

ERVARINGEN VAN POH-GGZ MET ZORG AAN VLUCHTELINGEN



Jacqueline Mulders
Marjan Mensinga
Evert Bloemen

Januari 2017

Colofon

© Januari 2017, Pharos Expertisecentrum gezondheidsverschillen.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt door druk, fotokopie of microfilm of op een andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Ervaringen van POH-GGZ met zorg aan vluchtelingen is een rapport van Pharos.

Auteurs

Jacqueline Mulders
Marjan Mensinga
Evert Bloemen

Projectsecretariaat

Pharos
Arthur van Schendelstraat 620
Postbus 13318
3507 LH Utrecht
Telefoon 030 234 98 00
E-mail info@pharos.nl
www.pharos.nl

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1. Aanleiding	5
1.1. Aanpak	6
2. Resultaten	6
2.1. Demografische gegevens	6
2.2. Ervaring	7
2.3. Ondersteuning	12
3. Conclusie	13
Bronnen	15
Bijlage 1: Vragenlijst	16

Samenvatting

Sinds de zomer van 2015 had Nederland te maken met een verhoogde instroom van vluchtelingen uit Syrië en Eritrea. Praktijkondersteuners ggz (POH-GGZ) zullen naar verwachting in toenemende mate met deze groepen vluchtelingen in aanraking komen. Een POH-GGZ kan op verzoek van de huisarts een cliënt met psychische problemen zien om een beter beeld van de klacht te krijgen, de mogelijk nodige behandeling vast te stellen en uit te voeren.

Syrische en Eritrese vluchtelingen kunnen net als andere vluchtelingen te maken hebben met psychische en psychiatrische problemen: depressie, angst en posttraumatische stressstoornis (PTSS). Dit rapport geeft de resultaten weer van een verkenning naar de ervaringen van de POH-GGZ bij het behandelen van psychische klachten bij vluchtelingen in de eerstelijns en de ondersteuningsbehoeften van deze beroepsgroep.

Pharos heeft een online vragenlijst uitgezet en een papieren versie uitgedeeld tijdens een training aan POH-GGZ. Uit de verkenning blijkt dat de opleidingsachtergrond van de POH-GGZ uiteenlopend is. De meerderheid is psycholoog, sociaal psychiatrisch verpleegkundige of psychiatrisch verpleegkundige. Andere opleidingsachtergronden komen ook voor, zoals psychotherapeut of maatschappelijk werker. Het merendeel van de respondenten werkt in een praktijk in een middelgrote tot grote stad. Meer dan de helft van de respondenten heeft wel eens een vluchteling als cliënt gehad. Hiervan zag het merendeel minder dan vijf vluchtelingen in het afgelopen jaar. Dit betrof vooral vluchtelingen die al langer dan twee jaar in Nederland zijn.

De POH-GGZ ervaren een verschil tussen de klachten en klachtenpresentatie van vluchtelingen ten opzichte van andere cliënten. Zij ervaren dat er vaker sprake is van depressie, van PTSS, van een angststoornis en van psychosomatische klachten of lichamelijk onverklaarbare klachten, in vergelijking met andere cliënten. Daarnaast wordt er een verschil ervaren in de effectiviteit van de behandeling tussen vluchtelingen en andere cliënten. Dit komt met name door de taalbarrière, problemen rondom verwijzen en de verwachtingen die meespelen. Tot slot ervaren de POH-GGZ een verschil in ziektebeleving van psychische klachten bij de groep vluchtelingen ten opzichte van andere cliënten. Dit verschil in ziektebeleving heeft te maken met opvattingen over psychische gezondheid en welbevinden.

De POH-GGZ signaleren verder een aantal problemen die vluchtelingen tegenkomen in de gezondheidszorg. Dit heeft onder andere te maken met het niet vergoed worden van de tolkentelefoon, het verwijzen naar de basis ggz en de specialistische ggz en problemen die hierbij ontstaan doordat vluchtelingen de eigen bijdrage (risico) niet kunnen betalen.

Tot slot is er een inventarisatie gedaan naar de informatiebehoeften van POH-GGZ. De meerderheid geeft aan meer kennis te willen hebben over veelvoorkomende psychische klachten onder deze groep, welke interventies passend zijn en goed aansluiten bij deze groep en tot slot over achtergrondkennis van de cultuur en geschiedenis van de landen van herkomst. De informatie wil men graag aangeboden krijgen in verschillende vormen. De voorkeur werd gegeven aan folders, brochures, factsheets, een e-learning module, een workshop of training (in het kader van bij- en nascholing) en aan een informatieve website.

1. Aanleiding

Sinds een aantal jaren behandelt de huisarts zelf lichte psychische klachten van patiënten in samenwerking met een praktijkondersteuner ggz (POH-GGZ).¹ Hierbij heeft een POH-GGZ de mogelijkheid om de patiënt door te verwijzen naar een zorgaanbieder binnen de basis GGZ (BGGZ) of naar de gespecialiseerde GGZ (SGGZ).² POH-GGZ is een relatief nieuwe functie die in 2008 is ingevoerd om de toenemende vraag naar hulp bij psychische en psychosociale problemen en de stijging van kosten van de relatief duurere tweede lijn op te vangen.³ Sindsdien is het aantal POH-GGZ enorm gegroeid en het aanbod van de huisartsenpraktijk gewijzigd en veelzijdiger geworden. Het merendeel van de patiënten met psychische klachten wordt in de huisartsenpraktijk door een POH-GGZ behandeld.⁴ Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat in 2014 ongeveer één op de zes van alle patiënten met psychosociale problemen die de huisartsenpraktijk bezoeken terecht komt bij een POH-GGZ. In 2010 was dit één op de dertig.⁵ De POH-GGZ is beschikbaar voor zowel curatieve taken (consultatie, vroegsignalering, screening, diagnostiek, advies) als preventieve taken.

