
SABR OF BEHANDELEN?

Een verkenning van de behoeften en behandelmogelijkheden van Marokkaanse ouderen met depressieve klachten.

Carol de Voogd, SPV in opleiding aan de Hogeschool van Amsterdam

Inleiding

Er is al veel onderzocht en gepubliceerd over het psychisch welbevinden van Marokkaanse ouderen. Bijzonder is ook dat bijna alle onderzoeksresultaten tot dezelfde bevindingen leiden: Marokkaanse ouderen lijden, veel meer dan autochtone ouderen, aan geestelijke gezondheidsproblemen zoals depressies en vinden de weg naar de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) niet of nauwelijks. Verder blijkt dat de informatie over voorzieningen voor deze doelgroep zeer versnipperd is. Ook zijn er aanwijzingen dat, als het wel lukt om bij de GGZ aan te komen, de drop out bij deze bevolkingsgroep erg hoog is (Hilderink e.a., 2009; Schellingerhout, 2004). Minder is bekend over geschikte behandelmethoden voor deze doelgroep. Als sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) in opleiding vroeg ik mij daarom af: wat kunnen we in de praktijk met deze groep, wat hebben we te bieden? Wat weten we, of zouden we moeten weten over behoeften, ervaren belemmeringen, voorzieningen en behandelmethoden voor deze doelgroep?

Dit artikel geeft een antwoord op de volgende vraag: Welke mogelijkheden zijn er voor het bieden van sociaal psychiatrische zorg die aansluit bij de behoefte van Marokkaanse ouderen met depressieve klachten, inclusief onverklaarde lichamelijke klachten?

Onder Marokkaanse ouderen worden in dit artikel zij bedoeld die in Marokko geboren zijn, en in de jaren '60 en '70 naar Nederland zijn geëmigreerd om hier te werken, of in het kader van gezinshereniging naar Nederland zijn gekomen (vrouwen). De leeftijdsgrens is gesteld op 55 jaar en ouder, omdat bij deze doelgroep de problematiek behorend bij het ouder worden volgens verschillende bronnen al op veel eerdere leeftijd aanvangt en dit ook beter aansluit bij de eigen indeling van levensfasen van de doelgroep. (Schellingerhout, 2004)

Onder sociaal psychiatrische zorg worden in dit artikel behandelmethoden bedoeld die de SPV ter beschikking heeft, gebaseerd op het boek 'Sociale Psychiatrie' (Onderwater e.a. 2005), het beroepsdeelprofiel van de SPV (Venneman e.a., 2004) en het scholingsprogramma van de post-HBO-SPV in Amsterdam. De psychiatrische problematiek wordt hier beperkt tot depressie omdat uit de onderzoeken die bij deze doelgroep zijn gedaan, blijkt dat depressieve klachten het meest voorkomen. Depressieve klachten kunnen echter wel geuit worden in lichamelijk onbegrepen klachten, zoals in dit artikel zal blijken.

Om de centrale vraag van dit artikel te beantwoorden is literatuuronderzoek gedaan, zijn semigestructureerde interviews gehouden met Cor Hoffer, cultureel antropoloog en socioloog in dienst bij de Parnassia Bavo Groep, vier hulpverleners van Marokkaanse afkomst en twee vertegenwoordigers van relevante organisaties, te weten I-psy en STIOM (stichting ter ondersteuning van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening Den Haag). Ook zijn diverse websites van verschillende organisaties geraadpleegd die zich richten op deze doelgroep, of zich bezighouden met onderzoek en de ontwikkeling van behandelingen voor onder andere deze doelgroep.

Dit artikel begint met enkele demografische gegevens, informatie over het voorkomen van klachten bij Marokkaanse ouderen en de cijfers die hierover bekend zijn. Ook beschrijf ik de redenen dat deze groep nauwelijks in de 2e lijns GGZ terecht komt. Vervolgens geef ik een overzicht van de beschikbare voorzieningen, wat ons informatie geeft over de behoeften van de doelgroep. Dit wordt gevolgd door beantwoording van de vraag wat SPV zorg is, en waarom dit bij Marokkaanse ouderen toch niet lijkt aan te slaan. Vervolgens kom ik tot de kern van mijn betoog, waarin ik iets zal schrijven over geschikte behandelmethoden. Dit alles leidt tot conclusies en aanbevelingen, waarin ik probeer mijn onderzoeksvraag te beantwoorden.

Sombere cijfers

Op 1 januari 2010 woonden er in Nederland 32.485 Marokkanen van 55 jaar of ouder (CBS StatLine). In Den Haag, waar ik bij een grote GGZ instelling werk, woonden er op die datum 2.372 Marokkanen van 55 jaar en ouder. Prognoses wijzen uit dat dit aantal in de loop van de komende decennia zal stijgen: 2015: 3.254, 2020: 4.092, 2030: 6.328 (www.denhaag.buurtmonitor.nl.) Volgens verschillende onderzoeken (bijv. Van der Wurff e.a., 2004) is het slecht gesteld met de geestelijke gezondheid van deze groep. Van der Wurff vond dat in Amsterdam 37,6% van de Marokkaanse ouderen depressieve symptomen (CES-D van ? 16)¹⁾ rapporteerden, vergeleken met 14,5 % van de autochtone ouderen van die leeftijd. Ook andere psychische klachten, zoals bijvoorbeeld cognitieve stoornissen en angststoornissen komen voor. In dit artikel beperk ik me tot depressieve klachten, al dan niet geuit in lichamelijk onbegrepen klachten.

