

Culturele diversiteit in de geestelijke gezondheidszorg

M.H. Özgen, F. Karimi, M.H. Braakman

- Achtergrond** Van de totale Nederlandse bevolking heeft 25,7% een migratieachtergrond. De herkomstlanden, migratiemotieven en verblijfsduur in Nederland zijn erg divers.
- Doel** Een overzicht geven van de culturele diversiteit binnen de psychiatrie van verschillende groepen van mensen met een migratieachtergrond, en ingaan op de uitdagingen in de geestelijke gezondheidszorg aan deze groepen en de positie van transculturele psychiatrie in Nederland.
- Methode** Aan de hand van een integratie van een narratief literatuuroverzicht (zonder systematische search), eigen ervaringen en een fictieve casus bespreken we de belangrijkste groepen. Daarbij gaat het om gastarbeiders als specifieke groep eerstegeneratiemigranten, de tweedegeneratiemigranten met hun eigen problematiek, en tot slot vluchtelingen en ongedocumenteerden met een accumulatie van risicoverhogende factoren.
- Resultaten** Naast aanleg en migratiefactoren draagt onvoldoende begrip van culturele context bij aan de psychiatrische problematiek bij eerste- en tweedegeneratiemigranten. Vluchtelingen en ongedocumenteerden hebben daarnaast een beperkte toegang tot zorg. Voor ongedocumenteerden is er in Nederland een vergoedingensysteem waardoor ook zij een beroep op de zorg kunnen doen. Door meer begrip van culturele achtergronden kunnen professionals hun vaardigheden en communicatie op het gebied van interculturele psychiatrie verder verbeteren.
- Conclusie** Culturele diversiteit van patiëntengroepen leidt tot extra aandachtspunten voor diagnostiek en behandeling.

De afgelopen decennia is de Nederlandse samenleving cultureel steeds diverser geworden. Van de totale Nederlandse bevolking heeft 25,7% een migratieachtergrond. Tot eind 2016 werd hier de term ‘allochtonen’ voor gebruikt (de Ree 2016). Migranten van de eerste generatie zijn in het buitenland geboren (14,2%); tweedegeneratiemigranten zijn in Nederland geboren en hebben ten minste één ouder die immigrant was (11,5%). De herkomstlanden, migratiemotieven en verblijfsduur in Nederland zijn erg divers (Centraal Bureau voor de Statistiek 2022).

De meeste migranten komen naar Nederland voor gezinsvorming of -hereniging en werk. Daarnaast komen veel migranten naar Nederland uit vrees voor vervolging vanwege hun ras of nationaliteit, godsdienst, politieke overtuiging of het behoren tot een bepaalde sociale groep, of vanwege oorlog, conflict of geweld in hun land van herkomst (vluchtelingen). Vluchtelingen die een aanvraag hebben gedaan voor toelating als vluchteling (asielzoekers), een verblijfsstatus hebben gekregen (statushouders) of wiens verzoek tot asiel is afgewezen (uitgeprocedeerden) behoren tot deze groep. Personen zonder geldige verblijfsvergunning krijgen het label ‘ongedocumenteerd’; dit betreft bijvoorbeeld uitgeprocedeerde asielzoekers.

Mensen met een migratieachtergrond hebben om allerlei redenen een grotere kans op psychiatrische aandoeningen. Het migratieproces op zichzelf en ook postmigratiefactoren zoals acculturatie en de sociaal-economische omstandigheden inclusief discriminatie en stigmatisatie zijn potentiële risicofactoren voor psychiatrische problemen (Boedjarath 2016). Daarnaast wordt de klinische presentatie van mentale problemen gekleurd door de culturele achtergrond. Hierdoor worden psychiatrische symptomen minder vaak als zodanig herkend.