Nederland had in 2015 te maken met een sterk verhoogde instroom van vluchtelingen. Dit waren vooral Syriërs (circa 27.700) en Eritreeërs (circa 8.400)⁶. In opdracht van het ministerie van VWS heeft Pharos [twee kennissyntheses](#) opgesteld. Daarbij was de centrale vraag 'wat betekent de komst van deze nieuwe vluchtelingen en hun gezondheid voor de zorg, preventie en ondersteuning?'.⁷

Voor de POH-GGZ wordt verwacht dat zij in toenemende mate met de nieuwe groepen vluchtelingen in aanraking komen. Wat betreft de psychische gezondheid van de huidige grote groepen vluchtelingen uit Syrië en Eritrea zijn er weinig tot geen relevante cijfers voor handen. Registraties uit klinieken van omliggende landen van Syrië laten een hoge prevalentie zien van emotionele problemen, waaronder depressie en angst. Uit de beperkte registratie in Nederland blijkt dat Syrische en Eritrese asielzoekers minder hoog scoren op psychische klachten dan andere groepen vluchtelingen.⁷

Uit onderzoek onder andere groepen vluchtelingen blijkt dat vluchtelingen met een relatief slechter ervaren gezondheid meer gebruik maken van de huisartsenzorg.⁸ Juist psychische klachten, al dan niet somatisch gepresenteerd, beïnvloeden dit. De huidige groepen nieuwkomers kunnen net als andere vluchtelingen te maken hebben met psychische en psychiatrische problemen: depressie, angst en posttraumatische stressstoornis (PTSS). Schaamte, stigma of onbekendheid kunnen redenen zijn dat vluchtelingen geen hulp zoeken bij psychische problemen. Voor de nieuwe groepen vluchtelingen is de verwachting dat zij zowel op korte als lange termijn door psychische klachten meer gebruik zullen gaan maken van de huisartsenzorg.⁹

¹ Rijksoverheid (2016a).

² Magnée, T. et al. (2016).

³ Mok, L. et al. (2016).

⁴ Mol, L. et al. (2016).

⁵ Magnée, T. et al. (2015).

⁶ Rijksoverheid (2016b).

⁷ Haker, F. et al. (2016).

⁸ Haker, F. et al. (2016).

⁹ Haker, F. et al. (2016).

De aanleiding voor deze verkenning waren signalen dat vluchtelingen met psychische problemen vaak relatief laat in beeld komen bij hulpverleners. Daarnaast ontving Pharos signalen van POH-GGZ dat ze knelpunten ervaarden in de psychische hulpverlening aan vluchtelingen. Dat was aanleiding om te onderzoeken hoe dat op het niveau van de eerstelijns gaat, waarbij POH-GGZ een potentieel belangrijke rol vervult.

Deze verkenning beschrijft de ervaringen van POH-GGZ met zorg aan vluchtelingen en de ondersteuningsbehoeften die zij hierin hebben.

1.1. Aanpak

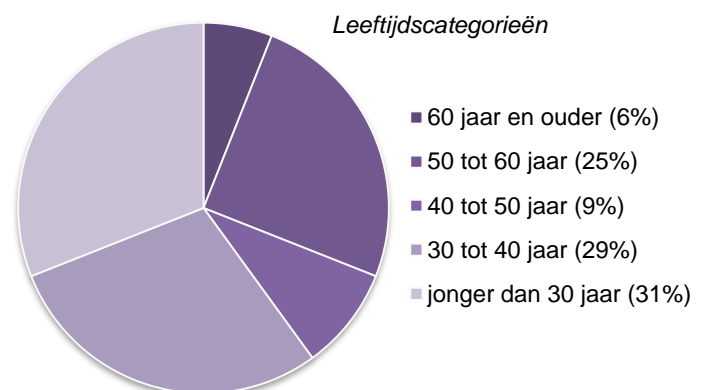
Op 5 april 2016 organiseerde Pharos een spiegelbijeenkomst met Syrische zorgprofessionals en POH-GGZ over zorg aan Syrische vluchtelingen. Tijdens de bijeenkomst kregen Syrische zorgprofessionals de gelegenheid te vertellen over hun eigen ervaringen met de Nederlandse gezondheidszorg. Ze deelden hun ervaringen met vrijwilligerswerk als arts bij een huisartsenpraktijk en een ziekenhuis en over de vluchtelingen die zij daar tegen kwamen. De aanwezige POH-GGZ kregen de gelegenheid vragen te stellen aan de Syrische zorgprofessionals over het zorgsysteem en de aanpak in het land van herkomst. Op basis van de spiegelbijeenkomst en de uitkomsten van de kennissynthesen is vervolgens een vragenlijst opgesteld (zie bijlage 1) om na te gaan in welke mate POH-GGZ contact hebben met vluchtelingen in de gemeente en naar de wensen en behoeften van de beroepsgroep hieromtrent.

In juli heeft Pharos de vragenlijst online uitgezet via de Huisartsen Utrecht Stad (HUS), de HSK Groep en via contacten van Pharos die als POH-GGZ werkzaam zijn. Hierop hebben 27 POH-GGZ gereageerd. In oktober is tijdens een training een papieren versie van dezelfde vragenlijst uitgedeeld aan de acht deelnemers.

