

Psychosociale ondersteuning van statushouders in Dordrecht

Rapportage van een inventarisatie onder ketenpartners en statushouders in gemeente Dordrecht

Colofon

© ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum

In samenwerking met Gemeente Dordrecht

Gefinancierd door Gieskes-Strijbis Fonds



Verantwoordelijke uitvoerenden: ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, gemeente Dordrecht



Auteur:

Larissa van Beek, coördinator ARQ Kenniscentrum Migratie

Diemen, oktober 2019

Inhoud

Inleiding	4
1. Theoretisch kader: psychische gezondheid van statushouders	4
1.1. Psychische gezondheid van statushouders.....	5
1.2. Syriërs in Nederland.....	6
1.3. Eritreeërs in Nederland.....	7
1.4. Passende psychische hulp.....	8
1.5. Blokkades	8
1.6. Statushouders in gemeenten.....	10
2. Statushouders in Dordrecht	13
2.1 Aandachtspunten preventieve zorg.....	13
2.2 Steekproef onder 100 Dordtse statushouders tussen 2016 en 2017	14
3. Uitkomsten interviews met stakeholders in Dordrecht	19
3.1 Signaleren psychosociale problemen bij statushouders.....	19
3.2 Doorverwijzing naar GGZ	24
3.3 Monitoring	27
3.4 Deskundigheidsbevordering	28
3.5 Samenwerking.....	30
3.6 Verbeterpunten	33
4. Uitkomsten interviews met statushouders in Dordrecht	36
4.1 Syrische statushouders	36
4.2 Eritrese statushouders	38
5. Conclusies en aanbevelingen	41
5.1 Conclusies psychosociale problemen Dordtse statushouders.....	41
5.2 Aanbevelingen	42
5.2.1. Een integrale visie en aanpak	44
5.2.2. Samenwerking: goed afstemmen, vorm een MDO	46
5.2.3. Monitoring en aandachtsfunctionarissen.....	47
5.2.4. Communicatie met laagtaalvaardigen.....	48
5.2.5. Opleiden en inzetten van sleutelpersonen	49
5.2.6. Persoonlijke begeleiding.....	50
5.2.7 Inzet van (taal)maatjes.....	51
5.2.8. Outreachend werken	51
5.2.9. Preventie en voorlichting.....	52

5.2.10 Deskundigheidsbevordering	53
5.2.11 Zorgaanbod in Dordrecht optimaliseren	54
5.2.12. Sociale kaart.....	55
5.2.13. Signaleringsinstrument	55
5.2.14. Praktische zaken	55
5.3. Landelijke knelpunten.....	56
5.3.1. Tolkenvergoeding.....	56
5.3.2. Huisartsen	57
5.3.3. Gemeenten	58
Bijlage 1: Lijst stakeholders die geïnterviewd zijn	59
Bijlage 2: Literatuurlijst	60
Bijlage 3: Meer informatie over statushouders, gezondheid en GGZ-problematiek.....	61

Inleiding

ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum is een groep van instellingen en organisaties die zich bezighoudt met de gevolgen van schokkende gebeurtenissen en psychotrauma. Sinds begin 2017 is ARQ gestart met het ARQ Kenniscentrum Migratie, die dit project coördineert. De partners in ARQ bundelen krachten voor optimale psychosociale ondersteuning van vluchtelingen, (ex-) asielzoekers en migranten. Om dit doel te bereiken richt het kenniscentrum zich specifiek op het verbeteren van de kwaliteit en samenhang van de zorgketen, de inzet van preventieve interventies en vroegsignalering van psychische klachten en het optimaliseren van effectieve zorg.

Vanuit de expertise van ARQ, is het project “Psychosociale ondersteuning statushouders” ontwikkeld wat gefinancierd wordt door Gieskes-Strijbis Fonds. Doel van dit vierjarige project is het neerzetten van een goede psychosociale zorgstructuur voor statushouders in gemeenten. Dat doen we door het opzetten van lokale praktijksituaties (proeftuinen) in gemeente Dordrecht en gemeente Haarlem/Zandvoort. Hier ontwikkelen we best practices die met andere gemeenten gedeeld worden. De belangrijkste pijlers van het project zijn het ontwikkelen van een sociale kaart, kennisbevordering, vroegsignalering & monitoring en preventieve interventies.

Een onderdeel van dit project is om tot een effectief passend psychosociaal hulpaanbod voor statushouders te komen. Om dat te bereiken is een globaal overzicht nodig van aanwezige psychosociale hulpvragen die statushouders in Dordrecht hebben. Om deze te achterhalen zijn 13 professionals geïnterviewd, allen werkzaam bij relevante lokale organisaties in Dordrecht die psychosociale problemen bij statushouders signaleren. Ook zijn er diepte-interviews afgenomen met 5 statushouders met een Syrische achtergrond en 5 Eritrese statushouders uit Dordrecht om behoeften te peilen en aannames te checken.

Doel van deze interviews is om een globaal overzicht te krijgen van aanwezige psychosociale hulpvragen die statushouders in Dordrecht hebben. De focus ligt op Syrische en Eritrese statushouders, omdat we slechts een kleine groep kunnen interviewen gezien de beperkte middelen en aangezien een groot deel van de statushouders uit Syrië en Eritrea komt. De resultaten van de interviews zijn beschreven in dit rapport. De klankbordgroep zal de resultaten van dit rapport bespreken en aanvullingen doen waar nodig.

In dit document geven we allereerst een toelichting op de context (de doelgroep, gemeenten en de problematiek), en wordt beschreven wat in de literatuur bekend is over de psychosociale hulpvragen van statushouders. Vervolgens zullen de uitkomsten van de interviews met stakeholders en statushouders in Dordrecht beschreven worden.

Tot slot volgen conclusies welke hulpvragen statushouders in Dordrecht hebben en waar knelpunten liggen die een passende, effectief psychosociaal hulpaanbod in de weg staan. Er zal advies geformuleerd worden hoe deze knelpunten opgelost kunnen worden.

1. Theoretisch kader: psychische gezondheid van statushouders

De signalering van psychische klachten bij vluchtelingen en toeleiding naar passende zorg is al jaren een erkend probleem in de gemeenten en bij de betrokkenen in de GGZ-keten.

Uit divers onderzoek komt naar voren dat om de psychische gezondheid te versterken het accent moet liggen op preventie, gericht op de specifieke gezondheidsrisico's van deze groep. Daarbij is vroege signalering van groot belang, net als actieve betrokkenheid van vluchtelingen zelf, een persoonsgerichte en cultuursensitieve benadering en een duidelijke

regierol hierop. Investering hierin betaalt zich later terug, doordat voorkomen wordt dat mensen zwaardere en duurdere zorg nodig hebben (van Berkum e.a. 2016¹).

Dat psychosociale ondersteuning van vluchtelingen bijdraagt aan vroegsignalering van ernstigere problematiek, de veerkracht versterkt van vluchtelingen zodat zij zelf beter in staat zijn om problemen op te lossen en dat dit het participatieproces bevordert staat buiten kijf.

Tegelijkertijd zien we ook dat de context in de gemeentes zeer complex is en dat oplossingen niet simpel zijn. Deze impasse willen we aanpakken met een meerjarig project waarbij we de inzet van psychosociale ondersteuning centraal stellen, omdat daar een wereld te winnen is. Het is onze ambitie om psychosociale ondersteuning vast onderdeel te maken van de zorgstructuur voor statushouders in gemeenten. Gemeente Dordrecht is één van de twee proeftuin gemeenten waar dit project wordt geïmplementeerd.

1.1. Psychische gezondheid van statushouders

In het Vluchtelingenverdrag werd door de Verenigde Naties de volgende definitie geformuleerd van een vluchteling:

“Elke persoon die uit gegronde vrees voor vervolging wegens zijn ras, godsdienst, nationaliteit, het behoren tot een bepaalde sociale groep of zijn politieke overtuiging, zich bevindt buiten het land waarvan hij de nationaliteit bezit, en die de bescherming van dat land niet kan of, uit hoofde van bovenbedoelde vrees, niet wil inroepen, of die, indien hij geen nationaliteit bezit en ten gevolge van bovenbedoelde gebeurtenissen verblijft buiten het land waar hij vroeger zijn gewone verblijfplaats had, daarheen niet kan of, uit hoofde van bovenbedoelde vrees, niet wil terugkeren. Indien een persoon meer dan één nationaliteit bezit, betekent de term „het land waarvan hij de nationaliteit bezit” elk van de landen waarvan hij de nationaliteit bezit. Een persoon wordt niet geacht van de bescherming van het land waarvan hij de nationaliteit bezit, verstoken te zijn, indien hij, zonder geldige redenen ingegeven door gegronde vrees, de bescherming van één van de landen waarvan hij de nationaliteit bezit, niet inroept”

Al sinds jaar en dag biedt Nederland asiel aan mensen die vluchten. Mensen krijgen asiel wanneer ze risico lopen op marteling, onmenselijke of vernederende straf. Ook als de situatie in een land niet voldoende veilig is, kan een persoon asiel krijgen. Bijvoorbeeld als er oorlog is. Willen of kunnen de autoriteiten van een land de eigen bevolking niet beschermen? Dan kunnen inwoners van dat land bescherming vragen in Nederland.

Ervaringen in het land van herkomst, de reis en de huidige situatie met vaak ook veel stressoren maken dat statushouders een verhoogde kans hebben op psychische klachten.

Vluchtelingen hebben een hoger risico op de ontwikkeling van psychische klachten/stoornissen. Het percentage posttraumatische-stressstoornissen (PTSS) en depressie ligt fors hoger dan de gemiddelde inwoner van Nederland. Uit onderzoek blijkt dat 13 – 25 % van de asielzoekers/statushouders kampt met depressie en/of PTSS (dit is uitkomst van een meta-analyse van vóór hoge instroom 2015, percentages naar verwachting hoger vanwege toename oorlogsslachtoffers Syrië). Er is sprake van een nog hoger percentage als ook andere psychische problematiek (o.a. angst) wordt meegenomen. Ter vergelijking: gemiddeld heeft 3-6% van de Nederlanders PTSS en/of depressie (Ikram en Stronks 2016).

Vluchtelingen aan wie een verblijfsvergunning wordt toegekend worden ook 'statushouders' genoemd. In dit project richten we ons op de groep statushouders die vanaf 2015 in Nederland is komen wonen, omdat toen een hoge instroom van vluchtelingen naar ons land kwam. De meeste statushouders in Nederland op dit moment zijn afkomstig uit Syrië en Eritrea. Het Sociaal Cultureel Planbureau heeft daarom onderzoek gedaan onder deze twee groepen. Op dit moment (juni 2019) komen er ook statushouders uit andere landen zoals Turkije, Iran en Afghanistan in gemeenten wonen. Zij hebben soms andere motieven om te vluchten en ook de talen die zij spreken zijn divers. Gezien de grote aantallen Syrische en Eritrese statushouders die momenteel al in Dordrecht wonen, gaan we wat dieper in op deze groepen en hebben we er voor gekozen om hen te interviewen. De aanbevelingen die gedaan worden, zijn echter ook voor statushouders afkomstig uit andere landen van toepassing.

1.2. Syriërs in Nederland

Syriërs zijn verreweg de grootste groep statushouders die in de afgelopen jaren in Nederland zijn komen wonen. In totaal hebben tussen 1 januari 2014 en 1 juli 2016 bijna 70.000 personen een status gekregen. Twee derde van hen (44.000) zijn Syriërs. Het Sociaal en Cultureel Planbureau heeft Syrische statushouders van 15 jaar en ouder via een survey uitgebreid bevraagd over hun leven in Nederland, de redenen om naar Nederland te komen en de vlucht.

Uit dit recente, grootschalige onderzoek (SCP, juni 2018, "Syriërs in Nederland") waarmee 3.209 Syriërs bereikt zijn, blijkt dat 41% van de Syriërs psychische problemen ervaart. Hieronder volgt een citaat uit het rapport: "Uit onderzoek onder vluchtelingengroepen die eerder naar Nederland zijn gekomen, weten we dat psychische problemen vaak voorkomen. Onder Syriërs is dit ook het geval. Met behulp van vijf vragen over de gemoedstoestand in de afgelopen vier weken is een maat voor psychische gezondheid vastgesteld. Deze maat, die ook in ander onderzoek wordt gebruikt, wijst uit dat 41% van de Syriërs in dit onderzoek als psychisch ongezond kan worden aangemerkt. Ze zijn bijvoorbeeld vaak zenuwachtig, somber en neerslachtig. Uit onderzoek onder de bevolking in Nederland komt een aandeel naar voren dat lager is dan 15%. Gezien de hoge prevalentie van psychische problematiek onder Syrische statushouders is het opmerkelijk dat relatief weinig Syriërs (7%) contact hadden met een psychiater of psycholoog (de algemene bevolking gaat 10-14% naar psycholoog of psychiater.)".

Uit dit grootschalige onderzoek onder Syrische statushouders komt helder naar voren hoe belangrijk het is om te zorgen voor goede psychosociale ondersteuning van statushouders en dat er nu nog een groot gat zit tussen het feit dat een omvangrijk deel van de statushouders psychisch ongezond is, maar dat slechts weinigen psychische hulp ontvangen. Dit geldt niet alleen voor Syriërs, maar ook voor andere groepen statushouders.

Psychiater dhr. de Jong reageert in een Volkskrant artikel op het rapport, waarin hij aangeeft wat volgens hem de belemmeringen zijn waardoor de Syrische vluchtelingen in Nederland niet de benodigde psychische hulp ontvangen. Hij stelt: "*Asielzoekers worden vaak overgeplaatst. Overplaatsing verstoort een gevoel van veiligheid en hechting: één overplaatsing verdubbelt de psychische problemen bij jonge vluchtelingen, zo blijkt uit onderzoek. Bovendien vindt de staf in het asielzoekerscentrum het moeilijk om psychosociale problemen te herkennen. (...) Statushouders voelen er weinig voor om naar de GGZ doorverwezen te worden. Omdat in Syrië zelf alleen ernstige psychiatrische stoornissen behandeld worden, rust er een taboe op hulp voor psychische problemen, en als je met je huisarts, familie of vrienden kan praten, waarom zou je dan een psycholoog bezoeken voor een behandeling waar je geen voorstelling van hebt? Als de huisarts psychosociale hulp zou willen verlenen, is het een hele klus om te begrijpen waaraan de*

vluchteling lijdt. Het merendeel van de Syrische vluchtelingen is laag tot middelbaar opgeleid en is vaak niet bekend met begrippen als depressie of trauma. (...) Als het al lukt hier samen uit te komen, zijn de meeste psychologische behandelingen te complex voor een huisarts of eerste lijnspsycholoog. (...) Maar bij vluchtelingen herkent de huisarts maar één op de zes mensen met psychische problemen. En stuurt zij van degenen die zij signaleert er maar bij één op de negen naar de GGZ.

Stel dat er vervolgens plaats is bij de ambulante GGZ, zonder demotiverende wachtlijst, en de vluchteling is schoorvoetend aangeland. Dan hoopt hij daar een 'psy' te vinden die met cultuurverschil kan omgaan. In de psychiatrie en de medische faculteiten is training in culturele competentie onderdeel van de opleiding, maar in de psychologieopleiding is er nog steeds weinig aandacht voor. En stel nu dat de vluchteling een geschikte praktijkondersteuner, psycholoog of psychiater vindt, dan is er nog een ander obstakel. In therapie wordt verwacht dat hij zijn emoties kan verwoorden, of dat hij bijv. de spanningen in het gezin die na de gezinshereniging zijn ontstaan, met zijn therapeut deelt. Dat is voor veel vluchtelingen een brug te ver. Kortom, het is heel goed te begrijpen waarom maar acht procent van de volwassen vluchtelingen psychische hulp ontvangt, een cijfer dat overigens de afgelopen twintig jaar even zorgelijk als stabiel is." (Volkskrant, 13 juni 2018)

Bovenstaand citaat laat zien dat dit project om de psychosociale ondersteuning van statushouders te verbeteren nodig is, enerzijds om het taboe te doorbreken bij statushouders om de stap naar psychische hulp te zetten en anderzijds om het GGZ zorgaanbod toegankelijk te maken voor deze doelgroep.

1.3. Eritreeërs in Nederland

Het SCP heeft een kleinschalig, kwalitatief onderzoek gedaan onder Eritrese statushouders die recentelijk als asielzoeker in Nederland zijn komen wonen. (Bron: Sociaal en Cultureel Planbureau, november 2018, "Eritrese statushouders in Nederland. Een kwalitatief onderzoek over de vlucht en hun leven in Nederland."). Er zijn diepte-interviews gehouden en op deze manier is in beeld gebracht waarom ze vanuit Eritrea zijn gevlucht, wat ze tijdens die vlucht hebben meegemaakt en hoe hun leven in Nederland eruitziet. Er is gesproken met 26 Eritrese statushouders zelf en met 22 experts, die beroepsmatig of door hun betrokkenheid zicht hebben op de Eritrese groep. Het onderzoek heeft betrekking op meerderjarige statushouders. Het vraagstuk van alleenstaande minderjarige vluchtelingen uit Eritrea blijft in dit onderzoek dus buitenbeschouwing.

Na Syriërs hebben Eritreeërs in de afgelopen jaren het vaakst asiel aangevraagd in Nederland. Tussen 2014 en de eerste helft van 2017 werd tussen de 10 en 15% van de asielaanvragen door Eritreeërs gedaan. Daarbij gaat het om ongeveer 17.000 personen. Bijna alle eerste asielaanvragen van Eritreeërs worden toegekend. Een groot deel van de Eritreeërs is alleen naar Nederland gekomen, maar de laatste jaren neemt het aandeel nareizigers sterk toe.

Over deze Eritrese statushouders is nog niet zoveel bekend. Het onderzoek laat zien waarom ze naar Nederland zijn gekomen, welke vaak traumatische ervaringen ze hebben opgedaan gedurende hun vlucht en hoe hun leven er tijdens de eerste jaren in Nederland uitziet. Voor een indruk van de ervaringen van Eritreeërs van hun onderdrukte leven in Eritrea en de gevaarlijke vlucht naar Europa, wordt verwezen naar het rapport van SCP, dat gratis te downloaden is.

Het blijkt dat veel Eritrese statushouders moeite hebben om in Nederland hun weg te vinden. Dit land is op bijna alle onderdelen anders dan wat ze in Eritrea gewend waren. De

vlucht laat zijn sporen na en het proces van gezinshereniging kost veel tijd en energie. Nederlands leren is moeilijk en contacten met anderen dan Eritreeërs zijn schaars. Nog maar weinig Eritreeërs zijn aan het werk of daarnaar op zoek. Uit het onderzoek rijst dus een tamelijk somber beeld op. Het ondersteunt tegelijkertijd het belang van een op deze groep gerichte aanpak.

Gezien wat de Eritrese statushouders allemaal hebben meegemaakt tijdens hun vlucht is het niet verwonderlijk dat er zorgen zijn over de psychische en fysieke gezondheid van deze groep. Ook het leven in Nederland is stressvol. Het is bekend dat asielmigranten vaak kampen met geestelijke gezondheidsklachten (Gezondheidsraad2016; Uiters en Wijga 2018). Diverse van de door ons geraadpleegde experts wijzen erop dat dit ook bij de Eritrese statushouders het geval is. Om een goed beeld te krijgen van de omvang van de geestelijke gezondheidsproblematiek is echter kwantitatief onderzoek nodig.

Uit de interviews blijkt op dat er een aanzienlijke kloof bestaat tussen de Eritrese statushouders en de zorg. Dat heeft soms een financiële achtergrond; men stopt of begint niet met een behandeling vanwege de kosten. Ook communicatieproblemen spelen een rol. De taal is een belangrijke barrière die een goede uitleg van de klachten in de weg staat. Informatie komt niet altijd over.

1.4. Passende psychische hulp

De kans op herstel van psychische klachten is groot, als statushouders tijdig de juiste hulp krijgen. Dit is belangrijk, omdat psychische klachten niet alleen doorwerken in het persoonlijk leven van iemand, maar ook op maatschappelijk gebied. Psychische problemen kunnen zorgen voor hoge medische-, arbeids- en verzuimkosten. Wanneer statushouders psychische klachten hebben, dan is het voor hen lastig om de Nederlandse taal te leren en moeilijk om de stap naar werk te zetten. Iemand met PTSS die herbelevingen en nachtmerries heeft, zal overdag zo moe zijn, dat hij zich nauwelijks kan concentreren. Als een statushouder depressief is en zichzelf isoleert, dan is er geen sprake van (arbeids)participatie.

