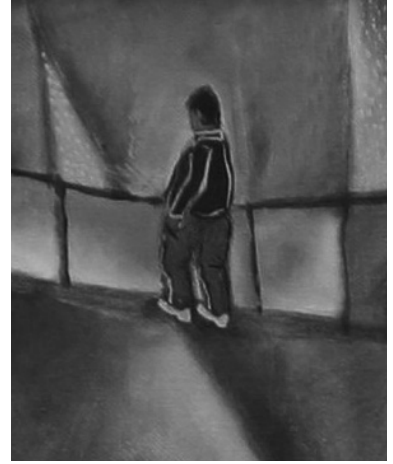


Samenvatting



Nederlandse Studie Irakese Asielzoekers

Invloed van de duur van de asielprocedure op de prevalentie van psychiatrische stoornissen en andere indicatoren van gezondheid bij Irakese asielzoekers in Nederland: een epidemiologische studie.

Deze dissertatie heeft op systematische wijze aard en omvang van psychiatrische stoornissen, kwaliteit van leven, functiebeperkingen en lichamelijke gezondheid onderzocht onder één van de grootste groepen asielzoekers in Nederland. Vervolgens werden de verbanden onderzocht tussen deze gezondheids-indicatoren en de potentiële risico factoren, zoals socio-demografische eigenschappen en schokkende levensgebeurtenissen en stresserende levensomstandigheden voor en na de vlucht uit Irak (de zogenaamde pre- en post migratie risicofactoren). Speciale aandacht werd gegeven aan het verband met de duur van de asielprocedure. Verder werd onderzocht in welke mate de asielzoekers gebruik maakte van welke gezondheidszorg voorziening. De dissertatie besluit met de consequenties van de bevindingen van de studie voor de hulpverleningspraktijk en een uiteenzetting over een veerkracht gericht model voor diagnostiek en behandeling, met name toegespitst op asielzoekers

De asielzoekers die deelgenomen hebben aan het onderzoek (de zogenaamde respondenten), woonden verspreid over heel Nederland. Alle gegevens voor de studie werden verzameld in de jaren 2000 en 2001.

Deel I: Inleiding, methodologie en beschrijvende resultaten

In de tien jaar voorafgaande aan de studie vroegen meer dan drie miljoen mensen asiel aan in één van de Europese landen. In dezelfde periode bedroeg dit aantal in Nederland 300.000, wat een enorme druk legde op het immigratiesysteem. Ongeveer één vijfde van de aanvragen kwam van Irakese vluchtelingen. Vanwege de grote aantallen asielzoekers en het restrictieve toelatingsbeleid groeide het aantal asielzoekers dat in één van de opvangfaciliteiten wachtte op de beslissing over hun aanvraag van 30.000 in 1994 tot 80.000 in 2001. Veel van hen moesten lang wachten op deze beslissing, in 2000 wachtte bijvoorbeeld 34.0% van de 78.200 asielzoekers al meer dan twee jaar.

Veel asielzoekers hadden schokkende gebeurtenissen meegemaakt in hun land van herkomst en hadden (geestelijke) gezondheidszorg nodig. Gezondheidsinstellingen (bijvoorbeeld GGZDrenthe) zagen zich geplaatst voor een taak om zorg te bieden aan een groep waar zij tot dan toe grotendeels onbekend mee waren. Cultuur en

taalverschillen bemoeilijkte het contact en dus de behandeling. Daarnaast was er de indruk dat de lange asielpcedure de behandelresultaten negatief beïnvloedde en dat de gezondheidsproblemen zelfs toenamen gedurende de wachttijd. Omdat de wetenschappelijke literatuur hier geen inzicht in gaf, groeide de behoefte aan een goed opgezet onderzoek en het idee van de Nederlandse Studie Irakese asielzoekers was geboren.