2. Resultaten

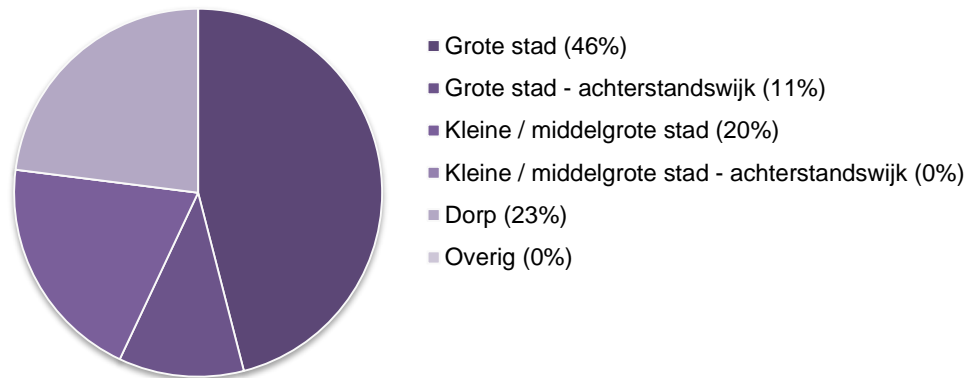
2.1. Demografische gegevens

Onder de 35 respondenten zijn in totaal 32 vrouwen en drie mannen. Hiervan hebben 27 personen de vragenlijst online ingevuld en 8 personen hebben de vragenlijst ingevuld na afloop van een training.



De achtergronden van de POH-GGZ zijn verschillend. Een meerderheid van 66% is psycholoog en 20% is sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Verder hebben twee psychiatrisch verpleegkundigen, een psychotherapeut, een verpleegkundig specialist GGZ en een maatschappelijk werker de vragenlijst ingevuld. Daarnaast was er een respondent die de post-hbo opleiding POH-GGZ als achtergrond heeft. De huisarts(en)praktijken waarin de POH-GGZ werkzaam zijn, bevinden zich merendeels in grote steden (zie onderstaande figuur). Dit is te verklaren doordat de vragenlijst uitgezet is via de HUS en de HSK Groep.

De huisarts(en)praktijk waarin de POH-GGZ werkzaam is:



Op de vraag of de POH-GGZ wel eens een vluchteling als cliënt heeft gehad, antwoordde 60% van wel. Hiervan heeft 86% minder dan vijf vluchtelingen het afgelopen jaar als cliënt gehad. Een minderheid van 9% zag tussen de 10 en 25 vluchtelingen in het afgelopen jaar en 5% zag tussen de 5 en 10 cliënten met een vluchtelingenachtergrond.

Onder deze groep cliënten die de POH-GGZ het afgelopen jaar zag waren 24% recent gearriveerde vluchtelingen die niet langer dan 2 jaar in Nederland zijn. 76% zijn vluchtelingen die al langer dan 2 jaar in Nederland wonen, waarvan 52% al langer dan vijf jaar in Nederland woont.

2.2. Ervaring

Klachten en klachtenpresentatie

Van de POH-GGZ respondenten die ervaring hebben met vluchtelingen als cliënt geeft 90% aan dat de klachten en klachtenpresentatie van vluchtelingen verschilt ten opzichte van andere cliënten. 40% geeft aan dat er vaker sprake is van depressie, 75% geeft aan dat er vaker sprake is van PTSS, 80% geeft aan dat er vaker sprake is van psychosomatische klachten of lichamelijk onverklaarbare klachten en 30% geeft aan dat er vaker sprake is van een angststoornis. Een respondent geeft aan dat ze te maken heeft gehad met voodoo als cultureel verklaringmodel voor psychische klachten.

Toelichting die de respondenten hierbij geven zijn uiteenlopend. Een ruim aantal POH-GGZ geeft duidelijk aan niet objectief te kunnen vaststellen of de klachten en klachtenpresentatie van vluchtelingen in werkelijkheid echt verschilt ten opzichte van andere cliënten omdat het

aantal vluchtelingen die men als cliënt ziet te klein is. Men *ervaart* echter wel een verschil. Deze ervaringen belichtten we in dit rapport.

Over de ervaren verschillen in klachten en klachtenpresentatie van de groep vluchtelingen ten opzichte van andere cliënten wordt door de respondenten de volgende toelichting gegeven:

“Vluchtelingen hebben vaak een trauma opgelopen, hebben veel achter moeten laten en moeten vanaf 0 beginnen. Depressie en PTSS komen veel voor. Ook psychosomatische klachten zijn vaak aanwezig. Dit komt vaak door culturele normen en waarden, doordat dat psychische klachten niet erkend worden en of mensen er niet mee bekend zijn. Tevens omdat psychische klachten vaak een negatieve betekenis heeft namelijk “gek” zijn en mensen uiten het niet.”

“De klachtenpresentatie verschilt naar mijn mening door het feit dat vluchtelingen meer wantrouwen hebben naar anderen toe. Zij zijn meer star in denkwijze en zienswijze.”

“Ik heb het idee dat er vaker PTSS voorkomt als gevolg van de oorlog waarvoor ze gevlucht zijn of trauma dat ze tijdens hun vlucht hebben meegemaakt. Maar in mijn beleving zijn migranten ook gevoeliger voor PTSS (bijvoorbeeld als gevolg van een auto ongeluk) of psychosomatiek dan de autochtone Nederlander.”

“Meer psychosomatische klachten en PTSS. Bij depressie: hoofdpijn uiten. Vooral meer PTSS.”

“Indirecter. Cultuurgebonden.”

Bij de vraag of PTSS, depressie, angststoornissen of psychosomatische problematiek vaker voorkomen bij vluchtelingen in vergelijking met autochtone cliënten wordt het volgende opgemerkt door de respondenten:

“Vluchtelingen zijn minder open in de presentatie van de klachten. Presentatie is terughoudend, met enige angst/achterdocht. Mijn indruk is dat men niet weet wat te verwachten.”

“Ja, autochtone cliënten presenteren klachten vaak minder somatiserend en staan vaker negatief tegenover inzet van medicatie dan positief.”

“Door ontredde, ontheemd zijn, gebrek aan familiesteun, gemis van achterblijvenden zijn depressieve gevoelens groot, kost het veel moeite zinvol bestaan op te bouwen.”

“Ook hier geldt dat PTSS als gevolg van oorlog en/of het vluchten vaker voorkomen en dat klachten sneller psychosomatisch worden geuit.”

