



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bevlogen medewerkers houden zorg aan asielzoekers overeind onder zorgelijke omstandigheden

Bezoekronde zorg aan asielzoekers 2021

Utrecht, mei 2022

Inhoud

1

1	Inleiding 4
1.1	Achtergrond 4
1.2	Aanleiding en belang 4
1.3	Onderzoeksvraag 5
1.4	Onderzoeksmethode en -periode 5
1.5	Toetsingskader 6
2	Resultaten inspectieonderzoek 7
2.1	Context ten tijde van het onderzoek 7
2.1.1	COVID-vaccinaties 7
2.1.2	Hoge instroom naast gebrek aan uitstroom 7
2.2	Toegang tot de zorg 7
2.2.1	Informatievoorziening aan bewoners 8
2.3	Huisartsenzorg 8
2.3.1	Beschikbaarheid en gerichtheid op asielzoekers 8
2.3.2	Samenwerking GZA met ketenpartners 9
2.3.3	Medische intake 10
2.3.4	Dossiervoering 10
2.3.5	Informatie-uitwisseling bij uit- en overplaatsing 11
2.3.6	De praktijklijn 11
2.4	Publieke gezondheidszorg 12
2.4.1	TBC-screening 12
2.5	Jeugdgezondheidszorg 12
2.5.1	Verpleegkundige intake en medisch onderzoek 12
2.5.2	In beeld bij overplaatsing(en) 13
2.5.3	Het rijksvaccinatieprogramma 13
2.5.4	Preventieve interventies 14
2.5.5	Samenwerking jeugdgezondheidszorg en externe partijen 14
3	Conclusies 15
3.1	Bevlogen medewerkers houden zorg aan asielzoekers overeind onder zorgelijke omstandigheden 15
3.2	Wat gaat goed? 15
3.3	Wat kan/moet beter? 15
4	Aanbevelingen en vervolg 17
4.1	Aanbevelingen 17
4.2	Vervolgacties inspectie 18
	Bijlage 1 Afkortingen en begrippen 19
	Bijlage 2 Resultaten tabel 20
	Bijlage 3 Reactie COA 22
	Bijlage 4 Reactie GZA 23
	Bijlage 5 Reactie GGD GHOR Nederland 24

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de zorg die wordt geleverd binnen de asielzoekerscentra (AZC's). Betrokken partijen zijn: GezondheidsZorg Asielzoekers (GZA, levert huisartsenzorg), het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA, verantwoordelijk voor toegang tot de zorg) en de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD, levert publieke- en jeugdgezondheidszorg (JGZ)).

In het najaar van 2021 bezocht de IGJ tien AZC's. Daarnaast vroeg de IGJ aan het COA, GZA en GGD GHOR¹ om stuurinformatie. In deze rapportage volgt een beknopt overzicht van de inspectiebevindingen. Gezien de bijzondere periode waarin deze bezoekronde plaatsvond, in de COVID-crisis en tijdens een zeer sterk verhoogde instroom van asielzoekers, besteedt de IGJ hier een extra paragraaf aan (2.1).

Noot: ten tijde van het verschijnen van dit rapport zijn de opvangomstandigheden wederom sterk bemoeilijkt door het gebrek aan doorstroom vanuit de AZC's én de gelijktijdige hoge instroom. Daardoor is dagelijks behoefte aan ad hoc noodopvang plekken. Dit rapport richt zich nadrukkelijk op de periode vóór deze situatie. Daarnaast speelt de opvang van Oekraïense oorlogsvluchtelingen. Deze opvang vindt niet plaats in AZC's maar wordt georganiseerd door gemeenten. De inspectie houdt ook toezicht op de zorg aan vluchtelingen uit Oekraïne. Hierover is separaat aan deze rapportage gepubliceerd.²

1.2 Aanleiding en belang

In 2015 stond de asielzoekerszorg onder druk door een grote instroom van asielzoekers. De IGJ onderzocht toen daarom de beschikbaarheid van huisartsenzorg, tijdige medische intake, beschikbaarheid van jeugdgezondheidszorg en tbc-screening. Veel zaken gingen goed, zoals de organisatie van huisartsenzorg en overige eerstelijnszorg op nieuwe opvanglocaties. Minder goede punten waren het vaak ontbreken van een medische intake, de matige bereikbaarheid van de praktijklijn (PL) en het niet tijdig inenten voor het rijksvaccinatieprogramma (RVP).

Hierop volgende halfjaarlijkse besprekingen met het COA, GezondheidsCentrum Asielzoekers (GCA) en GGD toonden verbetering op het gebied van medische intake, de bereikbaarheid van de praktijklijn en informatieverstrekking over de toegang tot zorg. Begin 2018 nam GZA de huisartsenzorg op locaties over van GCA. In een aantal bezoeken toetste de IGJ of de overdracht van de zorg van GCA naar GZA naar behoren was verlopen. De IGJ concludeerde dat dit op een goede wijze was gegaan.

Vier bezoeken in de zomer van 2018, gericht op informatieoverdracht in de asielketen, lieten zien dat verbetering noodzakelijk was in de kwaliteit van medische dossiervoering, dossieroverdracht tussen GZA-locaties, toepassing van het ketenbrede toestemmingsformulier voor medische informatie en informatiedeling met niet-zorgprofessionals.

¹ GGD GHOR is de overkoepelende brancheorganisatie van de 25 Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en) en Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio (GHOR).

² [Inspectie: Gezondheidszorg in opvang voor Oekraïners goed geregeld](#)

In de regelmatige afstemmingsoverleggen die hierop volgden met betrokken partijen hield de IGJ een actueel beeld van de sector en constateerde verbeteringen op bovengenoemde punten. Daarnaast is een aantal bezoeken aan AZC's afgelegd om het COVID-19-vaccinatieproces te monitoren.

Recente ontwikkelingen zoals de aanbesteding van de JGZ in 2020 en 2021, stagnatie van uitstroom én hoge instroom, en langdurige aanwezigheid van COVID-19 in de samenleving in combinatie met de fysieke woonomstandigheden van asielzoekers (dicht behuist), hebben de IGJ doen besluiten om nu wederom locaties te gaan bezoeken.

1.3 **Onderzoeksvraag**

Het doel van de bezoeken was om informatie uit afstemmingsoverleggen met het COA, GZA en GGD GHOR te verifiëren en aan te laten vullen op de werkvloer. De bevindingen van deze bezoekronde vormen een basis voor het inrichten van vervolgtoezicht.

De onderzoeksvraag die centraal stond was: hoe is het gesteld met de (toegang tot) zorg aan asielzoekers?

1.4 **Onderzoeksmethode en -periode**

Begin van de zomer 2021 vroeg de IGJ informatie op bij het COA, GZA en GGD GHOR. Deze zogenaamde stuurinformatie betreft het TBC-screeningspercentage, 24/7 beschikbaarheid huisartsenzorg en eerstelijns GGZ op nieuw geopende locaties, het percentage medische intake bij binnenkomst, de bereikbaarheid van de praktijklijn, tijdigheid bereik jeugdgezondheidszorg waaronder medische intake en het rijksvaccinatieprogramma.

