



Symposium 'Psychische zorg voor vluchteling', 12-3-2020

De weg naar psychische hulp

Een verkenning naar ervaringen van
statushouders

Evert Bloemen, arts, Pharos
Anka van Gastel, student
e.bloemen@pharos.nl

Inhoud

- Psychische gezondheid
- Modellen zorggebruik
- Verkenning onder statushouders
- Conclusies en aanbevelingen



Gezondheid Statushouders

Wat is bekend?

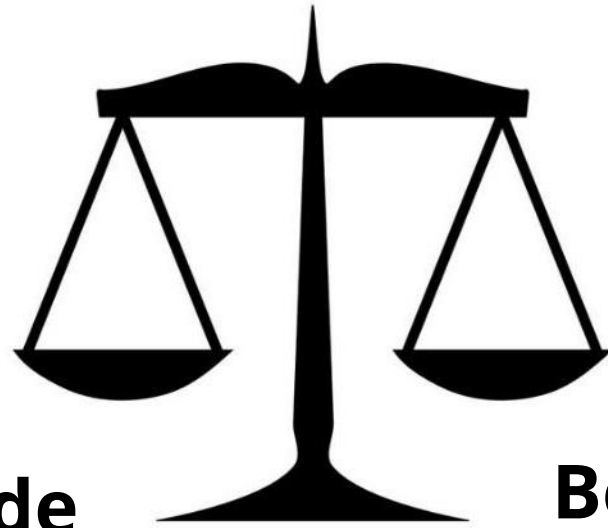
- Nieuwe groep is relatief jong en veerkrachtig
- Stressfactoren in verleden en heden
- Psychische klachten zijn specifieke gezondheidsrisico
- Taalbarrière hindert begeleiding en zorg
- Gezondheid ligt niet vast, is te winnen:
 - Belastende factoren verminderen → **Vroege opsporing, helpen en tijdige zorg**
 - Beschermende factoren versterken → **Inzet op preventie, activering, sociaal domein**



Psychische Gezondheid



**Beschermende
factoren**



**Belastende
factoren**



Cijfers Psychische Gezondheid

- **Gezondheidsraad (2016)**

- Asielzoekers en vluchtelingen; 13-25% depressie en/of PTSS
- Mannen 2x meer suïcide; vaker psychose (in Zweden 2x meer bij mannen)

- **Sociaal Cultureel Planbureau (2018)**

- Vluchtelingen (n = 3200) in gemeenten
- 41% psychische problematiek (NL: 12-14%)
- 35% slaapt niet goed (NL: 20%)
- Taalbarrière bij 40% een probleem

Cijfers Psychische Gezondheid

Sociaal Cultureel Planbureau e.a. (2018)

