

Postprint Version	1.0
Journal website	<a href="http://www.ntvg.nl/publicatie/gezondheid-en-zorggebruik-van-vluchtelingen">http://www.ntvg.nl/publicatie/gezondheid-en-zorggebruik-van-vluchtelingen</a>
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

## Gezondheid en zorggebruik van vluchtelingen: Vervolgonderzoek onder mensen met een verblijfsvergunning in Nederland

MAJDA LAMKADDEM KARIEN STRONKS ANNETTE A.M. GERRITSEN WALTER L.J.M.  
DEVILLÉ EN MARIE-LOUISE ESSINK-BOT

Academisch Medisch Centrum-Universiteit van Amsterdam, afd. Sociale Geneeskunde, Amsterdam. Drs. M. Lamkaddem, socioloog-onderzoeker; prof.dr. K. Stronks, epidemioloog; dr. M.L. Essink-Bot, arts maatschappij en gezondheid-epidemioloog. Epi Results, Louis Trichardt, Zuid-Afrika. Dr. A.A.M. Gerritsen, epidemioloog. Universiteit van Amsterdam, afd. Medische Antropologie en Sociologie, Amsterdam. Prof.dr. W.L.J.M. Devillé, arts-epidemioloog (tevens: NIVEL, Utrecht; Pharos, Utrecht).

Doel : Onderzoeken van de veranderingen in de gezondheid en het zorggebruik van vluchtelingen na het verkrijgen van een verblijfsvergunning.

Opzet : Prospectieve cohortstudie.

Methode : De 1e meting van het onderzoek 'Gevlucht – gezond?' vond plaats in 2003-2004 bij 410 asielzoekers en mensen met een verblijfsvergunning uit Afghanistan, Iran en Somalië. Van deze groep interviewden we 172 personen in de periode 1 juni 2010-1 juli 2011 opnieuw. Tijdens deze 2e meting hadden alle respondenten een verblijfsvergunning: 104 hadden ook al een vergunning tijdens de 1e meting en 68 kregen er een in de tussenliggende periode. We analyseerden de veranderingen in gezondheid en zorggebruik voor dit 2e cohort en maakten daarbij onderscheid tussen langdurige en recente verblijfsvergunninghouders.

Resultaten : Bij langdurige vergunninghouders steeg de prevalentie van zelfgerapporteerde diabetes mellitus van 8 naar 21%, en van hypertensie van 13 naar 24 %. Bij recente vergunninghouders daalde het aantal chronische aandoeningen; ze rapporteerden gemiddeld 3,0 chronische aandoeningen (0,7 minder dan tijdens de 1e meting). Hoewel bij deze groep de prevalentie van mentale problemen ook afnam, beleef deze hoog: 16% had een posttraumatische stressstoornis en 40% had angst of depressie. Overgewicht en obesitas kwamen veel voor. Het aantal contacten met verschillende zorgverleners, onder wie huisartsen, steeg tussen beide metingen, voornamelijk voor de groep recente vergunninghouders.

Conclusie: Vluchtelingen blijven psychische klachten houden, ook in de jaren na het verkrijgen van een verblijfsvergunning, en vormen een hoogrisicogroep

voor het ontwikkelen van een posttraumatische stressstoornis. Mogelijk zijn vluchtelingen, met name ouderen, ook een hoogrisicogroep voor het ontwikkelen van hart- en vaatziekten. Daarom is continue aandacht voor het psychosociaal welbevinden van vluchtelingen en nader onderzoek naar hun cardiovasculaire risicoprofiel nodig.

Hoe is het met de gezondheid van vluchtelingen in Nederland? Op 1 januari 2011 woonden er in Nederland ruim 23 duizend mensen die oorspronkelijk afkomstig waren uit Somalië, ruim 26 duizend uit Iran en bijna 32 duizend uit Afghanistan (bron: CBS, <http://statline.cbs.nl>). Samen met Irakezen vormen zij de grootste groep vluchtelingen in Nederland. De meesten zijn als asielzoeker naar Nederland gekomen. Vanaf het moment dat ze een verblijfsvergunning krijgen, worden ze 'verblijfsvergunninghouders' genoemd, om hen te onderscheiden van diegenen die nog geen verblijfsvergunning hebben.

