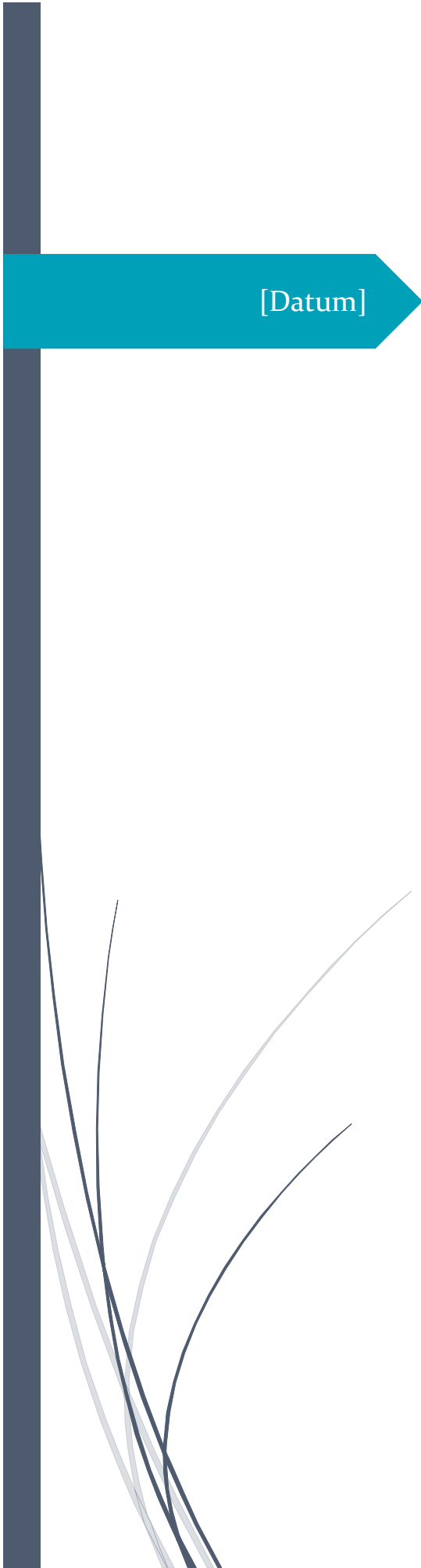


A thick dark blue vertical bar runs down the left side of the page. A teal arrow points to the right from this bar, containing the text '[Datum]'. Below the bar, several thin, curved lines in dark blue and light grey sweep upwards from the bottom left towards the center of the page.

[Datum]

Psychische stoornissen bij statushouders: hoe zie je dat eigenlijk?

Bachelorscriptie Saxion
Hogeschool Enschede

Nawale Bouamoud en Insaf Maassoumi
SOCIAAL PEDAGOGISCHE HULPVERLENING, SEPT 2018

Psychische stoornissen bij statushouders, hoe zie je dat eigenlijk?

Een onderzoek naar veelvoorkomende psychische stoornissen bij statushouders, hoe deze in de maatschappelijke zorg gesignaleerd worden en leiden tot adequate doorverwijzing binnen de GGZ.

Auteurs:	Nawale Bouamoud & Insaf Maassoumi
Studentnummers:	343293, 343439
School:	Saxion Hogescholen
Plaats:	Enschede
Opleiding:	Sociaal Pedagogische Hulpverlening
Klas:	EMM4VJ
Opdrachtgever:	Alifa
Plaats:	Enschede
Afstudeerperiode:	september 2018 – Februari 2019

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie ‘psychische stoornissen bij statushouders: hoe zie je dat eigenlijk?’. Het onderzoek voor deze scriptie naar het signaleren van PTSS en depressieve stoornissen bij statushouders en het adequaat doorverwijzen hiervan is uitgevoerd bij het loodsenproject Maatschappelijke Begeleiding Statushouders van Alifa. Deze scriptie is geschreven in het kader van ons afstuderen aan de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening aan Saxion Hogescholen in Enschede en in opdracht van Alifa.

Samen met onze onderzoeksbegeleider, Martijn Gunnewijk, hebben wij de onderzoeksvraag voor deze scriptie bedacht. Na een uitvoerig kwalitatief onderzoek hebben wij deze onderzoeksvraag kunnen beantwoorden.

Bij dezen willen wij graag onze begeleiders, Martijn Gunnewijk en Helma Hendriks bedanken voor de fijne begeleiding en hun ondersteuning tijdens dit traject. Ook willen wij alle respondenten bedanken die mee hebben gewerkt aan dit onderzoek. Zonder hun medewerking hadden wij dit onderzoek nooit kunnen voltooien.

Wij wensen u veel leesplezier toe,

Nawale Bouamoud en Insaf Maassoumi

Enschede, januari 2018

Samenvatting

Alifa biedt praktische ondersteuning aan vluchtelingen die pas status hebben ontvangen van de regering. Dit betekent dat zij een verblijfsvergunning hebben voor een bepaald aantal jaar. In dit eerste jaar, kunnen zij bij Alifa worden aangemeld voor hulp bij bijvoorbeeld het zoeken van een huisarts of tandarts, of taallessen. Deze praktische begeleiding wordt vanuit Alifa geboden binnen het loodsenproject Maatschappelijke Begeleiding Statushouders (MBS).

Medewerkers binnen het MBS bieden praktische begeleiding, en geen hulpverlening. Toch hebben zij wel een signaleringsfunctie. Hier worden zij tijdens hun inwerkperiode van op de hoogte gebracht. Ondanks dit, verneemt onze opdrachtgever dat er binnen het loodsenproject bij de medewerkers niet genoeg kennis is van psychische problemen waar statushouders eventueel mee zouden kunnen kampen, hoe zij deze moeten signaleren en wat de mogelijkheden zijn tot passende doorverwijzing naar de reguliere GGZ. Dit onderzoek is dan ook bedoelt voor alle medewerkers binnen het MBS die met deze doelgroep in aanmerking komen. Het rapport onderzoekt hoe hoog het kennisniveau is met betrekking tot het signaleren van psychische kenmerken bij statushouders en hoe zij adequaat kunnen doorverwijzen. Als de kennis overwegend laag (meer dan de helft van de medewerkers binnen het MBS) blijkt te zijn, zal er verder onderzoek gedaan worden naar eventuele manieren om deze kennis te verbreden/te vergroten.

Middels dit onderzoek willen wij kennis en inzicht vergaren met betrekking tot de psychische stoornissen die grotendeels bij vluchtelingen en statushouders te vinden zijn; namelijk PTSS en depressieve stoornissen. Ook willen wij onderzoek doen naar verschillende aanpakken van signaleren en hoe men adequaat kan doorverwijzen.

Op verzoek van de opdrachtgever zal er ook contact gezocht worden met een aantal GGZ-organisaties op landelijke schaal. Deze organisaties zullen een bijdrage aan het onderzoek leveren door verdere informatie te verschaffen over hoe zij psychische kenmerken bij statushouders signaleren en wat Alifa eventueel zou kunnen leren van de methodes die zij hanteren.

Na het doen van het onderzoek is de conclusie getrokken dat er inderdaad te weinig kennis aanwezig is bij bijna alle medewerkers binnen het loodsenproject MBS. Omdat de casemanagers die verantwoordelijk zijn voor de begeleiding voornamelijk bestaan uit vrijwilligers en stagiaires, kan niet verwacht worden dat zij al veel voorkennis zullen hebben zonder een passende opleiding. Om ervoor te zorgen dat dit toch overbrugd wordt is het advies gegeven om een protocol/handelingswijzer te creëren met informatie over PTSS en depressie en welke kenmerken hier passend voor zijn. Ook zal er in dit protocol beschreven worden waar je als medewerker op kan letten en in welke gevallen welke stappen kunnen worden ondernomen. Ten slotte is er ook het advies om contact op te nemen met een organisatie die hen eventueel een cursus zou kunnen bieden om meer hiermee te oefenen

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Samenvatting.....	3
Hoofdstuk 1 – Inleiding.....	6
1.2 onderzoeksdoelstelling	8
1.3 Hoofd- en deelvragen.....	9
Hoofdstuk 2 – Theoretisch kader	10
2.1 Post-traumatische stress stoornis en depressieve stoornis bij statushouders in de literatuur.....	10
2.3 Welke organisaties zijn er in Nederland die zich specialiseren in de geestelijke gezondheidszorg van statushouders, hoe geven zij hieraan vorm en wat kan Alifa ervan leren?	12
2.4 Welke instrumenten/methodes kunnen gebruikt worden bij het signaleren van psychische problemen?.....	13
Hoofdstuk 3 – Methode van onderzoek.....	16
3.2 dataverzameling	16
3.3 Populatie en steekproef	17
3.4 Data-analyse	18
3.5 bruikbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit.....	19
Hoofdstuk 4 – Resultaten	21
4.1 Wat weten de medewerkers, stagiaires en vrijwilligers over PTSS en depressieve stoornissen.....	21
4.2 Hoe veel belang hechten de medewerkers, stagiaires en vrijwilligers aan het kunnen signaleren van PTSS en depressieve stoornissen bij statushouders?	22
4.3 Hoeveel aandacht besteden de stagiaires, medewerkers en vrijwilligers aan het signaleren van psychische kenmerken tijdens contact momenten?.....	22
4.4 Hoe moeilijk vinden de stagiaires, medewerkers en vrijwilligers het om in te schatten of er sprake is van psychische problematiek bij de statushouders?	23
4.6 Bestaat er een handelingsprotocol binnen het MBS?	24
4.7 Komt het vaak voor dat de statushouders door worden verwezen naar de huisarts of GGZ-instantie? En weten de stagiaires, medewerkers en vrijwilligers hoe dit moet?	24
4.8 Ervaren de stagiaires, medewerkers en vrijwilligers handelingsverlegenheid met betrekking tot psychische klachten en het doorverwijzen en signaleren hiervan.	24

4.9 Wat denken de stagiaires, medewerkers en vrijwilligers nodig te hebben om kennis te verkrijgen over het signaleren van PTSS en depressieve stoornissen?	25
4.10 Welke kennis kunnen lokale GGZ-organisatie aanleveren om het MBS te ondersteunen.....	26
4.11 Wat hebben stagiaires, medewerkers en vrijwilligers nodig om te kunnen signaleren?.....	26
4.12 Wat hebben de medewerkers van MBS nodig om hun cliënt gericht te kunnen doorverwijzen naar de reguliere GGZ?.....	27
Hoofdstuk 5 – Conclusies en aanbeveling	29
5.1. Conclusies praktische deelvragen.....	29
7.2 Conclusie hoofdvraag	30
7.3 Aanbevelingen	30
7.4 Sterktes en zwaktes onderzoek.....	32
7.5 Discussie: ‘Etnische matching tussen cliënt en hulpverlener is niet noodzakelijk’	35
Literatuur.....	37
Bijlage 1 Lijst medewerkers	39
Bijlage 2 Enquête.....	40
Bijlage 3 Vragen interviews.....	43
Bijlage 4 GGZ Vragenlijst	43
Bijlage 5 Resultaten enquête.....	45

Hoofdstuk 1 – Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de achtergrond van het onderzoek weergegeven. Allereerst wordt de aanleiding van het onderzoek geschetst. Vervolgens wordt de doelstelling en de onderzoeksvraag uiteengezet. De onderzoeksvraag is opgedeeld in een hoofdvraag en deelvragen.

Wereldwijd kent de wereld rondom 68 miljoen vluchtelingen (Vluchtelingenwerk, 2016). Iemand is een vluchteling wanneer er sprake is van gegronde vrees voor vervolging wegens ras, godsdienst, nationaliteit, politieke overtuiging of het behoren tot een bepaalde politieke groep; wanneer deze mensen geen bescherming krijgen van hun land van herkomst, kiezen zij ervoor om te vluchten. Hierbij worden voormalige vluchtelingen die nu in hun nieuwe landen gevestigd zijn niet meegeteld (Vluchtelingenwerk, 2016).

In 1951 hebben 150 landen een verdrag gesloten waarin afspraken staan over de internationale opname van vluchtelingen. Het Vluchtelingenverdrag, oftewel, het verdrag van Geneve (1951) bepaalt dat vluchtelingen en asielzoekers niet mogen worden teruggestuurd naar een land waar ze gevaar lopen. Het verdrag schrijft echter niet voor hoe of door welk land vluchtelingen moeten worden opgevangen. Nederland sloot zich in 1956 aan. Eind 2016 zijn er volgens de VN Vluchtelingenorganisatie UNHCR in Nederland 101.744 vluchtelingen. 10.411 mensen zijn in afwachting van een beslissing op hun asielverzoek. Eind 2015 waren dat 88.536 vluchtelingen en 28.051 asielzoekers (Vluchtelingenwerk, 2016).

Onderzoek vanuit het Nederlandse Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) geeft aan dat vluchtelingen en asielzoekers in Nederland zich vaker ongezond voelen dan allochtone en autochtone Nederlanders (Gerritsen, van der Ploeg, Deville en Lamkaddem, 2005). Een onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau (2015) maakt deze vergelijking tussen vluchtelingen met een verblijfsvergunning (statushouders) en allochtonen en autochtone Nederlanders ook. Uit het onderzoek van Dagevos en Ode (2015) blijkt dat wereldwijd bij ongeveer 13 - 25% van de vluchtelingen een posttraumatische stressstoornis (PTSS) vastgesteld wordt. Kenmerkend aan een posttraumatische stressstoornis is dat traumatische ervaringen ongewild, op diverse manieren of momenten, weer worden opgeroepen. Dit gaat gepaard met intense angst of paniek, het trauma wordt als het ware opnieuw beleefd (Johnson & Thompson, 2007). Er wordt pas van een PTSS gesproken als gedurende meer dan drie maanden meerdere symptomen voorkomen en het functioneren in het dagelijkse leven belemmeren. Vaak gaat de diagnose PTSS samen met een of meer andere psychiatrische diagnoses: verslaving, depressie, psychose of persoonlijkheidsproblematiek. (Beenakker-Schelee, 2011).

