

Veilig in Nederland, en dan...?

Gezondheidszorg voor vluchtelingen

Drs. E. Bloemen, arts, adviseur/trainer bij Pharos, Expertisecentrum Gezondheidsverschillen, Utrecht

De afgelopen jaren kwamen veel asielzoekers naar Nederland. De meeste (70%) verwierven een verblijfsvergunning en kregen als erkende vluchteling of statushouder een huis. Voor zorg kunnen zij gebruik maken van de reguliere voorzieningen in de gemeente. Wat weten we over de gezondheid van deze groep en wat is er aan zorg nodig in een gemeente? Een vervolg op het in 2016 in dit blad verschenen artikel 'Gezondheidszorg voor asielzoekers'.

Inleiding

Asielzoekers komen uit meer dan honderd landen – uit landen waar oorlog is, zoals Syrië, maar ook uit landen waar een instabiele situatie bestaat, zoals Irak, Afghanistan of Soedan, of waar een onderdrukkend regime heerst, zoals Eritrea, Iran of Ethiopië. Het grootste deel van de asielzoekers (7 op de 10) is man; een kwart is jonger dan 18 jaar.²

In 2015 kreeg 70% van de asielzoekers een verblijfsvergunning.³ Als het verzoek om asiel van een asielzoeker wordt erkend krijgt hij een verblijfsvergunning en wordt dan ook wel statushouder genoemd. Een statushouder vertrekt dan uit het asielzoekerscentrum en krijgt een eigen woning in een gemeente.

In 2015 kwamen er een groot aantal asielzoekers naar Nederland, bijna 60.000. Een dergelijk aantal was er lang niet geweest. In 2016 werd dit gevolgd door een flinke afname naar ruim 30.000. Een derde hiervan betreft familieleden die zich op basis van gezinshereniging bij de statushouder mogen voegen, de gezinsherenigers. De gemeenten en de samenleving staan voor de taak om deze grote aantallen statushouders te huisvesten. In 2016 kregen 40.000 statushouders een woning.⁴ In 2017 moeten gemeenten voor 19.000 statushouders een woning zoeken.

Naast de inzet op huisvesting is het ook van belang dat een plek in de samenleving wordt geboden: statushouders

moeten inburgeren met als doel dat zij participeren en integreren. Verder staat ook de gezondheidszorg voor een flinke uitdaging om deze groep met specifieke gezondheidsrisico's van goede zorg te voorzien. Temeer daar gezondheid en integratie elkaar wederzijds beïnvloeden: een slechte gezondheid hindert integratie, en goede integratie versterkt de gezondheid.

Specifieke morbiditeit

Ofschoon de huidige groep statushouders relatief jong is, zijn er een aantal risico's bekend ten aanzien van de gezondheid.⁵ Zo hebben vluchtelingen vaker infectieziekten als tuberculose, hepatitis B en C, malaria, hiv en soa's. Ook hebben zij meer bloedziekten, zoals bv. sikkelcelziekte en thalassemie. Daarnaast lopen zij meer risico dan de Nederlandse populatie op het ontwikkelen van diabetes, overgewicht en chronische pijnklachten. Vooral het frequenter voorkomen van psychische klachten en psychiatrische problematiek vraagt om aandacht. Een recente overzichtsstudie laat zien dat er bij 13-25% van de vluchtelingen sprake is van PTSS en/of depressie.^{6,7} Dit is ongeveer viermaal vaker dan bij de Nederlandse bevolking. Ook seksuele gezondheid is een belangrijk thema: vluchtelingen hebben meer dan gemiddeld problemen op dit gebied. Tweemaal vaker dan het

Nederlandse gemiddelde⁸ zijn zij slachtoffer van seksueel geweld. Ten opzichte van het Nederlandse gemiddelde ligt het aantal abortussen anderhalfmaal hoger, het aantal tienerzwangerschappen vijfmaal hoger en het risico op moedersterfte tienmaal hoger.⁹ Ook kunnen vluchtelingen fysieke restverschijnselen van geweld hebben, zoals littekens na marteling, achtergebleven granaatscherven en standafwijkingen na fracturen.¹⁰

