	4	4	4	4	N.v.t.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
2.10.3.	4	4	4	4	4	N.v.t.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
2.11.1.	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	
2.11.2.	1	1	1	1	4	3	4	3	3	1	4	1	1	1	1	1	1	4	1	1	
2.12.1.	2	2	2	3	2	2	3	3	3	2	1	2	2	1	2	2	3	3	3	1	
2.13.1.	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	

Onderwerp	Norm	GC A-locaties																				
		Toelichting scores: 1= Afwezig, 2= Aanwezig, 3= Operationeel, 4= Geborgd, N.v.t.= Niet van toepassing.																				
	****Nr.	Almelo	Almere	Amersfoort	Apeldoorn-Noordwest	Azelo-Borne	Burgum	Cranendonck	Delfzijl	Den Helder	Dronten	Gilze en Rijen	Haps Zoetsmeerweg	Leersum	Oisterwijk	Oldebroek	Schalkhaar	St. Annaparochie	Ter Apel	Vught	Well	
	2.13.2.	3	3	1	1	1	1	1	3	1	3	4	1	1	3	1	1	3	4	1	1	
	2.13.3.	N.v.t.	N.v.t.	4	4	1	N.v.t.	4	1	N.v.t.	4	4	1	N.v.t.	N.v.t.	4	N.v.t.	N.v.t.	4	4	N.v.t.	
Uitvoering	3.1.1.	1	1	4	1	1	4	4	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4	1	4	
	3.1.2.	3	1	N.v.t.	1	1	3	3	1	1	1	1	1	N.v.t.	2	3	1	3	N.v.t.	N.v.t.	1	
	3.1.3.	4	1	1	1	1	4	1	1	1	N.v.t.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	3.4.a.1.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4
	3.4.a.2.	4	1	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	3.4.a.3.	4	1	4	4	4	1	4	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	
	3.4.b.1.	4	4	4	1	1	4	4	4	4	1	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4

Onderwerp	Norm	GC A-locaties																			
		Toelichting scores: 1= Afwezig, 2= Aanwezig, 3= Operationeel, 4= Geborgd, N.v.t.= Niet van toepassing.																			
****Nr.	Almelo	Almere	Amersfoort	Apeldoorn-Noordwest	Azelo-Borne	Burgum	Cranendonck	Delfzijl	Den Helder	Dronten	Gilze en Rijen	Haps Zoetsmeerweg	Leersum	Oisterwijk	Oldebroek	Schalkhaar	St. Annaparochie	Ter Apel	Vught	Well	
3.4.c.1.	3	3	N.v.t.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
3.4.c.2.	3	3	N.v.t.	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	
3.4.c.3.	1	1	N.v.t.	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	
3.4.d.1.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
Evaluatie en nazorg	4.2.1.	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	1	3	3	3	N.v.t.	3	3	
	4.2.2.	1	3	3	3	1	1	3	3	3	3	3	1	1	3	3	3	N.v.t.	1	1	
	4.2.3.	3	3	3	1	1	1	4	1	1	1	3	1	1	1	1	3	N.v.t.	1	1	
	4.3.1.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	

Onderwerp	Norm	GC A-locaties																				
		Toelichting scores: 1= Afwezig, 2= Aanwezig, 3= Operationeel, 4= Geborgd, N.v.t.= Niet van toepassing.																				
	****Nr.	Almelo	Almere	Amersfoort	Apeldoorn-Noordwest	Azelo-Borne	Burgum	Cranendonck	Delfzijl	Den Helder	Dronten	Gilze en Rijen	Haps Zoetsmeerweg	Leersum	Oisterwijk	Oldebroek	Schalkhaar	St. Annaparochie	Ter Apel	Vught	Well	
	4.3.2.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	
	4.3.3.	4	4	4	1	4	1	1	4	1	4	1	1	4	1	1	1	1	N.v.t.	1	1	
Beleid en organisatie	5.2.1.	1	4	4	4	4	1	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	5.2.2.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	
	5.2.3.	4	4	1	4	4	4	1	4	4	4	4	1	1	4	4	4	4	4	1	4	
	5.3.1.	1	4	4	1	4	1	4	1	1	4	1	1	1	1	N.v.t.	4	1	N.v.t.	1	1	
	5.3.2.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	N.v.t.	1	1	N.v.t.	1	1	
	5.5.1.	1	1	1	4	4	1	4	1	4	1	4	1	1	1	4	1	1	1	1	1	4

Bijlage 10b Resultaten Toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers GC A hoofdkantoor

Onderwerp	Norm	GC A-hoofdkantoor
	Nr.	Toelichting scores: 1=Afwezig, 2=Aanwezig, 3=Operationeel, 4= Geborgd, N.v.t.= Niet van toepassing
Intake	2.3.a.1.	3
	2.3.a.2.	1
	2.3.b.1.	4
	2.8.1.	2
	2.8.2.	4
	2.8.3.	4
	2.8.4.	2
	2.8.5.	4
	2.8.6.	4
	2.10.1.	1
	2.10.2.	1
	2.10.3.	1
	2.11.1.	3
	2.11.2.	1

