

# Huisarts en vluchteling: Veilig, maar nog lang niet zeker

De zorgvraag van vluchtelingen is vaak heel complex. Door ervaringen in het land van herkomst en tijdens de vlucht, zijn velen van hen getraumatiseerd. Bovendien brengt de vaak langdurige asielprocedure veel spanningen met zich mee. En de aanpassing aan de nieuwe cultuur, de confrontatie met andere normen en waarden, en het leren van de Nederlandse taal stellen de vluchteling voor weer nieuwe problemen. Psychische klachten komen dan ook veelvuldig voor. Wat kan de huisarts doen?

## Definitie van een vluchteling

Conventie van Genève (1951) en Protocol van New York (1967):  
'...elke persoon die uit gegronde vrees voor vervolging wegens ras, godsdienst, nationaliteit, het behoren tot een bepaalde sociale groep of zijn/haar politieke overtuiging zich buiten het land bevindt waarvan hij/zij de nationaliteit bezit en de bescherming van dat land niet kan of – uit hoofde van bovengenoemde vrees – niet wil inroepen.'

Hoe lang blijft iemand een vluchteling? Uit deze definitie is af te leiden dat de status van vluchteling eindigt als het mogelijk is om veilig naar het eigen land terug te keren.

## Probleem voor iedere huisarts

Het aantal ingeschreven vluchtelingen per huisartsenpraktijk varieert sterk, maar in elke praktijk zullen er wel enkele ingeschreven staan. Immers, de afgelopen jaren zijn er diverse regelingen voor decentrale opvang gekomen, en vluchtelingen die een verblijfsvergunning hebben gekregen, stromen door naar reguliere huisvesting. De problematiek die verbonden is met het verblijf in den vreemde en de doorgemaakte ervaringen voorafgaande aan de vlucht kan verschillende vormen aannemen. Maar het verleden zal altijd een rol blijven spelen en daarom relevant blijven voor de hulpverlening van de huisarts. De mogelijkheden om vluchtelingen te helpen worden beperkt door vele factoren zoals taalproblemen, onvoldoende financiële mogelijkheden, culturele verschillen, heimwee, zorgen om achtergebleven familieleden en problemen die te maken hebben met de asielprocedure. De huisarts wordt als eerstelijns hulpverlener geconfronteerd met deze ingewikkelde problematiek.

## Achter de klacht

Meestal komen vluchtelingen met lichamelijke klachten op het spreekuur. Achter de gezondheidsklachten kunnen vele psychische en sociale problemen schuilgaan. Zorgvuldige exploratie van de klachten legt mogelijk relaties met ontworteling of ervaringen met geweld bloot. De culturele achtergrond van de vluchteling en diens ervaringen met de gezondheidszorg in het land van herkomst zijn voortdurend aanwezige factoren die het hulpzoekgedrag beïnvloeden.

## Casus

Abdi, een Liberiaanse jongen van 17 jaar, woont samen met drie meerderjarige landgenoten. Hij komt bij u met hoofdpijnklachten die het hem onmogelijk maken naar school te gaan. Bij navraag blijkt hij vaak hele dagen op bed te liggen. De hoofdpijn heeft hij eigenlijk al sinds zijn aankomst in Nederland, twee jaar geleden, maar de laatste maand is deze verergerd. De pijn is diffuus in het hele hoofd en de nek gelokaliseerd. Het lichamelijke onderzoek wijst op pijnlijke nekspieren, met name bij de aanhechting aan het achterhoofd.

## Wat is er aan de hand?

Voor een goede probleemdefinitie zult u Abdi een aantal vragen willen stellen over:

- ▶ *De ideeën van Abdi over zijn klacht en de oorzaak daarvan.* De wijze waarop u hiernaar vraagt is belangrijk. Vluchtelingen zijn vaak niet gewend dat er naar hun eigen inbreng gevraagd wordt. Open vragen (Kun je wat meer vertellen over je hoofdpijn, wanneer heb je er last van gekregen, hoe denk je dat je klachten zijn ontstaan?) kunnen informatie opleveren over de zienswijze van de patiënt. Indirecte vragen zijn soms ook nuttig (Ik heb wel eens gehoord dat mensen hoofdpijn krijgen nadat zij hun hoofd heel erg gestoten hebben of geslagen zijn; speelt dat bij jou ook?), want onze directe manier van vragen wordt niet altijd goed begrepen.
- ▶ *Stressoren.* Stressfactoren die vaak een rol spelen in het vluchtelingenbestaan in Nederland zijn onder andere: de asielprocedure, relaties met huisgenoten, landgenoten of familieleden, berichten uit het thuisland of het ontbreken van informatie over achtergebleven familieleden.
- ▶ *Hoofdpijn.* Natuurlijk is een somatische anamnese gericht op de klacht hoofdpijn hier op zijn plaats. Medicatiegebruik is belangrijk, want medicatieafhankelijke hoofdpijn kan hier een rol spelen. Een hoofdtrauma door geweld of marteling in het verleden kan sterk doorwerken in de beleving van hoofdpijn in het heden. Soms zijn er littekens die nog steeds als pijnlijk worden ervaren. Meestal is een wond goed genezen, maar resteert de psychische schade.
- ▶ *Posttraumatische stressstoornis (PTSS).* Symptomen die wijzen in de richting van PTSS zijn: herbeleving van de traumatische ervaring, vermijding van situaties die herbeleving oproepen, verhoogde prikkelbaarheid en nachtmerries.
- ▶ *Depressie en angst.* Abdi ligt hele dagen in bed. Navraag naar symptomen die wijzen op een depressie of angststoornis is hier op zijn plaats.
- ▶ *Daginvulling en sociale contacten.* U kunt een beeld krijgen van zijn activiteiten door Abdi zijn dag- en nachtritme te laten beschrijven. Hij woont met drie landgenoten in een huis en vermijdt contact met hen. Heeft hij problemen of ruzie met hen?

