

Barrières in de ggz voor asielzoekers in hoge-inkomenslanden

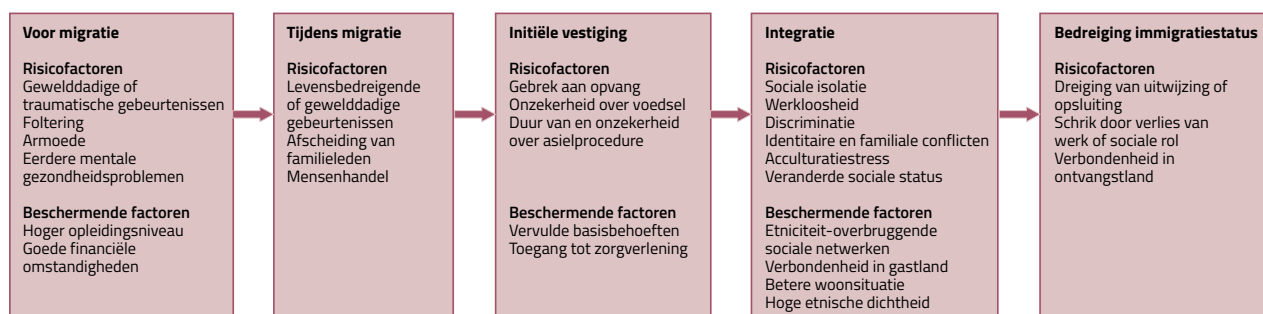
L. Claus, L. Van de Vliet, K. Dockx, B.G.C. Sabbe, N. Destoop, S. van den Aemele

- Achtergrond** Ondanks een hoog voorkomen van psychiatrische aandoeningen bij asielzoekers, is het gebruik van psychiatrische zorgverlening erg laag. Barrières in de toegang tot de zorg spelen hierin mogelijk een belangrijke rol.
- Doel** Onderzoeken welke barrières er zijn voor zowel patiënt als zorgverlener binnen de ggz voor volwassen en adolescenten asielzoekers in hoge-inkomenslanden.
- Methode** Een narratief literatuuroverzicht, op basis van een systematische evaluatie van de wetenschappelijke literatuur.
- Resultaten** In een narratieve synthese van de resultaten identificeerden we zes categorieën barrières: gebrek aan kennis van het gezondheidszorgsysteem, taalbarrières, verschillen in opvattingen en in verwachtingen van ggz, gebrek aan vertrouwen in autoriteit, en structurele moeilijkheden.
- Conclusie** Verschillende interventies zijn mogelijk om deze gevonden thematische barrières aan te pakken. Verder onderzoek naar behoeften en interventies is aangewezen en dit met specifieke aandacht voor de Belgische en Nederlandse context.

Het aantal mensen dat gedwongen werd hun huis te verlaten als gevolg van conflicten, vervolging, geweld of mensenrechtenschendingen neemt de laatste jaren progressief toe. Eind 2020 ging dit wereldwijd om 82,4 miljoen mensen (UNHCR 2021) en inmiddels is dit aantal zelfs al de 100 miljoen gepasseerd (<https://www.unhcr.org/globaltrends.html>). In België en Nederland verzochten in 2020 respectievelijk 16.910 en 17.585 personen internationale bescherming (CBS 2021; CGVS 2021). In 2019, voorafgaand aan de COVID-19-pandemie, ging dit om respectievelijk 27.742 en 26.175 personen. In een recente meta-analyse meldt men specifiek bij asielzoekers hoge prevalentiecijfers voor posttraumatische stressstoornis (PTSS) en depressie, respectievelijk 25,5% en 30,1%. Prevalentiecijfers voor angststoornissen en psychose zijn respectievelijk 11% en 1,5%

