

Huisartsgeneeskunde in een centrum voor asielzoekers

G. WIELINK
H.C. KOK
A.H. NIJHOFF

Gedurende een jaar werden alle huisartscontacten met de bewoners van een centrum voor asielzoekers bijgehouden. De gezondheidsproblematiek van de asielzoekers wijkt af van de gebruikelijke huisartsgeneeskundige problematiek, maar is ook anders dan tot nu toe naar voren is gebracht. Merendeels gaat het om eenvoudige gezondheidsproblemen, die goed door een huisarts kunnen worden opgevangen.

Wielink G, Kok HC, Nijhoff AH. Huisartsgeneeskunde in een centrum voor asielzoekers. *Huisarts Wet* 1991; 34(6): 257-9.

G. Wielink, H.C. Kok, A.H. Nijhoff, huisartsen te Aalten.

Correspondentie: G. Wielink, Hofstraat 16, 7121 DM Aalten.

Inleiding

Ruim tien jaar komen er in Nederland asielzoekers: mensen die om uiteenlopende redenen hun land hebben verlaten en in ons land bescherming zoeken. Zij kunnen hier blijven, indien zij als vluchteling worden erkend. De laatste jaren nam het aantal asielzoekers toe, waardoor opvang in centra nodig bleek. Thans zijn er in Nederland circa 16 asielzoekerscentra.

In Aalten functioneert vanaf begin 1989 een asielzoekerscentrum met plaats voor ruim 170 personen. In principe verblijft een asielzoeker hier maximaal 9 weken, alvorens elders te worden geplaatst. Door het tekort aan woonruimte verblijven veel asielzoekers in de praktijk echter langer in het centrum. Door de grote toeloop is het centrum vrijwel steeds maximaal bezet. In 1989 vonden circa 1200 asielzoekers er een tijdelijk onderdak. Zij kwamen uit 54 landen, de meesten uit Somalië, Ethiopië, Libanon, Polen, Ghana, Sri Lanka, Zaïre en Iran. Ongeveer de helft bestond uit alleenstaande mannen, de andere helft uit alleenstaande vrouwen en gezinnen met in totaal 300 kinderen.

De eerste medische opvang in het centrum wordt verzorgd door een arts en verpleegkundigen van het Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen (CGV);¹ deze eerste opvang heeft een preventief karakter. Op vrijwillige basis kan een lichamenlijk onderzoek plaatshebben. Verder wordt iedereen onderzocht op het consultatiebureau voor tuberculosebestrijding en wordt de lues-serologie bepaald. Indien gewenst of noodzakelijk wordt mebendazol gegeven; bij onvolledig geïmmuniseerden wordt een begin gemaakt met de in Nederland gebruikelijk vaccinaties.

De curatieve gezondheidszorg is het werkterrein van onze maatschap van drie huisartsen. Drie keer per week is er een spreekuur van circa een uur op het centrum; daarbuiten, afhankelijk van het tijdstip, neemt een verpleegkundige of de portier contact op voor een consult of visite. Er is een opvallende neiging buiten de normale werktijden een visite te vragen.

Wij hebben een klein onderzoek uitgevoerd om een beeld te krijgen van de aard

en omvang van de huisartsgeneeskundige zorg voor asielzoekers in een asielzoekerscentrum.

Methode

Vanaf 26 januari 1989 (een week na de opening van het centrum) tot 26 januari 1990 zijn alle contacten tussen huisartsen en asielzoekers bijgehouden. De contacten werden geïnclassificeerd volgens de indeling van de Nijmeegse Continue Morbiditeits Registratie. Alleen nieuwe ziekte-episodes zijn geteld; eventuele vervolcontacten zijn gebruikt om zekerheid te krijgen over de diagnose. Naast de diagnose zijn alleen de leeftijd en het geslacht van de patiënt geregistreerd.

Resultaten

Gedurende het onderzoeksjaar zijn er 799 contacten tussen een asielzoeker en een huisarts geweest. Dit komt overeen met een verrichtingscijfer van 4,7, hetgeen hoog is, gezien de gemiddelde leeftijd van de patiënten.

Het ging om 717 nieuwe ziekte-episodes: in 485 gevallen een man (gemiddelde leeftijd 24,5 jaar), in 232 gevallen een vrouw (gemiddelde leeftijd 22,3 jaar). De oudste patiënt was 50 jaar (tabel 1).

Verreweg de meest voorkomende problemen hadden betrekking op de luchtwegen, veelal de bovenste luchtwegen: 22 procent van het totaal (tabel 2). Op de tweede plaats kwamen problemen van de huid en het onderhuidse bindweefsel (18

Tabel 1 Leeftijdverdeling van de patiënten.

Leeftijd in jaren	Aantal patiënten
0- 4	77
5- 9	31
10-14	6
15-19	71
20-24	167
25-29	186
30-34	106
35-39	32
40-44	27
45-49	13
50-54	1

procent) en vervolgens ziekten van de tractus digestivus en psychiatrische of psychische problemen (beide 13 procent).

