HUISARTSENZORG AAN ASIELZOEKERS: NAAR EEN MONITORING SYSTEEM

Dinny de Bakker
Marga Weide
Diana Delnoij

nivel
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

15 augustus 2000

Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)
Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel: 030-2729700, WWW.NIVEL.NL

D. de Bakker

Huisartsenzorg aan asielzoekers: naar een monitoring systeem / D. de Bakker, M. Weide, D. Delnoij
Utrecht: Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Met lit. opg.
ISBN: 90 6905 478 7
Trefw.: huisartsenzorg, asielzoekers, werkbelasting

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

INHOUD

Voorwoord		5
1.	Inleiding	7
2.	Methode	11
3.	Medische zorg in asielzoekerscentra: het proces	15
3.1	Inleiding	15
3.2	Organisatie van de medische zorg in asielzoekerscentra	15
3.3	De toegeleiding	16
3.4	De huisartsenzorg	17
3.5	Samenvatting	19
4.	Medische verslaglegging in asielzoekerscentra: dossieranalyse	21
4.1	Inleiding	21
4.2	De medische kaart	21
4.3	Contacten en contactredenen	22
4.4	Interventies	24
4.5	Samenvatting	24
5.	Contactregistratie	25
5.1	Inleiding	25
5.2	Contactfrequenties met toegeleidingsfunctionaris en huisarts per centrum	25
5.3	Algemene kenmerken asielzoekers	26
5.4	De rol van de toegeleidingsfunctionaris	28
5.5	De rol van de huisarts	33
5.6	Samenvatting	41
6.	Samenvatting en conclusies	43
6.1	Beantwoording van de onderzoeksvragen	43
6.2	Aanbevelingen	45
LITERATUUR		47
BIJLAGEN		49
1.	Responsoverzichten	51
2.	Interviewprotocol directie/staf	53
3.	Interviewprotocol toegeleidingsfunctionaris	55
4.	Interviewprotocol huisartsen	57
5.	Registratieformulier huisarts	59
6.	Registratieformulier toegeleidingsfunctionaris	60
7.	Patiëntkenmerken naar type asielzoekerscentrum	61

VOORWOORD

Dit rapport geeft een beschrijving van de medisch/curatieve zorgverlening zoals die door huisartsen in samenwerking met toegeleidingsfunctionarissen aan asielzoekers in asielzoekerscentra wordt verleend. Dit met het oog op het mogelijk opzetten van een monitoring-systeem om de huisartsenzorg in asielzoekerscentra te volgen. Het onderzoek dat aan de beschrijving ten grondslag ligt omvat in de eerste plaats een interviewcampagne onder huisartsen, toegeleidingsfunctionarissen en stafleden van asielzoekerscentra. In de tweede plaats heeft inspectie van medische dossiers plaatsgehad. In de derde plaats heeft een contactregistratie plaatsgevonden van drie weken door bij asielzoekerscentra betrokken huisartsen en toegeleidingsfunctionarissen.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in en om vijf asielzoekerscentra (AZC'a), vier centra voor aanvullende opvang (AVO's) en twee Onderzoeks- en opvangcentra (OC'a). De medewerkers van deze centra worden bedankt voor hun inspanning. Zonder hen had dit onderzoek niet kunnen plaatsvinden.

Het onderzoek vloeit voort uit afspraken die zijn gemaakt tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en Zorgverzekeraar VGZ (die sinds 1998 de ziektekostenverzekering voor asielzoekers in centrale opvang verzorgt). LHV en VGZ zijn opdrachtgevers van het onderzoek. Het onderzoek is gefinancierd door het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA).

Het onderzoek is begeleid door een commissie die bestaat uit:
- Dhr. J. van Burg, COA
- Dhr. P. Dols, GGD Nederland
- Dhr. N. Hermans, VGZ/ZRA
- Mw. A. de Jong, LHV (vervanger P. Rasch)
- Dhr. P. van Liere, huisarts
- Dhr. P. Rasch, LHV
- Mw. R. Thomas, GGD Nederland
- Mw. J. Westerhuis, MO OC Haarlem

Dank gaat uit naar de leden van de begeleidingscommissie voor hun constructieve bijdrage aan het onderzoek.
Verder zou dit onderzoek niet mogelijk zijn geweest zonder de medewerking van huisartsen, toegeleidingsfunctionarissen en MO-artsen van de elf asielzoekerscentra die aan het onderzoek hebben deelgenomen. Ook hen willen wij op deze plaats bedanken.

1 INLEIDING

Inleiding

Het aantal asielzoekers dat jaarlijks ons land binnenkomt is sinds het begin van de negentiger jaren sterk toegenomen. Was de instroom in 1989 nog zo'n 14.000, in 1990 is dit ruim 21.000 en in 1993 ruim 35.000 (NRV, 1994). Een maximum van ruim 52.000 asielzoekers is in 1994 bereikt (Croes, 1995). In 1995 is als gevolg van een aantal instroombeperkende maatregelen een daling ingezet (Nicolaas, 1995). In 1997 bedroeg de instroom aan asielzoekers ruim 34.000 (CBS, 1998).

Hoewel deze instroomcijfers zich niet direct laten vertalen in benodigde opvangcapaciteit (daarvoor is ook de tijdsduur van de asielprocedure van belang) is het duidelijk dat een en ander consequenties heeft voor de opvang. De opvang van asielzoekers heeft de afgelopen jaren een aantal wijzigingen ondergaan. Op dit moment komen asielzoekers eerst in een aanmeldcentrum (AC) terecht, waar zij asiel kunnen aanvragen. Hier wordt binnen 24 uur beoordeeld of een asielzoeker kans maakt op een verblijfsstatus. Bij een negatieve beoordeling krijgt men een aanzegging het land onmiddellijk te verlaten. Asielzoekers met een positieve beoordeling stromen voor een belangrijk deel door naar centrale opvangcentra: in eerste instantie naar een Onderzoeks- en opvangcentrum (OC) en daarna naar een Asielzoekerscentrum (AZC) of een Aanvullende Opvangcentrum (AVO). Het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) is verantwoordelijk voor de opvang van asielzoekers in deze centra (Croes, 1995).

Tot voor kort was de medische opvang ook één van de verantwoordelijkheden van het COA. Per 1 januari 2000 is deze verantwoordelijkheid overgedragen aan de GGD'en. Dit is een uitvloeisel van het standpunt van het paarse Kabinet dat de medische opvang voor asielzoekers zoveel mogelijk vanuit het reguliere circuit dient te worden georganiseerd. Met de GGD'en heeft het COA de medische opvang geregeld. Het gaat daarbij om gebruikelijke GGD-taken als preventie, infectieziektebestrijding en GVO. Daarnaast voeren de GGD'en een aantal extra taken uit: de medische intake bij binnenkomst, toegeleiding naar de huisarts en toegeleiding naar de GGZ. De curatieve medische zorg hoort daar nadrukkelijk niet bij.

De rol van de huisarts bij asielzoekers

Voor de curatieve medische zorg dienen asielzoekers een beroep te doen op het reguliere circuit, zoals huisartsen en RIAGG's. De huisartsenzorg in de asielzoekerscentra dient dus zoveel mogelijk door reguliere huisartsen te worden verleend. Asielzoekers zullen daarom op de gebruikelijke wijze huisartsenzorg ontvangen vanuit de praktijk van de huisarts. Eventueel kunnen ook spreekuren in de asielzoekerscentra worden georganiseerd.

Omdat de oprichting van een OC of AZC veelal in een zekere beslotenheid plaatsvond werden huisartsen echter soms op korte termijn geconfronteerd met verzoeken tot hulp aan asielzoekers, terwijl zij hiervoor onvoldoende mogelijkheden hadden en onvoldoende ondersteund werden (LHV, 1996). De samenwerking met de asielzoekerscentra verliep nogal eens problematisch. In de asielzoekerscentra zijn medische diensten die preventieve taken (w.o. de eerste screening) hebben en die de toegeleiding naar de reguliere zorg verzorgen. In deze medische diensten zijn basisartsen werkzaam (de M(edische)O(pvang)-arts) en verpleegkundigen. Soms gingen deze diensten zich met curatieve zorg bezighouden, waarvoor zij onvoldoende waren toegerust (NRV, 1994).

Bovendien deden zich capaciteitsproblemen voor als bijvoorbeeld in kleine plaatsen plotseling een groot asielzoekerscentrum werd geopend. In de rapportage van de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg werd de huisartsenzorg aan asielzoekers als een van de knelpunten benoemd.

Overheid en ziektekostenverzekeraars spraken de bereidheid uit om daar wat aan te doen. De Landelijke Huisartsen Vereniging verplichtte zich te onderzoeken in hoeverre zij een pool van huisartsen kon oprichten om aan de capaciteitsproblemen het hoofd te bieden.

Om voor deze problemen een structurele oplossing. te bieden is een convenant gesloten tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging en Zorgverzekeraar VGZ. Zorgverzekeraar VGZ verzorgt sinds 1 januari 1998 de ziektekostenverzekering (die plaatsvindt op grond van een privaatrechtelijke overeenkomst tussen zorgverzekeraar en ministerie van Justitie) voor asielzoekers in de centrale opvang. VGZ heeft hiertoe een aparte merknaam ingevoerd, te weten ZRA, Ziektekostenregeling Asielzoekers.

In het convenant zijn een aantal afspraken gemaakt (LHV/VGZ, 1997). In dit verband zijn vooral de volgende van belang:

- huisartsenzorg aan asielzoekers vindt in principe plaats vanuit de praktijk van de huisarts; lokaal kan echter tussen COA, VGZ en huisartsen(groep) overeen worden gekomen dat de huisarts spreekuur houdt op het centrum.
- een toegeleidingsfunctie is zowel binnen als buiten kantooruren noodzakelijk ter voorbereiding op het contact met de huisarts, zoals dat overigens ook geldt voor contacten met andere curatieve hulpverleners als verloskundige, tandarts en fysiotherapeut. De huisarts stuurt de toegeleidingsfunctionaris inhoudelijk aan, voert werkoverleg en maakt werkafspraken.
- voldoende beschikbaarheid van GVO en psychosociale zorg is vereist, omdat de intensiteit waarin dit voor asielzoekers nodig is de mogelijkheden van de huisarts overstijgt.
- gebruik van een gecombineerd medisch dossier verdient de voorkeur; zowel de preventieve als de curatieve zorgverleners maken gebruik van één medisch dossier. Meestal zal het gaan om een papieren dossier dat in het centrum aanwezig is en 'meereist' met de asielzoeker bij een contact met de huisarts.

In de bijlage van het convenant wordt de toegeleidingsfunctie nader toegelicht. Deze functie wordt bij voorkeur ingevuld door de medische dienst en in de regel uitgevoerd door een verpleegkundige, maar soms ook (gedeeltelijk) door de MO-arts. Onder de toegeleidingsfunctie wordt verstaan:
- verzorgen van een drempelloos aanspreekpunt voor gezondheidsklachten,
- verhelderen en expliciteren van de hulpvraag en het (helpen) voorbereiden van de gang naar de curatieve hulpverlener (w.o. afnemen verpleegkundige anamnese),
- verzorgen en stimuleren van zelfhulp,
- beheer en verstrekken van zelfzorgmiddelen uit de huisapotheek,
- coördinatie en ondersteuning bij de uitvoering van de zorgverlening (coördinatie en uitvoering zorgplan, afstemming uitvoering zorgtaken, bewaking afspraken, informatieverstrekking aan asielzoekers, coördineren medicijnverstrekking),
- coördineren gebruik medisch dossier.

Financiering van de huisartsenzorg vindt plaats onder een particulier regime. De honorering geschiedt echter niet per consult, zoals dat bij particulier verzekerden gebruikelijk is, maar volgens een abonnementssysteem. Het afgesproken tarief is ongeveer 2,5 keer het geldende ziekenfondstarief op basis van een per centrum overeen te komen capaciteit en grondslag. Dit omdat de ervaring leerde dat asielzoekers een aanzienlijk grotere werklast met zich meebrengen dan de gemiddelde ziekenfondsverzekerde.

Probleemstelling

Geobjectiveerde informatie over de werklast per asielzoeker ontbreekt echter. Over de werklast voor de huisarts die de zorg aan asielzoekers meebrengt zijn weinig gegevens bekend. De indruk bestaat dat deze hoog is. Het COA heeft gegevens over contactfrequenties per centrum op basis van jaarlijkse inventarisaties waaraan overigens niet alle centra meewerkten (de contactfrequenties werden afgeleid uit de afsprakenboeken). Zo lag de gemiddelde contact-

frequentie met de huisarts binnen kantooruren in 1998 op 3,27 tegen 3,09 in 1997. Buiten kantooruren kwam daar nog eens respectievelijk 0,24 en 0,32 bij. Over de betrouwbaarheid van deze gegevens is weinig bekend.
Daarnaast is uit onderzoek bekend dat asielzoekers veel, en veel verschillende klachten hebben (Hondius & Van Willigen, 1992). Het gaat hierbij niet alleen om 'normale' somatische klachten die men ook bij de Nederlandse bevolking vindt (Thijs & Van Willigen, 1989) maar ook om importziekten en voedingsdeficiënties. Naast lichamelijke klachten hebben asielzoekers ook veel psychische klachten zoals angst, slaapstoornissen, zich depressief voelen, nachtmerries en concentratiestoornissen (Hondius en Van Willigen, 1992), die samenhangen met de gebeurtenissen die zij hebben doorgemaakt. Vaak worden psychische klachten gepresenteerd als aspecifieke lichamelijke klachten als moeheid, slechte eetlust, hoofdpijn, maagklachten, buikkrampen en rugpijn (Thijs & Van Willigen, 1989; Wielink et al. 1991; Bloemen & Van der Laan, 1998). Tenslotte is er bij asielzoekers in belangrijke mate sprake van sociale klachten die samenhangen met de asielprocedure en met hun verblijf in een opvangcentrum (Den Brok, 1997).

De zorgvraag van asielzoekers is dus relatief groot en hun problemen zijn divers. Verdere complicaties bij de zorg aan asielzoekers zijn een eventuele gebrekkige communicatie en culturele verschillen in beleving van ziekte en gezondheid. Asielzoekers staan bovendien soms wantrouwend tegenover artsen, omdat deze in hun land van herkomst betrokken zijn geweest bij martelingen. Hierdoor roept het vragen door de arts naar achtergronden van de vlucht soms weerstanden op (Thijs & Van Willigen, 1989).

Met welke problemen van asielzoekers de huisarts in welke mate wordt geconfronteerd en de daaruit voortvloeiende werklast is dus nog onbekend. Ook over het verloop van de samenwerking met het asielzoekerscentrum is weinig bekend. Het gaat daarbij om het functioneren van de toegeleiding als ook de mate waarin voldoende GVO en psychosociale zorg beschikbaar is.
Doel van dit onderzoek is een monitoring-systeem op te zetten om de in het convenant gemaakte afspraken te kunnen volgen. Het gaat daarbij om het kunnen volgen in de tijd van:

- de werklast voor de huisarts in kwantitatieve zin: aantal en duur van de contacten en de niet-patiëntgebonden werklast (overlegtijd en extra benodigde scholing bijv.);
- de werklast voor de huisarts in kwalitatieve zin: niet alleen aantal en duur van de contacten kan de belasting voor de huisarts zwaar maken maar ook de inhoud van het werk kan belastend zijn; te denken valt daarbij aan taal- en communicatieproblemen, ingewikkelde psychosociale problematiek of anderszins van het 'normale' beeld afwijkend probleemaanbod, een meer dan gemiddeld zorggebruik in termen van diagnostiek, prescriptie en verwijzingen, e.d.;
- de invloed hierop van externe factoren: voorstelbaar is dat de werklast voor de huisarts sterk varieert afhankelijk van kenmerken van de asielzoekerscentra (grote of kleine centra, type centra, samenstelling van de asielzoekerspopulatie naar bijvoorbeeld land van herkomst), de wijze waarin de toegeleiding functioneert en de wijze waarop de huisartsenzorg is georganiseerd (spreiding van het werk over huisartsen, spreekuur in de praktijk of in het centrum e.d.).

Het is belangrijk deze gegevens in de tijd te kunnen volgen omdat de asielzoekersopvang een grote dynamiek kent. In beleidsmatige zin verandert er veel bijvoorbeeld in het toelatingsbeleid, maar ook recentelijk het onderbrengen van de medische opvang bij de GGD'en. Verder kan de omvang en samenstelling van de asielzoekerspopulatie snel wisselen als gevolg van internationale politieke ontwikkelingen. Al deze ontwikkelingen kunnen hun invloed hebben op de medische zorg voor asielzoekers.

De gegevens die een dergelijk monitoring-systeem oplevert dienen vergeleken te kunnen worden met gegevens over huisartsenzorg aan een representatieve groep ziekenfondsverzekerden zodat kan worden vastgesteld hoe groot de werklast die asielzoekers met zich meebrengen is in vergelijking tot ziekenfondsverzekerden. Dergelijke gegevens zijn beschikbaar uit de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk en het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (De Bakker et al, 1999).

Op basis hiervan kan de centrale onderzoeksvraag worden geformuleerd:

- **Op welke wijze kan een monitoring-systeem voor huisartsenzorg aan asielzoekers het beste opgezet worden?**

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is het belangrijk inzicht te krijgen in een aantal deelvragen. In de eerste plaats is een kwalitatief inzicht nodig in de gezondheidsproblemen die aan de huisarts worden gepresenteerd en de werklast die dat met zich meebrengt vereist. Dit om te achterhalen wat de meest geschikte parameters voor het systeem zouden zijn, zodat een goede vergelijking met doorsnee ziekenfondspatiënten kan worden gemaakt.

1. Wat is de aard van de gezondheidsproblemen die asielzoekers aan de huisartsen presenteren en de werklast (zowel in kwalitatieve als in kwantitatieve zin, zowel patiëntgebonden als niet-patiëntgebonden werklast) die dat voor huisartsen met zich meebrengt?

Alleen het bestuderen van het verloop van de parameters in de tijd is onvoldoende om de huisartsenzorg aan asielzoekers te monitoren. Als zich ontwikkelingen in de tijd voordoen of er zijn bijvoorbeeld grote verschillen in werklast is het van belang de oorzaken te achterhalen. Nu zal het niet op voorhand mogelijk zijn om alle potentiële beïnvloedende factoren in kaart te brengen en te monitoren. Toch is het van belang de belangrijkste beïnvloedende factoren in het monitoring-systeem op te nemen.
Mogelijk beïnvloedende factoren spelen een rol aan de kant van het asielzoekerscentrum (de omvang, de samenstelling van de populatie, de organisatie van de medische opvang, het functioneren van de toegeleiding), aan de kant van de huisarts (bijvoorbeeld het aantal huisartsen dat bij de zorg voor asielzoekers is betrokken) en aan de wijze waarop de samenwerking is vormgegeven (of de huisarts bijvoorbeeld spreekuur houdt in het asielzoekerscentrum of niet).
Hierbij is het in de eerste plaats van belang te kijken naar de wijze waarop de organisatie van de huisartsenzorg aan asielzoekers verloopt:

2. Hoe verloopt het verlenen van huisartsenzorg in opvangcentra en wat is de rol van de toegeleiding daarin (opzet, organisatie, toegeleiding, samenwerking)?