(Blackmore e.a. 2020). Tussen onderzoekspopulaties wordt hierin een grote heterogeniteit vastgesteld. Naast methodologische verschillen spelen ook verschillen in risico- en beschermende factoren tijdens de migratiecyclus een rol in deze heterogeniteit (zie **figuur 1**) (Giacco 2019). Voor asielzoekers spelen talrijke risicofactoren voor psychiatrische aandoeningen, waaronder blootstelling aan trauma, gebrek aan opvang, onzekerheid, en lange duur van de asielpprocedure. Toegang tot zorgverlening is daarentegen een aangetoonde beschermende factor (Dennis e.a. 2017). Het gebruik van ggz door asielzoekers is echter laag in verhouding tot de behoefte (Satinsky e.a. 2019). Zo toont Nederlands onderzoek dat slechts

Figuur 1. Kritieke periodes voor de geestelijke gezondheid van asielzoeker en vluchtelingen met risicofactoren en beschermende factoren (naar Giacco 2019)



AUTEURS

Lukas Claus, arts in opleiding tot psychiater, Vrije Universiteit Brussel (VUB); PhD-student, Universiteit Antwerpen (UA), Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI).

Laura Van de Vliet, psychiater, beleidsarts POZAH-project, PZ Sint-Alexius Grimbergen.

Karolien Dockx, psychiater PZ Sint-Alexius Grimbergen.

Bernard Sabbe, emeritus hoogleraar Psychiatrie, Universiteit Antwerpen (UA), Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), POZAH-project PZ Sint-Alexius Grimbergen.

Nathalie Destoop, klinisch psycholoog, onderzoeker en referent cultuursensitieve zorg, PZ Sint-Alexius Grimbergen, Consortium transculturele psychiatrie (Be-Nl).

Seline van den Aemele, psychiater, Vrije Universiteit Brussel (VUB), Universitair Ziekenhuis Brussel (UZ Brussel).

Correspondentie

Lukas Claus (lukas.claus@uantwerpen.be)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-5-2022.

Citeren

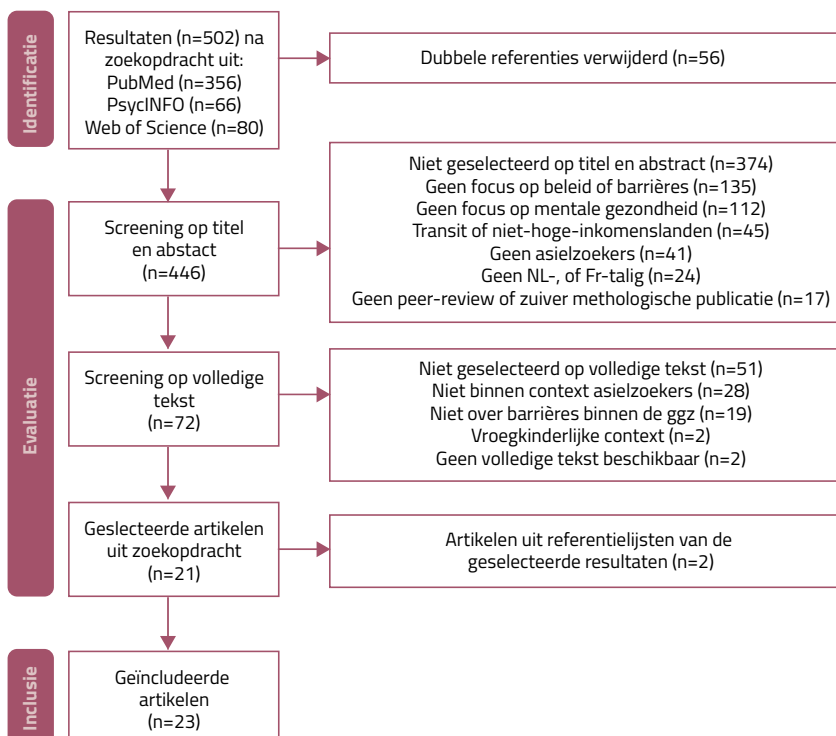
Tijdschr Psychiatr. 2022;64(8):524-528

8,8% van de Iraakse asielzoekers met een psychiatrische stoornis contact had met ggz (Laban e.a. 2007). Beter inzicht in de mogelijke barrières tot ggz voor asielzoekers is daarom noodzakelijk. In dit literatuuronderzoek gaan we na wat de barrières zijn in de toegang tot ggz voor adolescente en volwassen asielzoekers in hoge-inkomenslanden.