Onderwerp	Norm	GC A-hoofdkantoor
	Nr.	Toelichting scores:1=Afwezig, 2=Aanwezig, 3=Operationeel, 4= Geborgd, N.v.t.= Niet van toepassing
	2.12.1.	2
	2.13.1.	3
	2.13.2.	4
	2.13.3.	4
Uitvoering	3.1.1.	4
	3.1.2.	1
	3.1.3.	3
	3.4.a.1.	4
	3.4.a.2.	4
	3.4.a.3.	4
	3.4.b.1.	4
	3.4.c.1.	3
	3.4.c.2.	3
	3.4.c.3.	3

Onderwerp	Norm	GC A-hoofdkantoor
	Nr.	Toelichting scores:1=Afwezig, 2=Aanwezig, 3=Operationeel, 4= Geborgd, N.v.t.= Niet van toepassing
	3.4.d.1.	4
	3.4.e.1.	4
	3.4.e.2.	4
Evaluatie en nazorg	4.2.1.	3
	4.2.2.	3
	4.2.3.	3
	4.2.4.	4
	4.3.1.	4
	4.3.2.	1
	4.3.3.	1
Beleid en organisatie	5.1.1.	3
	5.1.2.	3
	5.2.1.	4
	5.2.2.	4
	5.2.3.	4

Onderwerp	Norm	GC A-hoofdkantoor
	Nr.	Toelichting scores:1=Afwezig, 2=Aanwezig, 3=Operationeel, 4= Geborgd, N.v.t.= Niet van toepassing
	5.3.1.	1
	5.3.2.	1
	5.5.1.	1

Bijlage 11a Resultaten Bereik van asielzoekers door de publieke gezondheidszorg GGD'en

Onderwerp	Norm	GGD'en Toelichting scores: 1=Afwezig, 2= Aanwezig, 3=Operationeel, 4=Geborgd, N.v.t.=Niet van toepassing.										
		Nr.	Midden Nederland	Ijsselland	Groningen	Hart voor Brabant	regio Twente	Fryslân	Flevoland	Geire Ijssel	Limburg Noord	Brabant Zuidoost
Intake	2.1.b.1.	2	4	2	1	3	2	3	3	3	1	1
	2.2.a.1.	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3
	2.2.a.2.	1	3	4	1	3	1	4	4	3	4	1
	2.2.b.1.	4	1	4	4	1	4	4	4	4	4	4
	2.5.a.1.	3	N.v.t.	3	3	3	3	2	3	3	2	3
	2.5.a.2.	3	N.v.t.	4	1	1	4	4	4	4	4	4
	2.5.b.1.	2	N.v.t.	2	3	2	3	3	3	3	1	3
	2.5.b.2.	3	N.v.t.	4	4	3	4	4	4	4	1	4
	2.7.1.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
	2.7.2.	4	4	3	1	3	4	4	4	3	1	1
2.7.3.	2	3	3	2	2	3	2	3	3	3	2	
2.7.4.	4	4	3	4	3	4	4	4	3	1	1	

Onderwerp	Norm	GGD'en										
		Toelichting scores: 1=Afwezig, 2= Aanwezig, 3=Operationeel, 4=Geborgd, N.v.t.=Niet van toepassing.										
	Nr.	Midden Nederland	Ijsselland	Groningen	Hart voor Brabant	regio Twente	Fryslân	Flevoland	Gelre Ijssel	Limburg Noord	Brabant Zuidoost	Hollands Noorden
	2.7.5.	1	4	4	4	4	4	4	4	1	1	4
	2.7.6.	1	4	4	4	4	4	4	4	1	1	4
	2.9.1.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	2.9.2.	1	1	3	4	3	4	4	4	4	4	3
	2.11.1.	1	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3
	2.11.2.	1	1	4	4	1	4	1	4	1	4	1
	2.13.1.	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3
	2.13.2.	1	4	1	3	4	1	4	4	3	4	1
	2.13.3.	1	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	4	1	4	N.v.t.	N.v.t.	4
Uitvoering	3.1.1.	1	4	4	1	4	4	1	1	1	4	1
	3.1.2.	1	3	N.v.t.	3	N.v.t.	3	1	3	1	3	1
	3.1.3.	1	4	1	1	1	1	1	1	1	4	1
	3.2.a.1.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	3.2.a.2.	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1
	3.2.a.3.	1	4	1	4	1	1	1	1	4	4	1

