

KLINISCHE LES

Vluchtelingen in de praktijk

PERSOONSGERICHTE ZORG EN VEERKRACHT-GERICHT WERKEN

Majda Lamkaddem, Maria van den Muijsenbergh en Kees Laban

DAMES EN HEREN,

Asielzoekers slapen vaak slecht, hebben nachtmerries, zijn bang of depressief. Deze mentale problemen vinden meestal hun oorsprong in traumatische ervaringen en in de vluchtgeschiedenis. De onzekerheid over het verkrijgen van een verblijfsvergunning vormt een extra stressfactor en is ongunstig voor het herstel. Bij velen nemen de klachten af met het verkrijgen van een verblijfsdocument. Toch blijkt dat veel vluchtelingen – asielzoekers die een verblijfsvergunning hebben gekregen – vaak lange tijd na het verkrijgen van een verblijfsstatus mentale klachten houden, of zelfs ontwikkelen. We beschrijven in deze klinische les hoe de sociale context van vluchtelingen invloed heeft op hun veerkracht, en hoe artsen en hulpverleners door persoonsgerichte zorg meer gezondheidswinst kunnen bewerkstelligen.

Patiënt A, een 57-jarige vrouw uit Iran en voorheen docente aan de universiteit, bezoekt de huisarts. In Iran was ze politiek actief en werd ze gevangen genomen, mishandeld en verkracht. Na vrijlating vluchtte ze naar Nederland, waar ze na een paar maanden een verblijfsvergunning kreeg. Ondanks nachtmerries en herbelevingen lukte het haar een mbo-opleiding te volgen in de zorg en een baan als verzorgende te vinden. In deze periode waren de klachten goed te hanteren. Door een reorganisatie werd ze werkloos, waarna ze allerlei lichamelijk en psychische klachten kreeg. De nachtmerries kwamen verhevigd terug en ze raakte in een depressie. Zij beleeft haar leven als zinloos, wat versterkt wordt door het uit huis gaan van haar kinderen.

De huisarts verwijst haar naar een gespecialiseerd ggz-centrum voor vluchtelingenproblematiek. Daar wordt de diagnose 'posttraumatische stressstoornis (PTSS) met depressie' gesteld. Na psycho-educatie en het instellen op medicatie wordt in een psychotherapeutisch traject de betekenis van het werkloos-zijn geëxploreerd. Het blijkt dat de motivatie tot werk een sterk idealistische basis heeft. Ze vergelijkt het met haar revolutionaire inzet in Iran. 'De wereld moet beter worden en ik moet daar een bijdrage aan leveren.' Het verdriet en de boosheid over de niet verbeterde situatie in Iran en de anti-migrantensentimenten die zij in Nederland waarneemt, mengen zich met de teleurstelling over het zelf 'aan de kant' staan.

Ze had werk onder haar niveau in Nederland makkelijk geaccepteerd omdat ze zorg voor anderen als nuttig en zingevend ervoer. In de therapie leert ze dat goed zorgen voor anderen ook inhoudt dat je goed voor jezelf moet zorgen. Creatieve therapie helpt haar om te ontdekken

AMC-Universiteit van Amsterdam, afd. Sociale Geneeskunde, Amsterdam.

Dr. M. Lamkaddem, onderzoeker.

Pharos, Utrecht.

Dr. M. van den Muijsenbergh, huisarts en onderzoeker

(tevens: Radboudumc, afd. Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen).

GGZ Drenthe, Centrum voor Transculturele Psychiatrie Noord Nederland 'De Evenaar', Beilen/Leeuwarden.

Dr. K. Laban, psychiater.

Contactpersoon: dr. M. Lamkaddem (m.lamkaddem@amc.uva.nl).

wat ze wel en niet zingevend vindt. Vanuit het ggz-centrum wordt ze gecoacht om vrijwilligerswerk te gaan doen. Daarin kan ze de balans oefenen tussen haar ideaal – mensen helpen, de wereld beter maken – en haar eigen draagkracht – het voor jezelf zorgen. Ze vindt de energie om samen met haar man een project op te zetten voor weeskinderen in Iran. De klachten zijn dan al enige tijd verdwenen.

Patiënt B, een 40-jarige vrouw die 20 jaar geleden samen met haar man uit Bosnië gevlucht is, heeft langdurig onderbuiksklachten, waarvoor de huisarts geen somatische verklaring vindt. Ze oogt depressief, maar weert vragen van de huisarts over haar stemming af – ze wil alleen onderzoek van haar buik. Haar man begeleidt haar steeds.

