

De weg naar psychische hulp

Een verkenning naar de ervaringen van statushouders met psychische problemen en het vragen om hulp



Colofon

De weg naar psychische hulp

Een verkenning naar de ervaringen van statushouders met psychische problemen en het vragen om hulp

Auteurs:	Anka van Gastel, Evert Bloemen
Contactpersoon:	Evert Bloemen, arts, e.bloemen@pharos.nl
Datum:	Maart 2020

Inhoud

Samenvatting	4
Inleiding	6
1. Theorie	7
1.1 Risicofactoren	7
1.2 Psychische hulp	7
1.2.1 Zorgaanbod voor niet-westerse patiënten	8
1.3 Zorgbehoefte van de patiënt	8
1.3.1 Individuele factoren (predisposing)	8
1.3.2 Vermogen om gebruik te maken van de zorg (enabling)	10
1.3.3 Ernst van ervaren problemen (need)	10
1.4 Interactie zorgverlener en patiënt	10
1.4.1 Tolken	11
1.4.2 Ervaringen met de zorg	11
2. Methoden	12
2.1 Populatie	12
2.2 Datacollectie	12
2.3 Data-analyse	13
3. Resultaten	14
3.1 Risicofactoren en beschermende factoren	14
3.1.1 Voor de vlucht	14
3.1.2 Tijdens de vlucht	15
3.1.3 In Nederland	15
3.2 Toegang en gebruik van professionele hulp	19
3.2.1 Zorgbehoefte	19
3.2.2 Zorgaanbod	22
3.2.3 Interactie	24
4. Conclusies en aanbevelingen	26
Beperkingen	27
Aanbevelingen	28
Bibliografie	29
Bijlagen	31

Samenvatting

Over deze verkenning

Statushouders hebben meer psychische problemen dan de andere bewoners van gemeenten. Zij maken relatief weinig gebruik van psychische hulpverlening. Als zij dit wel doen is er vaak sprake van uitval in zorgtrajecten. Voor het beoordelen van de psychische gezondheid van statushouders is het kijken naar de balans tussen risicofactoren en beschermende factoren essentieel. Wanneer de risicofactoren de overhand hebben, heeft een statushouder meer kans op psychische problemen.

Deze verkenning geeft meer inzicht in hoe statushouders zelf aankijken tegen het vragen om hulp. En hoe zij de psychische hulpverlening ervaren. Dit wordt gedaan aan de hand van het model van Weijnen en Weide (1999). Dit model verklaart het gebruik van de gezondheidszorg onder etnische minderheden door middel van de factoren zorgaanbod, zorgbehoefte en interactie tussen patiënt en hulpverlener.

Bij de zorgbehoefte van statushouders gaat het hierbij om:

- individuele factoren die invloed hebben op de keuze om gebruik te maken van de psychische hulp;
- het vermogen om gebruik te maken van de zorg;
- de behoefte aan hulp mede door de ernst van de ziekte.

Methoden

Voor deze verkenning zijn via doelgerichte selectie tien participanten gevonden; vijf Syrische, drie Afghaanse en twee Eritrese statushouders. De leeftijd van de participanten verschilde van 28 jaar tot 69 jaar. De interviews zijn in het Nederlands of Engels afgenomen. De resultaten uit deze interviews zijn via Nvivo 11 gecodeerd en geanalyseerd.

Resultaten

De resultaten worden besproken aan de hand van de risico- en beschermende factoren en het genoemde model. Belangrijke risicofactoren zijn de tijd in een land van herkomst, de vlucht en de periode in een asielzoekerscentrum. Belangrijke beschermende factoren zijn sociale steun, een actieve houding en het karakter van een statushouder. De zorgbehoefte wordt beïnvloed door ideeën over psychische problemen, zoals het idee dat iemand gek of zwak is. Ook het moeilijk begrijpen van het zorgsysteem in Nederland speelt hierbij een rol, net als geldzorgen en moeilijkheden met vervoer. Statushouders zoeken vaak in eerste instantie alleen hulp voor fysieke problemen. Zij begrijpen pas na verloop van tijd hoe de Nederlandse zorg werkt. Bij de interactie tussen de hulpverleners en de statushouders noemen de statushouders dat er regelmatig misverstanden zijn, mede door het vaak niet inzetten van professionele tolken. De statushouders vinden de eigen inbreng in de zorg vaak lastig en hebben daarover andere verwachtingen.

Conclusie

Op basis van de literatuur en de interviews met de statushouders zijn de volgende verschillende barrières wanneer zij psychische hulp nodig hebben geformuleerd.

- Stigma en schaamte, waardoor statushouders lastig praten over psychische klachten of hulp willen vragen hiervoor.
- Beperkte kennis over psychische problemen en het Nederlandse zorgsysteem.
- Andere verwachtingen van de professionele hulpverlening met als gevolg teleurstelling in wat de zorg biedt.
- Het gevoel niet begrepen of gehoord te worden tijdens interactie met een professionele hulpverlener, meestal voortkomend uit een taalbarrière of culturele factoren.
- Praktische problemen zoals een gebrek aan financiële middelen, geen mogelijkheden om naar de zorg te kunnen reizen en een lange wachtlijst voor gespecialiseerde psychische hulp.

Aanbevelingen

Op basis van de verzamelde informatie zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd om deze barrières te verminderen.

1. Geef informatie aan statushouders en spreek over psychische problemen. Hierin ligt een taak voor alle betrokken personen en organisaties die betrokken zijn bij de opvang, begeleiding en zorg van statushouders.
2. Train statushouders over hoe zij kunnen omgaan met stress en psychische problemen. Door hen meer handvatten te geven kunnen zij meer aan zelfzorg doen.
3. Investeer in deskundigheidsbevordering van professionals, zowel in de opvang en begeleiding als in de (gespecialiseerde) zorg voor deze doelgroep.
4. Zorg dat alle begeleidende en hulpverlenende organisaties zich meer richten op cultuursensitief werken.
5. Voor alle organisaties geldt dat zij maximaal moeten inzetten op optimale communicatie, met professionele tolken als het nodig is.
6. Sleutelpersonen uit de eigen kring van de statushouders kunnen helpen om de culturele afstand te verminderen en ondersteunen bij het vinden van de weg naar de hulp.

Inleiding

Statushouders ervaren meer psychische problemen dan de gemiddelde Nederlander. Uit onderzoek blijkt dat 41% van de Syrische statushouders psychisch ongezond zijn, terwijl dit percentage bij de algemene Nederlandse bevolking rond de 13% ligt (SCP, 2018). Toch maken statushouders minder gebruik van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) in vergelijking met de algemene Nederlandse bevolking. Daarnaast is er veel uitval van statushouders in zorgtrajecten (Hilderink et al., 2009). Onderzoek naar de ervaringen van statushouders met psychische problemen en de hulpverlening rond deze problemen geeft meer inzicht in dit ondergebruik en deze uitval in de zorg. Er is weinig bekend over de ervaringen van statushouders met psychische hulpverlening.

Deze verkenning heeft als doel meer inzicht te geven in de ervaringen van statushouders met hun psychische problemen. Ook gaat het in op de ervaringen met de manier waarop statushouders omgaan met deze problemen en het al dan niet hulp vragen.

De opbouw van deze verkenning is als volgt. In het eerste hoofdstuk komt de theorie aan bod. Deze dient als uitgangspunt voor de verkenning. In de theorie staat het conceptueel model van Weijzen en Weide (1999) centraal. Het tweede hoofdstuk gaat over de methoden (populatie, datacollectie en data analyse). Het derde hoofdstuk beschrijft de resultaten, waarin vanuit het conceptueel model de bevindingen uit de interviews worden geschetst. Het laatste hoofdstuk bevat de conclusies die voortkomen uit de theorie en de resultaten. Ook komen de beperkingen en de aanbevelingen aan de orde.

1. Theorie

1.1 Risicofactoren

We kunnen grofweg drie fases onderscheiden wanneer iemand besluit om te vluchten uit het land van herkomst: de pre-migratiefase, de migratiefase en de post-migratiefase. Verschillende factoren tijdens deze fases kunnen een negatieve of positieve invloed hebben op het psychische welzijn van de vluchteling. Het model van Ikram en Stronks (2016) (bijlage 1) noemt per fase de ervaringen en andere factoren die een invloed kunnen hebben op het psychisch welbevinden van een vluchteling. Wanneer deze ervaringen en andere factoren negatief zijn, worden ze risicofactoren genoemd. Voorbeelden van deze risicofactoren tijdens de pre-migratie en migratiefase zijn: het verlies van vrienden en familie, discriminatie en traumatische ervaringen, zoals verkrachting, martelingen, oorlog en (politieke of religieuze) achtervolging (Ibid; Lurie en Nakash, 2015).

Ook al hebben de genoemde risicofactoren een link naar psychische problemen (Lamkaddem et al., 2014), uit onderzoek blijkt dat deze risicofactoren niet automatisch leiden tot psychische problemen (Vedder, 2014). Ook beschermende factoren hebben een invloed op de psychologische weerbaarheid (Schalen en Wiersma, 2001). Wanneer er veel beschermende factoren zijn, komt dit de veerkracht ten goede. Statushouders kunnen dan beter omgaan met traumatische ervaringen of andere risicofactoren. Deze ervaringen of factoren leiden dan niet tot psychische klachten (Ibid; Ikram en Stronks, 2016). De psychische gezondheid hangt op deze manier samen met de balans tussen risicofactoren en beschermende factoren. Wanneer de risicofactoren de overhand hebben, loopt de persoon in kwestie meer kans op het ontstaan van psychische problemen.

1.2 Psychische hulp

Een van de stappen die iemand met psychische problemen kan zetten, is het vragen van steun en hulp. Dit kan zowel bij vrienden en kennissen als bij professionele hulpverleners, denk aan huisarts of hulpverleners in de GGZ. Statushouders maken relatief weinig gebruik van deze professionele hulpverlening. Het model van Weijzen en Weide (1999) geeft een verklaring voor het (onder)gebruik van deze hulp.

Weijzen en Weide (1999) gebruiken een model om zicht te krijgen op de kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor etnische minderheden (zie bijlage 2). Dit conceptueel model verklaart het gebruik van de gezondheidszorg onder etnische minderheden op basis van: het zorgaanbod, de zorgbehoefte en de interactie tussen patiënt en hulpverlener. Dit conceptuele model diende als kader voor deze verkenning.

Statushouders volgen dezelfde weg naar de hulpverlening als de andere ingezetenen van Nederland. Wanneer iemand hulp zoekt voor psychische problemen, gaat hij eerst naar de huisarts. De huisarts werkt bijna altijd samen met een praktijkondersteuner, de poh-GGZ. Die richt zich op psychische problemen. Deze poh-GGZ kan lichte psychische klachten zelf behandelen. Als het nodig is verwijst de

huisarts iemand door naar een meer specialistische vorm van professionele psychische hulp, naar de Basis GGZ of de specialistische GGZ. De Basis GGZ biedt hulp aan voor lichte tot matig ernstige psychische problemen. Is er sprake is van zwaardere psychische problemen? Dan kan de huisarts doorverwijzen naar de Specialistische GGZ. Voor de nog complexere problemen zijn er voor vluchtelingen nog landelijk werkende specialistische GGZ-instellingen.