Het goed beheersen van de taal is een noodzakelijke voorwaarde bij veel GGZ behandelingen. Praten over gevoelige zaken (traumatische ervaringen) die veel pijn en emoties oproepen, kan alleen als je een taal goed beheerst. Het laten vertalen door een familielid of een kennis is vaak geen optie voor de statushouders wanneer het gaat om psychische problematiek. Het gebruiken van een familielid of kennis als tolk wordt ook in de kwaliteitsnorm ontraden (zie:<https://www.pharos.nl/kennisbank/kwaliteitsnorm-tolkgebruik-bij-anderstaligen/>) .

Wanneer taal een obstakel is voor goede hulpverlening, is een tolk onontbeerlijk. Financiering van tolken voor statushouders wordt echter niet vergoed, sinds de tolkenvergoeding is afgeschaft in 2012.

De signalering van psychische klachten en toeleiding naar passende zorg is al jaren een erkend probleem in de gemeenten en bij de betrokkenen in de GGZ-keten. In de volgende paragraaf worden blokkades beschreven die een rol spelen, waardoor signalering en doorverwijzing naar passende zorg stroef verloopt.

1.5. Blokkades

Er zijn diverse blokkades waardoor statushouders die psychische problemen hebben niet (tijdig) psychische hulp ontvangen. Factoren die bijdragen aan het feit dat veel statushouders niet tijdig gebruik maken van de GGZ in Nederland zijn er aan beide kanten.

Aan de **gebruikerskant** speelt bij statushouders *het stigma en de schaamte*. Zij hebben veelal een andere visie op klachten. Tevens speelt *onbekendheid met het Nederlandse zorgsysteem* een rol, evenals als de *communicatie barrières* indien een statushouder onvoldoende de Nederlandse taal beheerst en niet gewoon is met de in Nederland gangbare directe manier van communiceren.

Bij veel vluchtelingen rust er *een taboe* op het bespreekbaar maken van hun psychische problemen. Redenen hiervoor zijn onder andere cultuurverschillen en de grote verschillen tussen het zorgsysteem in Nederland en in herkomstlanden (in de meeste herkomstlanden zijn er nauwelijks psychologen). Veel vluchtelingen gaan naar de huisarts met fysieke klachten, terwijl de oorzaak van hun pijn soms ook op psychisch vlak ligt. Zij benoemen de psychische problemen meestal niet met “psychologisch jargon” in een gesprek met de huisarts of andere hulpverleners.

Factoren die aan de **aanbiederskant** bijdragen aan dit probleem, zijn (naast het eerder genoemde probleem dat de *tolkenvergoeding is afgeschaft en de kosten voor een tolk vaak niet door een instelling gedragen worden*) o.a. het *hanteren van een ‘onesize fits all’ benadering, gebrekkige culturele competenties* bij behandelaren (communicatie, diagnostiek, aanpassing van behandelingen op basis van achtergrond en context van patiënt, etc.). Vaak spelen er bij behandelaren gevoelens van onmacht m.b.t. de veelheid aan problematiek.

Tussen de obstakels die bij aan de gebruikerskant en aanbiederskant in staan, zijn er obstakels die samenhangen met **de toeleiding**. Hieronder valt dat professionals en vrijwilligers die werken met statushouders, *de juiste kennis moeten hebben om adequaat psychische problemen te signaleren*. De professionals hebben daarnaast *vaardigheden nodig, waardoor zij het vertrouwen winnen* en in staat zijn om de psychische problemen bespreekbaar kunnen maken (ondanks het taboe). Het is daarom belangrijk dat professionals (zorg professionals, ambtenaren, docenten etc) en vrijwilligers die veel werken met vluchtelingen, getraind worden in het leren herkennen van psychische problemen, zodat zij tijdig kunnen signaleren als er hulp nodig is. En professionals hebben cultuursensitieve gesprekstechnieken nodig, waarmee ze het vertrouwen winnen, waardoor statushouders de stap naar psychische zorg durven zetten. Ook is het nodig dat professionals die toeleiden naar passende zorg zicht hebben op welke passende zorg aanwezig is voor statushouders in hun regio.

Daarbij dient zich een volgend obstakel aan: er zijn *te weinig 1ste en 2de lijns GGZ professionals* die statushouders cultuursensitieve zorg kunnen bieden (Beek 2017, p. 8). Ook is een obstakel dat er *geen tolkenvergoeding* is, waardoor behandeling in eigen taal bij veel reguliere GGZ instellingen niet mogelijk is. Daarnaast zijn er bij veel GGZ instellingen, los van de afkomst van de cliënt, *lange wachttijden*, zeker wanneer statushouders een psycholoog in eigen taal nodig hebben.

Tot slot zijn er **praktische belemmeringen**, waardoor statushouders soms niet de psychische hulp krijgen die zij wel nodig hebben. De zorgverzekering vergoedt de behandelingen, maar statushouders moeten wel het *eigen risico* (minimaal 385 euro) betalen. Dit is voor veel statushouders, die vaak financiële zorgen hebben, een grote belemmering. Ook is *de reisafstand* (met de bijkomende reiskosten en de drempel om ver te reizen), in sommige situaties een te grote belasting voor statushouders, waardoor zij geen gebruik maken van de zorg die ze wel nodig hebben. Omdat statushouders meestal psychische zorg in eigen taal nodig hebben en deze zorg veelal alleen in grote steden in Nederland wordt aangeboden, is de reisafstand een belangrijk obstakel.

Figuur 1: blokkades waardoor statushouders niet tijdig psychische hulp ontvangen:



1.6. Statushouders in gemeenten

Afgelopen jaren was de instroom van statushouders hoog. De instroom was zo hoog dat een specifieke aanpak nodig was op landelijk en lokaal niveau om de huisvesting en integratie in de gemeenten in goede banen te leiden. De aanpak is vaak integraal vormgegeven, wat betekent dat in een gemeente de verschillende diensten in hun werkzaamheden voor de statushouders afstemmen en samenwerken. Door de gedecentraliseerde taken en verantwoordelijkheden in de Participatiewet, Jeugdwet en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning hebben gemeenten de vrijheid om op maat hun stelsel in te richten. Er is daardoor veel diversiteit in de gemeenten in de inrichting, de positionering van de statushouders in het stelsel en de besteding van budgetten ten behoeve van de doelgroep. Deze diversiteit is inherent aan het gedecentraliseerde stelsel, maar is ook een van de oorzaken van de complexe context. De diversiteit in de gemeenten maakt dat de knelpunten per gemeente verschillen en daarmee ook de oplossingen.

In de periode 2015-2016 was er veel aandacht voor huisvesting, werk en inkomen en de inburgering van statushouders. Inbedding in het lokale maatschappelijk stelsel en zorg krijgt nu in 2017 meer aandacht. ARQ constateert dat de keten van signalering, preventie en (toeleiding tot) GGZ-zorg niet optimaal functioneert. Dat blijkt ook uit een update die ARQ uitvoerde van het rapport Veerkracht en Vertrouwen. Hieronder staan enkele knelpunten benoemd die ten grondslag liggen aan het geformuleerde probleem:

Gebrek aan expertise, kennis en vaardigheden:

- Er is grote vraag naar kennis over psychosociale ondersteuning voor statushouders bij gemeenten en haar ketenpartners. Informatiebehoefte raakt alle partijen binnen het sociaal domein. Door ontbrekende expertise bij deze partijen worden psychosociale klachten niet gesignaleerd en vindt passende doorverwijzing niet plaats.

- Er is over het algemeen onvoldoende (h)erkenning voor het gegeven dat mensen met een andere culturele achtergrond een taboe hebben op het benoemen van psychische problemen. Daardoor wordt psychische problematiek lastiger herkend of erkend.
- Er zijn weliswaar experts met expliciete deskundigheid op het gebied van cultuursensitieve psychosociale hulpverlening, maar het aantal van deze experts is te beperkt. Momenteel is er maar een klein deel van de zorgverleners die over deze deskundigheid beschikt. Nu wordt te vaak doorverwezen naar enkele professionals of gespecialiseerde instellingen die cultuursensitief werken. Daar zijn de wachtlijsten lang.
- Er is behoefte aan inzicht in prevalentie van psychische problematiek (kort en langere termijn), aan longitudinaal onderzoek bij GGZ-professionals (effectieve en efficiënte zorg) en gemeenten (ten behoeve van inkoop). De wens is dat in beeld gebracht wordt wat de aard en omvang is van psychische problemen en de vraag naar en behoefte aan psychosociale hulpverlening bij statushouders, maar dat vindt voorsnog niet plaats door beperkte registraties. Ook is er inzicht nodig in de effectiviteit van bestaande interventies voor psychosociale steun gericht op asielzoekers en statushouders. Er zijn wel enkele onderzoeken die hierin vervullen, zoals het eerdergenoemde longitudinale onderzoek van SCP (Syriërs in Nederland), alsmede het Strengths onderzoek van de Vrije Universiteit, aangevuld met Zon-MW onderzoek bij dat project (STRENGTHS: Scaling up psychological interventions with Syrian Refugees, meer informatie: <http://strengths-project.eu/en/strengths-home/>).

Het ontbreekt aan voldoende samenhang en samenwerking:

- Er vindt onvoldoende afstemming en samenwerking plaats rondom complexe casuïstiek, bij overdracht van AZC naar gemeente waardoor behandeling stagneert of zonder resultaat stopt.
- Er is geen landelijk dekkend aanbod van preventie, psycho-educatie en behandeling voor statushouders (gezien de huidige decentralisatie).
- GGZ instellingen hebben drempels voor toegang door wachtlijsten, beperkte expertise en omdat terugverwijzing vanuit specialistische GGZ-zorg vaak niet goed verloopt.
- Toegang tot passende GGZ-zorg is problematisch doordat signalerende partijen de route naar zorg niet kennen (of vertrouwen), er veel uitval momenten zijn en door beperkte beschikbaarheid van passende en voldoende laagdrempelige GGZ-zorg.

Vanuit het rijk zijn gemeenten ondersteund middels het Ondersteuningsprogramma Gezondheid Statushouders, een samenwerkingsverband van de VNG-OTAV, Pharos en GGD GHOR Nederland. Het Ondersteuningsprogramma Gezondheid Statushouders ondersteunde gemeenten in hun regierol bij de zorg voor de gezondheid van statushouders. Het programma liep van 1 november 2016 tot 31 december 2018.

Het Ondersteuningsprogramma Gezondheid Statushouders bestond uit twee deelprogramma's: een praktisch ondersteuningsprogramma voor gemeenten via regiocoördinatoren vanuit OTAV en een kennisdelingsprogramma vanuit Pharos in samenwerking met GGD GHOR Nederland.

1. Praktisch ondersteuningsprogramma: het doel van het programma was om gemeenten vraaggericht te ondersteunen bij het organiseren van een integrale, samenhangende en preventieve aanpak rondom welzijn en gezondheid van statushouders. Hiervoor dienen terreinen als integratie, participatie, werk, welzijn, wonen en gezondheid verbonden te worden. Einddoel was inbedding van de gezondheid van nieuwkomers in het reguliere

welzijns- en gezondheidsbeleid. Om dit programma te realiseren, waren er in heel Nederland regiocoördinatoren aangesteld (per GGD-regio één of twee regiocoördinatoren). Zij adviseerden gemeenten en ondersteunden bij het maken van een plan van aanpak: een lokale integrale aanpak gericht op preventie, zorg en gezondheidsbevordering van statushouders. Uitgangspunt was altijd de lokale situatie in de gemeente of de regio.

2. Kennisprogramma: Het kennisdelingsprogramma voor gemeenten en zorgprofessionals werd uitgevoerd door Pharos in samenwerking met GGD GHOR Nederland. Via het kennisdelingsprogramma werden ervaringen, goede voorbeelden en kennis gedeeld en geborgd. Regiocoördinatoren hebben een actieve rol gespeeld in het verspreiden en ophalen van deze praktische kennis. Gemeenten en zorgprofessionals hebben allebei behoefte aan aanvullende kennis, deskundigheidsbevordering en praktische tips en tools rondom de gezondheid van deze doelgroep en dat werd via dit programma verstrekt. Zo zijn er handreikingen en factsheets ontwikkeld, die te vinden zijn op de website van Pharos. Ook is er op veel plekken in Nederland deskundigheidsbevordering verzorgd en zijn er sleutelpersonen Gezondheid Statushouders door Pharos getraind en ingezet.

Ondanks deze waardevolle ondersteuning van het Ondersteuningsprogramma, is succesvolle psychosociale ondersteuning aan statushouders in veel gemeenten nog niet geborgd. Gemeenten erkennen de noodzaak aan een sluitende aanpak, effectieve en duurzame interventies t.b.v. psychosociale ondersteuning voor statushouders, maar zij zijn zoekende wat te doen: is er lokaal of regionaal passende psychische zorg aanwezig die rekening houdt met de cultuurverschillen en taalbarrières, hoe verloopt de vroegsignalering, welke interventies zijn effectief, hoe kunnen we deze inbedden in de lokale structuur, hoe te financieren? Er zijn veel vraagstukken binnen gemeenten rondom dit onderwerp.

Doel van dit project

Dit meerjarig project heeft tot doel om psychosociale ondersteuning vast onderdeel te maken van de zorgstructuur voor statushouders in gemeenten. We doen dat door in een proeftuin bij twee gemeenten een zorgstructuur te ontwerpen waarin psychosociale ondersteuning aan statushouders onderdeel uitmaakt en die rekening houdt met de lokale context. In een proeftuin wordt een praktijksituatie opgezet waarin met een nieuwe aanpak geëxperimenteerd wordt. Gemeente Dordrecht is één van de proeftuinen. Onderstaand zijn de uitkomsten van een verkenning beschreven, waaronder de interviews met stakeholders in Dordrecht.

2. Statushouders in Dordrecht

Sinds 2013 is het aantal statushouders dat gemeenten huisvesten fors toegenomen. Tot 2013 ging het in Dordrecht jaarlijks om enkele tientallen statushouders. In 2013 kreeg Dordrecht de taakstelling om 75 statushouders te huisvesten, in 2014 waren dat er 110. De recente toestroom is vanaf 2015 t/m 2018: 807 statushouders in Dordrecht.

Jaar	Taakstelling Dordrecht
2015	202
2016	301
2017	159
2018	145
Totaal aantal statushouders	807

Uit het gezondheidsprofiel statushouders Dordrecht dat Dienst Gezondheid en Jeugd heeft gemaakt blijkt het volgende. Drie kwart van de statushouders die zich in 2016 en het eerste kwartaal van 2017 in Dordrecht heeft gevestigd is van Syrische afkomst (73%). De overige statushouders komen met name uit Eritrea (20%) en 7% is uit in totaal acht andere landen afkomstig. Mannen zijn oververtegenwoordigd onder de statushouders in Dordrecht. Bijna twee derde is man (63%) en ruim een derde is vrouw (37%). (Kanttekening: in de loop van 2017 en 2018 zijn er door gezinshereniging wel meer vrouwen en kinderen in Dordrecht komen wonen). Daarbij zijn mannen in de volwassen leeftijd van 18 tot en met 59 jaar oververtegenwoordigd: 41% van alle statushouders. Een derde van de statushouders is jonger dan 18 jaar. Slechts een zeer klein deel (1%) is ouder dan 60 jaar. De helft van de Dordtse statushouders maakt onderdeel uit van een gezin met kinderen (210 personen). Daarnaast is er een grote groep alleenstaande statushouders (145 personen).

Nieuwkomers in Dordrecht worden gekoppeld aan een klantregisseur van de Sociale Dienst Drechtsteden (SDD) en er is een startmodule bij de SDD. Daarbij ligt de focus op het goed in beeld krijgen van een statushouder, een keuze m.b.t. de inburgering, een traject naar werk of afgeleide van werk. Statushouders worden 15 maanden door Vluchtelingenwerk begeleid, er zijn maatschappelijk begeleiders die hen wegwijs maken in de stad.

2.1 Aandachtspunten preventieve zorg

Voor Dordrecht betekent de samenstelling van statushouders dat de volgende gezondheidsproblemen relatief veel zullen voorkomen en aandacht behoeven:

- Bij alle statushouders is sprake van een verhoogd risico op psychische klachten. Het advies is: inzetten op vroeg signalering door professionals en vrijwilligers; voorlichting voor statushouders over psychische gezondheid en GGZ; inzetten op sociale steun en participatie.
- Bij jeugdige statushouders zien we vaker psychosociale problematiek. Het advies is: inzetten op vroeg signalering door leerkrachten en outreachend werken door JGZ en jeugdhulp.
- Van Syriërs is bekend dat op lange termijn diabetes vaker voorkomt. Bij Syriërs en bij jeugdige statushouders zal ook overgewicht vaker voorkomen. Het advies is: inzetten op bewegen en gezonde voeding, zowel voor volwassenen als voor jeugdigen.
- Van Eritreeërs weten we dat hiv en andere seksueel overdraagbare aandoeningen vaker voorkomen. Het advies is: voorlichting geven over seksuele gezondheid en mogelijk testen

van SOA.

- Bij alle statushouders is extra aandacht nodig voor mondzorg. Het advies is: voorlichting geven over het belang van mondzorg, met name aan Eritreeërs.
- Relatief veel Syrische mannen roken. Het advies is: inzetten op de preventie van roken

Bron: Dienst Gezondheid en Jeugd ZHZ, Gezondheidsprofiel statushouders Dordrecht 2016 en eerste kwartaal 2017.

2.2 Steekproef onder 100 Dordtse statushouders tussen 2016 en 2017

Onderstaande gegevens komen uit een notitie gebaseerd op een steekproef onder 100 statushouders (deelnemers van het introductie programma) uit Dordrecht tussen 2016 en 2017 waarin de psychische en fysieke gesteldheid werd onderzocht. De notitie is opgesteld door mw. Khader en mw. van der Pluijm. Het is niet een wetenschappelijk onderbouwd document, maar een weergave van de bevindingen die zij tegenkwamen bij de steekproef van 100 deelnemers. Aangezien het geen wetenschappelijk document is, zijn de resultaten vooral als indicatief aan te merken. De steekproef is genomen van alle deelnemers aan 'de Taalclub' in 2016 en 2017. De Taalclub startte doordat zij een welkomstprogramma aan nieuwkomers in Dordrecht mochten geven. Het welkomstprogramma bestond uit zes weken lang 4 dagen in de week les. Statushouders werden twee weken na het verkrijgen van een woning in de gemeente Dordrecht verplicht gestuurd naar dit welkomstprogramma. Daarin kregen ze zowel taal- als empowermentlessen. Het begon met het welkom heten in de stad en een rondleiding. Het besteedde daarna aandacht aan wat iemand al kon en wat voor kennis iemand had. Het programma eindigde door in de laatste week een vijfjarenplan en een cv voor de toekomst te maken, wat in verslagen werd teruggekoppeld aan de Sociale Dienst Drechtsteden(SDD). Het programma werd afgesloten met een certificaat en een markt waarbij alle scholen uit de gemeente hun aanbod konden laten zien, zodat cursisten zelf konden kiezen bij welke school ze de rest van hun inburgering wilde doen.

De Taalclub onderscheidde zich doordat ze niet alleen taalles gaven, maar ook empowerment. Doordat de docenten merkten dat er veel vragen leefden onder cursisten en ze niet altijd bij Vluchtelingenwerk wilden of konden aankloppen, werd er ook 1,5 uur persoonlijke begeleiding per week gegeven. Die konden statushouders gebruiken om vragen te stellen, advies inwinnen of dat docenten voor hen belden met allerlei instanties. Al snel bouwden de docenten hierdoor een groot netwerk op binnen de Drechtsteden en organiseerden ze themadagen en workshops. Daardoor was de verbondenheid met deze cursisten sterker dan bij veel andere taalscholen.

In de notitie wordt beschreven welke problemen statushouders ervaren rondom de volgende thema's:

- **Inkomen:** veel statushouders hebben financiële problemen. Doordat zij moeten rondkomen van een uitkering, vaak zich verplicht voelen om geld te sturen naar familie in herkomstland, doordat zij vaak de regelingen (zorgverzekering, toeslagen etc.) niet begrijpen, is het voor hen lastig om hun financiën op orde te krijgen. Ook boetes en onverwachte naheffingen leveren schulden op. Grootste zorg rondom financiële problemen ligt bij de jonge, alleenstaande mannen: door een combinatie van trauma's, verveling, geen ouderlijk toezicht, geen financiële zelfredzaamheid aangeleerd, ineens veel vrijheid en toegang tot verdovende middelen, hebben ze (soms grote) financiële schulden. Zo was er 1x in deze steekproef een cursist met

10.000 euro schuld. Veel statushouders hadden echter kleinere schulden en dan met name bij elkaar, omdat ze vaak van elkaar geld leenden. Er was 2x sprake van zulke ernstige financiële problemen dat men langdurig (enkele weken) honger heeft geleden.