Methode

Wij verrichtten een studie gebaseerd op een systematische evaluatie van de literatuur tot december 2021, met een narratieve synthese van de beschikbare evidentie. We zochten in PubMed, PsycINFO en Web of Science met de volgende zoektermen: ‘((asylum seeker) AND (mental healthcare)) AND ((barriers) OR (challenges))’. Het selectieproces wordt weergegeven in **figuur 2**.

Figuur 2. PRISMA-stroomdiagram



We includeerden studies die rapporteerden over asielzoekers, met een focus op de barrières voor toegang tot ggz, en we excludeerden onderzoeksresultaten uit vluchtelingenkampen, lage- en middeninkomens- of transitlanden. Studies zonder peer review of zonder duidelijke onderzoeksstrategie werden evenmin opgenomen. Studies met een gemengde populatie van volwassenen en adolescenten (o.a. niet-begeleide minderjarigen) includeerden we wel, maar studies met een zuivere focus op een pediatrische populatie niet.

In de resultatensectie bespreken we algemene bevindingen voor de hoge-inkomenslanden wereldwijd; in de discussie staan we expliciet stil bij de Nederlands-Belgische context en mogelijke interventies.

RESULTATEN

We selecteerden 23 publicaties (11 originele onderzoeksartikelen en 12 overzichtartikelen), waarvan we de bevindingen structureerden volgens 6 centrale thema's.

Gebrek aan kennis van het gezondheidszorgsysteem en rechten op zorg

Het ontbreekt zowel asielzoekers als zorgverleners vaak aan kennis over de rechten op zorg, of over de procedures om deze toegang te verkrijgen (Donnelly e.a. 2011; Chiarenza e.a. 2019). Ook ervaren asielzoekers het als uitdagend om een weg te vinden in een vreemd en complex gezondheidszorgsysteem (Asgary & Segar 2011; Donnelly e.a. 2011; Chiarenza e.a. 2019; Derlet & Deschietere 2019; Schein e.a. 2019; van der Boor & White 2020). Aangezien zij vaak deel uitmaken van besloten sociale gemeenschappen is het moeilijk om informatie hierover binnen hun primaire steungroep te achterhalen (Asgary & Segar 2011). Ook zorgverleners benoemen een gebrek aan kennis over het gezondheidsnetwerk en de bijzondere noden van asielzoekers (Derlet & Deschietere 2019).

Bepaalde beheersing van de taal van het gastland

Verschillende auteurs identificeerden taalbarrières als een van de belangrijkste uitdagingen in de zorg voor asielzoekers (Bischoff e.a. 2003; Asgary & Segar 2011; Donnelly e.a. 2011; Colucci e.a. 2015; Satinsky e.a. 2019; Schein e.a. 2019; Fennig & Denov 2021). Bischoff e.a. beschrijven dat bij moeilijke communicatie tussen asielzoekers en zorgverleners, er 2 tot 3 keer minder symptomen worden gerapporteerd. Desondanks beschikte slechts 53% van Europese ggz-diensten voor vluchtelingen en asielzoekers over tolken (Satinsky e.a. 2019). Tolken door familieleden is hierop geen goed antwoord (Donnelly e.a. 2011). Werken met professionele tolken helpt om het probleembegrip te optimaliseren, een vertrouwensvolle patiëntrelatie uit te bouwen en het engagement van de patiënt in de zorgverlening te vergroten (Bischoff e.a. 2003; Fennig & Denov 2021; Colucci e.a. 2015).