Om deze doelgroep van statushouders met PTSS en depressieve stoornissen adequaat te kunnen helpen is er in Nederland psychologische hulpverlening. In opdracht van het Nederlandse Instituut voor Psychologen (NIP) heeft Arq Psychotrauma Expert Group (z.j.)

onderzoek uitgevoerd naar veelvoorkomende hulpvragen van vluchtelingen en asielzoekers en hoe daar binnen de reguliere GGZ mee om wordt gegaan. Ook dit onderzoek bevestigt dat deze doelgroep gemiddeld meer last heeft van psychische klachten dan allochtone en autochtone Nederlanders. Zij zijn tot de conclusie gekomen dat veel vluchtelingen, asielzoekers en statushouders binnen de psychische hulpverlening snel tussen wal en schip vallen (ARQ, z.j). Verklaringen hiervoor zijn bijvoorbeeld de taal- en cultuurbarrières tussen hulpverlening en vluchtelingen, en ook de schaamtecultuur die erg aanwezig is bij veel van de landen waar veel vluchtelingen vandaan komen. Dit weerhoudt men er veel van psychische hulp actief zelf op te zoeken. (Lely & Van den Heuvel, 2002). Deze problemen binnen de GGZ en hulpverlening kunnen tot het gevolg hebben dat de geestelijke gezondheid van statushouders naarmate de tijd verstrijkt alleen nog maar slechter wordt, wat de integratie van deze doelgroep in Nederland alleen nog maar ingewikkelder zal maken. Een ander probleem is dat er in Nederland nog geen eenduidig beleid aanwezig is binnen de zorg voor deze doelgroep. De zorg is niet afgestemd op de behoeftes van statushouders en vluchtelingen en verschilt het per organisatie hoe zij vormgeven aan hun begeleiding en hulpverlening. Alifa erkent en herkent dit probleem. Als organisatie gericht op maatschappelijke ondersteuning, werken zij ook met de doelgroep statushouders die mogelijk kampen met psychosociale problemen. Hiervoor is er een speciaal project opgestart genaamd Maatschappelijke Begeleiding Statushouders (MBS) in Enschede om de begeleiding voor statushouders zo goed mogelijk te laten verlopen. Bij dit project zorgt het team, dat bestaat uit vier professionals, zes vrijwilligers, negen stagiaires en twintig tolken voor begeleiding van statushouders in hun eerste anderhalf jaar als Nederlandse burger. Zij helpen als casemanagers, met praktische zaken, zoals het regelen van scholen voor hun kinderen, het zoeken van een huis- en tandarts, en het aanvragen van een uitkering etc. (Alifa, 2017).

De medewerkers van het project zijn van mening dat er binnen het team van casemanagers die statushouders begeleiden, te weinig kennis is over PTSS en depressieve stoornissen. Daarnaast is er ook de indruk dat de doorstroom vanuit de praktische hulpverlening naar de reguliere GGZ slecht verloopt. Omdat de casemanagers binnen het Maatschappelijke Begeleiding Statushouders (MBS) alleen bestaan uit stagiaires en vrijwilligers, is het geen pré om opgeleid te zijn in de hulpverlening van vluchtelingen en statushouders. Een aspect van deze praktische hulpverlening is de signaleringsfunctie die de casemanagers hebben. De opdrachtgever heeft de indruk dat er wegens gebrek aan deskundigheid en kennis men onvoldoende in staat is om adequaat door te verwijzen naar de reguliere GGZ. In het maatschappelijk werk wordt signalering als middel gebruikt om problemen te vinden in het gedrag of in de omgeving van de cliënt. Signalering is gericht op de verbetering van de situatie van de cliënt, en wordt gedaan door waar te nemen en op te vangen, te besluiten en te analyseren (Van Oudenhove, 2006).

Binnen het MBS is er sprake van signalering tijdens de praktische begeleiding die zij bieden. Correcte signalering van problemen kunnen ervoor zorgen dat cliënten op tijd naar de juiste instantie kunnen worden doorverwezen. Zo kunnen hen die psychische

klachten laten zien doorverwezen worden naar een GGZ-instantie, die een diagnose kan stellen en hen de begeleiding kan bieden waar Alifa zich niet in specialiseert. Het vergroten van kennis van PTSS en depressieve stoornissen zou de signaleringsfunctie alleen nog maar meer versterken, omdat casemanagers meer kennis zullen hebben over dat waar zij op moeten letten in contact met hun cliënten. Wanneer deze versterkte alertheid binnen het team van casemanagers meer aanwezig is en dit ook de doorstroom naar de reguliere GGZ verbetert, zal dit leiden tot verbetering van de begeleiding, verbetering van de integratie en zal dit op het lange termijn leiden tot kostenbesparing voor de gemeente. De wens van de opdrachtgever is om onderzoek te doen naar de mate van kennis over PTSS en depressieve stoornissen, het signaleren van deze ziektes, hoe en wanneer zij hun cliënten moeten doorverwijzen en hoe deze kennis verbreed kan worden om het signaleren van PTSS en depressieve stoornissen en het doorverwijzen gemakkelijker te maken.

In dit onderzoek zal de focus gelegd worden op de signaleringsfunctie van de medewerkers van het MBS. Aan de hand van het onderzoek zal er meer duidelijkheid gecreëerd worden over behoeftes van de medewerkers met betrekking tot signaleren en doorverwijzen. Daarnaast zal er informatie gewonnen worden bij een GGZ-instantie om de medewerkers meer kennis te bieden over signaleren bij statushouders met PTSS en depressieve stoornissen. Dit zal aan de hand van interviews verduidelijkt worden. Ook zal er een literatuuronderzoek gedaan worden naar wat de symptomen zijn van de twee meeste voorkomende psychische stoornissen bij statushouders, namelijk PTSS en depressieve stoornissen, en waarom de signalering hiervan belangrijk is. Op verzoek van de opdrachtgever zal er ook contact worden gelegd met landelijke GGZ-organisaties die ervaring hebben met begeleiding van statushouders met psychische problematiek, om meer inzicht te krijgen in hoe zij begeleiden en signaleren. Dit heeft tot doel om weer te geven wat het landelijk aanbod is voor de mensen met deze problematiek met betrekking tot doorverwijzing, en wat lokale GGZ-organisaties voor Alifa kunnen betekenen op het gebied van meer kenniswinning over signalering.

1.2 ONDERZOEKSDOELSTELLING

Kortetermijndoelstelling: Aan het eind van dit onderzoek bezitten de medewerkers van Alifa over genoeg informatie die hen kan helpen bij het creëren van handvaten voor het signaleren en doorverwijzen van statushouders met mogelijke depressieve stoornissen of PTSS.

Lange termijn doelstelling: In de nabije toekomst zal er voor nieuwe medewerkers speciale trainingen aangeboden worden die bijdragen aan het preventief signaleren van psychische stoornissen en eventuele daaropvolgende doorverwijzingen naar een lokale GGZ-organisatie.

1.3 HOOFD- EN DEELVRAGEN

Hoofdvraag: Welke adviezen kunnen worden aangedragen om de kennis van medewerkers m.b.t. het signaleren van veel voorkomende psychische stoornissen te verbeteren, teneinde dat zij gericht statushouders kunnen doorverwijzen naar de reguliere GGZ?

Deelvragen zijn onderverdeeld in praktische en theoretische deelvragen.

Hieronder worden de theoretische deelvragen benoemd.

1. Wat zegt de literatuur over posttraumatische stress stoornis en depressieve stoornis bij statushouders en vluchtelingen?
2. Welke organisaties zijn er in Nederland die zich specialiseren in de geestelijke gezondheidszorg van statushouders, hoe geven zij hieraan vorm en wat kan Alifa hiervan leren?
3. Op welke wijze kunnen lokale GGZ-organisaties in Twente kennis aanleveren en ondersteuning bieden aan Alifa op het gebied van signaleren van psychische stoornissen?
4. Welke instrumenten/methodes kunnen gebruikt worden bij het signaleren van psychische problemen?

De praktische deelvragen zijn:

5. Hoe verlopen de signalering en doorverwijzing op dit moment bij Alifa?
6. Wat hebben de medewerkers van MBS nodig om kennis te verkrijgen over het signaleren van kenmerken van PTSS en depressieve stoornissen?
7. Wat hebben de medewerkers van MBS nodig om hun cliënt gericht te kunnen doorverwijzen naar de reguliere GGZ?

Hoofdstuk 2 – Theoretisch kader

In dit hoofdstuk zullen de theoretische deelvragen uitgewerkt worden, door middel van een literatuuronderzoek.

2.1 POST-TRAUMATISCHE STRESS STOORNIS EN DEPRESSIEVE STOORNIS BIJ STATUSHOUDERS IN DE LITERATUUR

De meeste vluchtelingen komen uit oorlogsgebieden of uit landen waar mensenrechten worden geschonden. Het is vooral angst die hen doet besluiten te vluchten en op zoek te gaan naar veiligheid en bescherming. Velen hebben ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt. Het verlaten van huis en haard betekent vaak een groot verlies. Oorlog, geweld en marteling hebben een forse impact op de fysieke en psychische gezondheid van mensen. Oorlogsgeweld, martelingen of mishandelingen kunnen leiden tot fysieke problemen voor hen die dit hebben meegemaakt. Dit kan leiden tot lichamelijke problematiek, zoals zenuwbeschadiging, slecht genezen fractures of schade aan organen. (Beenakker-Schelee, 2010).

Daarnaast kunnen de gevolgen van het ervaren geweld op de psychische gezondheid groot zijn. Vluchtelingen hebben vaker dan gemiddeld een posttraumatische-stressstoornis of een depressie. Psychische klachten kunnen ook ontstaan door traumatische ervaringen tijdens de reis naar Nederland en tijdens de asielperiode (Beenakker-Schelee, 2010).

Vluchtelingen laten vaak ook veerkracht zien. Zij willen een nieuw leven opbouwen in een veilige omgeving en grijpen de kansen aan die zij krijgen. Ondanks deze veerkracht kunnen gezondheidsproblemen invloed hebben op het functioneren en op het vermogen om Nederlands te leren en om te integreren.

Veel vluchtelingen hebben te maken met normale reacties op oorlogs- en geweldservaringen. Denk hierbij aan het verwijderd zijn van familie en bekenden, het moeten achterlaten van huis en haard, niet zeker weten of je welkom bent, en of je wel werk, een inkomen of opleiding zult vinden. Dit heeft invloed op het gevoel van welbevinden en geluk, zonder dat dit per definitie hoeft te leiden tot de ontwikkeling van psychiatrische stoornissen (Beenakker-Schelee, 2010).

Toch hebben vluchtelingen wel een hoger risico op psychische klachten, een posttraumatische-stressstoornis (PTSS) en depressie dan de gemiddelde inwoner van Nederland. Tussen de 13 en 25% van de vluchtelingen krijgt te maken met psychische aandoeningen. De klachten komen deels voort uit ervaringen in het land van herkomst of tijdens de vlucht en worden vaak versterkt door zogeheten postmigratiefactoren (Gezondheidsraad, 2016).

Deze risicofactoren zijn:

- Een gebrek aan sociale ondersteuning
- Taalproblemen
- Discriminatie
- Culturele aanpassingsmoeilijkheden
- Onzekerheid over de uitkomst van de asielprocedure
- Veelvuldige wisseling van opvanglocatie.

Of mensen deze klachten ontwikkelen, hangt onder andere af van hoe lang zij in de asielprocedure doorbrengen en welk soort verblijfsvergunning zij krijgen. Hoe groter en hoe langer de onzekerheid waarin vluchtelingen verkeren, hoe meer psychische klachten zij zullen hebben en hoe ernstiger die zullen zijn (Gezondheidsraad, 2016).

Typerend voor statushouders die leiden aan psychische stoornissen is dat zij zich gaan isoleren en in zichzelf keren. De bovengenoemde risicofactoren zorgen ervoor dat deze groep migranten moeilijk tot nauwelijks de hulp krijgen die ze eigenlijk nodig hebben. In het Midden-Oosten, een plek waar veel vluchtelingen vandaan komen, heerst het stigma dat het hebben van psychische aandoening vaak betekent dat je dan gek bent. Daarnaast hoeven vluchtelingen niet per se uit een oorlogssituatie of trauma te komen op psychische problemen te ervaren. Vaak kan het wachten tijdens de asielprocedure en het opnieuw moeten beginnen in een nieuwe omgeving psychische problemen aanwakkeren (Reijnen, 2010).

In Nederland zijn er een aantal organisaties die zich inzetten voor vluchtelingen en statushouders die kampen met kenmerken van psychische stoornissen. Kenniscentrum Pharos bijvoorbeeld, traint medewerkers van de sociale dienst en maatschappelijke begeleiders binnen een gemeente bij het vroegtijdig signaleren van kenmerken van bijvoorbeeld depressie en PTSS. Daarnaast heeft Pharos in samenwerking met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en de GGD een netwerk ontwikkeld van zogenoemde 'sleutelpersonen'. Landelijk zijn er nu ongeveer zeventig sleutelpersonen, vrijwilligers met een vluchtelingenachtergrond die als bemiddelaars dienen tussen de cliënt en de hulpverleningsorganisatie (Pharos, z.j.).