- **Dagbesteding:** Veel statushouders klaagden over de verveling die ze hadden in het AZC. Eenmaal in de gemeente verschilt het per groep statushouders of zij teveel of juist te weinig dagbesteding hebben. Bij oudere statushouders was de combinatie van gezinshereniging, veel geboortes en de druk van Sociale Dienst om snel te gaan werken (niet tijdens het welkomstprogramma, maar tijdens de inburgeringslessen) moeilijk in balans te houden. Zij ervoeren juist een teveel aan activiteiten. Het brengen van je kinderen naar een kinderopvang voelde voor veel jonge moeders als falen en was hen vaak onbekend. (Vrijwilligers)werk werd soms gepland terwijl iemand les had. Deze druk vanuit de sociale dienst tijdens de inburgering zorgde bij veel statushouders voor stress en paniek. Bij de alleenstaande jongemannen van 18-25 jaar was de verveling echter een groot probleem. Doordat ze slechts 7 tot 15 uur op school zitten per week voor taallessen en de rest van de tijd vrij zijn en noch de financiële middelen noch het sociaal netwerk hebben om zich te vermaken, werden de psychische problemen bij veel jongeren steeds erger. Er werd door deze groep veel tijd doorgebracht in de fitnessclub, aandacht besteed aan uiterlijkheden. Deze groep misbruikt regelmatig drugs en alcohol, zij maken geregeld schulden, en zoeken naar veel seksuele contacten. Een deel van deze jongemannen zijn klaar met de inburgering en inmiddels doorgestroomd naar het MBO. Maar vaak is dat door hun taalkennis MBO1 wat voor veel jongeren qua inhoud te makkelijk is en ook weinig toekomstperspectief op de arbeidsmarkt brengt. De vraag rijst of het voor deze jongemannen, gezien hun intelligentieniveau, niet beter zou zijn geweest om eerst taalniveau B1 of B2 te halen en dan in te stromen op het HBO of universiteit (passend bij hun kennisniveau).
- **Huisvesting:** De huisvesting was vaak al geregeld wanneer men in de klas kwam. Er werd soms na gezinshereniging gewisseld en niet altijd was men daar tevreden over. Er was in 5 gevallen sprake van zulke spanningen thuis dat er met spoed andere woonruimte nodig was. Daarin sprong het Sociale wijkteam amper in en verwees Vluchtelingenwerk juist naar hen. Zo hebben we uit pure nood 2 cursisten zelf tijdelijk in huis genomen en 1 persoon bij het Leger des Heils ondergebracht. Anderen vonden huisvesting op plekken soms buiten Dordrecht en verdwenen soms volledig even uit beeld.
- **Gezinsrelaties:** Binnen de relatiesfeer zijn er soms (ernstige) problemen bij statushouders. Allereerst zijn man en vrouw menigmaal door de lange tijd van elkaar gescheiden te zijn uit elkaar gegroeid, mede door trauma's die beiden hebben meegemaakt. In enkele gevallen zijn ongewenste relaties ontstaan. In 15 gevallen was er tijdelijk of langdurig sprake van een instabiele, soms zelfs explosieve thuissituatie na gezinshereniging. In 11 gevallen is aangevraagde gezinshereniging niet doorgegaan. Deze personen kampten daarna met neerslachtigheid, depressie en concentratieproblemen. Anderzijds levert de vrijheid en gelijkwaardigheid voor vrouwen in de Nederlandse samenleving soms een probleem als de man uit een traditionele omgeving komt. Bij de taalclub waren er vrouwen die zich afzetten tegen de traditionele normen en waarden en meer vrijheid opeisten. Zo weigerde 1 meisje te trouwen, omdat ze eerst wilde studeren, wilde 1 moeder meer vrijheden buiten en was er 1 meisje dat een relatie begon met een Nederlandse jongen, waardoor zij

verstoten werd. In 2 andere situaties zochten vrouwelijke statushouders een veilig onderkomen, omdat ze thuis fysiek mishandeld werden. Door hun afhankelijke verblijfstatus durfden zij geen aangifte te doen en zo konden Veilig Thuis en blijf-van-mijn-lijfhuizen niets doen. Een verbleef tijdelijk bij het Leger des Heils, de ander is thuis gebleven. Er was in 7 gevallen sprake van mannen die hun vrouw dwongen een meer traditionele rol te vervullen. Twee vrouwen wilden scheiden van hun man, maar zijn gebleven. Een man wilde scheiden en is ook werkelijk weg gegaan. Er waren al snel 5 vrouwen zwanger na gezinshereniging en 6 mannen waarvan de vrouw zwanger was. Er waren 5 gevallen waarin het vinden van kinderopvang moeizaam verliep. Er waren daarnaast drie kinderen met een stoornis of handicap. Dat kon dan gaan om autisme, slecht zicht etc. Een ervan was door de oorlogstrauma's onhandelbaar geworden en hield zijn ouders nachten wakker door zijn paniekaanvallen. In 5 gevallen was leerplicht betrokken, omdat de kinderen in de Internationale Schakel Klas (ISK) veelvuldig spijbelden. Ouders begrepen daarin niet altijd wat het probleem was. In 1 geval was de moeder dermate psychisch niet in orde dat het kind de zorg op zich nam voor de rest van de kinderen. Haar jongste broertje noemde haar daarom ook mama. In 1 geval waren beiden ouders ernstig ziek, waardoor hij de rol van mantelzorger moest vervullen. Het kostte enige moeite om bij de Sociale Dienst te regelen dat hij tijdelijk ontheven werd van zijn werkverplichting.

- **Fysieke en geestelijke gezondheid:** dit thema is hier wat uitgebreider overgenomen uit de notitie. Veel statushouders hadden verschillende fysieke klachten, zoals rugpijn, nekpijn, pijn in armen en knieën. Veel was duidelijk stress gerelateerd, omdat een oorzaak niet zomaar gevonden werd. Soms kwam het door de reis die ze hadden ondernomen of doordat ze enige tijd zonder geneeskundige hulp geweest waren. Fysiotherapie werd weinig bezocht. Er waren er veel statushouders in de leeftijd 35 jaar en ouder die aangaven dat ze last hadden van hun gewrichten door de kou en vochtigheid. Een groot deel had last van het gebit. Ze liepen soms maanden met een ontstoken kies. Er was veel angst voor de tandarts en ze waren moeilijk daar naartoe te bewegen. Bij 2 statushouders waren door bombardementen of klappen hun tanden dermate gebroken dat hun gebit grondig moest worden aangepakt. In het volgende gedeelte staan alleen cijfers van cursisten die ook werkelijk een arts bezocht hebben en een diagnose hebben gekregen. Er waren 6 personen waarvan is vastgesteld dat er problemen waren met hun bloeddruk. Er waren 2 personen met diabetes. 3 statushouders kregen de diagnose migraine, al hadden ze bijna allemaal wel eens in bepaalde mate last van hoofdpijn. Er werd bij 3 statushouders een hernia vastgesteld en 1 persoon had last van epilepsie. Er waren 2 statushouders met scherven van bommen in hun lichaam. Die waren inmiddels ingegroeid die eigenlijk moesten worden verwijderd. Die hebben we snel op weg geholpen naar een huisarts en een doorverwijzing naar het ziekenhuis.

In dit onderstaande gedeelte komen vooral verschijnselen voor die we in de les hebben meegemaakt, maar niet door een arts zijn behandeld. Er waren veel vage klachten zoals 2 statushouders die soms onophoudelijk met hun handen of benen trilden en niet konden stoppen tot ze kalmeerden. 1 had last van hyperventileren. 5 personen waren dermate onrustig dat ze de lessen verstoorden en veelvuldig de klas verlieten, omdat ze niet zo lang stil konden zitten. 1 deed aan automutilatie en sneed daarbij meerdere keren in zijn keel. 1 is meerdere keren flauwgevallen. 2 werden soms volledig apathisch en konden zich niet bewegen. Bij 1 persoon maakten we

mee dat hij zichzelf in de spiegel zag met een bloedneus, dacht dat het zijn dode broer was, viel en enige tijd allerlei ingewikkelde bewegingen maakte die deden denken aan een epileptische aanval. Hij bleek het ook in het AZC gehad te hebben. Er is mogelijk sprake van geen epilepsie maar pnea. Ambulance is hiervoor geweest, maar zij hebben hem niet meegenomen. Hij moet door een psycholoog onderzocht worden, maar is op een wachtlijst beland en daarna niet meer te overtuigen geweest om zich te laten behandelen. Dat gold ook voor het meisje, waarvan we weten dat ze veelvuldig het slachtoffer is geweest van seksueel geweld. Er is slechts bij 2 statushouders PTSS vastgesteld door een psycholoog. In de meeste gevallen gingen ze niet naar de GGZ of staan ze nu nog steeds op de wachtlijst. 3 personen hadden last van paniekaanvallen en 1 verloor soms contact met de realiteit. Dan wist hij niet meer precies waar hij was. Daarnaast was er 1 ouder waarvan het kind paniekaanvallen had en er slaaptkort door had. 1 cursist raakte in een psychose, maar is niet opgenomen in een kliniek maar tijdelijk in detentie beland. Bij 1 cursist werd er bij een familielid schizofrenie en een psychose vastgesteld door GGZ Yulius. 4 hebben eerlijk toegegeven dat ze last hadden van suïcidale gedachten, al zijn er vermoedens dat meer statushouders suïcidale gedachten hadden. Het betrof hier alle vier jongens tussen de 18 en 25 jaar. 2 hadden dermate nachtmerries, dat ze er niet door durfden te slapen. 2 hadden juist dat ze niet in slaap konden komen. Bij 4 statushouders was er dermate sprake van eenzaamheid dat ze vaak op school bleven om nog wat gezelligheid om zich heen te hebben. Bij 3 personen waren de emoties van rouw nog zo weinig verwerkt, dat ze ook in de les steeds volschoten en emotioneel werden. Vrijwel allemaal kampten de cursisten met concentratieproblemen, neerslachtige gevoelens en soms zelfs depressieve periodes. Bij 3 personen was sprake van dermate faalangst dat die hun leren echt belemmerde. En bij 10 personen was er sprake van tijdelijke of langdurige agressie tegen naasten en hun omgeving. 1 neigde op een gegeven moment naar radicaal gedachtengoed, zo bleek uit zijn social media account. In eerste instantie schreven we hierover verslagen en zette we daarin advies over of iemand inderdaad acuut psychologische hulp nodig had. We waren immers geen zorgverleners enkel coaches en taaldocenten. Al snel merkten we dat er bij veel cursisten geen psychologische hulp geboden werd. We hebben daarna bij een groot gedeelte zelf contact gezocht bij de huisarts voor doorverwijzingen naar de psycholoog als ze na de zes weken ook nog bij ons op school bleven. Daar kwamen ze dan echter op een wachtlijst, veelal bij I-Psy. GGZ Ciryra hielp vaak sneller dus na enige tijd wisselde we daarin van strategie. Een groot gedeelte wilde zelf geen hulp en zeker niet toen bleek hoe lang ze op een wachtlijst moeten wachten. Dat schrok veel cursisten af. In Syrië heb je eigenlijk maar twee soorten mensen, normaal of gek. Er rust een enorm taboe op psychologische hulp en meestal proberen ze het zelf op te lossen binnen het gezin. Niet voor niets dat er daardoor zoveel instabiliteit was. Voor diegenen die wel hulp wilden (dat waren 10 personen), vulde de taalclub docent vaak hun intake materiaal in. Van september 2016 tot maart 2018 zijn er slechts 3 van deze 10 statushouders echt opgeroepen voor een intake gesprek.

- **Verslaving:** Er speelden verschillende verslavingen onder de cursisten. Veel mannen en enkele vrouwen die vooruit waren gereisd rookten. Ze bleken daarbij een ander idee te hebben dan wij hier in Nederland over hoe slecht dat voor je gezondheid is. 3 van hen hebben tevergeefs geprobeerd te stoppen. 1 vrouw heeft de gehele zwangerschap een pakje per dag gerookt. Daarnaast was Shisha

bijzonder populair. Alcohol kwam minder voor, omdat dit door veel moslims als haram werd gezien. Bij Koerden daarentegen was het een geliefd middel om de zorgen te verlichten. Bij 2 statushouders hebben we meegemaakt dat ze dronken op school kwamen. Wiet speelde onder de jongens tussen 18-25 jaar een grote rol. Bij 4 was het een dermate verslaving dat ze ook echt stoned in de les kwamen opdagen. Bij 1 was er sprake van een verslaving aan anabole steroïden. 1 maakte gebruik van cocaïne en 1 had een familielid dat verslaafd was aan hardrugs.

- **Algemene dagelijkse levensverrichtingen:** 1 persoon ondervond perioden waarin hij zijn algemene dagelijkse levensverrichtingen niet kon uitvoeren en niet uit bed wilde. Hij bleef dan soms een tijd weg van school. Vooral onder de jonge jongens was het goed zorgen voor hun huis en persoonlijke hygiëne soms ver te zoeken. Veel wisten niets over het runnen van een huishouden. Soms waren ze al op 14/15 jarige leeftijd vertrokken uit hun land en deden er dan jaren over om hier terecht te komen. Zeker de huizen waar meerdere jongens bij elkaar zijn gezet, bleek op huisbezoeken erg vieze omstandigheden te hebben. Bij 3 personen was er sprake van dermate verwaarlozen van de persoonlijke hygiëne dat men ook echt onfris rook. Tandpoetsen was voor veel toch iets ongewoons en zonder ouderlijk toezicht ging dat lang niet altijd goed.
- **Sociaal netwerk en maatschappelijke participatie:** Veel deden vriendschappen op, op school. Dat netwerk kon dan ineens bestaan uit mensen die aan tegenstrijdige zijden hadden gestaan in de oorlog. Koerden en staatslozen met Syriërs, moslims met christenen. Onderling was er hier en daar echter ook wrijving en vooroordelen. Het verkrijgen van een Nederlands netwerk was echter moeizaam. Sommigen zijn gekoppeld aan een Nederlands taalmaatje. Zo werden bijv. het project met het Albeda college 20 studenten koppelden aan statushouders. En daarnaast waren er enkele ouderen die zich hadden aangesloten. Echter er waren er maar 4 die een dermate groot Nederlands netwerk hadden, dat het uit meer dan 5 Nederlandse personen bestond. Veelal kwam dit voor bij christelijke Syriërs die naar de kerk gingen. Daarnaast waren er nog een aantal die vrijwilligerswerk deden en daardoor wel enige Nederlanders kenden. Echter het sluiten van echte vriendschappen bleef door de taalbarrière moeilijk. Daarbij is voor veel cursisten het hebben van een hobby of spelen op een sportclub ongewoon. Men deed veel aan fitness. Er waren enkele jongeren die voetbalden bij een sportclub.
- **Justitie:** Er waren meerdere jongeren die in aanraking kwamen met de politie door rijden zonder in of uit te checken of door het niet hebben van een verblijfsdocument op zak. Vier statushouders waren verwickeld in een juridisch conflict met de IND, omdat de gezinshereniging hen niet snel genoeg ging. Drie personen hadden problemen met justitie en te maken met een strafblad. Dat betrof twee statushouders voor een geweldsdelict en één persoon voor diefstal.

Uit deze steekproef blijkt dat er duidelijke indicaties zijn dat een deel van de statushouders die in 2016 en 2017 in Dordrecht zijn komen wonen, kampen met psychosociale problemen. De notitie is echter te beperkt om concrete aantallen te noemen. In het volgende hoofdstuk staan de uitkomsten beschreven van de interviews, waarbij is ingegaan hoe organisaties in Drechtsteden deze psychosociale problemen signaleren, hoe zij doorverwijzen, wat blokkades zijn en wat er nodig is aan vroegsignalering, monitoring, deskundigheidsbevordering, en samenwerking.

3. Uitkomsten interviews met stakeholders in Dordrecht

Er zijn 13 professionals geïnterviewd, zie bijlage met wie de interviews zijn afgenomen.

Hieronder volgen per thema de bevindingen van de interviews:

3.1 Signaleren psychosociale problemen bij statushouders

- **Welke hulpvragen geven statushouders zelf aan?**

De geïnterviewde professionals geven allemaal aan dat de meeste statushouders niet zelf komen met een duidelijke hulpvraag, zeker niet op het gebied van psychosociale ondersteuning. Meestal komen statushouders met praktische hulpvragen, hoe zaken in Nederland werken. De meest voorkomende vragen die statushouders stellen, zijn vragen rondom huisvesting, rondom hun financiën (soms schulden), het vinden van (passend, betaald) werk. In de beginfase als mensen net in de gemeente wonen, zijn er ook veel praktische vragen zoals de zorgverzekering regelen, een passende taalschool of een school voor hun kinderen vinden. Hier volgt een overzicht van de meest gestelde hulpvragen cq. stressoren die statushouders zelf noemen:

Stressoren/ hulpvragen:

- Werk: Stressoren die statushouders zelf aan geven, zijn zorgen om passend werk te vinden, angst dat het niet gaat lukken om een baan te vinden. Alle geïnterviewde statushouders maken zich zorgen om het vinden van werk.
- Financien: gekoppeld aan werk, is ook de grote zorg om voldoende financiën. Veel statushouders hebben schulden. Of ze kunnen net aan rondkomen, maar willen juist graag werk vinden om voldoende eigen inkomsten te genereren. Ook ervaren veel statushouders druk van familie in land van herkomst om hen geld te sturen. Menigmaal hebben statushouders ook schulden bij hun familie of anderen, omdat ze geld hebben geleend om mensensmokkelaars te betalen.
- Opleiding: sommige statushouders maken zich zorgen of zij wel een opleiding kunnen doen/ kunnen halen (extra aandacht voor mensen die net ouder zijn dan 30 jaar).
- Gezinshereniging: statushouders hebben vaak grote zorgen om familie die zij in herkomstland hebben achtergelaten. Onzekerheid over gezinshereniging geeft veel stress.
- Druk op inburgering: de druk die statushouders ervaren om in 3 jaar tijd in te burgeren (en dat zij anders de lening terug moeten betalen) geeft veel stress.
- Opvoeding/toekomst kinderen: statushouders maken zich vaak zorgen op de voeding van hun kinderen (tussen twee culturen) en om de toekomst van hun kinderen.
- Toegang tot zorg: statushouders hebben vaak moeite om ons zorgsysteem te begrijpen (toegang).
- Huisvesting: statushouders hebben ook regelmatig vragen over huisvesting. Bijv. wanneer hun gezin is overgekomen en zij nog in een te kleine woning verkeren. Maar ook door andere omstandigheden.

Het bovengenoemde punt dat statushouders geregeld moeite hebben om ons zorgsysteem te begrijpen, werd onderschreven in een bijeenkomst met statushouders (m.n. Syriërs en Eritreeërs) welke Dienst Gezondheid en Jeugd had georganiseerd in Papendrecht. Daar gaven statushouders zelf aan dat zij onbekend zijn met de gezondheidszorg in Nederland en

dat zij vaak de weg niet weten te vinden als ze gezondheidsproblemen hebben. Anders dan in de bevindingen van de respondenten (die merkten dat statushouders zelf vaak niet aangeven dat zij psychische problemen hebben), gaven in deze bijeenkomst enkele Syrische statushouders wel aan dat ze psychische problemen hebben, maar dat er geen passende GGZ zorg voor hen is. Juist bij psychische zorg kan je niet een bekende laten tolken en is er sprake van een taalbarrière, stelden zij. Ook gaven statushouders in die bijeenkomst aan dat het moeilijk is om passend werk te vinden en dat hen dat veel stress geeft (dat bevestigd is in de interviews met statushouders in Dordrecht, zie hoofdstuk 4 van dit rapport).

In Dordrecht is ook een project waarbij opvoedvraagstukken besproken worden met een Eritrese moedergroep. Deze bijeenkomsten zijn een jaar lang elke week. Wat duidelijk naar voren komt bij de Eritrese moeders, is dat zij niet met psychische hulpvragen komen, maar met hele praktische hulpvragen (hoe dingen in Nederland werken). De persoonlijke hulpvragen komen altijd na afloop van de bijeenkomsten 1 op 1 (niet in de groep). Het is heel belangrijk dat er na afloop van de bijeenkomst nog tijd is dat moeders vragen kunnen stellen. Ze stellen die persoonlijke hulpvragen pas als zij vertrouwen voelen. Door schaamte durven veel Eritrese vrouwen niet hun problemen te delen in de groep.

De sociale wijkteams signaleerden nog enkele andere hulpvragen. Zo spraken zij enkele alleenstaande statushouders die graag willen trouwen, maar dat niet konden, omdat zij volgens hun culturele regels financieel voor hun vrouw en toekomstige kinderen moeten kunnen zorgen. Ook zagen de wijkteams dat enkele jonge statushouders moeilijk aansluiting vinden met Nederlandse leeftijdgenoten en soms ook met leeftijdgenoten van hun eigen culturele groep. Deze jonge statushouders kwamen bij het wijkteam met de vraag of zij konden helpen om bijv. lid te worden van een sportclub of wilden meedoen aan activiteiten voor jongeren, zodat ze ook Nederlandse leeftijdgenoten leren kennen.