“Klachtenpresentatie vooral lichaamsgericht en meer achterdocht”

“Taalbarrière, acculturatie, acute blootstelling aan gevaar/ oorlog/ trauma's. Maar ook andere afkomst (bijvoorbeeld nu veel Syriërs voorheen Afghaanen).”

Ook hier wordt door een aantal POH-GGZ de kanttekening geplaatst dat de ervaren verschillen slechts gebaseerd zijn op de ervaring met en relatief klein aantal cliënten met een vluchtelingenachtergrond.

Effectiviteit van behandeling

Een ruime meerderheid van 81% ervaart een verschil in de effectiviteit van de behandeling tussen vluchtelingen en andere cliënten. De verschillen worden als volgt verwoord:

Over de tijd van een consult zegt men: *“Goede passende zorg vinden is moeilijker.”* [...] *“Het kost meer tijd, meer geduld en meer moeite. Dus in die zin minder effectief.”* [...] *“Slechter, duurt langer.”*

Over de communicatie met cliënten zegt men: *“Taalbarrière: de communicatie was te gebrekkig om te kunnen behandelen.”* [...] *“Minder effectiviteit bij vluchtelingen vanwege de taalbarrière, dit laat het contact moeizaam verlopen.”* [...] *“Lastiger te behandelen, mede door taalprobleem en andere verwachtingen van elkaar.”*

“Andere cliënten lijken meer bekend met hulpverlening vanuit GGZ, voelen zich minder ongemakkelijk waardoor eerder succes. Bij vluchtelingen lijkt er meer tijd nodig voor het winnen van vertrouwen. In die zin zijn vluchtelingen kritischer. Zij hebben geen geloof dat alleen praten kan helpen.”

“Na 1 consult doorverwezen.”

“Omdat het lijden zo groot en reëel is. Er is sprake van onzekerheid richting toekomst.”

“Dit hangt erg af van de vraag of het om Europese vluchtelingen gaat (zoals uit het voormalig Joegoslavië of dat het gaat om mensen uit Afrika of het Midden-Oosten. De laatste twee groepen zijn minder bekend met psychische klachten en behandeling. Zij verwachten eerder pillen dan praten en zijn zich er minder van bewust dat je zelf ook aan de slag moet om je klachten te verminderen.”

Ziektebeleving

Naast een ervaren verschil in de effectiviteit van behandeling, ervaart 67% van de respondenten een verschil in ziektebeleving van psychische klachten bij de groep vluchtelingen ten opzichte van migranten en autochtonen. Dit verschil in ziektebeleving heeft onder andere te maken met opvattingen over psychische gezondheid en welbevinden:

“Het is lastig om trauma bespreekbaar te maken. trauma is een taboe.”

“Grote drempel om hulp te vragen, meer lichamelijke klachten, meer mengbeeld van diverse klachten.”

“Daar kon ik in verband met gebrekkige communicatie onvoldoende zicht op krijgen.”

“Autochtonen hebben minder somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Vluchtelingen presenteren meer lichamelijke klachten.”

“Als je naar de psycholoog gaat, ben je gek. Psychische klachten zijn voor gekke mensen en zij zijn niet gek dus hebben ook geen hulp nodig. Of zij hebben wel hulp nodig maar zijn niet in staat tot zelfreflectie.”

“Schaamte. De cliënt werd begeleid door tolk. Was een erg grote stap om naar POH-GGZ te gaan, met name stap gezet vanwege aanraden dokter (deze heeft aanzien).”

“Bijvoorbeeld homoseksualiteit is onacceptabel. Psychische klachten zijn eigenlijk boodschappen door voorouders ingegeven.”

“Mij valt op dat patiënten uit Afrika of het Midden Oosten eerder psychosomatiseren en hun klachten niet als psychisch beleven.”

“Andere culturele achtergrond dan ikzelf, daardoor groot verschil in visie op ziekte en gezondheid. Men is minder open over psychische klachten.”

“Heb het idee dat het langer duurde alvorens achterliggende klachten benoemd werden. (Opbouwen vertrouwensband had tijd nodig).”

“Psychiatrie is taboe en wisselt per cultuur.”

Ervaringen van POH-GGZ

Het behandelen van vluchtelingen in vergelijking met andere cliënten wordt door de POH-GGZ als volgt ervaren:

Het roept bij de POH-GGZ verschillende dingen op: *“Ik voel mij minder capabel.”* [...] *“Zwaar, verdrietig.”* [...] *“Zinvol en steunend.”* [...] *“Weinig ervaring.”* [...] *“Lastiger en ingewikkelder.”* [...] *“Zwaarder, omdat de vluchtelingen meer wantrouwend zijn, vers getraumatiseerd zijn en in een nieuwe onwennige omgeving zich bevinden.”* [...] *“Juist omdat het complex is en er veel van je wordt gevraagd als hulpverlener is het voor mij een goede ervaring. Echter ook belastend en soms frustrerend.”*

Er worden enkele uitspraken gedaan over het opbouwen van een vertrouwensband en de taalbarrière: *“Moeizaam, vertrouwensband opbouwen is van belang maar soms is taal ook nog een barrière.”* [...] *“Ik voel me vaak machteloos, omdat ik voor mijn gevoel vanwege taalbarrière en niet kunnen doorverwijzen minder kan bieden.”* [...] *“Moeizaam en frustrerend voor zowel cliënt als hulpverlener in verband met problemen met communicatie en geen beschikking hebben tot een professionele tolk in verband met status.”* [...] *“Kan niet veel voor ze doen. Communiceren is lastig vanwege taal.”* [...] *“Soms moeizaam door het verschil in culturele achtergrond en daarmee de manier van kijken naar klachten en de invloed die je hierop hebt. Men verwacht een oplossing van de dokter of de therapeut. Gesprekken vervallen snel in klagen.”*