Oorzaken van deze sombere cijfers

De verhoogde prevalentie van depressieve symptomen kan verklaard worden vanuit meerdere factoren zoals migratie (Bhugra e.a., 2009), het hebben van een lage sociaal economische positie (Hoffer, 2005; Kloosterboer 2004), en een hogere prevalentie van chronische, somatische aandoeningen en beperkingen (Van der Wurff e. a .2004). Hoffer (2005) noemt ook het terugkeerdilemma en het zorgplichtdilemma waar veel Marokkaanse ouderen mee kampen.

Het terugkeerdilemma gaat over het verlangen terug te keren naar het geboorteland, wat de migranten indertijd ook van plan waren toen ze als gastarbeider naar Nederland kwamen. Terugkeer wordt echter bemoeilijkt doordat de kinderen en kleinkinderen in Nederland wonen.

In de Marokkaanse cultuur, en in de islam, is het vanzelfsprekend dat de kinderen de zorg voor de ouders op zich nemen. In Nederland is dit echter niet mogelijk, voornamelijk omdat de kinderen hier ook buitenshuis moeten werken om financiële redenen. Veel Marokkaanse mantelzorgers zijn hierdoor overbelast. Voor veel Marokkaanse ouderen is dit een dilemma, aangeduid als het zorgplichtdilemma

Aan de ene kant hebben ze begrip voor de beperkingen van de kinderen en willen ze hen niet overbelasten, maar aan de andere kant hebben ze om verschillende redenen grote moeite met het inschakelen van professionele hulp.

Andere verklaringen voor het ontwikkelen van depressieve klachten zijn bijvoorbeeld de toenemend vijandige houding van autochtonen: "*Eerst smeekten ze je om te komen werken, nu willen ze het liefst dat je verdwijnt*" (De Vries en Smits, 2005b: 5). Mannen voelen zich vaak afgedankt en nutteloos. Ze zijn teleurgesteld over hoe hun leven gelopen is. Ook zorg en schaamte over gedrag van kinderen spelen een rol. Vrouwen maken zich veel zorgen om kinderen, en zijn vooral thuis waar ze zich vaak eenzaam voelen (De Vries en Smits, 2003).

Deze eenzaamheid wordt ook genoemd door Hamid Lamdaoir, een SPV van Marokkaanse afkomst die veel Marokkaanse ouderen ziet in de huisartsenpraktijk waar hij als praktijkondersteuner werkt, en die ik voor dit artikel geïnterviewd heb, en door Riemersma, die daarbij ook een relatie legt met sociaal isolement (2007). Riemersma haalt Hortulanus en anderen (2003) aan, die in hun grootscheepse onderzoek stellen dat sociaal isolement en eenzaamheid vaak leiden tot serieuze problemen op het persoonlijk vlak, waaronder het ontstaan van depressies.

Al met al zijn er veel oorzaken te benoemen voor de verhoogde prevalentie van depressieve klachten bij de groep van Marokkaanse ouderen.

Zorgconsumptie in de GGZ

Voor depressieve klachten zou men, als behandeling in de 1e lijn niet tot voldoende resultaat leidt, bij de GGZ terecht moeten komen. Toch zien we de groep Marokkaanse ouderen met deze klachten weinig in de praktijk (De Vries en Smits, 2003).

Redenen voor onderconsumptie

Onbekendheid met de GGZ is een van de meest genoemde redenen dat deze groep nauwelijks in beeld komt bij de GGZ (Hoffer, 2005; De Vries en Smits, 2003). Toch kan dit mijns inziens niet dé oorzaak zijn. Huisartsen geven informatie en verwijzen de groep allochtone ouderen gewoon door. Complicerend is dat bij deze cliënten psychische klachten zich vaak uiten als lichamelijke klachten. Daarbij bestaat veel weerstand tegen verwijzing naar de GGZ. Voor de SPV is het relevant om te weten waar deze weerstand vandaan komt, teneinde meer inzicht te krijgen in de behoeften van Marokkaanse ouderen met depressieve klachten.

Deze weerstand heeft als eerste te maken met het taboe dat op psychische problemen ligt, en de schaamte die hiermee samenhangt. Psychische problemen worden gezien als 'gekke'. Dit, in combinatie met de enorme angst voor roddel die er in deze gemeenschap leeft, maakt dat mensen er niet snel over zullen praten: *"Als je aan iemand vraagt of hij psychische klachten heeft, zal hij daar nooit en te nimmer voor uitkomen. En als je het op de man af vraagt, zal hij antwoorden dat het heel lang geleden is, en dat hij daar nu geen last meer van heeft" (...)* *"Ik wil niet dat mijn man naar die instantie (GGZ) gaat. Als mijn vrienden en kennissen dat zouden horen, gaan ze hem voor gek verklaren. Allah is groot, hij zal ons helpen"* (De Vries en Smits, 2003: 33 en 36). Dit is tevens de tweede reden voor onderconsumptie, namelijk de verschillende verklaringsmodellen die deze groep hanteert en de invloed die dit heeft op de manier waarop met psychische problemen omgegaan wordt. Zo worden psychische problemen gezien als gevolg van een zwak geloof in God: *"Wie in God gelooft, heeft niet van dergelijke problemen"* en *"Levensproblemen proberen de ouderen eerst zelf op te lossen. De problemen zien ze als een beproeving van God die ze zelf moeten zien te overwinnen. Dit vergt een innerlijke strijd (jihad an_nafs) tegen zichzelf en de eigen tekortkomingen. Wie deze strijd wint gaat naar de hemel."* Iemand anders zegt over de GGZ: *"Daar ga ik echt niet naar toe. Wat Allah heeft voorbeschikt, zal geschieden. Zij kunnen niets doen"* (De Vries en Smits, 2005a: 4 en 5). Dit wordt bevestigd en verduidelijkt door het onderstaande citaat uit een artikel waarin Marokkaanse ouderen aan het woord gelaten worden over wat zij doen om gezond te blijven. *"... de islam, waarin geduld (sabr) een belangrijke waarde is. Sabr is vaak vertaald als 'geduld'. Het woord heeft echter in het Arabisch een diepere betekenis dan in het Nederlands. Het betekent letterlijk taaiheid en het volhouden van pijn, lijden en moeilijkheden en het tonen van weerstand tegen deze problemen. (...)*

