



beeld: Guus Dubbelman, HH

Reorganisatie pakt slecht uit voor patiënt in kwetsbare positie

Asielzoeker is geen gewone patiënt

drs. Martijn Vink, arts jeugd-gezondheidszorg, Master of Public Health, tot 31 december 2008 in dienst bij de Medische Opvang Asielzoekers Zuid-Holland/Utrecht

Robert van Wijk, praktijk-verpleegkundige, tot 31 december 2008 in dienst bij de Medische Opvang Asielzoekers Zuid-Holland/Utrecht

De auteurs hebben dit artikel op persoonlijke titel geschreven.

Correspondentieadres:
mmtvink@hotmail.com;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

De medische hulpverlening voor asielzoekers is recentelijk drastisch op de schop gegaan. Voortaan wordt die zorg beschouwd als gewone reguliere zorg. Maar asielzoeker zijn geen goedgeïnformeerde zorgconsumenten. Het zijn mensen in een kwetsbare positie.

Veel asielzoekers zijn afkomstig uit landen met een hoge (infectie)ziektedruk en een gebrekkig gezondheidszorg-systeem. Niet zelden zijn ze in het land van herkomst vervolgd, gemarteld of verkracht, of

hebben ze daar te maken gehad met oorlogshandelingen. Ook de omstandigheden tijdens de vlucht zijn vaak primitief en gevaarlijk. Eenmaal in Nederland komen asielzoekers terecht in krappe vertrekken. Ze missen een zinvolle

Sinds 1 januari is het voor asielzoekers veel lastiger geworden om medische hulp in te roepen.

beeld: Klaas Fopma, HH



dagbesteding, hebben weinig geld en worstelen met zorgen over de vaak lange asielpcedure. Al deze omstandigheden maken dat het met de lichamelijke en psychische gezondheid van asielzoekers beduidend slechter is gesteld dan met die van de autochtone Nederlandse bevolking.¹

Medische hulpverlening voor asielzoekers is hierdoor uitdagend en ingewikkeld. Het is graven naar de oorzaak en betekenis van klachten en zoeken naar de meest passende vorm van hulpverlening. Voorlichting over de werking van het menselijk lichaam en het Nederlandse gezondheidszorgsysteem zijn hierbij belangrijk. Ook kennis van gezinsachtergronden is vaak essentieel, omdat problemen van ouders gevolgen kunnen hebben voor de gezondheid van hun kinderen.

Laagdrempelig

Vanaf 2000 tot eind 2008 verzorgde de Medische Opvang Asielzoekers (MOA, een onderdeel van de GGD) de medische hulpverlening in asielzoekerscentra. Bij de MOA werkten artsen, verpleegkundigen, administratief medewerkers en groepsvoorlichters. De huisartsenzorg in de asielzoekerscentra werd verzorgd door reguliere huisartsen.

Door de jaren heen heeft de MOA zich gekenmerkt door een laagdrempelige, professionele en multidisciplinaire hulpverlening, uitgevoerd door vaak zeer ervaren hulpverleners met een grote kennis van de culturele en sociale achtergronden van asielzoekers.

Sinds 1 januari van dit jaar is de hulpverlening voor asielzoekers grondig op de schop gegaan. Veel kennis en ervaring die de afgelopen jaren is opgebouwd, is hierdoor verdwenen. Uitgangspunt van de door de overheid opgelegde reorganisatie is dat asielzoekerszorg reguliere zorg is. De huisarts heeft een centrale rol toebedeeld gekregen. Asielzoekers moeten zich voortaan via de telefoon of via een praktijkondersteuner huisarts (POH) – die een of verscheidene dagen op het asielzoekerscentrum spreekuur houdt – melden bij de huisarts. Vanuit onze jarenlange ervaring in de hulpverlening voor asielzoekers maken wij ons veel zorgen over de gevolgen van deze reorganisatie.

Toegang

Wij vrezen dat asielzoekers minder makkelijk toegang krijgen tot medische zorg. Op de dagen dat er geen POH'er in het asielzoekerscentrum aanwezig is, kunnen asielzoekers alleen via de telefoon medische hulp inroepen. Zij krijgen dan contact met een landelijke callcenter van zorgverzekeraar Menzis. Medewerkers van dit callcenter zullen, eventueel met hulp van een telefonische tolk, de aard van de hulpvraag en de benodigde hulpverlening moeten inschatten. Dit is al moeilijk bij een Nederlandstalige, goed geïntegreerde en goedopgeleide populatie. Maar dat is nog veel moeilijker bij asielzoekers, die vaak een heel andere ziektebeleving hebben en weinig kennis hebben van de (on)mogelijkheden van de Nederlandse gezondheidszorg.