Verder wordt er gesproken over het bieden van passende hulp: *“Moeilijk. Lastig om aansluiting te vinden in hulpvraag/behoefte omdat taal en cultuur een obstakel kan zijn. Westerse interventies lijken onvoldoende of niet begrepen.”* [...] *“Vooral moeilijk goede passende hulp te vinden.”* [...] *“Vluchtelingen met PTSS of depressie verwijs ik door naar gespecialiseerde GGZ-instellingen zoals het Sinai centrum en Centrum 45. Daar is echter sprake van wachtlijsten en niet altijd bereikbaar voor patiënten.”* [...] *“Tijdsintensiever. langdurende behandeltrajecten.”*

Problemen in de gezondheidszorg

De POH-GGZ signaleren een aantal problemen die vluchtelingen tegenkomen in de gezondheidszorg. Van de respondenten kan 65% cliënten moeilijker verwijzen naar basis ggz of specialistische ggz. Daarnaast merkt 10% dat deze cliënten door de basis ggz en specialistische ggz te snel ontslagen worden.

70% geeft aan te merken dat vluchtelingen niet de behandeling krijgen die zij eigenlijk nodig zou vinden omdat zij de eigen bijdrage (risico) niet kunnen betalen. Daarnaast merkt 40% dat vluchtelingen vaker weg blijven op afspraken dan andere cliënten. 65% merkt dat vluchtelingen hun gezondheidsklachten minder goed duidelijk kunnen maken. 70% merkt dat het lastiger is om deze groep over hun klachten, ziekte en/of behandeling voldoende te informeren.

30% ervaart dat vluchtelingen vaak minder vertrouwen hebben in de zorgverlener. 55% geeft aan dat de normale consultduur te kort is voor vluchtelingen en 60% ervaart problemen bij het inschakelen van een professionele tolk.

Als verdiepende uitleg bij bovenstaande punten wordt genoemd:

Over het verwijzen zegt men: *“Verwijzing lukt wel, maar ook bij de behandeling, daar is taal een extra barrière”. [...] “Verwijzing lukt meestal wel maar patiënten voelen zich niet altijd goed gehoord en geholpen, de aansluiting is er niet altijd. Sommige therapievormen, zoals EMDR, lijken ook minder goed te passen”. [...] “Vanwege n=1 weinig over te zeggen. Ik kon cliënt bij i-psy aanmelden met wachttijd van 3 maanden, cliënt is nog niet aangekomen”. [...] “Weinig verwijzers gespecialiseerd in hulp aan vluchtelingen.”*

Over de eigen bijdrage bij verwijzen naar basis ggz of specialistische ggz wordt het volgende opgemerkt: *“Kost te veel geld, meestal is geld groot probleem”. [...] “Verwijzing lukt niet omdat het eigen risico te hoog is voor deze mensen. Maar ook omdat ze niet gek zijn en dus niet verwezen willen worden. Verwijzen is vaak taboe en niet eens bespreekbaar”. [...] “Beperkt aanbod van zorg, eigen bijdrage is een probleem en beperkte informatie aanwezig over psychische ziekten in taal van vluchtelingen.”*

Ook hier wordt de taalbarrière benoemd: *“Het is soms moeilijk om een hulpverlener te vinden die de taal spreekt. Of mensen willen juist zelf niet naar een interculturele hulpverlener terwijl dit door de taalbarrière wel vereist is.” [...] “Financieel, taalbarrière maar ook behandeling door iemand die de culturele achtergrond kent.” [...] “Tolken mis ik.” [...] “Professionele tolk wordt niet meer vergoed terwijl je dit wel nodig hebt bij mensen die taal niet beheersen. Soms noodgedwongen dan een familielid als tolk, maar merk je dat niet alle informatie goed overkomt.”*

Bij de vraag of POH-GGZ gebruik maakt van de tolktelefoon antwoord 76% van niet. Als alternatief om de taalbarrière te overbruggen geeft 35% van de respondenten aan kinderen van de cliënt als tolk in te zetten, 47% zet de echtgeno(o)t(e) van de cliënt in, 59% maakt gebruik van een kennis en 17% van overige manieren zoals google translate.

2.3. Ondersteuning

De POH-GGZ benoemen enkele problemen waar ze tegenaan lopen in de behandeling van vluchtelingen. Hierbij worden taal- en communicatieproblemen het meest benoemd. Het niet vergoed worden van tolken wordt door de POH-GGZ als een grote barrière ervaren in de te leveren zorg. Een respondent schrijft: *“Ik merk wanneer er een kennis of familielid tolkt, de boodschap niet altijd overkomt.”* Een ander draagt als oplossing aan: *“Tolken die meer kennis hebben van psychische klachten zodat de vertaling beter aansluit (dus interpretatie van de klachten).”* In het verlengde van de taalbarrière wordt ook de beperkte consulttijd voor deze groep cliënten als een probleem ervaren: *“Ik zou graag meer tijd willen voor een consult”*.

Een ander probleem voor sommige POH-GGZ is de onbekendheid met de problematiek van vluchtelingen met trauma's gerelateerd aan oorlogsgeweld en naar wie zij verwezen kunnen worden. Snellere doorverwijzingsmogelijkheden worden dan als oplossing aangedragen.

Verder wordt de beleving en verwachting van de cliënt over de POH-GGZ zorg en het vertrouwen in de GGZ als probleem benoemd. Hierbij wordt bijvoorbeeld aangegeven dat de cliënt dan verwacht *“pillen te krijgen in plaats van te praten over klachten.”* Ook merkt de POH-GGZ soms wantrouwen bij de cliënt ten aanzien van GGZ-hulp. Als oplossing wordt door verschillende POH-GGZ het inzetten van ervaringsdeskundigen of een POH-GGZ die de taal van de vluchteling spreekt benoemd.