**Vervolg casus**

Abdi heeft enkele weken geleden gehoord dat zijn asielverzoek is afgewezen. Als hij 18 wordt zal hij het land moeten verlaten. Hij is door de spanning steeds moeilijker gaan slapen en van lieverlee is zijn dag- en nachtritme danig verstoord geraakt. Hij heeft geen contact met zijn familie. Voor zijn vlucht is hij mishandeld door militante groepen jongeren. Hij heeft daarbij hoofdletsel opgelopen. Sindsdien voelt hij pijn in zijn hoofd als hij aan thuis denkt. Het liefst slaapt hij om niet te hoeven denken. Zijn huisgenoten ontloopt hij. Hij denkt dat zijn hoofdpijn door de klappen komt. Hij neemt soms medicijnen, maar die helpen niet. Zijn begeleider van de voogdij-instelling maakt zich zorgen over hem.

**Bepaald geen makkie**

Dit is geen casus waar u als huisarts meteen vat op kunt krijgen. De complexiteit van de problemen, het gebrek aan invloed op factoren als dreigende uitzetting en het gebrek aan sociale contacten maken het moeilijk om een aanknopingspunt te vinden voor effectieve hulp. En wat doet zo'n levensverhaal met uw eigen gevoelens? Dat kan nogal verschillend zijn. Belangrijk is dat u van uzelf weet wat voor invloed het op u heeft. Voelt u medelijden, afschuw, sterke betrokkenheid, angst, machteloosheid, onzekerheid, boosheid? U kunt deze gevoelens in het gesprek met de patiënt benoemen. Voor de patiënt is het goed als u laat zien dat u hem niet in de steek laat met zijn problemen en een luisterend oor biedt. Dat uw mogelijkheden beperkt zijn, is bij vluchtelingen vaak wel bekend.

**Geen lege handen**

Toch is het mogelijk om stap voor stap aan verbetering van de situatie en de klacht te werken. Uitgangspunt is de werkhypothese. Bij Abdi zijn enkele mogelijkheden: spanningshoofdpijn, hoofdpijnklachten als onderdeel van een andere (psychiatrische) aandoening zoals depressie, angststoornis of PTSS, of status na hoofdtrauma. Vervolgens gaat u samen met Abdi na wat deze verwacht van uw hulpverlening. Daarbij probeert u een beeld te krijgen van de wijze waarop hij zelf problemen oplost (copingstijl of -gedrag). Aansluiten bij iemands copingstijl levert vaak verrassende mogelijkheden voor verandering op. Ineffectief probleemoplossend gedrag kunt u proberen te doorbreken. In dit geval kan misschien verandering in de situatie worden gebracht door de dagelijkse activiteiten anders in te vullen. Wellicht kunnen vluchtelingenwerk, voogdij-instelling, schoolbegeleider of maatschappelijk werk u daarbij behulpzaam zijn.

*Hilde de Jong, huisarts,  
wetenschappelijk medewerker NHG*

In de reeks Programma's voor Individuele Nascholing van het NHG is kort geleden het deel 'Huisarts en vluchteling: psychosociale hulpverlening' verschenen.

*In de praktijk* zal in komende nummers meer aandacht besteden aan de zorg voor vluchtelingen. In de komende aflevering vindt u nadere informatie over het werken met tolken.

## Deskundigheidsbevordering

## Delier bij ouderen (2)

### Kort en bondig

Omgaan met een delirante oudere is soms behoorlijk lastig, zeker als deze hyperactief is. De familie kan in paniek zijn en proberen op de patiënt in te praten. De zinnen volgen elkaar snel op, zijn te lang en bevatten te veel moeilijke woorden. Alles gaat dan langs de patiënt heen. Het geven van rust en vertrouwen aan delirante ouderen en het omgaan met hun verwarde denkbeelden vragen extra vaardigheden. Hoe kunt u deze patiënten het best benaderen?

**Casus: Wat is er aan de hand**

Mevrouw Zwart, 79 jaar, woont in een aanleunwoning. Een ziekenverzorgster belt 's avonds rond zeven uur en vertelt dat mevrouw Zwart sinds die middag erg in de war is. Ze vraagt of u wilt langskomen. Inmiddels zijn ook de dochters en de zoon gebeld. Als u aankomt, ziet u mevrouw stilletjes op een stoel zitten. Haar twee dochters zitten aan tafel te ruziën met de schoondochter. U wilt eerst proberen van mevrouw Zwart zelf te horen wat er aan de hand is.

In een tweetal artikelen besteedt *In de praktijk* aandacht aan het delier bij ouderen. Vorige maand werd ingegaan op de opsporing van de onderliggende oorzaak van het delier. Ditmaal gaat het om de omgang met delirante ouderen en hun omgeving. Deze en andere zaken worden besproken in het zojuist verschenen Programma voor Individuele Nascholing Delier bij ouderen, behorend bij de gelijknamige NHG-Standaard.

*Hoe formuleert u uw vragen aan mevrouw Zwart?*

Een vraag aan een patiënt met een delier moet altijd heel kort zijn en gemakkelijk te begrijpen. Dat wil zeggen dat u het beste woorden met weinig lettergrepen kunt gebruiken. Omdat de aandachtsspanne zo klein is, heeft u daarmee de grootste kans op een bruikbaar antwoord. Voorbeelden van korte, duidelijke vragen zijn: Hoe gaat het met u? Doet het plassen pijn? Moet u hoesten?