In hoofdstuk 1 wordt een overzicht gegeven van de Nederlandse en de internationale literatuur over gezondheidsproblemen van asielzoekers en vluchtelingen tot aan het jaar van de studie (2000). Deze literatuur toonde aanzienlijke gezondheidsproblemen aan onder asielzoekers en vluchtelingen. Posttraumatische stress-stoornis (PTSS) bleek vaak voor te komen, maar ook andere angststoornissen, depressieve stoornissen en dissociatieve stoornissen werden gerapporteerd. Vaak werden er meerdere stoornissen bij dezelfde respondent gevonden. De studies die specifiek over asielzoekers gingen, waren echter zeer schaars en bovendien hadden deze studies belangrijke wetenschappelijke beperkingen. Een aantal van deze beperkingen waren: het gebruik van niet willekeurig (at random) geselecteerde onderzoeksgroepen, het meten van slechts één of twee stoornissen (meestal PTSS en depressie), het gebruik van instrumenten die alleen in vluchtelingen studie gebruikt worden (wat vergelijking met de algemene populatie bemoeilijkte), geen aandacht voor kwaliteit van leven, functionele beperkingen en lichamelijke gezondheidsklachten en meerdere etnische groepen in één studie.

Vervolgens werd in de literatuur gezocht naar de risicofactoren voor psychiatrische problematiek onder asielzoekers/vluchtelingen. Bij de beschrijving van deze factoren werden pre- en post migratie risicofactoren onderscheiden. Alhoewel de literatuur veel informatie gaf over het belang van de verschillende risicofactoren, bleef de relatieve invloed van schokkende levensgebeurtenissen op (on)gezondheid ten opzichte van de invloed van andere risicofactoren (bijvoorbeeld een lange asielpcedure en post migratie problemen) onduidelijk.

Daarom ontwierpen we een studie onder asielzoekers met als belangrijkste onderzoeksvraag:

Wat is de invloed van een lange asiel procedure op de geestelijke en lichamelijke gezondheid, kwaliteit van leven en dagelijks functioneren van Irakese asielzoekers in Nederland, in relatie tot de pre- en post migratie risicofactoren?

Hoofdstuk 2 beschrijft de methodologie van de studie. In relatie tot de genoemde onderzoeksvraag zou een longitudinaal onderzoek de voorkeur hebben gehad, maar zo een onderzoek bleek niet mogelijk vanwege vele praktische problemen, zoals: frequente verhuizingen, vertrek met onbekende bestemming (MOB) en uitwijzing of onderduiking na een afwijzing van een verblijfsvergunning. Daarom werd een cross-sectioneel bevolkingsonderzoek uitgevoerd waarbij willekeurige steekproeven getrokken werden uit twee groepen die onderling verschilden in duur van verblijf in Nederland (= duur van de asielprocedure): minder dan zes maanden (groep 1) en meer dan twee jaar (groep 2). Van 294 respondenten (groep 1: 143, groep 2: 151) konden de gegevens verzameld en geanalyseerd worden. Er werden volledig gestructureerde, cultureel gevalideerde, Arabischtalige vragenlijsten gebruikt en de interviews werden afgenomen door speciaal getrainde Irakese vrijwilligers. Psychiatrische stoornissen werden gemeten met de WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI, 2.1), kwaliteit van leven met de WHOQoL-Bref, functiebeperkingen met de Brief Disability Questionnaire en lichamelijke gezondheid met een nieuw ontwikkelde lijst die zowel vragen over lichamelijke klachten als over lichamelijke ziektes bevatte.

Meegemaakte schokkende levensgebeurtenissen werden uitgevraagd over vier levensperiodes: (1) 0-12 jaar, (2) 13 jaar – vertrek uit Irak, (3) vertrek uit Irak – aankomst in Nederland en (4) na aankomst in Nederland. Er werd hierbij gebruik gemaakt van de Harvard Trauma Questionnaire. Ervaringen van psychologische of lichamelijke martelingen werden gedetailleerd uitgevraagd met de Exposure to Torture Scale. Daarnaast werden gegevens verzameld over dood en separatie of verlies van familie en verlies van materiële zaken. De lijst over gezinsomstandigheden in de jeugd bevatte verder vragen over het wel of niet opgroeien met (beide) ouders en 14 items over een eventuele onveiligheid en verwaarlozing in de jeugd. De problemen in de post migratie periode (de zogenaamde Post Migration Living Problems. PMLP) werden gemeten met een aangepaste lijst van Silove ea. (1997).