1.2.1 Zorgaanbod voor niet-westerse patiënten

Om de kwaliteit van de professionele psychische hulpinstanties te verbeteren voor groepen met een andere culturele achtergrond zijn er pogingen gedaan om de zorg te interculturaliseren (van Willigen, 2010). Een voorbeeld hiervan is het doorvoeren van een intercultureel personeelsbeleid. Etnische diversiteit in de personeelssamenstelling zorgt bij patiënten voor meer herkenbaarheid met de zorgverleners. De personeelssamenstelling zou de etnische beroepsbevolking moeten weerspiegelen en dat leidt tot meer aandacht vanuit de zorgverleners voor specifieke behoeften van patiënten met een andere culturele achtergrond (Seeleman et al., 2008). Daarnaast leidt het proces van meer interculturalisatie tot het bevorderen van de deskundigheid van medewerkers in de interculturele zorgverlening (Willigen, 2010). Dit zorgt voor meer culturele competenties bij de zorgverleners, waardoor zij een behandeling kunnen geven die beter aansluit bij deze groep patiënten. Dit zorgt voor een verbetering van de zorg (Hilderink et al., 2009). Toch blijft de uitval van allochtone cliënten in de professionele psychische hulp een hardnekkig probleem. Dat wordt toegeschreven aan onvoldoende culturele competenties bij zorgverleners (Ibid). Recent is er in het kader van de standaardontwikkeling in de GGZ een Generieke Module Diversiteit ontwikkeld (GGZ Standaarden, 2018). Deze module focust op het omgaan met culturele diversiteit van patiënten met een migratieachtergrond

1.3 Zorgbehoefte van de patiënt

Het model van Weijzen en Weide (1999) beschrijft drie componenten bij de patiënt die invloed hebben op het zorggebruik van mensen met een andere culturele en etnische achtergrond. Het gaat om individuele (*predisposing*) factoren die de keuze om psychische hulp te gebruiken beïnvloeden, het vermogen om gebruik te maken van de zorg (*enabling*) en de behoefte aan hulp mede door de ernst van de ziekte (*need*).

1.3.1 Individuele factoren (*predisposing*)

De individuele factoren die de keuze om psychische hulp te gebruiken beïnvloeden kunnen worden onderverdeeld in: **demografische factoren**, **sociaal culturele factoren** en **ideeën over gezondheid**.

Demografische factoren kunnen een link hebben met het ontwikkelen van psychische problemen. Uit onderzoek komt naar voren dat vrouwen over het algemeen meer posttraumatische-stressstoornis en angst/depressie symptomen hebben (Gerritsen et al., 2006). Ook leeftijd en opleidingsniveau spelen een rol. Zo blijkt uit onderzoek dat ouderen een kwetsbare groep zijn die vaak meer moeite hebben met integreren (Schouler-Ocak, 2015). Hoogopgeleide statushouders integreren makkelijker dan lager opgeleide statushouders (Ibid; SCP, 2018; Schalen en Wiersma, 2001). Wanneer integratie niet goed en soepel verloopt, kan dit een risicofactor zijn voor psychische problemen. Wanneer integratie wel goed verloopt kan dit op zijn beurt een beschermende factor zijn.

Een andere demografische factor is religie. Deze zorgt voor sociale steun vanuit de religieuze gemeenschap (Ikram en Stronks, 2016). Daarnaast kan bidden een bron van hoop en verzoening met

het eigen lot bieden (Donnelly et al., 2011). Ideeën over spirituele genezing en geloofsovertuigingen over de onvermijdelijkheid van het lot of de straf van een god kunnen ervoor zorgen dat iemand geen noodzakelijke hulp zoekt. In deze zin kan religie ook een risicofactor zijn.

Verschillende **sociaal culturele factoren** spelen een rol na de migratie. De post-migratiefase kan onderverdeeld worden in de periode voor het verkrijgen van een verblijfsvergunning en de periode nadat een verblijfsvergunning is verkregen (Ikram en Stronks, 2016). Tijdens de periode voor het verkrijgen van de verblijfsvergunning ervaren vluchtelingen veel stress. Een langere asielprocedure kan leiden tot meer kans op psychische problemen (Laban et al., 2005; Vedder, 2014). Dit komt o.a. door:

- de onzekerheid over het verkrijgen van een verblijfsvergunning,
- de angst om terug te worden gestuurd,
- vaak verhuizen,
- weinig mogelijkheden voor activiteiten en daginvulling in het asielzoekerscentrum (Gerritsen et al., 2006; Ikram en Stronks, 2016; Lamkaddem et al., 2015).

Dit gebrek aan mogelijkheden komt doordat vluchtelingen tijdens de asielprocedure niet mogen werken en geïsoleerd zijn van de maatschappij (Özkan en Belz, 2015). Weinig betekenisvolle activiteiten bij deze vluchtelingen kunnen leiden tot verveling en een negatief zelfbeeld. Dit zijn risicofactoren voor psychische problemen (Ibid; Lamkaddem et al., 2015). In de periode na het verkrijgen van de verblijfsvergunning neemt een deel van de stress van de vluchteling af. Zo is er geen onzekerheid meer over het verkrijgen van een verblijfsvergunning. Daarnaast zijn er beschermende factoren die de kans op psychische problemen kunnen verkleinen. Zoals de kans om te bouwen aan de toekomst, een toename van activiteiten in de vorm van taalles en de aanwezigheid van sociale steun (Lamkaddem et al., 2015). Deze beschermende factoren kunnen ook zorgen voor een grotere sociaal-culturele integratie.

Volgens een rapport van het Sociaal en Cultureel Planbureau (2019) stimuleert een grotere sociaal-culturele integratie de weg naar zorggebruik. Vooral sociale steun van autochtone Nederlanders en minder conservatieve opvattingen over man-vrouwrollen zorgen voor een groter zorggebruik. Aan de andere kant zijn er ook nog verschillende risicofactoren tijdens deze periode. Zo krijgen verschillende vluchtelingen te maken met discriminatie (Lurie en Nakash, 2015). Verder moeten ze binnen drie maanden nadat ze een verblijfsvergunning krijgen een aanvraag voor gezinshereniging indienen. Een plaatsing in een slechte buurt kan een negatieve impact hebben (Ikram en Stronks, 2016). Ook kan het alsnog voorkomen dat de persoon in kwestie weinig sociale steun ervaart. Een afwezigheid van sociale steun kan ervoor zorgen dat iemand zich alleen voelt, geïsoleerd raakt. Dit kan weer leiden tot psychische problemen, zoals depressie (Schouler-Ocak, 2015; Ikram en Stronks, 2016). Daarnaast hebben statushouders die op een grote sociaal-culturele afstand staan van de Nederlandse samenleving meer moeite met het begrijpen van het Nederlandse zorgstelsel (SCP, 2019).

Als laatste kijken Weijzen en Weide (1999) naar **ideeën over gezondheid** . Zo zijn sommige woorden en de taal die bij het spreken over psychische problemen worden gebruikt onbekend in het land van herkomst. Depressie kan bijvoorbeeld door vluchtelingen gezien worden als cultureel verbonden aan Westerse contexten, omdat dit geen term is die zij kennen. Wanneer er geen term is voor de ziekte in de eigen taal, kunnen ze het concept als niet belangrijk beschouwd. Ze zoeken dan geen hulp of op een andere manier. Zoals steun bij familie, de gemeenschap of een traditionele genezer in plaats van ook professionele hulp te vragen (Savic et al., 2015). Psychische problemen gaan vaak samen met stigma, schaamte en angst voor discriminatie (Donnelly et al., 2011). Typerend hiervoor is een quote van een

vluchtelingen (Donnelly et al., 2011). Hierin vertelt ze dat een mentale ziekte in haar cultuur ervoor zorgt dat iedereen bang voor je wordt.

“Nobody wants to come close to you because [they think], ‘Oh, she’s crazy.’ That’s the word we use. ‘She’s crazy don’t go close to her, she will make you crazy,’ or something like that.”

1.3.2 Vermogen om gebruik te maken van de zorg (enabling)

Factoren die een invloed uitoefenen op het zorggebruik zijn onder andere financiële middelen. Veel vluchtelingen hebben beperkte financiële middelen (SCP, 2018). Veel van de Syrische statushouders zijn afhankelijk van de bijstand. Zij houden geen geld over en 42% heeft te weinig geld om van rond te komen (SCP, 2018). Dit kan zorgen voor stress bij de statushouders. Er is een relatie tussen financiële moeilijkheden en psychische ongezondheid bij statushouders (SCP, 2019). Ander onderzoek laat zien dat 15% van de vluchtelingen afziet van het gebruik van zorg vanwege financiële belemmeringen (Lamkaddem, 2013). Ook lange en dure reisafstanden naar gespecialiseerde GGZ-instellingen kunnen een belemmering zijn (Van Berkum, 2016). Weijzen en Weide (1999) noemen in hun model dan ook transport als factor die invloed kan hebben op de toegankelijkheid van de zorg.

Kennis over de diensten die statushouders kunnen gebruiken is daarnaast van belang. Over het algemeen bestaat er onder hen een gebrek aan kennis over mogelijke behandelingen (Lamkaddem, 2014) en zijn ze onbekend met het westerse gezondheidszorgsysteem (Donnelly et al., 2011). Statushouders die langer in Nederland zijn, vinden daarentegen beter de weg in het zorglandschap (SCP, 2019). Dit zorgt ervoor dat zij meer gebruik maken van de zorgvoorzieningen dan statushouders die minder lang in Nederland zijn. Ook kunnen statushouders verkeerde of te hoge verwachtingen hebben van de zorg in Nederland. Wanneer hulpverleners niet voldoen aan deze niet reële of hoge verwachtingen, kunnen statushouders zich verwaarloosd of gediscrimineerd voelen (Suurmond et al., 2013).

1.3.3 Ernst van ervaren problemen (need)

Hoe statushouders de ernst van de symptomen van hun klachten ervaren en beoordelen bepaalt mede hun behoefte aan zorg. Ook zorgprofessionals beoordelen dit vanuit hun deskundigheid. De eigen ideeën van een statushouder kunnen botsen met het oordeel van de professionele hulpverlener (Hilderink et al., 2009). Verder hebben allochtone cliënten meer behoefte aan hulp bij praktische problemen. Dit zou te maken hebben met hun vaak kwetsbare sociaaleconomische situatie. Statushouders verwachten van de professionele hulpverleners dat zij ook antwoord geven op de praktische problemen. Wanneer deze patiënten onvoldoende hulp op dit vlak ervaren, ontstaat er een gevoel van mismatch tussen de vraag om hulp en het aanbod. Dit kan op zijn beurt leiden tot teleurstelling onder deze groep en resulteren in de uitval in de hulpverlening (Ibid).

1.4 Interactie zorgverlener en patiënt

Veel van de hierboven genoemde factoren hebben invloed op de interactie tussen hulpverlener en cliënt (Weijzen en Weide, 1999). De interactie tussen zorgverlener en cliënt gaat vaak samen met het ervaren van cultuurverschillen en andere barrières in communicatie (Seeleman et al., 2008,). Een veelgenoemde barrière in de interactie is taal. In een onderzoek van Nivel (Triemstra et al., 2016) komt

naar voren dat 41% van de zorgverleners een taalbarrière ervaart met anderstalige patiënten. Eén derde van de respondenten in het onderzoek van Lamkaddem (2013) gaf aan dat een taalbarrière in de zorg een probleem was. Dit is niet alleen een belemmering voor het uitleggen van de gezondheidsproblemen van statushouders, maar ook voor het begrijpen van de uitleg van de arts (Lamkaddem, 2013).

1.4.1. Tolken

Door afschaffing van de tolkenvergoeding vanaf 1 januari 2012 worden er minder vaak professionele tolken ingezet (Langendijk-Van Den Berg et al., 2014). Voor zowel zorgverlener als cliënt zijn de kosten voor een tolk te hoog. Zonder een professionele tolk is de kans kleiner dat de patiënt de juiste informatie krijgt. Want een informele tolk, zoals een kennis of familielid, vergroot het risico op verkeerde vertaling door onvoldoende taalkennis of het willen ontzien van de ander. Een informele tolk is daarnaast niet onpartijdig en heeft geen beroepsgeheim. Voor meer beladen problemen zoals psychische klachten is eigenlijk een professionele tolk nodig (Langendijk-Van Den Berg et al., 2014).