Om het behandel aanbod af te stemmen op de behoefte van de statushouders, moet men eerst beginnen bij het vroeg signaleren van deze kenmerken. Mogelijke signalen bij statushouders kunnen zijn: absentie bij taallessen, uitval uit participatie- en integratieprojecten en overmatig middelengebruik. Daarnaast is het van belang laagdrempelige zorg te bieden. Statushouders hebben bij de GGZ in Nederland een incorrect beeld. Vaak denken zij bij geestelijke gezondheidszorg aan gekkenhuizen en het moeten opgeven van hun vrijheid. Zij zijn zich bijvoorbeeld vaak niet bewust van de mogelijkheid tot ambulante begeleiding (Pharos, z.j.)

2.3 WELKE ORGANISATIES ZIJN ER IN NEDERLAND DIE ZICH SPECIALISEREN IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG VAN STATUSHOUDERS, HOE GEVEN ZIJ HIERAAN VORM EN WAT KAN ALIFA ERVAN LEREN?

Er is onderzocht welke organisaties in Nederland zich specialiseren in de geestelijke gezondheidszorg van asielzoekers. De onderzoekers hebben op nationale schaal contact gezocht met organisaties in Nederland die geestelijke gezondheidszorg bieden aan vluchtelingen en statushouders met PTSS en depressieve stoornissen. Bij vluchtelingen komen deze stoornissen gemiddeld vaker voor dan bij allochtone en autochtone Nederlanders (Devillé, 2010).

Met onderstaande organisaties is contact gezocht:

- Pharos
- Phoenix
- I-Psy
- Reinier van Arkel
- De Evenaar Drenthe
- Kwintes
- NL GGZ
- Mediant
- Wolfheze
- Dimence
- Veldzicht

Van bovenstaande organisaties waar onderzoekers contact mee hebben gezocht hebben namelijk alleen twee organisaties gereageerd en tijd gehad voor het onderzoek. De twee organisaties waar de onderzoekers contact mee hebben gekregen zijn i-Psy en Mediant; I-psy specialiseert zich in interculturele psychiatrie. Zij behandelen en begeleiden ouderen, volwassenen, jongeren en kinderen met verschillende sociale en culturele achtergronden met uiteenlopende psychische problemen. Medewerkers van I-psy herkennen de problemen die voortkomen uit het leven in een 'ander land' en spreken vaak ook de taal van de patiënt. Bij de behandeling die I-psy biedt staat de sociale context en culturele achtergrond van de patiënten centraal (I-psy, z.j.).

De andere organisatie waarmee de onderzoekers in contact zijn gekomen is Mediant. Mediant is een organisatie voor geestelijke gezondheidszorg in de regio Twente. Zij bieden hulp, advies en begeleiding aan mensen met psychische en psychiatrische problemen. Mediant beschikt over afdelingen voor kinderen, jongere, volwassenen en ouderen. Daarbij focust Mediant zich ook op Post-traumatische stress stoornis en Depressieve stoornissen. Mediant biedt verschillende soorten behandeling aan om patiënten hierbij te helpen (Mediant, z.j.).

I-psy heeft een breed scala aan kennis over migranten met psychische aandoeningen. Ook wordt er binnen deze organisatie veel aandacht besteedt aan interculturele begeleiding en wordt er aandacht geschonken aan het vinden van aansluiting op patiënten. Deze kennis van de doelgroep en welke rol cultuur speelt in het signaleren en behandelen van

psychische problemen bij statushouders kan bijdragen aan uitbreiding van kennis en bewustwording van het referentiekader van de doelgroep binnen het MBS.

Mediant kan Alifa veel kennis bieden op het gebied van herkennen van PTSS en depressieve stoornissen. Kennis over deze organisatie kan Alifa helpen bij het stimuleren van cliënten om hulp te zoeken, omdat Mediant een organisatie is die dicht bij huis aan is. Op deze manier kan er makkelijker contact worden gezocht met behandelaars van Mediant en kan er makkelijker informatie en kennis uitgewisseld worden.

2.4 WELKE INSTRUMENTEN/METHODES KUNNEN GEBRUIKT WORDEN BIJ HET SIGNALEREN VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN?

Voorkomen is beter dan genezen. Landelijk is er een unaniem begrip dat vroeg-signalering een belangrijk onderdeel is bij het behandelen van psychische problemen. Het vroegtijdig opsporen van kenmerken van psychische problemen voorkomt dat het probleem groter en erger wordt. Niet te vergeten dat dit voor de zorg ook een kostefficiëntere manier van hulpverlening is (Zwaanswijk & Verhaak, 2009).

Om de juiste signaleringsinstrumenten te vinden is specifiek onderzoek gedaan naar instrumenten/methodes gericht op statushouders en/of vluchtelingen. Het signaleringsinstrument moet bruikbaar zijn voor vrijwilligers en stagiaires. Dit betekent dat instrumenten die ontwikkeld zijn voor bijvoorbeeld verpleegkundigen in de ouderenzorg niet nuttig zijn voor dit onderzoek. Met behulp van deze criteria zijn de onderzoekers uitgekomen op twee bruikbare signaleringsinstrumenten/methodes: de Protect-vragenlijst en 10 Vragen om Psychische Klachten bij Statushouders te Signaleren. Beide instrumenten zijn ontwikkeld door Kenniscentrum Pharos (z.j.) in samenwerking met Europese partners.

De Protect-vragenlijst:

Iemands individuele kwetsbaarheid kan alleen worden vastgesteld door middel van een individuele beoordeling. Daarom heeft Pharos (z.j.), in samenwerking met Europese partners, de protect-vragenlijst ontwikkeld. Hiermee kan een eerste beoordeling gedaan worden van iemands psychische klachten en de daaruit voortvloeiende beperkingen, bijvoorbeeld van het geheugen en de herinnering. Het zo vroeg mogelijk in kaart brengen van deze vorm van kwetsbaarheid helpt om meer bewustzijn te creëren bij zowel zorgprofessionals, andere professionals (advocaten, IND, COA) en begeleiders (zowel professionals als vrijwilligers) die werken met asielzoekers. De Protect-vragenlijst kan ook fungeren als eerste stap bij het opzetten van gerichte preventie.

De Protect-vragen zijn ook toepasbaar voor de vroeg signalering van psychische problemen bij statushouders. De Protect-vragenlijst bevat 10 vragen die zorgvuldig zijn opgesteld en beoordeeld door een interdisciplinair team van psychologische, medische en juridische deskundigen in de behandeling en rehabilitatie van slachtoffers van marteling en ander onmenselijke handelingen. De vragen kunnen met 'ja' of 'nee' worden

beantwoord. De 10 vragen gaan over psychische klachten die wijzen op psychische kwetsbaarheid en zijn gebaseerd op de kennis die er is over de gevolgen van ondergaan geweld (oorlog, marteling).

Deze vragen zijn zodanig gekozen dat ze de belangrijkste symptomen van psychische traumatisering betreffen. De vragen omvatten de belangrijkste symptoomcategorieën van de posttraumatische-stressstoornis (PTSS), te weten:

- Herbeleving van de traumatische gebeurtenis
- Vermijding of emotionele afstomping
- Verhoogde prikkelbaarheid.

Daarnaast zijn er enkele vragen opgenomen over symptomen van depressie en lichamelijke klachten die vaak bij traumatisering worden gezien. De formulering van de vragen is helder en eenvoudig.

Verder is aan het eind van de vragenlijst ruimte om observaties en opmerkingen te kunnen plaatsen (bijvoorbeeld over een gespannen lichaamshouding, lichamelijke onrust, heftige emoties of afwezigheid van emoties). Deze opmerkingen verstrekken aanvullende informatie over het non-verbale gedrag.

De interpretatie van de resultaten is eenvoudig: er zijn geen items die tegengesteld zijn aan andere items, elk positief antwoord krijgt een punt en de punten worden eenvoudigweg opgeteld. Een hogere score geeft een groter risico op psychische kwetsbaarheid:

- Een score van 0 tot 3: laag risico
- Een score van 4-7: medium risico
- Een score van 8-10: hoog risico

Bij een hoge score is de kans groot dat er sprake is van psychische problematiek die zorg behoeft, overleg met en verwijzing naar een professional is dan aangewezen. Bij een lage score kan worden afgewacht. Een mediumscore betekent dat iemand gevolgd moet worden om te ontdekken in welke richting zijn kwetsbaarheid zich ontwikkelt. Juist bij deze groep is inzet op steun en activering van belang.

Het tweede instrument, 10 Vragen om Psychische Klachten bij Statushouders te Signaleren, is geen erkende signaleringsmethode. Wel achtten de onderzoekers deze vragen als bruikbaar voor Alifa, omdat de vragen zijn opgesteld door artsen, allen verbonden aan Pharos.

De 10 vragen luiden als volgt:

1. Val je vaak moeilijk in slaap?
2. Heb je vaak last van nachtmerries?
3. Heb je vaak hoofdpijn?

4. Heb je vaak last van lichamelijke pijnklachten?
5. Word je snel en gemakkelijk boos?
6. Denk je vaak terug aan pijnlijke ervaringen in het verleden?
7. Voel je je vaak bang of angstig?
8. Vergeet je vaak gewone dagelijkse dingen?
9. Valt je op dat je steeds minder interesse hebt in dingen?
10. Heb je moeite om je te concentreren?

Bovenstaande vragen zullen niet leiden tot een volledige diagnose. Maar in het geval van de casemanagers binnen het MBS is dit ook niet de bedoeling. De casemanagers zijn niet opgeleid om adequate hulpverlening te bieden bij PTSS en depressie. Wel kunnen bovenstaande vragen dienen als een richtlijn voor de casemanagers. Wanneer deze richtlijn de form aanneemt van een vaste vraaglijst die iedere casemanager kan gebruiken, vergroot dit de kans tot actievere signalering bij hun cliënten.

Hoofdstuk 3 – Methode van onderzoek

3.1 ONDERZOEKSTYPE

Om de perceptie van de participanten weer te geven betreft de signalering en doorverwijzing van statushouders met kenmerken van psychische problemen is een kwalitatief inventariserend onderzoek uitgevoerd. Hierbij is gebruik gemaakt van het afnemen van semigestructureerde interviews, en het verzamelen van informatie vanuit de wetenschappelijke literatuur.

De onderzoekers hebben ervoor gekozen om gebruik te maken van een kwalitatieve vorm van onderzoek. Kwalitatief onderzoek is een onderzoeksmethode waarmee men diepgaande informatie en inzichten onder een bepaalde doelgroep ophaalt. Het gaat in op achterliggende verwachtingen, behoeften, eisen, meningen en drijfveren van de doelgroep. In tegenstelling tot een kwantitatief onderzoek, waar de nadruk vooral ligt op cijfers en variabelen, geeft deze onderzoek vorm de ruimte om een conclusie te trekken op basis van de behoefte van de opdrachtgevers. Een kwalitatief onderzoek biedt de onderzoekers de kans om door te vragen, om de vragen ad hoc aan te passen op basis van de loop van het interview en creëert meer diepgang in de conclusie van het onderzoek (Verhoeven, 2011). Er is voor dit onderzoek gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode omdat de onderzoeksvraag gericht is op de ervaring en belevingen van de medewerkers van Maatschappelijke Begeleiding Statushouders.

Het onderzoek is inventariserend, omdat de onderzoekers informatie moeten verzamelen om tot een conclusie en aanbevelingen te kunnen komen (Migchelbrink, 2010). Deze inventarisatie zal gedaan worden door het onderzoek in twee delen te splitsen. Een deel van de informatie zal verzameld worden vanuit de wetenschappelijke literatuur. Het tweede deel van de informatie zal door semigestructureerde interviews worden verzameld. De keuze voor een semigestructureerde interviewmethode zorgt voor een interviewschema met algemeen geformuleerde interviewvragen, die de respondenten en onderzoekers de ruimte bieden hiervan af te wijken. Omdat in dit onderzoek de perceptie en belevingen van de medewerkers centraal staat, kan er op deze manier meer gedetailleerde informatie naar voren komen.

3.2 DATAVERZAMELING

De data in dit onderzoek is op twee verschillende wijze verzameld. Er is informatie verzameld door middel van een enquête (bijlage 2), en er zijn interviews (bijlage 3) afgenomen. Voorafgaand aan het interview heeft iedere respondent een korte enquête ingevuld. Dit onderdeel dient als een voorbereiding op het interview, om de respondent op de hoogte te brengen van de thema's die zullen worden besproken. De enquêtes bestaan uit ja/nee vragen en schaalvragen die als leidraad dienen voor het gesprek dat tijdens het interview gevoerd worden. De data die voortvloeit vanuit de enquêtes zijn via Thesis Tools geanalyseerd, en zullen in de resultaten verder worden uitgewerkt. Voor de GGZ- medewerkers is ervoor gekozen om de enquête weg te laten en de vragenlijst (bijlage 4) digitaal op te sturen, in verband met planningsconflicten tussen de onderzoekers en de organisaties die aan het onderzoek mee doen.

Na het invullen van de enquête hebben de onderzoekers diezelfde dag nog een interview met de respondent. Verhoeven (2014) beschrijft een interview als een gesprek tussen twee partijen waarin de een vragen stelt aan de ander. De beleving van de persoon waaraan de vragen worden gesteld (de respondenten) zijn hierin het belangrijkste.