Verder is het van belang wat als knelpunten wordt ervaren door huisartsen. Die knelpunten geven immers zicht op potentieel beïnvloedende factoren op de werklast:

3. Welke knelpunten worden ervaren in de huisartsenzorg aan asielzoekers?

Bovenstaande vragen geven aanknopingspunten voor de inhoudelijke vulling van het monitoring-systeem. De laatste twee vragen gaan over de wijze waarop het systeem kan worden opgezet. Voor de hand liggend is om bij het opzetten van een monitoring-systeem in eerste instantie te kijken naar de gegevens die reeds standaard worden geregistreerd in de medische dossiers in de asielzoekerscentra. Onderzoeksvraag 4 is daar op gericht:

4. Hoe wordt er nu geregistreerd, wat wordt er geregistreerd (zowel door de huisarts als de toegeleidingsfunctionaris) en hoe worden de gegevens overgedragen? Wat is de betrouwbaarheid van de geregistreerde gegevens? Zijn deze vergelijkbaar met andere monitoringgegevens?

Als de bestaande registratie onvoldoende handvaten biedt dient te worden omgezien naar alternatieve vormen van gegevensverzameling. De laatste onderzoeksvraag is daarop gericht.

5. Wat zijn mogelijke alternatieven voor de bestaande registratie en wat is het draagvlak hiervoor bij de betrokkenen?

2 METHODE

Opzet van het onderzoek

Het gaat erom om met het monitoring-systeem werklast die de zorg voor asielzoekers voor de huisarts met zich meebrengt in kaart te brengen. Voor de hand liggend is aan te sluiten bij veel gebruikte parameters voor de 'produktie' van huisartsen als contactfrequenties, verwijscijfers en prescriptiecijfers. Daarnaast zal het van belang zijn om na te gaan of in het kader van dit onderzoek nog op specifieke parameters zal moeten worden gelet, die voortkomen uit de aard van de gezondheidsproblemen van asielzoekers of hun sociale situatie.

Het onderzoek heeft daardoor een tweeledig karakter. In de eerste plaats vindt een beschrijving plaats van het te monitoren 'systeem' van huisartsenzorg voor asielzoekers. Dat zal plaatsvinden aan de hand van interviews met betrokkenen. In de tweede plaats zullen pilots plaatsvinden van de meest voor de hand liggende opties om een monitoring-systeem op te zetten.

De globale opzet van het onderzoek is als volgt. In een geselecteerd aantal centra vinden een drietal gegevensverzamelingsacties plaats:
- interviews met huisartsen, toegeleidingsfunctionarissen en staf-/directiemedewerkers van centra; dit ter beantwoording van deelvraag 1 (niet patiëntgebonden werklast) , 2 (het verloop van de huisartsenzorg), 3 (knelpunten), 4 (verloop van de registratie) en 5 (draagvlak alternatieven);
- inspectie van medische dossiers (ten behoeve van deelvragen 4 en 5);
- registratie van contacten door huisartsen en toegeleidingsfunctionarissen (deelvragen 1 en 5).

Hieronder wordt eerst nader ingegaan op de selectie van de centra en vervolgens op de uitwerking van de drie dataverzamelingsacties.

Selectie van de centra

Per 1 juli 1999 waren er in Nederland 66 asielzoekerscentra met een totale capaciteit van ruim 29.000 asielzoekers (gegevens COA). De gemiddelde capaciteit van een centrum was dus bijna 450 asielzoekers met een variatie tussen 150 (Bellingwolde) en 1300 (Crailo).
Daarnaast waren er 93 Aanvullende Opvangcentra met een gezamenlijke capaciteit van ruim 9500 (gemiddeld ruim 100, variërend van 22 tot 219). De op dat moment 16 Opvang- en onderzoekscentra hadden een gezamenlijke capaciteit van bijna 10.000, gemiddeld ruim 600 per centrum (variatie tussen 160 en 1050).
Het onderzoek beperkt zich tot deze drie typen centra, die samen bijna 88% van de totale opvangcapaciteit voor hun rekening nemen. Buiten het onderzoek blijven de Kosovaren opvangcentra (3350 plaatsen), het vertrekcentrum Ter Apel (400 plaatsen), Centrale Opvang Woningen (2224 plaatsen) en wachtlijst- en niet COA-locaties (760 plaatsen).

Bij de keuze voor in het onderzoek op te nemen centra is gestreefd naar een zodanige spreiding naar aard en omvang dat een goed beeld van de aanwezige variatie wordt verkregen. Vanuit dat uitgangspunt is gekozen voor acht asielzoekerscentra (waarvan bij vijf de huisartsenconsulten in het centrum plaatsvinden en bij drie in de huisartspraktijk), vier Aanvullende Opvangcentra (twee grote en twee kleine, de consulten vinden hier in de regel in de huisartspraktijk plaats) en 2 Onderzoeks- en opvangcentra (de consulten vinden hier in het centrum plaats). Ook is gestreefd naar spreiding van de deelnemende centra over het land. De keuze is tot stand gekomen in overleg met het COA en de LHV.

Uiteindelijk bleken drie asielzoekerscentra af te vallen. Eén omdat de huisartsen nog maar kort betrokken waren bij het centrum en twee omdat er veel huisartsen aan het centrum waren

verbonden; deze laatsten vonden het teveel werk om aan het onderzoek mee te doen. In tabel 1 is een overzicht gegeven van de deelnemende centra, van de bestuurlijke capaciteit en de aantallen aanwezige huisartsen en toegeleidingsfunctionarissen.

Tabel 1 Overzicht deelnemende centra

	bestuurlijke capaciteit 1/1/2000	aantal toegeleidings-functionarissen	aantal huisartsen	spreekuur in centrum
AZC01	1315	10	2	j
AZC02	980	3	4	n
AZC03	600	3	1	j
AZC05	400	2	1	j
AZC06	360	4	2	n
AVO11	210	3	1	n
AVO12	155	2	1	n
AVO13	30	1	2	n
AVO14	30	1	2	n
AVO21	600	11	2	j
AVO22	600	5	2	j

Interviews

Per centrum vonden in principe twee interviews plaats. Eén met medewerkers van het centrum. Daarbij werd in elk geval de toegeleidingsfunctionaris betrokken en daarnaast eventueel de MO-arts/coördinator van de medische opvang. Het andere interview vond plaats met de bij het asielzoekerscentrum één of meer bij het centrum betrokken huisartsen.

In de interviews met de medewerkers van de centra kwamen de volgende punten aan de orde:
- de aard van de door asielzoekers gepresenteerde problematiek;
- het verloop van de huisartsenzorg in het asielzoekerscentrum en de daarbij optredende knelpunten/problemen met name in relatie tot de toegeleidingsfunctie;
- wat wordt er in de centra geregistreerd? hoe betrouwbaar is de registratie? wat wordt uitgewisseld met de huisartsen? het gaat hierbij zowel om standaardgegevens per bij het centrum ingeschreven patiënten (leeftijd, geslacht, herkomst t.b.v. de 'noemer') als gegevens over de verleende zorg (contacten, medicijngebruik t.b.v. de 'teller');
- de bruikbaarheid van de gegevens voor monitoring en de voorwaarden waaronder de gegevens ter beschikking kunnen worden gesteld;
- plannen, voornemens en wensen ten aanzien van registratie in de toekomst (geautomatiseerd?).

In de interviews met de huisartsen kwamen de volgende punten aan de orde:
- de aard van de aan huisartsen gepresenteerde problematiek;
- het verloop van de huisartsenzorg ten behoeve van asielzoekers en de daarbij optredende problemen b.v. in de toegeleiding;
- de wijze van registratie van medische gegevens van asielzoekers; worden deze vastgelegd in het HIS of gebeurt het handmatig; indien in het HIS zijn dan asielzoekers te onderscheiden van 'gewone' patiënten; indien handmatig hoe en waar (in de praktijk of in het centrum); de betrouwbaarheid van de registratie en de uitwisseling van gegevens met het asielzoekerscentrum;
- de bruikbaarheid van de gegevens voor monitoring en de voorwaarden waaronder de gegevens ter beschikking kunnen worden gesteld;
- plannen, voornemens en wensen ten aanzien van registratie in de toekomst (geautomatiseerd?).

De interviewprotocollen zijn in de bijlagen van dit rapport opgenomen.

In totaal zijn 23 interviews afgenomen in de maanden november en december van 1999. In alle centra is gesproken met een toegeleidingsfunctionaris en de aangesloten huisarts(en). In vier grotere centra is ook met de coördinator van de medische opvang gesproken. In één centrum is het gesprek met de huisarts en de toegeleidingsfunctionaris gecombineerd. De interviews zijn opgenomen op een cassette en letterlijk uitgewerkt.

Dossieranalyse

Het tweede onderdeel is secundaire analyse op de reeds standaard geregistreerde gegevens: het COA-bestand en de medische registratie die meestal in papieren dossiers in de asielzoekerscentra zijn vastgelegd; voordeel van deze methode is dat het weinig werk met zich meebrengt voor de huisarts en de toegeleidingsfunctionaris; nadeel is dat de papieren registratie mogelijk incompleet/onbetrouwbaar/onvolledig is, wat de vergelijkbaarheid met geautomatiseerde registraties zoals LINH bemoeilijkt; bovendien is het een bewerkelijke handmatige exercitie.

Alle centra is gevraagd van een steekproef van 10 asielzoekers geanonimiseerde kopieën van de medische (COA-)dossiers op te sturen (bij kleine centra 6). De steekproef is hierbij getrokken door de onderzoeker op basis van een door het centrum opgestuurde lijst van AIS-nummers (de identificatienummers van de asielzoekers). Alleen bij de OC'a zijn door de centra zelf dossiers geselecteerd omdat bij willekeurige selectie omdat er anders veel 'lege' dossiers bij zouden zijn (vanwege de op dat moment nog korte verblijfsduur in Nederland).
Indien de huisarts apart registreerde is de huisarts gevraagd dit van dezelfde asielzoekers op te sturen. Het COA-dossier bestaat uit een medische kaart, waarop (chronische) problemen en (langdurige) medicatie wordt genoteerd. Daarnaast wordt op journaalbladen volgens in de huisartspraktijk gebruikelijke SOEP-methodiek geregistreerd, meestal zowel door de toegeleidingsfunctionaris als door de huisarts.

Van 7 van de 11 deelnemende centra zijn in totaal 73 dossiers ontvangen. Een viertal centra heeft geen dossiers verstrekt uit privacy-overwegingen . Niettemin kan van de wel voor handen zijnde dossiers een goed beeld worden verkregen van de mogelijkheden van de registratie in de centra.

De dossiers zijn op patiëntniveau gescoord op de volgende indicatoren:

- aanwezige achtergrondgegevens: geboortedatum, geslacht, herkomstland, taal;
- probleemlijst: aantal problemen, gecodeerd?
- aantallen contacten met huisarts resp. toegeleidingsfunctionaris in 1999;
- contactredenen en diagnoses;
- verwijzingen in 1999; verwijsbestemming;
- medicatie in 1999; aard medicatie;
- onderzoek: labaanvragen/-uitslagen;
- bijzonderheden: overleg, gebruik tolk;
- algemeen indruk dossier: handgeschreven? slordig? volledig?

Contactregistratie

Het derde onderdeel is een tijdelijke contactregistratie op basis van papieren formulieren door huisartsen en/of toegeleidingsfunctionarissen; nadeel hiervan is dat het extra werk voor de huisarts zal betekenen, waardoor mogelijk onderregistratie optreedt, zeker als het in een monitoring-project steeds weer terugkomt.

Aan de huisartsen en toegeleidingsfunctionarissen is gevraagd als pilot gedurende 3 weken per contact met een asielzoeker een aantal gegevens vast te leggen. Alle centra hebben aan de contactregistratie deelgenomen. De registraties hebben plaatsgehad in de periode tussen november 1999 en februari 2000. Eén OC registreerde slechts één week. In één van de asielzoekerscentra registreerden slechts vier van de zes huisartsen.

Voor de contactregistratie door de huisarts en de toegeleidingsfunctionarissen zijn registratieformulieren ontworpen, waarop de volgende gegevens een plaats kregen (zie bijlage 5 en 6):

- identificaties (codes centrum, hulpverlener en patiënt);
- patiëntgegevens (geslacht, leeftijd, herkomstland);
- contactgegevens (datum, tijdstip, soort, gebruik tolk);
- contactredenen en diagnose (laatstgenoemde alleen op het huisartsformulier);
- verrichtingen huisarts behandeling, diagnostiek intern/extern, prescriptie, verwijzing, vervolgafspraak;
- verrichtingen toegeleidingsfunctionaris: zelf afgehandeld vs verwijzing en bij zelf afgehandeld diagnostiek, behandeling, prescriptie en vervolgafspraak;
- bijzondere (verzwarende) omstandigheden.

Voor een belangrijk deel is het formulier gebaseerd op het contactregistratieformulier zoals dat is gebruikt voor de eerste Nationale Studie. Daardoor kunnen vergelijkingen worden gemaakt met de uitkomsten van deze Studie, die weliswaar in 1987/1988 is uitgevoerd maar tot op heden de meest omvattende bron is over wat er in een huisartscontact gebeurt.

Om de formulieren van huisarts en toegeleidingsfunctionaris met betrekking tot dezelfde patiënten met elkaar te kunnen koppelen is een identificatienummer ingevoerd. In de meeste gevallen is daarbij gebruik gemaakt van AIS-nummers. Enkele centra wilden dit uit privacy-overwegingen niet registreren. Waar dat haalbaar bleek is in die gevallen een eigen nummering gehanteerd. Eén (klein) centrum heeft de asielzoekers zelf genummerd. Een ander centrum heeft stickers met nummers gekregen die zij in het dossier konden plakken.

3 MEDISCHE ZORG IN ASIELZOEKERSCENTRA: HET PROCES

3.1 Inleiding

Om inzicht te krijgen in het verloop van de huisartsenzorg aan asielzoekers en in de toegeleiding van patiënten zijn in het kader van dit onderzoek 23 interviews gehouden met aan de centra verbonden huisartsen en toegeleidingsfunctionarissen (verpleegkundigen). Op basis van de informatie uit de interviews wordt in dit hoofdstuk geschetst hoe de medische zorg voor asielzoekers is georganiseerd in de diverse asielzoekerscentra die in dit onderzoek participeerden. Hoewel per centrum tenminste twee interviews hebben plaatsgehad, wordt de analyse-eenheid in dit hoofdstuk gevormd door de centra (n=11): vijf Asielzoekerscentra (AZC), vier Aanvullende Opvangcentra (AVO) en twee Onderzoeks- en opvangcentra (OC).Achtereenvolgens zal aan de orde komen op welke wijze de huisartsenzorg in asielzoekerscentra is georganiseerd (paragraaf 3.2); hoe de toegeleiding plaatsvindt (paragraaf 3.3); waaruit de door huisartsen verleende zorg bestaat (scheiding preventieve-curatieve taken, scheiding somatische-psychische klachten) en hoe de taken verdeeld zijn tussen de huisartsen en de in een centrum werkzame verpleegkundigen en basisartsen (paragraaf 3.4). De resultaten worden samengevat in paragraaf 3.5.

3.2 Organisatie van de medische zorg in asielzoekerscentra

Per 1 januari 2000 is de medische opvang van asielzoekers overgedragen aan de GGD-en. Deze zijn verantwoordelijk voor preventieve taken en daarnaast voor de medische intake bij binnenkomst in een Onderzoeks- en opvangcentrum (OC) en de toegeleiding naar de huisarts en de GGZ voor curatieve somatische respectievelijk psychische (medische) zorg. De medische intake wordt veelal uitgevoerd door basisartsen. De toegeleiding van asielzoekers naar de curatieve zorg is meestal in handen van verpleegkundigen. In asielzoekerscentra kunnen grofweg twee modellen voor huisartsenzorg worden onderscheiden. In het ene model houden huisartsen spreekuur in het centrum zelf. Dit model wordt gehanteerd in de beide Onderzoeks- en opvangcentra die in dit onderzoek participeerden en in drie van de vijf asielzoekerscentra (zie tabel 1, hoofdstuk 2). In het tweede model bezoeken asielzoekers reguliere huisartspraktijken in de omgeving van het centrum. Dit model wordt gehanteerd in twee van de vijf asielzoekerscentra in dit onderzoek en alle vier de, meer kleinschalige, voorzieningen voor aanvullende opvang.

In tabel 3.1 is weergegeven of asielzoekers al dan niet dagelijks terecht kunnen bij een huisarts. Daarbij is onderscheid gemaakt naar centra waar de huisarts spreekuur houdt in het centrum en centra waar asielzoekers huisartsen buiten het centrum moeten bezoeken. Uit tabel 3.1 blijkt dat asielzoekers in de meeste centra dagelijks toegang tot de huisarts hebben. In twee gevallen (AZC02 en AZC06) is die toegang gelimiteerd. De huisartsen hebben met de toegeleidingsfunctionarissen afgesproken dat per dag niet meer dan +5 patiënten worden verwezen. In een drietal centra kunnen asielzoekers niet dagelijks bij een huisarts terecht. In die centra varieert de toegankelijkheid: één keer per week (AVO12), twee keer per week (AZC03) en drie keer per week (AZC05).

De zorg buiten kantooruren wordt in het algemeen via de gewone waarneming van huisartsen geregeld. Slechts in één geval (AZC03) zijn voor de zorg buiten kantooruren aparte afspraken met andere artsen in de omgeving gemaakt.

Tabel 3.1 Toegankelijkheid van huisartsenzorg voor asielzoekers

	Huisartsspreekuur in centrum	Huisartsspreekuur buiten centrum
Dagelijks spreekuur (ma t/m vr)	AZC01 OC21 OC22	AZC02[1] AZC06[1] AVO11 AVO13 AVO14
Spreekuur niet dagelijks	AZC05[2] AZC03[3]	AVO12[4]

[1] Met een gelimiteerd aantal patiënten per dag
[2] Drie keer per week
[3] Twee keer per week
[4] Een keer per week

De registratie van medische gegevens hangt samen met het gekozen organisatiemodel. Wanneer een asielzoeker binnenkomt bij een Onderzoeks- en opvangcentrum vindt een eerste medische intake plaats. Op dat moment wordt een dossier aangelegd dat de asielzoeker 'volgt' op zijn eventuele weg door de diverse opvangcentra. In al de centra waar huisartsen spreekuur houden in het centrum zelf (OC21, OC22, AZC01, AZC03, AZC05) wordt dit ene dossier gebruikt, zowel door de toegeleidingsfunctionarissen en andere hulpverleners in het centrum, als door de huisarts die de curatieve zorg verleent. In de meeste centra waar asielzoekers een huisarts in nabije omgeving bezoeken, is sprake van een dubbele registratie (AZC06, AVO11, AVO12, AVO13, AVO14). Naast het medisch dossier dat in het asielzoekerscentrum wordt bijgehouden, houden huisartsen ook in hun eigen administratie een medisch dossier van hun patiënten bij. Een uitzondering vormt AZC02, waar asielzoekers huisartsen buiten het centrum bezoeken: daar is slechts één medisch dossier in gebruik dat wordt bijgehouden in het centrum. Wanneer een asielzoeker de huisarts buiten het centrum bezoekt neemt hij of zij zijn/haar dossier mee.