- **Welke psychosociale problemen bij statushouders worden door uw organisatie gesignaleerd?**

Professionals die veel met statushouders in Dordrecht werken, zien wel dat statushouders psychische klachten hebben, zoals slaapproblemen, concentratieproblemen, verdriet om dierbaren die ze zijn verloren, angst dat familie in herkomstland problemen ervaren. Meestal benoemen statushouders dit niet als problemen waar zij hulp bij zoeken. Zij gaan meestal niet met deze klachten naar de huisarts. Statushouders gaan vooral voor fysieke klachten die ze ervaren naar de huisarts en ze noemen ook naar de professionals dit soort somatische klachten zoals hoofdpijn, buikpijn, stress, moe zijn. Mensen die intensief met statushouders werken en hun vertrouwen hebben, waardoor zij meer van hun levenservaringen horen, zien dat er onder deze somatische klachten vaak psychische oorzaken liggen, zoals angst, depressie en/of trauma's.

Bijvoorbeeld bij **VluchtelingenWerk** merken zowel professionals als vrijwilligers dat statushouders zich grote zorgen maken om achtergebleven familie (in vluchtelingenkampen in Turkije of in Ethiopië of andere buurlanden van Syrië/Eritrea). Ook signaleren zij dat als gezinshereniging wel plaatsvindt, dat de man en de vrouw vaak uit elkaar gegroeid zijn in die jaren en ook beiden trauma's hebben opgelopen. Vaders kennen hun kinderen vaak niet goed, bij gezinshereniging. Veel vaders hadden in herkomstland geen grote opvoed rol, omdat de vrouw en de grootfamilie veelal de zorg voor kinderen op zich nam. Zij worstelen in Nederland vaak met het op zich nemen van een nieuwe vader rol. Ook de mondigheid van

hun kinderen in Nederland, ervaren zij als lastig om mee om te gaan en dat geeft zowel vader als kinderen psychische stress. Ook de emancipatie van vrouwen in Nederland vinden sommige mannelijke statushouders heel moeilijk en hierdoor ontstaan regelmatig relatieproblemen, soms met huiselijk geweld en/of scheiding tot gevolg. Bij VluchtelingenWerk worden ook psychische klachten gesignaleerd, niet doordat statushouders er over spreken, maar doordat het soms fysiek zichtbaar is. Vooral bij Syrische mannen zien zij vaak fysieke uitingen, die duiden op een opgelopen trauma (in oorlog bij bombardementen, door martelingen, door het zien van veel geweld). Fysieke uitingen als extreem zweten, heel zenuwachtig of schrikachtig zijn, neerslachtig, een afwezige blik in de ogen.

De respondent die bij **de taalclub** heeft gewerkt, gaf in een 6 weeks welkomst programma les aan alle nieuwkomers in Dordrecht. Zij heeft tijdens het les geven veel signalen gezien die duiden op psychische problematiek, zoals veel concentratieproblemen doordat statushouders slaapproblemen (zoals regelmatig nachtmerries) hadden. Ook waren er in de les soms statushouders die gingen hyperventileren, flauwvielen of een epileptische aanval kregen. Tevens signaleerde zij als docent dat een groep statushouders verdovende middelen gebruikten (blowen, alcohol). Ook heeft deze docent driemaal een ernstige situatie meegemaakt. Een keer raakte een leerling in haar klas in paniek en moest de ambulance komen. Het ambulancepersoneel gaf echter aan dat zij niets konden doen, omdat de reactie een gevolg is van een oorlogstrauma. Achteraf bleek dat toen deze statushouder nog op het AZC woonde ook 6 keer zo'n zelfde voorval was geweest met een paniekaanval. Dit is echter nooit doorgegeven toen de statushouder in de gemeente kwam wonen en ook is deze persoon nooit behandeld, terwijl wel de klachten bekend waren. Bij een ander voorval kwam de veiligheid van de school in het geding. Een deelnemer aan de taalles kwam totaal verward de school binnen en riep dat hij de school zou opblazen. In deze casus is direct de AIVD en de politie ingelicht. Gelukkig is er uiteindelijk niets gebeurd, maar deze persoon bleef gewoon vrij rondlopen, zonder enige behandeling. Uiteindelijk is hij teruggekeerd naar Syrië. Het derde incident betrof een leerling die psychotisch werd in de les. Deze statushouder was suïcidaal en ook een gevaar voor zijn omgeving. Hij had zijn moeder aangevallen. De crisisdienst is toen in actie gekomen, maar uiteindelijk is deze jongen weer naar huis gekeerd. Daarna heeft hij een zelfmoordpoging gedaan.

Een **klantregisseur** merkt op dat dat veel statushouders behoefte hebben om hun hart te luchten. Empowerment trajecten, zoals K!X works van Movisie of weerbaarheidstrainingen zijn waardevol voor statushouders, maar sommige statushouders hebben meer steun nodig. Zij hebben psychische problemen die de weg naar werk blokkeren.

Bij de Eritrese statushouders is veelvuldig sprake van ervaren trauma's zowel in Eritrea als onderweg. Door de dictatuur in Eritrea hebben veel Eritreeërs veel angst, vermijden zij overheidsinstanties (die in hun eigen land niet betrouwbaar waren). De meeste Eritreeërs hebben heel weinig zelfvertrouwen en zij nemen vaak geen initiatief. Zij hebben in Eritrea geleerd om vooral gehoorzaam te zijn en op te volgen wat anderen zeggen. Een eigen mening hebben en uiten is in Eritrea zelfs gevaarlijk. Ook is er veel stress en zorgen om achtergebleven familie.

Bij de **Eritrese moedergroep** komen volgende psychosociale problemen naar voren:

- Veel relatieproblemen (o.a. scheiding, spanning tussen man en vrouw)

- In sommige gevallen maken de vrouwen zich zorgen over hun kinderen die iets mankeren.
- Financiële zorgen (o.a. veel stress omdat mensen boetes krijgen omdat ze afspraken niet nakomen bijv afspraak gemist, doordat ze een brief niet begrepen).
- Opleiding/werk: veel Eritrese vrouwen willen juist wel een opleiding doen of werken, maar daar zijn veel obstakels. Vaak is vrijwilligerswerk een eerste stap, maar dan moeten ze wel vrijwilligerswerk doen waarbij ze ook Nederlands leren spreken (in de praktijk zijn er geregeld statushouders ingezet in vrijwilligerswerk/werk waarbij ze weinig Nederlands spreken).
- Er zijn Eritrese vrouwen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld en de hulpverlening omtrent deze groep verliep zeer stroef. Veel vrouwen durven niet alles te vertellen en veel instanties die weten vaak niet dat Eritrese vrouwen het moeilijk vinden om alles te vertellen. Instanties volgen vaak vaste procedures en werken niet cultuursensitief, waardoor vrouwen soms teruggestuurd worden naar hun man en het geweld voort blijft duren.
- Ook problemen met burens is een issue. Zeker als burens de politie inschakelen bij geluidsoverlast of ruzie. Eritrese mensen zijn erg bang voor de politie (gezien hun negatieve ervaringen met de dictatuur in herkomstland).

Binnen de groep **Syrische statushouders** zijn er ook veel verschillen tussen Syriërs met een Arabische achtergrond, of minderheidsgroepen zoals de Koerden, Yezidi's en anderen. Ook speelt het een rol of statushouders van het platteland komen of dat zij in een grote stad gewoond hebben. Indien zij uit de stad komen, zijn er veelal minder hulpvragen en kunnen zij sneller hun weg in Nederland vinden.

Gesignaleerde psychische problematiek zijn ook depressie, trauma's. Ook melden diverse stakeholders dat er sprake is van huiselijk geweld, doordat bijv. de vader in een gezin woedeaanvallen heeft door een opgelopen trauma. In het geval dat iemand binnen een gezin woedeaanvallen heeft, heeft dat grote impact op de gezinsleden (angstig, onzeker).

ISK in Dordrecht heeft momenteel 180 leerlingen, waarbij het merendeel bestaat uit statushouders. Op dit moment zijn er 10 leerlingen die psychische zorg nodig hebben. Als leerlingen problemen hebben, komen deze op het ISK snel in beeld, meestal via de mentor die de leerlingen goed kent. Een aantal leerlingen heeft traumatische ervaringen en daarom zorg nodig, maar ook andere psychische klachten zoals ADHD komen ook voor.

Risicogroepen genoemd door respondenten

Risicogroepen die vaker in de interviews met stakeholders in Dordrecht werden genoemd zijn **jeugd (overgang AMV's van 18- naar 18+) en kinderen**. Kinderen belanden tussen twee culturen en dat geeft veel wrijving en problemen thuis. Ook **Eritrese statushouders die laagopgeleid zijn en afkomstig van het platteland**, vormen een risicogroep. Extra kwetsbaar zijn **vrouwen die vanuit gezinshereniging** hier komen, wanneer er sprake is van huiselijk geweld. Zij zijn van hun man afhankelijk i.v.m. de verblijfsvergunning. Veel gezinsherenigers raken snel zwanger. De jonge moeders (begin 20 jaar), die voor het eerst een kind krijgen, vormen ook een risicogroep. In hun eigen land zorgden vaak hun moeders en hun familie voor de baby en de jonge moeders, maar dat steunsysteem is weggefallen, waardoor jonge moeders vaak heel onwetend zijn, en vaak ook niet in staat om zelf passende hulp te zoeken (omdat ze de taal nog niet machtig zijn). Een andere kwetsbare

groep zijn **oudere Eritreeërs (40 jaar en ouder)** die van het platteland komen, soms analfabeet zijn. Zij hebben zo'n enorme afstand tot de Nederlandse samenleving, dat er grote kans is dat zij in uitkering zullen blijven.

Ook **oudere Syrische mannen (40 jaar en ouder)** zijn een risicogroep. Soms hadden zij in Syrië een hoge status/eer en ze hebben er moeite mee dat zij hier in Nederland een lage status hebben. Soms reageren zij dat af op hun vrouwen (in de vorm van dominantie, huiselijk geweld).

Een andere risicogroep zijn de **jonge (18-25 jaar) alleenstaande Syriërs (Arabisch of Koerdisch) die hier zijn zonder ouders**. Zij hebben toegang tot drugs en alcohol (alcohol geldt m.n. voor de statushouders die niet moslim zijn). Iemand had een keer een statushouder dronken in de les en bij navraag zei hij dat hij anders niet door de dagen heen komt zonder alcohol. Deze jongemannen zijn erg met uiterlijkheden bezig en hebben vaak schulden. Zij kunnen slecht met geld omgaan. Ze lenen veel geld onderling van elkaar.

Een andere kwetsbare groep zijn **vrouwen uit m.n. plattelandsgebieden in Syrië** (bijv. Raqqa), hun mannen zijn veelal zeer dominant en willen niet dat hun vrouw emancipeert. Deze vrouwen willen bijv. graag vrijwilligerswerk doen, maar dat mag niet van hun man. Het gevaar op 'verborgen vrouwen' die achter de voordeur verdwijnen onder dwang van hun man bestaat zeker. Onderdrukking van vrouwen door hun man is ook een risico wanneer er een groot leeftijdsverschil zit, oude mannen die getrouwd zijn met hele jonge vrouwen. Soms heeft zo'n vrouw ook op extreem jonge leeftijd (tienerleeftijd) een kind gekregen in herkomstland.

Risicogroepen zijn ook **mensen die alleen staan**, die bijv. geen aansluiting vinden bij landgenoten, door culturele verschillen (bijv minderheidsgroepen). Zij hebben geen connectie met landgenoten en ook niet met Nederlanders en zijn daardoor erg kwetsbaar.

- **Hoe signaleert u/uw organisatie mogelijke psychische gezondheidsklachten?**

Er wordt in Dordrecht nauwelijks gebruik gemaakt van de specifieke signaleringsinstrumenten die psychische klachten signaleren bij statushouders (dat zijn de Protect vragenlijst en de Mirror app). Bij VluchtelingenWerk zijn vrijwilligers wel getraind door Pharos/GGD om psychische klachten te signaleren. Hierbij is ook de Protect vragenlijst aangereikt als hulpmiddel. De meeste vrijwilligers vinden het echter lastig om statushouders te vragen naar hun psychische gezondheid. De Protect vragenlijst wordt daardoor nauwelijks ingezet. HBO stagiaires zetten wel eens de Protect vragenlijst in. Ook moeten deze trainingen herhaald blijven worden, zodat de boodschap benadrukt blijft worden dat vrijwilligers psychische problemen kunnen signaleren door hun vertrouwensband met de statushouders. Zij hoeven dan niet dit op te lossen, zij zijn geen hulpverleners. Bij signalen moeten vrijwilligers dit doorgeven aan de teamleider.

De sociale wijkteams gebruiken wel de zelfredzaamheidsmatrix, daarin zit ook een vraag over de psychische gezondheid. Zij gebruik niet de Protect vragenlijst of Mirror app, als zij psychische klachten vermoeden.

Bij de Eritrese moedergroep worden psychische klachten indirect gesignaleerd. De vrouwen noemen het zelf geen psychische problemen, maar vaak blijkt uit individuele gesprekken na afloop van de groepsbijeenkomsten dat de vrouwen psychische problemen hebben. Dit komt

omdat de begeleiders een vaste groep is die cultuursensitief werkt. Ook is er een begeleider die zelf Eritrees is en Tigrinya spreekt.

ISK signaleert via de mentor van de leerlingen, deze mentoren hebben het vertrouwen van de jongeren en zij hebben snel in beeld als er (psychische) problemen zijn. Er volgt een gesprek met de leerling en ook met de ouders. Indien nodig wordt een tolk ingezet. De mentor vult een formulier in en het ondersteuningsteam (zorgteam) bespreekt dan de casus. De zorg coördinator gebruikt een signaleringslijst (deze is ontwikkeld i.s.m. Lowan).

- **Welke organisaties zouden psychosociale problematiek van statushouders moeten signaleren?**

Er zijn veel partijen genoemd die psychosociale problematiek zouden moeten signaleren bij statushouders: het UWV, Sociale Dienst Drechtsteden, Vluchtelingenwerk, taalscholen, sociale wijkteams. Ook de zorg, zoals huisartsen, POH GGZ, ziekenhuis, verloskundigen. Wat betreft kinderen en jeugd kan het onderwijs en kinderopvang goed signaleren. Tevens zouden jeugd professionals goed moeten signaleren, maar het is de vraag of zij dat voldoende doen. Ook consultatiebureaus. Bij hoog verzuim is leerplicht betrokken, de vraag is of leerplicht ook onderliggende psychosociale problematiek onderkent. Sleutelpersonen kunnen ook signaleren, mensen met dezelfde achtergrond (Syrisch, Eritrees), die wellicht al wat langer hier zijn, de taal goed beheersen. Bijv. zelforganisaties, actieve vrijwilligers.

3.2 Doorverwijzing naar GGZ

- Indien psychische problemen bij statushouders gesignaleerd worden: hoe verloopt de doorverwijzing?
- Wat is er nodig om voor warme overdracht te zorgen?
- Wat zijn blokkades bij de doorverwijzing?
 - Blokkades van statushouders die niet de stap naar GGZ hulp willen zetten
 - Blokkades als statushouders wel de stap naar GGZ hulp willen zetten

Zoals in hoofdstuk 2 beschreven is, zijn er diverse blokkades waardoor statushouders niet passende psychische ondersteuning krijgen. Hier wordt beschreven in hoeverre deze blokkades ook in regio Dordrecht spelen, zoals benoemd door de respondenten.

Blokkades bij statushouders:

Ook in Dordrecht zien professionals dat een belangrijke blokkade die bij statushouders speelt, **het taboe** dat veel statushouders ervaren om over psychische problemen te spreken. Het merendeel van de respondenten geeft aan dat zij contact hebben met statushouders, waarbij ze zien dat zij psychische klachten hebben, maar dat de statushouders geen hulp willen hiervoor (vaak uit angst, schaamte). Ze durven niet de stap naar GGZ te zetten. Zelfs de stap naar laagdrempelige ondersteuning, zoals het sociale wijkteam is voor de meeste statushouders te groot.

Indien een statushouder de stap naar de huisarts durft te nemen, **lukt het hen veelal niet om hun psychische klachten te benoemen**. Vaak komen statushouders **met somatische klachten** bij de huisarts, waar soms een psychische oorzaak onder ligt. Zo komt het voor dat statushouders een darmonderzoek krijgen vanwege hun buikpijn klachten, terwijl de buikklachten ook door psychische klachten veroorzaakt worden.

Tevens geven respondenten aan dat de meeste statushouders **onvoldoende kennis over het zorgsysteem in Nederland** hebben en vaak helemaal geen idee hebben wat de GGZ in Nederland inhoudt. Veel statushouders hebben weinig vertrouwen in de psychische hulpverlening (ze zeggen “ik ben toch niet gek?!” als iemand begint over psychische hulp). Ook denken sommige statushouders **dat trauma niet bestaat**. In veel herkomstlanden is de psychische gezondheidszorg totaal anders. In Eritrea is er bijv. nagenoeg geen psychische hulp, het bestaat niet. Zelfs al het gebruiken van bepaalde woorden, zoals trauma, psychische hulp, psycholoog, therapeut, kunnen statushouders al afschrikken. Deze blokkade van het taboe is ook te zien bij scholen in Dordrecht. Zij geven aan dat ze vaak wel signaleren als er psychische problemen zijn bij leerlingen met vluchtelingenachtergrond, maar niet altijd willen ouders dat hun kind psychische zorg krijgt.

Blokkades aan de kant van zorgaanbieders

Er is in Dordrecht **weinig aanbod van GGZ zorg die cultuursensitief is en in Dordrecht is helemaal geen GGZ zorg in het Arabisch en Tigrinya beschikbaar**. Professionals weten vaak niet waar ze iemand naar toe kunnen doorverwijzen. Er is over het algemeen onvoldoende kennis van zorgprofessionals over cultuurverschillen. **Taal is een grote barrière, een tolkenvergoeding ontbreekt**. Respondenten hadden van Dordtse statushouders gehoord dat de inzet van een tolk ook niet altijd positief is, soms heeft een statushouder echt het gevoel dat de tolk hem of haar niet goed vertaalt.

Een groot probleem, ook in Dordrecht en de regio zijn de **wachttijden bij GGZ instellingen** (zeker in eigen taal). GGZ behandelingen in het Tigrinya zijn er nauwelijks in de regio (alleen in Rotterdam bij i-psy). In het Arabisch en Tigrinya zijn er GGZ behandelingen in Rotterdam (o.a. i-psy), maar daar zijn lange wachttijden van meer dan een half jaar tot een bijna een jaar. Yulius in Dordrecht biedt geen GGZ behandelingen in andere talen aan, daar is geen tolkenvergoeding voor beschikbaar gesteld door de instelling. Soms wordt wel een informele ‘tolk’ ingezet indien mogelijk en in uitzonderlijke gevallen (bijv bij kinderen) zet Yulius op eigen kosten een tolk in. GGZ instelling Cirya in Dordrecht behandelt wel cultuursensitief in Dordrecht (en heeft ook Turks en Pools als behandeltaal) en heeft korte wachttijd (6 weken volgens de website, mei 2019). Enkele statushouders die voldoende Nederlands of Engels spreken zijn daarheen gegaan, weet een respondent.

Formulieren die ingevuld moeten worden als statushouders zich aanmelden voor psychische hulp bij een GGZ instelling, zijn veel te moeilijk. Een respondent heeft meerdere keren statushouders die wel de stap naar GGZ durfden te zetten, geholpen met de formulieren invullen.

Tevens is er in Dordrecht geen organisatie beschikbaar die cultuursensitief en ook niet in eigen taal (Arabisch/Tigrinya) maatschappelijke begeleiding biedt. Uiteraard kan het wijkteam bepaalde ondersteuning bieden, maar dit is voor veel statushouders die onvoldoende Nederlands beheersen niet passend. Individuele begeleiding en bijv. dagbesteding die aansluit bij de belevingswereld van statushouders en bij voorkeur in eigen taal is, ontbreekt in Dordrecht.

Blokkades bij toeleiding:

Respondenten geven aan dat het **leren signaleren van psychische problemen bij statushouders en met name het ontwikkelen van vaardigheden om deze problemen bespreekbaar te maken**, nodig is bij diverse organisaties in Dordrecht (zie onderdeel

deskundigheidsbevordering). Respondenten in Dordrecht geven daarbij vooral aan dat professionals nu **vaak niet weten waar zij statushouders naar toe kunnen doorverwijzen**, waarbij ze in eigen taal en cultuursensitief behandeld worden. Zij hebben behoefte aan een sociale kaart.

