



▲ Afrikaanse vrouw op het spreekuur bij de Medische Opvang Asielzoekers (MOA).

# MOA OPGEHEVEN HET WERK GAAT DOOR

## *Medische zorg voor asielzoekers*

*Ontworteling, ontredde- ring en onzekerheid. Dat tekent de situatie van veel asielzoekers bij hun aankomst in Nederland. Om hen een onderkomen te bieden heeft de overheid asielzoekerscentra ingericht. Ook is de Medische Opvang Asielzoekers (MOA) in het leven geroepen, om in een vroeg stadium aandacht te kunnen besteden aan hun gezondheidsproblemen. Per 1 januari 2009 wordt de MOA opgeheven en worden de taken anders georganiseerd.*

*De huisarts gaat een spilfunctie vervullen in de zorg voor asielzoekers, vanuit de eigen praktijk.*

**TITIA FELDMANN**

**D**e MOA is voortgekomen uit het in 1978 opgerichte Centraal Medisch Team Vluchtelingen. Destijds kwamen vooral uitgenodigde vluchtelingen uit Latijns Amerika en Vietnamese bootvluchtelingen naar Nederland. Huisartsen konden de zorg voor deze mensen, die in groepen in pensions woonden, niet aan. Zij vonden dat de overheid de zorg maar moest organiseren.

Loes van Willigen was destijds arts van het Centraal Medisch Team Vluchtelingen. Volgens haar is de missie van toen nog steeds geldig. 'Het ging om het verrichten van een eerste medisch onderzoek. We signaleerden mogelijke infectieziekten en gevolgen van geweld, brachten individuele gezondheidsproblemen in kaart, registreerden alles zorgvuldig en droegen de patiënten vervolgens over aan huisartsen in de reguliere zorg. Daarnaast gaven we voorlichting aan de vluchtelingen en advies en ondersteuning aan de reguliere

zorg. Ik denk dat deze zaken nog steeds van belang zijn, voor uitgenodigde vluchtelingen én voor asielzoekers. Wij hebben nooit reden gezien om onderscheid te maken tussen die twee groepen.'

#### **OPVANG**

Signalen over misstanden in pensions waren voor de overheid aanleiding de opvang naar zich toe te trekken. In 1982 ging in Apeldoorn het eerste centrum voor de opvang van uitgenodigde vluchtelingen open. Het Centraal Medisch Team Vluchtelingen verrichtte daar de eerste medische opvang. In de jaren tachtig kwamen er steeds meer asielzoekers naar Nederland. De regering besloot dat er ook voor hen structurele opvang moest komen en in 1987 werden vier asielzoekerscentra ingericht. Sinds 1994 is het COA (Centraal Or-

gaan opvang asielzoekers) de officiële uitvoerder van de opvang. Het COA valt, evenals de Immigratie- en Naturalisatie Dienst, rechtstreeks onder het ministerie van Justitie. In 2001 verbleven zo'n 84.000 personen in de COA-opvang en was het aantal opvanglocaties gegroeid tot 356. Na invoering van de Vreemdelingenwet 2000 zette een daling in. In september 2008 waren de aantallen geslonken tot ongeveer 19.000 mensen in 46 centra.

De medische opvang heeft door de jaren heen de ontwikkelingen in de opvang moeten volgen. In de jaren negentig ging alle aandacht naar het opzetten van nieuwe centra om het snel groeiende aantal asielzoekers te kunnen opvangen. De MOA-teams in de centra waren verantwoordelijk voor de preventieve zorg, huisartsen buiten de centra voor de curatieve

***De MOA vervult in de beginfase een belangrijke brugfunctie naar de reguliere gezondheidszorg***



FOTO: ELLEN KOK/HH

zorg. In de praktijk varieerde de inzet van de huisartsen echter sterk per centrum.

In 2000 werd de verantwoordelijkheid voor de medische opvang van asielzoekers officieel overgedragen van het COA aan GGD'en. Die riepen voor de uitvoering MOA-stichtingen in het leven. Het Landelijk Service Bureau MOA in Utrecht werd verantwoordelijk voor deskundigheidsbevordering, onderzoek en ondersteuning van deze stichtingen. Vanaf 2000 is hard gewerkt aan professionalisering, kwaliteitsverbetering en epidemiologisch onderzoek. De huisartsenzorg voor asielzoekers werd alleen nog uitgevoerd door huisartsen gecontracteerd door verzekeraar VGZ. Praktijkverpleegkundigen die de toegeleiding naar huisartsen en andere eerstelijns zorgverleners (zoals verloskundigen en tandartsen) moesten verzorgen, bleven in dienst van de MOA-stichtingen.