1.4.2. Ervaringen met de zorg

Ikram en Stronks (2016) noemen tot slot de gezondheidszorg als factor die invloed kan hebben op het psychische welzijn van statushouders. Ervaren vluchtelingen de kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg als goed? Dan kan dit een beschermende factor zijn en de (psychische) gezondheid verbeteren (Seeleman et al., 2008; Lamkaddem et al., 2013; Ikram en Stronks, 2016). Statushouders zijn over het algemeen tevreden zijn over de eerstelijns zorg. Ze hebben het idee dat de huisarts goed naar ze luistert en goed advies geeft (SCP, 2018). Ook blijkt dat ze vertrouwen hebben in de Nederlandse zorg (Ibid). Maar wanneer ze de gezondheidszorg niet als goed ervaren, kan dit een risicofactor worden. Bijvoorbeeld door het gevoel niet serieus te worden genomen. De kans is namelijk groot dat vluchtelingen minder snel hulp zoeken wanneer eerdere ervaringen slecht waren (Laban et al., 2005; Hilderink et al., 2009). Daarnaast zijn de gezondheidsuitkomsten over het algemeen slecht wanneer vluchtelingen de toegankelijkheid en kwaliteit van de instelling als slecht ervaren (Seeleman et al., 2008).

2. Methoden

Deze verkenning heeft als doel om meer inzicht te krijgen in hoe vluchtelingen omgaan met psychische problemen en het vragen van hulp alsmede de ervaringen met professionele hulp. Aangezien het om een kleine verkenning gaat, is er afgezien van medische ethische toetsing vooraf. Dit is geverifieerd aan de hand van de Beslisboom WMO-plichtigheid (VUmc, 2017).

2.1 Populatie

De doelgroep is uitgekozen via de methode 'doelgerichte selectie' (Boeije, 2009). Vanuit het theoretisch kader is een profiel gemaakt van geschikte participanten (Boeije, 2009). Dit profiel hield in dat participanten psychische problemen hebben, waar zij al wel of nog geen hulp voor hebben gezocht bij professionele hulpverleners. Het taalniveau in het Nederlands of Engels moest hoog genoeg zijn om een interview af te kunnen nemen. En zij moesten minimaal twee jaar in Nederland zijn.

Om de juiste participanten te werven is er gebruik gemaakt van een wervingstekst. Deze legde uit wat onder psychische problemen wordt verstaan. Ook werd in de wervingstekst genoemd dat de participanten een kleine vergoeding zouden krijgen. Deze informatie werd verder uiteengezet in de informatiebrief. De anonimiteit werd extra benadrukt om de drempel vanwege schaamte en stigma's te verlagen en er werd uitleg gegeven over de organisatie en de mensen die dit onderzoek doen. De wervingsteksten en informatiebrief zijn begrijpelijk en op Nederlands B1-taalniveau geschreven. Het toestemmingsformulier, dat de participanten gevraagd werd om te tekenen, legde in begrijpbare taal uit wat het doel is van dit onderzoek en op welke manier het wordt uitgevoerd. Op deze manier weten de participanten de risico's en de voordelen van het onderzoek en kunnen zij bepalen of ze deel willen nemen (Boeije, 2009).

Via de aan Pharos verbonden sleutelpersonen zijn negen respondenten geworven. Daarnaast zijn er oproepen gedaan op Facebook waarbij nog één respondent is geworven. Vanwege het kwalitatieve karakter van deze verkenning is ervoor gekozen niet meer dan tien mensen te interviewen.

2.2 Datacollectie

Bij dit kwalitatief onderzoek gebruiken we de definitie van Boeije (2010): het begrijpen en beschrijven van sociale fenomenen in termen van de betekenis die mensen eraan geven. In deze verkenning gebeurde dit door middel van semi-gestructureerde interviews. De topiclist voor dit interview (zie bijlage 2) is van tevoren opgesteld door de interviewer aan de hand van het theoretisch kader. Het verloop van de interviews werd grotendeels bepaald door de topiclist en door de opvolging van de antwoorden van de participanten zelf. De interviews waren in het Nederlands of Engels en zijn gehouden op de plekken waar de respondenten zich het meest op hun gemak voelde. De verschillende locaties verspreid over Nederland, waar de interviews afgenomen werden, waren bij mensen thuis of in een koffietentje of buurthuis. Twee keer was er een sleutelpersoon bij die als tolk fungeerde, als participanten nog niet op B1-niveau Nederlands spraken. De participanten hadden verschillende achtergronden, namelijk: Syrisch (vijf participanten), Afghaans (drie participanten) en Eritrees (twee

participanten), Het opleidingsniveau van de participanten verschilde. De Syrische en Eritrese participanten waren redelijk hoogopgeleid. De Afghaanse participanten waren laagopgeleid. Hoe lang de participanten in Nederland waren verschilde flink. Zo waren de Afghaanse vrouwen al langere tijd in Nederland. Zij waren dan ook ouder in vergelijking met de andere participanten. De Syrische participanten waren allemaal nog vrij kort in Nederland en in vergelijking met de Afghaanse participanten jonger, tussen de 28 en 36 jaar oud. De Eritrese participanten vielen qua leeftijd tussen de Afghaanse vrouwen en de Syrische participanten (zie bijlage 4).

2.3 Data-analyse

De data van de interviews zijn getranscribeerd, tekstfragmenten zijn gecodeerd met hulp van Nvivo 11 geordend. De verschillende thema's uit het theoretisch kader zijn gebruikt voor het coderen, namelijk:

- risicofactoren voor psychische problemen,
- beschermende factoren voor psychische problemen,
- zorgaanbod,
- zorgbehoefte van de patiënt,
- de interactie tussen de zorgverlener en patiënt.

De uitkomsten van de interviews zijn ingedeeld aan de hand van deze thema's, die aan de basis staan van de kwalitatieve analyse.

3. Resultaten

3.1 Risicofactoren en beschermende factoren

Het model van Ikram en Stronks (2016) maakt duidelijk dat risico- en beschermende factoren het psychisch welzijn van statushouders beïnvloeden. Het psychisch welzijn is nauw verbonden met de zorgbehoefte van de statushouders en heeft op deze manier invloed op het gebruik van de hulpverlening. Om deze reden is het belangrijk om dieper in te gaan op de risicofactoren die statushouders in Nederland ervaren. En welke beschermende factoren psychische problemen kunnen voorkomen of verminderen. Hieronder komen de risico- en beschermende factoren die in de interviews zijn genoemd aan de orde. Deze factoren worden vanuit het theoretisch kader onderverdeeld in de premigratie (voor de vlucht), migratiefase (tijdens de vlucht) en de postmigratie fase (in Nederland).

3.1.1 Voor de vlucht

In de gesprekken met de statushouders kwam duidelijk naar voren dat de periode voor de vlucht moeilijk was in het leven van de statushouders. De statushouders wilden niet weg uit hun thuisland, maar voelden zich gedwongen door de oorlog.

"[...] Iedereen kwam hier, maar wilden hier eigenlijk niet zijn. We kwamen omdat we gedwongen werden. De meesten van ons werden gedwongen om te komen. Ik ben bijvoorbeeld Christelijk, ik oefen het niet uit, maar ik ben het wel. We zijn een minderheid van 5% in Syrië. Toen IS kwam, was dit vooral een dreiging voor de Christenen. Daarom moesten we vluchten, we hadden geen keus." (Participant 1)"

"Oorlogsslachtoffers krijgen veel te maken met psychische invloeden of psychische problemen. Je besluit niet om te vluchten. Je bent gedwongen om alles te verlaten. Dat maakt iets kapot in jouw hart en je ziel. Uiteindelijk moet je ook weg." (Participant 3)

Op zoek naar veiligheid vertrokken de statushouders vanuit het thuisland. Voor die tijd hebben zij al veel nare gebeurtenissen meegemaakt. Zo vertelt een vrouw (participant 7) in een interview dat ze haar man verloor in de oorlog in Afghanistan. Een andere vrouw vertelt over het moment dat zij besloot te vluchten uit Syrië.

"Ik reisde naar Aleppo en ik droeg geen hoofddoek. Ik was gewoon zoals ik nu ben en die Islamitische militie stopte mij in de auto. Ze vroegen mij heel rare vragen over religieuze achtergronden en die had ik niet. Toen voelde ik echt de onderdrukking. Ik dacht: hier word ik dood gemaakt door deze mensen. Wat doe ik in Syrië? En toen besloot ik om ontslag te nemen en te vluchten [...]" (Participant 3)

"[...] in Afghanistan 10 jaar geleden waren er veel problemen bij mijn huis. Het lag helemaal in puin. Dus ik ben naar de andere straat in mijn stad gegaan, want alles was kapot. Mijn familie en mijn burens waren er nog, maar alles in mijn huis was kapot. Familie die zorgde voor kleren voor mij en mensen hielpen mij. Ik werd geholpen om naar Pakistan te gaan en uiteindelijk naar hier." (Participant 5)

3.1.2 Tijdens de vlucht

De vlucht van het thuisland naar een veilig land brengt vele obstakels met zich mee. Zo moeten er smokkelaars betaald worden. Een Syrische statushouder (participant 1) vertelt dat hij een smokkelaar € 12.000,- betaalde om naar Zweden te gaan. Hij werd in Nederland ontdekt en moest hier asiel aanvragen. De vluchtelingen weten vaak niet waar ze zijn en waar ze naartoe gaan wanneer ze reizen met een smokkelaar. Dit brengt veel onzekerheid en stress met zich mee. Daarnaast komen vluchtelingen vaak geweld tegen onderweg en kan de vlucht erg gevaarlijk zijn.

"Je komt van de oorlog vandaan, daar heb je veel gezien en je hebt veel meegemaakt. Je bent veel verloren en moest alles achter laten. Uiteindelijk moest je de zee oversteken, terwijl je weet dat er een grote kans is dat je overlijdt. Je weet niet of je het gaat overleven, maar het is de enige keuze die je hebt." (Participant 2)

De nare ervaringen die statushouders meemaken voor de vlucht en tijdens de vlucht kunnen gevolgen hebben voor het psychische welzijn van de statushouders. Participanten leggen uit dat veel van hen last hebben van angstige dromen. Ze vergeten alledaagse dingen en leven in een angst. Zo vertelt een vrouw uit Afghanistan (participant 5) dat zij vaak vergeet te eten of boodschappen te doen. Ook vertelt ze dat ze veel slaapt overdag, maar in de nacht vaak wakker wordt. Ze ervaart daarnaast een angst dat een man haar huis binnendringt en haar vermoordt. Vrouwen horen ook ervaringen van elkaar. Zo vertelt een Eritrese statushouder:

"[...] ik ken veel mensen die in de oorlog zijn geweest, weet je. Soms hebben zij herinneringen van vrienden die in de oorlog zijn doodgegaan. Soms krijgen ze nachtmerries. Dat zijn eigenlijk ook manieren van herinneren. Die momenten voelen ze zich niet lekker. Het is gewoon, ze schrikken ook makkelijk.. Ze hebben een rusteloze situatie. Je krijgt geen rust. Soms komen vrienden langs om je te zien, maar zij zien dat je met je gedachten ergens anders bent. Je denkt veel aan de situatie, kunt slecht slapen en hebt veel nachtmerries." (Participant 10)

3.1.3 In Nederland

In Nederland aangekomen begint de asielprocedure. Zo komen de vluchtelingen eerst terecht in Ter Apel en moeten zij vervolgens naar een ander asielzoekerscentrum gaan. Hier wordt bepaald of zij een Nederlandse verblijfsvergunning krijgen of niet. De tijd in het asielzoekerscentrum brengt veel onzekerheden met zich mee. Een van de onzekerheden is dat ze niet weten of ze mogen blijven in Nederland. Een Afghaanse vrouw vertelt hierover:

"[...] in Dronten. Ik was nieuw. Ik was bang dat ik terug naar Afghanistan moest. We moesten met iemand praten en die begon te schrijven en te schrijven." (Participant 5)

Naast de onzekerheid of zij in Nederland mogen blijven of niet, hebben de vluchtelingen niet veel te doen in de asielzoekerscentra. Dit was iets dat vaak terugkwam in de interviews. Dit leidt tot verveling en vaak ook tot veel tijd om na te denken over wat er is gebeurd. En piekeren over wat er op dat moment gebeurt in het thuisland en met familie.