Veel **huisartsen** zijn niet gewend om statushouders in hun praktijk te krijgen en zij zijn vaak niet gewend om de tolken (die eerste half jaar vergoed worden) in te zetten. Ook herkennen veel huisartsen niet de psychische oorzaken die onder somatische klachten verscholen liggen. Tevens is het voor huisartsen lastig om door te verwijzen naar cultuursensitieve psychologen (zeker wanneer de statushouder de behandeling in eigen taal moet doen), omdat deze er in de regio Dordrecht onvoldoende zijn. Huisartsen kunnen wel het intercultureel zorgteam in Dordrecht raadplegen. De vraag is of huisartsen dat ook daadwerkelijk doen als er een statushouder bij hen komt met fysieke klachten zoals hoofdpijn, moe, buikpijn.

Praktische belemmeringen:

Ook de **reisafstand** naar passende zorg (buiten de wijk of in een andere gemeente) is voor veel Dordtse statushouders een blokkade. In de regio Dordrecht vormen fysieke afstanden regelmatig een drempel. In Dordrecht zelf zijn geen Arabisch sprekende en Tigrinya sprekende psychologen, voor psychische hulp in eigen taal moeten zij naar Rotterdam reizen. Als statushouders in kleine gemeenten in de regio psychische hulp nodig hebben, moeten zij meestal doorverwezen worden naar GGZ instellingen in grotere buurgemeenten (Rotterdam). Zowel het reizen erheen, als de kosten voor het reizen vormen een belemmering.

Het **betalen van de eigen risico** is ook voor Dordtse statushouders een praktische belemmering.

Problemen bij leerlingen met vluchtelingen achtergrond:

Bij de ISK kregen een klein aantal leerlingen via de warme overdracht van het ondersteuningsteam en de mentor wel psychische hulp, maar dat was niet altijd voldoende. Zo kreeg een leerling hulp van een Arabisch sprekende psycholoog van i-psy, wat op zich waardevol was. Maar hij moest daarvoor wel naar Rotterdam wat lastig was. Hij kreeg slechts 1 keer per 2 weken een gesprek van een half uur en dat was niet voldoende. Ook was er een leerling, waarbij het hele gezin waar veel problemen speelden, hulp kreeg. Eerst kregen zij vanuit het wijkteam elke dag ondersteuning 2 weken lang, zodat de situatie stabiel werd. Dat was positief. Daarna kregen ze slechts 1 keer per week hulp en dat was veel te weinig.

ISK heeft in de afgelopen paar jaar enkele leerlingen naar ander type onderwijs (ZMLK) moeten laten gaan (veelal zat bij deze leerlingen ook traumatisering) laten gaan. Recent heeft ISK een leerling van school gestuurd vanwege agressief gedrag (waarschijnlijk mede veroorzaakt door trauma).

Oplossingen die respondenten noemen:

Doorverwijzing bij statushouders is het meest succesvol als de statushouder samen met een begeleider/vertrouwenspersoon naar de hulpverlener gaat. Zeker bij de Eritrese groep is deze begeleiding nodig, omdat ze die persoon vertrouwen en alleen door het vertrouwen durven ze hun verhaal te delen.

Voorlichting in eigen taal over psychische gezondheid en mogelijke psychische hulp in Nederland is nodig. Inzet van filmpjes in eigen taal (zoals die van Pharos) en inzet van sleutelpersonen in eigen taal, of via preventieve interventies die laagdrempelig zijn, zoals Mind-Spring zijn effectief. Nu denken bijvoorbeeld veel statushouders dat zij moeten betalen voor hulp en daarom vragen zij niet om hulp. Ook komt het voor dat bepaalde vorm van hulp niet vergoed wordt door zorgverzekering of eigen bijdrage te hoog is en zij dat niet kunnen betalen.

Een outreachende aanpak, meer op huisbezoek gaan bij statushouders zou zeer wenselijk zijn, volgens meerdere respondenten. Dan kunnen statushouders daadwerkelijk geholpen worden, variërend van hulp bij praktische zaken tot doorverwijzing naar GGZ hulp. Sommige, kwetsbare statushouders die niet zelfredzaam zijn, hebben een individuele coach of begeleider nodig. De weg naar werk is voor sommigen statushouders nog belemmerd door diverse factoren (waaronder psychische problemen).

3.3 Monitoring

Als er signalen zijn dat een statushouder (psychosociale) problemen heeft, zou iemand deze statushouder moeten volgen, ook na verwijzing. Vooral ook om te volgen of de statushouder de stap naar hulp zet en zo ja, of deze hulp aanslaat en effect heeft. In Dordrecht is geen vaste monitoring door 1 organisatie die integraal de gezondheid en de gehele situatie van statushouders volgt.

Wel hebben diverse personen in Dordrecht contact met statushouders die allemaal mogelijk signaleren zoals bijv. klantregisseurs, vrijwilligers en medewerkers van VluchtelingenWerk, wijkteam medewerkers, docenten op scholen etc. Al deze verschillende organisaties hebben hun eigen manier om te volgen of het goed gaat met een statushouder.

De klantregisseurs werken met hun eigen systeem, waarbij dossiers worden bijgehouden, waarbij de nadruk ligt op inburgering en participatie (werk of vrijwilligerswerk).

Bij VluchtelingenWerk houdt de teamleider zicht op een statushouder, indien bij die statushouder mogelijk psychische problemen zijn gesignaleerd. Indien een statushouder geen psychische hulp wilt ontvangen, dan kan VluchtelingenWerk daar ook niks aan veranderen. Indien een statushouder wel een GGZ behandeling krijgt, dan laten zij hun monitoring los, terwijl soms er sprake is van drop-out of hoge no show bij behandelingen, maar dit is dan vaak niet bekend. VluchtelingenWerk begeleidt statushouders 15 maanden en vaak is er in die 15 maanden nog geen sprake van doorverwijzing, omdat ernstige psychische klachten zich pas vaak later uiten.

Indien bij sociale wijkteam bekend is dat een statushouders problemen heeft, monitort het wijkteam, dan wordt het dossier in de gaten gehouden.

ISK heeft goede monitoring van hun leerlingen, de mentor en het ondersteuningsteam volgen het zorg dossier van de leerlingen.

Mogelijke oplossingen m.b.t. monitoring

Er is in Dordrecht echter geen vaste, integrale monitoring van statushouders. Elke organisatie doet de eigen monitoring. Om wel een integrale monitoring van statushouders te realiseren, waarbij diverse organisaties samenwerken, zouden meerdere mogelijkheden zijn om dit tot stand te brengen. Als inspirerend voorbeeld kan genoemd worden dat gemeente

Zwijndrecht is gestart met casemanagers die alle statushouders begeleiden tot 2020. Dit soort casemanagers zouden een goede monitoring kunnen doen. Een mogelijkheid is om in Dordrecht bijvoorbeeld casemanagers aan te stellen. In Dordrecht zouden dat ook bijv. medewerkers van de sociale wijkteams kunnen zijn of andere professionals die aangesteld worden om de begeleiding van statushouders en de monitoring van hen te doen. In plaats van het aanstellen van casemanagers zijn er ook andere alternatieven mogelijk. Per organisatie kunnen aandachtsfunctionarissen aangewezen worden, die met elkaar afstemmen over statushouders. (evt via een multidisciplinair overleg).

Belangrijkste is dat de personen die begeleiding van statushouders en monitoring doen, professionals zijn met kennis over en ervaring met cultuursensitief werken. De professionals die de begeleiding en monitoring doen, moeten minimaal HBO geschoold zijn en ruime ervaring met vluchtelingen hebben. Zij moeten de sociale kaart goed kennen en benutten en een groot netwerk hebben in de regio. Bij voorkeur mensen die Arabisch/ Tigrinya spreken, of anders zorgen dat zij gebruik maken van betrouwbare tolken/intermediairs die vertalen. Monitoring zou volgens een respondent gedaan moeten worden door een onafhankelijke organisatie die geen sancties richting de statushouders kan geven, omdat statushouders hen anders niet durven te vertrouwen.

Belangrijk is dat de monitoring in een systeem geregistreerd wordt, waar bij voorkeur ook andere ketenpartners bij kunnen om hun bevinden terug te koppelen. (Dit is wel uitdagend met de nieuwe AVG wet).

Een essentieel aspect bij het begeleiden en volgen van statushouders, is dat dit alleen werkt, als statushouders die begeleiders vertrouwen. Een statushouder bepaalt zelf aan wie hij of zij zijn problemen en zorgen toevertrouwt. Vaak kost het tijd om dit vertrouwen te winnen en dat pleit voor vaste begeleiders, waarbij continuïteit door de tijd heen geborgd is. Dit maakt ook dat deze begeleiders de monitoring functie goed kunnen vervullen, zij kunnen korte lijnen houden met de statushouders, maar ook met de hulpverleners die hen begeleiden (met toestemming van de statushouder). Daarbij is het ideaal plaatje dat er 1 vaste begeleider is, die een statushouder bij diverse leefgebieden (wonen, werk, gezondheid, financiën, opvoeding etc.) kan begeleiden of in ieder geval kan coördineren en via warme overdracht zorgt dat de statushouder ondersteuning krijgt bij deze zaken indien nodig.

3.4 Deskundigheidsbevordering

In de interviews is aan de respondenten gevraagd of zij behoefte hebben aan deskundigheidsbevordering. Bijvoorbeeld aan informatie over de doelgroep (kennis over statushouders, diverse culturele achtergronden en cultuursensitief handelen). Of aan een training tijdig herkennen van psychische problemen. Ook is gevraagd of zij cultuur sensitieve competenties zouden willen aanleren, zoals gesprekstechnieken hoe zij psychische problemen bespreekbaar kunnen maken rekening houdend met de cultuurverschillen en hoe te zorgen voor doorverwijzing/warme overdracht.

Trainingen die gegeven zijn in Dordrecht:

Dienst Gezondheid en Jeugd heeft bemiddeld dat Pharos trainingen (het signaleren van psychische problemen) heeft gegeven aan Sociale Dienst Drechtsteden (SDD). Ook zijn twee personen bij Yulius getraind om deze training verder te geven. Ook docenten bij Da Vinci zijn recent getraind.

Yulius geeft voorlichting/training over het signaleren van psychische klachten. Zo hebben zij voorlichtingen verzorgd in Hendrik-Ido-Ambacht en in Gorinchem voor scholen, wijkteams en jeugd professionals. Soms worden trainingen niet goed afgestemd en is het 'dubbel'. Zo werden docenten van Da Vinci getraind door Pharos en later ook door Yulius, wat veel overlap had. Yulius merkt dat deelnemers na een voorlichting/training soms nog meer behoefte hebben aan meer kennis (over de doelgroep, over behandelaanbod). De vraag is echter of meer kennis nodig is, of dat zij vooral gesprekstechnieken moeten leren zodat zij statushouders cultuursensitief kunnen doorverwijzen en een sociale kaart met cultuursensitieve zorg nodig hebben om goed te kunnen doorverwijzen.

Bij VluchtelingenWerk zijn meerdere keren trainingen gegeven aan de vrijwilligers over het signaleren van psychische klachten door Pharos/GGD. Ook het landelijke bureau van VluchtelingenWerk biedt diverse trainingen aan, maar voor vrijwilligers is de lange reisafstand daarnaar toe vaak een drempel. Regionale trainingen (zoals gegeven door Pharos/GGD) worden beter bezocht. Er is en blijft veel herhaling van dit soort trainingen nodig, soms ook weer net van ander gezichtspunt. Cultuursensitief werken krijgt wel aandacht bij VluchtelingenWerk, maar niet alle vrijwilligers pakken dat even goed op. Indien problemen gesignaleerd worden, moeten de professionals van VluchtelingenWerk de statushouders begeleiden bij doorverwijzing. Hiervoor zouden extra training gesprekstechnieken (cultuursensitief) waardevol zijn. Ook is er binnen VluchtelingenWerk aandacht voor het stellen van grenzen, vrijwilligers zijn geen hulpverleners. Toch blijft zelfzorg ook een aandachtspunt.

SDD geeft ook aan dat zij graag willen dat hun klantregisseurs getraind worden in cultuursensitief werken en in het herkennen van psychische klachten en hoe deze bespreekbaar te maken met statushouders. Carola Schrijvers (VNG) heeft wel voorlichting gegeven aan SDD klantregisseurs over het signaleren van psychische klachten. Maar er is behoefte aan hoe dit dan bespreekbaar te maken en hoe te zorgen voor warme overdracht en goede doorverwijzing.

Sociale wijkteam medewerkers krijgen allemaal basistrainingen en sommige medewerkers krijgen een specifieke trainingen. De meeste medewerkers zijn getraind in cultuursensitief werken. Het gaat echter om een houdingsaspect, sommige medewerkers zijn daar beter in dan anderen. Ook moet er een klik of vertrouwen zijn, dan komt er meer informatie los. De wijkteams hebben ook wel eens intermediairs (van NICCO) ingezet om te bemiddelen en bij taalbarrières te helpen. Er zijn echter te weinig intermediairs beschikbaar om altijd in te zetten indien nodig.

De medewerkers van ISK in Dordrecht hebben voldoende kennis en ervaring met de doelgroep en zij hebben ook cursussen gehad, waarbij bijv. het signaleren van psychische problemen in opgenomen was.

Welke trainingen zijn nog nodig in Dordrecht?

Hulpverleners moeten echt getraind worden in cultuursensitief werken. Een geïnterviewde zei dat eigenlijk alle medewerkers van de sociale wijkteams getraind moeten worden. Ook medewerkers van Veilig Thuis en GGZ hulpverleners zouden getraind moeten worden. In de training vooral de deelnemers laten ervaren hoe het voelt om zich niet begrepen te voelen.

Yulius geeft aan dat zij in het verleden veel experts in dienst hadden die cultuursensitief werkten. Door bezuinigingen zijn veel van deze experts vertrokken en nu zijn er slechts enkele experts over binnen de organisatie. De nieuwe jonge mensen zouden wel opnieuw getraind kunnen worden in cultuursensitief werken.

Een selecte groep professionals zou getraind moeten worden in *gesprekstechnieken* hoe zij met statushouders in gesprek kunnen over psychische problemen, zodat zij op cultuursensitieve wijze statushouders die hulp nodig hebben ook daadwerkelijk zo ver krijgen dat zij de stap naar psychische hulp zetten. Deze selecte groep zou ook voldoende kennis moeten krijgen over de Syrische en Eritrese culturen en de diversiteit ook binnen deze groepen. Ook zouden zij dan de nieuw te ontwikkelen sociale kaart moeten krijgen, zodat zij weten naar welke organisaties zij statushouders kunnen doorverwijzen.

Ook huisartsen zouden volgens de respondenten baat hebben bij signaleren van psychische klachten, omdat statushouders vaak met somatische klachten bij hen komen, terwijl er vaak psychische oorzaken aan ten grondslag liggen. Yulius zit in een expertgroep met huisartsen in de regio, waar mogelijk voorgesteld kan worden of op een regionale scholingsdag voor huisartsen wellicht aandacht aan dit thema gegeven kan worden.

3.5 Samenwerking

Positieve beïnvloeding van de gezondheid van statushouders vergt samenwerking van statushouders, buurtbewoners, welzijnswerk, vluchtelingenwerk, onderwijs, hulpverleners, de gemeenten en de GGD. In de interviews is gevraagd hoe de samenwerking verloopt in gemeente Dordrecht.

Meerdere respondenten geven aan dat vanwege het nieuwe inburgeringsbeleid er meer zal worden samengewerkt. Ook noemden zij dat dit project de samenwerking bevordert.

GGZ hulpverleners en huisartsen moeten cultuursensitief werken en zij moeten samenwerken om psychische klachten bij statushouders bespreekbaar te maken en zorgen dat zij passende zorg krijgen. Een geïnterviewde vertelde dat zij eerst een statushouder adviseerde om naar de huisarts te gaan om psychische hulp te krijgen, maar de statushouder kwam terug van de huisarts zonder verwijsbrief. Daarna is de geïnterviewde zelf mee geweest naar die huisarts, heeft de statushouder wederom haar eigen verhaal verteld (zonder inmenging van geïnterviewde) en toen kreeg ze wel een verwijsbrief. Dit voorval laat zien dat er ook een knelpunt zit bij huisartsen die niet altijd voldoende doorverwijzen. Een ander knelpunt is dat de GGZ hulpverleners vaak niet terugkoppelen naar de huisarts als een statushouder halverwege de behandeling stopt (drop out, of hoge no show). Dit knelpunt werd aangedragen door een huisarts in Dordrecht tijdens een klankbordgroep bespreking. Voor huisartsen in Dordrecht is een intercultureel zorgteam beschikbaar dat zij kunnen raadplegen als een statushouder bij hen komt en zij hen door taal- en cultuurbarrière onvoldoende kunnen helpen. De vraag is of alle huisartsen in Dordrecht optimaal gebruik maken van dit intercultureel zorgteam.

Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen Sociale Wijkteams en VluchtelingenWerk. VluchtelingenWerk zou tussentijds de 15 maanden begeleiding en aan het einde van de begeleiding (dus tweemaal) bij een sociaal wijkteam langs moeten gaan. Zodat de statushouder vertrouwt raakt met het wijkteam en daar dan later ook zelf naar binnen durft te stappen als hij of zij hulp nodig heeft. In de praktijk verloopt deze afspraak nog niet zo soepel. De wijkteams geven aan dat zij nauwelijks statushouders met iemand van

VluchtelingenWerk langs zien komen. Andersom geeft VluchtelingenWerk aan dat zij soms met een statushouder bij een wijkteam aankomen en dat de medewerker van het wijkteam dan vraagt “waarom komen jullie langs, wat is de hulpvraag? En als dan gezegd wordt dat er geen hulpvraag is, dat dan het antwoord is, dan hoeven jullie toch niet langs te komen? Of VluchtelingenWerk krijgt dingen terug, omdat zaken niet door een wijkteam zijn opgepakt. Deze samenwerking zal de komende tijd in de praktijk verbeterd kunnen worden, door alle medewerkers van de wijkteams op de hoogte te stellen en de vrijwilligers van VluchtelingenWerk aan te moedigen echt naar de wijkteams toe te gaan voor kennismaking. Samenwerking is soms ook lastig door veel wisselingen in personeel (dat was bijv. ook bij teamleiders van VluchtelingenWerk het geval).

Sociale wijkteams geven voorlichting op verschillende plekken over wat zij als wijkteam kunnen betekenen. Zo heeft iemand een voorlichting over het wijkteam gegeven bij R-Newt aan een Eritrese groep jongeren.

Het consultatiebureau is zeer behulpzaam volgens meerder respondenten. Zij helpen jonge gezinnen bij het krijgen van kleding voor de baby en babyspullen.

Samenwerking met Veilig Thuis / Vluchtelingenwerk lopen niet altijd goed is de ervaring van de Eritrese moedergroep begeleiders.

Vanuit de taalclub was er 3 keer sprake van een statushouder die op straat kwam te staan. In alle gevallen had de respondent contact opgenomen met Veilig Thuis om een signaal af te geven, zodat zij actie konden ondernemen. Veilig Thuis deed echter niets. Ter illustratie, toen een jonge vrouwelijke statushouder door huiselijk geweld op straat kwam te staan heeft de respondent op 1 dag 36 keer moeten bellen met diverse instanties die allemaal naar elkaar verwezen en aan het einde had deze vrouw nog steeds geen onderdak.

Veel medewerkers binnen organisaties hebben een te hoge caseload, waardoor zij onvoldoende tijd kunnen besteden aan het begeleiden van statushouders.

Soms zijn er wel afspraken gemaakt tussen organisaties, maar die worden niet nagekomen. Zo was er een AMV overleg, waar afspraken waren gemaakt, die in eerste instantie niet waren nagekomen.

De geïnterviewde werkzaam bij Yulius geeft aan dat hij in kleinere gemeenten zelf aan tafel zit in gesprek met gemeenten over wat nodig is aan preventieve interventies, voorlichting/trainingen en GGZ expertise die outreachend werkt (bijv GGZ expert van Yulius die in een sociaal wijkteam werkt). Yulius heeft ook aan gemeente Dordrecht voorgesteld om GGZ expertise van hen in te zetten in sociale wijkteams, maar dit voorstel is niet goedgekeurd. Ook heeft Yulius aan gemeente Dordrecht voorgesteld om preventieve interventies in te zetten zoals KOPP en Liever bewegen dan moe, maar de gemeente Dordrecht heeft dat helaas niet ingekocht.