De IGJ selecteerde vervolgens tien AZC's voor haar onderzoek. Bij deze selectie is rekening gehouden met onder meer landelijke spreiding, omvang, gebouwelijke omstandigheden (één gebouw, meerdere gebouwen/bungalows, oud/nieuw), type opvang (bijv. gezinslocatie, POL (procesopvanglocatie), COL (centrale ontvangstlocatie), regulier AZC en niet eerder door de IGJ bezochte locaties³. Om alvast een beeld te krijgen en om de toezichtlast tijdens het bezoek te verkleinen, stuurde de IGJ in de zomer van 2021 beknopte vragenlijsten aan het COA, GZA en JGZ/GGD op de tien locaties. Vervolgens zijn in het najaar van 2021 bezoeken gebracht aan deze locaties om te toetsen of de zorg in AZC's voldoet aan kwaliteitsnormen. Tijdens gesprekken met medewerkers van het COA, GZA en GGD/JGZ is dieper ingegaan op de schriftelijke antwoorden en is gevraagd naar knelpunten en *best practices*. De bezoekende inspecteurs hebben een rondgang gemaakt over de locatie en - op de meeste locaties - bij een aantal bewoners geïnformeerd naar hun ervaringen met de zorg. Van de bezoeken zijn bezoekerapportages gemaakt; deze zijn ter controle op feitelijke onjuistheden voorgelegd aan alle gesprekspartners. De rapportages zijn separaat gepubliceerd op <https://www.toezichtdocumenten.igj.nl/>.

Relevante informatie die de inspectie hoorde bij contacten met COA, GZA en GGD GHOR gedurende het onderzoek, is meegenomen in dit rapport. Gezien de looptijd van het onderzoek zijn betreffende partijen in de gelegenheid gesteld een reactie te

³ Ten tijde van -de planning van- de bezoekronde was nog geen sprake van de huidige mate van noodpvanglocaties; deze zijn daarom niet meegenomen in dit onderzoek.

geven op het conceptrapport. Deze reacties zijn opgenomen in de bijlagen 3 tot en met 5.

1.5

Toetsingskader

De inspectie hanteerde bij dit onderzoek een toetsingskader dat is gebaseerd op wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Ze toetste de thema's 'toegang tot de zorg', 'huisartsenzorg' en 'jeugdgezondheidszorg'.

2 Resultaten inspectieonderzoek

2.1 Context ten tijde van het onderzoek

Ten tijde van de start van het onderzoek door de IGJ (begin zomer 2021) was de derde coronagolf in volle hevigheid gaande en werden in alle AZC's vaccinatiecampagnes georganiseerd. Daarnaast volgde in hoog tempo een enorme instroom van nieuwe asielzoekers in Nederland: lieten de cijfers in de eerste helft van 2021 een instroom van gemiddeld 400 vluchtelingen per week zien, in de tweede helft liep het aantal snel op naar gemiddelden boven de 1000 met een instroompiek van 1600 in week 43.

Tijdens de bezoeken is uitgebreid aandacht besteed aan de, juist in een AZC, zo belastende en vaak moeilijk te organiseren én te handhaven coronamaatregelen.

2.1.1 COVID-vaccinaties

Na opstartperikelen, waarbij de verantwoordelijkheidsverdeling tussen COA, GZA en GGD niet overal even helder was, constateerde de IGJ dat al gauw sprake was van een effectieve en efficiënte samenwerking. Partijen gingen inventief om met de knelpunten waar zij tegen aan liepen, zoals het ontbreken van BSN-nummers bij vreemdelingen waardoor vaccinatieregistratie ingewikkeld is. Om de vaccinatiegraad te verhogen werd de toegankelijkheid verbeterd zoals met het inzetten van prikbusjes. Elders werden bijvoorbeeld ijsjes uitgedeeld om de vaccinatieomgeving aantrekkelijker te maken.

2.1.2 Hoge instroom naast gebrek aan uitstroom

De minimale uitstroom van statushouders naast de hoge toestroom van vluchtelingen zorgt voor een sterk toegenomen druk op de zorgverlening. De IGJ heeft bewondering voor de bevlogenheid waarmee medewerkers van COA, GZA en GGD hun werk verrichten in de soms uiterst moeilijke omstandigheden.

De disbalans tussen uit- en instroom heeft geleid en leidt tot een versnelde opening van noodopvanglocaties. Op sommige locaties, die zijn bedoeld als *tijdelijke* noodopvang, verblijven vluchtelingen al langere tijd in zorgelijke omstandigheden. De IGJ vindt dit een zeer onwenselijke situatie.

Andere locaties worden ad hoc geopend en huisvesten asielzoekers vóórdat de zorgverlening kans heeft gezien op te starten. De GGD controleert de locaties op hygiënische aspecten en geeft, met inachtneming van de (on)mogelijkheden van de locatie, praktische adviezen. GZA heeft in overleg met het COA voortvarend en inventief voor tijdelijke alternatieve oplossingen weten te zorgen waardoor asielzoekers, al dan niet geregistreerd, zorg ontvangen. De IGJ heeft waardering voor de inzet van deze creatieve aanpak en ziet dat GZA nadrukkelijk oog heeft en houdt op de kwaliteit van zorg. Deze kwetsbare situatie mag echter niet meer dan van *tijdelijke* aard zijn.

2.2 Toegang tot de zorg

Als nieuwe bewoners binnenkomen in een AZC is het belangrijk dat zij zo snel mogelijk worden geïnformeerd waar en wanneer zij terecht kunnen met zorgvragen en hoe de zorg in Nederland is georganiseerd. Hier is een rol weggelegd voor COA-medewerkers die een zogenaamde 'niet-medische gidsfunctie' hebben.

2.2.1 *Informatievoorziening aan bewoners*

De IGJ constateerde dat bewoners van AZC's door het COA worden geïnformeerd over de bereikbaarheid van en toegang tot de huisartsenzorg en de spoedeisende hulp.

COA-medewerkers verrichten veel inspanningen om bewoners snel na binnenkomst te informeren over de toegang tot de zorg. Dit gebeurt tijdens voorlichtingsbijeenkomsten, bij individuele rondleidingen, informatie wordt op papier in verschillende talen uitgereikt en de bewoners hebben toegang tot MyCOA⁴. Hierbij is aandacht voor wat te doen bij spoedeisende hulp (het alarmnummer 1-1-2), de rol en het gebruik van de praktijklijn en de rol van en toegang tot de medische dienst van GZA op locatie.

Om de informatie voor iedereen begrijpelijk te maken, wordt indien nodig laagdrempelig een tolk ingeschakeld. Medewerkers van het COA zijn gewend om met bewoners van verschillende culturele achtergrond te werken en het is gebruikelijk om te toetsen of men de informatie inderdaad heeft begrepen. Desondanks hoorde de IGJ tijdens haar bezoeken ook geluiden dat een –klein– deel van de bewoners toch moeite heeft met het toegang krijgen tot de zorg, zoals het maken van afspraken in een ziekenhuis of met een tandarts. Medewerkers zijn alert op bewoners die problemen ervaren bij het krijgen van toegang tot zorg en bieden hulp waar zij kunnen.