Een eerder onderzoek in 2003-2004 gaf aanwijzingen voor een slechte gezondheidstoestand van asielzoekers en houders van een verblijfsvergunning uit Somalië, Iran en Afghanistan. Ongeveer 50% ervoer hun gezondheid als slecht, en de prevalentie van symptomen van angst en depressie (56%) en van een posttraumatische stressstoornis (PTSS) (21%) was hoog.<sup>1</sup> Over dit onderzoek rapporteerden wij eerder in het NTvG.<sup>2</sup>

In dit artikel bespreken we de resultaten van een vervolgonderzoek uitgevoerd bij dezelfde groep. Hierbij beantwoorden we de volgende vragen: (a) Hoe ontwikkelt de gezondheidstoestand van asielzoekers zich na het verkrijgen van een verblijfsvergunning? Over deze ontwikkeling is tot nu toe weinig bekend en onderzoek op dit gebied is schaars in Nederland. (b) Hoe ontwikkelt het zorggebruik van deze nieuwe verblijfsvergunninghouders zich? Deze 2e vraag is van belang omdat voormalige asielzoekers onder het reguliere gezondheidszorgsysteem van de gemeente vallen waar zij zich vestigen, terwijl de zorg in het asielzoekerscentrum anders georganiseerd was. Een subvraag hierbij was: kunnen ze hun weg in de Nederlandse gezondheidszorg vinden?

## METHODE

Het onderzoek 'Gevlucht – gezond?' is een prospectieve cohortstudie. De eerdere rapportage was gebaseerd op de 1e meting, uitgevoerd in de periode 1 juni 2003-30 maart 2004.<sup>2</sup> In de periode 1 juni 2010-1 juli 2011 deden wij een 2e meting bij hetzelfde cohort.

## ONDERZOEKSGROEP

Voor de onderzoeksopzet van de 1e meting verwijzen wij naar eerdere publicaties.<sup>2,3</sup> Toen werden 410 mensen van 18 jaar of ouder uit Somalië, Iran en Afghanistan geïnterviewd over hun gezondheid en zorggebruik: dit waren 232 asielzoekers en 178 verblijfsvergunninghouders. Voor de 2e meting probeerden we deze 410 deelnemers te benaderen. Van hen hadden 128 geen bekend adres in Nederland: bij 65 vluchtelingen was hun asielaanvraag afgewezen, 4 waren inmiddels overleden en van 59 konden we geen geldig adres achterhalen. Van de 282 mensen met een bekend adres interviewden we 172 opnieuw (respons: 61%). Van de mensen die deelnamen aan de 1e meting deed 42% ook mee aan de 2e meting. De belangrijkste redenen om

niet deel te nemen aan de 2e meting waren onbereikbaarheid (43% van de niet-respondenten) en weigering (30%). Van de 172 respondenten hadden 104 al een verblijfsvergunning ten tijde van de 1e meting ('langdurige vergunninghouders') en 68 hadden deze gekregen in de periode tussen de 2 metingen ('recente vergunninghouders'). Tijdens beide metingen werd een vragenlijst afgenomen tijdens een interview in een taal naar keuze van de respondent (Nederlands, Dari, Pasjtoe, Farsi of Somalisch). Interviewers werden gematcht met de respondent op geslacht en land van herkomst.

### MEETINSTRUMENTEN

Om de 1e en 2e meting goed te kunnen vergelijken gebruikten we grotendeels dezelfde meetinstrumenten.<sup>3</sup> We maten de ervaren gezondheid met het 1e item van de '36-item short-form health survey' (SF-36),<sup>4</sup> en de aanwezigheid van chronische aandoeningen met een lijst van het Centraal Bureau voor de Statistiek.<sup>5</sup> Voor 19 aandoeningen gaven respondenten aan of zij deze in de afgelopen 12 maanden hadden gehad.

We gebruikten de 'Harvard trauma questionnaire' (HTQ) om symptomen van PTSS in de voorafgaande week te meten (1 = 'helemaal geen last' tot 4 = 'zeer veel last').<sup>6</sup> Een gemiddelde itemscore van  $\geq 2,5$  op de 16 items is indicatief voor de diagnose 'PTSS'; deze items zijn afgeleid van de DSM-IV-criteria.