### WAT ZIEN MEDEWERKERS ALS KERNTAKEN VAN DE MOA?

*Kerntaak 1: brugfunctie naar de reguliere zorg.* Salomon Negasie is zelf ooit als vluchteling uit Eritrea naar Nederland gekomen en werkt sinds 1991 als arts medische opvang. Negasie noemt het eerste medische onderzoek de belangrijkste taak van de MOA: de combinatie van een zorgvuldige verpleegkundige intake en een medisch onderzoek. Zijn ervaring is dat asielzoekers vaak een zorgachterstand hebben en verborgen ziekten, zoals diabetes, hoge bloeddruk, een schildklierandoening of een hartgeruis. Belangrijke aandachtspunten zijn ook hiv en andere seksueel overdraagbare aandoeningen, door veelvuldige onbeschermde seksuele contacten en verkrachtingen in het verleden.

Negasie vindt dat de huidige MOA vooral in de beginfase een belangrijke brug-

Schouten vertelt over een pension dat was afgehuurd als aanvullende opvanglocatie voor asielzoekers. In het eerste jaar hadden de MOA-verpleegkundigen intensieve bemoeienis met de asielzoekers daar. Na een jaar konden ze zelfstandig naar de huisarts. Als de huisarts bijzondere pro-

### Volledig 'regulier' organiseren van de zorg voor asielzoekers is waarschijnlijk niet mogelijk

blemen signaleerde, vroeg hij advies of extra begeleiding van de MOA-verpleegkundige.

*Kerntaak 2: voorlichting en gezondheidsbevordering.* Zowel Schouten als Negasie vinden goede gezondheidsvoorlichting en gezondheidsbevordering erg belangrijk. Het draait daarbij vooral om thema's als gewijs worden in Nederland, seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) en aids, zwangerschap en anticonceptie, en kennis van het eigen lichaam. Er is in de loop van de tijd veel materiaal ontwikkeld en de methodieken zijn sterk verbeterd. Deze zaken moeten vooral blijven doorgaan, vinden beiden.

Om te illustreren hoe nuttig actieve gezondheidsbevordering is, vertelt Negasie over een man die hij in 1993 in Zeewolde zag. De man was 43 jaar, afkomstig uit Irak en woog 130 kilo. Vanwege zijn overgewicht was de huid van zijn voet gescheurd en moest hij geopereerd worden. Negasie heeft hem de consequenties van zijn overgewicht uitgelegd en de man een tijd lang begeleid bij verandering van zijn voedings- en leefpatroon. Tien jaar later kwam Negasie op straat in Amsterdam een slanke man tegen, strak in het pak, die hem nariep: 'Dokter, u kent mij niet meer.

regeling kreeg zij een verblijfsvergunning. Ze heeft een zoon die in Utrecht woont en komt vanwege diverse gezondheidsproblemen bij drie specialisten in Utrecht. Ze kan lezen noch schrijven. De vrouw heeft inmiddels een huis toegewezen gekregen in een andere regio. Negasie heeft nu gead-

viseerd haar te huisvesten in de nabijheid van Utrecht, zodat de specialistische behandelingen kunnen worden voortgezet en de vrouw makkelijk hulp kan krijgen van haar zoon. Het COA willicht dergelijke adviezen meestal in.

### NIEUWE AANPAK

Per 1 januari 2009 worden de MOA-stichtingen ontbonden, alle medewerkers is ontslag aangezegd. Er komt een scherpere scheiding tussen de curatieve gezondheidszorg voor asielzoekers en de publieke gezondheidszorg. Voor de publieke gezondheidszorg zal het COA een contract sluiten met GGD Nederland. Vijf GGD'en verspreid over het land gaan stichtingen Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers (PGA) oprichten. Deze organiseren de zorg bij opening van een nieuw centrum. En als een centrum sluit zorgen ze dat relevante informatie bij de zorgverleners terecht komt.

Dit laatste is een nieuwe taak. De preventieve taken die de MOA nu uitvoert, gaan door vanuit de PGA-stichtingen. Voor de curatieve taken is zorgverzekeraar Menzis verantwoordelijk. Het gaat hier, naast de gewone huisartsenzorg, om de intake en het medisch onderzoek, de sociaal-medische advisering, de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) en de functie van vertrouwensarts bij honger- en dorststaking.