De huisarts vermoedt dat de vrouw niet alles durft te vertellen waar haar man bij is en zegt tegen de echtgenoot dat zij de patiënte alléén wil spreken, over vrouwenzaken. In dat gesprek vertelt de vrouw dat ze meermalen verkracht is tijdens de burgeroorlog én dat zij absoluut niet wil dat haar man het te weten komt. Sinds de verkrachting is seksueel verkeer een kwelling die zij zo veel mogelijk afhoudt, wat tot relatieproblemen leidt. De huisarts bespreekt met de patiënte hoe seksueel misbruik bij veel mensen aanhoudende lichamelijke en psychische klachten veroorzaakt. Zij legt uit dat hier behandeling voor mogelijk is en patiënte accepteert verwijzing naar een vrouwelijke psycholoog.

De behandeling door de psychologe werkt niet, totdat deze samen met patiënte exploreert welke bronnen van kracht zij heeft. Haar man blijkt de belangrijkste en eigenlijk enige steunbron, die zij in dit geval niet kan benutten omdat zij haar verkrachting geheimhoudt. De psychologe kan haar ervan overtuigen haar echtgenoot in de behandeling te betrekken; in een driegesprek wordt gepeild wat de echtgenoot denkt over de problemen van zijn vrouw. Al snel blijkt dat hij wel seksueel geweld vermoedde, maar daar niet met haar over durfde te spreken. Beiden zijn opgelucht over de openheid. Een vruchtbaar traject van behandeling van zowel de vrouw als de man volgt.

BESCHOUWING

FYSIEKE EN SOCIALE OMGEVING VAN DE PATIËNT

De ziektegeschiedenissen van deze 2 patiënten illustreren het belang van persoonsgerichte zorg; aandacht voor de context van de patiënt – behuizing, werk, sociale steun – is daarin doorslaggevend. Recent onderzoek onder vluchtelingen toont aan dat verbeteringen in de psychische gezondheid sterk afhangen van de leefomstandigheden van vluchtelingen.¹ Een verblijfsstatus

maakt veel zaken mogelijk, waaronder toegang tot werk, scholing en huisvesting. Maar de mate waarin deze gerealiseerd worden, varieert aanzienlijk tussen individuen. Het eigen maken van een nieuwe cultuur, gewoontes en taal, het vinden van betaald werk, het heroveren van een sociale positie in een nieuwe maatschappij, dat zijn zaken die niet makkelijk verlopen. Toch blijkt uit onderzoek dat deze factoren van groot belang zijn voor de afname van klachten van een posttraumatische stressstoornis, angst of depressie.¹

Huisartsen zijn gewend aandacht te schenken aan de context van hun patiënten; persoonsgerichtheid is een kernwaarde van de huisartsgeneeskunde, zoals beschreven wordt in het NHG-standpunt 'Kernwaarden huisartsgeneeskunde'. Maar zij zijn vaak niet op de hoogte van de specifieke aspecten van de context bij migranten, en bij vluchtelingen in het bijzonder. Hierdoor bestaat de kans dat de zorg die huisartsen verlenen niet goed aansluit bij de behoeften van deze groep patiënten. Artsen hebben specifieke kennis van etnische en culturele verschillen en communicatievaardigheden nodig voor goede zorg aan migranten.²

Bij patiënt A en B speelde de context een rol in het ontstaan of doorspelen van de mentale problematiek. Bij patiënt A was het verlies van haar werk de aanleiding voor het opnieuw ervaren van mentale klachten, die tot die tijd wel beheersbaar waren geweest. Bij patiënt B was het uitblijven van sociale steun – met name van haar echtgenoot, door het trauma voor hem te verzwijgen – een belemmering in het herstel. Door rekening te houden met deze factoren, die voor beide patiënten betekenisvol waren, konden de mentale klachten gericht behandeld worden.

KEN HET VLUCHTVERHAAL EN DE GESCHIEDENIS

Algemene kennis over gebeurtenissen die zich hebben voorgedaan in een bepaald conflictgebied, kan belangrijk zijn bij de anamnese. Deze kennis komt goed van pas bij het achterhalen van mogelijk ontbrekende elementen in het relaas van patiënten. De huisarts van patiënt B wist dat veel Bosnische vrouwen verkracht waren tijdens de burgeroorlog en dat deze vrouwen hier vaak niet over spreken met hun echtgenoten. Door deze kennis kon de huisarts hierop inspelen.