De 'Hopkins symptom checklist' (HSCL-25) werd gebruikt om het aantal en de ernst van symptomen van angst en depressie in de voorafgaande week te meten.<sup>7</sup> De antwoordmogelijkheden zijn vergelijkbaar met die van de HTQ. Als afkappunt hanteerden we een gemiddelde itemscore van  $> 1,75$ .<sup>7</sup>

We inventariseerden het zorggebruik door de respondenten te vragen of zij in de afgelopen 2 maanden contact hadden gehad met specifieke zorgverleners, onder andere de huisarts, medisch specialist, fysiotherapeut en tandarts. Ook brachten we de ervaringen met de reguliere zorg in kaart, evenals het gebruik van alternatieven voor de reguliere zorg, zoals zorg in het buitenland. In het interview van de 2e meting werden daarom enkele nieuwe vragen opgenomen, met name over vertrouwen in de Nederlandse gezondheidszorg, zorggebruik in het buitenland, ervaringen met de Nederlandse zorg, financiële toegankelijkheid en taalbarrières. We verzamelden ook sociaal-demografische gegevens (land van herkomst, geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, opleidingsniveau) en informatie over leefstijl (lengte, gewicht, bewegingspatroon, alcoholgebruik, roken).

### STATISTISCHE ANALYSE

We vergeleken de gegevens van de 2 metingen. De gegevens van deelnemers die alleen aan de 1e meting meededen, werden niet meegenomen in deze analyses. Voor de gepaarde metingen gebruikten we parametrische en niet-parametrische toetsen. De analyses werden uitgevoerd met SPSS 19.0 (SPSS Inc., Chicago, VS) voor Windows.

### RESULTATEN

#### **Kenmerken van de onderzoeksgroep**

De sociaal-demografische kenmerken van de 172 respondenten die deelnamen aan beide metingen staan in tabel 1. Deze 172 respondenten verschilden niet van de

initiële groep van 410 deelnemers aan de 1e meting wat betreft leeftijd ten tijde van de 1e meting, geslacht, opleidingsniveau en burgerlijke staat. Ze verschilden ook niet qua ervaren gezondheid, aantal chronische aandoeningen of aanwezigheid van angst, depressie of PTSS tijdens de 1e meting. In de groep van 410 deelnemers waren er verhoudingsgewijs minder Iraniërs en Afghanen dan Somaliërs.

**[TABEL 1]**

**Gezondheid en leefstijl**

In tabel 2 staan de veranderingen in ervaren gezondheid, aantal chronische aandoeningen, mentale gezondheid en leefstijlfactoren die langdurige en recente vergunninghouders rapporteerden. Er waren 68 recente vergunninghouders (gemiddelde leeftijd: 41 jaar) en 104 langdurige vergunninghouders (gemiddelde leeftijd: 48 jaar). De ervaren gezondheid van langdurige vergunninghouders verslechterde tussen beide metingen, terwijl die van recente vergunninghouders verbeterde. Het gemiddelde aantal gerapporteerde chronische aandoeningen was niet significant veranderd voor langdurige vergunninghouders. Recente vergunninghouders rapporteerden significant minder chronische aandoeningen bij de 2e meting dan bij de 1e. Bij beide groepen zagen we een toename in de prevalentie van zelfgerapporteerde hypertensie en van diabetes mellitus. Bij de recente vergunninghouders viel een afname van gebitsproblemen op.

**[TABEL 2]**

De indicatoren voor psychische gezondheid lieten een verbetering zien; dit was alleen significant voor recente vergunninghouders. Voor beide groepen bleef de prevalentie van symptomen van angst, depressie en PTSS echter hoog. Leefstijlgegevens wezen op een toename van de prevalentie van overgewicht en obesitas. Bij de recente vergunninghouders was het bewegingspatroon bij de 2e meting significant verslechterd.

**ZORGGEBRUIK EN ERVARINGEN MET DE ZORG**

De gerapporteerde veranderingen in het aantal contacten met zorgverleners zijn samengevat in tabel 3. Het aantal contacten met de huisarts nam significant toe, zowel voor recente als langdurige vergunninghouders. Bij recente vergunninghouders zagen we ook een significante toename van het aantal contacten met de tandarts en de fysiotherapeut.