2.3 **Huisartsenzorg**

Voor asielzoekers moet 24/7 huisartsenzorg beschikbaar zijn, zoals dat ook geldt in de gehele Nederlandse maatschappij. Taal- en cultuurverschillen en het indien nodig inschakelen van een tolk, zijn belangrijke punten van aandacht. Op ieder AZC kunnen asielzoekers voor huisartsenzorg terecht bij GZA. Daarnaast vervult de praktijklijn, die dag en nacht bereikbaar is voor medische (spoed)vragen, een centrale rol. Voor de bereikbaarheid gelden normen: bij medische vragen moet een beller binnen 120 seconden een GZA-medewerker aan de lijn krijgen. Bij spoed moet binnen 30 seconden een medisch kundig persoon aan de lijn zijn. Ook is het belangrijk dat de huisartsenzorg afspraken maakt met andere zorgaanbieders, zodat snel en gericht kan worden doorverwezen. Uiterlijk acht weken na aankomst van bewoners op een nieuwe opvanglocatie start een multidisciplinair overleg (MDO) en heeft een gezamenlijke voorlichtingsbijeenkomst plaatsgevonden door GZA en COA voor medewerkers.

2.3.1 *Beschikbaarheid en gerichtheid op asielzoekers*

De IGJ constateerde dat huisartsenzorg 24/7 beschikbaar is en bekend met/gericht op zorg aan asielzoekers.

Voordat een nieuwe AZC-locatie wordt geopend krijgt GZA zes weken de gelegenheid om huisartsenzorg in te richten en netwerkafspraken te maken.

⁴ MyCOA.nl is de website voor bewoners van de opvanglocaties van het COA met informatie over wonen en leven in Nederland en praktische zaken rondom het leven op een AZC.

De afgelopen jaren is het GZA altijd gelukt om zorg te leveren binnen de gestelde termijn van 6 weken, ook bij de noodopvang. Vrijwel altijd slaagt GZA erin om binnen een veel kortere termijn de opvang te regelen. Op alle locaties zijn gecontracteerde huisartsen meerdere dagen per week beschikbaar. Verder zijn er verpleegkundigen en doktersassistenten in dienst van GZA om zorg te bieden. In verband met de COVID-crisis vonden ten tijde van de IGJ-bezoeken niet op alle locaties de reguliere inloopsprekuren plaats maar werd - evenals in reguliere huisartsenpraktijken - meer met telefonische triage en op afspraak gewerkt. De achterwacht overdag wordt telefonisch door de eigen GZA-huisarts(en) ingevuld of door een nabijgelegen huisartsenpost (HAP). De praktijklijn vormt een belangrijke schakel in de avond- en nachturen en kan na triage doorverwijzen naar de achterwachtartsen, vaak de nabijgelegen HAP. Op een enkele locatie na zijn HAP-artsen bekend met de zorg aan asielzoekers en worden zij hier ook actief over geïnformeerd vanuit GZA. Op één locatie gaven de HAP-artsen nadrukkelijk aan zich incompetent te achten om zorg aan asielzoekers te leveren. Het zou volgens deze artsen niet om reguliere huisartsenzorg gaan. Op deze locatie was de HAP niet bereid om zorg te verlenen in het AZC. De huisartsen van GZA hebben daarom extra huisartsen aangetrokken om de zorg te kunnen waarborgen.

GZA-medewerkers schakelen zeer laagdrempelig een tolk in. Alleen als een bewoner er zelf nadrukkelijk om vraagt en de aard van het gesprek het toelaat, kan vertaling door een familielid of medebewoner gebeuren. Kinderen worden nooit ingezet om te vertalen.

GZA besteedt aandacht aan specifieke kwetsbare groepen asielzoekers, zoals ouderen, verslaafden, mensen met ernstige psychiatrische problemen, gezinnen, chronisch zieken. Hoe en in welke mate dat gebeurt varieert per locatie en per doelgroep aansluitend bij wat nodig is gezien de bewonerspopulatie. In een aantal AZC's is verslavingszorg aanwezig, zijn een POH-GGZ en/of POH-somatiek werkzaam en/of is speciale aandacht voor gezinnen.

Patiënten worden besproken in het multidisciplinair overleg en de lijnen tussen GZA en ketenpartners zijn kort. Tijdens de gesprekken met bewoners hoorde de IGJ dat zij over het algemeen tevreden waren over de zorgverlening. Wel hoorde de IGJ op een aantal punten onbegrip, wat voortkwam uit verschillen met de zorgverlening in het land van herkomst. Bijvoorbeeld over het consult huisartsenzorg (slechts één klacht kunnen voorleggen tijdens één consult is vreemd), niet zelf een MRI kunnen vragen/naar de specialist kunnen gaan, hoe toegang tot zorg te krijgen buiten het terrein van het AZC.

2.3.2 *Samenwerking GZA met ketenpartners*

De IGJ constateerde dat er afspraken zijn gemaakt met andere (eerstelijns) zorgaanbieders. Doorverwijzing naar GGZ en de inzet van tolken in ziekenhuizen en in de GGZ vormen ernstige knelpunten.

Op alle locaties heeft GZA afspraken gemaakt met zorgaanbieders in de keten, zoals met verloskundigen en apothekers. De samenwerking met deze partijen verloopt over het algemeen prima. Door de vaak jarenlange samenwerking zijn partijen goed op de hoogte van zorgverlening aan asielzoekers en er is in de meeste centra ook regelmatig contact. Vanuit één AZC organiseerden de medewerkers een workshop voor ziekenhuismedewerkers om nadere informatie te geven, met name over het gebruik van een tolk. Met de fysiotherapeut is minder contact als gevolg van de beperkte vergoedingen. Met de jeugdgezondheidszorg is sprake van een wisselende samenwerking. Men spreekt elkaar in het multidisciplinair overleg.

Op locaties waar GZA en de jeugdgezondheidszorg fysiek in de buurt van elkaar werken, bijvoorbeeld in dezelfde gang, is er frequenter en beter contact. Doorverwijzing naar tweedelijns GGZ geldt voor vrijwel alle GZA medische diensten als ernstig knelpunt. Dat heeft meerdere redenen: uiteraard zijn de wachtlijsten ook voor reguliere patiënten lang. Daarnaast lijkt er een taal- en cultuurbarrière te bestaan bij GGZ-aanbieders en ten slotte wordt het argument gebruikt dat het niet zinvol is om te starten met een (trauma)behandeling als een bewoner toch over niet al te lange tijd weer zal verhuizen.

Daarnaast blijken ziekenhuizen in de praktijk onvoldoende gebruik te maken van een tolk waardoor informatie niet goed bij de patiënt terecht komt. GZA krijgt vaak de vraag van de asielzoeker wat de arts in het ziekenhuis gezegd heeft. Ondanks de mogelijkheid voor vergoeding van de inzet van een tolk wordt hier door ziekenhuizen onvoldoende gebruik van gemaakt.