“Dan kom je hier en hoor je slecht nieuws. Je bent iemand verloren in je eigen land. Je zit in een kamer en daar doe je precies niks, je kijkt alleen naar de muur. Stel je voor wat dat doet met je gedachtes. Je gaat terug in herinneringen, in je verbeelding. Vervolgens blijf je een jaar in deze situatie.” (Participant 2)

“Ik bleef de hele tijd in mijn bed. Ik was veel alleen in de kamer. Jij denkt te veel, [je hebt] heel veel stress. Toen ik in Eritrea was heb ik heel goed werk gehad met mijn beroep en in het azc miste ik enorm mijn dorp, dat is mijn alles. Ik heb alles verloren dus ik heb hier niets. Nul komma nul. Ik begon bij 0 en ik had niet eens taalles gehad om de Nederlandse taal te leren.” (Participant 9)

Leegte, machteloosheid en stress

Weinig kunnen doen leidt ook tot een gevoel van leegte en machteloosheid. Zo vertelt een Syrische man (participant 2) dat veel vluchtelingen voor Nederland kiezen, omdat bekend is dat in Nederland familiehereniging sneller gaat in vergelijking met andere Europese landen. Toch kan het nog een aantal jaar duren voor de familie naar Nederland kan komen. Die tijd zit een persoon te wachten in het asielzoekerscentrum of in de gemeente. Terwijl hij weet dat zijn vrouw en kinderen zich in een slechte situatie bevinden, zoals een land in oorlog.

De asielzoekers willen studeren, werken of de Nederlandse taal leren, maar dat mag niet of kan niet aangeboden worden, omdat de vluchtelingen op dat moment (nog) niet de Nederlandse status hebben. Dit gevoel van machteloosheid, leegheid en onzekerheid kan leiden tot stress. Verschillende geïnterviewde statushouders noemen het verblijf in het asielzoekerscentrum dan ook een van de moeilijkste periodes die zij hadden in Nederland. In dit opzicht is de tijd in een asielzoekerscentrum een grote risicofactor. Er zijn wel verschillen tussen asielzoekerscentra.

“Je hebt ook wel een paar activiteiten in het azc, hoor. Ze leerde de meesten fietsen, maar ik kon al fietsen. En er was ook een les per dag Nederlands. Er kwam een vrijwillige docent lesgeven, maar de rest van de week heb je niks te doen.” (Participant 8)

“In het azc deed ik weinig eigenlijk. Je hebt niet het recht om de taal te leren. Ja, je kan zelf studeren, maar je mag niet naar een taal instituut of cursussen volgen. Het aller moeilijkste was het in Ter Apel, want daar kan je helemaal niets doen. Het tweede of derde [azc] viel een beetje mee, want daar waren er wel activiteiten.” (Participant 8)

Ook proberen vluchtelingen zelf activiteiten op te zetten in een asielzoekerscentrum. Zo vertelt een Eritrese statushouder (participant 9) dat hij met een groepje hardliep in de ochtend. Daarnaast ontving hij de nieuw aangekomen Eritrese mensen in het asielzoekerscentrum met traditionele Eritrese koffie. Op deze manier probeerde hij de nieuwkomers gerust te stellen na de zware en traumatische periode

die zij meemaakten. De sociale steun die op deze manier wordt gegeven kan beschermend werken voor de vluchtelingen. Wanneer er geen sociale steun is, kan dit als een risicofactor werken.

“Er waren ook moeilijkheden die ik meegemaakt heb daar in het azc. Vooral psychische moeilijkheden of gevoelens of emoties. Ik ben hier met veel mensen uit Syrië, maar voel me toch alleen. Want ik heb geen gemeenschappelijke ideeën met ze. Ook die vrouwen, die met hoofddoek, onderbraken altijd mijn ideeën en religieuze gedachten. En ook mensen uit andere gebieden in Syrië die ik nog niet ken. Het was moeilijk om met ze om te gaan. Daarom had ik geen relaties met hen [...]”
(Participant 3)

Van asielzoeker naar statushouder

Na het verkrijgen van een status worden asielzoekers statushouders genoemd en komen ze voor huisvesting in de gemeente in aanmerking. In de gemeente begint het integratieproces. Een deel van dit integratieproces is de taal leren. Zo kunnen ze makkelijker contact leggen met mensen en het helpt om een baan te vinden. Aan de andere kant: als het leren van de taal niet goed lukt wordt kan dit de integratie hinderen. Een Afghaanse vrouw legt uit dat ze spijt heeft dat ze de taal niet goed kent:

“Die tijd wilde ik heel graag verder met taal gaan, maar het werd niet vergoed. Daarom ben ik gestopt met taal en ben ik thuis gaan zitten en ik had geen werk ook. Dat was jammer. Die tijd was ik heel jong. Ik wilde graag iets doen, maar van de sociale dienst mocht ik niet verder leren. Daarom vind ik het moeilijk. Ik heb veel spijt van die tijd, want nu ben ik bijna 50, maar ik ben niks hier.” (Participant 7)

In de interviews komt duidelijk naar voren dat statushouders vinden dat ze ontevreden zijn over hun taal. Vooral de Afghaanse vrouwen benoemen dit. Zoals de Afghaanse vrouw hierboven (participant 7), die geen baan heeft en zich niks waard voelt in Nederland. Dit laat het belang zien van het hebben van een baan. Statushouders willen graag iets bij kunnen dragen in het land. Dit kan er ook voor zorgen dat zij meer eigenwaarde krijgen. Het hebben of krijgen van een baan is een moeilijk punt voor statushouders. Zo voelen sommigen zich gediscrimineerd.

“Het is moeilijk om een baan te vinden. Zodra ze weten dat ik Syrisch ben, kijken ze anders naar mij. Ik krijg niet de baan die ik graag zou willen of ik krijg alleen een baan aangeboden in de horeca. Ik kook thuis niet eens.” (Participant 1)

Deze man voelt zich gediscrimineerd omdat hij Syrisch is. En hij denkt niet de baan te kunnen krijgen die hij zou willen. Hij is hoogopgeleid in Syrië, maar zijn diploma's zijn hier niet geldig. Statushouders hebben vaak het gevoel dat ze onder het niveau werken waar ze in het thuisland voor opgeleid zijn.

Sociale omgeving en contacten

Uit de interviews komt naar voren dat de sociale omgeving en contacten die statushouders hebben van invloed zijn op hun psychisch welzijn. Een gebrek aan sociale contacten kan leiden tot eenzaamheid.

“Mijn vader is dood, sindsdien ben ik alleen. Ik wilde leven samen met vader, dat was beter. Nu ben ik alleen, niet getrouwd en heb geen kinderen. Mijn vader is weg. Sinds mijn vader dood is, ben ik veel te veel ziek.” (Participant 5)

Aan de andere kant kan sociale steun een beschermende factor zijn.

“De meeste Afghanen hebben dezelfde problemen als ik. Het helpt om daar samen over te praten, dat lucht op. In Afghanistan heeft iedereen dezelfde problemen en maken dezelfde stress mee.” (Participant 6)

Praten met mensen die de statushouders vertrouwen is voor hen een veelvoorkomende manier om stress te hanteren. Dit wordt in alle interviews genoemd. Alleen gebeurt dit op verschillende manieren. Zo doen de Eritrese participanten dit door samen traditionele koffie te drinken (participant 9 en 10). De Afghaanse vrouwen doen dit door met andere Afghaanse vrouwen bij elkaar te komen (participant 5, 6 en 7). Het Syrische koppel bespreekt dit met elkaar en vrienden (participant 3 en 4). De Syrische mannen doen dit met vrienden. Dit vinden zij wel moeilijk, omdat ze geacht worden sterk te zijn vanuit de cultuur (participant 1, 2 en 8).

Karakter

Tot slot is de laatste factor die genoemd werd het karakter of de persoonlijkheid. Zo zou een actief en sociaal karakter beschermend kunnen werken.

“Je hebt veel plekken waar de mensen zich kunnen verzamelen of meer mensen kunnen leren kennen. Alleen sommigen blijven gewoon thuis en niemand komt naar je thuis om te zeggen: ‘kom maar mee’. Je moet echt zelf daarnaartoe. Je moet echt zelf actief zijn.” (Participant 8)

Aan de andere kant hebben statushouders die al kampen met psychische problemen niet altijd de energie of de kracht om hier zelf uit te komen.

“Wanneer ze [statushouders] vanaf het begin veel uit hun huis komen en geen problemen hebben, dan kunnen ze veranderen en integreren. Als ze al problemen hebben en niet hun huis uitkomen, dan worden de problemen alleen maar erger. Mensen die al problemen hebben kun je niet redden. Ze zullen niet naar buiten gaan en ze gaan niet nieuwe mensen ontmoeten. Zij blijven in dezelfde situatie en dit wordt erger met ziekte.” (Participant 2)

Uit de quote van deze Syrische man komt naar voren dat statushouders zelf naar buiten moeten gaan. Maar wanneer zij last hebben van psychische problemen lukt dit niet. Het is voor deze statushouders lastig om uit de psychische problemen te komen die zij ondervinden. Daarom is het noodzaak volgens een Eritrese statushouder (participant 10) dat de statushouders hulp zoeken. Ze vertelt dat Eritrese statushouders vaak de eigen problemen op willen lossen, maar dat dit niet altijd lukt. Professionele hulp zou hier wel bij kunnen helpen.

3.2 Toegang en gebruik van professionele hulp

Wanneer de risicofactoren te veel gaan overheersen neemt de stress toe en daarmee ook vaak de psychische problemen. Dit kan leiden tot een behoefte aan hulp en ondersteuning van professionals in de eerstelijnszorg en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Verschillende factoren beïnvloeden de toegang en het gebruik van deze professionele hulp, zoals beschreven in de theorie. Deze factoren kunnen voortkomen vanuit de statushouder zelf, het aanbod van hulp vanuit de eerstelijns zorg en de GGZ en de interactie tussen de statushouder en de hulpverlener. Hieronder wordt er dieper ingegaan op de ervaringen van statushouders met de zorgbehoefte, het zorgaanbod en de interactie.

3.2.1 Zorgbehoefte

Individuele aspecten hebben invloed op de behoefte om hulp te zoeken. Zo kunnen ideeën over psychische gezondheid invloed hebben of er hulp wordt gezocht voor psychische problemen, hoe en bij wie. Sommige ideeën worden meegenomen uit het land van herkomst. In Syrië zou het bijvoorbeeld voor mannen betekenen dat ze zwak zijn wanneer ze zich uitspreken over psychische problemen.

“Het is een verschil in de cultuur. Wij zijn opgevoed om sterk te zijn. Je mag niet huilen, want als man moet je sterk zijn. Wanneer je valt moet je opstaan, je mag niet blijven liggen, want dat doen oude vrouwen. Dus je moet doorgaan. Wij hebben niet de cultuur dat we spreken over alle problemen die we hebben.” (Participant 2)

“Ze nemen zelf eigen ‘medicatie’ thuis, zoals alcohol of drugs, of ze praten gewoon niet over hun problemen. Vooral mannen praten er liever niet over. Ze denken: ik ben een man, dus ik moet een machoman zijn, ik moet sterk zijn.” (Participant 1)

In de Syrische cultuur moet de man sterk zijn. Het hebben van of praten over psychische problemen hoort hier niet bij. Om deze reden willen en kunnen zij hier niet over praten, want het is hen niet geleerd. Ze staan er niet voor open om hulp te zoeken. Dit taboe komt ook terug bij andere culturen, maar telkens op een andere manier. Een Eritrese vrouw zegt niet in het bijzijn van mannen durven te praten over dergelijke taboeonderwerpen (participant 9). Een Afghaanse vrouw legt uit dat ze vaak haar zoon meeneemt naar de huisarts, omdat hij beter Nederlands spreekt dan zij (participant 6). Bij sommige onderwerpen wil ze hem er echter niet bij hebben. Dan neemt ze haar dochter mee, omdat je met een vrouw meer zou kunnen bespreken dan met een man. Ook al verschillen de culturen, alle participanten benadrukken dat over psychische problemen niet openlijk kan worden besproken.