3.3 De toegeleiding

Asielzoekers met gezondheidsklachten wenden zich in het algemeen eerst tot een verpleegkundige werkzaam in het centrum. In alle onderzochte centra waren verpleegkundigen belast met de toegeleiding naar de huisarts, de tandarts of andere hulpverleners. In één centrum (OC21) deden zowel de verpleegkundige als de MO-arts de toegeleiding. In de meeste gevallen betrof het verpleegkundigen met een HBO V opleiding die voordat zij bij het asielzoekerscentrum terecht kwamen bijvoorbeeld in een ziekenhuis of een verpleeghuis werkten. Zij hadden geen specifieke op opvang van asielzoekers gerichte scholing ontvangen. Wél hadden twee verpleegkundigen (in AVO11 en AVO14) ervaring met het werken als verpleegkundige in de tropen.

Het verrichten van de toegeleiding houdt voor de verpleegkundige het maken van een eerste inschatting van de klachten in, afhandeling daarvan (zo mogelijk) en schiften van de instroom van patiënten bij de huisarts en andere hulpverleners zoals bijvoorbeeld de tandarts en de oogarts. Het verzorgen van de toegeleiding is slechts één van de taken van de verpleegkundigen in de asielzoekerscentra, naast aandachtsgebieden als jeugdgezondheids-zorg, GVO, zwangeren en psychosociale zorg. Het is de bedoeling vanaf 1 januari 2000 dat men gedifferentieerd per aandachtsgebied gaat werken. Op het moment dat de interviews werden gehouden is dat meestal nog niet het geval.
Soms heeft men wel eigen aandachtsgebieden. In drie centra (AZC01, AZC05, AZC06) is sprake van taakdifferentiatie. In twee van de drie wordt de toegeleiding naar de huisarts verzorgd door een praktijkverpleegkundige. Dat is het geval in AZC01 en AZC05; beide zijn centra waar de huisarts spreekuur houdt in het centrum zelf. Naast de praktijkverpleegkundigen werken in deze beide centra nog verpleegkundigen die belast zijn met de jeugdgezondheidszorg, GVO en andere aandachtsgebieden (zwangeren, psychosociale zorg). In AZC06 vindt taakdifferentiatie uitsluitend plaats naar sekse: de mannelijke verpleegkundigen houden zich bezig

met zorg aan mannelijke asielzoekers, de vrouwelijke verpleegkundigen leveren de zorg aan vrouwelijke asielzoekers.

In de meeste centra houden de verpleegkundigen die belast zijn met de toegeleiding dagelijks spreekuur. In vier centra is dat niet het geval. De spreekuurfrequentie varieert daar van één keer per week (AVO14), twee keer per week (AVO13), drie keer per week (AZC05) tot vier keer per week (AZC06).
In bijna alle centra hebben asielzoekers niet rechtstreeks toegang tot de huisarts. De toegeleiding verloopt altijd via de toegeleidingsfunctionaris (verpleegkundige). In een tweetal centra wordt daarnaast aangegeven dat de basisarts van het centrum ook wel eens patiënten naar de huisarts verwijst (AZC05, OC22). In slechts twee centra (AVO11, AVO13) mogen patiënten ook rechtstreeks, zonder tussenkomst van de verpleegkundige, een afspraak bij de huisarts maken.
Op basis van de interviews is het moeilijk om een goed beeld te krijgen van de mate waarin verpleegkundigen zelf klachten afhandelen zonder te verwijzen naar de huisartsen, met andere woorden, naar de mate waarin de verpleegkundigen als een 'zeef' of 'poortwachter' werken. De indruk bestaat evenwel dat hierin verschillen bestaan tussen de centra. Zo stelt een toegeleidingsfunctionaris nadrukkelijk dat zij weliswaar patiënten 'schift' voor het spreekuur van de huisarts maar dat zij verder niet veel aan probleemverheldering doet (AZC01). Andere verpleegkundigen proberen juist wel de hulpvraag te expliciteren voordat zij een patiënt doorsturen naar de huisarts (OC22). Naarmate toegeleidingsfunctionarissen meer klachten zelf afhandelen, werken zij sterker als een 'zeef' voor de huisartsenzorg. De toegeleidingsfunctionaris in AVO11 geeft aan dat zij probeert asielzoekers zo zelfstandig mogelijke de contacten met de huisartsen te laten afhandelen. Hoe de andere toegeleidingsfunctionarissen hiermee omgaan, kan op basis van de interviews niet worden vastgesteld. Een kwantitatief beeld van de taakverdeling toegeleidingsfunctionaris - huisarts wordt verkregen in hoofdstuk 5, waar de contactfrequenties van beiden worden gepresenteerd.

Volgens de afspraken in het convenant LHV-VGZ stuurt de huisarts de toegeleidingsfunctionaris inhoudelijk aan, voert werkoverleg en maakt werkafspraken. De afspraken over de toegeleiding zijn volgens de geïnterviewden van slechts twee centra min of meer geformaliseerd. In AZC06 zijn protocollen voor de toegeleiding opgesteld door de toegeleidingsfunctionarissen en de huisarts. In AZC05 wordt voor de toegeleiding gebruik gemaakt van de telefoonwijzer die ontwikkeld is voor praktijkassistentes van huisartsen. De huisarts in dit centrum geeft echter aan dat van strakke afspraken geen sprake is.
De frequentie van overleg tussen toegeleidingsfunctionaris en huisarts hangt voor een belangrijk deel samen met het gekozen organisatiemodel (huisartsspreekuur in of buiten het centrum). Waar huisartsen spreekuur houden in het centrum zelf is uiteraard sprake van korte lijnen en veelvuldig contact op de werkvloer. In drie van deze centra (AZC01, AZC05, OC21) vindt na afloop van elk spreekuur overleg of overdracht plaats. Waar huisartsen buiten het centrum spreekuur houden, vindt patiëntgebonden overleg veelal telefonisch plaats. De communicatie verloopt ook voor een belangrijk deel schriftelijk, via de 'verwijsbrief' van de toegeleidingsfunctionaris of via het medisch dossier (op de zogeheten journaalbladen). In slechts twee centra waar de huisarts buiten het centrum spreekuur houdt, is sprake van structureel overleg tussen huisarts en toegeleidingsfunctionaris. De frequentie van dat structureel overleg is één keer per kwartaal (AVO11) en één keer per half jaar (AZC02).

3.4 De huisartsenzorg

Ook de meeste huisartsen die ten behoeve van de asielzoekers werkzaam zijn hebben geen specifiek op deze doelgroep gerichte scholing ontvangen. Drie geïnterviewden geven expliciet aan geen behoefte te hebben aan dergelijke nascholing (AZC05, AZC06, AVO14). Zij beschouwen de zorg voor asielzoekers als gewone huisartsenzorg waarvoor men is opgeleid. Vier geïnterviewde huisartsen geven aan cursussen gehad te hebben, min of meer specifiek gericht op de zorg voor asielzoekers (zoals anti-agressietraining, cursus tropische ziektes).

In het convenant LHV-VGZ wordt gesteld dat voldoende beschikbaarheid van GVO en psychosociale zorg vereist is. Het geven van psychosociale begeleiding is weliswaar een taak uit

het basistakenpakket voor de huisarts. De mate en de intensiteit waarin waarin dit voor asielzoekers mogelijk is overstijgt de mogelijkheden van de huisarts verre (LHV/VGZ, 1997). In de interviews is daarom gevraagd wie belast is met de behandeling van psychosociale problematiek van asielzoekers en hoe de toegeleiding naar de GGZ verloopt. Het beeld dat uit de interviews naar voren komt is dat huisartsen zich zoveel mogelijk beperken tot het behandelen van somatische klachten.

Uiteraard hebben veel als somatisch gepresenteerde klachten (slaapstoornissen, hoofdpijn, maagpijn e.d.) een psychische achtergrond. Psychosomatische klachten (door sommige huisartsen expliciet aangeduid als *post traumatic stress syndrom*), maag- en buikklachten, hoofdpijn en klachten van het bewegingsapparaat (met name spierpijn, rugpijn) zijn volgens de geïnterviewde huisartsen de meest voorkomende klachten waarmee asielzoekers op het spreekuur komen. Door de soms vage aard van deze klachten is het voor toegeleidingsfunctionarissen niet altijd gemakkelijk vast te stellen of een klacht nu voornamelijk somatisch of psychisch van aard is. Maar voor zover dat wel duidelijk is, belanden psychosociale klachten in veel centra niet op het spreekuur van de huisarts. Sommige huisartsen rekenen de behandeling van psychosociale klachten van asielzoekers namelijk niet tot hun takenpakket. De huisarts verbonden aan OC21 vindt het meer een taak van de MO-arts (basisarts), omdat die vaker op het centrum aanwezig is. De coördinator medisch opvang van AZC02 geeft desgevraagd aan dat huisartsen de psychosociale begeleiding niet zelf willen doen, hoewel de geïnterviewde huisarts die verbonden is aan AZC02 aangeeft dat psychosociale klachten in eerste instantie toch door de huisarts worden gezien alvorens verwijzing naar de RIAGG plaatsvindt. Ook in AZC03 worden patiënten in gezamenlijk overleg van huisarts en toegeleidingsfunctionaris verwezen naar de GGZ. In de meeste andere centra (AVO14, AVO12, OC22, AZC05, AZC06, AZC01, AVO11) verwijzen toegeleidingsfunctionarissen en/of MO-artsen (basisartsen) rechtstreeks naar de GGZ, zonder tussenkomst van de huisarts.

In een paar interviews (AZC01, AZC02, OC21, OC22) is de scheiding tussen preventieve en curatieve taken expliciet ter sprake gekomen. In de beide asielzoekerscentra (AZC01, AZC02) blijkt er een duidelijke scheiding te bestaan tussen curatieve en preventieve zorg: curatieve zorg is daar duidelijk een taak van de huisarts (of GGZ) en niet van de toegeleidingsfunctionaris of MO-arts (basisarts). In de beide Onderzoeks- en opvangcentra (OC21, OC22) verricht de MO-arts (basisarts) die belast is met de medische intake van asielzoekers soms ook curatieve taken.

Wat betreft de inhoud van de zorgverlening door huisartsen is één aspect tijdens alle interviews aan de orde gesteld: communicatieproblemen door taal- en cultuurverschillen. Zoals te verwachten viel worden taalbarrières door vrijwel alle geïnterviewden als een probleem ervaren. Voor zover mogelijk probeert men met asielzoekers te communiceren in het Engels, Frans of Duits (afhankelijk van de mate waarin de hulpverlener zelf en de betreffende asielzoekers die talen machtig zijn). Als dat niet lukt, wordt de hulp van een tolk ingeroepen. Daarbij gaat het vaak om iemand uit de eigen familie- of kennissenkring die wél Nederlands spreekt, hoewel het daarbij niet altijd duidelijk is hoe betrouwbaar de vertaling is (OC22, OC21) en het ook los daarvan niet als ideaal wordt ervaren (AVO14, AZC05, AZC06). Bij gebruik van tolken uit eigen kring kunnen bijvoorbeeld lastige situaties ontstaan wanneer de patiënt de huisarts bezoekt met klachten op het gebied van seksualiteit en voortplanting. (AZC06).

Wanneer geen tolk gevonden kan worden in de persoonlijke omgeving,, dan is het nodig gebruik te maken van een professionele tolk. Die kan hetzij persoonlijk aanwezig zijn, hetzij via de telefoon vertolken. In de huisartspraktijken wordt bijna altijd gebruik gemaakt van de tolkentelefoon (OC21, OC22, AZC02, AZC03, AZC05, AZC06, AVO11, AVO12, AVO13, AVO14). In één centrum (AZC01) wordt ook regelmatig gebruik gemaakt van professionele tolken die op het centrum aanwezig zijn.
De ervaringen met de tolkentelefoon zijn niet onverdeeld positief (AVO11, AVO13, AVO14, AZC03, AZC06, OC22). Tolken moeten vooraf gereserveerd worden. Dat is lastig bij acute problemen (AVO13) en moeilijk in te plannen in een drukke praktijk waar het spreekuur ook wel eens wat kan uitlopen (AZC06). Gesprekken duren lang (OC22) en soms is het niet mogelijk de juiste tolk op het juiste moment te vinden (AZC03). De huisarts verbonden aan AVO11 maakt

om die reden zelfs helemaal geen gebruik meer van de tolkentelefoon. Twee geïnterviewde huisartsen geeft aan dat aszielzoekers regelmatig te laat komen, waardoor de gereserveerde tolk niet meer beschikbaar is (AZC05, AZC06).

3.5 Samenvatting

Er zijn globaal genomen twee modellen voor het verlenen van huisartsenzorg aan asielzoekers: huisartsen houden spreekuur in het asielzoekerscentrum zelf, ofwel asielzoekers bezoeken reguliere huisartspraktijken in de omgeving van het centrum. Ongeacht welke van deze organisatievormen is gekozen, hebben asielzoekers in de meeste centra dagelijks toegang tot de huisarts. Slechts in drie centra kunnen asielzoekers niet dagelijks bij een huisarts terecht. De zorg buiten kantooruren wordt in het algemeen via de gewone waarneming geregeld. In de centra waar huisartsen spreekuur houden in het centrum zelf, wordt slechts één dossier gebruikt door zowel de toegeleidingsfunctionarissen en andere hulpverleners in het centrum als door de huisarts die de curatieve zorg verleent. Waar asielzoekers een huisarts buiten het centrum moeten bezoeken, is meestal sprake van een dubbele registratie (een medisch dossier in het centrum en een in de huisartspraktijk).
De toegeleiding van patiënten naar de huisarts vindt in het algemeen plaats via verpleegkundigen die werkzaam zijn in de asielzoekerscentra. In de meeste centra houden deze zogeheten toegeleidingsfunctionarissen dagelijks spreekuur. In vier van de elf onderzochte centra is dat niet het geval. Op basis van de interviews is het moeilijk om een goed beeld te krijgen van de mate waarin verpleegkundigen zelf klachten afhandelen zonder te verwijzen naar de huisartsen. De indruk bestaat echter dat hierin verschillen bestaan tussen de centra.
De afspraken tussen toegeleidingsfunctionarissen en huisartsen zijn meestal niet geformaliseerd. De frequentie van overleg tussen toegeleidingsfunctionaris en huisarts varieert met de gekozen organisatievorm. Waar de huisarts spreekuur houdt in het centrum zelf, is sprake van veelvuldig contact op de werkvloer. Waar huisartsen buiten het centrum dienen te worden bezocht, verloopt de communicatie vooral telefonisch en schriftelijk. Structureel overleg komt slechts in twee centra voor.
Uit de interviews is gebleken dat huisartsen zich zoveel mogelijk beperken tot de behandeling van somatische klachten. Psychosociale klachten worden hetzij binnen het asielzoekerscentrum zelf afgehandeld, of door de toegeleidingsfunctionaris of MO-arts (basisarts) naar de GGZ verwezen zonder tussenkomst van de huisarts.
In de zorgverlening van huisartsen spelen communicatieproblemen ten gevolge van taalbarrières een grote rol. Wanneer niet rechtstreeks met de patiënt gecommuniceerd kan worden in het Engels, Frans of Duits, wordt noodgedwongen gebruik gemaakt van een tolk. Als het daarbij om een professionele tolk gaat, wordt in bijna alle huisartspraktijken de tolkentelefoon gebeld. De ervaringen daarmee zijn niet onverdeeld positief, omdat tolken vooraf gereserveerd moeten worden. Dat is niet altijd handig.

4 MEDISCHE VERSLAGLEGGING IN ASIELZOEKERSCENTRA: DOSSIERANALYSE

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de mogelijkheden onderzocht om via een analyse van de medische dossiers van asielzoekers huisartsenzorg aan asielzoekers en factoren die daarop van invloed zijn te monitoren. Daartoe worden de resultaten beschreven van de analyse van 73 dossiers van asielzoekers zoals die zijn verstrekt door 7 van de 11 aan het onderzoek meewerkende centra.
Het medisch dossier bestaat uit twee onderdelen. De medische kaart en de journaalbladen. Op de medische kaart wordt de actuele gezondheidsstatus van de patiënt beschreven. Op de journaalbladen wordt volgens de SOEP-methodiek verslag gedaan van de klachten waarmee patiënten op een bepaald moment komen en de daarop verleende zorg.
De vraagstelling van dit onderzoek richt zich primair op het werk van de huisarts en de verleende zorg en daarom op de journaalbladen. Omdat de (medische) achtergrond van de patiënt van belang kan zijn voor het werk dat de huisarts er aan heeft wordt in paragraaf 4.2 ingegaan op de inhoud van de medische kaarten. Het geeft dus de achtergrond weer van de problematiek waarmee huisartsen en toegeleidingsfunctionarissen worden geconfronteerd. In paragraaf 4.3 wordt vervolgens ingegaan op aantallen contacten en contactredenen. De in de contacten verleende zorg in termen van verwijzingen, extern onderzoek en medicatie komen aan de orde in paragraaf 4.4. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een korte samenvatting.

4.2 De medische kaart

Voor dit onderzoek van belang is dat op de medische kaart een probleemlijst wordt bijgehouden. Dat is een overzicht van de belangrijkste 'problemen' van de patiënt voor zover deze gedurende langere tijd een rol spelen. Omdat pas tijdens het onderzoek het mogelijk belang van de medische kaarten bleek en vanaf die datum alle kaarten zijn opgevraagd zijn van 40 van de 73 dossiers gegevens beschikbaar.
De op de probleemlijst aangetroffen problemen waren met de International Classification of Primary Care.

