

Goede zorg begint bij heldere registratie

Soa bij asielzoekers

Lia Jak

Asielzoekers komen veelal uit landen waar seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) een ernstig gezondheidsrisico vormen. Het is echter onbekend hoe groot de soa-problematiek onder asielzoekers in de Nederlandse opvangcentra is. Er zijn geen cijfers over het vóórkomen van soa bij asielzoekers en er ontbreekt het nodige aan de soa-zorg. Lia Jak, sociaal geneeskundige bij MOA Oost-Nederland beschrijft de huidige stand van zaken en bepleit maatregelen om de soa-zorg te verbeteren.

Zorgwekkende toename van soa', koppen de kranten als de jaarlijkse cijfers van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) in Nederland bekend worden gemaakt. Ook andere westerse landen constateren een toename van soa. Regelmatig wordt een relatie gelegd tussen het frequent voorkomen van soa en bepaalde etnische groepen. Het zou kunnen zijn dat soa onder asielzoekers ook een groot probleem is. Maar wat weten we eigenlijk van soa bij deze groep?

Risicosituaties

Asielzoekers zijn niet per definitie een risicogroep voor soa – het gaat immers om risicogedrag – maar ze hebben veelal wel te maken met risicosituaties die de kans op besmetting met soa verhogen. Ze komen vaak uit landen waar soa-bestrijding nauwelijks bestaat en waar hepatitis-B en soms ook hiv inheems voorkomen. Sommige culturele gebruiken zijn te zien als risicohandelingen, zoals initiatierituelen met bloed of sperma, het inbrengen van scherpe kruiden in de vagina of kralen onder de voorhuid. In oorlogs- en conflictsituaties heerst meer honger en ziekte en functioneren de gezondheidszorgsystemen meestal slecht. Overdracht van soa kan gebeuren door gebruik van niet-steriele materialen en afwezigheid van de controle van bloed. Omstandigheden als armoede, machteloosheid, sociale instabiliteit, schending van mensenrechten en fysiek en seksueel geweld vergemakkelijken de overdracht van soa en hiv. In de alledaagse strijd om het bestaan is risicogedrag vaak een overlevingsstrategie, bijvoorbeeld seks verkopen om te overleven.

In Nederland gelden voor asielzoekers ook een aantal risicofactoren voor soa. Het langdurig verblijf in de centra en gevoelens van eenzaamheid en depressiviteit bevorderen het aangaan van (meerdere, kortdurende) seksuele relaties. Ook zijn seksualiteit en soa moeilijk bespreekbaar voor asielzoekers. Ze weten niet goed hoe de gezondheidszorg in Nederland werkt en er zijn veel communicatieproblemen door taal- en cultuurverschillen tussen de hulpverlener en de asielzoeker.

Soa brengen belangrijke gezondheidsrisico's met zich mee. Bij

sommige soa komt een groot percentage a-symptomatische infecties voor. Vooral chlamydia en gonorrhoe verlopen bij zowel mannen als vrouwen vaak zonder enige symptomen; de besmettelijkheid blijft echter bestaan.

Onbehandelde soa kunnen leiden tot opstijgende infecties van het kleine bekken, chronische buikpijn, buitenbaarmoederlijke zwangerschappen, miskramen en onvruchtbaarheid. Bij pasgeboren baby's kunnen soa leiden tot aangeboren syfilis, longontsteking, ooginfecties en vroeggeboorte. Ook verhogen soa de kans op hiv-overdracht door seksueel contact; goede behandeling van soa kan die kans met 40 procent terugdringen.

Vóórkomen van soa

Er is geen inzicht in de omvang van de soa-problematiek bij asielzoekers. Ook is er niets bekend over het seksuele gedrag tussen de bevolkingsgroepen onderling en tussen asielzoekers en de Nederlandse bevolking. De Nederlandse soa-surveillance heeft hierover geen gegevens. Andere Europese opvanglanden hebben eveneens weinig informatie over het vóórkomen van soa of hiv bij asielzoekers.

Uit het geringe aantal onderzoeken naar gezondheidsproblemen bij asielzoekers komen soa en hiv niet als belangrijke problemen naar voren. Het accent ligt daarin meer op de psychosociale problemen en de weerslag van traumatische ervaringen op lichamelijke klachten. Alleen chronische hepatitis-B en dragerschap worden beschreven. Om inzicht te krijgen in de omvang van het soa-probleem bij asielzoekers, moeten mensen die klachten hebben of risico hebben gelopen op de hoogte zijn van het belang zich te laten onderzoeken. Ze moeten hiervoor gemotiveerd worden en er dient een laagdrempelige voorziening te zijn waar ze naar toe kunnen voor onderzoek.