MEE plus had contact met ING bank, waar veel statushouders hun bankzaken hebben ondergebracht. ING heeft een landelijk project waarbij zij mensen die rood staan een voorlichting/cursus kunnen geven over omgaan met geld, in samenwerking met een lokale organisatie die vervolgens de personen kunnen blijven begeleiden met geldzaken. De respondent vond dit een waardevolle cursus ook voor statushouders, en zij had het sociale wijkteam benaderd of zij met ING bank samen dit willen organiseren. Tot het moment van

het interview had de respondent echter geen antwoord van het wijkteam ontvangen of zij hieraan willen deelnemen.

De respondent die bij de taalclub werkte, gaf signalen van psychosociale problemen door aan SDD. Ze gingen er van uit dat SDD dan deze signalen oppakten en dat hun klantregisseurs hulp zouden gaan inschakelen i.s.m. de statushouder. Helaas bleek dat niet het geval. Uiteindelijk heeft de taalclub zelf de statushouders begeleidt naar (GGZ) hulp, door samen met een tolk mee te gaan naar de huisarts en te zorgen dat de huisarts ook doorverwijzing naar GGZ gaf. Ook ervaren veel statushouders tijdens de inburgering stress door de druk van de sociale dienst. Zij zijn bang dat hun uitkering wordt stopgezet. De statushouders kregen bijv. op vaste dagen les, maar soms moesten deelnemers wisselen van docent/les, omdat zij verplicht vrijwilligerswerk moesten doen op de lesdagen. Dit verstoort de stabiliteit van de les en dus de kwaliteit en voortgang van het Nederlands leren. Ook is het belangrijk dat de sociale dienst tijdens de inburgering rekening houdt met de psychische gezondheid van statushouders, welke eisen ze aan hen stellen m.b.t. tot (vrijwilligers)werk. Sommige klantregisseurs doen dat zeker, maar helaas niet alle regisseurs zijn flexibel. Regisseurs kennen vaak niet het persoonlijke verhaal van de statushouders, waardoor ze onvoldoende rekening kunnen houden met hun situatie.

Mogelijke verbeterpunten m.b.t. samenwerking:

Op dit moment wordt onvoldoende geïntegreerd gewerkt volgens meerdere respondenten. Een mogelijke oplossing om tot een structurele samenwerking te komen tussen betrokken ketenpartners in Dordrecht, zou de komst van een multidisciplinair overleg (MDO) zijn. Hier zou bijvoorbeeld casuïstiek besproken kunnen worden, waarbij ook afgestemd wordt welke organisatie/persoon de lead neemt om die casus te begeleiden en te monitoren. Meerdere respondenten stellen dat meer overleg tussen organisaties op casus niveau wellicht de samenwerking zou verbeteren.

Bijna alle respondenten geven aan dat een sociale kaart nodig is, waarin beschreven staat welke expertise waar aanwezig is, zodat professionals statushouders goed kunnen doorverwijzen.

Ook opperde een respondent dat er diverse taalaanbieders zijn en zij zouden bijv. bij veel verzuim moeten opmerken dat er mogelijk psychische problemen zijn bij statushouders. Deze taalaanbieders zouden ook moeten signaleren en deze gesignaleerde zaken ergens moeten kunnen bespreken.

Een respondent noemde dat outreachend werken met laagdrempelige manieren, zoals preventieve interventies (die cultuursensitief zijn, gericht op de doelgroep statushouders) en inzet GGZ expert bij sociale wijkteams of op andere laagdrempelige plekken een oplossing kunnen zijn om samenwerking te verbeteren en statushouders beter te bereiken.

Careyn (NICCO) heeft mediators die verschillende talen spreken. Dit zijn vrijwilligers en helaas is er geen budget dat zij echt betaald worden. De huidige mediators hebben diverse culturele achtergronden zoals Marokkaans, Somalisch, Eritrees. Het zou waardevol zijn als dit soort personen worden opgeleid tot cultural mediators (goede selectie is noodzakelijk, zodat ze professioneel en politiek neutraal werken). Ook moet er dan budget beschikbaar komen, zodat deze betaald worden voor hun inzet. Andere organisaties kunnen dan deze mediators inzetten als er vragen zijn, waarbij door taal- en cultuurbarrière een statushouder niet goed geholpen kan worden door een professional.

Sociale wijkteams geven aan dat meer samenwerking met zelforganisaties zoals moskeeën, de Somalische zelforganisatie, de Eritrese kerk in Rotterdam mogelijk een bijdrage kunnen leveren. Dit soort organisaties hebben veel invloed op grote groepen statushouders.

Bij gevaarlijke casussen zou er meer samenwerking moeten zijn. Bijv. Als iemand via crisisdienst bij Yulius is geweest, dan zou daarna als iemand weer thuis is, die persoon thuis bezocht moeten worden. Bij voorkeur door een psycholoog die ambulante behandelt, omdat die persoon niet vrijwillig zelf naar de psycholoog toegaat. Of in dat geval samenwerking tussen GGZ en bijv. sociale wijkteam of buurtwerk die huisbezoek kan afleggen.

3.6 Verbeterpunten

Respondenten hebben de volgende verbeterpunten of suggesties genoemd:

Huisbezoeken

Het zou goed zijn als er een organisatie huisbezoeken (samen met intermediair of tolk die de taal spreekt) zou afleggen bij statushouders. Zo zouden veel psychosociale problemen signaleerd kunnen worden.

Monitoring en aandachtsfunctionarissen

Ook zou er monitoring moeten zijn om bij signalen te blijven polsen of het goed gaat. Deze monitoring zou door een 'onafhankelijke' organisatie gedaan moeten worden (die geen sancties kan opleggen aan statushouders) en door een organisatie die daar ook voldoende menskracht (geen hoge caseload) voor beschikbaar krijgt. Een suggestie die genoemd is, om een regionaal zorgplein te maken, zodat deze monitort of statushouders de passende zorg krijgen.

Iemand gaf het advies om per organisatie speciale aandachtsfunctionarissen aan te stellen die meer weten van de doelgroep statushouders, die cultuursensitief werken, die de sociale kaart kennen. Deze aandachtsfunctionarissen moeten elkaar weten te vinden (evt via een vast (MDO) overleg, casuïstiek bespreken).

Zorg dat er in Dordrecht een contactpersoon is die alles weet over de sociale kaart en die geraadpleegd kan worden door professionals die psychosociale problemen bij statushouders signaleren. Zorg dat er een consultatiepunt/casuïstiek overleg komt waar complexe casussen besproken kunnen worden (bijv. in een MDO overleg), zodat er passend advies volgt.

Hulpverleners hebben extra tijd nodig om statushouders goed te kunnen bedienen. Dit geldt voor alle hulpverleners, van huisartsen tot sociale wijkteams etc.

Persoonlijk begeleider

Eritreeërs hebben vooral behoefte aan een vertrouwenspersoon, die met hen mee gaat langs diverse loketten of organisaties. Voor Eritrese statushouders is het hebben van vertrouwen essentieel, vaak hebben zij wantrouwen naar organisaties. Zij vinden het ingewikkeld dat er zoveel verschillende organisaties zijn. Een persoonlijk begeleider die zij vertrouwen en die met hen mee gaat naar gesprekken, zou een grote oplossing zijn voor de

Eritrese statushouders. Deze begeleider zou dan ook voorafgaand aan het gesprek de organisatie kunnen opbellen en de casus alvast uitleggen zodat er begrip is bij de organisatie. Tegelijk kan de begeleider de statushouder voorbereiden. Als het gesprek geweest is, moet er vooral na gebeld worden of de organisatie en de Eritrese statushouder beiden de gemaakte afspraken zijn nagekomen. Deze regiefunctie vraagt dus veel tijd, maar is nodig om Eritreeërs te ondersteunen zolang ze nog niet zelfredzaam zijn.

Preventie /voorlichting

Er is meer preventie nodig. Zet preventieve interventies in die laagdrempelig en cultuursensitief zijn. Preventieve cursussen zouden heel goed ingebed kunnen worden in de taallessen die verplicht zijn. (bijv. Via nieuwe wet inburgering). Bijv. Psycho-educatie om te leren omgaan met stress en met emoties, zodat de psychische gezondheid van statushouders verbetert. Maar ook preventie door bewegingsprogramma's, opvoedingsondersteuning etc.

Hoewel Dienst Gezondheid en Jeugd in het profiel adviseert dat er voorlichting wordt gegeven aan statushouders (over psychische gezondheid, seksuele gezondheid, mondzorg, het belang van beweging en goede voeding, en over de risico's van roken en alcohol en drugs), zijn in Dordrecht beperkt specifieke gezondheidsvoorlichtingen aan statushouders gegeven. Er zijn wel algemene voorlichtingen aan groepen statushouders gegeven door VluchtelingenWerk, o.a. via de participatieverklaringstrajecten. Ook heeft het wijkteam i.s.m. R-newt voorlichting gegeven aan jong volwassen statushouders.

Tevens wordt er voorlichting in eigen taal gegeven aan Eritrese statushouders. Sinds 2017 is er ondersteuning van een Eritrese moedergroep in Dordrecht en sinds eind 2018 zijn er bijeenkomsten voor Eritrese mannen, beiden in eigen taal. Bij deze Eritrese groepen komen diverse thema's aan bod, waaronder gezondheid. Tevens is er in november 2018 een bijeenkomst voor een Eritrese groep begeleid door de bruggenbouwer.

Er is echter geen structurele inbedding van gezondheidsvoorlichting over bepaalde thema's aan statushouders. Geadviseerd worden om de voorlichtingen te laten verzorgen door iemand uit de doelgroep die getraind is hierin zoals sleutelpersonen, cultural mediator, VETC-ers (voorlichters eigen taal en cultuur). DGJ adviseert o.a. voorlichting over psychische gezondheid, aangezien veel statushouders veel hebben meegemaakt in oorlogsgebieden en tijdens de vlucht. Veel Syriërs roken en diabetes komt onder deze groep ook veelvuldig voor. Voorlichting geven over deze twee gezondheid thema's is belangrijk. Ditzelfde geldt voor het risico van alcohol en drugs. Seksuele voorlichting zou eigenlijk verplicht gegeven moeten worden, zeker aan Eritreeërs. Er is veel sprake van ongewenste zwangerschappen en jonge alleenstaande mannen (zowel Syrisch als Eritrees) hebben soms wisselende seksuele contacten zonder bescherming.

Opleiden en inzetten van sleutelpersonen

Er zijn in Dordrecht wel intermediairs beschikbaar via NICCO, maar zij krijgen niet betaald en zijn niet opgeleid. Het zou heel waardevol zijn om enkele Arabisch en Tigrinya sprekende intermediairs op te leiden tot sleutelpersonen. Zij zouden betaald moeten krijgen voor hun inzet bij het vertalen en zij kunnen een rol krijgen bij het zorgen van een warme overdracht zodat statushouders daadwerkelijk de stap naar (psychische) zorg zetten. Diverse organisaties kunnen deze sleutelpersonen inzetten indien nodig.

Support voor Eritreeërs

Bij Eritreeërs is de kerk een belangrijke bron van steun. De geestelijke leiders van de Eritrese kerk zijn invloedrijk en zij zouden hun sociaal-maatschappelijke rol moeten oppakken. Indien mogelijk de geestelijk leider trainen met uitleg over zorg in Nederland, over psychische problemen.

Eritrese vrouwen geven aan dat ze graag willen sporten. Ze willen wel, maar ze hebben geen geld ervoor en ook kinderopvang is een probleem. Er is in een wijk in Dordrecht nu wel een sportgroep voor Eritrese mannen, maar niet voor vrouwen.

Betrek familieleden

Een advies van een respondent aan GGZ instellingen: betrek familieleden van statushouders als iemand behandeld wordt. Familieleden kunnen veel informatie geven en het brengt ook rust aan de familieleden als zij betrokken worden. Bovendien heeft vaak het gedrag van iemand die psychische klachten heeft, groot effect op het gezin. Die hebben wellicht ook ondersteuning nodig om hun problemen te verwerken.

Nieuwe inburgering

Bij de nieuwe inburgering is belangrijk dat niet alleen de focus is om snel aan werk te komen. Veel commerciële taalaanbieders beloven dat zij op A1 niveau ook de statushouders werknemersvaardigheden aanleren, maar dit is onrealistisch, omdat het veel te hoog gegrepen is. De eerste periode van A niveau moet vooral gericht worden om de zelfredzaamheid te vergroten (en niet gericht op werk). Bij de taallessen ook voorlichting en preventieve lessen inbouwen (voorlichting over psychische gezondheid, seksuele voorlichting, roken/alcohol/drugs, diabetes, overgewicht, gezonde voeding etc.).

4. Uitkomsten interviews met statushouders in Dordrecht

Er zijn 5 Syrische en 5 Eritrese statushouders geïnterviewd die in Dordrecht wonen (allen in Dordrecht komen wonen na 2015). De interviews zijn afgenomen in eigen taal, door een onafhankelijke interviewer, allen zijn opgeleide Mind-Spring trainers en als ZZP'er actief. Er is een Syrische mannelijke interviewer ingezet en een mannelijke en vrouwelijke Eritrese interviewer, allen zijn woonachtig buiten Dordrecht. De interviews vonden plaats op een laagdrempelige locatie (bijv. kantoor VluchtelingenWerk).

4.1 Syrische statushouders

Er zijn 2 Syrische mannen (van 32 en 52 jaar) geïnterviewd. Beide mannen zijn begin 2017 in Dordrecht komen wonen. De gezinshereniging is bij beide mannen inmiddels gelukt, hun vrouw en kinderen zijn nu in Nederland. Een man heeft universiteit in Syrië gedaan, de andere man heeft middelbare school gedaan.

Er zijn 3 vrouwen (allen tussen 28 en 30 jaar) geïnterviewd. Twee van hen zijn begin 2017 als gezinshereniger hierheen gekomen en zijn gelijk in Dordrecht komen wonen bij hun man. 1 van hen had al 2 kinderen die met haar meegekomen zijn uit Syrië. Ze heeft in Nederland nog een baby gekregen. De andere vrouw heeft in Nederland een baby gekregen. 1 dame is hierheen gevlucht en zij is vrijgezel. Zij is in 2016 in Dordrecht komen wonen. Twee vrouwen zijn universitair geschoold in Syrië en 1 dame had middelbare school afgerond in Syrië.

Het taalniveau van de 5 statushouders varieert tussen B1 en A2; drie personen spraken Engels toen zij naar Nederland kwamen.

Alle respondenten geven aan dat zij door VluchtelingenWerk goed geholpen werden. Er hebben 2 personen meegedaan aan het introductieprogramma van de Taalclub en daar zijn ze tevreden over, vooral omdat het soms in het Arabisch was. Twee respondenten zijn nooit bij het sociaal wijkteam geweest, 3 personen wel. Twee personen geven aan dat zij daar goed geholpen zijn, 1 persoon gaf aan dat ze niet de hulp kreeg die ze daar vroeg.

Waar de respondenten zich allemaal zorgen om maken, is om (passend) werk te vinden en zelf voldoende financiën te verdienen. Veel deelnemers doen al vrijwilligerswerk of soms via SDD betaald werk, maar ver beneden hun niveau (bijv. afval sorteren). Ze willen allemaal heel graag passend werk vinden en hebben hier meer hulp bij nodig. Gekoppeld aan het zoeken naar werk, is ook de zorg om financiën die respondenten hebben.

Twee personen noemden ook hun zorg of de kwaliteit van /toegang tot gezondheidszorg in Nederland wel goed is. Beiden hadden vervelende ervaringen meegemaakt in de zorg (bij huisarts), waardoor ze twijfelen aan de zorg in Nederland. Ook maken drie respondenten zorgen om de toekomst van hun kinderen en/of de opvoeding. 1 persoon maakt zich grote zorgen om haar man, die analfabeet is en daardoor moeilijk Nederlands kan leren en ze is bang dat hij geen werk vindt.

De antwoorden op de vragen over de gezondheid:

Vraag/antwoord Syriërs Dordrecht	Nee	Soms	Ja
Heeft u één of meerdere langdurige ziekten, handicaps of gezondheidsproblemen?	5	0	0
Kon u in de afgelopen vier weken door uw lichamelijke gezondheid of door pijn bepaald werk of bepaalde bezigheden niet doen?	5	0	0
Rookt u?	3	0	2
Voelde u zich erg zenuwachtig?	1	2	2
Zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?	2	2	1
Voelde u zich kalm en rustig?	0	2	3
Voelde u zich neerslachtig en somber?	4	1	0
Voelde u zich gelukkig?	1	0	4

Vraag/antwoord:	Nooit	Soms	Vaak
Heeft u vaak hoofdpijn?	2	3	
Heeft u problemen met slapen?	2	3	
Heeft u ongewenste beelden of dromen over nare dingen die u heeft meegemaakt?	1	1	3
Heeft u intense gevoelens van pijn, verdriet of rouw omdat u iemand bent verloren?	2		3

Over het sociale netwerk dat deze statushouders hebben, 3 respondenten hebben contact met burens (2 personen niet). Vier respondenten hebben 1 tot 5 Nederlandse vrienden, 1 persoon gaf aan geen vrienden te hebben. Vier respondenten doen vrijwilligerswerk, 1 persoon wilde dat graag doen, maar heeft nog geen passende plek gevonden. 1 respondent gaat soms naar de moskee, de andere 4 gaan niet naar de moskee.

Als respondenten iets niet weten, dan vragen zij diverse personen/organisaties om hulp. Genoemd werd: kennissen of vrienden, VluchtelingenWerk, Home Start, kerk, het wijkteam.

Advies dat respondenten gaven over wat statushouders nodig hebben: 2 personen noemden dat er uitleg gegeven moet worden over ons zorgstelsel, 1 persoon noemde dat er tolken nodig zijn in de zorg, 1 persoon gaf aan dat nieuwkomers hulp nodig hebben om passend werk te vinden en 1 persoon gaf aan dat de bureaucratie in Nederland heel lastig is.

4.2 Eritrese statushouders

Er zijn 3 Eritrese mannen (van 27, 31 en 33 jaar) geïnterviewd. Een persoon is in de zomer van 2017 in Dordrecht komen wonen, hij was samen met zijn vrouw gevlucht. Een man kwam in het voorjaar van 2017 in Dordrecht, hij heeft NIET op een AZC gewoond, want zijn vrouw was al eerder naar Nederland gevlucht en hij kwam als gezinshereniger. Een man is in maart 2016 in Dordrecht komen wonen, zijn vrouw kwam later als gezinshereniger bij hem. Alle mannen hebben kinderen. Twee mannen hebben ook een baby die in Nederland is geboren. Een man is in Nederland gescheiden, de kinderen wonen bij hun moeder in een andere gemeente. Een man heeft universiteit in Eritrea gedaan, de andere mannen hebben middelbare school gedaan.

Er zijn 2 Eritrese vrouwen (21 en 31 jaar) geïnterviewd. De jongste vrouw is als AMV-er, zonder ouders in Nederland gearriveerd en heeft op een woongroep voor AMV-ers gewoond. Begin 2016 kwam zij zelfstandig in Dordrecht wonen. Deze dame woont nu samen en heeft een kind van 1 jaar (die in Nederland geboren is). De andere vrouw is eind 2016 als gezinshereniger hierheen gekomen en zij is samen met haar kinderen gelijk in Dordrecht komen wonen bij haar man. Drie van haar kinderen zijn uit Eritrea meegekomen (1 dochter van 12 jaar woont nog in Eritrea). Ze heeft in Nederland nog een baby gekregen. Beide vrouwen hadden in Eritrea een middelbare school gevolgd. Het taalniveau van de 5 Eritrese statushouders varieert tussen B1 en A2; drie personen spraken Engels toen zij naar Nederland kwamen.

Een respondent geeft aan dat hij door VluchtelingenWerk goed geholpen werd. Vier statushouders waren negatief over Vluchtelingenwerk. 1 persoon was zeer negatief over Vluchtelingenwerk, want doordat zij een formulier verkeerd hadden ingevuld, raakte de statushouder in ernstige financiële problemen. Ook kreeg deze persoon slechts 3 maanden hulp van VWN. Een andere statushouder gaf aan dat hij niet tevreden was over VluchtelingenWerk, omdat er geen tolk was, en de meeste personen daar geen antwoord op zijn vragen konden geven. Weer een andere statushouder gaf aan dat zij niet goed geholpen werd door VWN. Een laatste respondent geeft aan dat zij helemaal geen hulp kreeg, ook niet van Vluchtelingenwerk.

Er hebben 2 Eritrese respondenten meegedaan aan het introductieprogramma van de Taalclub. Daarbij was 1 respondent negatief over de taalclub, omdat zij het niet eerlijk vond dat de docent veel Arabisch sprak en zij dat niet kon volgen.