Geduld is een van de belangrijkste daden van het hart die in de koran worden vermeld. Geduld wordt beschouwd als de helft van het religieuze leven en dankbaarheid als de andere helft" (Jacobs, 2006:94). De woorden acceptatie en geduld worden vaak genoemd als Marokkaanse ouderen aan het woord gelaten worden over psychische problemen. Dit zijn belangrijke waarden, die een verklaring kunnen zijn waarom de doelgroep vaak door Westerse hulpverleners wordt gezien als passief.

Een derde reden voor onderconsumptie is de veelgehoorde klacht dat de GGZ niet aansluit bij de behoeften van allochtone ouderen. Hoogleraar Klinische Psychologie Bekker (2010) stelt zelfs dat er sprake is van discriminatie en sociale exclusie in onze GGZ. Zij baseert dit op het hoge percentage uitval door gebrek aan informatie over behandeling bij de GGZ, en/of de standaard intakeprocedures die niet aansluiten bij de ervaringen van een groot deel van de cliënten. Ook stelt zij -evenals Borra en anderen (2002) al eerder deden- dat de DSM niet geschikt is voor de diversiteit van de cliënten van de GGZ. Het meest uitgesproken is Bekker over het beschikbare testmateriaal dat niet adequaat is voor het testen van mensen uit alle culturen. Ondubbelzinnig zegt ze hierover: *"Vinden wij dus evidence based werken via richtlijnen van groot belang, en daar lijkt het eerlijk gezegd wel op, dan sluiten wij op dit moment onze allochtone groepen daarvan bijna voor 100 procent uit"*

http://www.mikadonet.nl/artikel.php?artikel_id=1426

Een vierde reden ligt in de behandelrelatie met de hulpverlener. Auteurs benoemen dat deze groep zich vaak onbegrepen en afstandelijk benaderd voelt. Zij voelen zich onder druk gezet om mee te werken aan de behandeling. Ook de directe communicatie van de Nederlandse hulpverlener sluit niet aan bij de behoeften van de doelgroep, zeker als het gaat om het bespreken van gevoelige en schaamtevolle zaken (Rabbae e.a., 2008). Zo zegt Aicha, een SPV van Marokkaanse afkomst die ik voor dit artikel heb geïnterviewd: *"Zaken zijn niet bespreekbaar omdat er teveel schaamte voor is. Zo zal een kind van een dementerende oudere nooit vertellen dat zijn ouder het toilet niet meer kan vinden en daarom zijn behoeften op een ongepaste plaats doet. Dementie wordt gezien als een onterende ziekte, die houd je afgeschermd van de buitenwereld. Het benoemen ervan is al te schokkend"*.

Tenslotte worden ook de onduidelijke procedures, strakke regelgeving, tijdschema's en vaste taakverdelingen tussen hulpverleners als belemmerend ervaren (Burger, 2008). Hamid Lamdaoir, een van de geïnterviewde SPV-en en in de 1e lijn, gaf aan dat er te weinig tijd is per gesprek om echt persoonlijke informatie te geven.

Geformuleerde klachten en zorgbehoeften door en van Marokkaanse ouderen

In de literatuur is niet veel terug te vinden over de klachten waarmee Marokkaanse ouderen bij de GGZ in zorg komen, waarschijnlijk omdat ze zo weinig in zorg komen. De geïnterviewde SPV- en uit de 1e lijn geven aan dat de huisarts deze groep vaak naar hen doorstuurt vanwege onbegrepen lichamelijke klachten, zoals pijn, chronische vermoeidheid en slapeloosheid. Tijdens de intake blijkt er dan vaak sprake te zijn van een onderliggende depressie.

Omtrent de behoeften van Marokkaanse ouderen heb ik het volgende in de literatuur kunnen vinden en uit de gehouden interviews kunnen opmaken. Van Veen (2006) meldt de behoefte aan een arts die tijd heeft om aandacht te geven aan en te luisteren naar hun verhaal.

Burger (2008) schrijft dat het nodig kan zijn om outreachend te werken, gezien de drempels die Marokkaanse ouderen ervaren om professionele zorg in te schakelen. Deze bevindingen sluiten aan bij een van de vier eerder benoemde redenen voor onderconsumptie.

Hamid Lamdaoui vertelt over zijn groep 'Haraka Baraka' (bewegen zegent). Op www.zorgvoorjeouders.nl is het filmpje over deze groep te bekijken. Deze groep, gehouden in een gezondheidscentrum in de Schilderswijk in Den Haag, liep erg goed. Met een fysiotherapeut werden lichamelijke oefeningen gedaan en Hamid deed de groeps gesprekken die onderdeel waren van de cursus. De deelnemers waren erg positief over het effect van de training, maar helaas bestaat de groep niet meer door gebrek aan financiële middelen.