3.3 POPULATIE EN STEEKPROEF

Dataverzameling gebeurt in de vorm van semigestructureerde interviews (Verhoeven, 2014). Deelvraag twee tot en met zes zullen beantwoord worden door in gesprek te gaan met individuele personen. Deze individuele personen zullen in interviews hun kijk geven op de mate van kennis over PTSS en Depressieve stoornissen, en waar bij hen de behoefte ligt met betrekking tot het signaleren van deze ziektebeelden en de eventuele mogelijkheden tot doorverwijzing. In contact met medewerkers van de twee GGZ-organisaties I-psy en Mediant zal onderzocht worden hoe zij hier eventueel aan bij zouden kunnen dragen. Het doel van dit interview is om in kaart te brengen wat het huidige kennisniveau is met betrekking tot het signaleren van kenmerken van PTSS en depressieve stoornissen, en of de respondenten weten hoe zij adequaat door kunnen verwijzen.

In dit onderzoek bestaat het interview uit een enquête en een semigestructureerd interview. Vooraf aan het interview vult elke respondent een korte enquête in, bestaande uit schaalvragen en ja/nee vragen. Deze enquête dient als een baseline voor het interview. Elk interview met de MBS-medewerkers duurt ongeveer dertig minuten.

De populatie van dit onderzoek bestaat uit twintig personen. Deze zijn weer onderverdeeld in achttien MBS-medewerkers, en vier landelijke GGZ-medewerkers. Alle betaalde krachten en casemanagers krijgen de mogelijkheid om aan het onderzoek deel te nemen. Van de twintig tolken die op vrijwillige basis binnen het MBS werkzaam zijn hebben de onderzoekers in overleg met de opdrachtgevers ervoor gekozen om maar drie van hen te interviewen. De tolkencoördinator, wegens zijn leidinggevende functie, en twee tolken die de twee grootste groepen vertegenwoordigen: de Syrische en Eritrese statushouders. Er is voor gekozen om niet alle tolken in het interview mee te nemen omdat zij over het algemeen niet veel te maken hebben met de begeleiding van de cliënten. Zij hebben bijvoorbeeld geen contact met instanties, en hoeven niet te overleggen met collega's over bepaalde casussen. Wel hebben de onderzoekers ervoor gekozen om hen in het interview mee te nemen wegens hun bijdrage in het gesprek. Omdat zij dezelfde taal spreken als de cliënten waar zij voor vertalen, en meer begrip hebben voor het referentiekader van de statushouder, zouden zij in interviews eventueel tot andere inzichten kunnen komen dan de Nederlandssprekende casemanagers.

Op basis van bovenstaand gegeven informatie kan gezegd worden dat de steekproef in dit onderzoek select is. Voor zowel de medewerkers van het MBS als die van binnen de GGZ is het geval dat de onderzoekers een bewust een selectie hebben gemaakt van medewerkers en organisaties om te benaderen.

Om respondenten te werven is samen met de opdrachtgever gekeken naar een lijst van het aantal medewerkers. Daarna is tijdens een lunch moment een aftekenlijst rondgegaan

(Bijlage 1) waarbij iedereen hun e-mailadres bij een datum heeft gezet. Achteraf hebben de onderzoekers contact opgezocht met de respondenten en via mail afspraken gemaakt. Alle MBS-medewerkers waar contact mee is gezocht hebben aan het onderzoek deel kunnen nemen. Er is via mail contact opgenomen met verschillende GGZ-organisaties

3.4 DATA-ANALYSE

De thema's die ontstaan zijn uit de verzamelde data luiden als volgt:

- PTSS en Depressieve stoornissen
- Statushouders met PTSS en depressieve stoornissen
- Signaleren
- Doorverwijzen

Na het invullen van de enquête hebben de onderzoekers diezelfde dag nog een interview met de respondent. Verhoeven (2014) beschrijft een interview als een gesprek tussen twee partijen waarin de een vragen stelt aan de ander. De beleving van de persoon waaraan de vragen worden gesteld (de respondenten) zijn hierin het belangrijkste.

Dit onderzoek zal gebruik maken van de half-gestructureerde interviewmethode. Er zal een vragenlijst gemaakt worden met voornamelijk open vragen, wat betekent dat de onderzoekers veel ruimte willen geven aan de respondenten om het interview eigen invulling te geven. Op deze manier hopen de onderzoekers meer de nadruk te leggen op wat de respondent zelf belangrijk vindt om het over te hebben; het onderzoek richt zich natuurlijk op de behoeften van de doelgroep. Om goede antwoorden te kunnen geven op de deelvragen is het belangrijk om onderzoek te doen naar de ervaring van hen die statushouders begeleiden.

Alle verzamelde gegevens zullen verdeeld worden in kleine fragmenten waar de belangrijkste informatie wordt gegroepeerd. De termen die hieruit voortkomen zullen geëvalueerd worden. De betekenis van de woorden zal worden geïnterpreteerd en deze zullen worden gecodeerd. Dit betekent dat de belangrijkste fragmenten die de onderzoekers hebben uitgekozen een bepaald woord toegewezen krijgen die deze fragmenten als het ware samenvat.

Dit theoretisch model zal in verband worden gebracht met de probleemstelling, waaruit conclusies kunnen worden getrokken (Verhoeven, 2014). Er zal hierbij onderscheid gemaakt worden tussen de medewerkers van het MBS en de medewerkers binnen de GGZ, omdat de interviewthema's- vragen, en de insteek van het interview bij beide groepen anders is. Daarnaast zal er een onderscheid gemaakt worden tussen de open en gesloten vragen.

3.5 BRUIKBAARHEID, BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT

Bruikbaarheid

Migchelbrink (2010) geeft een aantal voorwaarden om tot het leveren van bruikbare kennis te komen. De voorwaarden worden genoemd en er wordt kort ingegaan op de wijze hoe aan de voorwaarden wordt voldaan:

- Nauwgezette afstemming van de onderzoeksvraagstelling op de wensen die leven in de praktijk. Onderzoek is op basis van een vernomen praktijkprobleem. Doormiddel van gesprekken met de medewerkers van MBS is er een probleem vastgesteld, waaruit een vraagstelling is opgesteld. Door het terugkoppelen van de bevindingen naar de opdrachtgever, wordt er rekening gehouden met de wensen van de opdrachtgever en de praktijk.
- Vertrekpunt van praktijkgericht onderzoek gelegen in de alledaagse praktijk. Onderzoek is op basis van een vernomen praktijkprobleem. Dit probleem is naar voren gekomen in de dagelijkse praktijk en naar aanleiding van gesprekken met casemanagers en met de afdeling coördinator is er een probleemstelling vastgesteld.
- Onderzoeker is bereid te luisteren naar de opvattingen en wensen van mensen in de praktijk. Onderzoekers gaan in gesprek met de casemanagers en noteren alle opvattingen.
- Er wordt behoefteonderzoek verricht, hierdoor wordt er naar de opvattingen en wensen geluisterd en hier wordt op ingespeeld. Door middel van de interviews wordt gevraagd wat de medewerkers daadwerkelijk nodig hebben/kunnen gebruiken in de praktijk.
- Onderzoeker moet vooraf over domeinkennis beschikken van de onderzochte praktijkproblematiek. Binnen de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening wordt er enige aandacht besteed aan ziektebeelden. Met stage en werkervaring is ervaring opgedaan met betrekking tot het signaleren van deze ziektebeelden en het eventueel doorverwijzen van cliënten. Verder wordt door middel van literatuuronderzoek voldoende kennis opgedaan betreffende het praktijkprobleem.
- Tijdsduur van het onderzoek moet passen binnen de tijdshorizon van de opdrachtgever en belanghebbenden. Onderzoek wordt verricht binnen het schooljaar, het daadwerkelijk onderzoek, waar een tijdsduur van een half jaar voor staat begint rond september en eindigt januari/februari
- De aangedragen onderzoeksresultaten moeten voldoende informatie over de onderzochte werkelijkheid bevatten en afgestemd zijn op de informatiebehoefte van de opdrachtgever. Het onderzoek is op basis van een vernomen praktijkprobleem en is afgestemd op de informatiebehoefte van de opdrachtgever. Doordat de resultaten van het onderzoek op basis zijn naar de behoefte van de medewerkers van MBS, informatie van GGZ-medewerkers en op basis van actueel literatuuronderzoek, wordt voldaan aan afstemming van de informatiebehoefte van de opdrachtgever.

- Informatie moet concreet zijn; Vanuit het onderzoek en de daar bijhorende resultaten wordt een beroepsproduct ontwikkeld met daarin concrete en bruikbare informatie.
- De informatie die wordt aangedragen dient hanteerbaar te zijn en in de onderzochte situatie toegepast kunnen worden. Informatie moet een hulpmiddel zijn om de onderzochte situatie te begrijpen en praktisch handelen te veranderen.
- Aan de hand van de onderzoeksresultaten en het behoefteonderzoek wordt advies voor een beroepsproduct ontwikkeld wat bruikbaar en toepasbaar is binnen de praktijk. Aan de hand van de interviewvragen wordt er gekeken wat de casemanagers, betaalde krachten en tolken daadwerkelijk in de dagelijks praktijk kunnen gebruiken. Het beroepsproduct moet vooral praktisch inzetbaar zijn. Er wordt ook aan de medewerkers gevraagd aan welke eisen het uiteindelijke product moet voldoen.

Betrouwbaarheid & Validiteit

Om de validiteit en betrouwbaarheid te waarborgen zijn er zes verschillende maatregelen, namelijk (Migchelbrink, 2010):

- Verantwoorden:
Alle activiteiten die tijdens dit onderzoek plaatsvinden, worden verantwoord binnen het onderzoeksvoorstel en de scriptie. Interviews worden gehouden op basis van getekende contracten, en elke maand vindt er een evaluatie plaats met de opdrachtgever.
- Nauwkeurig en zorgvuldig werken:
Aan de hand van een planning wordt nauwkeurig gewerkt.
Alle gegevens van de organisatie of de informatie die voortkomt uit de interviews wordt zorgvuldig mee omgegaan. Alle informatie die naar voren komt tijdens het onderzoek zal strikt voor het onderzoek gebruikt worden en niet voor andere doeleinden.
- Zelfcontroles inbouwen:
Door een keer in de maand na te gaan of er nog wel onderzocht wordt, wat er precies onderzocht moet worden. Het kan voorkomen dat het onderzoek compleet de andere kant op gaat. Er moet daarbij in de gaten worden gehouden dat het een objectief onderzoek blijft en er niet gebaseerd wordt op interpretaties. Het kan zijn dat de praktijk een andere behoefte heeft, dit kan door middel van deze controle.
- Herhaling van dataverzameling:
De interviews zullen kort na elkaar plaatsvinden. Het interview wordt direct uitgewerkt en geanalyseerd, zodat eventuele aanpassingen mogelijk zijn.
- Inhoudscontrole:
Controle op het gebied van inhoud zal gedaan worden door de onderzoekers, de opdrachtgever, de docent en een onafhankelijk persoon met minimaal een hbo-diploma. Hierdoor worden ook nauwkeurigheid en het zorgvuldig werken gewaarborgd. Door constant overleg met de opdrachtgever, wordt nagegaan of het product wat wordt ontwikkeld daadwerkelijk de behoefte vervuld.

Hoofdstuk 4 – Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten besproken worden.

Tijdens de zoektocht naar respondenten is contact gezocht met vrijwilligers, stagiaires en betaalde krachten die binnen het MBS werkzaam zijn. Voorafgaand aan het interview is gevraagd aan de respondenten om een enquête (bijlage 2) in te vullen. Er zijn in totaal zestien medewerkers van het MBS en vier GGZ- medewerkers geïnterviewd. Alle zestien medewerkers van het MBS hebben de enquête ingevuld.

4.1 WAT WETEN DE MEDEWERKERS, STAGIAIRES EN VRIJWILLIGERS OVER PTSS EN DEPRESSIEVE STOORNISSEN.

Uit de enquête is gebleken dat stagiaires van het MBS zichzelf gemiddeld een vijf geven met betrekking tot hun kennis over PTSS en gemiddeld een zes over hun kennis van depressieve stoornissen. De stagiaires volgen de social work opleiding op het hoger beroepsonderwijs. Een van de stagiaires benoemd dat er tijdens de opleiding niet veel kennis wordt vergaard over de genoemde ziektebeelden en dat ze de meeste kennis die ze heeft komt doordat ze erover heeft gelezen. Een andere stagiaire benoemd dat ondanks dat zij een opleiding volgt in deze sector ze niet veel weet over ziektebeelden in het algemeen. Een van de stagiaires geeft aan dat ze meer kennis heeft over PTSS, omdat ze zelf een auto-ongeluk heeft gehad en last had van PTSS. Een stagiaire zegt “doordat ik zelf een auto-ongeluk heb gehad en ook last heb gehad van PTSS. Heb ik veel onderzoek gedaan naar PTSS en ben ik mij bewust van meeste symptomen”.

De medewerkers geven zichzelf gemiddeld een vijf met betrekking tot hun kennis over PTSS en een vier voor hun kennis over depressieve stoornissen. Dit heeft volgens een medewerker vooral te maken met een tekort aan ervaring. De medewerkers hebben niet veel ervaring gehad met deze ziektebeelden. Een medewerker zegt wel wat kennis te hebben over de ziektebeelden, maar niet genoeg. Een andere medewerker zegt meer kennis te hebben over PTSS dan over depressieve stoornissen. Dit heeft voornamelijk te maken met het feit dat er meer gesproken wordt over PTSS bij vluchtelingen en men al snel weet dat dit door oorlog komt. De vrijwilligers geven zichzelf gemiddeld een vier met betrekking tot hun kennis over PTSS, en geven zichzelf gemiddeld een vijf geven voor hun kennis over depressieve stoornissen. Dit blijkt uit de ingevulde enquête. Er zijn twee uitschieters binnen de groep vrijwilligers die zichzelf een hoog cijfer hebben gegeven. Een van de deze vrijwilligers heeft een opleidingsachtergrond in Psychologie en de andere vrijwilliger heeft twintig jaar bij de vreemdelingenpolitie gewerkt. Met behulp van deze ervaring hebben zij naar eigen zeggen veel kennis op kunnen doen over deze doelgroep. De overige vrijwilligers geven aan hun kennis uit ervaring te halen, maar benoemen dat dit niet genoeg is om de ziektebeelden volledig te begrijpen. Een van de vrijwilligers gaf aan hier graag meer kennis over te willen ontvangen, omdat de vrijwilliger zelf geen opleiding hierover heeft gevolgd.