Kennis over vluchtelingen en over verschillende migrantengroepen is te vinden op meerdere websites; ook kunt u gerichte nascholing volgen (tabel). Wanneer bij uw patiënt de gevolgen van marteling een rol kunnen spelen in diens asielpcedure, kan het instituut voor Medische Onderzoek en Mensenrechten (iMMO) een onafhankelijk forensisch onderzoek hiernaar doen (zie de tabel).

TABEL Bronnen voor achtergrondinformatie over vluchtelingen en migrantengroepen

| organisatie | website |
|---|--|
| Pharos Expertisecentrum | www.pharos.nl |
| Gezondheidsverschillen | www.huisarts-migrant.nl |
| instituut voor Mensenrechten en Medisch Onderzoek | www.stichtingimmo.nl |
| Vluchtelingenwerk Nederland | www.vluchtelingenwerknederland.nl |
| Stichting LOS* | www.stichtinglos.nl |
| SKIN | http://skinkerken.wix.com/skin#!bediening/ch6q |

SKIN = Samen Kerk in Nederland.
* Stichting LOS is het kenniscentrum voor mensen en organisaties die hulp bieden aan migranten zonder verblijfsvergunning ('ongedocumenteerden').

SAMENWERKING MET TOLK, FAMILIE EN ANDEREN

De inzet van een tolk tijdens de anamnese is van groot belang voor vluchtelingen die de taal niet machtig zijn. Toch laten veel artsen en hulpverleners deze stap aan zich voorbijgaan en denken ze dat ze een heel eind komen met 'handen- en voetenwerk', of met het inschakelen van familieleden om te tolken. Sinds het wegvallen van de vergoeding van tolkdiensten is de inzet van professionele tolken in de huisartspraktijk sterk verminderd.³ Het gevolg is dat de huisarts niet achter de aard van de klachten kan komen. In het algemeen wordt sterk aanbevolen om bij enig vermoeden van psychologische of psychiatrische klachten een professionele tolk in te schakelen.⁴ Een professionele tolk kan bovendien uitleg geven over de werkwijze van de ggz in Nederland en daarmee de drempel voor een verwijzing verlagen.

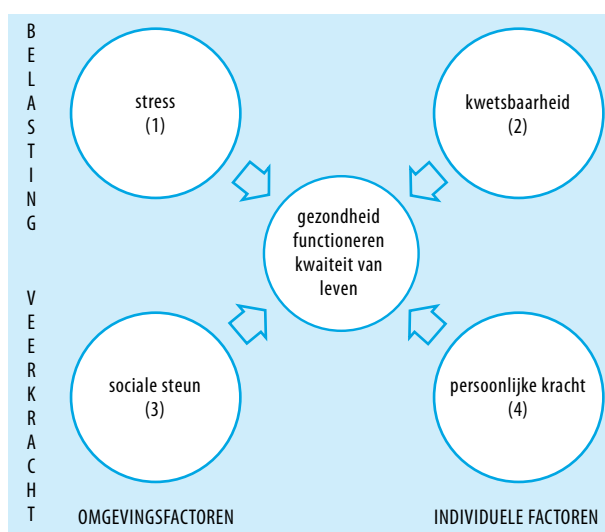
Het betrekken van familieleden bij de behandeling van patiënten is vaak vruchtbaar, zeker als het gaat om de verwijzing naar gespecialiseerde ggz. Voor veel patiënten en hun naasten rust een taboe op de ggz. Juist de steun, het begrip en het vertrouwen van familieleden in de ggz werkt positief op de behandeling en de continuïteit hiervan. Het betrekken van familieleden bij de behandeling dient echter in overleg met de patiënt plaats te vinden.⁵ Het samenwerken met organisaties van en voor vluchtelingen is ook belangrijk voor artsen en hulpverleners (zie de tabel). In veel steden is een afdeling van Vluchtelingenwerk actief, naast vrijwilligersorganisaties die zich inzetten voor asielzoekers en vluchtelingen. Deze instanties kunnen helpen bij het vinden van onderdak, deelname aan sociale activiteiten en bij administratieve of juridische zaken; er zijn in veel plaatsen ook vrijwilligers die meegaan naar het ziekenhuis. Bovendien kunnen

deze instanties informatie verschaffen over specifieke groepen vluchtelingen. Soms worden zij daadwerkelijk betrokken bij de behandeling, zoals bij patiënt A.