Bestond het werk enerzijds uit het verhelpen van voornamelijk eenvoudige ziekten, anderzijds was het noodzakelijk alert te zijn op uitzonderingen (tabel 3).²⁻⁴ Tropische ziekten kwamen wel voor, maar weinig. De meeste vluchtelingen zijn afkomstig uit de hogere sociale lagen van de bevolking en hebben zich over het algemeen afdoende kunnen beschermen tegen dergelijke ziekten.

Tuberculose werd opgespoord via het consultatiebureau voor de tuberculosebestrijding. Bij verdenking op tbc werden de patiënten verwezen naar de longarts voor nadere diagnostiek en behandeling. Buiten

het consultatiebureau om kwamen wij tweemaal tuberculose op het spoor: één patiënt presenteerde zich met een pijnloze grote klierzwellings in de hals en één patiënt had een pyurie die op een urogenitale tuberculose leek te berusten. Men dient hierop alert te blijven.⁵

Onder syfilis zijn alle patiënten vermeld, die een positieve serologie hadden. Manifeste ziektebeelden werden niet gezien. De patiënten met gonorrhoe hadden een manifeste infectie.

Om epidemiologische redenen moet men bij asielzoekers bedacht zijn op hepatitis-B-dragerschap. Screening vindt niet plaats, maar men dient rekening te houden met de mogelijkheid bij onder meer het hechten van wonden, het toedienen van

injecties en het aanvragen van scopieën. In totaal 20 vrouwen werden wel gescreend op hepatitis B vanwege hun zwangerschap. Dit gebeurde door het HbsAg te bepalen. Geen van deze vrouwen was draagster.

Bij malaria is het klinisch beeld – koorts, hoofdpijn, malaise, gewrichtspijn, anemie en splenomegalie – duidelijk genoeg om de diagnose te stellen. Ook de betrokkenen zelf of hun ouders zullen in de regel op grond van hun ervaringen de diagnose naar voren brengen. Liefst ná de koortspiek moet bloed worden afgenomen.⁶

Zeer frequent waren klachten die geduid moeten worden als specifiek of psychosomatisch, voornamelijk zich uitend in vage bovenbuiksklachten, hoofdpijn, slaapproblemen en moeheid. De bovenbuiks-

Tabel 2 Leeftijdverdeling en geslachtsverdeling naar rubriek.

Rubriek	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	Totaal	Mannen	Vrouwen
1	4	8	1	2	6	8	9	2	1	1	—	42	31	11
2A	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0	0	0
2B	—	—	—	—	—	3	1	1	1	—	—	6	3	3
3	—	—	—	1	1	2	1	—	—	—	—	5	3	2
4	4	—	—	—	4	5	5	—	—	—	—	18	1	17
5	—	—	—	9	31	16	18	3	3	2	—	82	65	17
6A	—	—	—	1	—	—	2	—	—	—	—	3	2	1
6B	—	—	—	2	2	2	2	—	—	3	—	11	8	3
7	—	—	—	1	3	8	4	4	—	2	—	22	15	7
8A	29	12	3	7	21	16	4	1	1	—	—	94	55	39
8B	17	3	—	7	12	10	8	4	1	1	—	63	48	15
9	2	2	—	10	24	28	12	5	11	—	1	95	74	21
10	—	—	—	3	3	16	2	1	—	—	—	25	7	18
11	2	—	—	1	5	4	2	—	1	—	—	15	0	15
12	10	5	1	12	35	35	17	5	3	4	—	127	101	26
13	1	—	—	6	7	11	7	4	2	—	—	38	33	5
14	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	0	1
15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0	0	0
16	4	—	—	2	—	5	5	1	1	—	—	18	9	9
17	4	1	1	4	8	6	5	—	1	—	—	30	29	1
18	—	—	—	3	5	10	2	1	1	—	—	22	1	21
Totaal	77	31	6	71	167	186	106	32	27	13	1	717	485	232

1 Infectieziekten; 2A Maligne neoplasmata; 2B Benigne neoplasmata; 3 Ziekten van hormonale aard en van de stofwisseling; 4 Ziekten van het bloed; 5 Psychische en psychiatrische stoornissen; 6 Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen; 7 Ziekten van de tractus circulatorius; 8 Ziekten van de tractus respiratorius; 9 Ziekten van de tractus digestivus; 10 Ziekten van de tractus urogenitalis; 11 Zwangerschap, geboorte en postnatale periode; 12 Ziekten van de huid en het onderhuids bindweefsel; 13 Ziekten van het bewegingsapparaat; 14 Congenitale afwijkingen; 15 Ziekten van de neonatus; 16 Overige niet duidelijk te diagnostiseren ziekten; 17 Traumata; 18 Vaccinaties, gezondheidsvoorlichting e.d.

Tabel 3 Infectieziekten: aantal nieuwe gevallen, leeftijdsgroepen en gemiddelde leeftijd per geslacht.