Enkele POH-GGZ reflecteren op competenties die nodig zijn bij het werken met deze specifieke groep, de werkdruk en de behoefte aan meer kennis en achtergrondinformatie: *“Te weinig kennis bij mijzelf, hoge werkdruk binnen gezondheidscentrum waardoor ik te weinig flexibel ben wat betreft tijdplanning in mijn agenda.”* Een andere POH-GGZ verwoordt: *“Meer informatie over psychische ziekten in meerdere talen en achtergrond cultuur vanwege benadering van patiënt en beleving t.a.v. psychische klachten.”* En: *“Vooral ten aanzien van de taalbarrière en de geringe zelfreflectie zou ik hulp willen hebben.”*

Kennisbehoeften

Van de respondenten geeft 60% aan meer kennis te willen hebben over de psychische problematiek van vluchtelingen. In de uitleg wordt aangegeven dat de informatiebehoefte vooral zit op meer kennis hebben van psychische klachten bij deze groep, welke interventies passend zijn en goed aansluiten bij deze groep en tot slot over achtergrondkennis van de cultuur en geschiedenis van de landen van herkomst.

Een greep uit de informatiebehoeften die werden geformuleerd:

Behoefte aan inhoudelijke informatie: *“Kennis van land van herkomst (gebruiken, cultuur, tradities etc.) om problemen beter te kunnen begrijpen.”* [...] *“Herkenning problematiek mogelijkheden tot juiste hulp.”* [...] *“Spreken van gemeenschappelijke taal om klachten in kaart te kunnen brengen en optimale ondersteuning te kunnen bieden. informatie over cultuur, gebied van herkomst.”* [...] *“Welke interventies zijn passend bij deze problematiek?”* [...] *“Tegen welke problemen vluchtelingen aanlopen, hoe dit eventueel in korte gesprekken aan te stippen en waarheen vluchtelingen het best te verwijzen zijn.”* [...] *“Hoe om te gaan met trauma's?”*

Behoeftte aan praktische informatie: *“Waar het beste heen verwezen kan worden voor vluchtelingen met trauma's gerelateerd aan oorlogsgeweld.” [...] “Regelingen die hen kunnen helpen.” [...] “De praktische zaken zou ik graag meer inzicht willen hebben, zodat ik goed zorg kan bieden en hen naar de juiste instanties kan verwijzen.”*

Het versterken van eigen competenties en vaardigheden: *“Cultuursensitiviteit (aansluiten bij de cultuur van de vluchteling).” [...] “Omgaan met cultuurbarrières.” [...] “Gesprekstechnieken om psycho-educatie goed over te kunnen brengen.”*

De informatie op bovenstaande thema's wil men graag aangeboden krijgen in verschillende vormen. Vaak worden genoemd folders, brochures, factsheets, een e-learning module, een workshop of training en een informatieve website.

Daarnaast heeft 51% van de online respondenten behoefte aan een na- of bijscholing. Bij de papieren versie die afgenomen is na afloop van een training was dit 25%. De na- of bijscholing zou moeten gaan over het begeleiden van en het formuleren van adviezen voor vluchtelingen met eerder genoemde psychosociale problematiek. Men heeft behoefte aan kennis over het land van herkomst (de gebruiken, cultuur, tradities) om problemen beter te kunnen begrijpen. Andere onderwerpen zijn de behandeling van angst en trauma bij vluchtelingen. Daarnaast is er behoefte voor het oefenen met casuïstiek.

3. Conclusie

Wat opvalt is dat de POH-GGZ respondenten weinig vluchtelingen zien. Van de respondenten die in het afgelopen jaar vluchtelingen als cliënt heeft gehad zag 89% minder dan vijf vluchtelingen. Dit terwijl uit onderzoek blijkt dat vluchtelingen vaker dan andere patiënten psychische problematiek hebben. En de gelijkmatige spreiding over Nederland van vluchtelingen in alle gemeenten maakt ook dat zij in steeds meer huisartspraktijken als patiënt ingeschreven zijn.

Uit onderzoek weten we dat vluchtelingen voor psychische klachten weinig terechtkomen bij de gespecialiseerde ggz. Dit komt deels doordat vluchtelingen onbekend zijn met de hulp voor psychische klachten. Enerzijds door het taboe, de schaamte en vermindering die zij hierbij ervaren en anderzijds doordat de hulpverlening niet optimaal toegankelijk is en niet de taal en culturele barrière weet te overwinnen. Hier ligt dus een kans om er zo vroeg mogelijk bij te zijn en te werken aan preventie, vroegsignalering en het bestrijden van stigma zodat psychische problemen eerder en beter bespreekbaar worden gemaakt. Dit betekent dat de zorg van de huisarts samen met de POH-GGZ belangrijk is voor deze doelgroep.

Daarnaast komt in de antwoorden van de respondenten de vraag naar voren in hoeverre de POH-GGZ de doelgroep vluchtelingen zelf moet behandelen of dat zij verwezen moeten worden naar meer specialistische centra. In sommige antwoorden lijkt ook mee te spelen dat de POH-GGZ zich minder competent voelt om met de problematiek van deze groep om te gaan. Dit zou te maken kunnen hebben met de verschillen in ervaringen en achtergrond van de POH-GGZ en de geringe aandacht die er binnen de opleidingen is voor de doelgroep vluchtelingen. Vluchtelingen worden vaak beschouwd als een moeilijke groep waarbij psychische problematiek, taalproblemen en culturele verschillen de zorg bemoeilijken.

Hoewel de POH-GGZ alert moet zijn op een andere klachtenpresentatie geldt voor het merendeel van de vluchtelingen echter, dat met enige extra aandacht voor communicatie, inlevingsvermogen en achtergronden, een goede behandelrelatie kan worden opgebouwd. Hierin kan de POH-GGZ in samenwerking met de huisarts veel voor de vluchteling betekenen.