De voor dit onderzoek ontwikkelde Irakees-Arabishe vragenlijst was voor een groot deel gebaseerd op een Palestijns-Arabishe versie. Deze versie was vertaald uit het Engels en cultureel gevalideerd en vertaald volgens een 7-staps procedure. Met behulp van een focus groep, bestaande van 8 mannen en vrouwen met verschillende etnische en professionele achtergrond, werd de vragenlijst aangepast voor gebruik onder de Irakese populatie.

Frequenties en gemiddelde scores van de uitkomstmaten en van de risicofactoren werden berekend en de verschillen tussen de twee groepen werden geschat met

behulp van Chi-kwadraat en student t-testen. Univariate en multivariate regressie analyses werden gebruikt om de voorspellende waarden van de pre- en post migratie risicofactoren te bestuderen, met daarbij een speciale focus op de invloed van de duur van verblijf in Nederland.

Het beschrijvende deel van de resultaten (hoofdstuk 3) toonde aan dat Irakese asielzoekers die al meer dan twee jaar in Nederland zijn (groep 2) significant meer psychiatrische stoornissen hadden dan degene die net in Nederland aangekomen waren (groep 1). Het prevalentie cijfer voor 'één of meer psychiatrische stoornis' was 42.0% in groep 1 en 66.2% in groep 2. Ook de prevalentie cijfers voor angst, depressieve en somatoforme stoornissen waren significant hoger in groep 2 vergeleken met groep 1. Posttraumatische stress-stoornis was hoog in beide groepen, maar versilde onderling niet significant ($p > 0.05$). Alcoholafhankelijkheid kwam alleen voor in groep 2. Verder liet groep 2 lagere scores zien voor kwaliteit van leven en hogere scores voor functiebeperkingen en lichamelijke klachten. Bijna alle (vijf van de zes) chronische lichamelijke klachten kwamen meer voor in groep 2 vergeleken met groep 1. Het percentage van genoemde schokkende levensgebeurtenissen was aanzienlijk, bijvoorbeeld: gevechtssituaties (41.8%), getuige zijn van de dood van familie/vrienden (45.0%), gevangenschap (32.3%), marteling (29.3%). De meest frequent genoemde PMLP waren items die samenhangen met de asielpcedure en familie gerelateerde items. Verder gaven bij groep 2 veel mensen (74.2%) aan dat zij zich veel zorgen maakte over het feit dat zij niet mochten werken. Over het algemeen had groep 2 hogere scores voor zowel schokkende levensgebeurtenissen als PMLP. De beschrijvende resultaten over het gebruik van zorg toonde aan dat 71.4% in de laatste twee maanden vóór het interview gebruik had gemaakt van een bepaald type zorg. Alhoewel groep 2 veel meer gezondheidsproblemen meldde, maakte zij niet vaker gebruik van de huisarts en de medische specialist (niet-psychiater). Groep 2 bezocht vaker een ggz-hulpverlener, maar het percentage (9.3%) was laag vergeleken met de eerder genoemde prevalentiecijfers voor psychiatrische stoornissen. Medicatie gebruik was significant hoger in groep 2. Aan het einde van het hoofdstuk wordt de mening van de respondent over het hele interview beschreven. Meer dan de helft (55.5%) van de deelnemers gaf aan het eens te zijn met de stelling 'Het interview was een positieve ervaring', slechts 2.7% was het niet eens met deze stelling.

Deel II: Analyses van de determinanten en uitkomstmaten.