4.2 HOE VEEL BELANG HECHTEN DE MEDEWERKERS, STAGIAIRES EN VRIJWILLIGERS AAN HET KUNNEN SIGNALEREN VAN PTSS EN DEPRESSIEVE STOORNISSEN BIJ STATUSHOUDERS?

Uit de enquête kwam bij 80 procent van alle respondenten van het MBS een vrijwel zelfde gemiddelde (een zeven) naar voren bij de vraag hoe veel belang de respondenten hechten aan het kunnen signaleren van PTSS en depressieve stoornissen.

Uit de interviews is naar voren gekomen dat de verklaring voor dit gemiddelde vrijwel voor iedereen hetzelfde was. Alle medewerkers van het MBS zijn van mening dat zij het erg belangrijk vinden om te weten hoe zij kenmerken van PTSS en depressieve stoornissen kunnen signaleren bij hun cliënten, zodat zij naar de juiste GGZ-instanties kunnen worden doorverwezen. Echter, de medewerkers gaven aan deze vraag geen uitzonderlijk hoog cijfer te willen geven, omdat de casemanagers geen hulpverleners zijn. Zij bieden alleen begeleiding bij praktische zaken.

4.3 HOEVEEL AANDACHT BESTEDEN DE STAGIAIRES, MEDEWERKERS EN VRIJWILLIGERS AAN HET SIGNALEREN VAN PSYCHISCHE KENMERKEN TIJDENS CONTACT MOMENTEN?

Tijdens het interview met de respondenten is de vraag naar voren gekomen over hoeveel aandacht er besteed wordt aan het signaleren van psychische kenmerken tijdens contactmomenten met de statushouders. De stagiaires en vrijwilligers gaven zichzelf gemiddeld een vijf. Een van de vrijwilligers gaf zichzelf een hoog cijfer. Tijdens het interview gaf een van de vrijwilligers aan “De reden waarom ik mijzelf een hoog cijfer heb gegeven is, omdat ik het erg belangrijk vind om aandacht te besteden aan iemand zijn welbevinden. We moeten ons niet alleen bezig houden met praktische zaken.”.

Het gemiddelde van de medewerkers is een vier op de schaal van tien. Een van de medewerkers geeft tijdens het interview aan “ Het is belangrijk om rekening te houden met hoe iemand zich voelt en hier aandacht aan te besteden, maar het is niet onze taak om ons alleen maar bezig te houden met het signaleren van psychische kenmerken”. In de vorige paragraaf wordt er benoemd dat alle medewerkers het belangrijk vinden om aandacht te besteden aan het signaleren van kenmerken van PTSS en depressie, maar dit op basis van de resultaten, niet vaak voorkomt.

Tijdens het gesprek heeft de meerderheid aangegeven dat ze niet veel aandacht besteden aan het signaleren van psychische kenmerken tijdens contactmomenten, omdat merendeels meer bezig is met de praktische zaken zoals het regelen van verzekeringen en brieven nalezen. Een van de stagiaires benoemd dat het belangrijk is om alle praktische zaken te bespreken, maar dat vanuit de organisatie meer aandacht besteed moet worden aan het onder de aandacht brengen van de signaleringsfunctie van medewerkers.

4.4 HOE MOEILIJK VINDEN DE STAGIAIRES, MEDEWERKERS EN VRIJWILLIGERS HET OM IN TE SCHATTEEN OF ER SPRAKE EEN VAN PSYCHISCHE PROBLEMATIEK BIJ DE STATUSHOUDERS?

Uit de enquête komt naar voren dat de stagiaires zichzelf gemiddeld een zes geven op deze vraag. 40 procent van de stagiaires geven zichzelf een hoger cijfer dan het gemiddelde. Een van de stagiaires benoemd hier dan ook bij dat het alsnog moeilijk blijft om dit in te schatten, ze krijgt op school wel lessen over ziektebeelden, maar niet genoeg om zelf een inschatting te kunnen maken. Hiervoor zal ze nog wat meer ervaring moeten opdoen. De medewerkers geven zichzelf gemiddeld een zes met betrekking tot deze vraag. Uit de interviews komt naar voren dat de alle medewerkers al heel wat ervaring hebben met het werken met mensen met psychische problematiek. Een van de vrijwilligers benoemd "het heeft veelal te maken met de ervaring die ik heb opgedaan door de jaren heen. Natuurlijk blijft een inschatting altijd maar een inschatting, dus je zal het nooit 100 procent weten" (D. De winder, persoonlijke communicatie, 17 januari)

Zeventig procent van de vrijwilligers geven tijdens de interviews aan dat zij het wat moeilijker vinden om in te schatten of er sprake is van psychische problematiek bij een cliënt. Een van de vrijwilligers benoemd hierbij dat zij weinig tot geen ervaring heeft met deze doelgroep. Ze heeft geen juiste opleiding afgerond of eerdere werkervaring met de doelgroep.

Een van de vrijwilligers gaf zich integendeel tot de rest een laag cijfer bij de vraag of hij het moeilijk vond om psychische problematiek in te schatten. Deze vrijwilliger geeft aan dat hij veel werkervaring heeft opgedaan met deze doelgroep. Hij heeft gewerkt met vluchtelingen en bij de vreemdelingenpolitie. Hij blijft zeggen "het blijft altijd moeilijk voor andere om dit in te schatten, omdat de meerderheid van de vrijwilligers weinig tot geen ervaring heeft en ook niet de juiste opleidingsachtergrond hebben" (H. van Lier, persoonlijke communicatie 15 januari 2018).

4.5 VINDEN MEDEWERKERS, STAGIAIRES EN VRIJWILLIGERS DAT HET TEAM GENOEG KENNIS BESCHIKT OVER PTSS EN DEPRESSIEVE STOORNISSEN?

De stagiaires, medewerkers en vrijwilligers antwoordden unaniem "nee".

Tijdens de interviews gaven een aantal stagiaires aan dat er binnen het team niet naar voren komt dat er veel kennis is. Dit komt ook wegens de mix van stagiaires en vrijwilligers, voor wie het geen pré is om over veel kennis te beschikken over de doelgroep en de voorheen genoemde ziektebeelden.

Tijdens de interviews geven tien van de zestien respondenten aan dat dit komt omdat er in het team nooit over psychische problematiek gesproken wordt en de meeste geen juiste opleiding hebben gehad of volgen. Vier van de zestien respondenten geven aan dat de meeste medewerkers weinig of geen ervaring hebben met psychische problematiek en daardoor daar geen kennis van hebben. Drie van de zestien respondenten geven aan dat er

aantal casemanagers wel veel kennis hebben m.b.t. dit onderwerp, maar dat ze het idee hebben dat de overgrote deel weinig tot geen kennis hierover beschikt.

4.6 BESTAAT ER EEN HANDELINGSPROTOCOL BINNEN HET MBS?

Volgens de stagiaires, die unaniem nee beantwoordden, kwam tijdens de interviews naar voren dat 80 procent geen idee had of er een handelingsprotocol bestond over het signaleren en doorverwijzen van statushouders met psychische klachten.

De overige 20 procent van de stagiaires benoemd dat ze er nog nooit over hadden gehoord en zelf ook niet opzoek zijn gegaan of er een dergelijk handelingsprotocol bestaat binnen Alifa. Alle betaalde krachten benoemden dat er geen handelingsprotocol bestaat binnen het MBS. Vanuit de vrijwilligers gaf 100 procent aan dat er geen handelingsprotocol bestaat of er geen weet van te hebben of er een handelingsprotocol bestaat binnen Alifa.

4.7 KOMT HET VAAK VOOR DAT DE STATUSHOUDERS DOOR WORDEN VERWEZEN NAAR DE HUISARTS OF GGZ-INSTANTIE? EN WETEN DE STAGIAIRES, MEDEWERKERS EN VRIJWILLIGERS HOE DIT MOET?

Vier van de zes stagiaires gaven aan dat dit vrijwel niet voorkomt. De meerderheid van de stagiaires weten niet hoe en wanneer ze moeten doorverwijzen als er bij een statushouder blijkt dat hij of zij symptomen vertoont van PTSS of depressieve stoornis. Vijf stagiaires gaven tijdens de interviews aan dat ze niet weten hoe ze moeten doorverwijzen, omdat het niet duidelijk is wanneer er sprake is van een psychische stoornis. Ze kunnen wel inschatten of het niet goed gaat met een cliënt, maar precies te benoemen dat het neigt naar een psychische stoornis en de statushouders naar de juiste instelling door te verwijzen is moeilijk.

Vanuit de medewerkers gaven twee van de drie aan dat dit vrijwel niet voorkomt. Tijdens het interview wordt hierop doorgevraagd en gaf totaal negen van de zestien aan dat het doorverwijzen naar een GGZ-instantie niet vaak voorkomt, maar statushouders wel worden doorverwezen naar de huisarts.

Daarentegen gaven vier van de zes vrijwilligers aan dat het doorverwijzen van cliënten wel voorkomt. Een van de vrijwilliger benoemd hierbij “als ik merk dat een cliënt er niet goed bijloopt dan zeg ik altijd tegen de cliënt dat hij of zij even naar de huisarts moet, maar dit heeft niet altijd te maken met psychische klachten.”.

Alle betaalde krachten weten hoe en wanneer ze moeten doorverwijzen.

4.8 ERVAREN DE STAGIAIRES, MEDEWERKERS EN VRIJWILLIGERS HANDELINGSVERLEGENHEID MET BETREKKING TOT PSYCHISCHE KLACHTEN EN HET DOORVERWIJZEN EN SIGNALEREN HIERVAN.

Onder de stagiaires geven drie van de zes wel handelingsverlegenheid te ervaren met betrekking tot psychische klachten en de overige drie gaven aan dit niet te hebben. Onder de vrijwilligers gaven vier van de zes wel handelingsverlegenheid hebben. Ze geven vooral

aan dat dit komt, omdat ze het gevoel hebben niet genoeg kennis te hebben over alle ziektebeelden en het signaleren en doorverwijzen. Vooral het signaleren is erg moeilijk volgens een van de stagiaires, zij geeft aan dat door de verschillende culturele achtergronden zaken zoals emoties en gemoedstoestand verkeerd ingeschat kunnen worden. De medewerkers gaven unaniem aan niet handelingsverlegen te zijn. De medewerkers benoemen hier dan ook bij dat ze meer ervaring hebben met de doelgroep. Een van de medewerkers vindt het van belang om met dit werk niet handelingsverlegen te zijn, omdat er veel voor de cliënten op het spel staat.

4.9 WAT DENKEN DE STAGIAIRES, MEDEWERKERS EN VRIJWILLIGERS NODIG TE HEBBEN OM KENNIS TE VERKRIJGEN OVER HET SIGNALEREN VAN PTSS EN DEPRESSIEVE STOORNISSEN?

Tijdens de interviews met de stagiaires, vrijwilligers en medewerkers van het MBS zijn er veel voorbeelden genoemd met betrekking tot wat de medewerkers nodig denken te hebben om hun kennis te vergroten over het signaleren van kenmerken van PTSS en depressieve stoornis. Wat onder alle drie de categorieën het meest wordt genoemd is een handleiding of protocol, waar in een stappenplan beschreven staat hoe je moet signaleren en doorverwijzen. De meerderheid van de stagiaires benoemen dat ze tijdens de opleiding niet veel leren over specifieke ziektebeelden en daarbij ook niet weten waar ze op moeten letten. Drie stagiaires benoemen dat ze wel letten op bepaalde gedragingen die niet normaal zijn, maar niet specifiek kunnen of durven te benoemen dat het onder PTSS of depressie valt. Twee stagiaires benoemen dat er een workshop moet worden gegeven over wat signaleren en doorverwijzen inhoudt. Drie stagiaires geven aan dat er een interculturele psycholoog uitgenodigd moet worden om het team meer te leren over PTSS en depressieve stoornissen bij statushouders.

Een van de drie stagiaires vertelde dat er behoefte is aan iemand die verstand heeft van de culturele achtergrond van de cliënten en hoe kenmerken van PTSS en depressie gesignaleerd kunnen worden binnen deze doelgroep. Een andere stagiaire vertelde dat het makkelijk is om te signaleren als je meer weet over de culturele achtergrond. Een stagiaire benoemd dat er behoefte is aan een lezing over de ziektebeelden. Volgens meerdere stagiaires is het van belang om meer achtergrondinformatie te krijgen over een cliënt. Dit maakt het proces van signaleren en doorverwijzen gemakkelijker volgens een stagiaire. Drie stagiaires benoemend tijdens het interview dat er ook behoefte is aan intervisie. Een stagiaire zegt dat het goed is om over bepaalde casussen te praten en om samen te kijken naar oplossingen. Een stagiaire benoemd dat er een ervaringsdeskundige kan worden uitgenodigd om zijn of haar verhaal te vertellen. Meerdere stagiaires geven aan dat er een algemene voorlichting moet komen voor de nieuwe lichte stagiaires. Het is hierbij belangrijk dat er wordt uitgelegd wat de signaleringsfunctie inhoudt. Vanuit de interviews met de medewerkers van het MBS is er unaniem naar voren gekomen dat er een handelingsprotocol moet komen over hoe je moet signaleren en doorverwijzen, daarbij is het van belang dat het een compact handvat wordt. De medewerkers benoemen ook dat er een training moet komen over psychische problematiek bij vluchtelingen. Een van de medewerkers wil graag dat er gesprekst rainingen komen voor de vrijwilligers en stagiaires, hierdoor weten ze welke vragen ze moeten stellen als er sprake is van PTSS en/of

depressie. Volgens een van de medewerkers moet er meer aandacht besteed worden aan scholing en het verbreden van kennis onder de medewerkers, stagiaires en vrijwilligers. Om op een juist mogelijke manier door te verwijzen is er volgens een van de medewerkers nodig om korte lijnen te houden met een GGZ-instantie in de buurt. Als er sprake is van twijfel kan er altijd contact op worden genomen met de desbetreffende GGZ-instantie om informatie op te vragen.