De inzet van thuiszorg verschilt. Een aantal van de bezochte AZC's heeft goede contacten met thuiszorgorganisaties, waarbij medewerkers van de thuiszorg op locatie komen voor bijvoorbeeld wondverzorging. Bij een andere locatie was het moeilijk om samenwerking met de thuiszorg aan te gaan omdat medewerkers van thuiszorgorganisaties aangaven zich onvoldoende veilig te voelen op het terrein van het AZC.

2.3.3 *Medische intake*

De IGJ constateerde dat een medische intake voor asielzoekers met medische klachten tijdig wordt gemaakt.

Volgens de cijfers van GZA over de periode van oktober 2020 tot en met maart 2021 had 93,3% van de nieuw ingestroomde asielzoekers een medische intake gehad. De overige intakes stonden bij het aanleveren van de cijfers nog open of betreft weigeraars (ruim 1,5%).

De dag na aankomst op de Centrale Ontvangstlocatie (COL) krijgt iedere nieuwe bewoner een medische intake aangeboden. Medewerkers van COA en GZA stimuleren en controleren de aanwezigheid bij de intake.

Bij binnenkomst in een AZC bekijkt GZA het dossier van een nieuwe bewoner en controleert of de medische intake is gedaan. Als dat niet is gebeurd op een eerdere (COL)locatie, dan wordt een bewoner alsnog opgeroepen voor een intake.

2.3.4 *Dossiervoering*

De IGJ constateerde dat goede dossiervoering is geborgd.

Tijdens de bezoeken zag de IGJ dat op de medische diensten veel aandacht is voor dossiervoering en -controle. De huisarts bekijkt en accordeert dagelijks de dossiers. De huisarts voert ook dossiercontroles uit, evenals op een aantal locaties de verpleegkundige. Toestemmingsformulieren worden direct toegevoegd aan de dossiers.

2.3.5 *Informatie-uitwisseling bij uit- en overplaatsing*

De IGJ constateerde dat goede en tijdige informatie-uitwisseling bij uit- en overplaatsing nog onvoldoende is geborgd.

Zodra GZA verneemt dat een bewoner overgeplaatst gaat worden, wordt gekeken of betrokkene nog lopende (medische) zaken/behandelingen heeft en of een warme overdracht nodig is. Dat gebeurt per beveiligde mail en/of telefonisch. Het tijdig bekendmaken van overplaatsingen door het COA aan GZA wordt op meerdere locaties als knelpunt ervaren. In sommige AZC's deelt het COA met GZA actief in- en uitstroomlijsten, al dan niet met namen of alleen geboortedata, ten behoeve van de zorgcontinuïteit. Op andere locaties is, met het oog op de AVG, sprake van terughoudendheid in het delen van gegevens. Hierdoor komt het voor dat GZA pas na vertrek van een bewoner hiervan op de hoogte is. Deze werkwijze is niet conform de afspraak zoals vastgelegd in de Ketenrichtlijn 'Continuïteit van zorg bij verhuizingen', die in samenspraak met COA, GGD GHOR NL en GZA is gemaakt. In deze richtlijn staat beschreven hoe het COA zorgketenpartners op de vertreklocatie informeert over verhuizingen. Locaties lijken niet allemaal voldoende op de hoogte van de afgesproken werkwijze in deze ketenrichtlijn.

Bij onvoorzien problemen kan de centrale praktijklijn worden geraadpleegd; de praktijklijn heeft inzage in alle dossiers landelijk en kan in nood relevante informatie aan de juiste persoon sturen.

2.3.6 *De praktijklijn*

De IGJ constateerde dat de praktijklijn de bereikbaarheidsnorm niet altijd haalde. De norm is dat een telefoontje bij de praktijklijn voor medische vragen in 80% binnen 120 seconden door een GZA-medewerker wordt beantwoord. Bij spoedgevallen werd de norm wel gehaald en heeft een bewoner ruim boven de 95% binnen 30 seconden een medisch kundig persoon aan de lijn.

In de periode van oktober 2020 tot en met maart 2021 was tussen 8.00u en 17.00u voor reguliere medische vragen in 79,4% binnen 120 seconden een front-office medewerker aan de lijn. Tussen 17.00u en 8.00u was dat in 76,0%. Voor het beantwoorden van de spoedlijn binnen 30 seconden door een medisch kundige medewerker lagen de cijfers op resp. 99,4% in het tijdsblok van 8-17u en 98,9% tussen 17-8u.

De oorzaak dat de norm van 80% niet werd gehaald had met corona te maken: de praktijklijn kreeg extra taken waardoor het aantal telefoontjes naar de praktijklijn was verdubbeld ten opzichte van de periode vóór corona. Omdat op alle locaties de inloopsprekuren grotendeels zijn afgeschaft start de hulpvraag van een asielzoeker veelal telefonisch.

GZA heeft de eerste focus gelegd op het tijdig beantwoorden van de spoedlijn. Hierbij is de norm ruimschoots gehaald.

De tweede focus van GZA lag op het behalen van het *service level* op de reguliere lijn. Door een fluctuerend callaanbod en daarnaast ziekteverzuim binnen het team is dit deels gelukt maar is ook op een aantal momenten onder 80% gescoord. De verwachting is dat na de COVID-vaccinatierondes het inloopsprekuren op meer AZC's open zal gaan zodat minder druk zal ontstaan op de praktijklijn.

De ervaringen met de praktijklijn die COA-medewerkers en bewoners deelden met de IGJ doen vermoeden dat de bereikbaarheid van de praktijklijn sinds maart 2021 niet is verbeterd. In alle AZC's hoorde de IGJ dat sprake was van erg lange wachttijden voor de reguliere medische vragen. Over de spoedlijn waren geen klachten.

2.4 Publieke gezondheidszorg

Alle asielzoekers uit landen waar tuberculose (tbc) veel voorkomt worden bij binnenkomst in Nederland verplicht gescreend op tbc. Daarna krijgen zij vier (vrijwillige) vervolgscreeningen aangeboden die om de zes maanden plaatsvinden.

2.4.1 TBC-screening

De IGJ constateerde dat vrijwel alle asielzoekers uit hoog-risicolanden bij binnenkomst in Nederland worden gescreend op tbc.

De cijfers van het COA over de periode juni 2020 tot en met mei 2021 laten zien dat gemiddeld 96,25% van de nieuw ingestroomde asielzoekers binnen 14 dagen was gescreend op tbc. Na 31 dagen was het gemiddelde screeningspercentage nog eens gestegen naar 96,60.