Tabel 4.1 Meest voorkomende problemen op de probleemlijst (ICPC) in 40 dossiers van asielzoekers

ICPC-hoofdstuk			
Z. Sociale problemen		42	
w.o.	Z25 Problemen t.g.v. aanranding/geweld		12
	Z23 Verlies/overlijden familie		12
P Psychische problemen		24	
w.o.	P06 Slapeloosheid		9
N Neurologische		7	
K Hart/vaatproblemen		6	
D Maag/darmproblemen		6	
T Endocrien/voeding		6	
S Huidproblemen		6	
L Bewegingsapparaat		5	
Andere problemen		12	
Totaal		114	

Op deze 40 probleemlijsten waren in totaal 114 problemen genoteerd, ofwel gemiddeld bijna 3 per dossier. Opvallend is het sterk domineren van sociale en psychische problemen op de lijst (tabel 4.1). In meer dan een derde van de gevallen gaat het om sociale problemen waarbij problemen ten gevolge van geweld en problemen met verlies van familie de belangrijkste zijn. Nog eens ruim 20% van de problemen betreft psychische problematiek waarvan slaapproblemen het meest voorkomend zijn. Het zal duidelijk zijn en uit de bij de kaart vaak opgenomen verslagen van intake-gesprekken valt dat ook af te leiden dat die psychische problemen vaak gerelateerd zijn aan de geweldservaringen die men zelf en/of de eigen familie hebben ondergaan. Dat geldt ook voor de somatische problematiek, waarbij bijvoorbeeld langdurige hoofdpijn het gevolg is van marteling.

Overigens lijken er codeerverschillen op te treden tussen de centra in de hoeveelheid gecodeerde problemen en de mate waarin problemen als psychisch dan wel als sociaal worden geclassificeerd. Dit is een bekend fenomeen dat ook optreedt in de probleemlijsten zoals huisartsen die in het algemeen hanteren (Van Eijkelenburg et al, 2000).

4.3 Contacten en contactredenen

In de huisartspraktijk is het gebruikelijk (en door het Nederlands Huisartsen Genootschap aanbevolen) volgens de zogenoemde SOEP-methodiek verslag te doen van consulten met de patiënt in het (electronisch) medisch dossier (Boersma et al, 1995). De informatie die wordt geregistreerd naar aanleiding van het consult wordt hierbij verdeeld in een viertal elementen:

Subjectief: de contactreden(en) van de patiënt
Objectief: de (onderzoeks-)bevindingen van de arts
Evaluatie: de interpretatie van de arts in de vorm van een diagnose
Plan: de diagnostische en/of therapeutische bevindingen

Een notering volgens de SOEP-methodiek op een bepaalde datum wijst erop dat een consult heeft plaatsgehad. Overigens zijn lang niet alle SOEP-noteringen volledig. Als de arts (nog) geen diagnose heeft kunnen stellen of als geen interventies plaatsvonden worden E- en P-regel vaak weggelaten. Dat zien we in de huisartsenpraktijk in het algemeen en ook op de journaalbladen in de dossiers van asielzoekers.

Een contact is daarop geoperationaliseerd als een (deel van een) SOEP-notering op een bepaalde datum, waarbij nooit meer dan één contact per dag is geteld. Een overzicht van de frequentieverdeling van de volgens die methodiek in het jaar 1999 getelde contacten is opgenomen in tabel 4.2.

Tabel 4.2 Aantal contacten (SOEP-noteringen) per asielzoeker in het jaar 1999 (n=73)

	contacten	S-regels	E-regels
aantal	%	%	%
0	18	18	27
1-2	30	26	33
3-5	30	23	23
6-10	12	19	12
> 10	8	14	4

Tabel 4.2 laat zien dat ruim 80% in het jaar 1999 één of meer contacten had. Eén op de vijf had meer dan vijf contacten in 1999. Overigens kunnen de cijfers niet worden geïnterpreteerd als jaarcijfers vergelijkbaar met ander onderzoek omdat lang niet altijd gedurende het gehele

jaar werd geregistreerd, bijvoorbeeld omdat de asielzoeker pas halverwege het jaar in Nederland arriveerde. Uit de dossiers is niet systematisch te halen wanneer de asielzoeker hier arriveerde.

Een ander voor het onderhavige onderzoek meer fundamenteel probleem is dat niet systematisch uit de dossiers valt te halen met wie het contact plaatsvond: de huisarts of de toegeleidingsfunctionaris. Soms noteerde alleen de toegeleidingsfunctionaris op de journaalbladen en werden verwijzingen naar de huisarts gevonden zoals ook werd verwezen naar bijvoorbeeld de tandarts. De huisarts noteerde in die gevallen in zijn eigen dossier in de huisartspraktijk. In andere gevallen noteerden beide op de bladen maar was niet goed te achterhalen wie het consult had. De in tabel 4.2 opgenomen contactfrequenties zijn daarom niet uit te splitsen naar toegeleidingsfunctionaris of huisarts. Bovendien zijn zij niet op te vatten als een contactfrequentie van huisarts en toegeleidingsfunctionaris samen omdat een deel van contacten van met name de huisarts zal ontbreken.

In één contact kunnen meerdere SOEP-noteringen voorkomen indien een patiënt meerdere klachtenclusters presenteert. Dit zijn zogenoemde deelcontacten. Dat wordt dan genoteerd als S1O1E1P1 S2O2E2P2 of S1S2 O1O2 E1E2 P1P2. Vandaar dat het aantal S-regels per patiënt groter is dan het aantal contacten (tabel 4.2). Een derde van de asielzoekers had in 1999 meer dan 5 S-regels. Dat betekent ook dat S-regels vrij systematisch voor elk contact werden genoteerd. Dat geldt minder voor de E-regels die bij lang niet alle contacten werden genoteerd. En als ze werden genoteerd waren ze lang niet altijd informatief. Er werd bijvoorbeeld vaak verwezen naar de S-regel ('idem').

De inhoud van de S-regel is in zoverre vaak inhoudelijk te duiden dat zij konden worden gecodeerd naar ICPC-hoofdstuk (tabel 4.3).

Tabel 4.3 Aantallen asielzoekers met één of meer S-regels uit het betreffende hoofdstuk (n=73)

ICPC-hoofdstuk	aantal patiënten met S-regel
A Algemeen	5
B Bloed	0
D Maag/darmkanaal	8
F Oog	11
H Oor	5
K Hart/vaat	4
L Bewegingsapparaat	5
N Neurologisch	8
P Psychisch	10
R Ademhaling	21
S Huid	22
T Endocrien/voeding	1
U Urologisch	3
W Zwangerschap	4
X Vrouwelijk genitaal	5
Y Mannelijk genitaal	2
Z Sociaal	4

Meest voorkomend waren ademhalings- en huidklachten, gevolgd door oogproblemen, psychische en klachten van het maagdarmkanaal. Opgemerkt moet worden dat consulten waarin verwezen wordt naar de opticien voor een bril (oogproblemen) of naar de tandarts (problemen maagdarmkanaal) hier ook in zitten.

4.4 Interventies

De gepleegde interventies waren in het algemeen redelijk goed uit de dossiers te halen. In 45% van de dossiers zijn verwijzingen terug te vinden in het jaar 1999. Dat lijkt veel, maar als wordt bedacht dat hierin ook verwijzingen naar de tandarts en de opticien de meest voorkomende zijn valt het ook wel weer mee. Bij 17% van de asielzoekers heeft extern onderzoek plaatsgevonden, zoals labonderzoek of röntgenfoto's. De helft van de asielzoekers heeft medicatie. Onduidelijk is of alle medicatie in het dossier zit als de informatie over de huisartsenconsulten niet in de dossiers zit.

Tabel 4.4 Aantal interventies per asielzoeker in het jaar 1999 (n=73)

	verwijzingen*	extern onderzoek	medicatie
aantal interventies	%	%	%
0	55	84	49
1	33	14	21
2	10	3	12
3	3		8
4			7
> 4			3

* verwijzingen naar de huisarts niet meegeteld

4.5 Samenvatting

Elke asielzoeker heeft een medisch dossier dat bestaat uit een 'medische kaart' en 'journaalbladen'.
De medische kaart bevat in de regel gecodeerde informatie over de medische achtergrond van asielzoekers in de vorm van een met de International Classification of Primary Care gecodeerde probleemlijst. Over de volledigheid en de validiteit van de probleemlijsten kan in het kader van dit onderzoek geen uitspraak worden gedaan. Aantallen consulten zijn te halen uit de SOEP-noteringen op de journaalbladen. Het is echter zo dat de huisarts niet altijd op deze bladen verslag doet (soms ook in zijn eigen praktijk). Ook zijn contacten met de toegeleidings-functionaris niet goed te onderscheiden van die van de huisarts. De contactredenen zijn op basis van de (handgeschreven) tekst redelijk goed te duiden op het niveau van ICPC-hoofdstukken. De informatie over de diagnose voegt daar in het algemeen weinig aan toe. Verwijzingen, medicatie en extern onderzoek lijken redelijk systematisch in de dossiers te zijn vastgelegd, al is ook hier de volledigheid niet na te gaan.

5 CONTACTREGISTRATIE

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de mogelijkheden van een contactregistratie om de huisartsenzorg aan asielzoekers en de factoren die daarop van invloed zijn te monitoren. Daartoe worden de resultaten van een contactregistratie beschreven zoals die gehouden is gedurende drie weken in de aan het onderzoek deelnemende centra. In paragraaf 5.2 wordt eerst ingegaan op de mogelijkheid hier contactfrequenties uit af te leiden door de aantallen per centrum geregistreerde contacten in verband te brengen met de bestuurlijke capaciteit van het centrum. Vervolgens worden in paragraaf 5.3 kenmerken van invloed op de geleverde huisartsenzorg als leeftijd, geslacht en herkomst van de asielzoekers die een contact hadden met huisarts of toegeleidingsfunctionaris beschreven. De rol van de toegeleidingsfunctionaris als belangrijke beïnvloedende factor komt aan de orde in paragraaf 5.4. Ingegaan wordt daarbij op de aard van de contacten (spreekuur/anders, gebruik tolk), contactredenen, de mate waarin zij contacten zelf afhandelt dan wel verwijst en de door haar gepleegde interventies. De rol van de huisarts zelf komt aan de orde in paragraaf 5.5. Eerst wordt daarbij ingegaan op tijdstip, plaats en duur van de contacten. Vervolgens op het gebruik van tolken, contactredenen en diagnose en tenslotte op de gepleegde interventies. Het hoofdstuk wordt besloten met een samenvatting waarin de belangrijkste resultaten op een rij worden gezet.

In het hoofdstuk wordt waar mogelijk vergeleken met uitkomsten uit de eerste Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Dit om enige referentie te hebben waartegen de gegevens kunnen worden afgezet.

Tevens wordt steeds een onderscheid gemaakt naar type asielzoekerscentrum. In de eerste plaats wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen AZCa, AVO's en OC'a. In de tweede plaats wordt onderscheid gemaakt tussen centra waar de huisarts in het centrum spreekuur houdt en centra waar de asielzoekers naar de praktijk van de huisarts gaan. Dit onderscheid is alleen bij de AZC'a van belang omdat in de aanvullende opvang de asielzoekers altijd naar de huisarts-praktijk gaan en in de OC'a de huisarts altijd spreekuur in het centrum houdt.

5.2 Contactfrequenties met toegeleidingsfunctionaris en huisarts per centrum

Het overzicht van de aantallen geregistreerde contacten staat in tabel 5.1. In totaal zijn 847 contacten door de huisartsen en 1529 contacten door de toegeleidingsfunctionarissen geregistreerd.
Bij het berekenen van de contactfrequenties op jaarbasis is uitgegaan van de bestuurlijke capaciteit op 1 januari 2000 (gegevens COA). Deze bestuurlijke capaciteit kan afwijken van de werkelijke capaciteit op een bepaald moment, maar wordt als uitgangspunt voor het vaststellen van het abonnementstarief voor de huisarts. Daarom is het voor de beoordeling van de hoeveelheid geleverd werk in relatie tot het tarief het meest reëel om van uit te gaan. Verder is uitgegaan van het aantal registratieweken (drie). In enkele gevallen zijn daarbij correcties uitgevoerd op basis van een analyse waarbij per centrum is nagegaan in hoeverre de registratie gelijkmatig door de registratieperiode had plaatsgevonden.
In één geval is gecorrigeerd omdat slechts een deel van de huisartsen had geregistreerd. In twee gevallen omdat slechts een deel van de periode was geregistreerd (OC21 en AZC05). Bij één centrum zijn in de drie registratieweken geen contacten geregistreerd. Bij één centrum zijn door de toegeleidingsfunctionarissen slechts 5 contacten geregistreerd. In beide gevallen gaat het om kleine centra (bestuurlijke capaciteit van 30) en blijkt bij navraag het best te kunnen voorkomen dat er weken met geen of heel weinig contacten zijn. Daarom zijn de gegevens voor deze centra toch in de berekeningen opgenomen.
Bij de overige centra was de registratieperiode tamelijk gelijkmatig over de registratieperiode gespreid.

Tabel 5.1 Overzicht bestuurlijke capaciteit , aantal geregistreerde weken en contacten, alsmede contactfrequenties omgerekend op jaarbasis

naam	bestuurlijke capaciteit 1.1.2000	aantal registratie weken	contacten toegeleidings-functionaris	contacten huisarts	contacten per jaar tf*	contacten per jaar ha*
AZC01	1315	3	300	237	3,95	3,12
AZC03	300	3	121	84	6,99	4,85
AZC05	400	3	140	69	6,07	3,84
Subtot. AZC ha in centrum	2015	3	561	390	4,83	3,53
AZC02	980	3	233	112	4,12	3,96
AZC06	400	3	171	34	7,41	1,47
Subtot AZC ha in praktijk	1380	3	404	146	5,07	3,24
AVO11	210	3	110	50	9,08	4,13
AVO12	155	3	98	21	10,96	2,35
AVO13	30	3	5	8	2,89	4,62
AVO14	30	3	13	0	7,51	n.g.
Subtot. AVO's	425	3	226	79	9,22	3,22
OC21	600	1	86	48	7,45	4,16
OC22	600	3	252	184	7,28	5,32
Subtot OC's	1200	1/3	338	232	7,37	4,74
Totaal	5020	31	1534**	847	6,47	3,71

* correctie AZC02 omdat 3 van de 6 huisartsen hebben meegedaan
correctie huisartsen AZC05 omdat slechts 7 van de 9 werkdagen registraties zijn gevonden
** van 5 formulieren kon het centrum niet worden vastgesteld

De gemiddelde contactfrequentie met de huisarts blijkt 3,7 te zijn en met de toegeleidingsfunctionaris 6,5 per asielzoeker per jaar. De contactfrequentie met de huisarts varieert tussen de centra van 1,5 tot 5,3 (afgezien van het ene centrum waar geen contacten zijn geregistreerd) op jaarbasis. De contactfrequentie van de toegeleidingsfunctionaris varieert van 2,9 tot 11,0 per asielzoeker per jaar. Ook in de verhouding tussen het aantal contacten van de huisarts en de toegeleidingsfunctionaris is variatie: Zo staat in AZC06 tegenover één huisartscontact vijf contacten met de toegeleidingsfunctionaris terwijl in AZC01 en AZC01 de aantallen contacten redelijk met elkaar in evenwicht zijn. Een duidelijk verband met het type centrum (AZC, AVO of OC) of met het al dan niet in het centrum werkzaam zijn van de huisarts is niet te leggen. Daarvoor is de variatie tussen de centra binnen de onderscheiden types te groot. De cijfers lijken in de richting te wijzen dat de contactfrequentie in de AVO's en de AZC'a met spreekuur in de huisartspraktijk lager is dan bij de AZC'a met spreekuur in het centrum en met name in de OC'a. In de beide OC'a is zowel de contactfrequentie met de huisarts als met de toegeleidingsfunctionaris hoog.

5.3 Algemene kenmerken asielzoekers

Tabel 5.2 geeft een aantal kenmerken van de asielzoekers die respectievelijk de huisarts en de toegeleidingsfunctionaris bezochten tijdens de registratieperiode en waarvan mogelijkerwijs een verband bestaat met het werk voor de huisarts. Iets meer dan de helft is van het mannelijk geslacht. De meeste asielzoekers vallen in de leeftijdsgroepen 15-24 of 25 tot 44 jaar. De leeftijdsgeslachtsopbouw verschilt aanzienlijk van die van de doorsnee bezoekers van de huisartspraktijk waar 60% van het vrouwelijk geslacht is en het percentage ouderen veel hoger is.

De helft van de asielzoekers is afkomstig uit Azië en uit Europa en Afrika komen beide bijna een kwart van de asielzoekers. Aghanistan en Irak zijn de landen waar de meeste asielzoekers vandaan komen, maar over he geheel genomen is er een sterke spreiding over landen. In de onderzoekspopulatie bevonden zich asielzoekers uit meer dan 50 landen.

In de percentageverdeling over de groepen zijn geringe verschillen tussen de huisarts en de toegeleidingsfunctionaris. Bij de huisarts komen relatief iets meer vrouwen, ouderen, Aziaten, Afrikanen, Irakezen, Azerbaidzjani en Joegoslaven terecht.
Er zijn verschillen tussen de centra in samenstelling van de populatie, die doorwerken in de samenstelling van de populatie in de typen centra, zoals te zien is in bijlage 7. Zo zijn bijvoorbeeld in de OC'a de jong volwassenen (15-24 jaar) sterk vertegenwoordigd en zien we ook veel ouderen. Ook in herkomstland vinden we verschillen. In de AVO's zijn veel contacten met Afghanistani en met Somaliërs geregistreerd. In de AZC'a met spreekuur in het centrum veel Irakezen. In AZC'a met spreekuur in de praktijk komen veel Joego-Slaven. Of dit werkelijk structurele verschillen zijn is gezien het kleine aantal centra per type nog maar de vraag. Aangenomen kan worden dat de popualties per centrum maar ook binnen centra in de tijd sterk kunnen wisselen. Het is echter wel goed bij de beschrijving van verdere verschillen tussen de typen centra in het achterhoofd te houden dat verschillen in samenstelling van de populatie daarbij een rol kunnen spelen.

Tabel 5.2 Geslacht, leeftijd en herkomst asielzoekers die respectievelijk de toegeleidings-functionaris en/of de huisarts bezochten

	bezoekers		bezoekers huisarts		
	abs.	%	abs.	%	NS
geslacht					
- man	807	52,6	425	50,2	40,5
- vrouw	700	45,6	405	47,8	59,5
- niet ingevuld	27	1,8	17	2,0	0,0
leeftijd:					
- 0-4 jaar	149	9,7	76	9,0	7,1
- 5-14 jaar	162	10,6	79	9,3	7,5
- 15-24 jaar	331	21,6	148	17,5	13,8
- 25-44 jaar	689	44,9	393	46,4	29,8
- 45-64 jaar	142	9,3	104	12,3	21,1
- 65-74 jaar	26	1,7	23	2,7	10,1
- 75 jaar en ouder	29	1,9	23	2,7	10,6
niet ingevuld	6	0,4	1	0,1	0,0
herkomstland:					
- Aghanistan	213	13,9	109	12,9	
- Irak	197	12,8	120	14,2	
- Azerbaidzjan	131	8,5	84	9,9	
- Joego-Slavië	117	7,6	75	8,9	
- Somalië	101	6,6	58	6,8	
- Iran	84	5,5	50	5,9	
- Bosnië-	82	5,3	39	4,6	
- Soedan	64	4,2	40	4,7	
- Armenië	63	4,1	27	3,2	
- overige landen	499	32,6	265	31,3	
- onbekend	67	4,4	30	3,5	
totaal	1.534	100	847	100	

5.4 De rol van de toegeleidingsfunctionaris

In deze paragraaf worden de resultaten van de contactregistratie onder toegeleidingsfunctionarissen beschreven. Relevant vergelijkingsmateriaal is hierbij niet voor handen. Wel wordt een vergelijking gemaakt tussen de typen centra.