Bij veel aandoeningen spelen determinanten als traumatische ervaringen, chronische stress, afwezigheid van steunbronnen en relatief weinig bewegen een rol. Vanuit een breder perspectief hebben de volgende factoren invloed op de gezondheid van vluchtelingen:

- pre-migratiefactoren zoals opleiding en werk, leefsituatie, gezondheid in land van herkomst, nare ervaringen voor en tijdens de vlucht,
- genetische, etnische en culturele kenmerken,
- post-migratiefactoren zoals verloop van asielpcedure, lengte van het verblijf in asielloekerscentra, aanwezigheid van familieleden, sociale steun, actief zijn,
- sociaal-economische factoren in Nederland zoals taalbeheersing, opleiding, werk en toekomstperspectief.

Casus

Een Syrische man van 35 jaar woont na een verblijf in diverse asielloekerscentra sinds enkele maanden in de gemeente. Hij spreekt redelijk Engels waardoor hij zich enigszins redt. Hij volgt taallessen en wordt begeleid door vrijwilligers van Vluchtelingenwerk.

Hij verzuimt regelmatig de taallessen vanwege hoofdpijn. Op aandringen van zijn begeleider gaat hij naar de huisarts. Als de huisarts hoort dat hij is gemarteld, daarbij klappen op zijn hoofd heeft gehad en bewusteloos is geweest, verwijst hij hem naar de neuroloog. Op de MRI-scan en bij het EEG worden geen afwijkingen gevonden. De verpleegkundig specialist van de hoofdpijnpolikliniek bespreekt deze uitkomsten met de man. In dit gesprek blijkt dat hij overdag voortdurend piekert over zijn vrouw en kinderen die nog in Turkije verblijven in afwachting van de gezinshereniging met hem. En dit gaat al maanden zo. Ook 's nachts piekert hij over hen en kan niet slapen. In het verslag aan de huisarts staat dat de man een spanningshoofdpijn heeft, gerelateerd aan veel piekeren en slecht slapen met daarbij de suggestie dat er sprake is van een zich ontwikkelende depressie.

Communicatie en cultuur

Vluchtelingen komen uit landen met een andere cultuur, waar men anders omgaat met gezondheid en ziekte, waar de gezondheidszorg anders is georganiseerd en waarin mensen sneller zwijgen over beladen en eergelateerde zaken zoals ondergaan geweld en familieconflicten. Ook is daar het stigma rondom psychische problemen vaak groter. In de praktijk stelt dit werkers in de Nederlandse zorg communicatief op de proef. Het is lastig een andere

Investeer in vroege signalering van problematiek en bevorder goede samenwerking

ziektebeleving en klachtenpresentatie goed te duiden. Een hulpverlener moet dan verder kijken dan de kaders van de eigen ideeën hierover en al vragend en onderzoekend de onderliggende emoties of boodschap zien te achterhalen. Dit kan leiden tot professionele onzekerheid met als gevolg meer onderzoeken, wat kan leiden tot irritatie. Dit kan een negatief effect op de relatie tussen hulpverlener en patiënt hebben.¹¹ Met vluchtelingen uit zoveel landen is het voor de hulpverlener onmogelijk kennis te hebben over alle culturele achtergronden. Daarom is het van belang aandacht te hebben voor breed toepasbare culturele competenties. Het gaat daarbij om medisch-technische kennis (specifieke epidemiologie en farmacotherapie bij etnische groepen) en om bewustzijn over eigen referentiekaders en vooroordelen en de mogelijke invloed hiervan in het contact. Daarnaast gaat het om het vermogen flexibel en creatief te kunnen inspelen op nieuwe situaties en uitleg te kunnen geven in begrijpelijke taal.¹² Empathie is hierbij van essentieel belang.