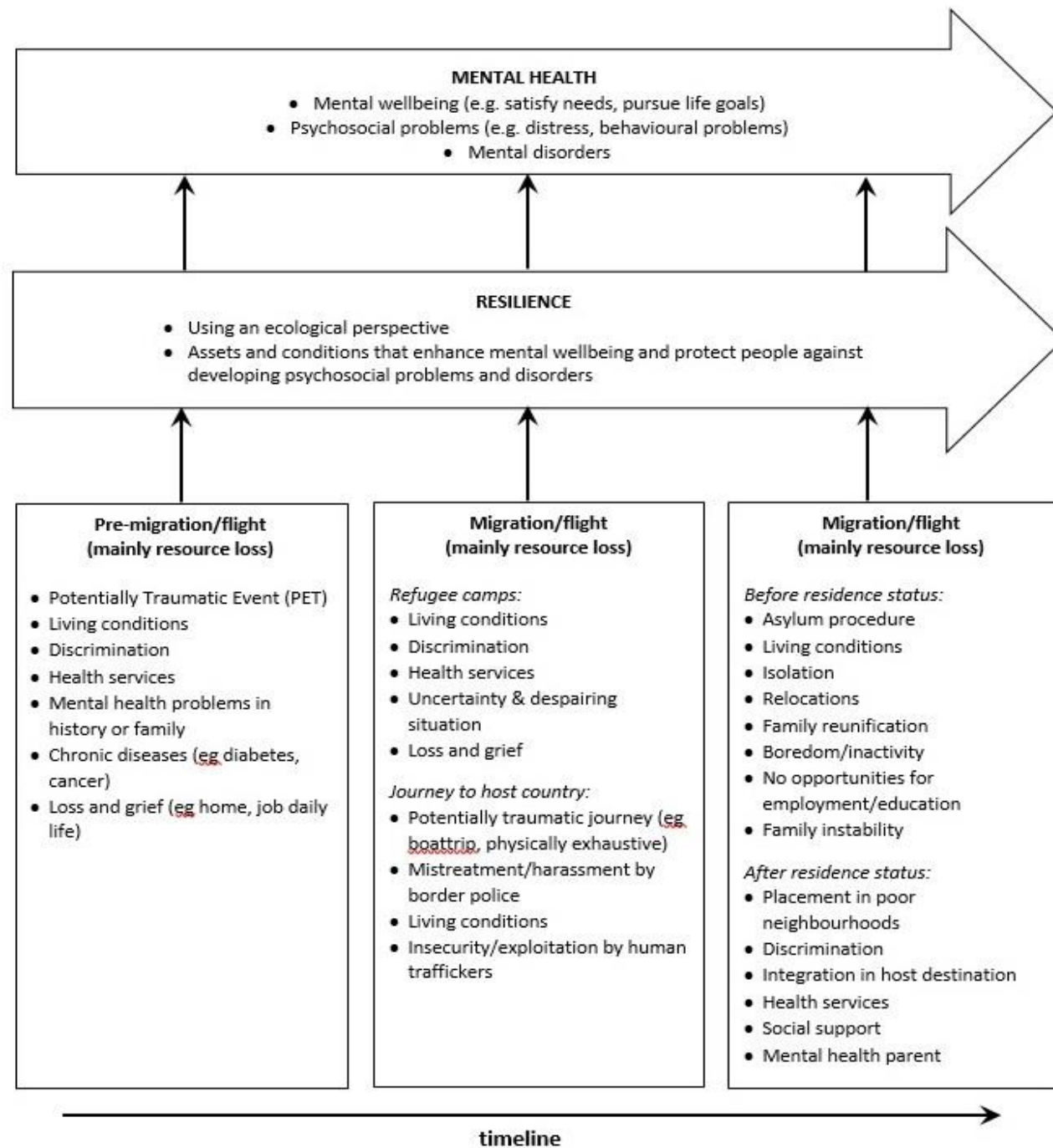
- Contact huisarts: 61% (m), 82% (v). [NL: 64%(m), 75%(v)]
- Contact specialist: 32% (m), 49% (v) [NL: 36%(m), 42%(v)]
- Contact psycholoog/psychiater: 8% (m), 7% (v) [NL: 10-14%]

- Tevredenheid met huisarts
 - 90% goed luisteren
 - 78% goed advies [NL: 80% positief]
 - 72% genoeg informatie

Model Ikram & Stronks

(Gezondheidsraad, 2016)

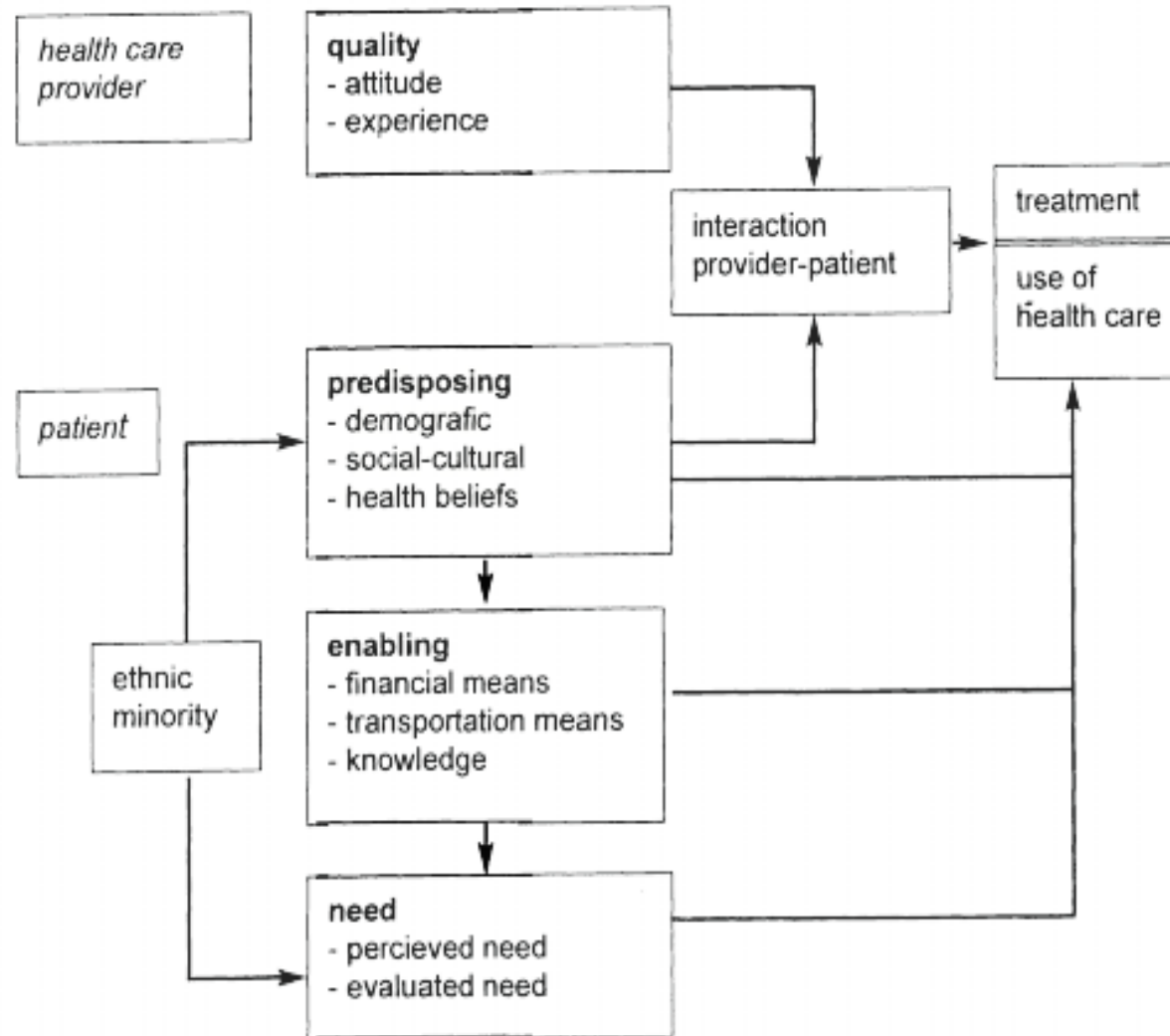
Ikram, U., & Stronks, K. (2016). Preserving and improving the mental health of refugees and asylum seekers. *A literature review for the Health Council of the Netherlands. Amsterdam: AMC.*