Alle 5 Eritrese respondenten zijn bij het sociaal wijkteam geweest. Vier personen zijn goed geholpen door het wijkteam. Een respondent geeft aan dat de communicatie met het wijkteam moeizaam verloopt, zij voelt zich niet begrepen door het wijkteam. Zij ontvangt vooral veel hulp via Eritrese moedergroep, van Careyn. Een respondent doet mee aan de Eritrese mannengroep en twee respondenten doen mee aan de Eritrese vrouwengroep. Allemaal zijn ze zeer positief over deze groepen, zij hebben daar heel veel hulp ontvangen.

Waar de respondenten zich allemaal zorgen om maken, is om (passend) werk te vinden en zelf voldoende financiën te verdienen. Twee personen willen graag opleiding doen, en maken zich zorgen of dat gaat lukken (1 persoon is ouder dan 30 jaar en mag geen opleiding doen). Veel deelnemers doen al vrijwilligerswerk of soms via SDD betaald werk, maar ver beneden hun niveau (bijv. afval sorteren). Ze willen allemaal heel graag passend werk vinden en hebben hier meer hulp bij nodig. Gekoppeld aan het zoeken naar werk, is ook de zorg om financiën die respondenten hebben.

Een persoon noemde ook hun zorg of de kwaliteit van /toegang tot gezondheidszorg in Nederland wel goed is. Hij had een vervelende ervaring meegemaakt bij huisarts, waardoor hij twijfelt aan de zorg in Nederland. Ook maakt een respondenten zich zorgen dat zij op de school van haar kinderen niet goed duidelijk kan maken wat zij vindt (omdat haar Nederlands niet goed genoeg is). De jongste respondent die als AMV naar Nederland kwam, mist haar ouders enorm (die wonen nog in Eritrea). Een persoon heeft enorme honger geleden meerdere maanden, omdat de uitkering niet op tijd in orde was (door een fout van de gemeente). Nog steeds heeft zij geld problemen en afgelopen maand zelfs de huur niet kunnen betalen, omdat ze geen toeslag heeft ontvangen.

De antwoorden op de vragen over de gezondheid:

Vraag/antwoord Eritreeërs Dordrecht	Nee	Ja
Heeft u één of meerdere langdurige ziekten, handicaps of gezondheidsproblemen?	5	0
Kon u in de afgelopen vier weken door uw lichamelijke gezondheid of door pijn bepaald werk of bepaalde bezigheden niet doen?	5	0
Rookt u?	5	0

Vraag/antwoord Eritreeërs Dordrecht:	Nooit	Soms	Vaak
Heeft u vaak hoofdpijn?	3	2	0
Heeft u problemen met slapen?	2	3	0
Heeft u ongewenste beelden of dromen over nare dingen die u heeft meegemaakt?	3	2	0
Heeft u intense gevoelens van pijn, verdriet of rouw omdat u iemand bent verloren?	2	3	0

Vraag/antwoord Eritreeërs Dordrecht	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Meestal	Voortdurend
Voelde u zich erg zenuwachtig?	2	2	1	0	0	0
Zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?	2	2	0	1	0	0
Voelde u zich kalm en rustig?	0	0	0	2	3	0
Voelde u zich neerslachtig en somber?	0	3	1	0	1	0
Voelde u zich gelukkig?	0	0	0	3	1	0

Vraag/antwoord Eritreeërs Dordrecht	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Meestal	Voortdurend
Voelde u zich erg zenuwachtig?	2	2	1	0	0	0
Zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?	2	2	0	1	0	0
Voelde u zich kalm en rustig?	0	0	0	2	3	0
Voelde u zich neerslachtig en somber?	0	3	1	0	1	0
Voelde u zich gelukkig?	0	0	0	3	1	0

Over het sociale netwerk dat deze statushouders hebben, 4 Eritrese respondenten hebben contact met burens (1 persoon niet). Vier respondenten hebben 1 tot 5 Nederlandse vrienden, 2 respondenten gaven aan geen Nederlandse vrienden te hebben. Twee Eritrese respondenten doen vrijwilligerswerk, 1 persoon wilde dat graag doen, maar heeft nog geen passende plek gevonden. Alle respondenten gaan af en toe naar de Eritrese kerk in Rotterdam.

Als respondenten iets niet weten, dan vragen zij diverse personen/organisaties om hulp. Genoemd werd: burens of vrienden, de Eritrese moedergroep, het wijkteam.

Advies dat respondenten gaven over wat statushouders nodig hebben: 1 persoon gaf aan dat er meer informatie in eigen taal gegeven moet worden aan Eritrese nieuwkomers. Hij vertelde dat er twee Eritrese mensen in Dordrecht zelfmoord hebben gepleegd, omdat zij psychische problemen hadden en niet geholpen werden. Ook een andere respondent gaf aan de Eritreeërs zware problemen hebben, en dat zij hulp in eigen taal nodig hebben. Een ander gaf aan dat Eritreeërs vooral behoefte hebben aan praktijkgerichte ervaring, geen theorie. Twee personen gaven aan dat Eritreeërs extra hulp nodig hebben om werk te vinden. Een persoon gaf aan dat alle regels en formulieren in Nederland heel lastig zijn, dat zij niet wil dat de gemeente een boete oplegt als er een formulier verkeerd is ingevuld, maar dat de gemeente dan helpt. Ook gaf die persoon aan dat er betere hulpverleners nodig zijn, die Eritrese mensen begrijpen.

5. Conclusies en aanbevelingen

Allereerst is het belangrijk om te vermelden dat het thema psychosociale ondersteuning aan statushouders complex is en dat veel factoren een rol spelen. Door deze complexiteit, is het lastig om een korte samenvatting te geven. Een beknopte samenvatting zou afbreuk doen aan de complexiteit en veelheid van factoren die met elkaar te maken hebben. We bevelen aan om dit gehele rapport te lezen, om een goed beeld te krijgen hoe de psychosociale ondersteuning aan statushouders op dit moment verloopt in gemeente Dordrecht. Hieronder worden aanbevelingen gedaan, maar deze zijn niet los te zien van de uitgebreide resultaten zoals ze in dit rapport beschreven staan.

5.1 Conclusies psychosociale problemen Dordtse statushouders

Gebaseerd op de interviews met 5 Syrische en 5 Eritrese statushouders in gemeente Dordrecht, kunnen we concluderen dat er duidelijke signalen zijn dat een deel van de statushouders psychische klachten heeft.

Opvallend is dat 2 personen aangeven dat zij zich vaak erg zenuwachtig voelen en nog 3 anderen geven aan dat zij soms erg zenuwachtig zijn. Op de vraag of de respondent zo erg in de put zit dat niets hem of haar kon opvrolijken geven 2 personen aan dat dat vaak zo is en 2 personen geven aan dat dit soms zo is. Twee personen voelden zich soms neerslachtig en somber en 1 statushouder zegt meestal neerslachtig en somber te zijn.

Zes personen hebben soms problemen met slapen. Drie personen geven aan dat zij vaak last van ongewenste beelden of dromen hebben over nare dingen die zij hebben mee gemaakt en drie personen geven aan dat zij soms die ongewenste beelden hebben. Eveneens drie personen geven aan vaak intense gevoelens van pijn, verdriet of rouw te hebben omdat ze iemand zijn verloren en drie anderen geven aan dat soms te ervaren. In een open vraag antwoordde een Eritrese respondent dat er twee Eritrese mensen in Dordrecht zelfmoord hebben gepleegd, omdat zij psychische problemen hadden en niet geholpen werden. Ondanks dat de geïnterviewde groep klein is (10 personen), zijn bovengenoemde uitkomsten duidelijke indicaties dat Syrische en Eritrese statushouders met psychische problemen kampen.

Uit de interviews met de stakeholders in Dordrecht, blijkt ook dat zij signaleren dat statushouders psychische klachten hebben. Signalen die professionals herkennen bij statushouders die op psychosociale problematiek wijzen zijn:

Slaapproblemen, concentratieproblemen, verdriet om dierbaren die ze zijn verloren (rouw), angst/zorgen om achtergebleven familie in herkomstland/vluchtelingenkamp. Veelal zijn er fysieke klachten die statushouders noemen, zoals hoofdpijn, buikpijn, stress, moe zijn. Professionals die veel met statushouders werken en hun vertrouwen hebben, zien dat er onder deze somatische klachten vaak psychische oorzaken liggen, zoals angst, depressie en/of trauma's.

Ook tekenen zoals extreem zweten, heel zenuwachtig of schrikachtig zijn, neerslachtig, een afwezige blik in de ogen, hyperventileren, flauwvallen, paniekaanval worden door professionals gesignaleerd, die duiden op psychische problemen. Tevens is het zorgwekkend dat het gebruik van verdovende middelen (drugs, alcohol) om problemen te verdoven, wordt gesignaleerd door professionals onder (voor jonge alleenstaande) statushouders. Een ander zorgwekkend signaal is het feit dat er veel relatieproblemen (o.a. scheidingen, spanning tussen man/vrouw, discussie over opvoeding, huiselijk geweld)

spelen bij statushouders. Tot slot zijn problemen met burens (geluidsoverlast of ruzie) nog een signaal van psychosociale problemen.

Een heldere conclusie is dat de meeste statushouders niet zelf komen met een duidelijke hulpvraag, zeker niet op het gebied van psychosociale ondersteuning. Meestal komen zij met praktische hulpvragen, hoe zaken in Nederland werken. Veel vragen zijn er rondom huisvesting, rondom hun financiën (soms schulden), het vinden van (passend, betaald) werk. In de beginfase als mensen net in de gemeente wonen zijn er ook veel praktische vragen zoals de zorgverzekering regelen, een passende taalschool of een school voor hun kinderen vinden. Hier volgt een overzicht van de meest gestelde hulpvragen cq. stressoren die statushouders zelf noemen:

Stressoren/ hulpvragen:

- Werk: Stressoren die statushouders zelf aan geven, zijn zorgen om passend werk te vinden, angst dat het niet gaat lukken om een baan te vinden. Alle geïnterviewde statushouders maken zich zorgen om het vinden van werk.
- Financiën: gekoppeld aan werk, is ook de grote zorg om voldoende financiën. Veel statushouders hebben schulden. Of ze kunnen net aan rondkomen maar willen juist graag werk vinden om voldoende eigen inkomsten te genereren.
- Opleiding: sommige statushouders maken zich zorgen of zij wel een opleiding kunnen doen/ kunnen halen (extra aandacht voor mensen die net ouder zijn dan 30 jaar).
- Gezinshereniging: statushouders hebben vaak grote zorgen om familie die zij in herkomstland hebben achtergelaten. Onzekerheid over gezinshereniging geeft veel stress.
- Druk op inburgering: de druk die statushouders ervaren om in 3 jaar tijd in te burgeren (en dat zij anders de lening terug moeten betalen) geeft veel stress.
- Opvoeding/toekomst kinderen: statushouders maken zich vaak zorgen op de voeding van hun kinderen (tussen twee culturen) en om de toekomst van hun kinderen.
- Toegang tot/kwaliteit van zorg: statushouders hebben vaak moeite om ons zorgsysteem te begrijpen (toegang) en bij de geïnterviewde statushouders waren er ook zorgen over de kwaliteit van de zorg (door negatieve ervaringen bij de huisarts).
- Huisvesting: statushouders hebben ook regelmatig vragen over huisvesting, soms wanneer hun gezin is overgekomen en zij nog in een te kleine woning verkeren, soms door andere omstandigheden.

Om er voor te zorgen dat psychosociale problemen bij statushouders in Dordrecht tijdig gesignaleerd worden en dat zij ook de passende zorg krijgen in Dordrecht volgen hieronder diverse aanbevelingen. In deze aanbevelingen zijn verbeterpunten verwerkt, die zowel geïnterviewde professionals als de geïnterviewde statushouders hebben genoemd.

5.2 Aanbevelingen

Gebaseerd op alle informatie, volgen hier de aanbevelingen, zodat de psychosociale ondersteuning van statushouders in regio Dordrecht verbeteren. De aanbevelingen sluiten aan bij de blokkades zoals deze eerder benoemd zijn.

Figuur 1: blokkades waardoor statushouders niet tijdig psychische hulp ontvangen:



Om bovengenoemde blokkades op te lossen zijn er meerdere acties nodig. Als eerste is er een integrale visie en aanpak nodig, waardoor regie en ketensamenwerking gerealiseerd wordt.

Figuur 2: Aanbevelingen om de psychosociale ondersteuning te verbeteren



Hieronder worden deze aanbevelingen toegelicht.

5.2.1. Een integrale visie en aanpak

We adviseren de gemeente Dordrecht en de betrokken ketenpartners om een integrale visie en aanpak te maken, waarin beschreven staat op welke wijze de gemeente Dordrecht in samenwerking met betrokken organisaties de statushouders in Dordrecht ondersteunen. Daarbij is het uitgangspunt de statushouder, die op meerdere domeinen (taal, inburgering, werken en inkomen, participatie, huisvesting, zorg en welzijn etc.) ondersteuning nodig heeft. Gemeente Dordrecht heeft in 2016 een visie en aanpak opgesteld, wat geformuleerd staat in het document 'Nieuw in de stad'; een aanpak gericht op snelle en duurzame integratie en participatie van statushouders. Het advies is om de bestaande aanpak uit 2016 door te ontwikkelen, waarbij nadrukkelijk de uitkomsten van dit onderzoek m.b.t. psychosociale problematiek integraal onderdeel uitmaken. Gezondheid en zorg zat ook al in het beleid van 2016, maar dat deel was toen wat oppervlakkig aangezien er nog weinig

bekend was op dat moment. De doorontwikkeling van de bestaande aanpak uit 2016 is tevens nodig door de nieuwe rol van gemeenten in de nieuwe wet inburgering.

In de handreiking “*Regie en ketensamenwerking rond de gezondheid van statushouders*” die het Ondersteuningsprogramma Gezondheid Statushouders heeft ontwikkeld staat het volgende beschreven:

“De ontwikkeling van de gezondheid van statushouders wordt in sterke mate bepaald door preventie, tijdige signalering en behandeling van gezondheidsproblemen en het actief inzetten op participatie en versterken van veerkracht. Voor het welzijn en de gezondheid van statushouders is van groot belang dat zij actief mee kunnen doen in de Nederlandse samenleving. Hoe langer ze langs de zijlijn staan - door bijvoorbeeld taalbarrières - hoe groter de kans op isolement en daarbij behorende gezondheidsklachten (Kennissynthese II Pharos). Omgekeerd kunnen gezondheidsproblemen een voorspoedige integratie en participatie in de weg staan. Zo spelen medische en psychische problemen een rol bij de huidige uitval bij de verplichte inburgering.

Bevorderen van gezondheid vraagt meer dan de traditionele gezondheidsbevordering die zich vooral richt op het beïnvloeden van leefstijl. Een bredere en integrale aanpak is nodig (zie figuur 1) gericht op zaken die de gezondheid beïnvloeden zoals het leren van de taal, tijdige signalering en preventie van gezondheidsproblemen, toegankelijkheid en kwaliteit van voorzieningen en ondersteuning. Ook het versterken van eigenkracht is van belang, bijvoorbeeld door statushouders te stimuleren tot opleiding, (vrijwilligers)werk of andere vormen van participatie. Uit onderzoek blijkt dat participatie een van de sleutels is tot gezondheid.



Figuur 1: Aangrijpingspunten voor een integrale benadering van gezondheid. (Bron: www.gezondin.nu)

Door de domeinen te koppelen in de aanpak is winst te behalen. Veel gemeenten hebben in het kader van de decentralisaties een visie ontwikkeld op een integrale aanpak in het sociale domein of hebben een integraalgezondheidsbeleid. Deze visie en dit beleid kunnen ook gebruikt worden voor de aanpak van de gezondheid van statushouders. Soms kan er ook aangesloten worden bij het beleid voor (andere) kwetsbare groepen. (...)

Als opdrachtgever kunt u met partijen het gesprek aangaan over hoe zij statushouders bereiken, welke bijdrage zij leveren aan het versterken van de gezondheid of zelfredzaamheid en wat zij daarvoor nodig hebben. Vanuit deze rol kunt u ook stimuleren dat

deze nieuwe burgers zelf betrokken worden, zodat alle ketenpartners weten welke behoeften en ideeën statushouders zelf hebben”. (Pharos, 2017)

Gemeente Dordrecht heeft al diverse afspraken gemaakt met de ketenpartners over hoe zij statushouders bereiken en welke bijdrage zij leveren aan het versterken van gezondheid of de zelfredzaamheid. Deze gemaakte afspraken kunnen worden opgenomen in de integrale visie, de doorontwikkeling van de bestaande aanpak uit 2016. De uitkomsten en aanbevelingen van dit rapport kunnen input leveren aan het doorontwikkelen van de bestaande aanpak uit 2016. Deze doorontwikkeling zal plaatsvinden door middel van de uitwerking van de nieuwe wet inburgering. Daarbij kan de gemeente de organisaties met wie zij een subsidie relatie, heeft sturen om op dusdanige wijze te werken, dat zij ook statushouders goed bedienen (door bijv. outreachend en cultuursensitief te werken). De gemeente kan faciliterend optreden door in samenwerking met ketenpartners onderstaande aanbevelingen op te pakken.

5.2.2. Samenwerking: goed afstemmen, vorm een MDO

Om de samenwerking en afstemming tussen de ketenpartners te bevorderen, is het advies om een MultiDisciplinair Overleg (MDO) te formeren. De exacte vorm en inhoud kan besproken worden met de ketenpartners die deelnemen, maar als basis kunnen in dit overleg diverse casuïstiek ingebracht worden, van zorgwekkende signalen die door medewerkers worden opgevangen rondom bepaalde statushouders. De frequentie van samenkomsten, en welke partijen deelnemen aan dit overleg is nader te bepalen door de klankbordgroep. Evt zou een werkbezoek gebracht kunnen worden aan het MDO overleg dat in Haarlem voor statushouders is opgezet om te zien wat de werkwijze en meerwaarde er van is.

Het MDO zou door 1 organisatie/persoon getrokken moeten worden: die is voorzitter, stuurt de uitnodiging, maakt de agenda en notulen/actielijst. Alle betrokken partners nemen actief deel en zullen de opvolging van acties onderling verdelen, naar gelang de casuïstiek. Het MDO kan gebruik maken van de nieuwe sociale kaart die ontwikkeld is. In het geval dat een casuïstiek te complex is, kan iemand van het MDO de casus gratis voor advies voorleggen aan ARQ Kenniscentrum Migratie. Blokkades waardoor statushouders niet tijdig de juiste passende zorg ontvangen, kunnen via het MDO overleg gesignaleerd worden en vervolgens geagendeerd worden op de agenda van de klankbord groep.

In de klankbordgroep in juli 2019 is besloten om op dit moment geen MDO te vormen, maar om eerst bij bestaande overleggen te kijken of er voldoende aandacht is voor de doelgroep statushouders. Het voorstel is dat elke partij de verantwoordelijkheid neemt om af te stemmen met andere organisaties die mogelijk meer informatie hebben over een statushouder waar zorgen om zijn. Ook is het verzoek om elkaar als organisaties actief uit te nodigen. Over een half jaar (eind 2019) wordt geëvalueerd of de samenwerking en afstemming rondom statushouders voldoende verloopt of dat het instellen van een MDO toch wenselijk is.

Aanvullend is het advies om de gevormde klankbordgroep (t.b.v. dit project) minimaal 2 tot 3 keer per jaar te laten voortbestaan, ook na afloop van het project.

5.2.3. Monitoring en aandachtfunctionarissen

Monitoring: een systeem en een contactpersoon

Ook zou er structurele monitoring moeten zijn om bij signalen te blijven polsen of het goed gaat met een statushouder. Deze opvolging dient ertoe om dat statushouders ook na verwijzing gevolgd blijven worden, om te volgen of de hulp aanslaat en effect heeft. Deze monitoring zou door een 'onafhankelijke' organisatie gedaan moeten worden (die geen sancties kan opleggen aan statushouders) en door een organisatie die daar ook voldoende menskracht (geen hoge caseload) voor beschikbaar krijgt.

Bij voorkeur komt er een *monitoring systeem* waar alle ketenpartners in kunnen. Als dat vanwege AVG niet mogelijk is, kan ook 1 persoon aangesteld worden die de monitoring doet en dat ketenpartners deze persoon kunnen raadplegen of zaken kunnen melden (met toestemming van de statushouder, kan het vastgelegd worden in een systeem).