Tolken

Een zorgcontact wordt moeilijk als een patiënt een beperkte beheersing van de Nederlandse taal heeft. In geval van een taalbarrière is een tolk onontbeerlijk.¹³ Om te bepalen of een informele tolk (familielid of bekende) of toch een professionele tolk gebruikt moet worden hebben de beroepsorganisaties in de zorg en patiënten een kwaliteitsnorm opgesteld.¹⁴ Een groot probleem is dat de vergoeding van de overheid voor professionele tolken in de zorg sinds enige jaren is stopgezet, tot verontrusting van velen in de gezondheidszorg.¹⁵ In de asielloekerscentra krijgen asielloekers nauwelijks Nederlandse taallessen en daar worden tolken in de zorg wel vergoed. Maar zo gauw statushouders in een gemeente komen worden tolken in de zorg niet vergoed, terwijl zij vaak nog nauwelijks Nederlands spreken. Dit hindert de kwaliteit van de zorg. Recent hebben zorgverleners dit nog eens benadrukt in een brief aan de Tweede Kamer.¹⁶

Preventieve insteek

In de zorg groeit de aandacht voor de preventie van ziekten. Het beleid richt zich hierbij vooral op kwetsbare

groepen, zoals de groep vluchtelingen, om te voorkomen dat er gezondheidsachterstanden ontstaan en de integratie stagneert. De verantwoordelijkheid van een gemeente gaat hierbij verder dan huisvesting, maar de gemeente moet ook oog hebben voor de kwetsbaarheid van de gezondheid. Dit kan door zorginstellingen en hulpverleners te stimuleren tot extra en gerichte inspanningen. Daarbij gaat het erom zo vroeg mogelijk te signaleren dat een vluchteling psychische klachten krijgt en daardoor bv. niet meer kan leren of opvoedingsproblemen krijgt. Zorgverleners moeten deze signalen van vrijwilligers en docenten oppikken. Vanzelfsprekend is samenwerking tussen de verschillende zorgverleners daarbij belangrijk. Een actieve benadering helpt te voorkomen dat vluchtelingen zich terugtrekken en zich onttrekken aan zorg. Daarvoor is wel nodig dat zowel vrijwilligers als professionals (huisartsen, praktijkondersteuners, wijkteams, ziekenhuizen, GGZ) kennis hebben over de specifieke gezondheidsproblemen van deze groep en over de wijze waarop zij cultuursensitief begeleiding en zorg kunnen bieden.⁵

Eerste lijn

Als een vluchteling vanuit het asielzoekerscentrum een huis in een gemeente krijgt begint het opbouwen van een nieuw leven pas echt. Dan krijgt hij ook een nieuwe huisarts die oog moet hebben voor de specifieke gezondheidsrisico's die in het asielzoekerscentrum vaak maar voor een deel in beeld waren. Hier liggen kansen voor een gerichte aanpak. Actief uitnodigen voor een kennismakingsgesprek helpt om meteen een beeld te vormen over de geletterdheid, geschiedenis en culturele achtergrond van deze nieuwe patiënt. Tegelijkertijd geeft het de vluchteling de kans te kijken wie de arts is. Door negatieve levenservaringen kost het vluchtelingen vaak meer moeite mensen te vertrouwen. Door een kennismakingsgesprek kan de huisarts of de praktijkondersteuner zich een beeld vormen over het levensverhaal en de risicofactoren in een gezin. Daarbij is vaak iemand die tolkt nodig, zodat vluchtelingen zich eerder begrepen en erkend voelen. Dit verlaagt de drempel om hulp te vragen en helpt bij behandelingen en het accepteren van uitleg en adviezen. Ook biedt het een kans psychische klachten vroeg op te sporen. Het is hierbij goed actief te vragen naar veel voorkomende psychische klachten zoals somberheid, slecht slapen, nachtmerries of piekeren over traumatische ervaringen en moeite met concentratie. Meetinstrumenten in de vorm van korte vragenlijsten kunnen hierbij helpen.¹⁷