Model Weijzen & Weide (1999)

Toegang en gebruik van de zorg door migranten

Weijzen, E. M., & Weide, M. G. (1999). Accessibility and use of health care services among ethnic minorities: a bibliography 1993-1998.



Verkenning

Methoden

- Kwalitatief onderzoek
- Werving
- 10 respondenten: 5 Syriërs, 3 Afghanen, 2 Eritreeërs
- Aantal jaren in NL: 7 jaar (2-19 jaar)
- Interviews in Nederlands, 2x informele tolk
- Interviews getranscribeerd en gecodeerd

Risico- en beschermende factoren

Ervaringen voor en tijdens de vlucht

1. *“Iedereen kwam hier, maar wilden hier eigenlijk niet zijn. We kwamen omdat we gedwongen werden. Ik ben bijvoorbeeld Christelijk. We zijn een minderheid in Syrië. Toen IS kwam, was dit vooral een dreiging voor de Christenen, daarom moesten we vluchten, we hadden geen keus.”*
2. *“In Afghanistan waren er tien jaar geleden veel problemen. Mijn huis en straat lagen helemaal in puin. Dus ben ik naar kennissen in mijn stad gegaan. Mijn familie zorgde voor kleren voor mij. Anderen hielpen mij om naar Pakistan te vluchten en uiteindelijk naar hier.”*
3. *“Je komt vanuit de oorlog, daar heb je veel gezien en meegemaakt. Je bent veel verloren en moest alles achter laten. Uiteindelijk moest je de zee oversteken, terwijl je weet dat er een grote kans is dat je overlijdt. Je weet niet of je het gaat overleven, maar het is de enige keuze die je hebt.”*

Risico- en beschermende factoren

Ervaringen in Nederland: in AZC

1. *“Dan kom je hier en hoor je slecht nieuws uit je land. Je bent iemand verloren in je eigen land. Je zit in een kamer en daar doe je niks, je kijkt alleen naar de muur. Stel je voor wat dat doet met je gedachtes. Je gaat terug in herinneringen, in je verbeelding. Vervolgens blijf je een paar jaar in deze situatie.”*
2. *“Ik bleef de hele tijd in mijn bed. Ik was veel alleen in de kamer. Jij denkt te veel, je hebt heel veel stress. Toen ik in Eritrea was werkte ik heel hard en in het AZC miste ik mijn dorp heel erg, dat is mijn alles. Ik heb alles verloren dus ik heb hier niets. Ik kreeg geen kans om taalles te volgen, niets.”*
3. *“Ik had het moeilijk in het AZC. Vooral psychische moeilijkheden. Er waren veel Syriërs maar ik had geen gemeenschappelijke ideeën met hen en voelde me erg alleen. Ook de andere vrouwen, die met hoofddoek, hadden andere ideeën over wat ik moest doen. Het was moeilijk om met ze om te gaan. Daarom had ik geen relaties met hen.”*