Net als bij de stagiaires en medewerkers is er volgens de vrijwilligers een handvat/stappenplan nodig waarin signalen van de ziektebeelden en hoe en waar je kunt doorverwijzen in beschreven staat. Drie vrijwilligers hebben behoefte aan een voorlichting over het herkennen van signalen van PTSS en depressie. Meerdere vrijwilligers geven aan dat er een algemene training dag moet komen voor vrijwilligers en stagiaires. Om PTSS en depressie te signaleren is er volgens een vrijwilliger nodig om voorbeeldcasussen in het team te bespreken waarin sprake is van depressie en/of PTSS.

4.10 WELKE KENNIS KUNNEN LOKALE GGZ-ORGANISATIE AANLEVEREN OM HET MBS TE ONDERSTEUNEN.

Een van de lokale GGZ-organisaties waar contact mee is geweest is Mediant. Medewerkers van mediant hebben een enquêtevragen lijst ingevuld. Hierin zijn een aantal zaken naar voren gekomen over hoe Mediant kennis kan aanleveren naar het MBS. Naast kennis kan Mediant ook ondersteuning bieden als het gaat om signaleren van psychische stoornissen. Onderstaand een lijst van wat ernaar voren is gekomen tijdens de interviews;

- Mediant zou trainingen aan de medewerkers van het MBS kunnen bieden, waarin hun kennis van psychische stoornissen vergroot zal worden. Onderdeel van de training kan dan ook signaleren zijn. De training kan dan structureel worden gegeven.
- Er kan altijd contact opgenomen worden met Mediant als er vragen zijn vanuit het MBS. Er kan hier ook van beide kanten een vast contactpersoon komen.

4.11 WAT HEBBEN STAGIAIRES, MEDEWERKERS EN VRIJWILLIGERS NODIG OM TE KUNNEN SIGNALEREN?

Tijdens de interviews is bij alle zestien respondenten dezelfde conclusie te trekken met betrekking tot deze deelvraag. Zoals voorheen is genoemd, is er vanuit Alifa geen handelingsprotocol aanwezig om hen handvaten te bieden. Wel is door iedere respondent kenbaar gemaakt dat er zeker de behoefte is aan een bepaald document die hen zou kunnen helpen bij het signaleren van kenmerken van PTSS en depressieve stoornissen; en hoe zij deze cliënt dan adequaat kunnen doorverwezen worden binnen de reguliere GGZ. Volgende punten (die zich mogelijk in zo'n handelingsprotocol zouden kunnen vinden) zijn meerdere malen tijdens de interviews naar voren gekomen:

- Een symptomenlijst van Posttraumatische stressstoornis
- Een symptomenlijst van depressieve stoornissen

- Wat houdt mijn signaleringsfunctie in?
- Wanneer moet ik cliënten doorverwijzen?
- Wat te doen in geval van twijfel?

Verder gaven de medewerkers aan dat er behoefte is aan training van een GGZ-medewerker die ervaring heeft met Post-traumatische stressstoornis en depressieve stoornissen onder vluchtelingen. Een medewerker benoemd dat het goed zou zijn voor het team als er iemand komt die veel kennis over het onderwerp heeft en dat alle vragen vanuit het team omtrent deze thema beantwoordt kunnen worden.

Een van de vrijwilligers gaf aan dat er behoefte is aan kennisvergaring door middel van maandelijkse training van een professional buiten Alifa.

Een van de stagiaires gaf aan dat het MBS profijt kan hebben van een goed contact met een GGZ-organisatie in Twente. Als medewerkers ergens vragen over hebben, dan kan er makkelijk contact op worden genomen met de GGZ-organisatie.

Aan de hand van de interviews is er vrijwel naar voren gekomen dat het gehele team hetzelfde nodig heeft om kennis te verkrijgen.

4.12 WAT HEBBEN DE MEDEWERKERS VAN MBS NODIG OM HUN CLIËNT GERICHT TE KUNNEN DOORVERWIJZEN NAAR DE REGULIERE GGZ?

Nadat alle medewerkers van het MBS die met het onderzoek meededen zijn geïnterviewd, zijn er een aantal punten naar voren gekomen die betrekking hebben op deze deelvraag. Omdat de antwoorden op deze vraag vrijwel allemaal hetzelfde waren, is er gekozen om alle antwoorden op te sommen.

Een handelingsprotocol: veel medewerkers hebben kenbaar gemaakt niet over de kennis te beschikken om correct door te kunnen verwijzen. Zij wisten bijvoorbeeld niet dat de huisarts hiervoor verantwoordelijk is. Ook is er geen eenduidige manier van handelen als er vermoeden is van psychische klachten bij een cliënt. Een handelingsprotocol verduidelijkt voor de medewerkers welke mogelijkheden zij hebben bij het vermoeden van psychische klachten en welke stappen zij dan moeten ondernemen. Dit is een handvat om mogelijke twijfel en handelingsverlegenheid verder tegen te gaan.

Een goed rapportagesysteem: casemanagers binnen het MBS zijn niet verplicht te rapporteren over de emotionele toestand van een cliënt. De rapportages die zij tot nu toe leveren, geven voornamelijk alleen praktische informatie. Toch geven medewerkers binnen het MBS aan dat zij veel hebben gehad aan informatie die voorgaande casemanagers wel hebben gerapporteerd. Casemanagers hoeven niet uitgebreid in detail te rapporteren hoe de contactmomenten zijn gegaan. Alleen in het geval van twijfel bij de casemanager kan een rapportagesysteem een eenduidige plek zijn waar alle casemanagers mee kunnen lezen over eventuele signalen die ontdekt zijn, of mogelijk gedrag dat als 'abnormaal' kan worden gezien. Dit stimuleert een betere samenwerking en afstemming

onderling. Informatie over bestaande GGZ-organisaties in de buurt en wat zij cliënten van Alifa mogelijk kunnen bieden: Om cliënten gericht te kunnen informeren over hun opties, hebben MBS-medewerkers meer behoefte aan kennis en informatie over bestaand GGZ-organisaties in de buurt. Zij weten vaak niet wat het aanbod is in Nederland, en hoe gespecialiseerde hulp voor statushouders en vluchtelingen zich onderscheidt van GGZ met andere specialisaties. Meer kennis over (Schaamte)cultuur en de invloed die dit heeft op de cliënt: MBS-medewerkers zijn van mening dat cultuur een traditie een grote rol speelt in de keuze die veel cliënten maken om geen hulp te zoeken. Vele statushouders zijn van mening dat je gek moet zijn voor je geestelijke gezondheidszorg zoekt en zijn niet bereid toe te geven dat ze mogelijk wel hulp nodig hebben. Toch geven zij aan niet goed te weten hoe zij hierop in kunnen spelen om cliënten te stimuleren toch naar de huisarts te gaan. Meer kennis over het effect van schaamtecultuur op statushouders kan de communicatie tussen casemanager en statushouder versoepelen, waardoor de cliënt mogelijk ook sneller naar de huisarts gaat.

Hoofdstuk 5 – Conclusies en aanbeveling

5.1. CONCLUSIES PRAKTISCHE DEELVRAGEN

1 Hoe verlopen de signalering en doorverwijzing op dit moment bij Alifa?

De interview resultaten gaven weer dat veel medewerkers van mening zijn dat er individueel wel het een en ander aan kennis is, maar in het algemeen niet genoeg om de signalering van psychische klachten bij statushouders, en de daaropvolgende doorverwijzing optimaal te laten verlopen. Er is niet genoeg kennis over de veelvoorkomende ziektebeelden zoals PTSS en depressieve stoornissen, en hoe deze zich uiten bij statushouders. Er is geen duidelijk handelingsprotocol dat duidelijke handvaten biedt voor hen met weinig kennis. Daarnaast bestaat er onder de medewerkers redelijk wat handelingsverlegenheid en zijn vrijwilligers en stagiaires niet zeker in hun kundigheid met het betrekken tot signaleren van psychische klachten (Maas, 2018). Ook wisten veel mensen niet hoe het proces van doorverwijzen werkt en welke rol de huisarts hierin speelt.

6. Wat hebben de medewerkers van MBS nodig om kennis te verkrijgen over het signaleren van kenmerken van PTSS en depressieve stoornissen?

Medewerkers van het MBS hebben een duidelijk handelingsprotocol nodig waarin uitgelegd wordt wat PTSS is, wat depressieve stoornissen zijn en welke symptomen hierbij horen; dan voornamelijk gericht op statushouders. Ondanks het feit dat zij geen hulpverleners zijn en geen geestelijke gezondheidszorg leveren, is het wel belangrijk om de nodige handvaten te bezitten om hen door te kunnen verwijzen naar de correcte instanties die hier wel in gespecialiseerd zijn. Een handelingsprotocol zorgt ervoor dat mensen die nog nooit met statushouders in aanraking zijn gekomen of helemaal geen aansluiting kunnen vinden met hun culturen toch weten waar zij op moeten letten (Keijsers, 2017). Daarnaast hebben medewerkers van het MBS ook behoefte aan een training of cursus van iemand uit de vluchtelingen GGZ. Zij willen graag kennis aangeleverd krijgen van een gespecialiseerde hulpverlener die de nodige kennis en ervaring heeft met deze doelgroep.

7. Wat hebben de medewerkers van MBS nodig om hun cliënt gericht te kunnen doorverwijzen naar de reguliere GGZ?

Een groot deel medewerkers binnen het MBS heeft kenbaar gemaakt niet zo goed te weten wat het bestaande aanbod is in Nederland voor statushouders die geestelijke gezondheidszorg nodig hebben. Ook hiervoor kan een handelingsprotocol verduidelijken dat een cliënt altijd eerst naar de huisarts moet voor hij/zij naar de reguliere GGZ doorverwezen kan worden. Er is geen duidelijk systeem van handelen wanneer een casemanager het vermoeden heeft van mogelijk psychische klachten bij iemand. Daarnaast is er geen duidelijk rapportagesysteem waar de casemanager zijn/haar twijfels

kenbaar kan maken. Ten slotte is het belangrijk te onthouden dat de statushouder uiteindelijk zelfverantwoordelijk is voor het opbellen van een huisarts. Veel medewerkers hebben behoeften aan handvaten om de cliënt hierin positief te stimuleren. Veel statushouders zijn opgegroeid in een cultuur waar een GGZ-instelling haast gelijk staat aan een gekkenhuis (Arq, z.j.). Medewerkers vinden het lastig hier aansluiting op te vinden, en zijn van mening dat meer kennis en handvaten op dit gebied een mogelijk positief effect kan hebben op de cliënt en zijn/haar keuze om hulp te zoeken.

7.2 CONCLUSIE HOOFDVRAAG

Hoofdvraag: Welke adviezen kunnen worden aangedragen om de kennis van medewerkers m.b.t. het signaleren van veel voorkomende psychische stoornissen te verbeteren, teneinde dat zij gerichter statushouders kunnen doorverwijzen naar de reguliere GGZ?

Om de kennis van medewerkers m.b.t. het signaleren van veel voorkomende psychische stoornissen te verbeteren, teneinde dat zij gerichter statushouders kunnen doorverwijzen naar de reguliere GGZ moet Alifa een eenduidig protocol creëren. Dit protocol dient als richtlijn voor hen die niet opgeleid zijn om statushouders te begeleiden, maar ook voor de gemiddelde maatschappelijk begeleider, wiens taak het niet is om hulpverlening te bieden en te diagnosticeren.

Medewerkers van het MBS moeten handvaten kunnen ontvangen van de organisatie die hen ondersteunt bij het adequaat signaleren van veelvoorkomende psychische stoornissen. In het geval van dit onderzoek, is er ingezoomd op de twee meest voorkomende: PTSS en depressie. Aan de hand van interviews met de medewerkers, is het ook duidelijk te concluderen dat hier voor hen ook de behoefte ligt.

7.3 AANBEVELINGEN

Aan de hand van een literatuuronderzoek, en interviews met een groot deel van het MBS-team zijn een aantal conclusies voortgekomen. Deze conclusies verlenen zich tot een aantal aanbevelingen, zowel gericht op dit onderzoek als op mogelijke vervolgonderzoeken.

1. Een handelingsprotocol. Uit het onderzoek blijkt dat er behoefte is aan een handelingsprotocol. In een handelingsprotocol staan afspraken over procedures. De schrijvers van dit onderzoek bevelen een handelingsprotocol aan om eenduidige afspraken te stimuleren. Wanneer voor iedereen duidelijk is wat PTSS is en wat depressieve stoornissen zijn, weten welke mogelijke symptomen hierbij horen en wat hun rol is, zal het zelfvertrouwen van de casemanagers groeien en handelsverlegenheid verkleinen. Zij volgen immers een handelingsprotocol dat ingezet is door de organisatie.