2.5 Jeugdgezondheidszorg

Asielzoekerskinderen krijgen, net als alle andere kinderen in Nederland, actief jeugdgezondheidszorg aangeboden. Dit gebeurt bij voorkeur zo snel mogelijk na binnenkomst in Nederland, maar in ieder geval binnen de volgende normtermijnen:

- De JGZ intake (verpleegkundige intake en medisch onderzoek) dient binnen zes weken na aankomst in Nederland (dat wil zeggen zes weken na de eerste registratiedatum) te zijn afgerond.
- Binnen vier weken na de intake is met het RVP gestart bij asielzoekerskinderen in de leeftijd van 0-18 jaar.

2.5.1 Verpleegkundige intake en medisch onderzoek

De IGJ constateerde dat niet ieder kind van 0-18 jaar binnen 6 weken na aankomst in een COA-locatie een volledige intake (verpleegkundige intake en medisch onderzoek) door de jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft gehad.

Via de registratieschil⁵ en het landelijk Databuffet is actuele informatie beschikbaar voor de jeugdgezondheidszorg. Op basis van deze informatie worden zodra de instroom van nieuwe bewoners bekend is, afspraken gemaakt voor een verpleegkundige intake en medisch onderzoek. Medewerkers jeugdgezondheidszorg zijn over het algemeen tevreden over de mogelijkheden van het systeem, echter de registratieschil kent nog fouten en het werken met het systeem verloopt nog niet vlekkeloos, waardoor niet altijd bekend is dat er een nieuw kind is komen wonen in het AZC. Dit kan ervoor zorgen dat de gestelde termijn niet wordt gehaald. JGZ-medewerkers zijn hierop alert en controleren daarom vaak ook de bewonerslijsten

⁵ De centrale registratieschil faciliteert een deel van het JGZ/PGA-proces. JGZ-organisaties ontvangen in de registratieschil signalen wanneer er nieuwe asielzoekerskinderen naar de regio zijn verhuisd en of er bij deze kinderen al contactmomenten hebben plaatsgevonden.

van het COA om te voorkomen dat kinderen worden gemist. Op een aantal AZC's is de JGZ-bezetting zorgelijk: vanwege langdurige ziekte en/of moeilijk vervulbare vacatures is het voor de medewerkers niet altijd mogelijk om de termijnen te halen. Een laatste oorzaak ligt in het niet verschijnen van ouders met kinderen op de spreekuren. De IGJ hoorde op meerdere AZC's hoeveel moeite JGZ-medewerkers deden om deze kinderen alsnog te zien, zoals inschakelen COA, opzoeken in woning of school en zelfs een arts die voor een alleenstaande minderjarige vreemdeling de ouders in Syrië belde.

De cijfers die de IGJ van GGD GHOR ontving⁶ over de periode van oktober 2020 tot en met maart 2021 toonden zorgelijke cijfers: van de 0-4 jarigen kreeg 85% de verpleegkundige intake en 76% het medisch onderzoek binnen de gestelde termijn. In de leeftijdscategorie 4-18 lagen de cijfers zelfs nog wat lager met 80% tijdige verpleegkundige intake en 75% tijdig medisch onderzoek. Meewegend dat het om onvolledige, zelf gerapporteerde cijfers gaat maakt het beeld extra zorgelijk. Op locatie doen verschillende medewerkers wel hun uiterste best om uit de verschillende gegevensbronnen tijdig de juiste informatie te halen en kinderen tijdig te zien.

2.5.2 *In beeld bij overplaatsing(en)*

De IGJ constateerde dat is geborgd dat asielzoekerskinderen, ook bij overplaatsing(en), in beeld blijven bij de jeugdgezondheidszorg.

In alle centra besteden medewerkers-JGZ veel aandacht aan een - indien nodig warme - tijdige (dossier)overdracht bij uitplaatsing van een kind. De registratieschil biedt een actueel inzicht in de verblijfsplaats en eventuele verhuizing van een kind en vormt daarmee een essentiële schakel bij het in beeld houden van kinderen. Om te voorkomen dat kinderen tussen wal en schip vallen als gevolg van mogelijke onvolkomenheden in de registratieschil, controleren JGZ-medewerkers regelmatig in bewonerslijsten of alle kinderen goed in beeld zijn.

2.5.3 *Het rijksvaccinatieprogramma*

De IGJ constateerde dat de jeugdgezondheidszorg binnen vier weken na de volledige intake met het RVP start bij een deel van de asielzoekerskinderen in de leeftijd van 0-18 jaar. Binnen zes weken is bij een deel van de jeugdigen de vaccinatiestatus uitgevraagd en is een (inhaal)vaccinatieschema opgesteld.

Bij de intake wordt de vaccinatiestatus uitgevraagd en volgt vaak direct de eerste vaccinatie door de jeugdarts. Volgende vaccinaties worden dan ook meteen volgens schema gepland. Kinderen kunnen hiervoor terecht op afspraak of tijdens een speciaal vaccinatiespreekuur. In verband met bezettingsproblematiek kon de jeugdgezondheidszorg niet op alle locaties garanderen dat de gestelde termijnen altijd werden gehaald.

De cijfers die GGD GHOR op verzoek van IGJ aanleverde geven een indicatie van de tijdigheid van de start van het rijksvaccinatieprogramma gedurende het tweede tot en met vierde kwartaal van 2020. Een ruime 60% van alle ingestroomde asielkinderen had binnen drie maanden na aankomst in een COA-locatie een eerste vaccinatie gekregen.

⁶ Deze rapportage is gebaseerd op zelf-gerapporteerde gegevens ontvangen van GGD'en en andere JGZ-organisaties in het kader van de PGA-management rapportages. Nog niet alle GGD'en en JGZ-organisaties rapporteren de tijdigheid (aantallen binnen termijn uitgevoerde intakes en medisch onderzoeken).

Circa 30% van de kinderen kreeg de eerste vaccinatie na drie maanden en van circa 10% was op 21 juni 2021 nog geen vaccinatie geregistreerd. In deze cijfers moet rekening worden gehouden met het feit dat snel uitgestroomde kinderen (bijvoorbeeld in het kader van gezinshereniging) niet meer op een AZC door de jeugdgezondheidszorg worden gevaccineerd.

2.5.4 Preventieve interventies

De IGJ constateerde dat binnen de jeugdgezondheidszorg beperkt aandacht is voor preventieve interventies zoals VoorZorg, Stevig Ouderschap, Centering Parenting, Zindelijkheidsbegeleiding/Droogbed-training.

In de helft van de bezochte AZC's wordt Zindelijkheidsbegeleiding/Droogbed-training gegeven. VoorZorg werd gegeven in drie centra en in één AZC noemde de jeugdgezondheidszorg het toepassen van Stevig Ouderschap, deelnemers aan de online Centering Pregnancy voor Eritrese zwangeren en het geven van een cursus opvoedondersteuning in samenwerking met Gezondheidsbevordering Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers (PGA). JGZ-medewerkers benadrukten het belang van de preventieve interventiemogelijkheden en gaven aan graag meer te willen bieden maar daar geen ruimte voor te hebben; alleen JGZ vallende onder PGA is basiszorg. Aanvullende zorg zoals preventieve interventies is niet ingekocht.