Contacten met de toegeleidingsfunctionaris vinden in de regel overdag (99%) en op een spreekuur plaats (89%). In bijna een derde van de contacten achtte de toegeleidingsfunctionaris een tolk nodig (tabel 5.3). Maar in 35% van die gevallen (11% van alle consulten) werd geen gebruik gemaakt van een tolk. In die gevallen waar wél gebruik werd gemaakt van een tolk was meestal (51% van de gevallen waar een tolk nodig was) een tolk aanwezig bij het gesprek. Vaak houdt dit in dat een andere asielzoeker die de taal beter machtig is bij het consult aanwezig is (zie hoofdstuk 3). Alleen bij gebruik van de tolkentelefoon gaat het in de regel om professionele tolken. In minder dan 5% van het totaal aantal consulten blijkt daar gebruik van te worden gemaakt.
Indien geen tolk nodig was vond het gesprek in het Engels (45%) of het Nederlands (43%) plaats. Soms vond het gesprek in het Duits (7%) of Frans (4%) plaats (niet in tabel).
De rol van tolken verschilt per type asielzoekerscentrum. In AVO's en OC'a worden tolken het vaakst nodig geacht maar met name in AVO's wordt vaak geen tolk gebruikt waar men dit wel nodig acht. In OC'a is het vaakst een tolk aanwezig bij het gesprek. Gebruik van een tolkentelefoon wordt het meest gemaakt in AZC'a waar consulten in de praktijk van de huisarts plaats vinden.

Tabel 5.3 De rol van tolken naar type centrum

	AZC				
	spreekuur centrum	spreekuur praktijk	AVO	OC	totaal
tolk nodig:	25,8	26,5	45,6	42,6	32,6
- tolk niet gebruikt	10,3	2,5	26,1	11,2	10,8
- tolk aanwezig	11,9	10,9	14,2	28,7	15,7
- tolkentelefoon	3,6	8,2	4,4	2,4	4,6
- onbekend	0,0	5,0	1,3	0,3	1,6
tolk niet nodig	72,5	70,5	51,3	54,7	65,0
onbekend of tolk nodig	1,6	3,0	3,1	2,7	2,4
totaal	561	404	226	338	1.534

Omdat in één consult meerdere klachten kunnen worden gepresenteerd die op verschillende aandoeningen betrekking hadden kon op het registratieformulier voor twee zogenoemde deelcontacten contactredenen en verrichtingen worden ingevuld. In 271 contacten (17% van alle contacten met de toegeleidingsfunctionaris) zijn er twee deelcontacten geregistreerd. In totaal zijn dus van 271+1534 =1805 deelcontacten geregistreerd wat de contactredenen zijn en welke interventies er plaatsvonden.

Van deze 1805 deelcontacten werd bijna de helft (44%) afgehandeld door de toegeleidings-functionaris zelf. Van de doorverwezen contacten werd het merendeel verwezen naar de huisarts (69%), gevolgd door de tandarts (12%), naar een basisarts in het centrum (4%) een andere hulpverlener in het centrum (4%) of naar een opticien (2%). In enkele gevallen werd verwezen naar een gynaecoloog, een verloskundige, een logopediste, een apotheek of een consultatiebureau. Meestal was de verwijzing ter diagnose/behandeling (93%), soms ter geruststelling (7%).

Tabel 5.4 laat zien dat er verschillen zijn in de mate waarin contacten door de toegeleidingsfunctionaris worden afgehandeld tussen de centra. Deze lijken samen te hangen met het type centrum. In de AVO's worden contacten het vaakst door de toegeleidingsfunctionaris afgehandeld gevolgd door de OC'a. In AZC'a worden de contacten het minst vaak door de toegeleidingsfunctionaris afgehandeld waarbij het niet lijkt uit te maken of de huisarts in het centrum komt of dat de asielzoekers naar de huisartsenpraktijken gaan.

Tabel 5.4 Mate waarin contacten door de toegeleidingsfunctionaris zelf werden afgehandeld per centrum

	niet verwezen*	verwezen naar huisarts	anders verwezen	n
AZC01	32,1	52,3	15,6	377
AZC03	39,3	50,3	10,3	145
AZC05	49,7	32,5	17,8	163
Subtot AZC ha in	37,8	47,2	15,0	685
AZC02	31,6	47,1	21,3	272
AZC06	46,8	35,5	17,7	203
Subtot. AZC ha in	38,1	42,1	19,8	475
AVO11	69,7	18,5	11,8	119
AVO12	66,4	20,0	13,6	110
AVO13	12,5	62,5	25,0	8
AVO14	64,3	21,4	14,3	14
Subtot. AVO's	66,1	20,7	13,1	251
OC21	45,3	28,3	26,4	106
OC22	55,5	27,2	17,3	283
Subtot. OC'a	52,7	27,5	19,8	389
Totaal	45,1	37,9	17,1	1.805

* inclusief zelf afgehandeld (43,5%) en onbekend of zelf afgehandeld (1,6%)

De redenen waarom asielzoekers contact zoeken met de toegeleidingsfunctionaris zijn weergegeven in tabel 5.5. Het gaat hierbij om de redenen zoals opgeschreven door de toegeleidingsfunctionaris en waarvan er maximaal drie achteraf zijn gecodeerd met de ICPC. Meest voorkomend zijn contactredenen uit de hoofdstukken 'maag/darmkanaal' en 'ademhalingsstelsel'. Beide worden in ongeveer 20% van de contacten gepresenteerd. Op enige afstand volgen klachten met betrekking tot de huid, het bewegingsapparaat en algemene, niet gespecificeerde klachten.
Klachten met betrekking tot het ademhalingsstelsel, uit het hoofdstuk 'endocrien', zwangerschap/bevalling/kraambed en het zenuwstelsel worden het vaakst door de toegeleidingsfunctionaris afgehandeld. Dit geldt met name ook voor klachten die niet specificeerbaar waren. Naar de huisarts verwezen wordt vooral bij klachten uit het hoofdstuk 'bloed', oorklachten, huidklachten, klachten met betrekking tot de urinewegen en klachten met betrekking tot (mannelijke en vrouwelijke) genitaliën. Naar andere hulpverleners wordt relatief vaak doorverwezen bij sociale problemen (vooral de basisarts), bij neurologischje problemen (ook vooral de basisarts) en bij psychische problemen (vooral andere hulpverleners binnen het centrum. Naar hulpverleners buiten het centrum wordt vooral doorverwezen bij klachten met betrekking tot het maag/darmkanaal (de tandarts), het oog (de opticien) en bij psychische en sociale klachten (het RIAGG).

Tabel 5.5 Contactredenen in deelcontacten per ICPC-hoofdstuk (per deelcontact zijn maximaal 3 contactredenen gecodeerd) naar al dan niet verwezen

		contactredenen als % van aantal deelcontacten	w.v. niet verwezen *	w.v. verwezen naar huisarts	w.v. verwezen binnen centrum	w.v. verwezen buiten centrum
A	Algemeen	8,6	43,5	44,2	6,5	5,2
B	Bloed	1,0	33,3	61,1	0	5,6
D	Maag/darmkanaal	20,1	34,9	26,0	4,5	34,4
F	Oog	4,5	24,7	37,0	6,1	32,1
H	Oor	2,6	17,4	73,9	2,2	6,5
K	Hart/vaatstelsel	3,8	42,6	51,5	2,9	2,9
L	Bewegingsapparaat	12,0	39,7	52,8	4,2	2,8
N	Zenuwstelsel	5,4	47,9	35,4	7,3	9,4
P	Psychische problemen	7,0	41,6	26,4	10,4	21,6
R	Ademhalingsstelsel	19,7	56,0	40,9	1,2	2,0
S	Huid	11,3	33,8	58,2	4,5	3,0
T	Endocrien/metabolisme/voeding	2,0	51,4	37,1	2,9	8,6
U	Urinewegen	2,7	35,4	58,3	4,2	2,1
W	Zwangerschap/bevalling/anticon	3,9	48,6	37,1	5,8	8,6
X	Vrouw genitaal	3,3	31,0	56,9	3,4	8,6
Y	Man genitaal	1,4	32,0	64,0	4,0	0,0
Z	Sociale problemen	1,8	34,4	21,9	25,0	18,8
-	Niet classificeerbaar	11,9	72,3	20,7	3,4	2,1
	totaal deelcontacten	1.805	45,1	37,9	4,6	11,9

* inclusief zelf afgehandeld (43,5%) en onbekend of zelf afgehandeld (1,6%)

Meer gedetailleerde informatie over aan de toegeleidingsfunctionaris gepresenteerde klachten is opgenomen in tabel 5.6. Hierin staan de 10 meest voorkomende contactredenen in alle contacten samen, in de door de toegeleidingsfunctionaris zelf afgehandelde klachten en in de naar de huisarts verwezen klachten.
Meest voorkomende contactreden is 'klachten tanden'. Deze worden vaak doorverwezen naar de tandarts. Onder de zelf afgehandelde klachten door de toegeleidingsfunctionaris komen infecties bovenste luchtwegen, hoofdpijn en hoesten het meeste voor. Hoesten is ook de meest naar de huisarts doorverwezen klacht.

Tabel 5.6 Meest voorkomende contactredenen naar al dan niet verwezen

		totaal	%				
1	D19	klachten tanden	7,8				
2	R05	hoesten	4,5				
3	R74	infectie bovenste	3,9				
4	N01	hoofdpijn	3,5				
5	P06	slapeloosheid	2,5				
6	A03	koorts	2,4				
7	R21	keelklachten	2,4				
8	L02	rugklachten	2,0				
9	S02	jeuk	2,0				
10	P01	angstig/nerveus	1,8				
		overig	67,2				
		zelf afgehandeld	%			**verwezen naar huisarts**	%
1	R74	infectie bovenste	7,0	1	R05	hoesten	6,7
2	N01	hoofdpijn	4,3	2	L02	rugklachten	3,4
3	R05	hoesten	4,3	3	S02	jeuk	3,2
4	D19	klachten tanden	4,1	4	A03	koorts	3,1
5	R21	keelklachten	2,7	5	D02	maagklachten	2,9
6	A03	koorts	2,3	6	H01	oorpijn	2,6
7	P01	angstig/nerveus	2,2	7	R21	keelklachten	2,6
8	P06	slapeloosheid	2,2	8	N01	hoofdpijn	2,5
9	K31	lich.onderzoek hart	1,4	9	R74	infectie bovenste	2,3
10	D02	maagpijn	1,3	10	D06	andere gelocaliseerde	1,9
		overig	68,2			overig	68,6

Tabel 5.7 laat de verschillen naar soort centrum zien. Het klachtenaanbod bij OC'a is het meest afwijkend van het gemiddelde met relatief veel klachten maag/darmkanaal, zenuwstelsel, ademhalingsstelsel en huid. Maar ook bij de andere typen centra zijn er afwijkingen van het gemiddelde. In AZC'a met spreekuur in het centrum zien we veel klachten van algemene aard en bij AZC'a met spreekuur in de praktijk veel klachten aan het bewegingsapparaat. Deze klachten komen juist weer minder voor bij AVO's, waar veel klachten niet-classificeerbaar zijn. De geconstateerde verschillen in samenstelling van de populatie kunnen hieraan ten grondslag liggen. Maar ook verschillen in werkwijze van de toegeleidingsfunctionarissen kunnen een rol spelen.

Tabel 5.7 Contactredenen per type centrum naar ICPC-hoofdstuk (gepercenteerd op het aantal deelcontacten)*

		AZC spreekuur in centrum	AZC spreekuur in praktijk	AVO	OC
A	Algemeen	11,2	6,0	4,5	9,9
B	Bloed	1,2	0,2	1,2	1,6
D	Maag/darmkanaal	20,6	19,0	13,8	23,9
F	Oog	5,2	4,5	0,8	6,0
H	Oor	2,5	2,1	3,6	2,3
K	Hart/vaatstelsel	4,0	3,8	4,9	2,9
L	Bewegingsapparaat	10,8	15,6	6,9	13,2
N	Zenuwstelsel	3,8	5,6	4,9	8,3
P	Psychische problemen	5,0	9,4	8,5	6,5
R	Ademhalingsstelsel	15,8	22,2	17,4	25,5
S	Huid	11,3	8,1	7,3	17,7
T	Endocrien/metabolisme/voeding	2,2	1,1	1,6	2,9
U	Urinewegen	2,7	1,9	3,2	3,4
W	Zwangerschap/bevalling/anticon	4,0	4,1	4,0	3,6
X	Vrouw genitaal	2,2	3,0	6,5	3,4
Y	Man genitaal	1,5	0,9	2,0	1,6
Z	Sociale problemen	1,8	2,1	2,0	1,3
-	Niet classificeerbaar	14,1	10,3	23,9	2,6
	totaal deelcontacten	685	475	251	389

* Per deelcontact konden meerdere (maximaal 3) contactredenen worden ingevuld, de percentages tellen daardoor op tot meer dan 100

Tabel 5.8 Interventies in deelcontacten die door de toegeleidingsfunctionaris zelf zijn afgehandeld

		%
behandeling	advies/voorlichting	60,0
	even aankijken	18,5
	medicatie zonder recept	22,8
	wijzigingen medicatie	0,3
	medisch-techn.verrichtingen	5,5
	vaccinatie	0,3
	administratief	14,4
diagnostiek	lichamelijk onderzoek	2,7
	bloeddruk	3,8
	bloedonderzoek	1,0
	urine-onderzoek	2,2
prescriptie	totaal	9,4
	w.v. nieuw	1,3
	w.v. herhaal	8,2
vervolgafspraak		15,8
n (aantal deelcontacten)		785

In contacten die door de toegeleidingsfunctionaris zelf worden afgehandeld is veruit de meest voorkomende interventie 'advies/voorlichting'. Deze activiteit vindt in 60% van de consulten plaats. Medicatie zonder recept wordt in bijna een kwart van de contacten geadviseerd. Ook komt het regelmatig voor dat de toegeleidingsfunctionaris het 'even aankijkt'. Medisch-technische verrichtingen, diagnostiek en voorschriften van geneesmiddelen vinden alleen in minder dan 1 op de 10 consulten plaats. In 16% van de consulten wordt een afspraak voor een vervolgcontact gemaakt.

5.5 De rol van de huisarts

De rol van de huisarts komt in deze paragraaf aan de orde. Hierbij wordt waar mogelijk vergeleken met cijfers uit de eerste Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Deze vergelijkingscijfers staan steeds in grijs gedrukt in de tabellen weergegeven.

Eerst wordt ingegaan op enkele algemene kenmerken van de contacten tussen huisarts en asielzoeker. Tabel 5.9 maakt duidelijk dat kenmerken van de contacten tussen huisarts en asielzoeker gemiddeld langer duren dan 'reguliere' huisarts/patiëntconsulten. Van de contacten met asielzoekers duurt 17% langer dan een kwartier, wat drie keer zoveel is dan bij contacten met Nederlanders waarvan 5,7% langer dan een kwartier duurt. Gemiddeld is de contactduur 12,1 minuut bij asielzoekers tegen 8,5 in de reguliere huisartsenpraktijk, ofwel ongeveer 40% langer. Van alle geregistreerde consulten vond 99% overdag plaats (niet in tabel). Overigens zullen niet alle consulten buiten kantooruren zijn geregistreerd omdat de waarneming geregeld is in de Huisartsengroep en dus door meer artsen plaatsvond dan alleen de artsen die registreerden.
Ongeveer een kwart van de geregistreerde consulten vindt plaats in de eigen praktijk en ongeveer twee derde in de centra. Door dit gegeven is een vergelijking naar consultsoort moeilijk te maken. Spreekuurconsulten in de centra zijn hier als 'spreekuur' en niet als 'visite' opgenomen. Het overgrote deel van de contacten die huisartsen met asielzoekers hebben blijken binnen de spreekuren plaats te vinden. Het percentage niet-geplande contacten tussendoor is niettemin iets hoger dan in de reguliere huisartsenpraktijk.

Tabel 5.9 Contactkenmerken

		%	NS
contactduur	1-5 minuten	20,0	22,2
	6-10 minuten	34,4	51,2
	11-15 minuten	22,2	18,2
	16-20 minuten	9,4	4,0
	21-40 minuten	7,0	1,4
	langer dan 40 minuten	0,7	0,3
	niet ingevuld	6,4	2,7
	gemiddelde duur in minuten	12,1	8,5
plaats van contact	eigen praktijk	23,6	-
	centrum	65,5	-
	niet ingevuld	11,0	-
soort contact	spreekuur	84,1	70,2
	telefonisch	1,8	4,5
	visite	1,3	16,8
	tussendoor	7,2	5,2
	overig	2,5	2,0
	niet ingevuld	3,2	1,3
n		847	265.440

In tabel 5.10 is een uitsplitsing van contactkenmerken naar type centrum gemaakt. Ook hier zien we weer aanmerkelijke verschillen. Vanzelfsprekend zijn deze waar het de plaats van het contact betreft. Waar spreekuur in de praktijk wordt gehouden vinden de consulten over het algemeen ook daadwerkelijk in de praktijk plaats en waar ze in het centrum worden gehouden vinden contacten ook vrijwel altijd in het centrum plaats.
De duur van de contacten verschilt ook. Langdurige contacten vinden we vooral bij AZC'a waar de contacten in de praktijk plaatsvinden en in OC'a. In de OC'a vinden we ook de meeste korte en 'tussendoor' contacten. Bij de AVO's materialiseren die contacten tussendoor zich in visites buiten het spreekuur.