Ook psycho-educatie in groepsverband, gericht op lichamelijke klachten, uitgevoerd door een SPV en een fysiotherapeut in combinatie met een huisarts, blijkt volgens Aicha goed te lopen. Belangrijk hierbij is dat de aandacht in de eerste bijeenkomsten uitgaat naar lichamelijke problematiek. Pas in latere bijeenkomsten kan er uitleg gegeven worden over psychische klachten. Ook is het belangrijk dat de groepsbijeenkomsten worden aangeboden in de buurt waar de doelgroep woont, mede omdat deze groep geen geld heeft voor openbaar vervoer. Ondanks het feit dat de hierboven beschreven groep goed liep, zijn deze gestopt omdat werving van deelnemers teveel tijd kostte. Vanwege de huidige productiedruk was dit volgens Aicha niet meer haalbaar en betaalbaar. Uit de ervaringen van Hamid en Aicha wordt duidelijk dat zorg gericht op lichamelijke klachten voorziet in een behoefte en bovendien een goede ingang biedt om depressieve klachten bespreekbaar te maken. Dit wordt bevestigd door literatuuronderzoek, zoals verderop in dit artikel zal blijken. Hiermee is echter nog niet vastgesteld wat de zorgbehoefte is van deze doelgroep. Om nadere informatie te krijgen over de behoeften van deze doelgroep is contact gezocht met verschillende voorzieningen die in Den Haag bestaan voor deze doelgroep.

Voorzieningen

Op de website van Mikado, kenniscentrum voor interculturele zorg, staan veel voorzieningen speciaal voor Marokkaanse ouderen in Amsterdam, Utrecht en Rotterdam, zoals een ouderensalon, een verpleeghuisafdeling en een dagverzorging. Voor Den Haag leverde een flinke zoektocht op het internet echter niet veel op. Navraag bij collega's en experts in interculturalisatie leverde tenslotte wel enkele voorzieningen op, waarvan hieronder een overzicht. Overigens bleek bij navraag bij Mikado dat er weinig bekend is over de behoeften van deze groep.

Psy-Q in Den Haag, onderdeel van de Parnassia Bavo Groep, biedt het 'spreekuur psychische problemen anderstaligen' aan. In dit spreekuur worden procedures uitgelegd en cliënten verwezen naar een geschikte hulpverlener, passend bij hun klachten. I-psy, een landelijke organisatie voor interculturele psychiatrie heeft, in tegenstelling tot wat men zou verwachten, geen programma voor deze doelgroep. (en ook geen afdeling voor ouderen).

In Den Haag is één verzorgingshuis (Limburg van Stirum) dat twee dagen per week dagverzorging biedt aan Marokkaanse vrouwen. Vroeger was er ook een mannengroep die, evenals de dagverzorging voor vrouwen, goed draaide. Er waren lange wachtlijsten voor. Een van de medewerksters van de dagverzorging voor Marokkaanse vrouwen, vertelde dat de mannengroep opgeheven moest worden ten gevolge van de strengere regels voor toewijzing van een CIZ-indicatie. De enige woongroep voor Marokkaanse ouderen die Den Haag rijk is, loopt zo goed dat er een lange wachtlijst voor is. Er is behoefte aan een tweede woongroep in het centrum, maar hier is geen geld voor.

De stichting Precura (preventie en curatie) geeft in Den Haag voorlichting in de eigen taal en vanuit de eigen cultuur (VETC), op uitnodiging van een instelling. Een zorgconsulent kan betrokken worden bij de individuele behandeling van een patiënt. Precura heeft twee groepen waar deelnemers gestimuleerd worden om te bewegen: een groep 'bewegen op recept' en tegenwoordig zelfs 'bewegen zonder recept' waar overwegend oudere allochtonen aan meedoen (www.precura.nl).

Het Trimbos instituut heeft speciaal voor Marokkaanse ouderen een aantal groepsprogramma's ontwikkeld, zoals de cursussen "Lichte dagen, donkere dagen", en "De kracht van je leven". Ook een draaiboek voor huiskamerbijeekkomsten voor geïsoleerde Marokkaanse vrouwen die niet naar een buurthuis durven of mogen, is te bestellen bij het Trimbos instituut (www.trimbos.nl).

Uit bovenstaande blijkt dat er enkele voorzieningen en initiatieven zijn voor Marokkaanse ouderen in Den Haag, dat de animo voor deelname zeker aanwezig is, maar dat het aanbod versnipperd is en voorzieningen niet altijd gemakkelijk te vinden zijn. Tot slot blijkt dat voorzieningen soms tijdelijk zijn wegens problemen met de financiering.

Wat is SPV zorg en waarom zou dit wel of niet aansluiten bij de behoefte van de doelgroep?