2.5.5 Samenwerking jeugdgezondheidszorg en externe partijen

De IGJ constateerde dat een goede samenwerking tussen de jeugdgezondheidszorg en externe partijen is geborgd.

De samenwerking van de jeugdgezondheidszorg met andere partijen verschilt per AZC. JGZ, COA en GZA weten elkaar over het algemeen goed te vinden en het (kinder)MDO is van grote toegevoegde waarde voor de samenwerking met ketenpartijen. De GGZ springt er negatief uit: lange wachtlijsten en taalbarrières zijn sterk belemmerend voor de hulpverlening aan kinderen.

In bijlage 2 staan de resultaten van de bezochte locaties schematisch weergegeven.

3 Conclusies

3.1 **Bevlogen medewerkers houden zorg aan asielzoekers overeind onder zorgelijke omstandigheden**

Met dit onderzoek wilde de inspectie zicht krijgen op hoe het is gesteld met de (toegang tot) zorg aan asielzoekers. Zij constateerde dat het (zorg)medewerkers lukt zorg te bieden, terwijl de omstandigheden uitzonderlijk moeilijk waren en zijn door de coronacrisis en de overvolle AZC's. Op de locaties wordt door (zorg)medewerkers gerichte en goede inzet geleverd om om te gaan met knelpunten in de keten, zoals de tekorten aan jeugdartsen en de wachtlijsten bij de tweedelijns GGZ. De inspectie ziet dat de samenwerking tussen het COA, GZA en GGD is verbeterd, deze partijen weten elkaar inmiddels goed te vinden en werken constructief samen.

3.2 **Wat gaat goed?**

De inspectie heeft bewondering voor de bevoegdheid waarmee medewerkers op en voor AZC's hun werk verrichten. In deze fysiek en emotioneel zo belastende tijd, zag en sprak de inspectie overall medewerkers die hun uiterste inspanning leveren om optimale hulp- en zorgverlening voor de bewoners te bewerkstelligen. Het is voor een belangrijk deel te danken aan de inzet van deze medewerkers dat de inspectie de volgende positieve constateringen doet:

- Nieuw binnengekomen asielzoekers krijgen tijdig informatie over de toegang en bereikbaarheid van de zorg.
- Op de AZC's is de - op asielzoekers gerichte - huisartsenzorg zo georganiseerd dat deze 24 uur per dag, 7 dagen per week beschikbaar is.
- GZA heeft constructieve samenwerkingsafspraken met eerstelijnszorgverleners.
- Instromende asielzoekers krijgen direct na binnenkomst een medische intake aangeboden. Personeel stimuleert en controleert de uitvoering hiervan.
- Zorgpersoneel heeft aandacht voor dossiervoering en -controle; een goede dossiervoering is hiermee geborgd.
- Bij spoedgevallen heeft een bewoner in 99% binnen 30 seconden een medisch kundig persoon aan de lijn.
- Vrijwel alle asielzoekers uit hoog-risicolanden worden bij binnenkomst in Nederland verplicht gescreend op tbc en krijgen vervolgscreenings aangeboden.
- Door de invoering van de registratieschil blijven asielzoekerskinderen ook bij overplaatsing in beeld.

3.3 **Wat kan/moet beter?**

De IGJ ziet daarnaast een aantal punten waar aandacht nodig is:

- De ten tijde van de publicatie zeer kwetsbare situatie met overvolle AZC's en noodopvanglocaties is zorgelijk. Hierdoor is sprake van een verhoogde zorgvraag en daarmee een bovenmatige druk op de zorgverlening. De inspectie is van mening dat deze situatie niet meer dan van *tijdelijke* aard mag zijn.
- Asielzoekers (inclusief kinderen) hebben nauwelijks tot niet toegang tot de tweedelijns GGZ, niet alleen door de wachtlijsten maar ook door de taal- en culturele drempels.
- De bereikbaarheid en inzet van de -reguliere- praktijklijn vraagt om verbetering.

- Het personeelstekort binnen de jeugdgezondheidszorg, met name van jeugdartsen, is in grote delen van het land zorgelijk waardoor zorgverlening en start en uitvoering van het rijksvaccinatieprogramma niet altijd tijdig uitgevoerd kunnen worden.
- De registratieschil biedt mogelijkheden voor een goede informatievoorziening binnen de JGZ maar kent nog kinderziekten.
- Informatie-uitwisseling bij uit- en overplaatsing functioneert nog niet overal optimaal waarbij de AVG als belemmerend ervaren wordt.
- Asielzoekers zijn gebaat bij laagdrempelige inzet van tolken in ziekenhuizen, zodat informatie goed bij hen terecht komt.
- Interculturele zorg behoeft doorlopende aandacht; dit betekent niet alleen uitleggen hoe de zorgverlening in Nederland werkt, maar ook handelen vanuit kennis van wat mensen gewend zijn.

4 Aanbevelingen en vervolg

4.1 Aanbevelingen

De IGJ benadrukt dat asielzoekers, binnen alle beperkingen, op locatie goede zorg krijgen door de inzet van alle betrokken medewerkers. De randvoorwaarden om goede zorg te leveren kunnen belemmerend zijn en dienen daarom te worden verbeterd. Naar aanleiding van haar onderzoeksbevindingen en -conclusies doet de IGJ de volgende aanbevelingen:

Aan de ministers van VWS en JenV en alle overige bij zorg aan asielzoekers betrokken partijen:

Blijf met elkaar maximale inspanning leveren om behoorlijke huisvesting en zorgverlening te kunnen bieden aan de grote groep asielzoekers en toegelaten vluchtelingen.

Interculturele zorg behoeft doorlopende aandacht. Dit betekent niet alleen uitleggen hoe de zorgverlening in Nederland werkt, maar ook handelen vanuit kennis van wat mensen gewend zijn in het land van herkomst. Maak hiervoor gebruik van ervaringsdeskundigen.

Aan alle partijen die betrokken zijn bij de GGZ aan asielzoekers, waaronder in ieder geval VWS, de Nederlandse GGZ en RMA Healthcare:

Ga met elkaar in gesprek en organiseer, binnen de context van de algemene wachtlijstproblematiek, oplossingen om de toegang tot de GGZ ook voor asielzoekers te verbeteren. Organiseer voorlichting over asielzoekerszorg waardoor de eventuele taal- en cultuuraspecten geen extra drempel meer vormen voor de toegang tot de GGZ.

Aan GZA: Blijf inzetten op extra formatie en gerichte scholing voor medewerkers van de praktijklijn zodat de toegang en kwaliteit is geborgd.

Aan Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) en VWS in samenwerking met GGD-GHOR:

Zet maximaal in op het vervullen van vacatures van jeugdartsen in regio's met tekorten.

Zorg voor een adequate werking van en scholing van medewerkers in de registratieschil.

Aan COA: Zorg voor praktijkgerichte en herhaalde informatie aan medewerkers over de reikwijdte van gegevensuitwisseling in het licht van de AVG.

Aan NVZ en NFU: Informeer medewerkers herhaaldelijk over de mogelijkheden van tolkinzet om onbegrip bij asielzoekers als gevolg van taaldrempels te voorkomen.