Tabel 5.10 Contactkenmerken naar type centrum

	AZC spreekuur in centrum	AZC spreekuur in praktijk	AVO	OC
contactduur:				
- 1-5 minuten	23,1	11,8	20,0	25,4
- 6-10 minuten	44,8	25,0	50,7	24,9
- 11-15 minuten	21,4	25,7	17,3	28,9
- 16-20 minuten	7,5	16,7	10,7	10,0
- 21-40 minuten	3,2	18,1	1,3	10,0
- langer dan 40 minuten	0,0	2,8	0,0	1,0
gemiddelde duur in	10,7	16,7	11,0	11,8
plaats contact:				
- eigen praktijk	1,2	98,3	93,5	2,4
- centrum	98,8	1,7	6,5	97,6
soort contact				
- spreekuur	91,8	86,8	93,5	75,9
- telefonisch	0,3	3,5	0,0	4,1
- visite buiten spreekuur	1,1	0,7	6,5	0,5
- tussendoor	5,5	4,2	0,0	15,5
- overig	1,3	4,9	0,0	4,1
n	390	146	79	232

In een derde van de consulten acht de huisarts een tolk bij het consult nodig. Ook hier zien we net als bij de toegeleidingsfunctionarissen het fenomeen dat bij veel consulten waar een tolk nodig wordt geacht deze niet wordt gebruikt. Bij bijna een derde van de consulten waarbij een tolk nodig wordt geacht is dat het geval. Huisartsen maken vaker dan de toegeleidingsfunctionaris gebruik van de tolkentelefoon, maar het gebruik daarvan blijft beneden de 10% van het totaal aantal contacten. Wanneer geen tolk nodig wordt geacht is het Engels het vaakst de voertaal, gevolgd door het Nederlands. Soms bedient de huisarts zich van het Frans, Duits of Spaans.

Het beeld van verschillen tussen de centra zien we ook hier weer terug. De al eerder geconstateerde verschillen naar herkomstland zullen daarmee te maken hebben.

Tabel 5.11 Noodzaak en gebruik tolk als percentage van het totaal aantal contacten naar type centrum

	Totaal	AZC centrum	AZC paktijk	AVO	CO
tolk nodig:	34,0	26,7	45,2	46,8	34,9
- tolk niet gebruikt	10,6	7,2	21,9	30,2	2,6
- tolk aanwezig	14,6	13,8	12,3	10,0	19,0
- tolkentelefoon	8,1	5,6	11,0	6,6	10,8
- onbekend	0,7	0,1	0,0	0,0	2,5
tolk niet nodig:	56,8	63,1	51,4	49,4	52,2
-Engels	54,2	35,4	50,0	36,4	10,6
- Nederlands	30,9	35,4	54,5	64,4	54,2
- Frans	6,9	6,3	4,2	0,0	11,5
- Duits	4,4	3,1	8,3	9,1	3,8
- Spaans	1,7				6,7
- overige talen	1,1	0,8	2,1	0,0	2,0
- onbekend					
onbekend	9,2	10,3	3,4	3,8	12,9
n	847	390	146	79	232

Evenals op het registratieformulier van de toegeleidingsfunctionaris kon de huisarts op het contactregistratieformulier informatie over twee deelcontacten (contactredenen, diagnose, interventies) invullen. Dat is in totaal voor 1028 deelcontacten gedaan ofwel gemiddeld 1,21 per contact een getal dat vergelijkbaar is met hetzelfde getal uit de eerste Nationale Studie. Per deelcontact konden meerdere contactredenen worden ingevuld. Er zijn in totaal 1225 contactredenen ingevuld ofwel gemiddeld 1,19 per deelcontact. In de eerste Nationale Studie werden meer contactredenen ingevuld, namelijk 1,40 per deelcontact.

De verdeling van contactredenen en diagnoses staan gegroepeerd naar ICPC-hoofdstuk in tabel 5.12. Vergeleken kan weer worden met gegevens uit de eerste Nationale Studie. Bij de asielzoekers zien we meer contactredenen/diagnoses uit het hoofdstuk maag/darmkanaal en meer niet classificeerbare contactredenen/diagnoses. Verder zien we iets meer huidproblemen. In vergelijking tot de algemene populatie zien we beduidend minder contactredenen/diagnoses uit het hoofdstuk 'hart/vaatstelsel' en 'bewegingsapparaat'. Ongetwijfeld heeft dit te maken met de jongere leeftijdsopbouw van de asielzoekers. Klachten/diagnoses met betrekking tot het ademhalingsstelsel komen bij beide groepen in vergelijkbare mate voor. Dat geldt ook voor psychische problemen. Sociale problemen komen zelfs nog wat minder voor dan in de algemene populatie.

Voor bijna de helft (45,9%) van de deelcontacten betrof het eerste contacten in een ziekteëpisode, dat willen zeggen de eerste keer dat het betreffende probleem zich bij een arts presenteerde (dit hoeft dus niet noodzakelijk bij de registrerende huisarts te zijn geweest, het kan eventueel ook al hebben gespeeld in het land van herkomst). Nog eens 41,3% van de contacten betreft herhaalcontacten in een ziekteëpisode (voor de registrerend arts kan het wel het eerste contact met de betreffende asielzoeker zijn geweest). Daarnaast betreft het in 1,7% van de deelcontacten 'recidieven', problemen die na een tijd te zijn weggeweest opnieuw de kop opsteken, en in 0,4% controles (bijvoorbeeld van chronisch zieken). In 10,7% was onbekend of het een eerste of een vervolgcontact was. In de Nationale Studie zagen we destijds meer recidieven en controles en was de catagorie onbekend vrijwel nihil. De relatief grote omvang van de rubriek onbekend bij asielzoekers kan te maken hebben met de onbekendheid van de arts met de medische voorgeschiedenis van de patiënt.

Tabel 5.12 Contactredenen en diagnoses per ICPC-hoofdstuk als percentage van het aantal deelcontacten*

		contactredenen (% van deelcontacten)		diagnoses (% van deelcontacten)	
			NS		NS
A	Algemeen	7,0	15,0	7,5	7,0
B	Bloed	2,0	1,5	2,2	1,5
D	Maag/darmkanaal	15,8	11,2	10,2	6,9
F	Oog	4,0	3,2	2,9	2,3
H	Oor	4,2	4,9	3,5	3,9
K	Hart/vaatstelsel	4,2	10,8	4,3	10,6
L	Bewegingsapparaat	13,0	27,6	8,8	15,6
N	Zenuwstelsel	4,9	6,0	2,9	2,6
P	Psychische problemen	6,9	6,5	5,9	7,2
R	Ademhalingsstelsel	17,1	19,5	14,7	15,0
S	Huid	15,5	13,4	12,6	11,3
T	Endocrien/metabolisme/voeding	3,3	2,8	2,7	2,3
U	Urinewegen	4,3	2,5	3,4	2,0
W	Zwangerschap/bevalling/anticon	3,9	5,7	4,0	5,0
X	Vrouw genitaal	6,0	5,0	4,3	3,9
Y	Man genitaal	1,7	0,9	1,7	0,7
Z	Sociale problemen	1,2	3,0	1,2	2,1
-	Niet classificeerbaar	5 ,4	0,0	7,2	0,4
	aantal deelcontacten	1.028	3.08515	1.028	3.08515

* Per deelcontacten konden maximaal 3 contactredenen worden ingevuld; de percentages tellen dus op tot meer dan 100

De twintig meest voorkomende contactredenen en diagnoses staan in tabel 5.13. Bezien we eerst de contactredenen dan kan worden geconstateerd dat van de 20 meest voorkomende contactredenen bij asielzoekers er zes voorkomen in de 10 meest voorkomende in de Nationale Studie. Klachten als jeuk, andere gelocaliseerde buikpijn en slapeloosheid zijn kennelijk specifiek voor asielzoekers.
Bezien we de diagnoses dan is er nog minder overlap tussen de rijtjes voor de Nationale Studie en asielzoekers. Alleen infectie bovenste luchtwegen, 'geen ziekte' en contacteczeem/ander eczeem komen in beide rijtjes voor. Voor een deel heeft dit te maken met de specifieke leeftijdsopbouw van de asielzoekers waardoor diagnoses die veel bij ouderen voorkomen zoals ongecompliceerde hypertensie niet voorkomen. Voor een deel ook met veranderingen in het diagnosepatroon van de algemene populatie sinds 1987/1988. Zo zal W11 (orale anticonceptie) sinds de afschaffing van de pilcontrole niet meer in de top-10 staan.

Tabel 5.13 Meest voorkomende diagnoses en contactredenen

		diagnoses	%			contactredenen	%
1	R74	infectie bovenste luchtwegen	3,6	1	R05	hoesten	7,0
2	A97	geen ziekte	2,6	2	S02	jeuk	5,9
3	R77	laryngitis/tracheïtis acuta	2,6	3	D06	andere gelocaliseerde buikpijn	3,6
4	S88	contacteczeem/ander eczeem	2,5	4	L02	rugklachten	3,6
5	U71	cystitis/urineweginfectie	2,0	5	N01	hoofdpijn	3,3
6	D87	stoornissen maagfunctie	1,8	6	D02	maagpijn	2,8
7	X72	candidiasis urogenitale	1,6	7	P06	slapeloosheid	2,5
8	P01	angstig /nerveus	1,3	8	S04	lokale zwelling/knobbel	2,3
9	L99	and.ziekten bewegingsapparaat	1,2	9	U01	pijnlijke mictie	2,2
10	N02	spanningshoofdpijn	1,2	10	A03	koorts	2,1
11	R96	astma	1,2	11	H01	oorpijn	1,8
12	S74	dermatomycosen	1,2	12	R21	keelklachten	1,8
13	T90	diabetes mellitus	1,2	13	X14	vaginale afscheiding	1,4
14	W12	anticonceptie: IUD	1,2	14	R31	lich.ond. ademhaling	1,4
15	D99	and.ziekten maag/darmkanaal	1,1	15	K31	lich.ond. hart/vaatstelsel	1,3
16	R99	and.ziekten ademhalingsstelsel	1,1	16	P01	angstig/nerveus	1,3
17	S87	constitutioneel eczeem	1,1	17	T31	lich.ond. endocrien	1,3
18	K85	verhoogde bloeddruk	1,1	18	X15	and. sym.kla. vagina	1,3
19	L02	rugklachten	1,1	19	D01	buikpijn	1,2
20	P06	slapeloosheid	1,1	20	L14	sym./kla. been	1,2

		diagnoses NS	%			contactredenen NS	%
1	K86	ongecompliceerde hypertensie	5,1	1	K39	functieonderzoek hart	6,3
2	R74	infectie bovenste luchtwegen	3,9	2	R05	hoesten	5,8
3	W11	orale anticonceptie	2,4	3	L02	rugklachten	3,5
4	L18	spierpijn	2,3	4	A04	moeheid	3,0
5	R78	bronchitis	2,2	5	N01	hoofdpijn	2,7
6	L86	lage rugpijn m. uitstr.	2,1	6	A03	koorts	2,5
7	A97	geen ziekte	2,0	7	D01	buikpijn	2,5
8	L79	andere verstuikingen	1,8	8	R21	keelklachten	2,4
9	S88	contacteczeem/ander eczeem	1,5	9	L17	klachten voet	2,3
10	R75	sinusitis	1,5	10	L12	klachten hand	1,9

Tabel 5.14 laat de verschillen in diagnosepatroon tussen de typen centra zien. De AZC'a wijken betrekkelijk weinig af van het overall-patroon voor asielzoekers. We zien alleen meer diagnoses uit het hoofdstuk 'ademhalingsstelsel'. Bij de AVO's zien we meer afwijkingen (meer maag/darmkanaal, ademhalingsstelsel, urinewegen, oorproblemen; minder bewegingsapparaat en huidproblemen). Voorzichtigheid is hier geboden gezien het geringere aantal contacten dat in de AVO's is geregistreerd. Bij de OC'a zien we ook afwijkingen van het overall-patroon: meer diagnoses in het hoofdstuk 'algemeen', 'oog' en 'endocrien'.

Tabel 5.14 Diagnoses naar type centrum

		AZC su in centrum	AZC su in praktijk	AVO	OC	Totaal
A	Algemeen	6,4%	3,2%	4,4%	14,2%	7,7%
B	Bloed	3,4%	0,5%	0,0%	2,3%	2,3%
D	Maag/darmkanaal	10,9%	9,2%	18,9%	7,7%	10,4%
F	Oog	1,9%	2,7%	2,2%	5,4%	3,0%
H	Oor	4,1%	2,7%	6,7%	2,3%	3,6%
K	Hart/vaatstelsel	4,3%	4,3%	3,3%	5,0%	4,4%
L	Bewegingsapparaat	9,6%	10,8%	3,3%	8,4%	9,0%
N	Zenuwstelsel	2,1%	3,8%	3,3%	3,8%	3,0%
P	Psychische problemen	6,8%	6,5%	7,8%	3,8%	6,1%
R	Ademhalingsstelsel	14,5%	21,6%	20,0%	9,6%	15,0%
S	Huid	12,6%	13,0%	8,9%	14,9%	12,9%
T	Endocrien/metabolisme/voeding	2,3%	,5%	1,1%	5,7%	2,8%
U	Urinewegen	3,2%	2,2%	7,8%	3,4%	3,5%
W	Zwangerschap/bevalling/anticonce	3,8%	5,4%	3,3%	3,8%	4,1%
X	Vrouw genitaal	5,3%	3,8%	5,6%	2,7%	4,4%
Y	Man genitaal	1,7%	1,1%	1,1%	2,3%	1,7%
Z	Sociale problemen	1,3%	1,6%	1,1%	,8%	1,2%
-	Niet classificeerbaar	5,8%	7,0%	1,1%	3,8%	5,1%
	Totaal	479	186	93	270	1.023

De interventies in deelcontacten van de huisarts met asielzoekers staan in tabel 5.15. In deelcontacten met asielzoekers vindt in vergelijking tot de algemene populatie weinig behandeling in de praktijk plaats (m.n. minder advies/voorlichting en medisch-technische verrichtingen). Er vindt verder bij asielzoekers minder interne (lichamelijk onderzoek, bloeddrukmeting) maar meer externe diagnostiek (labaanvragen, röntgenaanvragen, urinekweekjes) plaats en er vinden duidelijk meer verwijzingen plaats (naar de medisch specialist, naar de GGZ en naar 'overige hulpverleners'.

Tabel 5.15 Interventies in deelcontacten

	%	NS
behandeling:	49,2	53,7
- advies/voorlichting	32,0	42,2
- even aankijken	4,7	5,0
- medicatie zonder recept	3,6	2,8
- wijzigingen medicatie	5,1	2,1
- medisch-techn.verrichtingen	3,4	7,1
- vaccinatie	0,5	1,1
interne diagnostiek:	59,1	66,7
- lichamelijk onderzoek	49,2	59,1
- bloeddruk	4,5	15,1
- bloedonderzoek	1,8	2,0
- urine-onderzoek	3,7	3,8
externe diagnostiek	18,0	6,5
- bloedchemie	3,3	2,0
- haematologie/serologie	4,6	2,2
- röntgen/echo	3,8	2,2
- urine	2,5	0,3
- anders	3,8	1,7
prescriptie:	50,8	44,8
- nieuw	39,2	27,3
- herhaal	11,6	17,5
verwijzing	15,9	8,9
- medisch specialist	8,7	5,3
- GGZ	1,5	0,3
- fysiotherapeut	2,5	2,5
- overige	3,2	0,8
n	1.028	3.08515

Tabel 5.16 brengt het verwijspatroon in beeld per ICPC-hoofdstuk. Diagnoses uit de hoofdstukken 'algemeen', 'ademhalingsstelsel' en 'huid' worden voor meer dan 90% door de huisarts zelf afgehandeld. Naar de medisch specialist worden met name diagnoses uit het hoofdstuk 'oog', 'hart/vaatstelsel' en 'urinewegen' verwezen. Naar de GGZ worden (vanzelfsprekend) veel mensen met psychische en sociale problemen verwezen en (even vanzelfsprekend) bij de fysiotherapeut komen met name asielzoekers met problemen met betrekking tot het bewegingsapparaat terecht, naast neurologische en psychische problemen.

Tabel 5.16 Verwijspercentages per ICPC-hoofdstuk (diagnoses)

		medisch specialist	GGZ	fysio-therapeut	overig	niet verwezen	totaal
A	Algemeen	1,3%			3,9	94,8%	100,0%
B	Bloed	13,0%			4,3	82,6%	100,0%
D	Maag/darmkanaal	11,4%		1,0%	5,7	81,9%	100,0%
F	Oog	20,0%				80,0%	100,0%
H	Oor	13,9%				86,1%	100,0%
K	Hart/vaatstelsel	18,2%				81,8%	100,0%
L	Bewegingsapparaat	8,9%		17,8%		73,3%	100,0%
N	Zenuwstelsel	13,3%	6,7%	6,7%	3,3	70,0%	100,0%
P	Psychische problemen	3,3%	14,8	4,9%	11,5	65,6%	100,0%
R	Ademhalingsstelsel	6,6%	,7%	,7%	,7%	91,4%	100,0%
S	Huid	6,9%				93,1%	100,0%
T	Endocrien/metabolisme/voeding	7,1%			10,7	82,1%	100,0%
U	Urinewegen	17,1%			8,6	74,3%	100,0%
W	Zwangerschap/bevalling/anticonceptie	7,3%			12,2	80,5%	100,0%
X	Vrouw genitaal	9,1%		4,5%		86,4%	100,0%
Y	Man genitaal	11,8%			5,9	82,4%	100,0%
Z	Sociale problemen	8,3%	25,0		8,3	58,3%	100,0%
-	Niet classificeerbaar	3,9%				96,1%	100,0%
	totaal	8,8%	1,5%	2,5%	3,2	84,1%	100,0%

Tabel 5.17 laat zien in hoeverre tussen de typen centra verschillen in verwijspatroon bestaan. De OC'a zijn hier afwijkend in de zin dat hier veel minder wordt verwezen. Naar de GGZ werd zelfs geen enkele verwijzing geregistreerd. Dat betekent dat naar de andere typen centra het verwijspercentage nog hoger dan het gemiddelde van 16% ligt.

Tabel 5.17 Verwijzingen naar type centrum

	AZC su in centrum	AZC su in praktijk	AVO	OC	totaal
medisch specialist	11,5%	8,1%	8,6%	4,1%	8,7%
GGZ	1,7%	3,2%	1,1%		1,5%
fysiotherapeut	2,3%	4,8%	3,2%	1,1%	2,5%
overig	2,9%	4,8%	4,3%	2,2%	3,2%
totaal verwezen	18,4%	21,0%	17,2%	7,4%	15,9%
niet verwezen	81,6%	79,0%	82,8%	92,6%	84,1%
n	479	186	93	270	1.023

5.6 Samenvatting

De gemiddelde contactfrequentie met de huisarts van asielzoekers blijkt 3,7 per asielzoeker op jaarbasis te zijn. De contactfrequentie verschilt per centrum. Aangenomen kan worden dat dit verband houdt met de wijze waarop de toegeleidingsfunctionaris schift. De gemiddelde contactfrequentie met de toegeleidingsfunctionaris is 6,5 per asielzoeker op jaarbasis en varieert ook per centrum. Er is geen duidelijk verband tussen de hoogte van de contactfrequentie van de huisarts met die van de toegeleidingsfunctionaris.

Asielzoekers die de huisarts dan wel de toegeleidingsfunctionaris consulteren zijn gemiddeld jonger en vaker van het mannelijk geslacht dan doorsnee huisartsbezoekers. De herkomst is divers. Veel voorkomende herkomstlanden zijn Aghanistan, Irak, Azerbaidzjan, Joego-Slavië en Somalië. Er zijn duidelijke verschillen tussen de centra in samenstelling van de populatie.