De literatuur en beschreven ervaringen doen vermoeden dat een hulpverlener die systeemgericht werkt, met oog voor de sociaal culturele context en verhoudingen de aangewezen discipline is om aan Marokkaanse ouderen hulp te bieden. Dit wordt kernachtig uitgedrukt door Samira Kamouni, adviseur bij STIOM Den Haag: *"Westerse hulpverleners hebben geen inzicht in de beleving van de patiënt. Ze kijken teveel naar het individu en zijn klacht, maar in de praktijk is het veel complexer. De problemen zijn een onderdeel van een veel groter geheel. Je hebt dus met de hele familie te maken."*

Kenmerken van de zorgvragers waar de SPV zich op richt, zijn:

- moeite met het verwoorden van een zorgvraag
- (dreigend) sociaal isolement en demoralisatie
- kwetsbaarheid binnen het sociale systeem
- veelal disfunctioneren op meerdere niveaus van functioneren
- zorg mijden: de zorgvrager heeft geen hulpvraag, de omgeving echter vraagt om actieve bemoeienis van professionals" (Venneman e.a.2004: 15).

Deze kenmerken van de doelgroep, en de eerder beschreven behoeften van Marokkaanse ouderen, lijken naadloos aan te sluiten bij de kenmerken van de sociale psychiatrie (Onderwater e.a. 2005) Toch lijkt de SPV zorg, zoals meestal geleverd in de eerste lijn, gezien de eerder genoemde onderconsumptie, niet aan te sluiten bij de behoeften van de doelgroep.

Waarom sluit dit dan toch niet aan?

In de eerste plaats omdat de SPV meestal gebonden is aan richtlijnen en protocollen, zoals bijvoorbeeld behandelprotocollen, of de noodzaak om een intake af te ronden in 2 gesprekken. Ten tweede moet de SPV die gebonden is aan instellingsbeleid, ook aan productie-eisen voldoen, en is dus erg beperkt in de tijd die hij per gesprek kan uittrekken. In sommige (1e lijns) settings is het aantal gesprekken ook beperkt.

Zoals Hamid in het interview verwoordde: *"De SPV heeft, zowel in de 1e als in de 2e lijn, te weinig tijd per gesprek en soms ook te weinig gesprekken om een goede behandelrelatie tot stand te brengen"*.

Hierdoor kan de huidige SPV juist die aspecten die kenmerkend zijn voor de sociale psychiatrie, niet meer uitvoeren.

Een andere hulpverlener van Marokkaanse afkomst die ik heb geïnterviewd, zegt hierover: *"Het is juist kenmerkend voor de SPV om het probleem te zien in de context van het grotere geheel, en het systeem bij de behandeling te betrekken, maar toch gebeurt dit kennelijk te weinig. Oorzaak hiervan kan zijn dat de SPV zich teveel laten meesleuren in alle protocollen die allen zijn gestoeld op het medische model (bijvoorbeeld een DSM classificatie moeten geven binnen zeer beperkte tijd)."*

Naast deze belemmeringen van organisatorisch aard, is een nadere analyse van de gebruikte behandelmethoden die de SPV gebruikt noodzakelijk om vast stellen waarom de zorg niet aansluit.

Evidence based behandelmethoden

Uitgangspunt is dat de SPV kiest voor behandelingen waarvan wetenschappelijk is aangetoond dat ze werken. Hierbij stuiten we op het eerder genoemde probleem dat de beschikbare behandelmethoden, ook de behandelmethoden die speciaal voor deze doelgroep in het leven zijn geroepen, niet bij deze doelgroep kunnen worden getest. Ik verwijs hierbij naar de eerder geciteerde conclusie van professor Bekker over de verminderde bruikbaarheid en toegankelijkheid van de beschikbare tests voor mensen uit allochtone kringen. Een andere belangrijke reden dat er nog weinig evidence based practices zijn, is dat het aantal Marokkaanse ouderen met depressieve klachten die door de vele onderzoekers bereikt zijn, (nog) te klein is om grootschalig onderzoek te doen. Dit houdt in dat de SPV voor de behandeling van deze doelgroep teruggeworpen wordt op de behandel mogelijkheden uit het addendum ouderen bij de 'Multidisciplinaire richtlijn Depressie'.

Hierin wordt o.a. bewegingstherapie in de eerste lijn genoemd als behandeling van eerste voorkeur bij lichte tot matige depressies. Bij onvoldoende resultaat wordt psychotherapie en/of medicamenteuze behandeling geadviseerd.

Als psychotherapeutische interventies hebben probleemgerichte therapie, cognitieve gedragstherapie en inter-persoonlijke therapie de voorkeur (www.ggzrichtlijnen.nl, 2008).

Voor dit artikel ga ik alleen in op de psychotherapeutisch interventies die in de SPV opleiding op de Hogeschool van Amsterdam aangeboden worden. In een nadere analyse van deze psychotherapeutische deeltechnieken, ligt ook een deel van het antwoord waarom de zorg niet aansluit.

- Cognitieve gedragstherapie gaat uit van het besef van een interne locus of control. Dit sluit niet aan bij de verklaringsmodellen van deze doelgroep, die, zoals we eerder zagen, gebeurtenissen ziet als wil van Allah, die geaccepteerd dienen te worden.
- Motiverende gespreksvoering om mensen te motiveren voor behandeling, kan een goede manier zijn om mensen te helpen een keuze te maken toch voor behandeling te kiezen. We moeten er echter wel rekening mee houden dat niet alle gedachten en gevoelens uitgesproken mogen worden. Dit kan tot onbegrip leiden bij de hulpverlener, omdat er drijfveren 'onzichtbaar' blijven.
- Gezien de hoofdrol die de familie speelt in het leven van onze doelgroep zou systeemtherapie de behandeling van voorkeur moeten zijn. Veel uitgangspunten van de systeemtherapie staan echter haaks op de normen en waarden van deze doelgroep, zoals bijvoorbeeld het bespreken van schaamtevolle zaken. Het voert voor dit artikel te ver om dit uitgebreid te bespreken, hiervoor verwijs ik naar meer gespecialiseerde vakliteratuur hierover.
- Kortdurende behandeling sluit, zoals eerder is gebleken, niet aan wegens de beperkte tijd die beschikbaar is voor de behandeling. Technieken uit de Kortdurende behandeling kunnen echter wel heel bruikbaar zijn voor deze doelgroep, zoals het KOP -schema (klacht -omstandigheden -persoonlijke eigenschappen).