4.2

Vervolgacties inspectie

De inspectie zal bij betrokken partijen toezien op het instellen en bewaken van verbetermaatregelen op genoemde knelpunten. De inspectie zal dit medio 2022 aan de orde stellen tijdens gesprekken met de betreffende organisaties en de uitvoering volgen in het toezicht in 2023.

Daarnaast blijft de inspectie in haar toezicht aandacht schenken aan de zorgelijke situaties in de noodopvanglocaties.

Bijlage 1 Afkortingen en begrippen

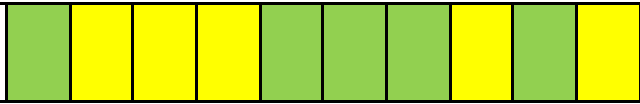
AJN	Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland
ANW	Avond-, nacht- en weekenddiensten
AVG	Algemene verordening gegevensbescherming
COA	Centraal Orgaan opvang asielzoekers
COL	Centrale ontvangstlocatie
GGD GHOR Nederland	is dé belangenbehartiger voor de publieke gezondheid en veiligheid in Nederland. Als overkoepelende brancheorganisatie van de 25 Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en) en Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio (GHOR)
GZA	GezondheidsZorg Asielzoekers
HAP	Huisartsenpost
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
MDO	Multidisciplinair overleg
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
PGA	Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers
PL	Praktijklijn
POH	Praktijkondersteuner huisarts
POH-GGZ	Praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg
POL	Procesopvanglocatie
RVP	Rijksvaccinatieprogramma
Tbc	Tuberculose

Bijlage 2 Resultaten tabel

Norm:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.1: Bewoners van AZC's zijn door het COA geïnformeerd over de bereikbaarheid van en toegang tot de huisartsenzorg en de spoedeisende hulp.										
2.1: Iedere asielzoeker met medische klachten krijgt bij binnenkomst een tijdige medische intake (COL/POL locatie) ⁷										
2.2: Huisartsenzorg is 24/7 beschikbaar en bekend met/gericht op zorg aan asielzoekers.										
2.3: Er zijn afspraken gemaakt met andere eerstelijnszorgaanbieders.										
2.4: Dossiervoering en informatieoverdracht zijn geborgd t.b.v. een goede kwaliteit van zorg.										
3.1: Ieder kind van 0-18 jaar heeft binnen 6 weken na aankomst in Nederland een volledige intake (een verpleegkundige intake en medische onderzoek) door JGZ gehad.										
3.2: Geborgd is dat asielzoekerskinderen, ook bij overplaatsing(en), in beeld blijven bij de JGZ.										
3.3: Binnen 6 weken is bij iedere jeugdige de vaccinatiestatus uitgevraagd en een (inhaal)vaccinatieschema opgesteld.										
3.4: De JGZ start binnen 4 weken na de volledige intake met het RVP bij asielzoekerskinderen in de leeftijd van 0-18 jaar.										
3.5: Binnen JGZ in AZC's worden preventieve interventies toegepast.										

⁷ Deze norm is op 1 locatie (een POL/COL-locatie) getoetst. De andere locaties betroffen geen POL/COL-locaties waardoor deze norm niet van toepassing was.

3.6: Er is sprake van een goede samenwerking tussen JGZ en externe partijen.



Groen: voldoet

Geel: voldoet deels

Rood: voldoet niet

Wit: niet getoetst of niet van toepassing

- 1= AZC Hoogeveen
- 2= AZC Heerhugowaard
- 3= AZC Delfzijl
- 4= AZC Gilze
- 5= AZC Katwijk
- 6= AZC Oisterwijk
- 7= AZC Sneek
- 8= AZC Budel
- 9= AZC Zutphen
- 10= AZC Schalkhaar

Bijlage 3 Reactie COA

"In grote lijnen kan het COA zich vinden in het rapport van de IGJ.

Bij drie onderwerpen hebben wij echter vragen of opmerkingen:

- GGZ-zorg
- Noodopvang locaties
- Informatie-uitwisseling bij uit- en overplaatsing

GGZ zorg

Net als de IGJ vindt het COA het zorgelijk dat er knelpunten zijn bij de doorverwijzing naar de tweedelijns GGZ zoals beschreven in het rapport. Echter naar de mening van het COA sluit de conclusie in het rapport niet aan bij de beschrijving die in het rapport gegeven wordt en wordt daarmee een onjuist beeld geschetst.

In de beschrijving staat dat vrijwel alle GZA diensten knelpunten ervaren bij de doorverwijzing naar de tweedelijns GGZ. In de conclusie wordt echter gesproken over nauwelijks tot niet toegang tot de GGZ zorg zonder specificatie om welke GGZ zorg het gaat.

Op alle locaties is laagdrempelige GGZ-zorg aanwezig van de POH GGZ (tussen de 16.000 en ruim 17.000 door GZA geregistreerde consulten per jaar in de afgelopen jaren) en zijn er circa 3200 consulten per jaar bij de tweedelijns GGZ. Er is dus geen sprake van dat de GGZ-zorg (in zijn algemeenheid) nauwelijks tot niet toegankelijk is zoals de conclusie luidt. Het COA zou de IGJ dan ook willen voorstellen de conclusie in lijn te brengen met de bevindingen: "GZA ondervindt op vrijwel alle locaties ernstige problemen bij de doorverwijzing naar tweedelijns GGZ".⁸

Noodopvang

De IGJ maakt in het rapport melding van een onwenselijke situatie en van zorgelijke omstandigheden op sommige tijdelijke noodopvanglocaties. Het COA erkent dat de omstandigheden op een aantal noodopvanglocaties niet het gewenste niveau hebben. Het COA kan echter deze opmerking van de IGJ niet plaatsen in het kader van het uitgevoerde onderzoek. De IGJ heeft immers geen noodopvang locaties bezocht in dit onderzoek maar doet hier wel uitspraken en aanbevelingen over. Het is voor het COA daarom niet duidelijk waarop de IGJ deze conclusie trekt en op welke zorgelijke omstandigheden de IGJ doelt.⁹ Het COA deelt de mening van de IGJ dat noodopvang locaties van tijdelijke aard moet zijn.

Informatie-uitwisseling bij uit- en overplaatsing

De IGJ constateerde dat informatie-uitwisseling bij uit- en overplaatsing nog niet overal optimaal functioneert waarbij de AVG als belemmerend ervaren wordt. In de beschrijving staat dat niet alle COA locaties actief in en uitstroom lijsten delen. Dit klopt waar het gaat om losse in- en uitstroom lijsten, dit is nog een oude werkwijze. Conform de AVG regels zijn de losse lijsten niet meer in gebruik maar wordt gebruik gemaakt van de automatische updates tussen IBIS (bewonersadministratiesysteem van het COA) en de systemen van GZA en GGD om in- en uitstroom gegevens te delen. Dit staat ook beschreven in de door de IGJ genoemde ketenrichtlijn continuïteit van zorg bij verhuizingen. Binnen deze ketenrichtlijn is er voldoende ruimte voor COA en zorgpartners om te communiceren over (mogelijke problemen bij) continuïteit van zorg voorafgaand aan verhuizing.