Bij de Medische Opvang Asielzoekers (moa) bestaat geen landelijke richtlijn of protocol voor soa-bestrijding bij asielzoekers. Op de centra wordt er dan ook verschillend mee omgegaan en goede werkafspraken ontbreken nogal eens. In het algemeen worden asielzoekers die klachten hebben die op een soa kunnen wijzen of die om onderzoek vragen na risicogedrag, door de moa-medewerker naar de huisarts verwezen. Sommige centra verwijzen naar een soa-polikliniek of de ggd. Hiv-positieve mensen worden in de regel doorgestuurd naar een aidsbehandelcentrum.

In het verleden is alleen de soa/aids-voorlichting structureel opgenomen geweest in het programma voor asielzoekers, maar in de praktijk schoot dit er nog wel eens bij in door tijd- of personeelsgebrek of doordat er maar weinig asielzoekers bereikt konden worden. In die voorlichting ging het voornamelijk om kennisoverdracht en om het uitdragen van de 'vrij veilig'-boodschap.

Tot september 1992 zijn alle asielzoekers en vluchtelingen boven de 12 jaar gescreend op syfilis. Dit onderzoek is gestopt omdat er te weinig positieve gevallen waren. Onderzoek op hepatitis-B gebeurde niet; men vond dat niet nodig omdat het ook niet werd gedaan bij buitenlandse werknemers, waar dragerschap ook frequent voorkomt. Op hiv werd geen enkele groep gescreend. Onderzoek op hiv bij asielzoekers wordt tot op heden politiek afgehouden met als argument dat er voldoende voorlichting is voor deze groep en dat de meeste asielzoekers

terugkeren naar het land van herkomst.

Vanaf 1999 is er, conform het advies van de Gezondheidsraad, meer aandacht gekomen voor het testen op hiv bij zwangere vrouwen met risicofactoren. Er vindt echter nog lang niet bij alle zwangere asielzoeksters een goede risico-inventarisatie en hiv-counseling plaats. Onduidelijkheden in taakstelling en gemis aan vaardigheden zijn hieraan debet. Veel zwangere vrouwen laten zich niet testen omdat ze de test niet aangeboden hebben gekregen of de informatie niet goed hebben begrepen. Het is de bedoeling dat in 2004 álle zwangere vrouwen een hiv-test aangeboden krijgen.

Zelfs als asielzoekers al komen voor een soa-onderzoek, dan nog is er weinig te zeggen over het vóórkomen van soa, omdat het ontbreekt aan een betrouwbaar registratiesysteem.

Tot 1999 werden de infectieziekten, inclusief soa, door de centra gemeld bij de coa; echter niet alle centra rapporteerden en er was een grote onderrapportage.

Ook de gegevens van de moa zijn niet betrouwbaar. De moa registreert op de medische kaart waarop naast persoonsgegevens en medische basisgegevens, de somatische, psychische en sociale problemen van de asielzoeker vermeld worden, inclusief geweldservaring. De registratie van gegevens op de medicatielijst en de probleemlijst blijkt echter tekort te schieten. Er wordt veel vergeten en de criteria van de probleemdefinitie worden heel verschillend gehanteerd.

Sinds 1 januari 2000 valt de curatieve zorg van asielzoekers onder de huisarts. Huisartsen gebruiken daarbij vaak hun eigen registratiesysteem en deze gegevens komen lang niet altijd terug op de medische kaart in het moa-dossier.

Als de asielzoeker het centrum verlaat, wordt de medische kaart ingevoerd in een computerregistratiesysteem van het coa. Dit registratiesysteem is ingericht op overdracht van gegevens en bewaking van werkprocessen en niet op epidemiologisch onderzoek. Kortom, de registratie van soa bij asielzoekers is onvolledig.

