



# Dermatosen in het AZC

L.M. van Dijk

**Asielzoekers zijn mensen die om uiteenlopende redenen asiel aanvragen in Nederland omdat zij zich gedwongen voelden hun eigen land te ontvluchten. Zij komen uit alle windstreken en vormen bovenal een zeer diverse groep. De medische zorg voor deze populatie kan artsen soms voor uitdagingen stellen. Zij hebben immers recht op dezelfde kwaliteit van zorg als andere patiënten, maar hun achtergrond en hun levenssituatie kunnen maken dat de 'gewone aanpak' niet werkt. Deze uitdagingen kunnen onder andere van logistieke of sociale aard zijn, maar zeker ook medisch inhoudelijk. Want ook bij deze patiënten begint een goed beleid uiteraard met het stellen van de juiste diagnose. Toch kan juist daar een adder onder het gras zitten, als men de context van de patiënt niet goed meeneemt. Ik wil een korte handreiking bieden om die context beter in beeld te brengen. Zodat een dermatoloog bij deze populatie ook de kwaliteit van zorg kan bereiken die hij wil bieden.**

Allereerst zijn er soms logistieke uitdagingen waardoor men het beleid moet aanpassen of extra moet toelichten. Iemand die op een AZC woont is voor het gebruik van voorzieningen afhankelijk van de locatie waar hij/zij woont. Dit kan lastig zijn bij bijvoorbeeld het uitvoeren van hygiëne maatregelen die nodig zijn bij de behandeling van scabiës. Een andere logistieke uitdaging kan zijn dat de patiënt tijdens het behandeltraject wordt overgeplaatst naar een andere locatie ergens in het land. Hierdoor wordt de zorg vaak (al dan niet tijdelijk) onderbroken en een volgende collega kan dan kiezen om het eerdere beleid op te volgen of opnieuw vorm te geven. Sociaal gezien zijn er ook aspecten waar men zich van bewust moet zijn. Vaak delen mensen bijvoorbeeld een kamer met mensen die niet hun familie zijn. Dit kan in de behandeling een barrière opleveren omdat mensen zich ongemakkelijk voelen om van hun kamergenoten te vragen ook hygiëne maatregelen te nemen. Ook zijn er nog steeds aandoeningen die bij patiënten schaamte oproepen, waardoor zij bijvoorbeeld hun medicatie verstoppen en deze niet durven innemen in aanwezigheid van kamergenoten. Daardoor kan de behandeling niet het verwachte effect hebben. Door te informeren naar obstakels bij het uitvoeren van uw beleid kan men een beleid opstellen dat wel haalbaar is voor deze patiënt.

Naast logistieke en sociale uitdagingen zijn er ook medisch inhoudelijke uitdagingen. Die zijn onder te verdelen in 'voorgeschiedenis' en 'huidige problematiek'. Bij veel mensen die asiel zoeken in ons land is (veel van) hun medische voorgeschiedenis onbekend. Iedereen die in Nederland binnenkomt als asielzoeker krijgt een medische intake, maar vaak, net als in de Nederlandse populatie, weten mensen niet precies wat hun voorgeschiedenis is. Diagnoses moeten soms worden afgeleid van de doosjes medicatie die iemand bij zich heeft. Daarbij komt dat de zorg die iemand voor dat probleem eerder heeft gekregen wel eens onvoldoende was. Diagnoses kunnen niet kloppen of de ingestelde therapie kan onvolledig zijn. Dat



*Gezondheidszorg Asielzoekers (GZA) heeft op vrijwel elke COA opvanglocatie een gezondheidscentrum waar de asielzoeker terecht kan voor een afspraak met een zorgprofessional. Foto: © GZA*

kan in het land van herkomst zijn gebeurd, maar ook in een van de (Europese) doorreislanden. Hiermee krijgen diagnoses in de voorgeschiedenis van de patiënt een bepaalde mate van onzekerheid. De voorgeschiedenis zelf kan de arts en dermatoloog onzeker maken, simpelweg omdat deze niet bekend is met de genoemde diagnoses. Laat staan door de impact hiervan voor het beleid. Hierdoor kan een interpretatie van een 'voorgeschiedenis' en de daaruit voortvloeiende keuze voor de behandeling soms lastig zijn. Dit maakt dat iedere zorgverlener een zekere mate van onzekerheid moet accepteren in de besluitvorming met de patiënt.

De huidige problematiek waarvoor hulp wordt gezocht kan echter ook uitdagend, en vakinhoudelijk interessant, zijn. Als asielzoekers zich met een klacht presenteren heb je namelijk te maken met een uitgebreidere differentiaal diagnose. Deze omvat zowel de aandoeningen die in Nederland voorkomen

Huisarts en voormalig tropenarts werkzaam in de asielzoekerszorg

als de endemische aandoeningen uit het land van herkomst én de doorreislanden. Denk bijvoorbeeld aan eczeem, een schimmel of misschien sarcoidose, terwijl het eigenlijk een cutane leishmaniasis betreft. Of men wordt bij een lymfoedeem geroepen waarbij sprake is van lymfatische filariasis. Een ander aspect om rekening mee te houden bij het opstellen van de differentiaal diagnose is dat in veel landen die in crisis verkeren de vaccinatiezorg niet beschikbaar kan zijn geweest. Zo kunnen aandoeningen die men onwaarschijnlijk acht toch een weg naar de spreekkamer vinden. Maar ook de veel vaker voorkomende huidafwijkingen als eczeem, psoriasis of acne kunnen uitdagend zijn als de arts relatief onbekend is met hoe deze er op een donker(der)e huid eruitzien. Tenslotte zijn er, naast de medisch inhoudelijke hobbels, ook nog culturele verschillen in het denken over gezondheid en internationale verschillen van hoe gezondheidszorgsystemen worden ingericht. Een simpele vraag naar 'Hoe zou dit in uw

land worden aangepakt, denkt u?' kan onuitgesproken verwachtingen ophelderen.

Het is goed zich bewust te zijn van deze verschillen en de gelaagdheid die dit aan een consult met een asielzoeker kan geven. Zo wordt de kwaliteit van de zorg hoger en het plezier in deze consulten groter. Ik zal in mijn presentatie enkele van deze thema's kort bespreken aan de hand van casuïstiek vanuit mijn werk als huisarts in de asielzoekerszorg, maar ook putten vanuit mijn ervaring als tropenarts in Oeganda.

---

#### CORRESPONDENTIEADRES

Lotte van Dijk

**E-mail:** [lvandijk@gzasielzoekers.nl](mailto:lvandijk@gzasielzoekers.nl)