De aanbeveling aan het COA is om te zorgen voor praktijkgerichte en herhaalde informatie aan medewerkers over de reikwijdte van gegevensuitwisseling in het licht van de AVG. Het COA besteedt op diverse manieren aandacht aan AVG proof werken met avg officers en opleidingen voor medewerkers. Echter extra aandacht voor AVG zal niet leiden tot het verstrekken van losse lijsten met instroom en vertrek gegevens door het COA aan de partners."

⁸ De IGJ heeft de tekst in het rapport aangepast naar aanleiding van deze opmerking.

⁹ De inspectie heeft de tekst hierop aangepast.

Bijlage 4 Reactie GZA

“Allereerst hartelijk dank voor het toezenden van de conceptversie van het rapport naar aanleiding van de bezoeken aan de 10 AZC’s afgelopen najaar.

Ik wil graag onze waardering uitspreken voor ‘de toon’ van het rapport. Hieruit spreekt oog en begrip voor de complexe context van de zorgverlening in het afgelopen jaar en waardering voor de inzet en betrokkenheid van de bij de zorg betrokken werknemers van COA, GGD en GZA.

In het rapport doet IGJ de aanbeveling om in te zetten op de borging van kwaliteit en toegankelijkheid van de Praktijklijn. We nemen deze aanbeveling van harte over. GZA is zich bewust van de cruciale rol die de Praktijklijn heeft in de zorgverlening door GZA. Covid en de hectiek rond de verhoogde instroom afgelopen maanden hebben de Praktijklijn de afgelopen periode zwaar belast. Deze ontwikkelingen hebben een aantal inzichten en verbeterpunten opgeleverd. De komende maanden zullen we invulling geven aan dit verbeterplan. Graag lichten we deze ontwikkeling toe tijdens het in het rapport genoemde gesprek medio 2022.

Als laatste zet ik graag een kleine feitelijke onjuistheid recht. Op pagina 8 van het rapport staat het volgende: ‘Voordat een nieuwe AZC-locatie wordt geopend krijgt GZA 6 weken de gelegenheid om huisartsenzorg in te richten en netwerkafspraken te maken. Dit lukt (met uitzondering van de noodopvang) altijd.’ De afgelopen jaren is het ons echter altijd gelukt om zorg te leveren binnen de gestelde termijn van 6 weken, ook bij de noodopvang. Vrijwel altijd slaagt GZA erin om binnen een veel kortere termijn de opvang te regelen.”¹⁰

¹⁰ De IGJ heeft de door GZA voorgestelde tekst in het rapport overgenomen naar aanleiding van deze opmerking.

“Pag. 12 2.5.1. “Medewerkers jeugdgezondheidszorg zijn over het algemeen tevreden over de mogelijkheden van het systeem, echter de registratieschil kent nog fouten waardoor niet altijd bekend is dat er een nieuw kind is komen wonen in het AZC.”

De Registratieschil (RS) is nog niet foutloos, maar het ontbreken van bijvoorbeeld verhuisgegevens in de RS ligt niet aan de RS. De gegevens in de RS worden elke dag geactualiseerd met de gegevens uit IBIS, geleverd door het COA. De RS is dus afhankelijk van de gegevens die in IBIS zijn opgenomen. Indien in het IBIS-bestand een verhuizing niet wordt geregistreerd zal deze verhuizing ook niet in de Registratieschil komen te staan. Als GGD GHOR Nederland uit het veld bericht krijgt dat een kind verhuisd is maar dit nog niet zichtbaar in de RS neemt GGD GHOR Nederland contact op met COA zodat zij de gegevens kunnen aanpassen in IBIS. GGD GHOR Nederland en het COA werken nauw samen om de correctheid van de IBIS gegevens te optimaliseren en zo de continuïteit van zorg te kunnen waarborgen.¹¹

Pag. 13 2.5.3. “Een ruime 60% van alle ingestroomde asielkinderen had binnen drie maanden na aankomst in een COA-locatie een eerste vaccinatie gekregen. Circa 30% van de kinderen kreeg de eerste vaccinatie na drie maanden en van circa 10% was op 21 juni 2021 nog geen vaccinatie geregistreerd”.

De afspraak met het veld is dat binnen vier weken na een volledige intake het RVP wordt gestart, oftewel de vaccinatiestatus is opgemaakt en eventueel een 1e vaccinatie wordt gegeven. Het kan voorkomen dat een kind, afkomstig uit een land met hetzelfde vaccinatie schema als in Nederland, pas een jaar na binnenkomst in Nederland een vaccinatie nodig heeft. De eerste vaccinatie hoeft dus niet altijd binnen de drie maanden plaats te vinden.

Pag.17 4.1 “Zet maximaal in op het vervullen van vacatures van jeugdartsen in regio’s met tekorten”

GGD GHOR Nederland is niet de werkgever van jeugdartsen. AJN en VWS hebben veelvuldig contact om het tekort aan jeugdartsen op te lossen. AJN is bezig met het uitbreiden van het aantal opleidingsplaatsen voor Jeugdartsen.¹²

Adviezen landelijke organisaties

Pag 17. 4.1 “Zorg voor een adequate werking van en scholing van medewerkers in de registratieschil.”

GGD GHOR Nederland is het ermee eens dat scholing in de RS van belang is. GGD GHOR NL heeft daarin ook veel geïnvesteerd. In 2020/2021 zijn alle GGD/JGZ organisaties getraind om adequaat te kunnen werken in de RS. Daarnaast werd eens per twee weken een digitaal inloopspreekuur gepland waar medewerkers hun vragen konden stellen over de RS.

¹¹ De inspectie heeft de tekst in het rapport aangepast naar aanleiding van deze opmerking.

¹² De inspectie heeft de tekst in het rapport aangepast naar aanleiding van deze opmerking.

Begin 2022 heeft GGD GHOR Nederland met alle GGD/JGZ organisaties afspraken gepland om op de eigen werkplek vragen te beantwoorden, fouten op te sporen en verbeteringen door te voeren. In 2022 worden bijeenkomsten georganiseerd voor kerngebruikers van de RS. Daartoe inventariseren de kerngebruikers interne problemen met de RS. Problemen, oplossingen en wensen vanuit GGD/JGZ organisaties worden vervolgens in deze bijeenkomsten besproken.

Ons inziens ontbreekt er nog een advies aan het COA, te weten om maximaal in te zetten op een zo optimaal mogelijk waarborgen van de volledigheid en correctheid van de IBIS-gegevens. Deze gegevens zijn een randvoorwaarde voor de continuïteit van zorg.”¹³

¹³ De inspectie heeft dit niet zelf geconstateerd tijdens haar onderzoek maar benadrukt dat alle partijen verantwoordelijk zijn voor een volledige en correcte dossiervoering.

Duidelijk. Onafhankelijk. Eerlijk.

www.igj.nl