Tijdig contact met een ggz-hulpverlener is van groot belang voor het beloop van PTSS-klachten die optreden na het verkrijgen van een verblijfsstatus.⁶ Uit onderzoek is gebleken dat een afname van PTSS-klachten veel vaker bereikt wordt bij vluchtelingen die contact hebben gehad met een ggz-hulpverlener in Nederland dan bij degenen die geen hulp hebben ontvangen. Huisartsen weten echter niet altijd goed naar welke instelling ze vluchtelingen kunnen verwijzen, of er is geen gespecialiseerde ggz in de buurt en er zijn problemen met de reiskosten. Verwijzingen komen daardoor niet of pas veel later tot stand.

BEHANDELING MOET GERICHT ZIJN OP VEERKRACHT

Patiënt A werd tijdig door de huisarts verwezen naar een ggz-instelling met expertise op het gebied van vluchtelingenproblematiek. De psychotherapeutische behandeling aldaar richtte zich op het herstellen van haar veerkracht. Haar sterke idealen waren lange tijd een bron van kracht geweest, maar vormden nu een kwetsbaarheid. Zij moest ze bijstellen om haar eigenwaarde terug te vinden. Veerkracht ('resilience') is een onderbelicht, maar bruikbaar concept bij mensen met traumagerelateerde complexe sociaal-psychiatrische problematiek en zeker bij asielzoekers en vluchtelingen. Er is gesteld dat mensen zich na traumatische gebeurtenissen veel beter herstellen wanneer zij kans zien en kansen krijgen om hun persoonlijke, sociale en materiële bronnen van veerkracht te vinden, of te hervinden.⁷ Nederlands onderzoek bevestigt deze theorie.¹ Veerkracht verklaart voor een belangrijk

**FIGUUR** Het 'stress-steun-kraft-kwetsbaarheid'-model (naar De Jonghe et al.⁸).

LEERPUNTEN

- **Mentale klachten bij vluchtelingen komen meestal voor uit traumatische ervaringen.**
- **De klachten kunnen aanhouden of zelfs pas ontstaan tot lang na het verkrijgen van een verblijfsvergunning.**
- **Het is belangrijk informatie in te winnen over de fysieke en sociale omgeving van patiënten die migrant of vluchteling zijn.**
- **Algemene kennis over gebeurtenissen die zich hebben voorgedaan in een bepaald conflictgebied, kan belangrijk zijn bij de anamnese.**
- **De inzet van een tolk is belangrijk voor vluchtelingen die de taal niet machtig zijn.**
- **Voor het welslagen van de behandeling van vluchtelingen is samenwerking met familie, organisaties voor vluchtelingen en gespecialiseerde ggz van belang.**
- **Mensen herstellen zich na traumatische gebeurtenissen beter wanneer zij kans zien om hun persoonlijke, sociale en materiële bronnen van veerkracht te hervinden.**

deel het feit dat traumatische ervaringen lang niet altijd leiden tot psychiatrische problemen.

Van groot belang is hoe iemands leven is na de traumatische ervaringen. In toenemende mate wordt nu ook in de behandeling van patiënten met traumagerelateerde klachten, zoals bij PTSS, aandacht gegeven aan het herstel van de veerkracht. Zo wordt bij De Evenaar, een gespecialiseerd centrum voor traumabehandeling van asielzoekers en vluchtelingen, gewerkt met een veerkrachtgericht werkmodel: het 'stress-steun-kracht-kwetsbaarheid'-model (SSKK-model), dat schematisch is weergegeven in de figuur.^{8,9} Dit model richt zich op de vermindering van de klachten, verbetering van het functioneren en verhoging van de kwaliteit van leven. Het SSKK-model wordt in de dagelijkse praktijk als een nuttig denkkader beschouwd, hoewel het nog niet als samenhangend model wetenschappelijk onderzocht is. Elementen ervan zijn wel wetenschappelijk onderbouwd.¹⁰

In dit model worden alle factoren betrokken die de klachten veroorzaken of onderhouden en die deze kunnen doen verminderen. Allereerst worden de vroegere en huidige stresserende omstandigheden in kaart gebracht (zie de figuur, (1)). Ook de kwetsbaarheidsfactoren (2) worden geanalyseerd, bijvoorbeeld genetische factoren, slechte jeugd en chronische fysieke klachten. Vervolgens worden de sociale steun (3) en de persoonlijke kracht (4)

onderzocht; deze laatste twee vormen samen de veerkrachtfactoren.