Om toegankelijke en effectieve psychiatrische zorg te kunnen verlenen aan patiënten uit alle groepen migranten is cultuursensitieve zorg nodig. Gezien de culturele diversiteit van patiënten met de beschreven migratieachtergronden vragen wij ons in dit artikel af of er specifieke aanvullende aandachtspunten in diagnostiek en behandeling zijn om effectieve psychiatrische zorg te kunnen bieden aan deze patiënten - en zo ja, welke? Om deze vragen te beantwoorden geven we een narratief literatuuroverzicht (zonder systematische zoekactie), integreren onze eigen ervaringen en beschrijven we een fictieve casus.

AUTEURS

Heval Özgen, psychiater, Interculturele psychiatrie, Parnassia, Den Haag, LUMC, Leiden en afd. Transculturele psychiatrie, NVvP.

Forugh Karimi, psychiater, afd. Transculturele psychiatrie, NVvP.

Mario Braakman, bijzonder hoogleraar Transculturele forensische psychiatrie, Opleiding Psychiatrie, Pro Persona, Wolfheze, en vakgroep Criminal Law, Tilburg Law School, Tilburg University, Tilburg.

Correspondentie

Dr. M.H. Özgen (m.h.ozgen@parnassiagroep.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 10-8-2022.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(8):513-516

Gastarbeiders als specifieke groep eerstegeneratiemigranten

In de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw heeft Nederland actief migranten uit Turkije en Marokko geworven wegens een tekort aan laaggeschoolde arbeiders (Dagevos e.a. 2006). Hoewel de bedoeling was dat deze arbeidsmigranten, ook wel ‘gastarbeiders’ genoemd, zouden terugkeren naar hun land van herkomst, bleef de instroom lange tijd groeien en kwam terugkeer sporadisch voor. Deze groep voegde zich bij de groep migranten uit voormalig Nederlands-Indië en later kwamen daar ook migranten uit de Antillen en Suriname bij.

Naast aanleg en migratiefactoren speelt culturele context een rol in de psychiatrische problematiek van de eerstegeneratiemigranten. Zij beleven, presenteren en interpreteren psychische klachten dikwijls anders. Vaak is het eerste contact met hulpinstanties moeizaam. De huisarts ziet minder vaak de noodzaak tot doorverwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg (ggz) (Weide & Foets 1997) - hetgeen ook samenhangt met de mate van cultuursensitieve benadering van de huisarts. Ook heeft deze groep nogal eens een onjuist beeld van en stereotiepe denkbeelden over de ggz doordat deze minder ontwikkeld is in het land van herkomst en door een gebrek aan goed toegankelijke informatie door ggz-instellingen in Nederland (Messing 2003).

Uit literatuuronderzoek blijkt een verhoogde prevalentie van stemmings- en angststoornissen onder Turks-Nederlandse migranten. Over Marokkaans-Nederlandse migranten kon nog geen uitspraak gedaan worden (Schrier e.a. 2017). Verder hebben oudere Turkse en Marokkaanse eerstegeneratiemigranten vaker depressieve symptomen dan Nederlanders zonder migratieachtergrond, met etniciteit als sterke risicofactor (Van der Wurff e.a. 2004). Hoewel Turkse en Marokkaanse

migranten en Nederlanders zonder migratieachtergrond grotendeels dezelfde risicofactoren hebben en dezelfde symptomen vertonen bij depressie, komen daar voor de migrantengroepen ook de extra risicofactoren discriminatie en beperkte participatie in de Nederlandse samenleving bij (Schrier e.a. 2017).

Tweedegeneratiemigranten

We zullen de specifieke problematiek van de tweedegeneratiemigranten aan de hand van een casus introduceren.