Uitingsvormen van lijden, ziekteverklaringen en stigma

De populatie van asielzoekers is een uiteenlopende groep met een variatie aan culturele achtergronden, die op hun beurt een belangrijke invloed hebben op de houding tegenover geestelijke gezondheid (Priebe e.a. 2016). In de hulpverlening voor asielzoekers is het een uitdaging om het onderscheid te maken tussen psychiatrische aandoeningen en symptomen van tijdelijke ontredde (Derlet & Deschietere 2019). Daarnaast kan het moeilijk zijn om bepaalde uitingen van psychische moeilijkheden te erkennen, zoals somatisatie (Byrow e.a. 2020). Ook worden cultuurconforme reacties soms onterecht als pathologisch ingeschat (Sen 2016; Jannesari e.a. 2020).

Vaak hanteren asielzoekers andere verklaringssystemen, soms religieus of bovennatuurlijk van aard (Byrow e.a. 2020; Jannesari e.a. 2020), of is er een andere, soms beperktere notie van geestelijke gezondheid (Donnelly e.a. 2011; Satinsky e.a. 2019). Dit kan leiden tot een gevoel van incongruentie tussen het zorgsysteem en de ervaren noden (Kiselev e.a. 2020). Asielzoekers hebben behoefte aan aandacht voor hun gewoontes en verklaringen. Het is als zorgverlener van belang om deze overtuigingen als legitiem en betekenisvol te erkennen (Asgary & Segar 2011; Colucci e.a. 2015; Jannesari e.a. 2020; van der Boor & White 2020).

Tot slot bleek stigma herhaaldelijk een significante barrière voor psychiatrische zorgverlening. Zowel het ervaren van psychische problemen als het aangaan van zorgverlening werd als stigmatiserend ervaren (Piwowarczyk e.a. 2014; Byrow e.a. 2020; van der Boor & White 2020). Zorgverleners die met asielzoekers werken, geven aan dat negatieve voorstellingen over psychiatrie (65,7%) en vrees voor stigma in de eigen gemeenschap (66,4%) de twee belangrijkste barrières vormen in deze populatie (Bartolomei e.a. 2016).

Verwachtingen over behandelrelatie en behandeling

De culturele achtergrond van patiënten heeft ook een impact op hun verwachtingen van de ggz. Patiënten kunnen hoge verwachtingen hebben van klinici. Zo kunnen sommigen hopen dat klinici hun levensomstandigheden kunnen verbeteren of kunnen helpen bij de asielaanvraag (Priebe e.a. 2016; Derlet & Deschietere 2019). Er kunnen ook discrepanties ontstaan tussen de verwachtingen inzake behandeltrajecten, bijv. een mediceutische versus psychotherapeutische aanpak (Hassan e.a. 2016; Schein e.a. 2019; van der Boor & White 2020). De noodzaak van een trauma-gevoelige benadering wordt herhaaldelijk vermeld (Colucci e.a. 2015; Due e.a. 2020). Cultuureigen behandelmethoden kunnen voor asielzoekers een positieve waarde hebben, terwijl er vaak bezorgdheid heerst over westerse behandelmethoden (Byrow e.a. 2020). Behandelingen gericht op functioneel herstel zouden beter aansluiten bij de hulpvraag dan bijvoorbeeld gesprekstherapie (Sen 2016). De verwachting

dat problemen holistisch worden benaderd, blijkt een weerkkerend thema (Colucci e.a. 2015; Jarlby e.a. 2018).

Gebrek aan vertrouwen

Asielzoekers kunnen een gebrek aan vertrouwen in publieke organisaties hebben, mede veroorzaakt door hun eigen ervaringen. Dit ondermijnt het vertrouwen in een buitenlands gezondheidszorgsysteem en het delen van gevoelige informatie (Colucci e.a. 2015; van der Boor & White 2020; Byrow e.a. 2020).

Wantrouwen tegenover zorgverleners wordt veroorzaakt door de vrees dat zij op geld uit zijn of dat zij informatie zouden doorgeven aan publieke instanties of naasten. Dit wantrouwen kan worden versterkt door de angst de zorgverlener niet te kunnen betalen en hiervoor vervolgd te worden, door het gevoel niet begrepen te worden, of door het krijgen van onduidelijke verklaringen (Asgary & Segar 2011; Colucci e.a. 2015).