Soa-bestrijding

Na een behoeftepeiling onder moa-verpleegkundigen is de Stichting soa-bestrijding in 2001 gestart met een project om een integraal pakket voor soa/aids-bestrijding te ontwikkelen. Uit het beleidsrapport dat voor dit project is geschreven, bleek dat er niets bekend is over het vóórkomen van soa/hiv bij asielzoekers en dat deze gegevens ook niet te achterhalen zijn. Ook werd duidelijk dat er veel ontbreekt aan de soa-zorg voor asielzoekers en dat de deskundigheid nogal eens te wensen overlaat. Dossieronderzoek leidde tot dezelfde conclusies. Het rapport bevatte aanbevelingen om:

- de niet-curatieve soa-bestrijding te structureren, goede werkafspraken te maken met de reguliere instanties, een laagdrempelige soa-voorziening in te stellen en goede voorlichting te geven;
- de betrouwbaarheid van de medische kaart te verbeteren en het registratiesysteem toegankelijk te maken voor onderzoek;
- aan te sluiten bij het herziene soa-surveillancesysteem in Nederland;

-
- onderzoek te doen naar het vóórkomen van soa en risicogedrag bij asielzoekers;
 - het hiv-testbeleid voor asielzoekers te laten plaatsvinden conform Nederlandse adviezen.

De laatste twee jaar is er hard gewerkt aan het soa/aids-project, met positieve resultaten. Er is nieuw voorlichtingsmateriaal (folders, posters) gemaakt en er zijn cursussen ontwikkeld om veilig vrijen en seksualiteit bespreekbaar te maken. Er is ook een overzicht gemaakt van literatuur en netwerken, en er is een werkdocument soa/hiv-voorlichting. Verder zijn er beleidsadviezen geformuleerd met betrekking tot taakverdeling, registratie, onderzoek en opleiding, mede gebaseerd op bovengenoemd rapport. Inmiddels is er een landelijke notitie over de taakverdeling tussen onder andere de ggd en de moa, waarbij de moa een signalerings- en toeleidingstaak krijgt en de ggd en reguliere hulpverleners een uitvoerende taak. De notitie laat echter veel ruimte voor lokale afspraken, waardoor uniformiteit tussen de centra moeilijk te realiseren is.

Op advies van de Gezondheidsraad is uiteindelijk de vaccinatie van hepatitis-B voor allochtone zuigelingen geregeld en mogen ook risicogroepen onder volwassen asielzoekers worden gevaccineerd.

Vooralsnog blijven beleid en initiatieven voor de soa-bestrijding bij asielzoekers gebaseerd op verwachtingen en waarschijnlijkheden, omdat er geen gegevens zijn. Daardoor kan bestaand beleid niet worden geëvalueerd. Het is dan ook hard nodig om te werken aan de registratie van soa bij asielzoekers, de protocollering van soa-onderzoek na risicogedrag, actief testbeleid op behandelbare soa en deskundigheidbevordering. Maar of dit streven hoog op de prioriteitenlijst komt bij de huidige krimp en de organisatorische problemen bij de moa, is de vraag.

Verdere informatie is verkrijgbaar bij de Stichting soa-bestrijding, Postbus 8189, 3503 rd Utrecht, telefoon 030 234 37 00.

Soa en hiv in de wereld

Soa Wereldwijd lijden 116,5 miljoen mensen aan één van de vier belangrijkste soa: syfilis, gonorrhoe, chlamydia en trichomonas.

In 1999 schatte de World Health Organization (WHO) het aantal nieuwe soa-gevallen op 340 miljoen bij mannen en vrouwen tussen de 15 en 49 jaar, waarvan 151 miljoen in Zuid- en Zuidoost-Azië, 69 miljoen in Afrika ten zuiden van de Sahara en 38 miljoen in Latijns Amerika met het Caribisch gebied. Het hoogste aantal nieuwe gevallen per 1000 inwoners kwam voor in Afrika ten zuiden van de Sahara. Wereldwijd horen soa bij de top tien van ziekteoorzaken. In ontwikkelingslanden staan soa in de top vijf van redenen waarom mensen medische hulp zoeken.

Hiv De who en unaids (de aids-organisatie van de Verenigde Naties) schatten het aantal mensen dat besmet is met hiv eind 2002 op 42 miljoen, waarvan 38,6 miljoen volwassenen en 3,2 miljoen kinderen onder de 15 jaar. De epidemie breidt zich snel uit in de Baltische Staten, de Russische federatie en verscheidene landen in Centraal Azië. Hiv staat op de derde plaats als oorzaak voor ziektelast en op de tweede plaats als doodsoorzaak.