Onderwerpen die te maken hebben met schaamte, zoals verkrachtingen en martelingen, lenen zich daarnaast niet voor telefonische bespreking. Hierbij is het noodzakelijk dat de hulpverlener vanaf het begin een vertrouwens-

Onderwerpen als verkrachting en marteling lenen zich niet voor telefonische bespreking

SAMENVATTING


- Sinds 1 januari is de medische zorg in asielzoekerscentra op de schop gegaan. Uitgangspunt is dat asielzoekerszorg reguliere zorg is.
- Deze reorganisatie heeft negatieve gevolgen voor de kwaliteit van de medische hulpverlening in de asielzoekerscentra (met name met betrekking tot de toegankelijkheid tot medische zorg, de hulpverlening in crisissituaties en de geïntegreerde zorgaanpak).
- De achtergrond van asielzoekers en de aard van hun problematiek vraagt om een gespecialiseerd gezondheidszorgsysteem in asielzoekerscentra.

band opbouwt met de betrokkene. Hoe moet een analfabetische Afrikaanse vrouw bijvoorbeeld een huisartsenafpraak noteren, als zij via het telefonische callcenter medische hulp probeert in te roepen?

Verder vrezen wij dat de hulpverlening in noodsituaties verslechtert. Tot voor kort waren op alle werkdagen EHBO-getrainde MOA-medewerkers in het asielzoekerscentrum aanwezig die asielzoekers met acute klachten snel konden beoordelen, stabiliseren en zo nodig doorverwijzen. In de nieuwe situatie zijn een groot deel van de dag geen medisch geschoolde medewerkers in het centrum aanwezig. De rol die opvangmedewerkers van het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA) bij calamiteiten moeten spelen, bergt een zekere spanning in zich. Omdat zij geen medische achtergrond hebben, moeten zij bij spoedgevallen direct contact opnemen met het callcenter. Het kost weinig moeite om situaties te bedenken, waarbij COA-medewerkers door een gebrek aan (achtergrond)kennis foute beoordelingen maken en de bewoner gezondheidschade oploopt.

Zorgmodel

Een ander bezwaar tegen de reorganisatie is dat in het nieuwe zorgmodel de multidisciplinaire aanpak verdwijnt. Tot voor kort werkten binnen de MOA jeugdgezondheidszorgwerkers, gezondheidswerkers voor volwassenen, huisartsen en voorlichters samen. Dit maakt het eenvoudig om bijvoorbeeld problemen in gezinnen snel en 'breed' aan te pakken. In de nieuwe structuur wordt de jeugdgezondheidszorg ondergebracht bij de GGD en de curatieve zorg bij de huisarts. Hierdoor zullen de gezondheidswerkers meer moeite hebben om elkaar te bereiken.

De MOA is in negen jaar uitgegroeid tot een volwaardige, professionele organisatie. Natuurlijk was zij geen feilloze organisatie en sommige werkprocessen kunnen wellicht efficiënter worden gemaakt. De nu doorgevoerde reorganisatie is echter geen verbetering, omdat zij is gestoeld op verkeerde veronderstellingen. Asielzoekers zijn geen zelfstandige, goed geïnformeerde zorgconsumenten, die weliswaar een andere taal spreken, maar die zich verder prima kunnen redden. Het zijn mensen in een kwetsbare positie, die vaak een belast verleden met zich meertorsen en die daarnaast vaak weinig gezondheidskennis en kennis over de Nederlandse gezondheidszorg hebben. Zij hebben hierom recht op gespecialiseerde gezondheidszorg. 

Gas terug

'Ik red het niet morgen te komen. Voel me overbelast. Moet even wat gas terugnemen.' Met die e-mail meldde ik me afgelopen donderdagavond af voor de jaarbijeenkomst van mijn club van kaderhuisartsen GGZ.

Het is me allemaal even te veel geworden. Ik voel het aan de druk op mijn borst en het doffe gevoel in mijn linkerarm. En verder voel ik me een beetje robotachtig, alsof ik ben afgesneden van mijn eigen denken en voelen. De oorzaak laat zich niet moeilijk raden. Artsen moeten zich de tandjes werken om alles bij te benen. Ik vergelijk de gezondheidszorg wel eens met een boze stiefmoeder. Ze stelt hoge eisen en is nooit tevreden. En als daar dan nog een druppel bijkomt dan loopt de emmer over. In mijn geval is dat de winterschilder.

Die heeft sinds een week bezit genomen van mijn oase achter de duinen. Alles is verplaatst en overal ligt een laagje stof. Overbelasting en stress komen veel voor. Ze vallen in de categorie functionele klachten. Die maken 90 procent van alle aan de huisarts aangeboden psychische stoornissen uit. In de top-tien van geregistreerde aandoeningen staan ze op de tweede plaats. En waarom zou het onder artsen anders zijn? Het zijn tenslotte net mensen. De remedie is niet zo moeilijk. Het is wat ik ook tegen mijn patiënten zeg. Even wat gas terugnemen en de zaken op een rijtje zetten. En als je daarbij hulp nodig hebt, dan hoor ik het wel. Wat dat betreft kreeg ik dezelfde avond nog het perfecte antwoord terug op mijn e-mail: 'Maarten, doe het even rustig aan.'

Maarten Cox,
huisarts



Eerdere MC-artikelen over de zorg aan asielzoekers vindt u via dit artikel op www.medischcontact.nl.

Referentie

1. GGD Nederland, Het onderzoek 'Gevlucht - Gezond' vanuit preventieperspectief; epidemiologische gegevens over de gezondheidstoestand en het zorggebruik van asielzoekers, februari 2007.