Casus

Patiënte A, een alleenstaande dertiger zonder relatie en zonder kinderen, was in behandeling gekomen vanwege, wat ze zelf een burn-out noemde, waarmee ze al enkele jaren te kampen had. Patiënte was een intelligente vrouw met een vwo-diploma, drie niet-afgeronde universitaire opleidingen, en minstens tien tot vijftien kort- tot zeer kortdurende baantjes op haar CV. Een baan vasthouden lukte niet, een relatie continueren evenmin. Met haar ouders en de rest van haar familie was ze vaak in conflict. Ze had weinig vrienden en vertrouwde weinig mensen. Zij had nergens controle over, behalve over haar uiterlijk - ze zag er keurig verzorgd uit - en haar gewicht. Dat laatste wisselde veel en volgde de schommelingen in haar eetpatroon - die op hun beurt door de fluctuaties van haar stemming geleid werden. Zij dacht vaak aan de dood, ook suïcidale gedachten waren haar niet vreemd.

Speelden jeugdtrauma's een rol? Zij was seksueel misbruikt door een familielid, tussen haar 6de en 12de. Daarnaast was er sprake geweest van affectieve verwaarlozing door haar continu ruziënde ouders die zelf met psychische en een scala aan psychosociale problemen te kampen hadden.

Interpretatie

Het verhaal van patiënte A kennen we van bijna iedere doorsnee intakebespreking van een reguliere ggz-instelling. Een klein detail moet nog toegevoegd worden aan deze informatie: patiënte was Marokkaans van de tweede generatie. Verandert dit alles? Of een deel van onze visie op wat er aan de hand zou kunnen zijn met haar en wat voor behandeling ze nodig zou hebben? Brengt deze toegevoegde informatie ons in verwarring?

Wat maakt de casus van patiënte als tweedegeneratie-immigrant anders dan die van een Nederlandse leeftijdgenoot, met in Nederland geboren ouders, die niet of minder hoeft te worstelen tussen twee culturen en alle gevolgen van de migratie voor haarzelf en haar steunsysteem?

In de praktijk gebeurt het helaas vaak dat men óf te veel dingen aan de cultuur (waarbij men etnische afkomst en cultuur regelmatig met elkaar verwart) van de patiënt toekent, óf dat men bij een dergelijke casus puur volgens een medisch-psychiatrische richtlijn handelt en de hulpverlening toespitst op de aangemeldklachten en niet zozeer op de persoon als de drager van het probleem. Wanneer we kijken naar de psychiatrische stoornis op individueel niveau bij beschreven patiënte, lijkt er sprake te zijn van een gefragmenteerd zelfbeeld en beeld van de ander, relationele problemen en niet slagen in het stellen van belangrijke levensdoelen en het behalen ervan. Dit leidt tot recidiverende depressies en wisselende stemmingen.

Als we de casus interpreteren vanuit de socioculturele context van de patiënt, werpt dit licht op de worsteling met de twee macroculturen. In hoeverre is deze patiënte zich daarvan bewust? Hoe gaat ze om met die soms tegenstrijdige realiteiten van haar leven? Hoe gaat ze om met separatie van haar ouders aan wie ze weinig heeft (gehad), maar aan wie ze tegelijkertijd loyaal wil blijven? Dit is een fractie van de complexiteit van de innerlijke worstelingen waar jongvolwassenen met een tweedegeneratiemigratieachtergrond mee te maken hebben. Het vergt veel van hulpverleners. In ieder geval moeten zij in staat zijn om gelaagd te denken, genuanceerd te kijken, gedifferentieerd en doordacht te handelen en bovenal dienen zij zich bewust te zijn van de eigen culturele kaders en vooroordelen. Dat is de kern van cultuursensitief werken.

Vluchtelingen

Veel vluchtelingen zijn blootgesteld aan extreme stress, zoals bedreiging met de dood en/of marteling en andere ernstige sociale tegenslagen voor en tijdens de vlucht. Deze factoren hebben samen met onzekerheid over de uitkomst van de asielprocedure en wisseling van opvanglocaties gevolgen voor hun lichamelijke en geestelijke gezondheid. Vluchtelingen hebben dan ook vaker psychiatrische problemen dan Nederlanders zonder migratieachtergrond en meer behoefte aan zorg (Ikram e.a. 2016). Uit een meta-analyse blijkt dat 13 tot 25%

van de vluchtelingen te maken krijgt met posttraumatische stressstoornis (PTSS) of depressie, vergeleken met respectievelijk 2,6 en 6,0% van de algemene bevolking (Steel e.a. 2009).