De belangrijkste verandering in de curatieve zorg is dat de praktijkverpleegkundige, die 'praktijkondersteuner huisartsenzorg asielzoekers' (POH-A) gaat heten, rechtstreeks onder verantwoordelijkheid van de huisarts komt te werken. Menzis richt een landelijk GezondheidsCentrum Asielzoekers (GCA) in. Het GCA zal vooral service verlenen aan asielzoekers (landelijk inbellen en afspraken regelen bij de huisarts of praktijkondersteuner) en aan huisartsen (registratie en financiële administratie). De POH-A's zullen vooral gewonnen worden onder het huidige MOA-personeel en komen voorlopig in dienst van uitzendorganisatie Randstad. ▶

### De huisartsen gaan de asielzoekers in de eigen praktijk behandelen

functie vervult naar de reguliere gezondheidszorg. Na verloop van tijd kunnen mensen zelf hun weg vinden naar de huisarts. Bea Schouten, nu teamleider bij de MOA Brabant Zeeland maar in 1988 begonnen als verpleegkundige in een van de eerste centra, beaamt dit. Mensen zijn ontheemd, hebben vaak complexe problemen en missen een vertrouwenspersoon. Zij moeten nog leren zelf de weg te vinden naar de Nederlandse gezondheidszorg.

Bent u niet blij mij zo te zien?' Het was dezelfde Irakees. Hij was inmiddels toegelaten in Nederland en het ging hem goed, ook qua gezondheid.

*Kerntaak 3: sociaal-medische advisering.* Als derde belangrijke taak noemt Negasie de sociaal-medische advisering. Die is vooral nodig wanneer mensen met gecompliceerde medische problemen uit het opvangcentrum verhuizen (na toekenning van een verblijfsvergunning). Hij vertelt over een vrouw van 70, die meer dan acht jaar in de opvang verbleef. Door de pardon-

◀ Vanaf 2009 kunnen asielzoekers rechtstreeks naar de huisarts.

► Het is de bedoeling dat de huisartsen de asielzoekers in de eigen praktijk gaan behandelen. Dit om het hospitaliserende effect van ‘zorg aan huis’ tegen te gaan. Wel zullen POH-A’s in veel opvangcentra een inloopsprekuur houden. Ze worden daarbij ondersteund door de huisartsassistente, bij wie de asielzoeker een afspraak kan maken voor een bezoek aan de huisarts of een visite.

Het COA stelt een reeks kwaliteitseisen aan de uitvoerders van de zorg. Ten eerste moet de toegankelijkheid van de zorg op alle tijdstippen en onder alle omstandigheden gewaarborgd zijn. Het inschakelen van tolken is daarbij een belangrijk aandachtspunt. Ook voor de huisartsen, die veel minder dan de huidige MOA-medewerkers gewend zijn met tolken te werken.

Waar nodig zullen COA-medewerkers optreden als niet-medische gids voor de bewoners van de centra. Zij krijgen daarvoor een speciale training. Op alle centra komt er voor de bewoners een telefoonlijn rechtstreeks naar het GCA, in een afsluitbare ruimte in verband met de privacy. Het GCA zal 24 uur per dag en 7 dagen per

week bereikbaar zijn. Ook langs deze route kan een bewoner een afspraak maken voor een bezoek aan de huisarts, of een visite aanvragen.

### HUISARTSEN POSITIEF

Volgens Jos Schoenmakers en Carolien Pronk van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) zijn de huisartsen positief over het vooruitzicht dat zij de POH-A’s rechtstreeks kunnen gaan aansturen. Ze hebben wel vraagtekens bij het verplaatsen van de zorg naar de eigen praktijk. In veel gevallen zal dat gewoonweg niet haalbaar zijn, bijvoorbeeld door de afgelegen ligging van centra en slecht openbaar vervoer. De huisartsen kijken uit naar de invoering van een landelijk Huisarts Informatie Systeem (HIS), waarin alle onderdelen van de zorg voor asielzoekers kunnen worden vastgelegd. Het GCA zal de plaatsing, overplaatsing en uitplaatsing van asielzoekers iedere nacht verwerken in het HIS. De LHV en het GCA zullen het functioneren van het nieuwe organisatie-model zorgvuldig monitoren.

Organisatorisch gaat er veel veranderen in de medische zorg voor asielzoekers, inhoudelijk minder. De taken die de MOA tot eind december 2008 uitvoert zijn belangrijk en zullen ook na 1 januari 2009 worden uitgevoerd, in een ander organisatorisch verband. De huisarts zal, meer dan nu het geval is, een spilfunctie gaan vervullen in de zorg voor asielzoekers.