**[TABEL 3]**

Vergeleken met de zorg die ze tijdens de asielprocedure ontvingen, vonden de meeste respondenten de reguliere medische zorg in de periode erna beter (45%) of vergelijkbaar (24%); 58% van de recente vergunninghouders vond de zorg beter. Medewerkers van het asielzoekerscentrum en van organisaties van en voor vluchtelingen werden genoemd als de belangrijkste informatiebronnen over het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Het gerapporteerde vertrouwen in de Nederlandse zorg was hoog, en voor alle herkomstgroepen was dit hoger dan het vertrouwen in de zorg in het land van herkomst. Het verschil in vertrouwen in de zorg tussen het land van herkomst en Nederland was het kleinst voor de Iraanse groep.

Wanneer we vroegen naar barrières voor zorggebruik gaf 15% van de respondenten aan in 2009 van enig zorggebruik te hebben afgezien vanwege financiële belemmeringen. Een taalbarrière was voor ongeveer een derde van de respondenten een probleem in de zorg. Taal was geen probleem voor de helft van de respondenten omdat zij zelf het Nederlands voldoende machtig waren, en voor 7% van de respondenten omdat de huisarts een taal sprak die de patiënt ook sprak. 20% van de respondenten nam zelf iemand mee die als tolk fungeerde, meestal een zoon of dochter. Bij slechts 3% van de vluchtelingen schakelde de huisarts zelf een tolk in. We keken ook naar het gebruik van zorg waarvoor deze taalbarrière vermoedelijk minder zou spelen, door te vragen naar het gebruik van zorg in het buitenland of van zorg door een buitenlandse zorgverlener in Nederland. Bij de 2e meting rapporteerde 15% van de respondenten in Nederland contact te hebben gehad met een arts of zorgverlener uit het land van herkomst, en 10% had contact gehad met een arts of zorgverlener in het buitenland.

### **BESCHOUWING**

We vonden aanwijzingen voor een verslechtering van de gezondheid van langdurige vergunninghouders, wat mogelijk samenhangt met de veroudering van deze groep. Oriënterende analyses van het gerapporteerde zorggebruik lieten vooral een toename van het aantal zorgcontacten zien. Voor recente vergunninghouders, die gemiddeld 7 jaar jonger waren dan de langdurige vergunninghouders, verbeterde de ervaren gezondheid juist. Dit verschil tussen recente en langdurige vergunninghouders wijst op de gunstige effecten van het verkrijgen van een verblijfsvergunning op de gezondheid. Dit is ook de conclusie van een andere publicatie over het effect van de verandering in leefomstandigheden die gepaard gaat met het verkrijgen van een verblijfsvergunning op de lichamelijke en psychische gezondheid van voormalige asielzoekers (Lamkaddem M, schriftelijke mededeling 1, 2013).

### **LICHAMELIJKE GEZONDHEID**

De bestaande literatuur over de gezondheid van vluchtelingen legt vooral de nadruk op de psychische problemen.<sup>8,9</sup> In dat licht is de gevonden toename in de zelfgerapporteerde prevalentie van hypertensie en van diabetes mellitus opvallend. Veroudering van de groep zou deze toename kunnen verklaren, maar andere factoren zoals leefstijl en genetische predispositie kunnen hierin ook een rol spelen. De prevalentie van diabetes mellitus in de algemene populatie wordt geschat op 2,6%, en voor de leeftijdscategorie 45-65 jaar op 4%.<sup>10</sup> Voor langdurige vergunninghouders in dit onderzoek was de prevalentie zelfs 21%. We hopen deze toenames in prevalentie verder te kunnen toetsen en te interpreteren door nader onderzoek van gegevens uit de medische dossiers van de deelnemers aan de 2e meting.

We vonden ook aanwijzingen voor een verslechtering van leefstijlparameters, zoals BMI en bewegingspatroon, tussen de 2 metingen. Samen met de gevonden toename van de prevalentie van hypertensie en van diabetes mellitus roept dit de vraag op of vluchtelingen uit deze groepen mogelijk een hoogrisicogroep zijn voor de ontwikkeling van hart- en vaatziekten. Hiervoor is nader onderzoek nodig.