De toegang tot zorg, die beperkter is door vermindering, angst voor stigma en onbekendheid, wordt verder beperkt door lange wachttijden en onvoldoende beschikbaarheid en inzet van professionele tolken bij taalbarrières (KNMG 2014). Hierdoor kunnen psychische problemen verergeren. Stress wordt ook minder vaak gezien als een gezondheidsprobleem. Hierdoor worden psychische gezondheidsproblemen lang niet altijd als zodanig herkend. Daarnaast speelt de culturele achtergrond van de zorgaanbieder en diens vermogen tot inleving in de patiënt een rol in het bieden van de juiste geestelijke gezondheidszorg (Kumaş-Tan e.a. 2007; Newell e.a. 2010). Zo worden discriminatie en de mogelijke impact van migratie op mentale gezondheid vaak onderschat en vinden zorgaanbieders dit mogelijk moeilijk om te bespreken (Serneels e.a. 2017). Begrip voor de achtergronden en het vergroten van bewustwording van cultuurverschillen middels voorlichting en ondersteuning voor professionals kunnen hun vaardigheden en communicatie op het gebied van interculturele psychiatrie verbeteren. Zo kan effectieve, cultuursensitieve zorg verleend worden.

Ongedocumenteerden

Ongedocumenteerden, psychosociaal gezien een van de kwetsbaarste groepen in Nederland, zijn veelal onverzekerde en onverzekerbare uitgeprocedeerde asielzoekers of mensen die hun verblijfsstatus om allerlei redenen zijn kwijtgeraakt. In de volksmond wordt hiervoor ook wel de term 'illegalen' of 'illegale asielzoekers' gebruikt. Wij gebruiken liever de term 'ongedocumenteerden' omdat volgens ons een mens niet illegaal kan zijn. De psychiatrische problematiek van ongedocumenteerden is deels vergelijkbaar met die van vluchtelingen. Ze hebben immers vaak eenzelfde achtergrond van het gedwongen moeten verlaten van hun land van herkomst en het aanvragen van asiel, en een vergelijkbaar profiel als het gaat om psychiatrische diagnoses en de wijze van aanpak van hun problematiek.

Echter, bij ongedocumenteerden komt er een aantal complicerende factoren bij: de vluchteling of asielzoekende leeft nog in een fase van hoop, terwijl bij de ongedocumenteerde die fase voor een belangrijk deel al voorbij is: de 'hoop op verblijf' heeft plaatsgemaakt voor de zekerheid van 'niet welkom zijn'. De asielzoekende heeft nog recht op verblijf in een asielzoekerscentrum zolang de procedure loopt, maar de ongedocumenteerde niet meer en zwerft rond (in het ergste geval) of woont ondergedoken (bij een religieuze groepering, humanitaire organisaties of een netwerk van welwillende particulieren). Dus de stressoren die asielzoekers al behoorlijk treffen, komen er bij de ongedocumenteerden nog cumulatief bij.

Inzet ggz-medewerkers voor ongedocumenteerden

Dit betekent niet dat wij als psychiaters of overige ggz-medewerkers niets zouden kunnen doen voor deze groep. Om te beginnen worden veel ongedocumenteerden de deur gewezen door hulpverleners, secretariaten of zorgmanagers die de aanmelding en intakeprocedures beheren. Dat doen ze in de veronderstelling dat onverzekerden geen zorg zouden mogen krijgen. Dat is echter een ernstige denkfout en laakbare handeling. In Nederland is hier namelijk een vergoedingensysteem voor opgezet waardoor ook onverzekerbare vreemdelingen, zoals dat officieel heet, een beroep kunnen doen op zorg.