Risico- en beschermende factoren

Ervaringen in Nederland: in gemeente

1. *“Het is moeilijk om werk te vinden. Zodra ze weten dat ik Syrisch ben, kijken ze anders naar mij. Ik krijg niet de baan die ik graag zou willen of ik krijg werk aangeboden in de horeca. Ik kook thuis niet eens.”*
2. *“De meeste Afghanen hebben dezelfde problemen als ik. Het helpt om daar samen over te praten, dat lucht op. In Afghanistan heeft iedereen dezelfde problemen en maken dezelfde stress mee.”*
3. *“Je hebt veel plekken waar de mensen zich kunnen verzamelen of meer mensen kunnen leren kennen. Alleen sommigen blijven gewoon thuis en niemand komt naar je thuis om te zeggen: ‘kom maar mee’. Je moet echt zelf daarnaartoe. Je moet echt zelf actief zijn.”*
4. *“Wanneer wij vanaf het begin veel uit ons huis komen en geen problemen hebben, dan kunnen we veranderen en integreren. Als wij al problemen hebben en niet het huis uitkomen, dan worden problemen alleen maar erger. Mensen met problemen kun je niet redden. Ze komen niet naar buiten en ze gaan niet nieuwe mensen ontmoeten. Zij blijven in dezelfde situatie en dit wordt erger met ziekte.”*

Hulp vragen

Stigma

1. *“Het is een verschil in de cultuur. Wij zijn opgevoed om sterk te zijn. Je mag niet huilen, want als man moet je sterk zijn. Wanneer je valt moet je opstaan, je mag niet blijven liggen, want dat doen oude vrouwen. Dus je moet doorgaan. Wij hebben niet de cultuur dat we spreken over alle problemen.”*
2. *“Ze nemen zelf eigen ‘medicatie’ thuis, zoals alcohol of drugs, of ze praten gewoon niet over hun problemen. Vooral mannen praten er liever niet over. Ze denken: ik ben een man, dus ik moet een machoman zijn, ik moet sterk zijn.”*
3. *“Maar in Syrië als je tegen iemand zegt dat je psychische problemen hebt, dan denken ze misschien dat je gek bent en niet goed ermee om kunt gaan. Je bent depressief. Ze hebben geen idee over mentale verzorging. Dat ligt aan het idee dat je niets kan laten zien als je psychische problemen hebt.”*

Hulp vragen

Weinig kennis

1. *“Het is moeilijk meteen het systeem te begrijpen en er gebruik van te maken. De meeste Eritrese vluchtelingen zijn van het platteland. Sommigen kregen geen goed onderwijs. Ik ben hoger opgeleid, ik begrijp woorden als ‘instelling’, ‘gemeente’, ‘ministerie’. Ik weet hoe de structuur werkt. Zonder onderwijs is het moeilijk te snappen wat de huisarts doet. Wat de plichten en rechten van henzelf zijn.”*
2. *“Ik ken iemand die een depressie heeft, maar hij heeft ook lichamelijke klachten. Hij weigert te accepteren dat die lichamelijke klachten door depressie kunnen komen. Zodra de huisarts zegt dat het stress is dan gaan ze ervandoor.”*
3. *“En ik betaal 155 euro voor de zorgverzekering, maar ik weet niet waarom. Ik heb gewerkt met zorgverzekeringen in Saudi-Arabië, dus ik weet dat 155 euro per maand veel is. Ik zou veel meer krijgen voor dit geld in Saudi-Arabië dan in Nederland. Het leven is echt heel duur hier.”*

Hulp vragen

Andere ideeën over hulp

1. *“Ook bijvoorbeeld als ik hartklachten heb, en de huisarts denkt dat stress de oorzaak dan gaat hij niet verwijzen. Hij kan niet elke patiënt met een hartkloppingen naar een cardioloog doorverwijzen. Maar dan denken vluchtelingen: oh, ik heb hartkloppingen, maar jullie hebben geen cardiografie gedaan. Hoe weten jullie dat er niets aan de hand is als je geen onderzoeken doet?”*
2. *“Ik heb gezien dat iemand werd vermoord. Dan zeggen begeleiders: ‘Je hebt waarschijnlijk hulp nodig’. Ik denk: ‘Je hoeft mij niet te helpen, want het gaat prima en ik ben sterk. Ze blijven dan maar zeggen: ‘Je moet echt met iemand spreken hierover’. Het wordt gewoon irritant dat mensen dit blijven aanbieden.”*
3. *“Wanneer je naar de huisarts gaat en je vraagt iets, dan gaan ze het gewoon zitten zoeken op de computer. Dat doen ze vaak en het is heel irritant. Ik kan het zelf thuis ook wel Googlen, dus waarom heb ik jou nodig? Waarom ben je niet zo ervaren zoals in Syrië?”*