Ook de publieke opinie en het beleid aangaande asielzoekers hebben invloed op de geestelijke gezondheid van asielzoekers. Een anti-immigratieretoriek induceert vermijding van gezondheidszorg door asielzoekers en een negatieve overdracht naar hulpverleners (da Silva Rebelo e.a. 2018).

Structurele en praktische moeilijkheden

Financiële beperkingen en preciaire leefomstandigheden kunnen asielzoekers dwingen prioriteit te geven aan basisbehoeften in plaats van aan geestelijke gezondheid (Bartolomei e.a. 2016; Derlet & Deschietere 2019). Dit leidt tot overconsumptie van spoedeisende zorgverlening en gebrek aan continuïteit van zorg (Asgary & Segar 2011; Colucci e.a. 2015; Derlet & Deschietere 2019). De notie van preventieve gezondheidszorg is vaak beperkt, en sommige asielzoekers rapporteerden dat men gezond blijft door weg te blijven bij dokters (Asgary & Segar 2011; van der Boor & White 2020).

Verschillende auteurs benoemden de weinig aangepaste zorgvoorzieningen in bepaalde landen (Asgary & Segar 2011; Donnelly e.a. 2011; Chiarenza e.a. 2019). Dit leidt tot overbevraging of lange wachtlijsten (Colucci e.a. 2015; Satinsky e.a. 2019; Kiselev e.a. 2020). Ggz voor asielzoekers is geen beleidsprioriteit, daar ze vaak reeds ontoereikend is voor de algemene bevolking (Pollard & Howard 2021). Door gebrekkige evaluatie van de psychische noden in deze populatie blijven deze onduidelijk voor de beleidsmakers (Kiselev e.a. 2020).

DISCUSSIE

In ons literatuuronderzoek structureerden wij verschillende barrières tot de ggz voor asielzoekers volgens 6 centrale thema's.

Een eerste barrière betreft de complexiteit van het gezondheidszorgsysteem en kennis over rechten op zorg. Ook Belgische en Nederlandse rapporten beschrijven de behoefte aan betere informatie voor hulpverleners en de complexe administratieve procedures (van

Willigen 2010; Dauvrin e.a. 2019). Aangepaste informatie en begeleiding naar zorg kunnen de toegankelijkheid vergroten (Asgary & Segar 2011; Chiarenza e.a. 2019; Derlet & Deschietere 2019).

Communicatiemoeilijkheden vormen een belangrijke barrière (Byrow e.a. 2020). Uit een bevraging van asielzoekers in Nederland blijkt dat tolken voor hen cruciaal zijn, maar niet standaard ingeschakeld worden (van Willigen 2010). In België is er volgens betrokkenen een tekort aan tolken en interculturele bemiddelaars. De waarde van interculturele bemiddelaars (*cultural brokers*) is dat deze tegemoetkomen aan zowel taal- als sociaal-culturele barrières. Uitbreiding van het huidige aanbod van interculturele bemiddeling, sensibilisering, en integratie van de financiering kunnen op korte termijn beterschap bieden (Dauvrin e.a. 2019).

Verschillen qua opvattingen over en verwachtingen van de ggz worden zowel door Belgische als Nederlandse zorgverleners als uitdagend ervaren (van Willigen 2010; Dauvrin e.a. 2019). Culturele factoren hebben een sterke invloed op de uiting en ervaring van psychische moeilijkheden (Kleinman 1977). Voor een accurate beoordeling en aanpak van de moeilijkheden is het noodzakelijk de culturele context en ziekteverklaring van de patiënt in kaart te brengen (van Willigen 2010). Het gebruik van het *Cultural Formulation Interview* is hiervoor een waardevol instrument (Hassan e.a. 2016). Dit instrument zou breder ingezet moeten worden in de ggz.