Hamid vertelt dat hij veel gebruik maakt van technieken uit de zogenaamde kortdurende behandeling. Zo laat hij mensen veel KOP schema's (klacht-omstandigheden -persoonlijke eigenschappen) maken. Samen met de patiënt probeert hij de problemen eerst concreet te maken. Hij kijkt samen met de patiënt welke oplossingen mogelijk zijn en welke keuze de patiënt hieruit maakt. Hij geeft aan dat dit de patiënt helpt inzicht te krijgen in de problematiek, maar dat de passieve houding van patiënten toch een belemmerende factor blijft in de behandeling.

In de kortdurende behandeling wordt ook gebruik gemaakt van technieken uit de oplossingsgerichte therapie. Deze oplossingsgerichte therapie kan wel goed aansluiten bij de behoefte van Marokkaanse ouderen.

De oplossingsgerichte therapie

Hoewel ook geen cijfers bekend zijn over het effect van de oplossingsgerichte behandeling bij deze doelgroep, zijn er wel aanwijzingen dat dit beter aansluit. Uit effectstudies in de Verenigde Staten blijkt dat de resultaten van oplossingsgerichte therapie bij cliënten uit etnische minderheidsgroeperingen, zelfs beter waren dan de resultaten behaald bij de blanke cliënten. Vooral het aannemen van een houding van 'niet weten', een houding die kenmerkend is in de oplossingsgerichte therapie maakt deze behandelvorm geschikter dan de gangbare probleemgerichte (medische) methoden (De Jong en Berg, 2004).

In de beschrijving van de redenen van onderconsumptie, kwamen een aantal zaken naar voren: taboe, schaamte, normen (bijv. het niet praten over 'gekte'), zich onbegrepen voelen, en de verschillende verklaringsmodellen voor de klachten die deze groep hanteert. In de oplossingsgerichte therapie bepaalt de patiënt zelf de richting van het gesprek, en ligt de focus veel meer op de sterkte punten van de patiënt, in plaats van diens problemen. Het spreekt voor zich dat dit veel minder bedreigend zal zijn voor de patiënt, en minder schaamte teweeg zal brengen.

In de praktijk zie ik dat de verschillen in verklaringsmodellen vaak debet zijn aan het moeizame tot stand komen van een behandelrelatie en de beperkte resultaten die bereikt worden. Ook om deze reden is oplossingsgerichte therapie te prefereren boven de probleemgerichte aanpak: het verklaringsmodel van de cliënt is namelijk per definitie het uitgangspunt van de oplossingsgerichte therapie.

Oplossingsgerichte therapeuten respecteren en waarderen de percepties en ideeën van hun cliënten niet alleen, maar incorporeren ze deze ook in het therapeutisch proces (Berg en Dolan, 2006).

Bewegen

Een groepsprogramma genaamd "*Bewegen valt goed*", specifiek gericht op allochtone ouderen, komt wellicht nog het dichtst bij de het predicaat Evidence Based Practice: "*"Bewegen valt goed!" is (...) in 2006 ontwikkeld met behulp van mensen in het veld. Na pilots in Enschede, Alkmaar, Tilburg en Rotterdam concludeerde TNO dat het programma bewezen effectief is. Zo was de houding van veel deelnemers ten opzichte van sporten verbeterd na afloop van de training"* (www.mikadonet.nl, de artikelen zijn alleen toegankelijk voor abonnees).

Zowel in de 'Multidisciplinaire richtlijn Depressie' (Trimbos instituut, 2005), als in het eerder genoemde addendum voor ouderen (2008) staat dat de werkzaamheid van fysieke training bij depressieve ouderen (50+) is aangetoond. Dit wordt bevestigd in een artikel over de 'gezondheidsmarkt voor Noord Afrikaanse mannen' in Amsterdam. Ook hieruit blijkt dat beweging een goede ingang biedt (Schrier & Smits, 2005).

Tenslotte staan op de website van Mikado verschillende artikelen over goede ervaringen die zijn opgedaan met groepen voor Marokkaanse ouderen, gericht op beweging (www.mikadonet.nl, alleen toegankelijk voor abonnees). In combinatie met de eerder genoemde ervaringen van de SPV -en met programma 's waarin beweging centraal staan, denk ik dat we kunnen concluderen dat groepsprogramma's gericht op beweging tot de Best Practices gerekend mogen worden.