In hoofdstuk 4 worden de prevalentie cijfers voor psychiatrische stoornissen (psychopathologie) en de resultaten van de logistische regressie analyses beschreven

en bediscussieerd. Met behulp van dit type analyses berekenden we de relatieve invloed van de socio-demografische en de pre- en postmigratie risicofactoren op psychopathologie. Om de invloed van een lange asielprocedure te bestuderen namen we “lidmaatschap van groep 2” op in de analyses. Omdat de twee groepen mogelijk op belangrijke risico factoren zouden kunnen verschillen werd een gedetailleerde lijst van socio-demografische gegevens opgenomen in de analyses, zoals: leeftijd, sexe, burgerlijke stand, kinderen, etniciteit, religie, alfabetisme, geografische achtergrond, genoten onderwijs en beroep in Irak, taalvaardigheden en psychiatrische problemen in het verleden. Gemiddelde scores van de lijst over gezinsomstandigheden in de jeugd en van de vier lijsten voor schokkende levensgebeurtenissen werden berekend en opgenomen in de analyses. Omdat uit de literatuur bekend is dat martelingen een belangrijke risico factor is voor het krijgen van een psychiatrische stoornis (vooral PTSS) werd dit item apart in de analyses opgenomen.

Het resultaat van de analyse voor ‘één of meer psychiatrische stoornissen’ laat zien dat “lidmaatschap van groep 2” de meest belangrijke risicofactor is (OR: 2.16), op ‘vrouwelijk geslacht’ na (OR: 2.58). Met andere woorden: een lange asielprocedure verdubbelt het risico op een psychiatrische stoornis, onafhankelijk van de gebeurtenissen in het land van herkomst.

Andere risicofactoren waren: schokkende levensgebeurtenissen in de jeugd (tot het 13^e jaar) (OR 1.28), in de periode tussen het 13^e jaar en vertrek uit Irak (OR:1.35) en na aankomst (OR: 1.66) Schokkende levensgebeurtenissen in de periode tussen vertrek uit Irak en aankomst in Nederland gaven geen vergroot risico. Ook ‘martelingen’ liet geen verhoogd risico zien voor het hebben van een psychiatrische stoornis in deze analyse.

De analyses met depressieve stoornissen, angst stoornissen en somatoforme stoornissen, lieten eveneens zien dat een lange asielprocedure en schokkende levensgebeurtenissen na aankomst in Nederland hogere risico’s geven (hogere OR’s), vergeleken met schokkende levensgebeurtenissen in eerdere periodes.

In hoofdstuk 5 zijn de mate van bezorgdheid over ‘post migration living problems’ (PMLP) en het verband met psychopathologie beschreven en bediscussieerd. Het doel van deze analyses was meer te weten te komen over de wijze waarop een lange asielprocedure invloed had op psychopathologie. Uit de factor analyses bleek dat het mogelijk was om de PMLP in vijf clusters te verdelen: familie gerelateerde items, discriminatie, asielprocedure gerelateerde items, socio-economische leefomstandig-

heden en sociaal-religieuze items. Taal problemen en werk gerelateerd items paste niet goed in één van deze clusters en werden als aparte items opgenomen in de verdere analyses. We vergeleken de scores van PMLP van de respondenten met en zonder (verschillende types van) psychopathologie en vonden dat vrijwel alle verschillen significant waren. In de multivariate logistische regressie analyses bleken de volgende clusters het sterkste verband met psychopathologie te vertonen: zorgen over asielprocedure gerelateerde items (onzekerheid over verblijfsvergunning, angst om terug gestuurd te worden en onzekerheid over de toekomst), zorgen over familie gerelateerde items (gemis van de familie, zorgen over familie in Irak, het niet naar Irak kunnen als er iets naars gebeurt met de familie, eenzaamheid) en zorgen over de het niet mogen werken. Een hogere score op 'niet mogen werken' verhoogde het risico op 'één of meer psychiatrische stoornissen' met 44%. Zoals eerder (hoofdstuk 3) vermeld werd dit type PMLP het meest genoemd door groep 2.