Zorgaanbod

1. *“Er zijn jongeren die zeggen: ik heb psychische problemen en die willen wel naar de psycholoog. Maar dan moet ik maandenlang wachten, dus daar heb ik ook geen zin in. Dus dan blijven ze zonder psychische hulp. Die persoon wil dan niet meer, de huisarts kan er dan niks aan doen.”*
2. *“Wij moeten eerst naar de huisarts gaan. Mensen moeten snappen dat je dit soort problemen met de huisarts kunt bespreken, omdat mensen anders niet over sommige onderwerpen spreken. Je hoeft je niet te schamen voor de huisarts, maar alles vertellen. Dan kan hij je naar psychologen doorverwijzen, want alleen vanuit de huisarts kun je naar andere specialisten. Zij weten het systeem niet in Nederland.”*
3. *Als sleutelpersoon hielp ik pas een statushouder die was doorverwezen naar de GGZ. Ze krijgt een e-mail om een vragenlijst in te vullen, maar zij vindt dat vervelend. Ze zegt, nee laat maar. Ik wil niet meer naar de afspraak. We zijn deze vragen niet gewend, we houden helemaal niet van dit soort vragen. Daar, bij de GGZ, moeten ze ook kijken naar cultureel sensitieve hulp. Ze moeten rekening houden met dit soort dingen. Ook de GGZ moet zich wat leren aanpassen.”*

Interactie

1. *“Er is geen tolk bij de huisarts, dat is een probleem. De meeste huisartsen geven geen tolk, mensen begrijpen niet wat de huisarts zegt. Ze zeggen: de huisarts zei dit, dit, dit, maar wat is het? Het helpt mij niet. Het is beter om thuis te blijven.”*
2. *“Iemand uit Eritrea is moeilijk te overtuigen om naar een psycholoog of psychiater te gaan. Daarvoor moet je hem eerst goed overtuigen. Hij is niet gewend aan dit soort hulp en de manier hoe hulp wordt gegeven. Meestal willen mensen gewoon hun probleem oplossen op hun eigen manier, maar dat is niet genoeg eigenlijk. Je eigen manier kan niet al je probleem oplossen. Dus is het geven van voorlichting aan de mensen belangrijk hoe zij om kunnen gaan met hun probleem. Soort van educatie. Het is gewoon om de mensen bewust te maken, want ze moeten geleerd worden anders kunnen ze het niet weten.”*
3. *“Wanneer je blijft zeuren om hulp, dan maak je duidelijk dat je de hulp wel echt nodig hebt.”*

Conclusies

Vijf barrières

1. Stigma en schaamte
2. Beperkte kennis over psychische problemen en het Nederlandse zorgsysteem
3. Andere verwachtingen van de professionele hulpverlening en teleurstelling
4. Het gevoel niet begrepen of gehoord te worden tijdens zorg, meestal voortkomend uit een taalbarrière of culturele factoren,
5. Praktische problemen (o.a. een gebrek aan financiën, geen mogelijkheden om te reizen, lange wachtlijsten,

Aanbevelingen

Zes aanbevelingen

1. Geef informatie aan statushouders, spreek over psychische problemen. Door iedereen.
2. Train statushouders over hoe zij kunnen omgaan met stress en psychische problemen.
3. Investeer in scholing van professionals, zowel in opvang, begeleiding als zorg
4. Zorg dat alle organisaties zich meer richten op cultuursensitief werken.
5. Zet maximaal in op optimale communicatie, met professionele tolken als het nodig is.
6. Gebruik sleutelpersonen uit de eigen kring en geef hen kansen en mogelijkheden.

→ **Algemeen: check en verifieer bij de doelgroep, je leert er veel van**

Samenvattend

- Psychische gezondheid
 - Balans van veel factoren (beschermend - belastend)
 - Duidelijke risicofactor op basis van cijfers
- Een kleine verkenning geeft al informatie
- Perspectief van statushouders geeft feedback over:
 - eigen ideeën over problematiek en over hulp vragen
 - toegang en gebruik van zorg
 - het aanbod van zorg
- Doe iets met feedback