Een lichamenlijk onderzoek helpt om specifieke restverschijnselen (littekens) van ondergaan geweld op te sporen. Het biedt een mogelijkheid om door te vragen naar de herkomst van de bevindingen en daarmee kan een geweldservaring op een natuurlijke manier aan de orde komen. Het helpt om een vluchteling beter te begrijpen, het geeft erkenning aan zijn ervaring en het vertrouwen in de hulpverlener groeit.¹⁸

Psychische symptomen

Onbekendheid met psychische problematiek en schaamte of stigma maakt dat vluchtelingen vaak niet uit zichzelf met psychische klachten komen, zeker niet in een vroeg stadium. Ook is uit onderzoek gebleken dat de aanwezigheid van psychische problematiek pas na een aantal jaren leidt tot een behandeltraject in de geestelijke gezondheidszorg.¹⁹ Tot die tijd komen vluchtelingen niet in behandeling voor psychische problemen. Wel komen ze met lastig te duiden lichamelijke klachten bij de huisarts of specialist. In dit kader is het van belang om ook bij onbegrepen lichamelijke klachten gericht te zoeken naar psychische problematiek aan de hand van vragen naar hoe iemand slaapt, naar herbelevingen en naar symptomen van sociale vermijding en verhoogde waakzaamheid. Dan is het een uitdaging om bij het uitleggen van wat er aan de hand is de somatische en psychische symptomen met elkaar te verbinden: hartkloppingen of misselijkheid kunnen bijvoorbeeld lichamelijke uitingen zijn van verhoogde waakzaamheid als restverschijnsel bij traumatische ervaringen. Dit is de opstap om hen te motiveren voor een behandeltraject in de eerste lijn, samen met de POH-GGZ, of in de specialistische zorg.

Specialistische behandeling bij een psychiater of psycholoog houden vluchtelingen vaak af vanwege de huiver om in hun eigen gemeenschap voor gek te worden versleten en vanwege onbekendheid met psychologische hulpverlening. Dit maakt een aanbod van psychische hulp in de eerste lijn extra belangrijk. Met het normale repertoire van psycho-educatie, adviezen gericht op stabilisatie en een steunende, structurende aanpak kan een POH-GGZ samen met de huisarts veel betekenen voor vluchtelingen met psychische problemen.

Casus (vervolg)

In vervolgesprekken met de huisarts maakt de Syrische man duidelijk dat hij niet naar een psycholoog of psychiater wil. Hij is bang dat dit in zijn gemeenschap bekend wordt. Ook denkt hij eigenlijk dat praten toch niet kan helpen. Gesprekken met de POH-GGZ bij het gezondheidscentrum wil hij wel. In die gesprekken wordt duidelijk dat zijn psychische symptomen wijzen op een mengbeeld van PTSS en een depressie. De behandeling bestaat uit veel psycho-educatie en tips en adviezen over slaap, omgaan met nachtmerries en meer bewegen. Daarnaast krijgt hij via de huisarts een antidepressivum, wat hij aanvankelijk niet wilde. Na goede uitleg en veel begeleiding heeft dit toch een gunstig effect waardoor hij overtuigd is van het nut. Het leren van de taal gaat daarna een stuk beter en hij verzuimt minder. Als zijn vrouw en kinderen uiteindelijk komen gaat het beter en stopt de behandeling.

Jaren later, als het maar niet lukt om een baan te krijgen, valt hij weer terug en krijgt hij weer dezelfde symptomen. Dan lukt het vrij snel om hem te laten inzien dat een specialistische behandeling in de GGZ nodig is. Na een intensieve behandeling knapt hij op en via vrijwilligerswerk krijgt hij, net als in Syrië, weer een baan in de horeca.

Door negatieve levenservaringen kost het vluchtelingen vaak meer moeite mensen te vertrouwen

Specialistische behandeling

Vluchtelingen komen na verwijzing ook terecht bij medisch specialisten. De specifieke morbiditeit maakt dat de somatische problematiek soms anders is dan bij de Nederlandse populatie. Ook kan de ziektepresentatie en het opvolgen van behandeladviezen anders zijn. Dit speelt zeker als vluchtelingen nog weinig taalvaardig zijn waardoor informatieverstrekking moeizaam verloopt.