Hoofdstuk 6 onderzoekt de uitkomstmaten kwaliteit van leven, functiebeperkingen en lichamelijke gezondheid en hun verband met psychopathologie en met pre- en post migratie problemen. Groep 2 had lagere gemiddelde scores op de twee algemene vragen over kwaliteit van leven en op drie van de vier domeinen (lichamelijke gezondheid, psychologische gezondheid en leefomgeving) Alleen bij het domein 'sociale relaties' was er geen significant verschil tussen de groepen. De functiebeperkingen bleken erger te zijn in groep 2: hoger gemiddelde scores op zowel 'lichamelijke en sociale beperkingen' als op 'totaal aantal dagen van aanzienlijke beperkingen in de laatste maand'. Lichamelijke ziektes kwamen niet significant vaker voor in groep 2 vergeleken met groep 1, maar lichamelijke klachten wel. Van de respondenten in groep 2 gaf 66.2% aan één of meer lichamelijke klachten te hebben tegenover 38.5% in groep 1. De diverse regressie analyses lieten zien dat zowel kwaliteit van leven als functiebeperkingen en lichamelijke gezondheid gerelateerd waren aan psychopathologie. Toen de pre- en post migratie factoren aan de analyses werden toegevoegd, bleek echter dat 'lengte van verblijf in Nederland', schokkende levensgebeurtenissen en diverse PMLP voorspellers waren van deze uitkomstmaten, onafhankelijk van psychopathologie. Meer precies geformuleerd: lengte van verblijf in Nederland, schokkende levensgebeurtenissen in Nederland, totaal aantal dagen van aanzienlijke beperkingen in de laatste maand en het PMLP cluster 'socio-economische leefomstandigheden' voorspelden lagere scores op kwaliteit van leven. Psychopathologie (dat wil zeggen 'één of meer psychiatrische stoornissen', depressieve stoornissen en somatoforme stoornissen), hogere leeftijd en het PMLP cluster 'familie gerelateerde items' voorspelden meer functiebeperkingen.

Chronische lichamelijke klachten werden voorspeld door psychopathologie (dat wil zeggen depressieve stoornissen, angst stoornissen en somatoforme stoornissen), maar ook door lengte van verblijf in Nederland, schokkende levensgebeurtenissen tussen het 13^e jaar en vertrek uit Irak, vrouwelijk geslacht en het PMLP cluster ‘familie gerelateerde items’.

Hoofdstuk 7 beschrijft het gebruik van preventieve en curatieve (lichamelijke en geestelijke) gezondheidsvoorzieningen en laat de verbanden zien tussen dit gebruik en de onderzochte voorspellende variabelen. In de literatuur worden met betrekking tot zorggebruik drie groepen van variabelen onderscheiden: predisposerende, gebruik-bevorderende en zorgbehoefte variabelen. De predispositie van de respondenten werd gemeten met: leeftijd, geslacht, religie, etniciteit en ‘lidmaatschap van groep 2’ (lengte van verblijf). De geïncludeerde zorgbehoefte variabelen waren: psychiatrische stoornissen, lichamelijke gezondheid, kwaliteit van leven en functiebeperkingen. Daarnaast werden de PMLP toegevoegd als een aparte groep zorgbehoefte variabelen. Gebruik-bevorderende variabelen werden niet gemeten omdat de reguliere gezondheidsvoorzieningen in Nederland voor asielzoekers zonder financiële belemmeringen beschikbaar en toegankelijk zijn. In de eerste analyses werd het verband tussen psychopathologie en zorggebruik bestudeerd. De resultaten hiervan toonde aan dat respondenten met psychopathologie significant een hoger zorggebruik hadden dan de respondenten die dat niet hadden (70% tegenover 54.5%). Dit hogere gebruik gold zowel voor de curatieve als voor de preventieve zorg. Respondenten met psychopathologie in groep 1 bezochten de medische specialist (niet-psychiater) veel vaker, maar dit was niet het geval in groep 2. Het gebruik van medicijnen (pijnstillers, angstreducerende medicijnen en slaapmedicijnen) was in beide groepen hoger in respondenten met psychopathologie. Verdere analyses, waarin alle variabelen geïncludeerd werden, lieten verschillende patronen van voorspellers van gebruik van diverse zorgvoorzieningen zien. De conclusie van deze analyses is dat een lange asielprocedure geen voorspeller is van meer zorggebruik, met uitzondering van het gebruik van de GGZ en medicijngebruik. Psychopathologie is gerelateerd aan een hoger zorggebruik, maar wanneer dit verband gecorrigeerd wordt voor de invloed van andere predisposerende en zorgbehoefte factoren dan blijkt dat andere factoren zoals functiebeperkingen en een lagere score van kwaliteit van leven een grotere invloed hebben. Een andere conclusie is dat het hebben van ‘één of meer psychiatrische stoornis’ het gebruik van een medische specialist (niet-psychiater) voorspelt, maar niet het gebruik van een GGZ voorziening. Over het algemeen is het gebruik van een GGZ voorziening erg laag, indien dit vergeleken wordt met de prevalentie van