2. Uit het onderzoek blijkt dat een vragenlijst nuttig kan zijn voor hen die niet opgeleid zijn om PTSS en depressieve stoornissen te herkennen. Een vragenlijst kan eventueel in het handelingsprotocol worden opgenomen. Mogelijke vragenlijsten kunnen de focus leggen op depressieve stoornissen en wat mogelijke symptomen kunnen zijn.
3. Een aanbeveling die de onderzoekers doen is grotendeels voortgekomen uit de bevindingen die vanuit de interviews zijn voortgevloeid. Een overweldigende meerderheid was van mening dat een mogelijke workshop, gericht op het signaleren van veel voorkomende psychische stoornissen, hen zou kunnen helpen. Vanuit hen was er de behoefte voor training of een mogelijke cursus, aangeboden door opgeleide GGZ-professionals met een specifieke specialisatie voor deze doelgroep. Door middel van lezingen, rolspellen en intervisie kan de kennis vergroot worden, en de handelsverlegenheid verkleind worden.
4. Training interculturele begeleiding: tijdens de interviews is gebleken dat veel casemanagers er naar eigen zeggen moeite mee hebben aansluiting te vinden met hun cliënten. Over het algemeen hebben de casemanagers te maken met veel mensen die oorspronkelijk komen uit Syrië en Eritrea. De casemanagers merken naar eigen zeggen een barrière in het begrijpen van bijvoorbeeld non-verbale communicatie, maar ook in hoe cultuur een invloed kan hebben op houding en gedrag. Zo kwamen meerderen met het volgende voorbeeld: Syrische mensen zijn cultuurgebonden uitbundiger in hun communicatie; ze praten meer met hun lichaam en gebruiken een hoger stemvolume. Als Nederlandse casemanagers gaan zij er sneller vanuit dat de cliënt mogelijk boos of van streek is, terwijl er net zo goed eigenlijk niks aan de hand kan zijn. Zo zijn ze gewend te communiceren. Volgens de casemanagers vermoeilijkt deze cultuurbarrière de communicatie onderling, en is het lastiger een vertrouwensband te vormen met de cliënt. Wegens deze bevindingen bevelen de onderzoekers aan een onderzoek gericht, gericht op interculturele begeleiding en hoe deze bij kan dragen aan betere interculturele begeleiding binnen de maatschappelijke zorg.

7.4 STERKTES EN ZWAKTES ONDERZOEK

Sterktes	Zwaktes
Actueel	Kleine respons van GGZ-medewerkers
Veel informatie van respondenten	Literatuur te specifiek
Behoeftes erg eenduidig	Respondenten met gebroken Nederlands
Onderzoek biedt handvaten voor een product	Moeizaam contact met sommige medewerkers
Variatie steekproef	
Locatie van het onderzoek	

Sterktes:

Actueel

Het onderwerp van begeleiding aan vluchtelingen en statushouders, en dan voornamelijk hen met psychische problemen is een maatschappelijk onderwerp dat in Nederland nog erg speelt. Dat maakte dat er veel informatie beschikbaar was en de respondenten veel informatie te bieden hadden vanuit ervaring.

Veel informatie van respondenten

Medewerkers binnen het MBS hebben veel bruikbare informatie geleverd ten goede van het onderzoek. Medewerkers hadden veel actuele voorbeelden, probleemstellingen en voorgaande ervaring met signaleren.

Behoeftes erg eenduidig

Tijdens de interviews werd voor de onderzoekers al snel duidelijk dat de behoeftes van de medewerkers bijna allemaal op hetzelfde vlak lagen. Wanneer aan hen gevraagd werd wat zij nodig hadden om het signaleren van psychische problemen bij cliënten te vergemakkelijken, noemden zij allemaal een handelingsprotocol of mogelijke trainingen en/of cursussen door deskundigen. Omdat de behoeften zo eenduidig waren, maakte het

voor de onderzoekers makkelijk om een conclusie te trekken en mogelijke aanbevelingen te doen.

Onderzoek biedt handvaten voor een product

De onderzoekers hebben onder andere aanbevolen om een handelingsprotocol te adviseren aan Alifa en haar medewerkers. In het onderzoek wordt beschreven wat erin zou kunnen staan, welke informatie daarbij belangrijk is en hoe dit gebruikt zou kunnen worden. Dit is bruikbare informatie voor de medewerkers van het MBS, die met behulp van deze informatie een product kunnen creëren die hen kan assisteren bij het signaleren van psychische klachten en het begeleiden tot doorverwijzen naar de reguliere GGZ.

Variatie steekproef

Bijna alle casemanagers van het MBS zijn geïnterviewd. Grof gezegd bestond de groep respondenten uit opgeleide betaalde krachten, vrijwilligers, stagiaires en tolken. De opgeleide betaalde krachten leveren hun inbreng op basis van kennis en ervaring, terwijl er tussen de vrijwilligers en stagiaires een breed scala aan mensen bestaat; sommigen hebben veel ervaring met de doelgroep, en sommigen helemaal niet. Dit brengt verschillende invalshoeken met zich mee die bij kunnen dragen aan het onderzoek. De tolken zijn vaak ervaringsdeskundigen; vluchtelingen die naar Nederland zijn gekomen, een verblijfsvergunning hebben gekregen en hun steentje bij willen dragen aan de maatschappij. Deze verschillende achtergronden kunnen verschillende perspectieven met zich meebrengen die aan het onderzoek bij kunnen dragen.

Locatie van het onderzoek

De interviews zijn in de werkomgeving afgenomen van de respondenten. Dit is voor hen een bekende en vertrouwde plek. Op deze manier zijn respondenten eerder geneigd een eerlijk antwoord te geven.

Zwaktes

Weinig respons van GGZ-medewerkers

De onderzoekers hebben digitaal contact gezocht met een groot aantal GGZ-organisaties. Contact is gezocht via info e-mailadressen. Veel organisaties mailen terug en gaven aan geen onderzoek studenten meer aan te nemen, er geen plek voor te hebben of geen tijd en/ruimte te hebben om mee te werken. Uiteindelijk hebben de onderzoekers maar contact kunnen krijgen met vier GGZ- medewerkers.

Literatuur te specifiek

Tijdens het onderzoek is gebleken dat veel informatie die betrekking heeft op statushouders bestaat uit wetenschappelijke artikelen die gericht zijn op een specifiek onderzoek. Voorbeelden zijn bijvoorbeeld wetenschappelijke informatie alleen over

Syrische vluchtelingen, of alleen over minderjarige vluchtelingen. Dit onderzoeken maakt geen onderscheid in afkomst, geslacht of leeftijd. De zoektocht naar wetenschappelijke informatie die gericht was op alle soorten statushouders die in Nederland te vinden zijn was een uitdaging.

Respondenten met gebroken Nederlands

Een aantal respondenten komen niet oorspronkelijk uit Nederland. Door hun gebroken Nederlands liepen de interviews minder feilloos en moest er meer Engels aan te pas komen.

Moeizaam contact met sommige medewerkers

Daar waar de meeste medewerkers goed te bereiken waren en op tijd voor hun afspraken kwamen, waren er een aantal die moeilijk te bereiken waren. Sommigen hadden weinig tijd, en een aantal afspraken moesten meerdere keren verplaats worden door ziekte, iemand die zich verslapen had en iemand die vergeten was dat hij een afspraak had met de onderzoekers.

7.5 DISCUSSIE: 'ETNISCHE MATCHING TUSSEN CLIËNT EN HULPVERLENER IS NIET NOODZAKELIJK'

In de laatste aanbeveling van dit onderzoek, hebben de onderzoekers geadviseerd dat er een nieuw onderzoek gestart wordt naar de interculturele hulpverlening en of hier meer aandacht aan moet worden besteed. Oftewel, is etnische matching hierbij van belang? Etnische matching is te ingewikkeld concept om op nationale schaal te realiseren voor elke 'allochtoon' of vluchteling. Hulpverlening aan allochtonen is moeilijker dan de hulpverlening aan autochtonen. Dit komt omdat er bij allochtonen een andere cultuur komt kijken, een andere taal, achtergrond, kennis en informatie. Dit betekent dat er dan ook een andere benaderingswijze nodig is in de hulpverlening van deze doelgroep; maar dit betekent niet dat voor een Turkse allochtone cliënt, per se een Turkse therapeut van noodzaak is. Alle therapie is intercultureel. Ook binnen autochtonen heb je subculturen. Je kunt te maken krijgen met mensen die strenggelovig zijn, met mensen die op een boerderij zijn opgegroeid of die in de kraker scene zitten. Net zo goed als mensen op het platteland in Oost-Turkije heel anders opgroeien dan mensen in Istanbul (Dijkstra, 2011). Bovendien, niet elke cliënt wil worden geholpen door iemand uit zijn eigen cultuur. Het kan ook te dichtbij komen. Mensen kunnen dan bang zijn dat hun verhaal in de kleine gemeenschap waarin ze leven bekend wordt. Etnische matching kan dus soms zelfs ongewenst zijn.

Allochtonen zijn meer verbonden met hun eigen cultuur, religie, waarden en normen. Maar het is niet alleen de cultuur die de hulpverlening moeilijker maakt. Belangrijker is dat deze mensen ver weg zitten van hun land van herkomst, van hun gewoontes en familie. Bij aankomst in Nederland zullen ze een nieuwe taal moeten leren, leren omgaan met andere waarden en normen, en een andere cultuur. (Digitale sociale kaart, 2012). Waar het in de hulpverlening om moet gaan is dat je je voor een andere cultuur of subcultuur kunt openstellen. In elke therapie moet je empathisch kunnen zijn, op de hoogte zijn van de leefwereld van je cliënt en je kunnen inleven. Ook is het van belang om te weten wat je eigen waarden en normen zijn. Maar je moet je ook bewust zijn van, en eerlijk zijn over je eigen vooroordelen, en durven toegeven als je iets niet weet. (Dijkstra, 2011).

We begrijpen het nut van etnische matching. Bij vluchtelingen, bijvoorbeeld, kan etnische matching erg nuttig zijn, zeker als zij zich bedreigd voelen in een nieuw en onbekend land. Met etnische matching kun je ze net wat meer veiligheid bieden. Ook voor allochtonen die geen Nederlands spreken is etnische matching een uitkomst omdat je dan geen taalbarrière hebt. Toch is er wel een verschil tussen iets 'nuttig' vinden, en iets 'noodzakelijk' achten. Het belangrijkste in een hulpverlener-cliënt relatie is begrip voor de referentiekader van de cliënt en hoe deze zijn/haar gedrag en emoties kan beïnvloeden. Hulpverleners horen opgeleid te zijn in de verschillende culturen en denkwijzen die in Nederland in overvloed zijn, en begrijpen hoe belangrijk inlevingsvermogen is en het aan de kant zetten van je eigen waarden en normen. Bovendien is volledige etnische matching in de Nederlandse samenleving niet realistisch;

men zal moeten leren om in contact met andere culturen te leren hoe zij de beste hulpverlening kunnen bieden, wat de omstandigheden ook mogen wezen.

LITERATUUR

Alifa. (2017). *Alifa*. Geraadpleegd van www.Alifa.nl

Arq psychotrauma expert group. (z.j.). *Arq psychotrauma expert group*. Geraadpleegd van <https://www.arq.org/>

Beenakker-Schelee, G. (2011). Een op herstel gerichte behandeling van vluchtelingen met PTSS. Geraadpleegd van www.venvn-spv.nl

Dagevos, J. & Odé, A. (2016). Gemeenten volop aan de slag met integratie statushouders. Geraadpleegd via www.wbs.nl

Deville, W. (2010). *Diversiteit in de Nederlandse gezondheidszorg: de migrant als klant*. Amsterdam University Press: Amsterdam

Digitale Sociale kaart. (2012). *Interculturele hulpverlening*. Geraadpleegd van <https://www.digitale-sociale-kaart.nl/organisatie/stichting-traject-bemiddeling-allochtonen/interculturele-hulpverlening.html>

Dijkstra, I. (2011). "Etnische matching tussen cliënt en hulpverlener is niet noodzakelijk". *GZ-- Psychologie*, 2011(7), p 50-54.

I-PSY. (z.j.). *Interculturele psychologie*. Geraadpleegd van <https://www.i-psy.nl/>

Keijsers, G.P.J., (2017). *Protocollaire behandelingen voor volwassenen*, Amsterdam, Nederland: Boom uitgevers Amsterdam

Mediant. (z.j.). *Mediant geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd van www.mediant.nl

Migchelbrink, F. (2010). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn* (15e ed.). Amsterdam, Nederland: SWP.

Oudenhove van, M. (2006). *Zorgvuldig signaleren in het maatschappelijk werk*. Geraadpleegd van <http://www.ethesis.net/empowerment/empowerment.pdf>

Verdrag van Geneve. (1951). *Verdrag betreffende de status van vluchtelingen*, Genève, 28-07-1951. Geraadpleegd van <https://wetten.overheid.nl/BWBV0001002/1956-08-01>

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?* (5e ed.). Amsterdam, Nederland: Boom.

Vluchtenwerk. (z.j.). *Vluchtelingen werk Nederland*. Geraadpleegd van www.vluchtelingenwerk.nl

Pharos. (z.j.). *Pharos*. Geraadpleegd van <https://www.pharos.nl/>

Pharos. (z.j.). *Protect vragenlijst*. Geraadpleegd van <https://www.pharos.nl/kennisbank/protect-vragen/>

Zwaanswijk, M., & Verhaak, P. F. M. (2009). *Effectieve kortdurende interventies voor psychische Problemen*. Geraadpleegd van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-interventies-psychische-problemen.pdf>

Gerritsen, A.A.M., Ploeg, H.M. van der, Devillé, W., Lamkaddem, M. (2005), "*Gevlucht - gezond?*": een onderzoek naar de gezondheid van, en het zorggebruik door asielzoekers en vluchtelingen in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2005

Johnson, H., & Thompson, A. (2008). *The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review*. Clinical Psychology Review. Volume 28 editie 1. p. 36-47.