Onderwerp	Norm	GGD'en										
		Toelichting scores: 1=Afwezig, 2= Aanwezig, 3=Operationeel, 4=Geborgd, N.v.t.=Niet van toepassing.										
	Nr.	Midden Nederland	Ijsselland	Groningen	Hart voor Brabant	regio Twente	Fryslân	Flevoland	Gelre Ijssel	Limburg Noord	Brabant Zuidoost	Hollands Noorden
	3.2.b.1.	1	3	1	1	2	1	3	1	3	1	1
	3.2.b.2.	1	1	1	1	3		4	1	1	1	1
	3.2.b.3.	3	2	3	2	2	3	3	1	3	3	2
	3.2.b.4	1	1	3	1	3	4	4	4	1	4	1
	3.2.c.1.	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4
	3.2.c.2.	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3
	3.2.c.3.	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3
	3.2.c.4.	4	1	3	1	4	1	4	4	4	1	4
Evaluatie en nazorg	4.1.1.	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
	4.1.2.	1	3	3	1	3	4	4	1	4	4	1
	4.1.3.	1	4	4	1	4	4	4	4	4	1	1
	4.3.1.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	4.3.2.	1	1	1	4	1	1	4	4	1	1	1
	4.3.3.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Beleid en	5.1.1.	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1

Onderwerp	Norm	GGD'en										
		Toelichting scores: 1=Afwezig, 2= Aanwezig, 3=Operationeel, 4=Geborgd, N.v.t.=Niet van toepassing.										
	Nr.	Midden Nederland	Ijsselland	Groningen	Hart voor Brabant	regio Twente	Fryslân	Flevoland	Gelre Ijssel	Limburg Noord	Brabant Zuidoost	Hollands Noorden
organisatie	5.1.2.	1	1	1	1	1	1	1	4	4	1	1
	5.3.1.	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1
	5.3.2.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	5.4.1.	1	3	1	1	3	1	1	3	1	3	1
	5.4.2.	1	4	1	1	3	1	1	3	1	3	1
	5.4.3.	1	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1
	5.4.4.	1	4	1	1	3	1	1	1	1	1	1
	5.4.5.	1	3	1	1	3	1	1	3	3	3	1
	5.4.6.	1	3	1	1	3	1	1	3	1	3	1
	5.4.7.	1	2	1	1	3	2	1	1	1	1	1
	5.4.8.	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1

Bijlage 11b Resultaten Bereik van asielzoekers door de publieke gezondheidszorg JGZ-organisaties 0-4 jaar

Onderwerp	Norm	JGZ organisaties (0-4 jaar)									
		Toelichting scores: 1=Afwezig, 2= Aanwezig, 3=Operationeel, 4=Geborgd, N.v.t.=Niet van toepassing.									
	Nr.	Carinova	Thebe	Stichting Vitras/CMD	Icare	Groene Kruis JGZ, De Zorggroep	Zorggroep Almere,	Zuidzorg	Vivent	Verian	
Intake	2.1.b.1.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	2.2.a.1.	2	3	3	3	3	3	3	3	3	
	2.2.a.2.	3	4	3	3	1	4	4	4	4	
	2.2.b.1.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	2.7.1.	3	3	3	3	3	3	3	2	3	
	2.7.2.	4	3	4	3	4	4	4	4	4	
	2.7.3.	3	3	2	2	1	2	2	2	2	
	2.7.4.	4	4	3	1	1	4	3	4	1	
	2.7.5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	2.7.6.	4	4	4	4	1	4	4	4	4	
	2.9.1.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	2.9.2.	4	3	4	4	4	4	4	4	4	

Onderwerp	Norm	JGZ organisaties (0-4 jaar) Toelichting scores: 1=Afwezig, 2= Aanwezig, 3=Operationeel, 4=Geborgd, N.v.t.=Niet van toepassing.								
		Nr.	Carinova	Thebe	Stichting Vitras/CMD	Icare	Groene Kruis JGZ, De Zorggroep	Zorggroep Almere,	Zuidzorg	Vivent
		2.11.1.	3		3	3	3	3	3	3
		2.11.2.	4		3	4	4	4	4	3
		2.13.1.	3	3	3	3	3	3	3	3
		2.13.2.	3	3	1	3	3	1	4	3
		2.13.3.	4	4	4	4	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	4
Uitvoering		3.2.b.1.	3	1	3	3	3	3	3	1
		3.2.b.2.	4	1	3	4	4	4	4	1
		3.2.b.3.	3	3	3	3	3	3	3	3
		3.2.b.4.	4	3	3	4	4	4	4	4
Evaluatie en nazorg		4.1.1.	3	2	1	3	3	3	3	3
		4.1.2.	3	3	1	4	4	1	1	4
		4.1.3.	1	1	1	1	4	1	1	1
		4.3.1.	4	4	4	4	4	4	4	4
		4.3.2.	1	4	4	4	4	4	1	4
		4.3.3.	4	4	4	4	4	4	4	4

Onderwerp	Norm	JGZ organisaties (0-4 jaar) Toelichting scores: 1=Afwezig, 2= Aanwezig, 3=Operationeel, 4=Geborgd, N.v.t.=Niet van toepassing.								
		Nr.	Carinova	Thebe	Stichting Vitras/CMD	Icare	Groene Kruis JGZ, De Zorggroep	Zorggroep Almere,	Zuidzorg	Vivent
Beleid en organisatie	5.1.1.	1	2	3	2	3	2	1	3	3
	5.1.2.	1	3	4	3	4	3	1	4	4
	5.3.1.	4	1	1	4	1	4	1	1	1
	5.3.2.	1	1	1	1	1	4	1	1	1