psychopathologie: meer dan 80% van de asielzoekers met een psychiatrische stoornis maakt gebruik van een gezondheidsvoorziening, maar slechts 8.8% bezoekt een GGZ voorziening.

Part III Implicaties van de studie voor de hulpverleningspraktijk

In hoofdstuk 8 worden de implicaties van de studieresultaten voor de hulpverleningspraktijk besproken en wordt een veerkracht (resilience) gericht diagnostiek en behandelmodel geïntroduceerd. De meest belangrijke implicaties zijn dat er een zorgvuldige en brede diagnostische fase nodig is en dat de behandeling zich niet primair moet richten op de schokkende en traumatische levensgebeurtenissen uit het verleden maar dat er serieuze aandacht besteed moet worden aan de dagelijkse leefproblemen (de context) en aan de voortdurende stress die de asielprocedure genereert. Daarom wordt aanbevolen een veerkracht gericht behandeling aan te bieden. In het hoofdstuk worden een aantal biologische, psychologische, sociale, religieuze en culturele bronnen van veerkracht besproken en vertaald naar de behandeling van asielzoekers.

Het zogenaamde ‘resilience-oriented therapy and strategies’ (ROTS) model omvat de concepten van stress en kwetsbaarheid en twee aspecten van veerkracht: persoonlijke kracht (bijvoorbeeld coping) en sociale steun. Kwetsbaarheid en kracht worden daarbij beschouwd als persoonlijke eigenschappen (interne factoren) en stress en steun als omgevings eigenschappen (externe factoren). In het Nederlands spreken we van het SSKK-model. Het model gaat er vanuit dat er een dynamische evenwicht tussen de verschillende factoren nodig is om een gezond persoon te worden en/of te blijven. Het ROTs model helpt om in de diagnostische fase zicht te krijgen op relevante factoren die mogelijk invloed hebben op de gezondheidsklachten. Wanneer het model goed toegepast wordt, levert het allerlei ideeën en mogelijkheden op voor de behandel fase. Naar onze mening en ervaring is het ROTs model goed toepasbaar in alle soorten van behandeling van asielzoekers. De conclusie van het hoofdstuk is dat de behandel mogelijkheden weliswaar beperkt worden door de voortdurend aanwezige stress en het bestaan van co-morbiditeit van stress-gerelateerde psychiatrische stoornissen, maar dat behandeling van asielzoekers mogelijk is. Deze conclusie behoeft nog wel wetenschappelijke onderbouwing.

Part IV Concluderende opmerkingen, discussie en aanbevelingen.

In het slothoofdstuk (9) worden de belangrijkste bevindingen en conclusies van de studie beschreven, gevolgd door enkele methodologische overwegingen betreffende

onderzoeksontwerp, manier van sampling, respons en representativiteit, gebruikte instrumenten, vertaling en culturele validatie. Na de algemene discussie worden er enkele aanbevelingen geformuleerd. Deze aanbevelingen betreffen toekomstig onderzoek, de (openbare) gezondheidszorg en de overheid, politici en beleidsmakers.

De eindconclusie van het onderzoek is dat een lange asielprocedure een negatieve invloed heeft op de algehele gezondheidssituatie van asielzoekers. Deze slechte gezondheidssituatie betekent niet alleen veel leed voor de betrokken asielzoekers, maar heeft ook een negatieve impact op het integratieproces in Nederland of in een ander land.