### **PSYCHISCHE GEZONDHEID**

Hoewel de prevalentie van psychische problemen daalde na het verkrijgen van een verblijfsvergunning, bleef deze hoog: 16% van de respondenten die recent een verblijfsvergunning hadden gekregen had bijvoorbeeld een score boven het afkappunt van symptomatische posttraumatische stressstoornis op de 'Harvard trauma questionnaire'. Ter vergelijking: de 'lifetime'-prevalentie van symptomatische PTSS in de algemene Nederlandse bevolking wordt geschat op 7,4%.<sup>11</sup> Vluchtelingen zijn een hoogrisicogroep voor het ontwikkelen van PTSS door de meegemaakte traumatische ervaringen vóór en tijdens de vlucht. Waarom psychosociale problemen ook meerdere jaren na de vlucht aanhouden moet nader onderzocht worden. Mogelijk maken vluchtelingen minder gebruik van geestelijke gezondheidszorg of is er een lagere effectiviteit van onze psychiatrische zorg bij deze specifieke patiëntengroep (Lamkaddem M, schriftelijke mededeling 2, 2013).

### **ZORGGEBRUIK**

Het aantal zorgcontacten nam toe tussen beide metingen. De leeftijd van de onderzoeksgroep was uiteraard gestegen en langdurige vergunninghouders rapporteerden een slechtere ervaren gezondheid dan tijdens van de 1e meting. Voor de recente vergunninghouders waren er veranderingen in het zorgsysteem opgetreden tussen beide metingen. Tijdens de 1e meting moesten asielzoekers via een verpleegkundige contact met de huisarts opnemen. Tijdens de 2e meting konden ze rechtstreeks bij de huisarts terecht, net als de langdurige vergunninghouders. Voor asielzoekers was alleen tandheelkundige noodhulp toegankelijk tijdens de 1e meting. In hoeverre deze factoren invloed hebben gehad op de veranderingen in het zorggebruik, en vooral in welke mate het zorggebruik verschilt van de algemene populatie, kan op basis van dit onderzoek niet beantwoord worden. Om te achterhalen of deze ontwikkelingen in het zorggebruik van vluchtelingen passen bij hun zorgbehoefte is verder onderzoek nodig.

Dat volgens respondenten slechts 3% van de huisartsen bij een taalbarrière een tolk gebruikte is opmerkelijk. Volgens de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) is het de verantwoordelijkheid van de zorgverlener – en niet van de patiënt – om de patiënt te informeren 'in een vorm die voor de patiënt begrijpelijk is'. Effectieve communicatie is een essentiële voorwaarde voor goede zorg. Dit geldt misschien nog sterker bij psychische aandoeningen,<sup>12</sup> die onder vluchtelingen vaak voorkomen. Een ander onderzoek liet ook zien dat tolkdiensten weinig gebruikt worden.<sup>13</sup> Het gunstige effect van formele tolkdiensten op de kwaliteit van zorg is aangetoond in een review.<sup>14</sup>

### **STERKE EN ZWAKKE PUNTEN**

Sterke punten van dit onderzoek waren de longitudinale opzet, het gebruik van gestandaardiseerde gevalideerde meetinstrumenten en de diversiteitssensitieve uitvoering (formele vertaling van de vragenlijst, getrainde interviewers voor de eigen taal, matching op herkomstgroep). Het onderzoek kent echter ook beperkingen, waaronder de respons op de 2e meting. Ondanks maximale inspanningen was dit slechts 60%. De gevolgen van deze lage respons waren beperkt, omdat we gepaarde metingen gebruikten. Een andere beperking is het ontbreken van 'objectieve' parameters voor ziekte en zorggebruik, omdat we zelfrapportage gebruikten.

## CONCLUSIE

Vluchtelingen blijven psychische klachten houden en vormen een hoogrisicogroep voor het ontwikkelen van een posttraumatische stressstoornis. Het is dus belangrijk het psychosociaal welbevinden van vluchtelingen continu in de gaten te houden, ook in de jaren na het verkrijgen van een verblijfsvergunning. Mogelijk zijn vluchtelingen, met name ouderen, ook een hoogrisicogroep voor het ontwikkelen van hart- en vaatziekten. Het cardiovasculaire risicoprofiel van deze groep zou daarom nader onderzocht moeten worden.