Consulten van asielzoekers met de huisarts duren gemiddeld (ongeveer 40%) duidelijk langer dan consulten met doorsnee huisarts-bezoekers. In een derde van de contacten van huisartsen en toegeleidingsfunctionarissen met asielzoekers wordt een tolk noodzakelijk geacht. In een derde van de gevallen waar een tolk noodzakelijk wordt geacht wordt die niet gebruikt. Als een tolk wordt gebruikt is er in de meerderheid van de gevallen één aanwezig bij het consult (vaak een asielzoeker die de taal wel spreekt). Minder gebruik wordt gemaakt van professionele tolken via de tolkentelefoon.

De toegeleidingsfunctionaris handelt bijna de helft van de consulten zelf af. Het afhandelingspercentage ligt relatief hoog in de AVO's en (zij het iets minder) in de OC'a. Meest voorkomende aan de toegeleidingsfunctionaris gepresenteerde klachten hebben betrekking op het maag/darmkanaal en het ademhalingsstelsel. Er zijn verschillen tussen de centra in het klachtenaanbod. De meest gepleegde interventie door de toegeleidings-functionaris is het geven van voorlichting/advies.

In de consulten van asielzoekers met de huisarts zien we in vergelijking tot doorsnee huisartsbezoekers veel klachten over het maag/darmkanaal. Er komen relatief minder klachten aan het bewegingsapparaat en hart/vaatproblemen voor bij asielzoekers.
Het diagnosepatroon laat niet al te grote verschillen tussen centra zien. In vergelijking tot doorsnee huisartsbezoekers worden asielzoekers aanzienlijk vaker verwezen. Er wordt ook vaker externe diagnostiek aangevraagd. Er wordt iets minder door de huisarts zelf behandeld en diagnostiek in de eigen praktijk uitgevoerd. Het voorschrijven van geneesmiddelen ligt weer iets hoger dan bij doorsnee huisarts-bezoekers.

6 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

6.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen

Centrale vraag in het onderzoek is op welke wijze een monitoring-systeem kan worden opgezet rond de huisartsenzorg aan asielzoekers. Daartoe waren een aantal deelvragen geformuleerd die nu eerst worden beantwoord voordat in paragraaf 6.2 wordt ingegaan op de consequenties voor monitoring in de toekomst. De deelvragen zijn beantwoord door middel van interviews bij hulpverleners, analyse van medische dossiers en contactregistratie in 11 asielzoekerscentra verspreid over Nederland.

1. Wat is de aard van de gezondheidsproblemen die asielzoekers aan de huisartsen presenteren en de werklast die dat voor huisartsen met zich meebrengt?

Uit de registratie van contacten blijkt dat de huisartsen gemiddeld 3,7 contacten per asielzoeker per jaar hebben. Deze getallen zijn iets hoger dan de cijfers die het COA over 1998 en 1997 heeft verzameld (respectievelijk 3,4 en 3,3). Het cijfer ligt ook iets hoger dan de contactfrequentie met ziekenfondsverzekerden zoals destijds uit de eerste Nationale Studie naar voren kwam (circa 3,4), maar lager dan in LINH die over 1998 een contactfrequentie van 4,3 voor ziekenfondsverzekerden rapporteert. De contactfrequentie verschilt per centrum. Aangenomen kan worden dat dit verband houdt met de wijze waarop de toegeleidings-functionaris schift. De gemiddelde contactfrequentie met de toegeleidingsfunctionaris is 6,5 per asielzoeker op jaarbasis waarvan gemiddeld bijna de helft zelf afgehandeld wordt. Er zijn duidelijke verschillen tussen de centra in mate van afhandeling. In de AVO's en in mindere mate in de OC'a wordt een hoger percentage zelf afgehandeld. Verder is geen duidelijk verband te leggen tussen de hoogte van de contactfrequentie van de huisarts met die van de toegeleidingsfunctionaris.
De contacten van huisartsen met asielzoekers duren gemiddeld 40% langer dan met andere patiënten. Het langst zijn de contacten in AZC'a met spreekuur in de praktijk. Voor een deel zal dit samenhangen met taal- en communicatieproblemen c.q. het gebruik van tolken.
In de consulten van asielzoekers met de huisarts zien we in vergelijking tot doorsneepatiënten relatief veel klachten met betrekking tot het maagdarmkanaal. Dit stemt overeen met onderzoek van Hondius en van Willigen.
Psychische en sociale problemen komen gerelateerd aan de mate van voorkomen bij de betreffende patiëntengroep (zoals valt op te maken uit de probleemlijsten in de medische dossiers) relatief weinig aan de orde in de huisartsenpraktijk. Dergelijke problematiek wordt óf doorverwezen naar andere hulpverleners in het centrum (m.n. de basisarts), óf doorverwezen naar de GGZ.
Onder de niet-patiëntgebonden werklast kunnen de tijd benodigd voor overleg en samenwerking en de tijd besteed aan specifieke scholing of deskundigheidsbevordering worden gerekend. Uit de interviews komt het volgende naar voren.
De frequentie van overleg tussen toegeleidingsfunctionaris en huisarts varieert met de gekozen organisatievorm op basis van meestal niet geformaliseerde afspraken. Waar de huisarts spreekuur houdt in het asielzoekerscentrum zelf, is sprake van veelvuldig contact op de werkvloer. Waar huisartsen buiten het centrum dienen te worden bezocht, verloopt de communicatie vooral telefonisch en schriftelijk. Structureel overleg komt slechts in twee centra voor.
De meeste huisartsen hebben geen specifiek op de doelgroep asielzoekers gerichte scholing ontvangen. Sommige huisartsen verklaren daaraan ook geen behoefte te hebben omdat het in wezen gaat om gewone huisartsenzorg waarvoor men is opgeleid.

2. Hoe verloopt het verlenen van huisartsenzorg in opvangcentra (opzet, organisatie, toegeleiding, samenwerking)?

Uit de interviews komt het volgende beeld naar voren.

Er zijn globaal genomen twee modellen voor het verlenen van huisartsenzorg aan asielzoekers: huisartsen houden spreekuur in het asielzoekerscentrum zelf, ofwel asielzoekers bezoeken reguliere huisartspraktijken in de omgeving van het centrum. Ongeacht welke van deze organisatievormen is gekozen, hebben asielzoekers in de meeste centra dagelijks toegang tot de huisarts. Slechts in drie van de elf centra kunnen asielzoekers niet dagelijks bij een huisarts terecht. De zorg buiten kantooruren wordt in het algemeen via de gewone waarneming geregeld.
In de centra waar huisartsen spreekuur houden in het centrum zelf, wordt slechts één dossier gebruikt door zowel de toegeleidingsfunctionarissen en andere hulpverleners in het centrum als door de huisarts die de curatieve zorg verleent. Waar asielzoekers een huisarts buiten het centrum moeten bezoeken, is meestal sprake van een dubbele registratie (een medisch dossier in het centrum en een in de huisartspraktijk).
De toegeleiding van patiënten naar de huisarts vindt in het algemeen plaats via verpleegkundigen die werkzaam zijn in de asielzoekerscentra. In de meeste centra houden deze zogeheten toegeleidingsfunctionarissen dagelijks spreekuur. Zoals hierboven aangegeven bestaan er duidelijke verschillen tussen de centra in de mate waarin verpleegkundigen zelf klachten afhandelen zonder te verwijzen naar de huisartsen.
Uit de interviews blijkt ook dat de huisartsen zich concentreren op de behandeling van somatische klachten. Psychosociale klachten worden binnen het centrum zelf afgehandeld, of door de toegeleidingsfunctionaris of MO-arts naar de GGZ verwezen. Dit is dus consistent met de bevindingen uit de contactregistratie.

3. Wat is de niet-patiëntgebonden werklast en welke knelpunten worden ervaren in de huisartsenzorg aan asielzoekers?

Communicatieproblemen ten gevolge van taalbarrières vormen een knelpunt in de huisartsenzorg voor asielzoekers. Lang niet altijd in de circa een derde van de consulten waar een tolk noodzakelijk wordt geacht wordt daarvan gebruik gemaakt (11% van de consulten van de huisarts en ook 11% van de contacten met de toegeleidingsfunctionaris). Als wél gebruik wordt gemaakt van een tolk gaat het vaak om iemand uit de eigen familie- of kennissenkring of een landgenoot die de taal beter machtig is, waarvan het de vraag is of de vertaling altijd betrouwbaar is. Met name bijvoorbeeld bij klachten op het terrein van seksualiteit is dit niet ideaal. Het gebruik van professionele tolken via de tolkentelefoon is lastig in te plannen.
De niet-patiëntgebonden werklast aan asielzoekers (overlegtijd en scholing) komt niet als een knelpunt naar voren.

4. Hoe wordt er nu geregistreerd, wat wordt er geregistreerd (zowel door de huisarts als de toegeleidingsfunctionaris) en hoe worden de gegevens overgedragen? Wat is de betrouwbaarheid van de geregistreerde gegevens? Zijn deze vergelijkbaar met andere monitoringgegevens?

De zorg voor asielzoekers wordt in de centra gedocumenteerd op de medische kaarten voor zover het de patiëntstatus betreft en op journaalbladen voor zover het de zorgverlening in consulten betreft. Van 7 van de 11 aan dit onderzoek meewerkende centra werden (geanonimiseerde) dossiers verkregen. Van de andere centra werden de dossiers uit privacy-overwegingen geen dossiers verstrekt.
De medische kaarten van asielzoekers bevatten vaak gecodeerde informatie over de medische achtergrond van asielzoekers in de vorm van een met de International Classification of Primary Care gecodeerde probleemlijst. Aantallen consulten zijn te halen uit de SOEP-noteringen op de journaalbladen. Het is echter zo dat de huisarts niet altijd op deze bladen verslag doet (soms ook in zijn eigen praktijk). Ook zijn contacten met de toegeleidingsfunctionaris niet goed te onderscheiden van die van de huisarts.
De contactredenen zijn inhoudelijk redelijk goed te duiden op het niveau van ICPC-hoofdstukken. De informatie over de diagnose voegt daar in het algemeen weinig aan toe. Verwijzingen, medicatie en extern onderzoek lijken redelijk systematisch in de dossiers vastgelegd.
Met name doordat de contacten van huisarts en toegeleidingsfunctionaris niet zijn te onderscheiden is op basis van de dossiers geen goede meting van de werklast mogelijk.

5. Wat zijn mogelijke alternatieven voor de bestaande registratie en wat is het draagvlak hiervoor bij de betrokkenen?

Het belangrijkste alternatief is een papieren contactregistratie. Deze bleek haalbaar te zijn in alle 11 de deelnemende centra, zij het dat in sommige centra slechts een deel van de hulpverleners of een deel van de periode van 3 weken is deelgenomen. De registratie heeft een gegevensbestand opgeleverd van 847 contacten van huisartsen en 1529 contacten van toegeleidingsfunctionarissen. De op basis van deze gegevens berekende contactfrequenties zijn goed vergelijkbaar met gegevens die het COA over 1997 en 1998 verzamelde en met de Nationale Studie en LINH.
De bij de beantwoording van vraagstelling 1 beschreven uitkomsten zijn met uitzondering van de niet-patiëntgebonden werklast op de contactregistratie gebaseerd. Belangrijk voordeel ten opzichte van de medische dossiers is dat de rol van de huisarts en de toegeleidingsfunctionaris beter is te onderscheiden. Een kanttekening is dat de contactregistratie in de wintermaanden heeft plaatsgevonden, waardoor enige seizoensgebonden vertekening zal zijn opgetreden. Een tweede kanttekening is dat de rol van de MO-arts in de toegeleiding naar de huisarts niet afzonderlijk zichtbaar wordt. Al met al geeft de contactregistratie een goed beeld van de huisartsenzorg voor asielzoekers en de rol van de toegeleiding daarbij.
De aantallen in dit pilot-onderzoek participerende centra lieten geen betrouwbare uitspraken toe over verbanden tussen de wijze van organisatie van bijvoorbeeld de toegeleiding en de werklast voor de huisarts. Wél is duidelijk geworden dat er belangrijke verschillen zijn in de wijze waarop de huisartsenzorg voor asielzoekers verloopt die hun weerslag kunnen hebben op de werklast voor de huisarts: omvang en type centrum, samenstelling van de populatie en spreekuur in centrum of in praktijk zijn allemaal factoren die een rol kunnen spelen.

Hoewel enkele huisartsen de informatie over consulten met asielzoekers registreren in hun Electronisch Medisch Dossier moet een electronische registratie van de zorg voor asielzoekers als minder haalbaar worden beoordeeld. De registratie op journaalbladen vindt totnutoe uitsluitend op papier plaats. Ontwikkeling van programmatuur, scholing van toegeleidingsfunctionarissen is een kostbare en tijdrovende kwestie. Een reëel alternatief is dit dus niet.

6.2 Aanbevelingen

Puntsgewijs kunnen nu een aantal aanbevelingen worden geformuleerd voor de uitvoering van de monitoring:

- voor de hand liggend is de aanbeveling om de monitoring te baseren op papieren contactregistraties door huisartsen en asielzoekers volgens het in deze pilot ontwikkelde model;
- om uitspraken te kunnen doen over de verschillende typen centra en organisatievormen zijn grotere aantallen participerende centra gewenst, waarbij desnoods (zeker in de grotere centra) de registratieperiode kan worden verkort; gedacht wordt daarbij aan deelname van alle acht OC'a en tenminste 10 van elk van de andere onderscheiden subgroepen van centra (AZC'a met en zonder spreekuur in centrum en AVO's);
- op onderdelen kan de meetmethode worden aangescherpt; met name dient op het huisartsformulier een rubriek te komen via wie de betreffende asielzoeker bij de huisarts terecht is gekomen; daarmee zal de rol van de MO-arts ook duidelijker worden;
- de registratieduur kan in grote centra (meer dan 500 asielzoekers) beperkt worden tot 2 weken, in centra met 100-500 asielzoekers is een registratie van 3 weken voldoende, in kleinere centra zou de registratieperiode nog langer moeten zijn omdat de aantallen contacten hier laag zijn (weken zonder contacten komen geregeld voor); overwogen kan worden deze groep buiten het onderzoek te houden ook al omdat het beslag dat deze centra leggen op de huisarts relatief gering is.
- omdat de opvang van asielzoekers een dynamisch proces is verdient een jaarlijkse frequentie van de werklastmeting de voorkeur;

- gegevens over beïnvloedende factoren kunnen worden verzameld via schriftelijke enquêtes: zowel aan de kant van het centrum (omvang, samenstelling populatie, wijze van organisatie van de medische dienst), als aan de kant van de huisarts (spreekuur in centrum of praktijk, niet-patiëntgebonden werklast, praktijkomvang in relatie tot aantal asielzoekers) ; het onderhavige onderzoek verschaft voldoende handvaten om een dergelijke enquête op te stellen; aanbevolen wordt een dergelijke enquête af te nemen bij alle centra teneinde beter te kunnen generaliseren naar de landelijke situatie.

LITERATUUR

Bakker DH de, Abrahamse HA, Braspenning J, Althuis T van, Hoogen H van den, Rutten R, Jaarrapport LINH 1998. Utrecht: NIVEL/WOK; 1999.

Begemann FA. Vluchtelingen in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Stichting Pharos; 1994.

Bloemen EJJM & Laan JR van der. Een vluchteling bij de huisarts: een speciale patiënt? Huisarts Wet 1998; 41 :184-188.

CBS . Maandcijfers maart 1998: Asielaanvragen naar land van nationaliteit Maandstatistiek bevolking (CBS) 9816: 1998

Croes MM . Asielzoekers: het beleid en enkele demografische aspecten. Maandstatistiek bevolking (CBS);1995; 9516: 6-16.

Eijkelenburg-Waterreus Y van, Harbers J, Tiersma W, HoogenH van den, Schellevis FG, Bakker DH de. Ontwikkeling van een detectie-programma voor het optimaliseren van probleemlijsten. Utrecht: LINH NIVEL/WOK; 1999.

Hondius AJK & Willigen LHM van. Vluchtelingen en gezondheid. Deel II. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.; 1992.

Landelijke Huisartsen Vereniging. Beleidskader voor de ondersteuning van huisartsen en huisartsengroepen in het regelen en leveren van huisartsenzorg voor asielzoekers in centra. 1996.

Landelijke Huisartsen Vereniging/Zorgverzekeraar VGZ. Convenant voor de huisartsenzorg aan asielzoekers. 1997.

Nationale Raad Volksgezondheid. Gezondsheidsbeleid voor asielzoekers. Zoetermeer: Ministerie van WVC;1994.

Nicolaas H. Sterke daling aantal asielzoekers eerste half iaar 1995. Maandstatistiek bevolking (CBS) 1995; 9518:11-14.

Swinkels H. Trendcijfers gezondheidsenquête; medische consumptie, 1981-1994. Maandbericht gezondheid. (CBS) 1995;15: 4-16.

Thijs WA & Willigen LHM van. De medische opvang van asielzoekers. Medisch Contact 1989; *51/52*: 1683-1686.

Wielink, G, Kok, H.C. & Nijhoff, A.H. Huisartsgeneeskunde in een centrum voor asielzoekers. Huisarts Wet 1991 ;34:257-259.

Willigen LHM van & Hondius AJK. Vluchtelingen en gezondheid. Deel I. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.;1992.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: Responsoverzichten

Tabel a Overzicht afgenomen interviews

centrum	huisarts	toegeleiding	coördinator MO
AZC01	x	x	x
AZC02	x	x	x
AZC03	x	x	-
AZC05	x	x	-
AZC06	x	x	-
AVO11	x	x	-
AVO12	x	x	-
AVO13	x	x	-
AVO14	x	x	-
OC21	x	x	x
OC22	x	x	x

Tabel b: Respons dossieranalyse

centrum	aantal dossiers	opmerkingen
AZC01	0	
AZC02	0	
AZC03	9	Incl. Medische kaart
AZC05	15	alleen journaalbladen
AZC06	9	incl. Medische kaart
AVO11	10	incl. Medische kaart
AVO12	10	incl. Medische kaarten
AVO13	0	
AVO14	10	5 COA dossiers incl. Medische kaart 5 HIS dossiers
OC21	0	
OC22	10	incl Medische kaart
	73	

Tabel c: Respons contactregistratie

centrum	aantal asielzoekers (bestuurlijke capaciteit 1.1.2000	aantal toegeleidings-functionarissen	aantal huisartsen	start registratie-periode	weken
AZC01	1315	10	2	3 januari 2000	1, 2 en 3
AZC02	980	3	3	17 januari 2000	3, 4 en 5
AZC03	300	3	1	6 december 1999	49, 50, 51
AZC05	400	2	1	29 november 2000	48, 49, 50
AZC06	400	4	2	3 januari 2000	1, 2 en 3
AVO11	210	3	1	3 januari 2000	1, 2 en 3
AVO12	155	2	1	29 november 2000	48, 49, 50
AVO13	30	1	2	29 november 2000	48, 49, 50
AVO14	30	1	2	3 januari 2000	1, 2 en 3
OC21	600	11	2	7 februari 2000	6
OC22	600	5	2	10 januari 2000	2, 3 en 4
	5020	45	20		

* In AZC Zeewolde registreerden 3 van de 6 huisartsen

BIJLAGE 2: Interviewprotocol directie/staf

1. Wat is in het kort de achtergrond en geschiedenis van centrum X?
   Hoe lang bestaat centrum X?
   Welke groepen asielzoekers worden opgevangen?
   Waren/zijn er specifieke problemen?
   - met de omgeving
   - tussen asielzoekers
   - op managementniveau
   Hoe was de medische opvang in het verleden georganiseerd?
   - knelpunten

2. Hoe is de medische opvang in centrum X nu georganiseerd?
   Welke hulpverleners zijn er? Wie doet wat?
   Hoe verloopt dit in het algemeen?
   Knelpunten?