Weinig kennis psychische problemen

Daarnaast komt vaak terug in de gesprekken met de participanten dat er weinig kennis is over wat psychische problemen precies inhouden. Vaak wordt er alleen hulp gezocht voor fysieke klachten. Aangezien er weinig aandacht wordt besteed aan psychische problemen in het thuisland weten veel statushouders niet hoe zij ermee om kunnen gaan. Laat staan dat ze er hulp voor zoeken.

“Maar in Syrië als je tegen iemand zegt dat je psychische problemen hebt, dan denken ze misschien dat je gek bent en niet goed ermee om kunt gaan. Je bent depressief. Je gaat binnenkort jezelf vermoorden ofzo, dus ze hebben geen idee over mentale verzorging. Dat ligt niet aan die mensen, maar aan het idee dat je niet kan laten zien als je psychische problemen hebt.” (Participant 4)

Kennis over psychische problemen heeft ook te maken met het niveau van opleiding. Zo vertelt een Syrische man dat hij minder moeite heeft met hulp zoeken bij psychische problemen, omdat hij hoger opgeleid is in Syrië (participant 8). Hij legt uit dat hij bekend is met psychische problemen, omdat hij hierover leerde op de universiteit. Over laagopgeleide statushouders legt hij uit dat voor deze mensen psychische problematiek vaag en ongrijpbaar zijn. Zijn dan niet overtuigd dat ze psychische problemen hebben. Uit veel interviews komt naar voren dat er een stigma ligt op het hebben van psychische problemen. Dit kan een van de redenen zijn waardoor statushouders minder snel overtuigd zijn van het hebben van psychische problemen.

"[...] hij weigert te accepteren dat die lichamelijke klachten door depressie komen. Dan zegt hij altijd ik ben niet gek, ik ben niet gek, maar daar gaat het niet om."
(Participant 8).

De participanten noemen de angst om te worden gezien als een gek persoon een belangrijke reden waarom er geen hulp wordt gezocht voor psychische klachten. Laagopgeleide statushouders hebben minder kennis over wat psychische problemen inhouden. Daarnaast hebben zij vaak ook meer moeite dan hoogopgeleide statushouders om het (zorg)systeem in Nederland te begrijpen.

"Het is moeilijk meteen het systeem te begrijpen en er gebruik van te maken. De meeste Eritrese vluchtelingen die hier komen zijn van het platteland. Sommigen kregen geen kans om goed onderwijs te volgen. Ik ben opgegroeid in de stad. Hier in Nederland moet ik alleen het systeem leren, maar als ik zeg ministerie dan weet ik wat dat is. Ik weet hoe de structuur werkt. Ook is het voor deze mensen is moeilijk wat de huisarts is en wat de taak van de huisarts is. Wat de plichten en rechten van henzelf zijn. Zij weten dat niet." (Participant 9)

Zorgverzekering en geld

In het asielzoekerscentrum wordt er veel voor de vluchtelingen geregeld, zoals een zorgverzekering. De participanten hadden daar geen moeite met een huisarts vinden. Wel is het vaak onbekend bij statushouders dat zij bijvoorbeeld een dubbele afspraak kunnen plannen bij de huisarts. Ze kunnen zich wel voorstellen dat het vinden van een goede zorgverzekering lastig is voor minder hoog opgeleide statushouders (participant 1). Terwijl het regelen van deze praktische dingen de meeste participanten nog wel lukt, kwam er wel frustraties naar boven over het zorgsysteem in Nederland. Verschillende participanten vragen zich af waar zij het geld voor de zorgverzekering voor betalen en ze vinden de zorgverzekering vaak te duur.

"[...] En ik betaal 155 euro voor de verzekering, maar ik weet niet waarom. Ik heb gewerkt met zorgverzekeringen in Saudi-Arabië, dus ik weet dat 155 euro per maand veel is. Ik zou veel meer krijgen voor dit geld in Saudi-Arabië dan in Nederland. Het leven is echt heel duur hier." (Participant 1)

Een Syrische statushouder geeft een voorbeeld waarbij hij zelf voor zijn zorg wilde betalen, omdat dit maar € 75,- zou zijn en geen dure zorgverzekering wilde. Maar dit mocht niet. Daarnaast kan de keuze om hulp te zoeken beïnvloed worden doordat sommigen niet weten of iets wel of niet vergoed zal

worden. Dit geldt ook voor andere zaken. Zo vertelt een Afghaanse vrouw (participant 7) dat haar taal cursus niet meer vergoed werd. Om deze reden is ze gestopt met de taal cursus. Nu heeft ze daar spijt van, omdat ze nog steeds niet goed Nederlands kan spreken. Geld speelt een belangrijke rol in het leven van de statushouders. Dit betreft ook de kosten voor transport om op de afspraak te komen. Aangezien de trein vrij duur is, proberen sommige statushouders op een andere manier transport te zoeken. Zo kijken ze of iemand hen kan brengen, maar wanneer er veel afspraken zijn is dat moeilijk. Als ze niemand vinden die hen kan brengen, zien ze af van hulp.

Fysieke klachten

Zoals eerder benoemd zoeken statushouders vaak hulp voor de fysieke klachten, ook als ze snappen dat deze klachten kunnen voortkomen uit psychische problemen. Zo legt een Afghaanse vrouw (participant 5) uit dat ze vaak problemen in haar hoofd heeft. Gedurende het interview vertelt ze over problemen die zij in het leven is tegengekomen, zoals het overlijden van haar vader en dat ze zich sindsdien eenzaam voelt. Ook legt ze uit dat ze vaak moet huilen, veel vergeet en dat ze thuis altijd de gordijnen dichthoudt en in het donker zit. Ze heeft vaak buikpijn en krijgt hier maagtabletten voor van de huisarts. Maar ze legt ook uit dat ze vaak veel moet denken en dat ze hierdoor buikpijn krijgt. Een andere Afghaanse vrouw legt een soortgelijke situatie uit:

“Er zijn heel veel mentale problemen. Als ik mijn dochter iets eenvoudigs vraag, begint ze al te huilen en dan krijgt ze last van haar maag. Ze kan gewoon niet veel aan. De hulpverleners moeten begrijpen dat wij extra en op een andere manier hulp nodig hebben.” (Participant 6)

Deze Afghaanse vrouwen benoemen dat er psychische problemen zijn, maar zij zoeken alleen hulp voor de fysieke problemen. Er zijn ook statushouders die denken dat ze alleen fysieke hulp nodig hebben, omdat ze geen psychische problemen hebben:

“Ik ken iemand die een heel diepe depressie heeft, maar hij heeft ook lichamelijke klachten en hij weigert te accepteren dat die lichamelijke klachten door depressie komen. Zodra de huisarts zegt dat het stress is dan gaan ze ervandoor” (Participant 8).

Mede door het stigma dat op psychische problemen ligt, zoeken statushouders geen hulp voor psychische problemen. Ze willen niet horen van de mogelijke psychische problemen die ze zouden kunnen hebben en daarom:

Verschillende ideeën over hulp

Zorgverleners en statushouders hebben verschillende ideeën over hulp die de statushouder zou moeten krijgen. Hierdoor zijn statushouders minder tevreden over de hulp die ze krijgen. Statushouders voelen zich dan niet gehoord of krijgen het gevoel dat ze niet serieus worden genomen.

“Ook bijvoorbeeld als we hartklachten hebben, en de huisarts denkt dat stress de oorzaak dan gaat hij niet verwijzen. Hij kan niet elke patiënt met een hartkloppingen naar een cardioloog doorverwijzen. Maar dan denken vluchtelingen: oh, ik heb hartkloppingen, maar jullie hebben geen cardiografie gedaan. Hoe weten jullie dat er niets aan de hand is als je geen aanvullende onderzoeken doet?” (Participant 8)

Anderen vinden dat huisartsen niet genoeg kennis hebben over gezondheid en denken dat ze informatie op halen via Google.

“Wanneer je naar de huisarts gaat en je vraagt iets, dan gaan ze het gewoon zitten zoeken op de computer. Dat doen ze vaak en het is heel irritant. Ik kan het zelf thuis ook wel Googelen, dus waarom heb ik jou nodig? Waarom ben je niet zo ervaren zoals in Syrië?” (Participant 2)

Aan de andere kant krijgen statushouders soms het gevoel dat psychische problemen bij ze worden opgelegd.

“[...] dus ik heb gezien dat iemand werd vermoord of iets zoals dat. Dan zeggen ze: ‘Je hebt waarschijnlijk hulp nodig’. Je hoeft mij niet te helpen, want het gaat prima met mij, ik ben sterk. Ze blijven dan maar zeggen: ‘Je moet echt met iemand spreken hierover’. Het wordt gewoon irritant dat mensen dit blijven aanbieden. Het gaat echt prima met mij, ik heb geen hulp nodig.” (Participant 2)

Wanneer statushouders het gevoel hebben dat de huisarts of andere hulpverleners hen niet op de juiste manier helpen, zoals zij zouden willen, dan stoppen ze met hulp zoeken.

“[...] Maar dan gaan ze minder vaak naar de huisarts of als ze bijvoorbeeld op vakantie naar Turkije gaan, dan gaan ze vandaar medicatie meenemen.” (Participant 8)

Ze gaan dan zelf proberen een oplossing te zoeken. Anderen zoeken een andere huisarts of grijpen naar alcohol of drugs.

3.2.2 Zorgaanbod

In enkele interviews vertellen participanten dat het zorgaanbod voor hun psychische problemen tekortschoot. Dit begon in het asielzoekerscentrum. Een Syrische vrouw (participant 3) vertelt dat ze graag meer psychische begeleiding had gehad in het asielzoekerscentrum. Ze wilde graag extra steun, omdat dit een van de moeilijkste periodes was in Nederland. Ze kreeg toen last van haar rug en nek. In het gesprek vertelt ze dat ze wist dat dit kwam door stress. Wanneer ze psychische hulp had gekregen, had dit mogelijk voorkomen kunnen worden. Dit geldt ook voor de periode daarna in de gemeente. Een deel van de statushouders heeft niet veel kennis over psychische problemen. Om te weten wat zij kunnen doen wanneer zij psychische problemen hebben is voorlichting nodig.

“Iemand die uit Eritrea komt is moeilijk te overtuigen om naar een psychiater te gaan. Eerst moet je hem goed overtuigen, want hij is niet gewend aan dit soort hulp en de manier hoe hulp wordt gegeven. Meestal willen mensen gewoon hun probleem oplossen op hun eigen manier, maar dat is niet genoeg eigenlijk. Je eigen manier kan niet je echt probleem oplossen. Dus is het geven van voorlichting aan de mensen belangrijk hoe zij om kunnen gaan met hun probleem. Soort van educatie. Het is gewoon om de mensen bewust te maken, want ze moeten geleerd worden anders kunnen ze het niet weten.” (Participant 10)

Sleutelpersonen

In sommige gemeenten worden voorlichtingen gegeven, maar in andere gemeenten (nog) niet. Daarnaast kunnen sleutelpersonen statushouders helpen om de weg in het zorgsysteem te vinden. Sleutelpersonen zijn statushouders die getraind zijn op het gebied van gezondheid. Zo legt een Eritrese statushouder uit dat laaggeletterde statushouders minder zelfstandig zijn en dat zij meer begeleiding nodig hebben (participant 10). Deze begeleiding kan van sleutelpersonen komen. Zij gaan bijvoorbeeld mee naar de huisarts om een brug tussen de statushouder en de huisarts te zijn. De sleutelpersoon kent de taal en de cultuur van de statushouder, omdat hij of zij zelf vaak uit hetzelfde land komt. Ook kennen sleutelpersonen het Nederlandse systeem, omdat zij al langere tijd in Nederland wonen. Sleutelpersonen kunnen ook statushouders helpen met het krijgen van psychische hulp.