Tijdens de behandeling wordt besproken welke stressfactoren nu aangepakt kunnen worden, en hoe, en welke voorlopig nog niet. Er wordt gezocht hoe de sociale steun en de persoonlijke kracht zo goed mogelijk ontwikkeld en ondersteund kunnen worden. Net als de kwetsbaarheidsfactoren worden ook de veerkrachtfactoren onderverdeeld in biologische, psychologische, sociale, culturele en existentiële of zingevingsfactoren. Een voorwaarde om goed met dit model te kunnen werken is dat de hulpverlener de patiënt echt moet leren kennen. Het model sluit daarom goed aan bij het eerder besproken persoonsgericht denken en handelen.

Protocollaire behandelingen, bijvoorbeeld traumagerichte cognitieve gedragstherapie, 'eye movement desensitisation and reprocessing' (EMDR) en 'narrative exposure'-therapie (NET), kunnen onderdeel uitmaken van de behandeling, maar ná of ingebed in de veerkrachtgerichte interventies. Het model kan ook in de huisartsenpraktijk prima dienen als denkkader bij de probleemanalyse en bij het vinden van interventies.

Dames en Heren, asielzoekers en vluchtelingen zullen blijvend deel uitmaken van onze samenleving en u zult hen dus geregeld op uw spreekuur zien. Soms kunnen de achtergrondverhalen over traumatische ervaringen en de vlucht, en de veelheid aan gezondheidsproblemen ervoor zorgen dat u zich af vraagt wat u voor deze patiënten kan doen, of wat beter kan. Wij hopen dat wij u met deze klinische les een aantal handvatten hebben gegeven waarmee u morgen aan de slag kan gaan.

Het accent ligt hierbij op het belang van kennis van de sociaal-maatschappelijke context, de vaardigheid om daarover te communiceren, en het zoeken en stimuleren van de veerkracht. Dit alles met een persoonsgerichte, open, respectvolle houding. Deze aspecten zijn niet alleen nodig om de zorg kansrijker en effectiever te maken, maar zij maken uw zorgverlening aan asielzoekers en vluchtelingen ook een stuk boeiender.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: ICMJE-formulieren met de belangenverklaring van de auteurs zijn online beschikbaar bij dit artikel.

Aanvaard op 12 oktober 2015

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A9447

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A9447**

LITERATUUR

- 1 Lamkaddem M, Essink-Bot ML, Devillé W, Gerritsen A, Stronks K. Health changes of refugees from Afghanistan, Iran and Somalia: the role of residence status and experienced living difficulties in the resettlement process. *Eur J Public Health*. 10 april 2015 (epub).
- 2 Van den Muijsenbergh ME, Oosterberg EH. Patiëntgericht én cultureel competent: goede zorg voor allochtone patiënten vereist specifieke competenties. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2013;157:A5612.
- 3 Langendijk-van den Berg I, Verdonk P, Abma T. De professionele tolk verdwijnt: kwaliteit onder druk. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2014;158:A7702.
- 4 Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg. Utrecht: KNMG; 2014.
- 5 Colucci E, Minas H, Szwarc J, Guerra C, Paxton G. In or out? Barriers and facilitators to refugee-background young people accessing mental health services. *Transcult Psychiatry*. 2 maart 2015 (epub).
- 6 Lamkaddem M, Stronks K, Devillé WD, Olf M, Gerritsen AA, Essink-Bot ML. Course of post-traumatic stress disorder and health care utilisation among resettled refugees in the Netherlands. *BMC Psychiatry*. 2014;14:90.
- 7 Hobfoll SE, Mancini AD, Hall BJ, Canetti D, Bonanno GA. The limits of resilience: distress following chronic political violence among Palestinians. *Soc Sci Med*. 2011;72:1400-8.
- 8 De Jonghe F, Dekker J, Goris C. Steun, stress, kracht en kwetsbaarheid in de psychiatrie. Assen: Van Gorcum; 1997.
- 9 Laban CJ, Hurulean E, Attia A. Asielzoekers en vluchtelingen In: Jong de J, Colijn S, red. *Handboek Culturele Psychiatrie en Psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom; 2010.
- 10 Southwick SM, Vythilingam M, Charney DS. The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:255-91.