3. Hoe is de huisartsenzorg voor centrum X opgezet?
   Zijn er duidelijke afspraken gemaakt over
   - waar en hoe de zorg verleend zal worden
   - taakverdeling huisartsen andere hulpverleners
   - toegeleiding, aansturing toegeleidingsfunctionaris
   - registratie en uitwisseling gegevens
   - beschikbaarheid dossiers
   - randvoorwaarden die centrum X moet vervullen (b.v. beschikbare ruimte voor spreekuur/ assistente, dan wel verzorging vervoer naar de praktijk)
   Zijn deze vastgelegd?

2. Waar en hoe is de huisartsenzorg ten behoeve van centrum X georganiseerd?
   Indien in centrum: hoe vaak is er spreekuur, wanneer, hoelang? Is er een assistente aanwezig?
   Indien in centrum en meer huisartsen: hoe wordt gerouleerd?
   Hoe is de waarneming geregeld?
   Knelpunten?

3. Hoe is de taakverdeling tussen de huisartsen en de medische opvang in het centrum?
   Voor welke problemen wordt de huisarts geraadpleegd? Voor welke het medisch centrum?
   Hoe vindt onderlinge afstemming/informatie-uitwisseling plaats?
   Knelpunten?

4. Hoe is de toegeleiding naar de huisarts geregeld?
   Hoe vindt informatie-uitwisseling plaats?
   Zijn er standaardprocedures opgesteld? Zijn deze vastgelegd?
   Hoe verloopt de toegeleiding buiten de normale spreekuurtijden?
   Knelpunten?

5. Waar en hoe worden gegevens van asielzoekers geregistreerd?
   - algemene gegevens patiënten

- medische gegevens van contacten met de huisarts
Wat wordt in het centrum geregistreerd? Hoe betrouwbaar zijn deze gegevens?
Welke gegevens worden uitgewisseld met huisartsen (patiënt- en medische gegevens)?
Hoe gebeurt dat?
Knelpunten?

6. Zijn de registratiegegevens bruikbaar voor monitoring?
Onder welke voorwaarden zouden deze ter beschikking gesteld kunnen worden?
Zijn er plannen de wijze van registratie in de toekomst te veranderen (geautomatiseerd?)
Zo nee, zou men dat in principe wel willen?

BIJLAGE 3: Interviewprotocol toegeleidingsfunctionaris

1. Hoe is de medische opvang in centrum X georganiseerd?
   Welke hulpverleners zijn er? Wie doet wat?

2. Hoe is de huisartsenzorg ten behoeve van centrum X georganiseerd?
   Waar? (in het centrum, de eigen praktijk)
   Indien in centrum: hoe vaak is er spreekuur, wanneer, hoelang? Is er een assistente aanwezig?
   Indien in centrum en meer huisartsen: hoe wordt gerouleerd?
   Indien in eigen praktijk: komen asielzoekers naar het gewone spreekuur (open, op afspraak) of is er een speciaal spreekuur voor asielzoekers?
   Indien in eigen praktijk en meer huisartsen: hoe vindt verdeling over de huisartsen plaats?
   Knelpunten?

3. Hoe is de waarneming geregeld?
   Wordt gebruikt gemaakt van de huisartsenpool van de LHV? Zo ja, hoe verloopt dat?
   Knelpunten?

4. Hoe is de taakverdeling tussen de huisartsen en de medische opvang in het centrum?
   Voor welke problemen wordt de huisarts geraadpleegd? Voor welke het medisch centrum?
   Zijn hierover van te voren duidelijke afspraken gemaakt?
   Hoe vindt onderlinge afstemming/informatie-uitwisseling plaats?
   Wat is de rol van de toegeleidingsfunctionaris hierin?
   Knelpunten?

5. Wat zijn de (overige) taken van de toegeleidingsfunctionaris?

6. Hoe is de toegeleiding naar de huisarts geregeld?
   Vindt er overleg plaats tussen huisarts en toegeleidingsfunctionaris?
   - Hoe vaak?
   - Wat wordt er besproken?

   Hoe vindt informatie-uitwisseling plaats?
   Zijn er standaardprocedures opgesteld? Zijn deze vastgelegd?
   Hoe verloopt de toegeleiding buiten de normale spreekuurtijden?
   Knelpunten?

7. Wat zijn de meest voorkomende gezondheidsproblemen van asielzoekers?
   Voor welke problemen wordt naar wie (huisarts of andere hulpverlener) verwezen?
   Knelpunten?

8. Hoe verloopt het contact met asielzoekers?
   - van de toegeleidingsfunctionaris zelf
   - van de huisarts (voor zover tf hier zicht op heeft)

   Kan er bij deze contacten een tolk worden ingezet?
   Knelpunten?

9. Waar en hoe worden gegevens van asielzoekers geregistreerd?
   - algemene gegevens patiënten
   - medische gegevens van contacten met de huisarts

   Wat wordt in het centrum geregistreerd? Hoe betrouwbaar zijn deze gegevens?
   Welke gegevens worden uitgewisseld met huisartsen (patiënt- en medische gegevens)?
   Hoe gebeurt dat?
   Knelpunten?

10. Zijn de registratiegegevens bruikbaar voor monitoring?
    Onder welke voorwaarden zouden deze ter beschikking gesteld kunnen worden?
    Zijn er plannen de wijze van registratie in de toekomst te veranderen (geautomatiseerd?)
    Zo nee, zou men dat in principe wel willen?

BIJLAGE 4: Interviewprotocol huisartsen

1. Hoe is de huisartsenzorg voor centrum X opgezet?
   Hoe is bepaald welke huisarts de zorg verleent (benadering DHV, selectie huisartsen)?
   Zijn er van tevoren duidelijke afspraken gemaakt (waarneming, toegeleiding, beschikbaarheid van dossiers, uitwisseling gegevens, verwijsmogelijkheden)? Zo ja, zijn deze vastgelegd?
   Is er sprake van ondersteuning door de DHV? Wat houdt dit in?

2. Hoe is de huisartsenzorg ten behoeve van centrum X georganiseerd?
   Waar? (in het centrum, de eigen praktijk)
   Indien in centrum: hoe vaak is er spreekuur, wanneer, hoelang? Is er een doktersassistente aanwezig?
   Indien in centrum en meer huisartsen: hoe wordt gerouleerd?
   Indien in eigen praktijk: komen asielzoekers naar het gewone spreekuur (open, op afspraak) of is er een speciaal spreekuur voor asielzoekers?
   Indien in eigen praktijk en meer huisartsen: hoe vindt verdeling over de huisartsen plaats?
   Knelpunten?

3. Hoe is de waarneming geregeld?
   Wordt gebruikt gemaakt van de huisartsenpool van de LHV? Zo ja, hoe verloopt dat?
   Knelpunten?

4. Hoe is de taakverdeling tussen de huisartsen en de medische opvang in het centrum?
   Voor welke problemen wordt de huisarts geraadpleegd? Voor welke het medisch centrum?
   Hoe vindt onderlinge afstemming/informatie-uitwisseling plaats?
   Knelpunten?

5. Hoe is de toegeleiding geregeld?
   Vindt er overleg plaats tussen huisarts en toegeleidingsfunctionaris?
   - Hoe vaak?
   - Wat wordt er besproken?

   Hoe vindt informatie-uitwisseling plaats?
   Zijn er standaardprocedures opgesteld? Zijn deze vastgelegd?
   Hoe verloopt de toegeleiding buiten de normale spreekuurtijden?
   Knelpunten?

6. Wat zijn de meest voorkomende gezondheidsproblemen waarmee de huisarts wordt geconfronteerd?
   Zijn deze anders dan die van Nederlandse patiënten? In welk opzicht?
   Komen asielzoekers vaker met psychische klachten? Hoe gaat men hiermee om?
   Zijn er voldoende verwijsmogelijkheden voor psychische klachten?
   Knelpunten?

7. Hoe verloopt het contact met asielzoekers?
   Kan de huisarts gebruik maken van een tolk?

Knelpunten?

8. Heeft deskundigheidsbevordering voor huisartsen plaatsgevonden?
   Zo ja, op welke wijze? Zo nee, is hier wel behoefte aan?

9. Waar en hoe worden gegevens van asielzoekers geregistreerd?
   Op welke wijze gebeurt dat (HIS, handmatig)?
   Indien in eigen HIS huisarts: Hoe vindt informatie-uitwisseling plaats met AZC/AVO?
   Wat wordt geregistreerd? Hoe betrouwbaar zijn deze gegevens?
   Hebben huisartsen bij nieuwe patiënten op tijd de beschikking over medische gegevens?
   Knelpunten?

10. Zijn de registratiegegevens bruikbaar voor monitoring?
    Onder welke voorwaarden zouden deze ter beschikking gesteld kunnen worden?
    Zijn er plannen de wijze van registratie in de toekomst te veranderen (geautomatiseerd?)
    Zo nee, zou men dat in principe wel willen?

BIJLAGE 5: REGISTRATIEFORMULIER HUISARTS

Project "Huisartsenzorg voor asielzoekers"

code centrum: [ ][ ] code huisarts: [ ][ ]

patiëntgegevens

patiëntnummer: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] geslacht: 0 man 0 vrouw leeftijd: ..... jaar herkomstland: .....

contactgegevens

datum: [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] duur: [ ][ ] minuten soort contact: 0 spreekuur
0 telefonisch
0 visite buiten spreekuur
0 tussendoor
0 overig

tolk nodig? 0 nee
0 ja

zo ja, tolk gebruikt? 0 nee
0 tolk aanwezig
0 tolkentelefoon

zo nee, voertaal gesprek: .....

tijdstip: 0 overdag
0 's avonds
0 's nachts

plaats: 0 eigen praktijk
0 centrum

contactreden (hier de gezondheidsklacht zo nauwkeurig mogelijk omschrijven)

1 .....

.....

2 .....

.....

diagnose

1 .....

2 .....

aard contact	behandeling	diagnostiek intern	diagnostiek extern	prescriptie	verwijzing	vervolgafspraak?
1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
0 0 eerste contact	0 0 advies/voorlichting	0 0 lichamelijk onderzoek	0 0 bloedchemie	0 0 nieuw	0 0 medisch specialist	0 0 nee
0 0 herhaalcontact	0 0 even aankijken	0 0 bloeddruk	0 0 haematologie/serologie	0 0 herhaalrecept	0 0 GGZ	0 0 ja
0 0 recidief	0 0 medicatie zonder recept	0 0 bloedonderzoek	0 0 röntgen/echo		0 0 fysiotherapeut	
0 0 (periodieke) controle	0 0 wijzigingen medicatie	0 0 urine-onderzoek	0 0 urine		0 0 overig	
	0 0 medisch-technische verrichtingen		0 0 anders			
	0 0 vaccinatie					

bijzonderheden/verzwarende omstandigheden

.....

.....

.....

.....

NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT, tel 030 2729700, fax 030 2729729 onderzoeker: Marga Weide, tel. 030 2729709

code centrum: [ ][ ] code toegeleidingsfunctionaris: [ ][ ]

patiëntgegevens

patiëntnummer: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] geslacht: 0 man 0 vrouw leeftijd: ..... jaar herkomstland: .....

contactgegevens

datum: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] tijdstip: 0 overdag
0 's avonds
0 's nachts

soort contact: 0 spreekuur
0 anders

tolk nodig? 0 nee
0 ja

zo ja, tolk gebruikt? 0 nee
0 tolk aanwezig
0 tolkentelefoon

zo nee, voertaal gesprek .....

contactreden (hier de gezondheidsklacht zo nauwkeurig mogelijk omschrijven)

1 .....
.....
2 .....
.....

	1 2		**1 2**		**1 2**
contact zelf afgehandeld?	0 0 nee	--------->	0 0 verwezen naar huisarts/waarnemer code [ ][ ]	doel verwijzing:	0 0 diagnose/behandeling
	0 0 ja		0 0 verwezen naar basisarts centrum		0 0 geruststelling
			0 0 verwezen naar andere hulpverlener centrum, namelijk		
			0 0 verwezen anders, namelijk		

Indien zelf afgehandeld:	behandeling		diagnostiek	prescriptie	vervolgafspraak?
	1 2	**1 2**	**1 2**	**1 2**	**1 2**
	0 0 advies/voorlichting	0 0 medisch-technische	0 0 lichamelijk onderzoek	0 0 nieuw	0 0 nee
	0 0 even aankijken	verrichtingen	0 0 bloeddruk	0 0 herhaalrecept	0 0 ja
	0 0 medicatie zonder recept	0 0 vaccinatie	0 0 bloedonderzoek		
	0 0 wijzigingen medicatie	0 0 administratief	0 0 urine-onderzoek		

bijzonderheden/verzwarende omstandigheden

.....
.....
.....
.....

NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030 2729700, fax 030 2729709 onderzoeker: Marga Weide, tel 030 2729709

Tabel Patiëntkenmerken naar type asielzoekerscentrum*

	AZC				AVO		OC	
	spreekuur in centrum		spreekuur in praktijk					
	tf	ha	tf	ha	tf	ha	tf	ha
geslacht*								
- man	54,5	55,1	50,1	43,4	50,2	54,7	57,8	48,4
- vrouw	45,5	44,9	49,9	56,6	49,8	45,3	42,2	51,6
leeftijd*								
- 0-4 jaar	10,2	9,3	13,9	15,1	8	11,4	5	3,9
- 5-14 jaar	10,2	9	10,6	8,2	9,8	13,9	11,9	9,1
- 15-24 jaar	17,7	17	17,3	11	21,9	12,7	33,5	24,1
- 25-44 jaar	45,3	47	46,3	49,3	50	51,9	39,5	41,8
- 45-64 jaar	12	13,9	9,9	11,6	7,6	7,6	5,3	11,6
- 65-74 jaar	2,5	2,3	0,7	1,4	0	0	2,7	5,2
- 75 jaar en ouder	2	1,5	1,2	3,4	2,7	2,5	2,1	4,3
herkomstland*								
- Aghanistan	11,8	11	8,9	6,8	26,5	19	15,2	17,7
- Irak	18	17,7	13,9	16,4	4,4	11,4	8,8	7,8
- Azerbaidzjan	10	9,5	9,7	11,6	7,5	7,6	5,8	10,3
- Joego-Slavië	5,3	6,4	13,9	18,5	9,7	15,2	8	4,7
- Somalië	4,5	4,9	3,5	6,2	3,5	3,8	16,5	11,6
- Iran	8,6	8,2	3,7	1,4	4	10,1		3,4
- Bosnië-HerzegovinaH	7,5	6,4	5,9	4,8	7,1	8,9	0	0,0
- Soedan	3	5,4	3	0	5,3	0	7	8,2
- Armenië	3,2	2,8	4,5	1,4	8,4	8,9	2,4	3,0
- overige landen	28,1	27,7	32,6	32,9	265	15,2	31,3	33,3
totaal	561	390	404	146	224	79	337	232

* exclusief geslacht/leeftijd/herkomstland onbekend

Enkele recente Nivel-rapporten:

Kwaliteit van huisartsenzorg vanuit migrantenperspectief: ontwikkeling van een meetinstrument
Auteurs: F.El. Fakiri, H.J. Sixma, M.G. Weide
Utrecht: Nivel, 2000, 86 pag., fl 17,00

In dit rapport wordt de ontwikkeling van een instrument beschreven om de kwaliteit van de huisartsenzorg vanuit migrantenperspectief te meten. De procedure is afgeleid van de gang van zaken bij de QUOTE-vragenlijsten. In focusgesprekken met vier etnische groepen (Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen) is vastgesteld wat migranten van de huisarts verwachten. De daarop ontwikkelde vragenlijst is gepilot bij een grotere groep migranten. Ook is gekeken naar de specifieke problemen die zich voordoen bij het afnemen van een dergelijke lijst bij migranten.

Influenzavaccinatie onder allochtone en autochtone ouderen
Auteurs: I.Kulu-Glasgow, M.G.Weide, D.H.de Bakker
Utrecht: NIVEL, 2000, 32 pag., fl. 9,00

Influenzavaccinatie is een belangrijke preventiemaatregel om sterfte onder ouderen ten gevolge van (de complicaties) van griep terug te dringen. Via een jaarlijkse griepcampagne wordt actief geprobeerd risicogroepen tegen griep te vaccineren. Sinds enkele jaren behoren hier ook 'gezonde' ouderen toe. In dit onderzoek is vastgesteld (1) hoe huisartsen influenzavaccinatie organiseren en of zij specifieke maatregelen nemen om allochtone groepen te bereiken, (2) wat het bereik is van influenzavaccinatie onder allochtone ouderen en (3) in hoeverre de redenen waarom allochtone ouderen niet gevaccineerd zijn verschillen van die van autochtone ouderen.

Illegalen aan de poort van de gezondheidszorg
Auteurs: I. Kulu-Glasgow, S. Arts, M. Weide, D. de Bakker
Utrecht: Nivel, 2000 (verschijnt in het najaar)

Sinds de invoering van de Koppelingswet is het voor illegalen in Nederland (nog) moeilijker een beroep te doen op gezondheidszorg-voorzieningen. Niettemin wordt in de wet gesteld dat de gezondheidszorg wel toegankelijk is als illegalen zelf betalen of als de zorg 'medisch noodzakelijk' is. Er is een fonds in het leven geroepen (het 'Koppelings-fonds') voor hulpverleners die onevenredig veel kosten ten behoeve van illegalen maken. Hoe het gesteld is met de toegankelijkheid van de zorg en welke knelpunten optreden is nagegaan in een onderzoek onder hulp-verleners aan de 'poort' van de gezondheidszorg,, te weten huisartsen, verloskundigen en spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen. Onder deze groepen zijn schriftelijke enquêtes gehouden waarvan in dit rapport verslag wordt gedaan.