“Ik heb zelf [statushouders] naar een psycholoog doorverwezen. Niet zelf, maar ik heb de weg vertelt. Zij moeten eerst naar de huisarts gaan. Je moet die en die punten vertellen. Dit soort punten moet je met de huisarts bespreken, omdat mensen anders niet over sommige onderwerpen spreken. Je hoeft je niet te schamen voor de huisarts, maar alles vertellen. Dan kan hij je naar psychologen doorverwijzen, want alleen vanuit de huisarts kun je naar andere specialisten. Zij weten het systeem niet in Nederland. Zij willen direct naar het ziekenhuis gaan. Ze moeten uitleg krijgen. Over het systeem, zorgsysteem, gezondheidssysteem, onderwijssysteem en andere systemen.” (Participant 9)

Een ander voorbeeld wordt gegeven door een andere participant die zelf ook sleutelpersoon is.

“Bijvoorbeeld, twee weken geleden hadden we een statushouder die is doorverwezen naar de GGZ. Ze krijgt een e-mail om een vragenlijst in te vullen, maar zij vindt dat vervelend. Ze zegt, nee laat maar. Ik wil niet meer naar de afspraak. We zijn deze vragen niet gewend, we houden helemaal niet van dit soort vragen. Daar, bij de GGZ, moeten ze ook kijken naar cultureel sensitieve hulp. Ze moeten rekening houden met die cultuur. Het is een beetje moeilijk om die vluchtelingen te beschouwen zoals Nederlandse mensen. Zij is echt moe, nee laat maar. We waren aan het invullen, zij is moe. Zij zegt: ‘ik wil helemaal niet, alsjeblieft. Ik ben echt moe van deze vragen.’ Kijk naar dit soort dingen. Ook de GGZ moet zich wat leren aanpassen.” (Participant 10)

De sleutelpersoon helpt in dit geval met de toegang tot de zorg door te helpen met een vragenlijst in te vullen. Ze legt daarnaast aan de hulpverleners uit dat statushouders niet zoals de meeste Nederlandse mensen zijn. De vragenlijsten invullen is voor een statushouder moeilijk, omdat zij niet gewend is om op deze manier zoveel vragen te beantwoorden. Er zou door hulpinstanties meer rekening moeten worden gehouden met de culturele achtergrond van patiënten.

Lange wachtlijsten

Daarnaast zijn er vaak lange wachtlijsten bij deze instanties. Een Syrische statushouder (participant 2) vertelt dat hij de diagnose ADHD kreeg. Hij spreekt zelf Engels en was afhankelijk van een arts die ook Engels sprak. Daardoor duurde het lang voordat hij een afspraak kreeg. Ook de groepsbehandeling was lastig, want er waren te weinig Engelssprekende mensen om een groep te vormen. De Syrische

man had geen zin om te wachten dus besloot bij een Nederlandse groep aan te sluiten, terwijl zijn Nederlands nog onvoldoende was. Hierdoor was het erg zwaar voor hem en waren er door de taalbarrière ook soms misverstanden. De lange wachttijd kan er ook voor zorgen dat statushouders afhaken met psychische hulp zoeken.

“Er zijn ook jongeren die wel zeggen: ik heb psychische problemen en die willen wel naar de psycholoog. Maar dan moet ik heel maandenlang wachten, dus daar heb ik ook geen zin in. Dus dan blijven ze zonder psychische hulp. De huisarts wil dan wel verwijzen, maar als de patiënt niet meer dat wil dan kan hij er niks aan doen.”
(Participant 8)

3.2.3 Interactie

Interactie tussen statushouders en hulpverleners, zoals de huisarts, kan soms stroef verlopen. Vaak spreken zij niet dezelfde taal. Een Afghaanse statushouder (participant 5) legt uit dat ze de huisarts niet goed begrijpt. Om deze reden neemt ze vaak haar zus mee. Haar zus spreekt namelijk beter Nederlands en kan haar zo helpen. Een andere Afghaanse vrouw (participant 6) neemt haar volwassen kinderen mee. Wanneer haar wordt gevraagd of ze wel eens een afspraak met een professionele tolk erbij heeft gehad, blijft ze refereren naar haar kinderen. Er wordt weinig gebruik gemaakt van professionele tolken bij afspraken. Dit geldt voor eerstelijns hulp van de huisarts, maar ook verder in het proces naar het zoeken van psychische hulp. Soms worden afspraken in het Engels gedaan wanneer statushouders Engels spreken. Maar veel statushouders spreken geen Engels. Wanneer er niet dezelfde taal wordt gesproken, kan dit invloed hebben op de kwaliteit van de hulp. Dit kan ervoor zorgen dat een statushouder stopt met hulp zoeken.

“En wat ook een probleem is. Er is geen tolk bij de huisarts. De meeste huisartsen geven geen tolk, dat is de grootste reden. Ook al gaan zij naar de huisarts, zij begrijpen niet wat de huisarts zegt. Ze zeggen: de huisarts zei dit, dit, dit, maar wat is het. Het helpt mij niet. Het is beter om thuis te blijven.” (Participant 9)

Wanneer er wel een professionele tolk aanwezig is, kan het zowel patiënt als arts helpen om elkaar te begrijpen. Eén participant vindt een professionele tolk te beperkt.

“De tolk is gewoon alleen letterlijk vertalen. Ik vind het niet 100% procent goed, maar de tolk is nodig momenteel. Alleen voor de toekomst is het handig om zo een soort mediator te hebben bij elke zorginstanties te hebben.” (Participant 9)

Deze Eritrese statushouder benadrukt dat er soms iemand nodig is die niet alleen bekend is met de taal, maar ook met de cultuur. Wanneer iemand de normen en waarden van een cultuur begrijpt, dan kan hij of zij de patiënt beter helpen. Zo legt deze statushouder ook uit dat er misverstanden kunnen zijn bij de huisarts omdat de professionele tolk te letterlijk vertaalt. Een voorbeeld: een (Eritrese) statushouder zoekt hulp bij de huisarts voor haar problemen met seks, maar het probleem wordt door deze statushouder op een andere manier verwoordt. Ze legt namelijk uit dat ze een probleem in haar buik heeft. De huisarts gaat dan uit van buikpijn en geeft hiervoor mogelijk medicijnen, maar deze medicijnen helpen niet omdat het echte probleem niet duidelijk is. Sleutelpersonen of culturele mediators begrijpen vaak dat vanuit de cultuur het moeilijk is om over seks te praten en dat dit als buikpijn kan worden gepresenteerd. Hij kan dit doorgeven aan de huisarts.

Verwachting van de Nederlandse zorg

Daarnaast geeft een huisarts in Nederland vaak op een andere manier hulp dan een arts zou doen in het thuisland van de statushouder. Zo vertelt een Syrische statushouder (participant 8) dat in Syrië patiënten minder ruimte krijgen om zelf na te denken over oplossingen. In Nederland wordt vaak meer van de zorg verwacht. Dit valt soms tegen. Zo vertelt een Afghaanse vrouw (participant 6) dat ze had verwacht meer hulp te krijgen, omdat zij uit een moeilijke situatie kwam en veel had meegemaakt. Ze kreeg echter het gevoel dat ze niet serieus werd genomen. Dat de huisarts alleen een lijstje aan het afwerken was en dat ze niet grondig onderzocht werd. Bij de GGZ krijgen sommige statushouders ook het gevoel dat ze niet serieus worden genomen. Bijvoorbeeld een Syrische statushouder wilde niet de medicatie nemen die de psychiater voorschreef. Hij wil een natuurlijk middel, maar hij had het gevoel dat er niet geluisterd werd naar hem. Hij had het gevoel dat hij persé deze medicijnen moest nemen die de psychiater voorschreef, terwijl hij dat niet wilde. Om deze reden besloot hij niet meer naar de psychiater te gaan. Het gevoel dat een huisarts of andere hulpverlener niet luistert naar hen is een veelvoorkomend onderwerp in de interviews met de participanten. Zo vertellen sommigen dat zij meerdere keren terug moesten komen bij de huisarts, omdat ze de eerste keer niet serieus werden genomen.

“Wanneer je blijft zeuren om hulp, dan maak je duidelijk dat je de hulp wel echt nodig hebt.” (Participant 2)

Een Afghaanse statushouder is niet tevreden over haar huisarts, omdat de huisarts geen oplossing voor haar heeft. De huisarts vertelt haar dat ze alles heeft gedaan en heeft uitgezocht. Om deze reden denkt de Afghaanse vrouw erover om een Afghaanse huisarts te zoeken (Participant 7). Ze denkt dat een Afghaanse huisarts haar beter zal begrijpen, omdat zij dezelfde taal spreken en dezelfde cultuur hebben.

4. Conclusies en aanbevelingen

De weg naar psychische hulp is lastig voor statushouders. In vergelijking met de forse hoeveelheid psychische problematiek van statushouders, maken zij weinig gebruik van psychische hulpverlening en als zij dit wel doen is er vaak sprake van uitval in zorgtrajecten. Verschillende barrières zorgen ervoor dat de weg naar psychische hulp lastig is voor statushouders. Vanuit het model van Weijzen en Weide (1999) en de resultaten van deze verkenning zijn er verschillende barrières te benoemen die statushouders ervaren bij het zoeken naar hulp. Deze barrières zorgen ervoor dat statushouders regelmatig terughoudend zijn bij het vragen om hulp.

Eerste barrière

Een eerste barrière is het stigma op het hebben van psychische problemen. Statushouders schamen zich wanneer zij deze problemen ervaren. Ze spreken uit dat ze bang zijn dat andere mensen, met name landgenoten, denken dat ze zwak of gek zijn wanneer psychische problemen worden uitgesproken. Door het stigma op psychische problemen is het voor statushouders regelmatig moeilijk te accepteren dat zij deze problemen hebben. Als er geen acceptatie is van de psychische problemen, betekent dit dat de statushouder geen hulp wil zoeken hiervoor. Het stigma kan er ook toe leiden dat statushouders in algemene termen spreken over hun problemen of het hebben over anderen die psychische problemen hebben. In deze verkenning spraken participanten regelmatig op een algemene manier over psychische problemen en over dit soort problemen bij anderen. En daarmee niet over psychische problemen bij henzelf. Mogelijk vermijden zij hiermee het stigma en de schaamte en is dit een manier om dit hanteerbaar te maken.

Tweede barrière

De tweede barrière waar statushouders mee te maken krijgen is de beperkte kennis die zij hebben over psychische problemen. Door deze beperkte kennis is er onduidelijkheid bij statushouders wat psychische problemen precies zijn en hoe deze problemen zich uiten. Ook ontbreken hierdoor de woorden en de taal om erover te praten. Deze onbekendheid zorgt er daarnaast voor dat statushouders niet weten wat ze zelf kunnen doen tegen psychische problemen. Ze hebben ieder een eigen manier hoe zij ermee om gaan, maar deze werkt niet altijd. Dat zij hulp kunnen zoeken voor psychische problemen en hoe ze dat kunnen doen is ook vaak onbekend.

Wanneer zij in Nederland komen, verandert er veel in het leven van de statushouders. Nederland is een ander land dan het thuisland, dit betekent dat de zorg in Nederland anders is in vergelijking met die in het thuisland. Dit draagt bij aan problemen met het vinden van toegang tot psychische hulp.

Derde barrière

Een derde barrière betreft onterechte of niet reële verwachtingen. Zoals hierboven uitgelegd staat kunnen stigma en schaamte ervoor zorgen dat statushouders geen hulp willen voor psychische problemen. Dit wordt versterkt door een gebrek aan kennis over psychische problemen. Hierdoor komt het vaak voor dat statushouders vooral hulp zoeken voor fysieke problemen, ook als deze fysieke klachten gerelateerd zijn aan psychische problemen. Dit kan bijdragen aan misverstanden en miscommunicatie. Deze leiden dan weer tot teleurstelling over niet uitkomende verwachtingen van hulp. Deze teleurstelling komt bij allerlei soorten zorg voor. Bijvoorbeeld bij de huisarts, die vaststelt

dat er psychische problemen zijn bij een statushouder die hulp zoekt voor fysieke klachten. Of bij de specialistische zorg waar statushouders verkeerde verwachtingen kunnen hebben, als zij bijvoorbeeld meer praktische hulp verwachten in plaats van 'alleen maar praten'. Het kan zijn dat statushouders in eerste instantie vertrouwen hebben in de zorg. Maar wanneer de verwachtingen niet uitkomen, neemt het vertrouwen af en haken zij af in een behandeling.