Nederlandse zorgverleners melden meer deskundigheid te willen verwerven inzake interculturele competenties (van Willigen 2010). In het Belgische reguliere gezondheidszorgsysteem is er een groot gebrek aan ggz voor asielzoekers (Dauvrin e.a. 2019). Gestructureerde opleiding van zorgverleners kan hierop een antwoord bieden (van Willigen 2010; Dauvrin e.a. 2019).

Ook om stigma te vermijden zijn voorlichtings- en ondersteuningsprogramma's en een outreachende werking voor asielzoekers van cruciaal belang (Chiarenza e.a. 2019; Satinsky e.a. 2019). Betrokkenheid en een holistische blik van de zorgverlener kunnen bijdragen aan meer vertrouwen en positievere relaties in gastlanden waar negatieve maatschappelijke opvattingen over asielzoekers bestaan (Pollard & Howard 2021).

In het volgende box (**vignet**) schetsen we hoe men binnen een lokaal zorginitiatief voor asielzoekers tracht om met enkele van deze barrières zo goed mogelijk aan de slag te gaan.

Beperkingen

Ons literatuuronderzoek heeft beperkingen. Daar asielzoekers regelmatig samen met erkende vluchtelingen worden onderzocht, is de geconsulteerde literatuur vaak niet exclusief gericht op asielzoekers. Ook hanteren niet alle landen dezelfde definitie van asielzoeker en zijn er tussen de onderzochte populaties asielzoekers belangrijke verschillen qua afkomst, verblijfsduur en toegang tot voorzieningen. Daarnaast evolueert de samenstelling van de vluchtelingenstroom continu. Deze factoren

Vignet: POZAH

POZAH staat voor Psychiatrische Ondersteuning en Zorg voor Asielzoekers aan Huis. Het initiatief is ingebed in het ggz-netwerk SaVHA?! (Halle-Vilvoorde) en de instelling is verbonden aan het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Alexius te Grimbergen.

POZAH biedt een behandeltraject op vrijwillige basis aan volwassen asielzoekers met een ernstige psychiatrische problematiek binnen een lopende asielprocedure.

De inclusies gebeuren in overleg met de medische diensten van opvangcentra voor asielzoekers.

De gesprekken vinden zoveel mogelijk plaats met ondersteuning van een professionele tolk. Waar mogelijk zet men in op het verwerven van Nederlandse taalvaardigheden. Het Brief Cultural Interview wordt gehanteerd om culturele identiteit, ziekteverklaring en verwachtingen rond ggz samen in kaart te brengen (Groen e.a. 2017). Indien familieleden aanwezig zijn, tracht men hen daarbij te betrekken en oog te hebben voor hun opvattingen en verwachtingen. Ook maakt men ruimte om het taboe dat nog vaak op mentaal welzijn rust, bespreekbaar te maken. Samen met de sociale diensten van de asielcentra volgt men de status van de asielprocedure.

In een latere fase probeert men een aangepast ambulantly zorgnetwerk uit te bouwen in samenspraak met de betrokken zorginstanties. Er is ook aandacht voor coaching van de reguliere zorgactoren. Een volledig begeleidingstraject duurt gemiddeld 1 jaar.

beperken de generaliseerbaarheid van de bevindingen. We rapporteerden de data narratief in plaats van systematisch, daar de grote heterogeniteit binnen de geïncludeerde publicaties een eenduidige interpretatie bemoeilijkt. Aan de hand van de resultaten van dit literatuuroverzicht is een analyse van het bestaande zorgaanbod in België en Nederland aangewezen om gericht te kunnen interveniëren. Tot op heden is hierover weinig informatie beschikbaar. Ook de effectiviteit van interventies die de toegankelijkheid van zorg voor asielzoekers kunnen verbeteren, is onvoldoende onderzocht. Dit zijn belangrijke suggesties voor verder onderzoek.