Uit de antwoorden komt verder naar voren dat de POH-GGZ een verschil ervaren tussen de klachten en klachtenpresentatie van vluchtelingen ten opzichte van andere cliënten. Zij ervaren dat er vaker sprake is van depressie, van PTSS, van een angststoornis en van psychosomatische klachten of lichamelijk onverklaarbare klachten, in vergelijking met andere cliënten. Daarnaast wordt er een verschil ervaren in de effectiviteit van de behandeling tussen vluchtelingen en andere cliënten. Hierin werden een aantal problemen gesignaleerd. Een zorgelijk signaal is dat een ruime meerderheid van respondenten vindt dat vluchtelingen niet de behandeling krijgen die eigenlijk nodig is omdat vluchtelingen de eigen bijdrage (risico) niet kunnen betalen. Dit speelt vooral bij de doorverwijzing naar de basis of specialistische ggz.

De tolktelefoon wordt benoemd als een essentieel hulpmiddel voor communicatie. Doordat de tolkenfinanciering in de zorg is afgeschaft maakt 76% van de respondenten geen gebruik van de tolktelefoon. Iedere vluchteling die nieuw in een gemeente komt te wonen en naar een huisarts of POH-GGZ gaat, zou gebruik moeten kunnen maken van de tolktelefoon. Uit deze verkenning blijkt ook dat informele tolken ingezet worden om de taalbarrière te overbruggen en dat dit moeilijk gaat bij emotioneel beladen en/of lastige onderwerpen. Het gaat dan bijvoorbeeld om kinderen, echtgenoten of een kennis. Juist bij psychische klachten is het belangrijk dat vluchtelingen zich in eigen taal kunnen uitdrukken en dat hun privacy niet in het geding komt doordat er gebruik gemaakt wordt van een informele tolk.

Tot slot blijkt uit de inventarisatie naar de informatiebehoeften van POH-GGZ dat zij graag deskundigheidsbevordering willen. Enerzijds over het versterken van de eigen competenties en vaardigheden in het werken met deze doelgroep. Anderzijds op het gebied van inhoudelijke kennis over veelvoorkomende psychische klachten onder deze groep, welke interventies passend zijn en goed aansluiten bij deze groep en tot slot over achtergrondkennis van de cultuur en geschiedenis van de landen van herkomst.

Vervolgactiviteiten

In 2017 en 2018 komt er een tijdelijke extra impuls gericht op preventie van gezondheidsrisico's bij vluchtelingen die als statushouder in de gemeenten komen wonen. Onderdeel daarvan is een kennisdelingsprogramma dat loopt tot half 2018. Het Pharos programma Gezondheid asielzoekers en vluchtelingen zal in 2017 parallel aan, en in nauwe afstemming met het Kennisdelingsprogramma Gezondheid en Vitaliteit Vluchtelingen uitgevoerd worden.

De komende tijd zal de kennisverspreiding van Pharos zich richten op de kwaliteit en toegang tot zorg voor vluchtelingen in gemeenten. Daar hoort ook deskundigheidsbevordering bij. Op basis van eerdere trainingen en van vragen vanuit de beroepsgroep POH-GGZ werkt Pharos aan een trainingsaanbod voor POH-GGZ. Daarnaast komen er nieuwe factsheets en kennisdossiers over gezondheid en zorg aan vluchtelingen beschikbaar.

Bronnen

- Haker F., Muisenbergh M. van den, Torensma M., Berkum M. van, Smulders E., Looman B., Wieringen J. van, Bloemen E. & Bokhoven R. van. Kennissynthese gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning. Utrecht: Pharos; 2016.
- Magnée T., Beurs D. de, Bakker D. de & Verhaak P. Verlicht de POH-GGZ de werkdruk van de huisarts? Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2016; 160: D983.
- Magnée T., Beurs D. de & Verhaak P. Consulten bij de huisarts en de POH-GGZ in verband met psychosociale problematiek. Een analyse van NIVEL Zorgregistraties gegevens van 2010-2014. NIVEL: Utrecht; 2015. Beschikbaar via:
<http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Factsheet-consulten-bij-huisarts-POH-GGZ.pdf>
- Mok L., Wenning H., Vries I. de, Terluin B., Hazen A., Dieren R. van, Klaasen H.W., Boonstra N., Dankers S. & Eimers M. Handboek POH-GGZ. Bohn Stafleu van Loghum: Houten; 2016.
- Rijksoverheid (a). Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Rijksoverheid: 2016. Beschikbaar via:
<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/inhoud/basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz>
- Rijksoverheid (b). Samenstelling asielinstroom verandert. Rijksoverheid: 2016. Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2016/03/14/samenstelling-asielinstroom-verandert>

Bijlage 1: Vragenlijst

Ervaringen van POH-GGZ met zorg aan vluchtelingen

Op verzoek van het ministerie van VWS heeft Pharos recent twee rapporten uitgebracht betreft de gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning. Hieruit blijkt dat er op korte termijn meer huisartsbezoek te verwachten is voor psychische klachten en lichamelijke klachten waarvoor geen medische oorzaak gevonden kan worden. De vraag naar zorg verleend door POH-GGZ kan daardoor mogelijk toenemen.

Uit de literatuur en een kleine behoeftepeiling van Pharos onder huisartsen komt naar voren dat huisartsen wat betreft de psychische problematiek van vluchtelingen een rol zien weggelegd voor de POH-GGZ. Graag willen wij van u horen of, en zo ja welke, ervaring u heeft met de zorg voor deze cliëntengroep en welke problemen u eventueel daarin tegen komt, zodat we uw wensen en behoeften in kaart kunnen brengen.