Vierde barrière

Een vierde barrière ligt in het hulpverleningsaanbod. Zo voelen de participanten van deze verkenning zich vaak niet begrepen of krijgen ze het gevoel dat er niet naar ze geluisterd wordt. Het gevoel niet begrepen of gehoord te worden, versterkt het gevoel van de al aanwezige stigma en schaamte. Deze bevinding sluit niet helemaal aan bij de uitkomsten van onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Hierbij vindt een groot deel van de statushouders dat de huisarts goed naar ze luistert en goed advies geeft (SCP, 2018).

Een van de redenen dat statushouders het gevoel hebben niet begrepen te worden, is toe te schrijven aan de taalbarrière die statushouders ervaren wanneer zij afspraken hebben bij de huisarts of specialisten. Vaak ontstaan er misverstanden wanneer de hulpverlener en de patiënt niet of onvoldoende dezelfde taal spreken. Een deel van deze misverstanden kan worden opgevangen als er een professionele tolk aanwezig is bij de afspraken. Maar vaak wordt er geen professionele tolk ingeschakeld. Wanneer er wel een professionele tolk aanwezig is, komt dit ten goede aan de communicatie en het contact.

Bij een familielid of kennis als tolk is de kans groter op misverstanden en problemen. Deze zogenaamde informele tolk kan ervoor kiezen om onderwerpen waar bijvoorbeeld een taboe op ligt niet of beperkt te vertalen. Ook kent deze tolk vaak niet de medische benamingen of vertaalt informatie te letterlijk. Culturele factoren spelen hierbij ook een belangrijke rol. Zo kan er per cultuur een andere uitleg zijn voor problemen of gedrag. Ook is het in sommige culturen gebruikelijk dat een vrouw niet alles vertelt aan een man.

Vijfde barrière

De vijfde barrière die terughoudendheid richting hulp zoeken versterkt, ligt op het praktische vlak. Zo kan de reisafstand naar specialistische hulp groot zijn. Transport regelen om naar deze afspraak te gaan, kan moeilijk zijn. Reizen per openbaar vervoer in Nederland is duur en veel statushouders hebben het niet breed. De angst om bijvoorbeeld het eigen risico van de zorgverzekering op te maken of geen geld meer te hebben, kan statushouders weerhouden om specialistische hulp te zoeken voor psychische problemen. Naast vervoer en financiële moeilijkheden zijn de lange wachtlijsten bij specialistische hulp een barrière voor statushouders. Wanneer statushouders hulp willen, moeten zij soms een jaar op een wachtlijst staan. Statushouder hebben, als ze eenmaal hulp hebben geaccepteerd, moeite met dit wachten en stoppen daarom in het proces naar hulp zoeken.

Beperkingen

Een aantal beperkingen beïnvloedt de resultaten van deze verkenning. De resultaten zijn gebaseerd op een kleine groep respondenten. Dit verkleint de kans dat de uitkomsten representatief zijn voor andere statushouders in Nederland. De participanten komen uit de randstad. Dit betekent dat zij makkelijker toegang hebben tot de voordelen van de stad. Zoals meer openbaar vervoer en de zorg die vaak dichterbij is dan voor statushouders die ver buiten de steden wonen. Het werven van participanten was lastig, waarschijnlijk mede omdat er een stigma ligt op psychische problemen. De kans is aanwezig dat vooral statushouders die zich relatief goed voelden zich hebben gemeld als participant. Het stigma zorgde er ook voor dat participanten het moeilijk vonden om over psychische

problemen te praten, of dit in meer algemene termen deden. In een paar gevallen was het interview moeizaam, doordat de participanten (nog) niet goed Nederlands spraken. Zo spraken de drie Afghaanse vrouwen die werden geïnterviewd matig Nederlands (lager dan niveau B1). Om deze reden was er een tolk bij deze interviews. Dit was een niet-professionele tolk, wat mogelijk de kwaliteit van de vertalingen negatief heeft beïnvloed.

Aanbevelingen

Er zijn nog veel barrières voor statushouders om hulp te zoeken voor psychische problemen. Het is daarom belangrijk dat er wordt gekeken op welke manier deze barrières kunnen worden verminderd.

In aansluiting op de barrières hierboven komen we tot de volgende aanbevelingen:

1. Geef informatie en voorlichtingen aan de statushouders en spreek over psychische problematiek. Geef aan wat iemand daar zelf aan kan doen en bij wie je terecht kunt voor ondersteuning en hulpverlening. Het is belangrijk dat alle betrokken instanties en personen zich hier bewust van zijn en een bijdrage hieraan leveren, door over psychische problemen te spreken en ernaar te vragen. Bij voorkeur al in een vroeg stadium.
2. Trainingen zijn nodig voor zowel de statushouders als de professionele hulpverleners. Voor statushouders is het belangrijk dat zij meer weten over psychische problemen, over het ontstaan, hoe het werkt en wat zij er zelf aan kunnen doen. Ook op het gebied van het vragen van hulp en steun moet nog winst gemaakt worden. Het bespreken van dit onderwerp is cruciaal om tot reële verwachtingen te komen ten aanzien van hulpverlening.
3. Deskundigheidsbevordering voor professionals in de zorg en begeleiding van statushouders is noodzakelijk. Met meer kennis en vaardigheden kunnen zij betere hulpverlening bieden.
4. Als onderdeel van trainingen is belangrijk de aandacht voor cultuursensitief werken. Het leren over hoe culturele factoren een rol spelen in de hulpverlening, zowel vanuit de statushouder als de zorgprofessional, helpt om de hulp beter te laten aansluiten aan bij de ideeën en verwachtingen van de statushouders.
5. Maximale aandacht is nodig voor optimale communicatie als het gaat om psychische problemen, zeker als er sprake is van een taalbarrière. De afwezigheid van financiering voor de inzet van professionele tolken belemmert de inzet van deze tolken in de GGZ. Professioneel gezien kun je eigenlijk niet zonder tolk als het gaat om de zorg voor psychische problematiek. Dus zouden de kosten voor het inzetten van een professionele tolk ingecalculeerd moeten worden in de behandelkosten. Soms kunnen sleutelpersonen, statushouders die getraind zijn op het gebied van gezondheid, een brugfunctie hebben tussen statushouder en zorgprofessional. Zij kunnen bijdragen aan het wederzijds verduidelijken wat de bedoeling is en het verminderen van taal- en cultuurbarrière.

Deze aanbevelingen gelden voor alle soorten van ondersteuning en zorg. Dus voor de mensen die niet in de zorg werken zoals begeleiders, die de statushouders wegwijs maken in de samenleving, de taaldocenten en de contactpersonen bij de gemeenten. Maar zeker ook voor de professionals in de welzijns- en zorgketen, zoals de sociale (wijk)teams, huisartsen, poh-ggz en medewerkers van specialistische GGZ. In bijlage 5 staan links naar ondersteunende handreikingen en andere (voorlichtings)materialen.

Bibliografie

Boeije, H. (2009). *Analysis in qualitative research*. Sage publications.

Donnelly, T. T., Hwang, J. J., Este, D., et al (2011). 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 in mental health nursing*, 32(5), 279-290.

Gerritsen, A. A. M., Devillé, W., van der Linden, F. A. H., Bramsen, I., et al (2006). Psychische en lichamelijke gezondheidsproblemen van en gebruik van zorg door Afghaanse, Iraanse en Somalische asielzoekers en vluchtelingen.

GGZ Standaarden (2018). Generieke Module Diversiteit.

Hilderink, I., Van't Land, H., & Smits, C. (2009). Drop-out onder allochtone GGZ-clienten. Zicht op onderliggende factoren en aanbevelingen om drop-out te verminderen.

Ikram, U., & Stronks, K. (2016). Preserving and improving the mental health of refugees and asylum seekers. *A literature review for the Health Council of the Netherlands*. Amsterdam: AMC.

Laban, C. J., Gernaat, H. B. P. E., Komproe, I. H., et al (2005). Invloed van de duur van de asielprocedure op de prevalentie van de psychiatrische stoornissen bij Iraakse asielzoekers in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 743-52.

Laban, C. J., Gernaat, H. B., Komproe, I. H., et al (2005). Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(12), 825-832.

Langendijk-van den Berg, I., Verdonk, P. & Abma, T. (2014). De professionele tolk verdwijnt: kwaliteit onder druk. *Ned Tijdschr Geneesk*, 158(A7702), A7702.

Lamkaddem, M., Essink-Bot, M. L., & Stronks, K. (2013). Gevlucht-gezond?—II Ontwikkelingen in gezondheid en zorggebruik van vluchtelingen in Nederland. Amsterdam: AMC.

Lamkaddem, M., Essink-Bot, M. L., Deville, W., et al (2015). Health changes of refugees from Afghanistan, Iran and Somalia: the role of residence status and experienced living difficulties in the resettlement process. *The European Journal of Public Health*, 25(6), 917-922.

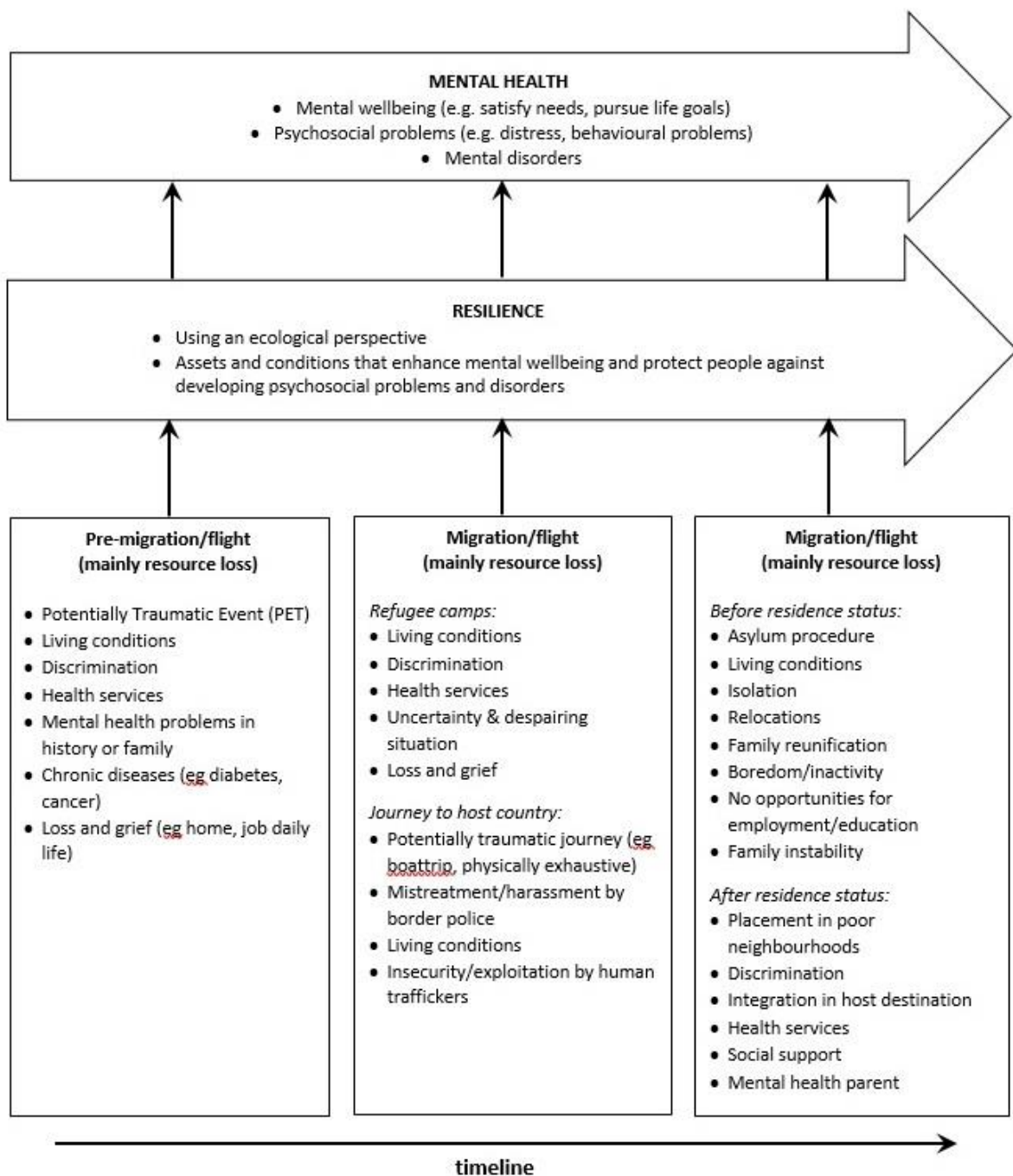
Lamkaddem, M., Stronks, K., Devillé, W., et al (2014). Course of post-traumatic stress disorder and health care utilisation among resettled refugees in the Netherlands. *BMC psychiatry*, 14(1), 90.