Ziektebeeld	Mannen			Vrouwen		
	aantal	leeftijd	gem.	aantal	leeftijd	gem.
Tuberculose	6	21-37	26,3	0		
Pos. lues serologie	13	16-43	30,6	1	45	
Gonorrhoe	4	19-32	26,0	0		
Hepatitis A	1	6		0		
Malaria	5	7-25		10	1-36	10,1

klachten waren zelden goed te duiden; slechts vier keer was er aanleiding tot nadere diagnostiek met röntgencontrastfoto of gastroscopie. Dit leverde alleen normale bevindingen op. Wel was er een naar verhouding frequente en ernstige gynaecologische problematiek: tweemaal een geruptureerde extra-uteriene graviditeit, tweemaal een solutio placentae, verscheidene ongewenste zwangerschappen, infibulatie en de complicaties hiervan (clitoris-abces).⁷

De door het CGV in vele brochures onder de aandacht gebrachte ziektebeelden ten gevolge van het moeten meemaken van geweld hebben wij, behalve in de acute psychiatrische beelden, weinig gezien.⁸⁻¹⁰ De spanning van de vlucht, het aanpassen aan het nieuwe land en de asielprocedure zelf (90 procent wordt afgewezen) zijn problemen die voorlopig de problematiek van de geweldservaringen leken te overheersen.

Beschouwing

Het gaat bij de huisartsgeneeskundige zorg voor asielzoekers in een opvangcentrum voornamelijk om eenvoudige ziekten. Binnen de beperkingen van taal en achtergronden¹¹ was onze hulp voor deze specifieke groep patiënten niet anders dan bij het reguliere huisartsenwerk. Niettemin zijn er belangrijke verschillen.

Men moet beseffen dat de functie van de huisarts voor velen onbekend is. In de landen waar de asielzoekers vandaan komen, is men veelal gewend rechtstreeks naar een ziekenhuis te gaan. Deze gewoonte kan leiden tot een – onbedoeld – eisende

opstelling. Tevens is het belangrijk dat men zich realiseert dat elders vaak andere medische gewoonten heersen, zoals het bij elke klacht voorschrijven van een medicijn, het frequent geven van vitamines en injecties en het feit dat een moslim vrouw niet altijd zal toestaan dat een mannelijke arts haar onderzoekt.

De huisarts moet zich ervan bewust zijn dat een asielzoeker het medisch kanaal kan gebruiken voor zijn asielprocedure. Te denken valt hierbij aan de uitdrukkelijke wens tot een snelle behandeling van een al langer bestaande, niet acute afwijking, bijvoorbeeld cataract. Ook wordt wel de hulp van de huisarts gevraagd om eerder in aanmerking te komen voor huisvesting buiten het asielzoekerscentrum.

Bij de afsluiting van het contact dient men er rekening mee te houden dat analfabetisme meer voorkomt dan we in Nederland gewend zijn: kan de asielzoeker de aanwijzingen voor het gebruik op het etiket van het voorgeschreven medicijn eigenlijk wel lezen?

Vele consulten verlopen zoals dat in de huisartspraktijk gewoon is. Even zoveel consulten verlopen echter volstrekt anders. Vluchtelingen uit de tropen spreken mogelijk Engels of Frans, vluchtelingen uit Oost-Europa spreken mogelijk Engels of Duits, maar een groot aantal asielzoekers spreekt echter alleen de eigen moedertaal. Soms kan een medevluchteling optreden als tolk, maar hieraan kleefte onder meer het bezwaar van de beperkte privacy. Een andere mogelijkheid is de tolktelefoon, waarbij het gemakkelijk is te kunnen beschikken over een 'hands free'-telefoon. De tele-

foonnummers van de tolktelefoon zijn vermeld op bladzijde 293 van *Huisarts en Wetenschap* 1990.

Literatuur

- Thijs WA, Van Willigen LHM. De medische opvang van asielzoekers. *Med Contact* 1989; 44: 1683-6.
- Kager PA. Wie verre reizen maakt...; enkele importziekten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1989; 133: 1771-3.
- Steenma JT, Knol K, Veen J. Primaire longtuberculose: meer dan een 'griepje'. *Ned Tijdschr Geneesk* 1989; 133: 52-3.
- Kager PA. Malaria tropica; late behandeling van reizigers met 'griep'. *Ned Tijdschr Geneesk* 1989; 133: 1782-4.
- Smelt AHM, Roldaan AC, Van Furth R. Pulmonale en extrapulmonale vormen van tuberculose; klinische ervaringen in de tachtiger jaren. *Ned Tijdschr Geneesk* 1989; 133: 66-70.
- Kager PA. Malaria kan nu toch niet meer? *Ned Tijdschr Geneesk* 1989; 133: 1829-31.
- Reyners MMJ. Circumcisie bij vrouwen en infibulatie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1989; 133: 2557-61.
- Begemann FA, red. Hulpverlening aan vluchtelingen en asielzoekers. Rijswijk: Ministerie WVC, Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen, 1988.
- Van der Veen SG, Visser WD, red. Huisarts en gevolgen van geweld [Symposiumverslag]. Utrecht: Stichting ICODO, 1988.
- Van Willigen LHM. De lichamelijke en geestelijke conditie van vluchtelingen in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 1988; 133: 1829-31.
- Kortmann FAM. Communicatieproblemen in de hulpverlening aan buitenlanders. *Med Contact* 1989; 44: 331-2. ■