BIJLAGE 1 LIJST MEDEWERKERS

e-mail	Datum interview
- R.kisso@alifa.nl - N.Unal@alifa.nl - M. Badawi@Alifa.nl	Donderdag 23 november 10.00 11.00 12.00
- A.ortega@alifa.nl - B.wesseling@alifa.nl - S.dere@alifa.nl - D.Turk@alifa.nl - J.Lefferts@alifa.nl	Maandag 27 november 12.00 13.00 14.00 Woensdag 29 november 11.00 12.00
- E.braam@alifa.nl - I.stobbe@alifa.nl	Donderdag 30 november 10.00 11.00
- D.Kourie@alifa.nl - R.Voets@alifa.nl - A.eggen@alifa.nl	Maandag 4 december 11.00 14.00 15.00
- H.vanlier@alifa.nl - P.Aynitigray@alifa.nl - D.dewinder@alifa.nl	Donderdag 7 december 11.00 12.00 13.00

BIJLAGE 2 ENQUÊTE

Beste Respondent,

Graag willen wij u uitnodigen om mee te doen aan ons onderzoek. Wij zijn Nawal Bouamoud en Insaf Maassoumi, twee vierdejaars studenten Sociaal Pedagogisch Hulpverlening aan het Saxion, hier in Enschede. Momenteel zijn wij aan het afstuderen. Onze opdrachtgever Alifa, uw werkgever, heeft ons de opdracht gegeven om onderzoek te doen naar hoe werknemers binnen dit project kenmerken van Posttraumatische Stres stoornis (PTSS) en depressieve stoornissen kunnen signaleren, en hoe de medewerkers deze cliënten dan doorverwijzen.

De hoofdvraag van ons onderzoek luidt: ‘Op welke wijze kunnen medewerkers van Alifa binnen het project Maatschappelijke Begeleiding Statushouders (MBS) Alifa kenmerken van psychische stoornissen (PTSS en Depressieve stoornis) bij statushouders signaleren, en doorverwijzen naar de juiste GGZ-organisatie?’. Om antwoord te kunnen geven op deze vraag, willen wij graag met jullie in gesprek.

De onderzoeksopzet is als volgt: we hebben ieder van jullie een half uur voor het interview een document meegegeven met een aantal enquêtevragen. Deze vragen dienen als een voorbereiding op het interview dat wij daarna met u zullen gaan houden. De enquêtelijst bestaat uit een tiental vragen. Dit kunnen ja/nee vragen zijn, maar ook schaalvragen, waar u antwoord moet geven met een cijfer tussen de een en tien. De schaal ziet er als volgt uit:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Zeër

Zeër

Onbelangrijk

Belangrijk

Aan de hand van de informatie uit de ingevulde enquête willen we graag met in u gesprek. We zullen er allebei aanwezig zijn, maar u zal met maar een van ons in gesprek zijn. De ander bevindt zich op de achtergrond en maakt aantekeningen van het gesprek. Het interview zal niet langer duren dan drie kwartier. Om ervoor te zorgen dat de uitkomsten zo betrouwbaar mogelijk blijven, zal een audio opname gemaakt worden. De resultaten zullen geheel anoniem verwerkt worden. Na afloop van het interview kunnen de antwoorden gecontroleerd worden door u zelf.

Graag vragen we van jullie om deze brief te ondertekenen,

Naam respondent:

Handtekening:

Voor meer informatie of vragen, kan je contact opnemen met Nawal Bouamoud, tel: 0640031312

NAAM:

FUNCTIE:

DATUM:

DEEL 1: SCHAALVRAGEN

1. Hoe hoog schat je jouw kennis in over Posttraumatische stressstoornis?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Helemaal Heel

Geen kennis veel kennis

2. Hoe hoog schat je jouw kennis in over depressieve stoornissen?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Helemaal Heel

Geen kennis veel kennis

3. In hoeverre vindt je het voor jouw belangrijk om hier kennis van te hebben?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Zeer Zeer

Onbelangrijk belangrijk

4. Het woordenboek beschrijft signaleren als het opmerken van bepaalde gedagspatronen bij personen. Als het dus gaat om het signaleren van PTSS, betekent dat jij als medewerker bepaalde symptomen van PTSS bij cliënten kan herkennen in gesprekken die je met hen voert. Een vorm van signaleren, is het opmerken van deze symptomen in de lichaamstaal terwijl je met een cliënt in gesprek bent. Met het oog op dit voorbeeld; als je jezelf een cijfer moest geven, hoe veel aandacht besteed je aan het signaleren van kenmerken van PTSS en depressie tijdens contactmomenten met cliënten?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Geen Heel veel

5. Hoe hoog schat je het belang in van het observeren en signaleren van kenmerken van PTSS en depressies bij cliënten?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Zeer onbelangrijk Zeer belangrijk

6. Hoe moeilijk vind je het om in te schatten of er sprake is van psychische problematiek bij je cliënt?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Heel moeilijk makkelijk moeilijk

DEEL 2: JA/NEE VRAGEN

1. Vind je dat er binnen jouw team genoeg kennis is over PTSS?

JA NEE

2. Vind je dat er binnen jouw team genoeg kennis is over depressieve stoornissen?

JA NEE

3. Bestaat er binnen Alifa een handelingsprotocol gericht op cliënten die psychische klachten vertonen?

JA NEE

4. Wanneer je als medewerker denkt signalen te hebben opgepikt van PTSS en/of depressie, kies je er als casemanager voor om je cliënt door te verwijzen. Komt dit vaak voor in je werk?

JA NEE

5. Weet je hoe en wanneer je een cliënt moet doorverwijzen als zij kenmerken van PTSS of depressieve stoornissen vertonen?

JA NEE

6. Ervaart u wel eens handelingsverlegenheid als u denkt te maken te hebben met een cliënt die eventueel psychische klachten vertoont?

JA NEE

7. Ervaart u weleens handelingsverlegenheid met betrekking tot signaleren?

JA NEE

8. Ervaart u weleens handelingsverlegenheid met betrekking tot doorverwijzen?

JA NEE

BIJLAGE 3 VRAGEN INTERVIEWS

NAAM:

FUNCTIE: VRIJWILLIGER/Stagiair/medewerker

U gaf uzelf (cijfer) met betrekking tot uw kennis van PTSS en Depressieve stoornissen? Waarom heeft u uzelf dit cijfer gegeven?

Kunt u ons kort beschrijven welke informatie u hier al over bezit?

Wat zou u graag nog willen leren over deze ziektebeelden?

Waarom is het voor uw gevoel zo (on)belangrijk om hier veel kennis over te hebben?

De begeleiding die u aan cliënten biedt is overwegend praktisch. In gesprekken met cliënten, besteedt u ook aandacht aan de emotionele toestand van de cliënt? Denk hierbij aan lichaamstaal, intonatie, stemvolume etc.

Is het u aan de hand van de korte informatie in de enquête duidelijk wat signaleren inhoudt?

Waarom is het denkt u zo, dat u er wel/niet zoveel aandacht aan besteedt?

Kunt u een voorbeeld geven met een situatie waarin u ooit met signalering van kenmerken van PTSS of depressie te maken heeft gehad?

U gaf aan het redelijk moeilijk/makkelijk te vinden om in te schatten wanneer er sprake is van psychische klachten bij je cliënt. Wat maakt dat u uzelf dit cijfer hebt gegeven? Waar let u op als u met een cliënt in gesprek bent?

Wat zijn de stappen die u kunt overwegen als u merkt dat een cliënt een aantal kenmerken vertoont van PTSS of depressieve stoornis? —

We hebben u wat informatie gegeven over signaleren in de enquête die u heeft ingevuld. Wat kunt u op basis daarvan nog vertellen over wat signaleren inhoudt?

U gaf uzelf een (cijfer) wat betreft hoeveel u denkt bezig te zijn met signaleren tijdens uw werkzaamheden. *Bij een hoger cijfer vragen hoe dit eruit ziet, bij een laag cijfer vragen hoe zij denken dat dit komt.*

Wat denkt u nodig te hebben om het signaleren van kenmerken van PTSS en depressie bij statushouders wat makkelijker te maken?

Naast het signaleren van kenmerken van PTSS of depressie, heeft u als casemanager ook te maken met het eventueel doorverwijzen van uw cliënt(en). U gaf aan dat dit vaak/weinig voorkomt. Waarom denkt u dat dit zo is?

Wat is er voor u voor nodig om het besluit te nemen om uw cliënt door te verwijzen? Wat moet er volgens u gebeuren om doorverwijzing naar de reguliere GZZ adequater te laten verlopen?

BIJLAGE 4 GGZ VRAGENLIJST

FUNCTIE: (basis)psycholoog

DATUM:

Kunt u kort beschrijven welke functie u bekleedt binnen uw organisatie?

Kunt u kort beschrijven hoe u vormgeeft aan uw behandeling?

Maakt u gebruik van signaleringsplannen/methodes of bepaalde instrumenten om te meten of er sprake is van psychische problematiek bij een cliënt?

In hoeverre is het werken met vluchtelingen/statushouders anders dan het werken met allochtone en autochtone Nederlandse cliënten?

Wat zijn de grootste obstakels die u tegenkomt tijdens het behandelen van vluchtelingen/statushouders?

In uw werk met vluchtelingen/statushouders, hoe vaak denkt u de diagnose PTSS of depressieve stoornissen te hebben gesteld? (U kan deze vraag beantwoord met een percentage)

Hoe kunt u herkennen dat er (mogelijk) sprake is van PTSS en/of depressieve stoornissen bij uw cliënten?

Alifa is een organisatie die praktische hulp biedt aan de statushouders die zij begeleiden. Dit betekent dat zij zichzelf niet zien als hulpverleners; en over het algemeen zijn de casemanagers die direct met hun cliënten te maken hebben niet (genoeg) geschoold zijn in het signaleren van psychische klachten. In het geval van dit onderzoek, ligt de focus ook op PTSS en depressie. Met het oog op deze informatie, wat denkt u dat belangrijk is voor (on)geschoolde stagiaires en vrijwilligers met een variërende hoeveelheid ervaring om te weten over deze ziektebeelden?

En wat denkt u dat belangrijk is voor (on)geschoolde stagiaires en vrijwilligers om op te letten in contact met statushouders die mogelijk symptomen vertonen van PTSS of depressie?

Vanuit waar worden cliënten over het algemeen naar uw organisatie doorverwezen? Hoe verloopt dit proces?

Welke voorwaarden stelt u (of uw organisatie) om na doorverwijzing ervoor te kiezen iemand in behandeling te nemen?

Heeft u contacten/ervaring met maatschappelijke organisaties die praktische vormen van dienstverlening bieden?

Welke adviezen kunt u aandragen aan medewerkers van Alifa die kenbaar maken moeite te hebben met het signaleren van PTSS en depressie wegens gebrek aan kennis, en hierdoor aangeven niet adequaat door kunnen verwijzen naar de reguliere GGZ?

BIJLAGE 5 RESULTATEN ENQUÊTE

Kennis PTSS en depressieve stoornissen

Wie	Aantal (N)	Kennis PTSS (X)	Kennis depressie (X)
Stagiaires	6	5,5	5,8
Vrijwilligers	7	4,4	5
Medewerkers	3	4,6	3,6

Belang van kennis

Wie	Aantal	Belang van kennis (X)
Stagiaires	6	8
Vrijwilligers	7	8
Medewerkers	3	7

Moeilijk in te schatten van psychische problematiek

Wie	Aantal	Inschatten psychische problematiek (x)
Stagiaires	6	5,5
Vrijwilligers	7	7,1
Medewerkers	3	6

Genoeg kennis binnen het team van PTSS	Aantal	Ja	Nee
---	--------	----	-----

Stagiaires	6	-	6
------------	---	---	---

Vrijwilligers	7	-	7
---------------	---	---	---

Medewerkers	3	-	3
-------------	---	---	---

Genoeg kennis binnen het team van Depressieve stoornissen	Aantal	Ja	Nee
--	--------	----	-----

Stagiaires	6	-	6
------------	---	---	---

Vrijwilligers	7	-	7
---------------	---	---	---

Medewerkers	3	-	3
-------------	---	---	---

Bestaat er een handelingsprotocol binnen Alifa?	Aantal	Ja	Nee
--	--------	----	-----

Stagiaires	6	-	6
------------	---	---	---

Vrijwilligers	7	1	6
---------------	---	---	---

Medewerkers	3	1	2
-------------	---	---	---

Vaak doorverwijzen	Aantal	Ja	Nee
Stagiaires	6	2	4
Vrijwilligers	7	4	3
Medewerkers	3	1	2

Weten hoe en wanneer doorverwijzen	Aantal	Ja	Nee
Stagiaires	6	1	5
Vrijwilligers	7	4	3
Medewerkers	3	3	-

Handelingsverleg eenheid m.b.t. psychische klachten	Aantal	Ja	Nee
Stagiaires	6	3	3
Vrijwilligers	7	4	3
Medewerkers	3	-	3

Handelingsverleg enheid m.b.t. signaleren	Aantal	Ja	Nee
Stagiaires	6	3	3
Vrijwilligers	7	4	3
Medewerkers	3	-	3

Handelingsverleg enheid m.b.t. doorverwijzen	Aantal	Ja	Nee
Stagiaires	6	3	3
Vrijwilligers	7	4	3
Medewerkers	3	-	3