Lurie, I., Nakash, O. (2015). Exposure to Trauma and Forced Migration: Mental Health and Acculturation Patterns Among Asylum Seekers in Israel. In Schouler-Ocak, M. (Ed.) (2015): *Trauma and migration: Cultural factors in the diagnosis and treatment of traumatised immigrants*. Springer.

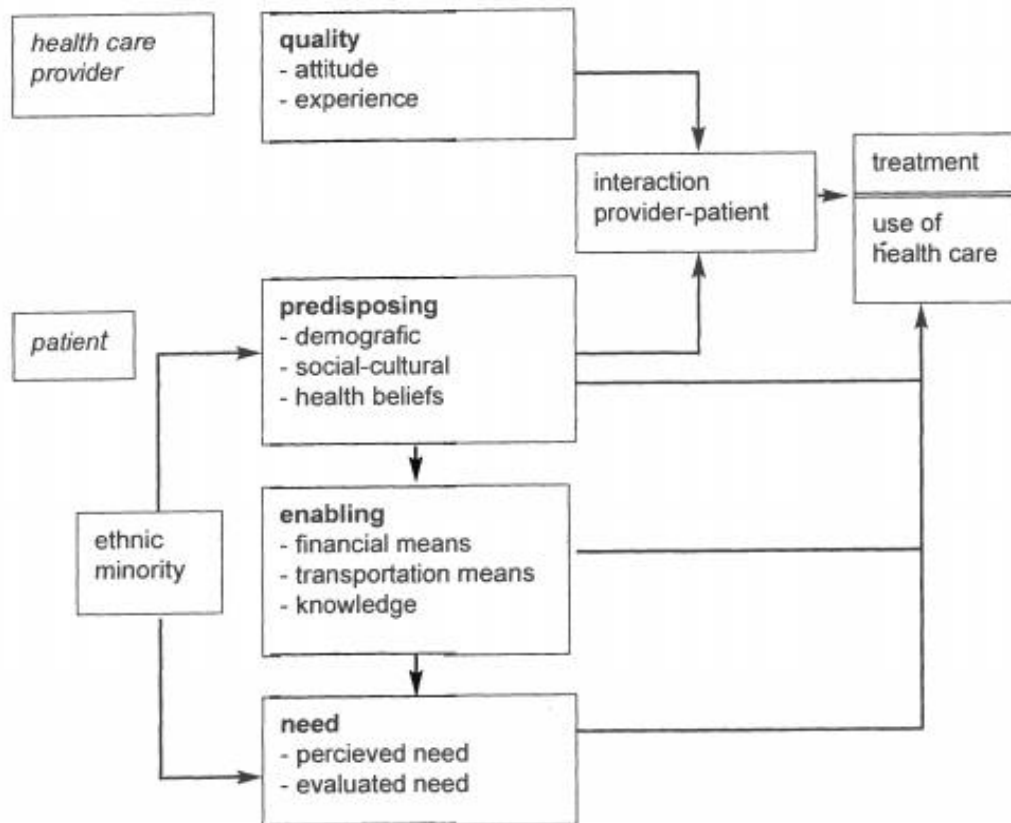
- Özkan, I en Belz, M. (2015). Clinical Diagnosis of Traumatized Immigrants. In Schouler-Ocak, M. (Ed.) (2015): *Trauma and migration: Cultural factors in the diagnosis and treatment of traumatized immigrants*. Springer.
- Savic, M., Chur-Hansen, A., Mahmood, M. A., et al (2016). 'We don't have to go and see a special person to solve this problem': Trauma, mental health beliefs and processes for addressing 'mental health issues' among Sudanese refugees in Australia. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(1), 76-83.
- Schalen, L., & Wiersma, N. (2001). Traumatisering en ontworteling bij vluchtelingen.
- Schouler-Ocak, M (2015). Intercultural Trauma-Centred Psychotherapy and the Application of the EMDR Method. In Schouler-Ocak, M. (Ed.) (2015): *Trauma and migration: Cultural factors in the diagnosis and treatment of traumatized immigrants*. Springer.
- Seeleman, C., Essink-Bot, M. L., & Stronks, K. (2008). Toegankelijkheid en kwaliteit van de somatische zorg. *Literatuurstudie in opdracht van ZonMw. Amsterdam: Academisch Medisch Centrum*.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2018). *Syriërs in Nederland*. Den Haag: SCP
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2018). *Eritrese Stadhouders in Nederland*. Den Haag: SCP
- Sociaal en cultureel Planbureau (2019). *Opnieuw beginnen: achtergronden van positieverschillen tussen Syrische statushouders*. Den Haag: SCP
- Suurmond, J., Rupp, I., Seeleman, C., et al (2013). The first contacts between healthcare providers and newly-arrived asylum seekers: a qualitative study about which issues need to be addressed. *Public Health*, 127(7), 668-673.
- Triemstra, M., Veenvliet, C., Zuizewind, C., van Kessel, P., & Bos, N. (2016). Noodzaak en omvang van de inzet van professionele tolken in de zorg.
- Van Berkum, M., Smulders, E., Van den Muijsenbergh, M., et al (2016). Zorg, ondersteuning en preventie voor nieuwkomende vluchtelingen: Wat is er nodig. *Utrecht: Pharos*.
- Vedder, P. (2014). Cultuur, acculturatie en afwijkende ontwikkeling. In *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie* (pp. 187-208). Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- VluchtelingenWerk Nederland. Wat is Gezinshereniging.
- VUmc, 2017. Beslisboom WMO-plichtigheid. Amsterdam: VUmc
- Weijzen, E. M., & Weide, M. G. (1999). Accessibility and use of health care services among ethnic minorities: a bibliography 1993-1998.
- Willigen, V. L. (2010). Zorg voor Asielzoekers met Psychische problemen. Literatuurstudie. Amsterdam: ASKV.

Bijlagen

Bijlage 1: Conceptueel model van Ikram en Stronks (2016)



Bijlage 2: Toegang en gebruik van de gezondheidszorg (Weijzen en Weide, 1999)



Bijlage 3: Topiclist

Introductie

- Introductie van het interview - Waar gaat het onderzoek over - Uitleg relevantie
- Informed consent
- Small talk (iets over interviewer vertellen)

Persoonsgegevens & persoonlijke situatie

- Naam (anonimiteit), geslacht, leeftijd, opleiding, afkomst, hoe lang in Nederland
- Bron van psychologische klachten (in verleden, voor/tijdens migratie, of nu na de migratie)
- Hoe lang is er sprake van psychologische problemen?

Aanloop naar hulp vragen

- Met anderen gesproken over klachten? (wat zeiden zij?)
 - sociaal netwerk (familie, vrienden, collega's, begeleiders, taalmaatjes, docenten, etc)
 - huisarts of andere hulpverleners
- Moment van besluit om hulp te zoeken
 - Hoelang na het ontstaan van de psychische problemen?
 - welke factoren hielpen/helpen hier positief/negatief aan mee om hulp te zoeken?
 - Belemmerende factoren om hulp te zoeken
 - Intern: Ideeën over klachten (schaamte, verklaringsmodel), ervaring van ziekte
 - Praktisch: Financiële situatie, transportmiddelen
 - Bevorderende factoren voor psychisch welzijn
 - Sociale steun (familie, gezinshereniging, Nederlanders, religie, eigen gemeenschap)
 - Dagingvulling / mogelijkheden (werk, opleiding, hobby)
 - Anders...
 - Hoe ben je hulp gaan zoeken? Bij wie?
- Hoe in contact gekomen met de zorg (bekendheid van zorg / GGZ)
- Verwachtingen
- Ervaringen met eerdere zorg (In Nederland? In land van herkomst?)
- ideeën/kennis over de psychische hulp / GGZ
- Hoe wordt er teruggekeken op de aanloop naar de hulpverlening / GGZ?
 - Wat zou je andere mensen willen zeggen/adviseren?
 - Waar ben je trots op?
 - Wat had je anders gedaan?

Ervaringen met gekregen hulp

- Overeenkomst/verschil met verwachtingen?
- Taal(barrière)/communicatie
- Discriminatie
- Cultureel sensitief
- Rapport (vertrouwensband, begrepen worden, serieus genomen worden)
- Beleid (zorgverzekering, tijdsduur per sessie, reiskostenvergoeding, wachttijd/wachtlijst)
- Uitkomst van de hulp/heeft de hulp geholpen? Waarom wel/niet?
- Terugkijken op de verkregen hulp? Waarover tevreden/ontevreden? Verbeterpunten
- Anders...

Vertel eens

- Kun je wat vertellen over.....?
- Kun je eens beschrijven hoe.....?
- Wat heeft jou doen besluiten om.....?
- Kun je beschrijven wat er door je heen ging.....?
- Wat versta je onder.....?
- Wat betekent voor jou?

Bijlage 4: Participantenlijst

Participant	Achtergrond	Leeftijd	Geslacht	Aantal jaar in Nederland
1	Syrisch	33	Man	5
2	Syrisch	28	Man	6
3	Syrisch	33	Vrouw	5
4	Syrisch	36	Man	4
5	Afghaans	65	Vrouw	10
6	Afghaans	69	Vrouw	16
7	Afghaans	49	Vrouw	19
8	Syrisch	28	Man	2
9	Eritrees	37	Man	4
10	Eritrees	41	Vrouw	7

Bijlage 5: Nuttige links en materialen

Op de website van Pharos, www.pharos.nl, is veel bruikbare informatie te vinden. Hier een greep uit de beschikbare documenten:

- Handreiking: [‘Geef ons de tijd...’](#) Begeleiding van vluchtelingen met oog voor psychische gezondheid.
- Handreiking: [Wijkgericht werken aan de psychische gezondheid van mensen met een vluchtelingenachtergrond](#). Tips voor wijkteams, huisarts en praktijkondersteuner-ggz
- Handreiking: [Preventie psychische problemen en behoud veerkracht van statushouders](#). Wat kan jouw gemeente doen?
- Handreiking: [Psychische problematiek bij vluchtelingkinderen en -jongeren](#)
- Folder: [Als je stress hebt, veel denkt en slecht slaapt...](#) Folder voor vluchtelingen over psychische klachten gericht op zelfhulp. In het [Nederlands](#), [Engels](#), [Arabisch](#), [Farsi](#) en [Tigrinya](#).
- [Protect vragenlijst](#) Signalering van psychische klachten bij vluchtelingen.
- Overzicht: [Preventieve interventies](#) voor het versterken van de psychische gezondheid en veerkracht van statushouders – Wat kunt u inzetten in de gemeente?
- Factsheets
 - [Syrische vluchtelingen](#)
 - [Eritrese vluchtelingen](#)
- Infosheet: [Het Culturele Interview](#)
- Infosheet: [Vluchtelingen en middelengebruik](#)
- Verkenning: [Welzijn en gezondheid van gezinsherenigers](#)
- Informatie: [Waarom samenwerken met sleutelpersonen](#)
- Sociale kaart: [Landelijk overzicht interculturele GGZ en maatschappelijke ondersteuning](#) (van Arq Kenniscentrum Migratie)



Arthur van Schendelstraat 600 2^e etage
Utrecht
030 234 98 00
www.pharos.nl

Gezondheid en kwaliteit van zorg voor iedereen