## LITERATUUR

- Gerritsen AA, Bramsen I, Devillé W, van Willigen LH, Hovens JE, van der Ploeg HM. Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41:18-26 Medline. doi:10.1007/s00127-005-0003-5
- Gerritsen AAM, Devillé W, van der Linden FAH, et al. Psychische en lichamelijke gezondheidsproblemen van en gebruik van zorg door Afghaanse, Iraanse en Somalische asielzoekers en vluchtelingen. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2006;150:1983-9 Medline.
- Gerritsen AA, Bramsen I, Devillé W, van Willigen LH, Hovens JE, van der Ploeg HM. Health and health care utilisation among asylum seekers and refugees in the Netherlands: design of a study. *BMC Public Health*. 2004;4:7 Medline. doi:10.1186/1471-2458-4-7
- Aaronson NK, Muller M, Cohen PD, et al. Translation, validation, and norming of the Dutch language version of the SF-36 Health Survey in community and chronic disease populations. *J Clin Epidemiol*. 1998;51:1055-68 Medline. doi:10.1016/S0895-4356(98)00097-3
- Permanent onderzoek leefsituatie (POLS). Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2002.
- Mollica RF, Caspi-Yavin Y, Lavelle J, et al. Harvard trauma questionnaire (HTQ): manual Cambodian, Laotian and Vietnamese versions. *Torture*. 1996;6(Suppl 1):19-33.
- Mollica RF, Wyshak G, de Marneffe D, et al. Hopkins symptoms checklist 25 (HSCL-25): manual Cambodian, Laotian and Vietnamese versions. *Torture*. 1996;6(Suppl 1):35-42.
- Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 2005;365:1309-14 Medline. doi:10.1016/S0140-6736(05)61027-6
- Laban CJ, Gernaat HB, Komproe IH, Schreuders BA, De Jong JT. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *J Nerv Ment Dis*. 2004;192:843-51 Medline. doi:10.1097/01.nmd.0000146739.26187.15
- Schellevis FG, Westert GP, De Bakker DH, Groenewegen PP, Van der Zee J, Bensing JM. De tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: aanleiding en methoden. *Huisarts Wet*. 2003;46:7-12. doi:10.1007/BF03083612
- De Vries GJ, Olf M. The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *J Trauma Stress*. 2009;22:259-67 Medline. doi:10.1002/jts.20429
- Bot H. *Dialogue interpreting in mental health*. Amsterdam: Rodopi Publishers; 2005.
- Meeuwesen L, Harmsen H, Sbiti A. *Als je niet begrijpt wat ik bedoel. Tolken in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Mikado; 2011.
- Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res*. 2007;42:727-54 Medline. doi:10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x

## TABELLEN

**TABEL 1** Sociaal-demografische kenmerken van 172 vluchtelingen die deelnamen aan de 1e (2003-2004) en de 2e meting (2010-2011) van het onderzoek 'Gevlucht – gezond?''\*

kenmerken	2003-2004	2010-2011
land van herkomst		
Afghanistan	82 (48)	82 (48)
Iran	63 (37)	63 (37)
Somalië	27 (16)	27 (16)
leeftijd in jaren; gemiddelde (SD)	39,1 (13,1)	45,6 (13,1)
verblijfsstatus		
vergunninghouder	104 (60)	172 (100)
asielzoeker	68 (40)	0
verblijfsduur in Nederland in jaren; gemiddelde (SD)	6,9 (4,5)	13,9 (4,5)
geslacht		
♂	84 (49)	84 (49)
opleidingsniveau†		
geen school, religieuze school of basisschool	35 (20)	32 (19)
middelbare school	62 (36)	40 (24)
beroepsonderwijs of universiteit	75 (44)	97 (57)
burgerlijke staat‡		
gescheiden	20 (12)	28 (17)
nooit getrouwd	34 (20)	19 (12)
getrouwd of samenwonend	111 (65)	104 (64)
weduwe of weduwnaar	7 (4)	11 (7)
Nederlandse taalvaardigheid: goed of voldoende§		
verstaan	96 (56)	112 (67)
spreken	86 (50)	107 (64)
lezen	93 (54)	108 (65)
schrijven	79 (46)	92 (55)

\* De weergegeven getallen zijn aantallen (%) respondenten, tenzij anders is aangegeven. De totale aantallen zijn gelijk aan 172, tenzij anders aangegeven.