Voor de specialistische GGZ geldt dat de reguliere psychologische behandelmethoden voor aandoeningen als PTSS en depressie veelal ook voldoen voor vluchtelingen, mits rekening wordt gehouden met specifieke aspecten als taal, communicatie, ziektebeleving en eigen culturele verklaringmodellen. Van sommige behandelmethoden voor getraumatiseerde patiënten is aangetoond dat ze ook effectief zijn bij vluchtelingen.²⁰ Dit geldt voor cognitieve gedragstherapie (veranderen van gedrag en gedachten die de klachten in stand houden) en narratieve-exposuretherapie (kortdurende behandelvorm gericht op traumaverwerking aan de hand van het doorwerken van het levensverhaal). Van de traumabehandelmethode EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing: een traumatherapie waarbij het teruggaan naar een traumatische ervaring wordt gecombineerd met bilaterale stimulatie) wordt bij vluchtelingen een wisselende effectiviteit beschreven. Van belang is dat de gekozen behandelmethode zich focust op de traumatische ervaring (exposure) en daarbij zo goed mogelijk aansluit bij de mogelijkheden en weerstanden van de vluchteling.²¹

Tot slot

De gezondheid van vluchtelingen hangt samen met meerdere factoren zoals ervaringen uit het verleden, mogelijkheden in Nederland en de beschikbaarheid van sociale contacten en steun. Inspanningen op al die gebieden hebben dus effect op hun gezondheid. Aangezien de integratie van vluchtelingen plaatsvindt in de Nederlandse gemeenten is daar een integrale aanpak nodig.²² Gezien de verantwoordelijkheid van de lokale overheid voor kwetsbare groepen is het de

taak van de lokale overheid om afspraken te maken wie in de zorgketen wat doet voor vluchtelingen. Investeer in vroege signalering van problematiek en bevorder goede samenwerking. Sluit aan bij de huidige aanpak in wijken gericht op kwetsbare groepen en geef wijkteams een taak hierin. Zorg ervoor dat vluchtelingen actief kunnen zijn met sport en vrijwilligerswerk. Spreek met de vluchtelingen over hun behoeften en geef ruimte aan hun eigen plannen en ideeën.

De diverse werkers in de zorg, zowel in de eerste lijn als de specialistische zorg, hebben hierin een rol. Zij kunnen op basis van signalen van anderen onderzoeken wat er aan zorg nodig is. Daarbij is het belangrijk dat er voorlichting wordt gegeven over de manier waarop de zorg in Nederland werkt, over onderwerpen als seksualiteit, gezonde voeding en psychische problemen. In de hulpverlening gaat het bij deze groep om gepersonaliseerde zorg die aansluit bij de (culturele) achtergrond, de behoeften en de (on)mogelijkheden van de vluchteling. Dit is dan ook een lakmoesproef voor het probleemoplossend vermogen en de creativiteit van het zorgstelsel en de individuele hulpverlener.

Literatuur

- 1 Bloemen E, Beelen N van. Gezondheidszorg voor asielzoekers. *Dé Verpleegkundig Specialist* 2016; 11: 4-7.
- 2 Wieringen JCM van, Roelants M. Omvang en kenmerken van de populatie asielzoekers in Nederland en België. *Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg* 2016; 48: 86-89.
- 3 Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND). *Asylum Trends. Monthly Report on Asylum Applications in The Netherlands and Europe*, november 2016. Ministerie van Veiligheid en Justitie, IND 2016. <https://ind.nl/Documents/AT%20%2020161205%201625.pdf>. Geraadpleegd januari 2017.
- 4 Platform Opnieuw Thuis. <https://www.opnieuwthuis.nl>.
- 5 Haker F, Muijsenbergh M van den, Torensma M et al. Kennissynthese gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg preventie en ondersteuning. Utrecht: Pharos, 2016.

Voor de volledige literatuurlijst wordt verwezen naar www.vakblad-DVS.nl.