Andere behandelmogelijkheden

De eerder genoemde groepsprogramma's die het Trimbos heeft ontwikkeld zijn ook op effectiviteit onderzocht. Ook hierbij bleken de beperkingen van de beschikbare tests het onmogelijk te maken om tot een valide resultaatmeting te komen. Wel is uit de evaluatie gebleken dat de deelnemers positief waren over de groepsbijeenkomsten, en hem zouden aanraden bij andere mensen met dezelfde problemen. Hieruit mogen we afleiden dat de groepsprogramma's in ieder geval aansluiten bij de behoefte van deze doelgroep (De Vries en Smits, 2006). Echter, het opzetten van een dergelijke groep vereist nogal wat voorbereiding, en aan de voorwaarden hiervoor kan niet altijd even makkelijk worden voldaan, zoals bijvoorbeeld de beschikbaarheid van Marokkaans sprekende hulpverleners. Samenvattend kunnen we concluderen dat Evidence Based Practices voor deze doelgroep niet beschikbaar zijn. Wel beschikken we over aanwijzingen dat groepsprogramma's gericht op bewegen, het best aansluiten bij de behoefte van deze doelgroep.

In de individuele behandeling lijkt de oplossingsgerichte therapie het beste aan te sluiten bij de behoefte van deze doelgroep.

Helaas zijn er nog geen onderzoeken in Nederland gedaan naar de ervaringen met, en de effecten van de oplossingsgerichte therapie bij deze doelgroep. Hier ligt een onontgonnen gebied waarin ik zeker een rol zie weggelegd voor de SPV!

Conclusie en aanbevelingen

Onder de groep Marokkaanse ouderen komt depressie veel voor, maar deze groep komt nauwelijks in de 2e lijns GGZ terecht. Bij de mensen die daar wel terecht komen, is het de kunst om aan te sluiten bij hun behoeften.

In dit artikel heb ik geprobeerd om de volgende vraag te beantwoorden:

"Welke mogelijkheden zijn er voor het bieden van sociaal psychiatrische zorg, die aansluit bij de behoefte van Marokkaanse ouderen, die te kampen hebben met psychiatrische problematiek?"

Antwoord op deze vraag is: een behandelvorm waarin aandacht is voor het verhaal van de patiënt, er tijd wordt gemaakt om contact te leggen alvorens moeilijke of beladen onderwerpen ter sprake te brengen. Het gaat daarbij om een houding van nieuwsgierigheid naar de cultuur van de ander, die de ander vragen hierover stelt, om een open houding en een therapievorm die uitgaat van de belevingswereld van de patiënt. Aansluiting vinden door te vragen, en hierop door te gaan, daar gaat het om. Dit zou kunnen binnen de oplossingsgerichte therapie. Hiernaast het opzetten van, of verwijzen naar groepsprogramma's gericht op beweging, en/of trainingen ontwikkeld door het Trimbos instituut.

Van belang bij de behandeling van deze doelgroep is flexibiliteit in zorg, bijvoorbeeld door van de voorgeschreven zorg af te wijken omdat dit nodig is om goed aan te sluiten bij deze doelgroep.

Gezien de schaamtegevoelens voor psychische problemen die bij deze doelgroep bestaan, zou de behandeling het beste in de 1e lijn gegeven kunnen worden, mits er geen maximum wordt gesteld aan het aantal behandelcontacten.

De vraag is of groepsprogramma's in de 1e lijn georganiseerd kunnen worden. Zo niet, dan ligt er een rol voor de 2e lijn om programma's op te zetten en die uit te voeren onder een andere vlag, in het gezondheidscentrum in de wijk, in samenwerking met zelforganisaties.

Gezien de onbekendheid met de GGZ en de verschillende verklaringsmodellen, is het aan te bevelen in individuele behandelcontacten altijd eerst de verwachtingen en behoeften van de patiënt te bespreken.

Noot

¹⁾ De CES-D: deze depressie test is internationaal het meest gebruikt en wordt als het meest betrouwbaar gezien. Hij is vertaald in de Marokkaanse talen en in eerdere testen betrouwbaar en valide bevonden voor het testen van deze doelgroep (Van der Wurff e.a. 2004)

Literatuur

- Bekker, M. *'Help, de hulpvraag sluit niet aan!'* NIP-lezing Oktober 2010, gepubliceerd in het Mikado webmagazine op 2 November 2010.
- Best, O., J. van den Berg, A. Neyts, H. Schep, C. de Voogd, *Toolkit voor intake en behandeling van Marokkaanse ouderen. Project innovatieve zorg*, Hogeschool van Amsterdam, 2010
- Berg, I. & Y. Dolan, *De praktijk van de oplossingen. Gevalsbeschrijvingen uit de oplossingsgerichte gesprekstherapie*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers: 2006.
- Bhugra, D., M. Hoogsteder, N. Sönmez, *Depressie en migratie. Epidemiologische diagnostiek en klinische aspecten. Cultuur, Migratie Gezondheid (CMG)*, 2009, nr. 2, p.76-83.
- Borra, R., R. van Dijk van, H. Rohlof, *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met de DSM-IV*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.
- Burger, I. *Zijn de care-voorzieningen klaar voor de groeiende groep Turkse en Marokkaanse ouderen in Den Haag? Epidemiologische bulletin*, 2008, jaargang 43, nummer 2/3, p.13-28.
- Hilderink, I., H. van 't Land, C. Smits, *Drop-out onder allochtone GGZ-cliënten. Zicht op de onderliggende factoren en aanbevelingen om drop-out te verminderen*. Trendrapportage GGZ 2009, Utrecht: Trimbos Instituut, 2009.
- Hoffer, C., *Allochtone ouderen: de onverwachte oude dag in Nederland. Onzichtbaar - onmisbaar: ouderen in Rotterdam - Essays, Cahier 04*. Rotterdam: Stedelijke Adviescommissie Ouderenbeleid (S.A.O.), 2005.
- Hortulanus, R., A. Machielse, L. Meeuwesen, *Sociaal isolement. Een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland*. s'Gravenhage: Elsevier Overheid, 2003.
- Ivbijaro, G.O., L.A. Kolkiewicz, E. Palazidou, *Mental health in primary care: ways of working - the impact of culture. Primary Care Mental Health*. nr 3, London: 2005 Radcliffe Publishing.
- Jacobs, G. *Wij blijven alle problemen verzamelen. Gezond leven, migrantenouderen en Empowerment. Cultuur, Migratie Gezondheid (CMG)*, 2006, nr. 2, p. 88-100.
- Jong, P. de & I. Berg, *De kracht van oplossingen. Handwijzer voor oplossingsgerichte gesprekstherapie*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers, 2004.
- Kloosterboer, D. *Wij komen eraan. Wensen, behoeften én ambities van oudere migranten in Nederland*. Utrecht: Landelijk Overleg Minderheden (LOM), 2004.
- Onderwater, K., I. v.d. Padt, M. Romme, B. Venneman en F. Verberk, *Sociale Psychiatrie, Visie, theorie en methoden van een maatschappelijk georiënteerde psychiatrie*. Utrecht: Lemma, 2005.
- Rabbea, N., C. Smits, G. Franx, *Wie kiespijn heeft, zoekt zelf een tandarts. CMG*, 2008, nr 2, p.86-95.
- Riemersma, M. *Intercultureel werken in de wijk. Aanpak wijk spv -en blijkt ook goed aan te slaan bij behoeften van migranten. Sociale Psychiatrie*, 2007, nr.82, p.23-29.
- Schrier, A.C. en J. Smits, *Gezondheidsmarkt voor Noord Afrikaanse mannen. Sociale Psychiatrie*, 2005, nr.75, p. 41-55.
- Schellinghout, R. *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2004.