De hopeloze situatie van uitgeprocedeerden kan verlicht worden doordat velen van hen toch nog een advocaat hebben die ofwel met een hoger beroep bezig is, ofwel met het starten van een nieuwe procedure. Dat betekent vaak dat de advocaat of de ongedocumenteerde zelf een beroep doet op de ggz (lees: de hulpverlener), om middels medische verklaringen het mogelijk te maken om een nieuwe procedure te starten of om de verkregen informatie in juridische procedures te gebruiken. Een landelijke expertwerkgroep werkt nu aan een handreiking voor het verstrekken van informatie in dit soort situaties.

Conclusie

Toenemende culturele diversiteit leidt tot een grotere behoefte aan cultuursensitieve zorg. Meerdere onderzoeken wijzen uit dat de manifestatie en interpretatie van psychische problemen ook beïnvloed worden door een culturele context en ook vragen om zorg die aangepast is aan die culturele context (cultuursensitieve zorg). Met voorlichting en begeleiding kunnen professionals meer bewust gemaakt worden van deze diversiteit en zo kunnen zij uiteindelijk effectieve, interculturele psychiatrische zorg verlenen. Goede psychiatrische zorg dient toegankelijk te zijn voor iedereen, ongeacht iemands achtergrond.

 C.M.H de Vos assisteerde bij het schrijven van dit artikel.

LITERATUUR

- Boedjarath I. Cultuurbewust hulpverlenen: kennis, houding en vaardigheden combineren. *Cultuur en psychodiagnostiek* 2016; 17-33.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. Hoeveel mensen met een migratieachtergrond wonen in Nederland? CBS; 2022. <https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/dossier-asiel-migratie-en-integratie/hoeveel-mensen-met-een-migratieachtergrond-wonen-in-nederland>
- Dagevos J, Mérove G, Kappelhof J, e.a. Survey Integratie Minderheden 2006. Verantwoording van de opzet en uitvoering van een survey onder Turken, Marokkanen, Surinamers, Antillianen en een autochtone vergelijkingsgroep. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2007.
- Ikram U, Stronks K. Preserving and improving the mental health of refugees and asylum seekers. A literature review for the Health Council of the Netherlands. Den Haag: Gezondheidsraad; 2016. file:///D:/downloads%20D/advisory-report-mental-health-of-refugees.pdf
- KNMG. Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg; 2014. <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/tolken-in-de-zorg-2.htm>.
- Kumaş-Tan Z, Beagan B, Loppie C, e.a. Measures of cultural competence: examining hidden assumptions. *Acad Med* 2007 82: 548-57.
- Messing J. De andere stem. Interculturalisatie van de ggz vanuit het perspectief van migranten en vluchtelingen. Utrecht: GGZ Nederland; 2003.
- Newell ML, Nastasi BK, Hatzichristou C, e.a. Evidence on multicultural training in school psychology: Recommendations for future directions. *School Psychology* 2010; 25: 249-78.
- Ree M de. Termen allochtoon en autochtoon herzien. CBS; 2022. <https://www.cbs.nl/nl-nl/corporate/2016/43/termen-allochtoon-en-autochtoon-herzien>.
- Schrier AC, Hogerzeil SJ, De Wit MA, e.a. Depressie en angst bij Turkse en Marokkaanse minderheidsgroepen in Nederland: prevalentie, symptomen, risico- en beschermende factoren in de algemene bevolking. Een systematische review. *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59: 30-9.
- Serneels G, Villanueva O'Driscoll J, Imeraj L, e.a. An intervention supporting the mental health of children with a refugee background. *Issues Ment Health Nurs* 2017; 38: 327-36.
- Steel Z, Chey T, Silove D, e.a. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2009; 302: 537-49.
- Weide MG, Foets M. Migranten en de huisarts: bevindingen uit twaalf onderzoeken in kaart gebracht. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 1997; 75: 4-12.
- Wurff FB van der, Beekman AT, Dijkshoorn H, e.a. Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *J Affect Disord* 2004; 83: 33-41.