De asielzoekers hebben straks geen MOA-verpleegkundige meer ‘in huis’, maar een praktijkondersteuner van de huisarts die inloopsprekuur houdt. De invoering van een landelijk Huisarts Informatie Systeem kan grote winst opleveren voor de continuïteit van zorg.

De vraag hoe lang extra toegeleiding naar de huisarts nodig blijft, verdient nadere studie. In de nieuwe situatie kan de asielzoeker rechtstreeks een afspraak maken bij de huisarts, via het GCA of via de huisartsassistente. De route via de praktijkondersteuner is niet meer verplicht. Daarmee zou de rol van de POH-A op termijn een andere invulling kunnen krijgen dan die van de MOA-praktijkverpleegkundige nu.

Het is de vraag of met al deze veranderingen de zorg voor asielzoekers werkelijk ‘regulier’ wordt. Er komen immers twee aparte organisaties voor respectievelijk de publieke en de curatieve zorg voor asielzoekers. Volledig ‘regulier’ organiseren van de zorg voor deze specifieke groep is waarschijnlijk niet mogelijk. Alle betrok-

### WAT VINDEN ASIELZOEKERS VAN DE MOA?

Een brede en kwantitatieve inventarisatie van meningen van asielzoekers over de medische opvang is helaas niet beschikbaar. Een recent onderzoek van de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC naar de verpleegkundige intake leert dat asielzoekers een lichamelijk onderzoek kort na aankomst belangrijk vinden. Aandacht voor psychische klachten hoeft voor een deel van deze asielzoekers niet in dit vroege stadium. Veel asielzoekers geven aan tevreden te zijn met de geboden zorg. Er zijn echter ook kritische en negatieve geluiden over de medische opvang opgetekend. Die lijken toe te nemen naarmate mensen langer in een opvangcentrum verblijven. Volgens het onderzoeksverslag *Making sense of experience* zien sommigen het medisch team zelfs als barrière voor de toegang tot de gezondheidszorg.

Verder lezen:

*Refugees and general practitioners – partners in care?* C.T. Feldmann, Dutch University Press, 2006

*Making sense of experience. Patronen van betekenisverlening en coping van asielzoekers.* S. Kramer e.a., Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisatiewetenschap, 2003

*Verpleegkundige intake en medisch onderzoek volwassen asielzoekers – Een heroriëntatie.* I. Rupp e.a., Afdeling Sociale Geneeskunde AMC-UVA, 2008 ([www.ggdkenisnet.nl](http://www.ggdkenisnet.nl))

### ZIEK VAN ONZEKERHEID

Het moeilijkste van het werken in de asielopvang vindt Salomon Negasie de impact die het overheidsbeleid heeft op de bewoners. In de beginperiode duurde het verblijf van asielzoekers in de opvang zes tot negen weken, maar dat is steeds langer geworden. Mensen die tien jaar in de opvang verblijven, zie je gaandeweg ziek worden van de onzekerheid. Bea Schouten beaamt dit en noemt het voorbeeld van een medisch team in een opvangcentrum met 600 asielzoekers, die daar al jaren zaten. Sommige bewoners kwamen wekelijks, of zelfs dagelijks op het spreekuur. Het generaal pardon bracht verademing, zowel bij de asielzoekers als bij het medisch zorgteam.

In het onderzoeksverslag *Huisartsen zonder grenzen* van de MOA Noord Nederland (J. Hogendorp, 2002) vertelt een huisarts: ‘Je ziet mensen kapot gaan aan de procedure. Mensen die gewoon een goede kans hadden om een nieuw leven te beginnen en desnoods ook wel weer terug hadden willen gaan, maar in drie, vier jaar helemaal afglijden tot zombies. Drugsverslaving, agressief gedrag, je ziet ze gewoon kapot gaan. Dus wat dat betreft is het niet medisch op te lossen.’

kenen zijn het erover eens dat asielzoekers en vluchtelingen een risicogroep vormen wat gezondheid betreft, voor zichzelf en ten dele ook voor anderen. Professionele aandacht voor deze gezondheidsrisico's, vooral in de eerste tijd na aankomst in Nederland, blijft daarom van groot belang.

Titia Feldmann, voormalig huisarts, was van 1994-2000 hoofd van de stafafdeling medische opvang bij het COA. Van 2000 tot 2006 bleef zij werkzaam bij het COA als senior beleidsadviseur gezondheidszorg. In 2006 promoveerde zij op het proefschrift *Refugees and General Practitioners – Partners in Care?*

Met dank aan Jan van Burg en Roncliff Pieterse, beiden werkzaam bij het Bureau Gezondheidszorg van het COA, en Chris Schouten, hoofd van het Landelijk Service Bureau MOA.