† Bij de 2e meting was het opleidingsniveau bekend van 169 vluchtelingen.

‡ Bij de 2e meting was de burgerlijke staat bekend van 162 vluchtelingen.

§ Bij de 2e meting was de Nederlandse taalvaardigheid bekend van 167 vluchtelingen.



**TABEL 2** Veranderingen in ervaren gezondheid, chronische aandoeningen, mentale gezondheid en leefstijlfactoren van langdurige en recente vergunninghouders\*

kenmerken	langdurige vergunninghouders (n = 104)			recente vergunninghouders (n = 68)		
	2003-2004	2010-2011	verandering†	2003-2004	2010-2011	verandering†
score ervaren gezondheid; gemiddelde (SD)‡	2,93 (1,2)	2,59 (1,1)	–	2,49 (1,2)	2,82 (1,1)	+
aantal chronische aandoeningen; gemiddelde (SD)	3,4 (2,8)	3,7 (3,3)	0	3,7 (2,2)	3,0 (2,5)	+
diabetes mellitus	8 (8)	22 (21)	–	3 (4)	6 (9)	–
hypertensie	13 (13)	24 (24)	–	3 (4)	7 (10)	–
migraine of ernstige hoofdpijn	26 (25)	22 (22)	0	30 (45)	21 (31)	+
ernstige rugaandoening	29 (28)	32 (32)	0	22 (32)	15 (22)	+
gebitsproblemen	36 (35)	32 (31)	0	38 (56)	22 (33)	+
mentale gezondheid						
angst of depressie	42 (40)	33 (32)	0	40 (59)	27 (40)	+
PTSS	9 (9)	15 (14)	0	19 (28)	11 (16)	+
leefstijlfactoren						
BMI ≥ 25	51 (49)	63 (62)	–	30 (44)	38 (60)	–
BMI ≥ 30	9 (9)	17 (17)	–	5 (8)	6 (9)	0
roken	30 (29)	31 (31)	0	19 (28)	13 (20)	0
bewegen in aantal dagen/week; gemiddelde (SD)	4,4 (2,5)	4,0 (2,7)	0	4,4 (2,6)	2,9 (2,5)	–

PTSS = posttraumatische stressstoornis.

\* De weergegeven getallen zijn aantallen (%) respondenten, tenzij anders is aangegeven.

† Interpretatie van de verandering tussen de 2 metingen: + betekent een significante gezondheidsverbetering, – betekent een significante gezondheidsverslechtering, 0 betekent geen significante verbetering of verslechtering.

‡ Ervaren gezondheid werd gemeten met het 1e item van de '36-item short-form health survey' (SF-36), score loopt van 1 ('slecht') tot 5 ('uitstekend').

**TABEL 3** Veranderingen in zelfgerapporteerd zorggebruik van langdurige en recente vergunninghouders

aantal contacten met zorgverlener; gemiddelde*	langdurige vergunninghouders (n = 104)			recente vergunninghouders (n = 68)		
	2003-2004	2010-2011	verandering†	2003-2004	2010-2011	verandering†
huisarts	0,94	1,50	+	0,83	1,70	+
medisch specialist	0,30	0,43	0	0,44	0,64	0
fysiotherapeut	0,55	0,75	0	0,18	0,69	+
tandarts	0,39	0,58	0	0,36	0,72	+

\* Contacten vonden plaats in 2 maanden vóór het interview.

† Interpretatie van de verandering tussen de 2 metingen: + betekent een significante toename, 0 betekent geen significante af- of toename.

#### LEERPUNTEN

- De prevalentie van zelfgerapporteerde diabetes mellitus en van hypertensie neemt toe onder vluchtelingen die in Nederland verblijven. Ook blijven ze psychische problemen houden.
- Vluchtelingen die recent een verblijfsvergunning kregen rapporteren een betere ervaren gezondheid.
- Het zorggebruik neemt toe onder vluchtelingen, vooral na het verkrijgen van een verblijfsvergunning.
- De kwaliteit van de Nederlandse medische zorg wordt in de periode na de asielprocedure als beter ervaren dan ervoor.