CONCLUSIE

Hoewel psychiatrische aandoeningen bij asielzoekers vaak voorkomen, blijft het gebruik van psychiatrische zorgverlening erg laag. Verschillende barrières spelen hierin een rol: gebrek aan kennis van het gezondheidszorgsysteem, taalbarrières, culturele opvattingen en verwachtingen van ggz, een fundamenteel gebrek aan vertrouwen, en structurele moeilijkheden. Van de verschillende voorgestelde interventies is de effectiviteit maar beperkt onderzocht. Specifiek voor de Belgische en Nederlandse context is verder onderzoek aangewe-

zen om de noden en mogelijke interventies beter in kaart te brengen.

☞ Het PZ Sint-Alexius Grimbergen en in het bijzonder Godfried Van Beuren faciliteerden onze onderzoeksactiviteiten.

LITERATUUR

- Asgary R, Segar N. Barriers to health care access among refugee asylum seekers. *J Health Care Poor Underserved* 2011; 22: 506-22.
- Bartolomei J, Baeriswyl-Cottin R, Framorando D, e.a. What are the barriers to access to mental healthcare and the primary needs of asylum seekers? A survey of mental health caregivers and primary care workers. *BMC Psychiatry* 2016; 16: 336.
- Bischoff A, Bovier PA, Rrustemi I, e.a. Language barriers between nurses and asylum seekers: Their impact on symptom reporting and referral. *Soc Sci Med* 2003; 57: 503-12.
- Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, e.a. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2020; 17: e1003337.
- Byrow Y, Pajak R, Specker P, N, e.a. Perceptions of mental health and perceived barriers to mental health help-seeking amongst refugees: A systematic review. *Clin Psychol Rev* 2020; 75: 101812.
- CBS. Hoeveel asielzoekers komen naar Nederland? 2021.
- CGVS. Asielstatistieken - BILAN 2020; 2021 01/2021.
- Chiarenza A, Dauvrin M, Chiesa V, e.a. Supporting access to healthcare for refugees and migrants in european countries under particular migratory pressure. *BMC Health Serv Res* 2019; 19: 513.
- Colucci E, Minas H, Szwarc J, e.a. In or out? Barriers and facilitators to refugee-background young people accessing mental health services. *Transcult Psychiatry* 2015; 52: 766-90.
- da Silva Rebelo MJ, Fernández M, Achotegui J. Mistrust, anger, and hostility in refugees, asylum seekers, and immigrants: A systematic review. *Can Psychol* 2018; 59: 239-51.
- Dauvrin M, Detollenaere J, De Laet C, e.a. Asielzoekers: Opties voor een meer gelijke toegang tot gezondheidszorg. Een stakeholderbevestiging – synthese. Report No. D/2019/10.273/51. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2019.
- Dennis C-L, Merry L, Gagnon AJ. Postpartum depression risk factors among recent refugee, asylum-seeking, non-refugee immigrant, and Canadian-born women: Results from a prospective cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017; 52: 411-22.
- Derlet O, Deschietere G. Providing psychiatric healthcare to asylum seekers: Reflections and challenges. *Psychiatr Danub* 2019; 31: 395-9.
- Donnelly TT, Hwang JJ, Este D, e.a. If I was going to kill myself, I wouldn't be calling you. I am asking for help: Challenges influencing immigrant and refugee women's mental health. *Issues Ment Health Nurs* 2011; 32: 279-90.
- Due C, Green E, Ziersch A. Psychological trauma and access to primary healthcare for people from refugee and asylum-seeker backgrounds: A mixed methods systematic review. *Int J Ment Health Syst* 2020; 14: 71.
- Fennig M, Denov M. Interpreters working in mental health settings with refugees: An interdisciplinary scoping review. *Am J Orthopsychiatry* 2021; 91: 50-65.
- Giacco D. Identifying the critical time points for mental health of asylum seekers and refugees in high-income countries. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019; 29: e61.
- Groen SP, Richters A, Laban CJ, e.a. Implementation of the Cultural Formulation through a newly developed Brief Cultural Interview: Pilot data from the Netherlands. *Transcult Psychiatry* 2017; 54: 3-22.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.