- Veen, W. van, Van Klacht tot kracht. *Den Haag Transmuraal*, Maart 2006, nr.1, p. 11.
- Venneman, B. & M. Morsman (red.) *Beroepsdeelprofiel SPV*. Utrecht: AVVV, 2004.
- Vries, W. de, C.H.M. Smits. *Psychische klachten bij Turkse en Marokkaanse ouderen. Een handleiding voor de praktijk*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
- Vries, W. de, C.H.M. Smits, Op zoek naar rust in de ziel Rahat el baal. De beleving van problemen met de geestelijke gezondheid van Marokkaanse ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 2005a, nr. 36, p. 194-202.
- Vries, W. de, C.H.M. Smits, *Geestelijke gezondheid en ouder worden. Ontwikkeling van informatieve huiskamerbijeenkomsten voor oudere Turkse en Marokkaanse vrouwen*. Procesevaluatie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2005b
- Vries, W. de, C.H.M. Smits, *De kracht van je leven. Een cursus rond het levensverhaal voor Turkse en Marokkaanse ouderen met depressieve klachten*. Procesevaluatie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2006.
- Wurff, F.B. van der , A.T.F. Beekmana, H. Dijkshoorn, J.A. Spijker, C.H.M. Smitsc, M.L. Steka, A. Verhoeff , Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *Elsevier Journal of Affective Disorders*, 2004, nr.83, p. 33-41.

Websites

- Buurtmonitor met prognoses:
<http://denhaag.buurtmonitor.nl/default.aspx?quickstep/DHIC/DSO/Beleid/Onderzoek> = Den Haag in Cijfers/Dienst Sociale Ontwikkeling Geraadpleegd op 17 november 2010
- CBS (Centraal bureau voor de Statistiek):
<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=37325&D1=1-4&D2=0&D3=112-120,I&D4=0&D5=1,3-4,137,152,215,232&D6=0,4,9,13-14&HDR=G1,G3,T,G2&STB=G4,G5&VW=T> Geraadpleegd op 17 november 2010
- Mikado, webmagazine met artikel over de lezing "Discriminatie en sociale uitsluiting in de GGZ": http://www.mikadonet.nl/artikel.php?artikel_id=1426. Geraadpleegd op 18 November 2010
- Mikado, "Allochtone ouderen in beweging"
http://www.mikadonet.nl/artikel.php?artikel_id=1105 . Geraadpleegd op 21 november 2010
- Mikado, Sam Gonesh, "Onze groepsbehandelingen sluiten goed aan bij de Marokkaanse cultuur" http://www.mikadonet.nl/artikel.php?artikel_id=1257, 10-12-2009. Geraadpleegd op 17-04-2010
- Multidisciplinaire richtlijn Depressie, addendum ouderen:
http://www.ggzrichtlijnen.nl/richtlijn/doc/index.php?type=save&richtlijn_id=62 , 16-09-2008 Geraadpleegd op 15 December 2010
- www.precura.nl Geraadpleegd op 21 November 2010
- Trimbos instituut, Multidisciplinaire richtlijn Depressie:
<http://www.trimbos.nl/~media/Files/Gratis%20downloads/AF0604%20Richtlijn%20depressie%20definitief.ashx>. Geraadpleegd op 11 December 2010
- Trimbos instituut : Cursus 'lichte dagen-donkere dagen':
<http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/behandeling-en-re-integratie/af/af0916-lichte-dagen-donkere-dagen-arabisch-man>. Geraadpleegd op 21 November 2010
- 'Haraka Baraka', video van de groepsbijeenkomsten van Hamid:
<http://zorgvoorjeouders.marokko.nl/index.php?nav=static&pagina=Videos>. Geraadpleegd op 21 November 2010.