Het invullen van de vragenlijst neemt maximaal 10 minuten in beslag. De vragenlijst is anoniem, aan het einde van de vragenlijst kunt u als u dat wil zelf uw contactgegevens invullen.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

A. Demografische gegevens

1. Geslacht:

- Man
 Vrouw

2. Leeftijd:

- < 30 jaar
 30 - 40 jaar
 40 - 50 jaar
 50 - 60 jaar
 > 60 jaar

3. Wat is uw achtergrond (meerdere antwoorden mogelijk):

- Maatschappelijk werker
 Psychiatrisch Verpleegkundige
 Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
 Psycholoog
 Orthopedagoog
 Anders: _____

4. De huisarts(en)praktijk waarin u werkzaam bent bevindt zich in:

- Grote stad
 Grote stad - achterstandswijk
 Kleine / middelgrote stad
 Kleine / middelgrote stad - achterstandswijk
 Dorp
 Anders: _____

B. Ervaring

Onder vluchteling verstaan we in deze vragenlijst iemand die gevlucht is uit een ander land en een verblijfsvergunning heeft ontvangen.

Onder een migrant verstaan we in deze vragenlijst mensen van niet-Nederlandse afkomst die om andere redenen naar Nederland gekomen zijn of kinderen hiervan.

5. Heeft u wel eens een vluchteling als cliënt gehad?

- Ja
- Nee (*ga verder bij vraag 13, onderdeel C: Ondersteuning*)

5a. Zo ja, kunt u een inschatting maken hoeveel vluchtelingen u ongeveer het afgelopen jaar gezien heeft?

- < 5
- 5 - 10
- 10 - 25
- 25 - 50
- > 50

5b. Waren dit recent gearriveerde vluchtelingen die niet langer dan 2 jaar in Nederland zijn? Denk bijvoorbeeld aan Syrische, Eritrese of Irakese nieuwkomers.

- Ja
- Nee
- Dat weet ik niet

5c. Waren dit vluchtelingen die al langer dan 2 jaar in Nederland wonen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ja, langer dan 2 jaar maar korter dan 5 jaar
- Ja, langer dan 5 jaar in Nederland
- Nee
- Dat weet ik niet

6. Verschillen de klachten en klachtenpresentatie van deze groep ten opzichte van andere cliënten?

- Ja
- Nee

6a. Zo ja, in welk opzicht? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Depressie
- PTSS
- Psychosomatische klachten / lichamelijk onverklaarbare klachten
- Angststoornis
- Anders: _____

6b. Licht uw antwoord bij 6a toe. Komen bovenstaande klachten vaker voor bij vluchtelingen in vergelijking met migranten? En in welk opzicht verschilt de presentatie van de klachten?

6c. Licht uw antwoord bij 6a toe. Komen bovenstaande klachten vaker voor bij vluchtelingen in vergelijking met autochtone cliënten? En in welk opzicht verschilt de presentatie van de klachten?

7. Merkt u verschil in de effectiviteit van de behandeling tussen vluchtelingen en andere cliënten?

- Ja
 Nee

7a. Zo ja, in welk opzicht?

8. Merkt u verschil in ziektebeleving van psychische klachten bij de groep vluchtelingen ten opzichte van migranten en autochtonen? (bijvoorbeeld: psychiatrie is taboe)

- Ja
 Nee

8a. Zo ja, in welk opzicht?

9. Hoe ervaart u de behandeling van vluchtelingen in vergelijking met andere cliënten?

10. Het is bekend dat deze groep soms specifieke problemen heeft in de gezondheidszorg (zie o.a. studies Pharos). Heeft u de volgende problemen gezien? **(Meerdere antwoorden mogelijk.)**

- Ik kan deze cliënten moeilijker verwijzen naar basis ggz of specialistische ggz.
 Ik merk dat deze cliënten door de basis ggz en specialistische ggz te snel ontslagen worden.
 Ik merk dat vluchtelingen niet de behandeling krijgen die ik eigenlijk nodig zou vinden omdat zij de eigen bijdrage (risico) niet kunnen betalen.
 Ik merk dat zij vaker weg blijven op afspraken dan andere cliënten.
 Ik merk dat zij hun gezondheidsklachten minder goed duidelijk kunnen maken.
 Ik merk dat het lastiger is om deze groep over hun klachten, ziekte en/of behandeling voldoende te informeren.
 Ik merk dat deze groep vaak minder vertrouwen heeft in de zorgverlener.
 Ik merk dat de normale consultduur te kort is voor deze cliënten.
 Ik ondervind problemen bij het inschakelen van een professionele tolk.

Licht uw antwoord bij vraag 10 toe (met name indien de verwijzing niet lukt):

11. Maakt u wel eens gebruik van de tolkentelefoon?

- Ja
 Nee

11a. Maakt u wel eens gebruik van onderstaande manieren wat betreft tolken?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- Kind van de cliënt
- Echtgenoot van de cliënt
- Informele tolk (kennis van de cliënt)
- Anders: _____

C. Ondersteuning

12. Zijn er problemen waar u tegen aan loopt in de behandeling van vluchtelingen? En wat zou u helpen?

13. Zou u meer kennis willen hebben over psychosociale problemen van vluchtelingen?

- Ja
- Nee

13a. Zo ja, aan welke informatie heeft u behoefte?

13b. Hoe zou u deze informatie aangeboden willen hebben? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Via folders / brochures / factsheets
- Via een e-learning module
- Via een workshop of training
- Via een informatieve website
- Anders:

14. Heeft u behoefte aan nascholing of bijscholing over de psychosociale problemen en zorg voor vluchtelingen?

- Ja
- Nee

14a. Zo ja, over welke onderwerpen zou de na- of bijscholing moeten gaan?

15. Mogen wij u eventueel benaderen voor enkele aanvullende vragen?

- Ja
- Nee

15a. Zo ja, vul hieronder uw naam en e-mailadres in:

Naam:

E-mail:

Ruimte voor overige opmerkingen:

Hartelijk dank voor uw medewerking!