Neem een deskundige 'coördinator' aan die deze monitoring kan doen. Tevens kan deze deskundige het aanspreekpunt zijn in regio Dordrecht. Deze persoon kan geraadpleegd worden door professionals die psychosociale problemen bij statushouders signaleren. Evt. zou deze persoon ook met statushouders in gesprek kunnen, om hen te overtuigen dat hulp nodig is, en hen toeleiden naar passende zorg. De deskundige die aangesteld wordt, moet minimaal HBO geschoold zijn en ruime ervaring met de doelgroep statushouders hebben, zodat cultuursensitief gewerkt wordt. Deze persoon moet een tolk in kunnen zetten. De persoon moet het netwerk in regio Dordrecht kennen en moet de sociale kaart ook benutten en up to date houden. Deze deskundige zou outreachend moeten werken (bijv spreekuur bij Vluchtelingenwerk of bij inloop punten van sociale wijkteams, op huisbezoeken gaan bij statushouders).

Bij welke organisatie deze persoon komt te werken, kan in overleg met de klankbordgroep bekeken worden. Ter inspiratie: in Haarlem is er een Sociaal Verpleegkundige die bij de GGD werkt, die deze spilfunctie heeft. In Amsterdam is er een klein team bij het GGD Vangnet Statushouders die deze coördinerende functie heeft. In het team zitten een Arabischtalige en een Tigrinya sprekende medewerkers.

De klankbordgroep heeft in juli 2019 besloten dat het advies om *een deskundige 'coördinator' aan te nemen* die deze monitoring kan doen, niet haalbaar is.

De klantregisseurs statushouders van Sociale Dienst Drechtsteden (SDD) weten hoe het met de statushouders gaat. Ook de sociale wijkteams monitoren statushouders, indien zij door hen ondersteund worden.

Sociale wijkteams gaan aandachtfunctionarissen statushouders aanstellen. SDD en de wijkteams gaan met elkaar in gesprek over het verloop van monitoring en wat te doen als blijkt dat er signalen zijn dat een statushouder psychosociale problemen ondervindt. Knelpunt is o.a. nu dat wanneer het wijkteam een statushouder heeft toegeleid naar GGZ zorg, zij die casus afsluiten. Wanneer een statushouder dan bijv. stopt met de GGZ behandeling (drop out) of weinig gaat (hoge no show), dan is dat niet bekend bij het wijkteam/SDD. Formeel zou GGZ dan dit moeten doorgeven aan de huisarts, maar of de huisarts dan ook actie neemt is de vraag.

Over een mogelijk monitoring systeem (waar alle ketenpartners in kunnen om signalen te vermelden) zal pas in 2020 gesproken worden. Eerst moet helder zijn hoe de monitoring verloopt.

Aandachtsfunctionarissen

Het advies is om per organisatie speciale aandachtsfunctionarissen aan te stellen die meer weten van de doelgroep statushouders, die cultuursensitief werken (getraind zijn hierin en ook in gesprekstechnieken), die de sociale kaart kennen. Deze aandachtsfunctionarissen moeten elkaar weten te vinden en regelmatig contact hebben onderling (evt. via het vaste multidisciplinaire overleg).

Een mogelijke oplossing is dat bij het wijkteam 1 of 2 personen specifiek als aandachtsfunctionaris statushouders worden 'aangewezen' waarbij allerlei organisaties in de stad die problemen signaleren bij statushouders, dat signaal kwijt kunnen bij die aandachtsfunctionarissen. Die functionarissen kunnen desgewenst ook een rol spelen bij het MDO vraagstuk: zij kunnen vanuit hun reguliere netwerk als wijkteam schakelen naar andere organisaties (of als dat niet toereikend is alsnog partijen bij elkaar roepen). Dit model biedt ook perspectief ten aanzien van de wensen rond monitoring om signalen te blijven polsen.

In juli 2019 gaf de manager van de sociale wijkteams aan dat zij voornemens zijn om aandachtsfunctionarissen aan te wijzen.

5.2.4. Communicatie met laagtaalvaardigen

Recent is er een onderzoek uitgevoerd naar aanleiding van een vraag van de gemeente Haarlem over communicatievraagstukken tussen de gemeente en de burger met een migratieachtergrond en een lage Nederlandse taalvaardigheid. De tips die hier in genoemd staan, zijn mogelijk ook relevant voor gemeente Dordrecht, alsmede ook voor andere organisaties in Dordrecht die met laagtaalvaardige burgers werken (waar statushouders ook onder vallen).

De werkzame elementen voor een effectieve communicatie met anderstaligen die in dit onderzoek naar voren kwamen hadden te maken met verschillende aspecten, namelijk:

- ✓ Het signaleren en onderkennen van een lage taalvaardigheid bij verschillende groepen.
- ✓ Het afstemmen van de communicatie op de behoeften van verschillende mensen.
- ✓ Het betrekken van mensen met een migratieachtergrond.
- ✓ Het samenwerken met alle betrokken partijen.
- ✓ De proactieve houding van instanties.

Deze aspecten verdienen aandacht op zowel beleidsniveau als op uitvoerend niveau. Hier horen ook randvoorwaarden bij om communicatie met cliënten met een migratieachtergrond met een lage taalvaardigheid goed te laten verlopen, zoals tijd, professionalisering, reflectie en een open houding. Dit onderzoek leverde enkele praktische aanknopingspunten voor verbetering van de communicatie met anderstaligen in de gemeente Haarlem op, zoals:

- ✓ Het vereenvoudigen van taalgebruik in schriftelijke en mondelinge communicatie.
- ✓ Het toevoegen van korte, samenvattende alinea's in de eigen taal (in ieder geval voor mensen die nog met de inburgering bezig zijn).

- ✓ Meer tijd voor afspraken met anderstaligen inplannen.
- ✓ Altijd checken of iemand de informatie echt goed heeft begrepen door hen het kort te laten navertellen in hun eigen woorden.
- ✓ Het creëren van (meer) centrale aanspreekpunten in de vorm van een loket, buddy of wijkcontactpersoon.
- ✓ Het creëren van meer diversiteit binnen teams middels werving en selectie.
- ✓ Het trainen in interculturele en/of inclusieve communicatie van medewerkers met klantcontact.

Concluderend, er zijn nog veel punten waarop de communicatie tussen de gemeente en burgers met een migratieachtergrond en een lage Nederlandse taalvaardigheid verbeterd kunnen worden.

Ten eerste, als het gaat om elkaar kunnen en willen bereiken. Ten tweede, als het gaat om elkaar goed begrijpen. En ten derde, als het gaat om respect voor en vertrouwen hebben in elkaar. Zoals één van de respondenten aangeeft blijkt er een gat tussen de systeemwereld en de beleving van anderstalige inwoners te bestaan. Dit gat staat een effectieve communicatie in de weg. Met de hier beschreven werkzame elementen (zie tabel 1) en praktische verbetermogelijkheden kan een begin worden gemaakt met het dichten hiervan.

Het advies is om de Infographic gericht op communicatie met laagtaalvaardigen te delen met diverse afdelingen binnen de gemeente, met afdeling communicatie binnen de gemeente en ook met de ketenpartners die in de klankbordgroep zitten.

https://www.kis.nl/sites/default/files/bestanden/Illustraties/infographic_gemeente_haarlem_communicatie_laagtaalvaardigheid.pdf

5.2.5. Opleiden en inzetten van sleutelpersonen

Het grootste knelpunt waardoor statushouders geen passende zorg krijgen, bestaat uit taalbarrières en tevens cultuurverschillen (o.a. het taboe dat heerst op psychische problemen). Zowel de professionals als de statushouders die geïnterviewd zijn, gaven dit aan. Dit kan opgelost worden door de inzet van sleutelpersonen (ook wel cultural mediators genoemd) in eigen taal/cultuur.

Er zijn in Dordrecht wel vrijwillige intermediairs (informele tolken) beschikbaar via NIICO, maar zij krijgen niet betaald en ze zijn niet opgeleid. Het zou heel waardevol zijn om minimaal 1 of 2 Arabisch sprekende en 1 of 2 Tigrinya sprekende intermediairs op te leiden tot sleutelpersonen/cultural mediators. Een andere mogelijkheid is om al opgeleide sleutelpersonen in deze twee talen aan te stellen in Dordrecht.

Er zou een heldere taakomschrijving moeten komen voor deze functie. Het moet een vaste, betaalde functie zijn binnen een organisatie. Binnen deze organisatie moet een duidelijke visie zijn op diversiteit. Cultuursensitief werken is het liefst al geïntegreerd binnen deze organisatie, zodat de sleutelpersonen eenvoudig ingebed en begrepen worden. De sleutelpersonen hebben een duidelijke positionering nodig binnen de organisatie, maar ook in Dordrecht, zodat het voor ketenpartners helder is waarvoor zij een beroep kunnen doen op deze sleutelpersonen.

De sleutelpersonen kunnen een rol krijgen bij het zorgen voor een warme overdracht, zodat statushouders daadwerkelijk de stap naar (psychische) zorg zetten. Diverse organisaties kunnen deze sleutelpersonen inzetten indien nodig. Misschien zou het zelfs mogelijk zijn dat deze personen bij GGZ behandelingen vertalen, zodat het tolken probleem in Dordrecht wordt opgelost (in ieder geval voor de Tigrinya sprekende groep, omdat er geen Tigrinya sprekende psychologen beschikbaar zijn in de regio). Gekeken moet worden of opleiding en inzet van sleutelpersonen mogelijk is in Dordrecht, bij welke organisatie zij ingebed worden en hoe de financiering hiervan geborgd wordt. De gemeente kan in afstemming met de ketenpartners bespreken welke organisatie deze functie kan borgen (bijv. de GGD, het intercultureel zorgteam, of een zorgorganisatie die maatschappelijke ondersteuning biedt).

5.2.6. Persoonlijke begeleiding

Statushouders die nieuw in Dordrecht komen wonen, krijgen maatschappelijke ondersteuning van Vluchtelingenwerk. Of als deze niet toereikend is, kan het wijkteam lichte ondersteuning aanbieden aan statushouders. In sommige gevallen hebben kwetsbare statushouders extra begeleiding nodig, in de vorm van een zwaardere en vaak langduriger vorm van individuele zorg. Te denken valt aan analfabete statushouders, statushouders die laagopgeleid zijn en uit plattelandsgebieden komen, 18-/18+ groep die met extra vragen zitten. Er zou gekeken kunnen worden, of deze zwaardere persoonlijke begeleiding geboden kan worden, en zo ja door welke organisatie. Deze begeleiding is nodig om de juiste, passende hulp te ontvangen.

Zowel de professionals als de Eritreeërs die zijn geïnterviewd, gaven aan dat de meeste Eritrese statushouders een persoonlijke begeleider nodig hebben. Eritreeërs hebben vooral behoefte aan een vertrouwenspersoon, die met hen mee gaat langs diverse loketten of organisaties. Voor Eritrese statushouders is het hebben van vertrouwen essentieel, vaak hebben zij wantrouwen naar organisaties. Zij vinden het ingewikkeld dat er zoveel verschillende organisaties zijn. Een persoonlijk begeleider die zij vertrouwen en die met hen mee gaat naar gesprekken, zou een grote oplossing zijn voor de Eritrese statushouders. Ook voor andere kwetsbare groepen, zou een persoonlijke begeleider een passende oplossing zijn, zoals de 18-/18+ groep, analfabete/laagopgeleide statushouders.

Zoals in het rapport is benoemd, is het essentieel dat statushouders hun begeleiders vertrouwen. Een statushouder bepaalt zelf aan wie hij of zij zijn problemen en zorgen toevertrouwt. Vaak kost het tijd om dit vertrouwen te winnen en dat pleit voor vaste begeleiders, waarbij continuïteit door de tijd heen geborgd is. Dit maakt ook dat deze begeleiders de monitoring functie goed kunnen vervullen, zij kunnen korte lijnen houden met de statushouders, maar ook met de hulpverleners die hen begeleiden (met toestemming van de statushouder). Daarbij is het ideaal plaatje dat er een vaste begeleider is, die een statushouder bij diverse leefgebieden (wonen, werk, gezondheid, financiën, opvoeding etc.) kan begeleiden of in ieder geval kan coördineren en via warme overdracht zorgt dat de statushouder ondersteuning krijgt bij deze zaken indien nodig.

Persoonlijke begeleiding zou mogelijk kunnen zijn via WMO. Opvallend is dat het laatste jaar slechts 6 statushouders een WMO indicatie hebben ontvangen (het jaar ervoor waren dat 17 statushouders.) Gezien het aantal van 807 statushouders in Dordrecht en het feit dat uit het onderzoek blijkt dat er veel statushouders psychosociale problemen hebben, is dit aantal opvallend laag. Mogelijk komt dit doordat de persoonlijke begeleiding veelal nodig is in eigen taal, als statushouders het Nederlands onvoldoende beheersen en dat deze begeleiding in eigen taal helaas in Dordrecht niet werd aangeboden tot voor kort in eigen taal. Sinds maart

2019 is er wel Arabischtalige begeleiding mogelijk bij Family Supporters. Ook kan gekeken worden of er een organisatie is die Tigrinya sprekende of anderstalige hulpverleners wil aanstellen die persoonlijke begeleiding via WMO kan verzorgen. BMS Zorg en Welzijn is een organisatie die heeft aangegeven dat zij persoonlijke begeleiding in eigen taal kunnen aanbieden al zij door de gemeente gecontracteerd worden.

5.2.7 Inzet van (taal)maatjes

Zoals beschreven hebben veel statushouders behoefte aan meer informatie en ondersteuning, maar ook aan meer sociaal contact met Nederlanders. Zoals uit de interviews met statushouders naar voren is gekomen, hebben sommige statushouders in Dordrecht geen contact met Nederlandse burens (3 respondenten) en hebben ze weinig Nederlandse vrienden (3 respondenten zeggen geen Nederlandse vrienden te hebben, 8 personen zeggen 1 tot 5 Nederlandse vrienden te hebben).

In Dordrecht krijgen nieuwkomers een vrijwilliger van VluchtelingenWerk die hen als 'maatje' een tijd lang ondersteunt. Zij ondersteunen bij het integratieproces, dit is heel waardevol. In veel andere gemeenten in Nederland zijn er (naast de inzet van VluchtelingenWerk) nog meer vrijwilligers initiatieven die statushouders ondersteunen, bijv. door de inzet van taalmaatjes, of door de inzet van een (extra) maatje die statushouders helpen om in hun nieuwe woonplaats een sociaal netwerk op te bouwen, bijvoorbeeld door samen op zoek naar vrijwilligerswerk of een sportclub, of samen activiteiten te ondernemen.

Mocht er een vrijwilligers initiatief zijn die in Dordrecht maatjes wil koppelen aan statushouders, of een meer specifiek taalmaatjes wil inzetten zodat statushouders de Nederlandse taal kunnen oefenen, dan zou dat van grote meerwaarde zijn.

Ter inspiratie een voorbeeld: Stichting Taalcoaches Zuid-Kennemerland koppelt een taalcoach aan een vluchteling. Een taalcoach is een vrijwilliger die afsprekt met iemand die Nederlands aan het leren is. Tijdens die afspraak praten zij over alledaagse dingen, het leven in Nederland, de gewoontes in het land van herkomst. Zo leert de anderstalige beter Nederlands spreken en de Nederlandse samenleving beter kennen. Vaak is het voor allebei een leerzame ontmoeting.

5.2.8. Outreachend werken

Het zou goed zijn als organisaties in Dordrecht outreachend werken om statushouders laagdrempelig te bereiken. Een mogelijkheid zou zijn dat een organisatie huisbezoeken (samen met intermediair of tolk die de taal spreekt) gaat afleggen bij statushouders. Zo zouden veel psychosociale problemen gesignaleerd kunnen worden. Ook kunnen op laagdrempelige locaties waar veel statushouders komen, inloopsprekuren gehouden worden door hulpverleners. Initiatieven van statushouders (zelforganisaties) moeten zoveel mogelijk ondersteund en betrokken worden door ketenpartners.

Een advies aan GGZ instellingen is om familieleden van statushouders te betrekken als iemand behandeld wordt. Ten eerste kunnen familieleden veel meer informatie geven en ten tweede brengt het rust aan de familieleden dat zij betrokken worden. Bovendien heeft het gedrag van iemand die psychische klachten heeft, vaak effect op het gezin/de familie. Zij hebben wellicht ook ondersteuning nodig om hun problemen te verwerken.

5.2.9. Preventie en voorlichting

Er is meer laagdrempelige voorlichting en preventie nodig, bij voorkeur in eigen taal, zodat statushouders bereikt worden.

Preventieve interventies

Het advies is om preventieve interventies in te zetten die laagdrempelig en cultuursensitief zijn. Preventieve cursussen zouden heel goed ingebed kunnen worden in de taallessen die verplicht zijn. (bijv. Via nieuwe wet inburgering). Bijv. Psycho-educatie om te leren omgaan met stress en met emoties. Maar ook preventie door bewegingsprogramma's, opvoedingsondersteuning etc.

Gezien het feit dat op dit moment bij de Eritrese vrouwen- en mannengroep veel psychosociale problemen worden gesignaleerd, *bevelen we aan om op korte termijn (in 2019) een Mind-Spring groep voor volwassenen en een Mind-Spring Junior (kinderen van 8-12 jaar en opvoedondersteuning aan hun ouders) in te zetten voor de Eritrese groep.*

In een vervolg zou daarna een Arabisch-talige Mind-Spring groep ingezet kunnen worden (voor volwassenen en evt ook Mind-Spring junior).

Tevens kan gekeken worden welke preventieve interventies nog meer ingezet zouden kunnen worden komende jaren. Dit in overleg met de klankbordgroep en kijkend naar de risicogroepen. Te denken valt aan een interventies gericht op jonge alleenstaande statushouders (denk aan het thema schulden, middelengebruik), aan inzet om huiselijk geweld te voorkomen of aan te pakken (kan o.a. via opvoedondersteuning).

Voorlichting:

Hoewel Dienst Gezondheid en Jeugd in het profiel adviseert dat er voorlichting wordt gegeven aan statushouders (over psychische gezondheid, seksuele gezondheid, mondzorg, het belang van beweging en goede voeding, en over de risico's van roken en alcohol en drugs), zijn in Dordrecht beperkt specifieke gezondheidsvoorlichtingen aan statushouders gegeven. Er zijn wel algemene voorlichtingen aan groepen statushouders gegeven door VluchtelingenWerk, o.a. via de participatieverklaringstrajecten. Ook heeft het wijkteam i.s.m. R-newt voorlichting gegeven aan jong volwassen statushouders.

Tevens wordt er voorlichting in eigen taal gegeven aan Eritrese statushouders. Sinds 2017 is er ondersteuning van een Eritrese moedergroep in Dordrecht en sinds eind 2018 zijn er bijeenkomsten voor Eritrese mannen, beiden in eigen taal. Bij deze Eritrese groepen komen diverse thema's aan bod, waaronder gezondheid. Tevens is er in november 2018 een bijeenkomst voor een Eritrese groep begeleid door de bruggenbouwer.

Er is echter geen structurele inbedding van gezondheidsvoorlichting aan statushouders over bepaalde thema's zoals over psychische gezondheid, seksuele gezondheid, risico's van alcohol/drugs etc.. Geadviseerd wordt om de voorlichtingen te laten verzorgen door iemand uit de doelgroep die getraind is hierin zoals sleutelpersonen, cultural mediator, VETC-ers (voorlichters eigen taal en cultuur). DGJ adviseert o.a. voorlichting over psychische gezondheid, aangezien veel statushouders veel hebben meegemaakt in oorlogsgebieden en tijdens de vlucht. Veel Syriërs roken en diabetes komt onder deze groep ook veelvuldig voor. Voorlichting geven over deze twee gezondheid thema's is belangrijk. Ditzelfde geldt voor het

risico van alcohol en drugs. Seksuele voorlichting zou eigenlijk verplicht gegeven moeten worden, zeker aan Eritreeërs. Er is veel sprake van ongewenste zwangerschappen en jonge alleenstaande mannen (zowel Syrisch als Eritrees) hebben soms wisselende seksuele contacten zonder bescherming.

5.2.10 Deskundigheidsbevordering

➤ **Trainingen signaleren van psychische klachten bij statushouders**

Het advies is om trainingen om psychische problematiek bij statushouders te signaleren te blijven geven. Zowel Pharos als Yulius hebben deze trainingen gegeven aan bijv. Vluchtelingenwerk, aan het onderwijs, aan SDD. Belangrijk is dat alle ketenpartners deze training jaarlijks herhalen, zodat ook nieuwe collega's/vrijwilligers leren hoe zij psychische klachten kunnen signaleren bij statushouders. Het advies is om deze trainingen bij diverse organisaties in te blijven zetten en aanvullend ook te zorgen dat de nieuw ontwikkelde sociale kaart daar besproken wordt (en mogelijk aanvullend ook een signaleringsinstrument zoals de PROTECT vragenlijst of de Mirror app wordt besproken). In de training moet worden aangegeven wie de signaleerders kunnen inschakelen als er een verdiepend gesprek met de betreffende statushouder nodig is, om destatushouders cultuursensitief te overtuigen dat hulp nodig is en dat er een goede overdracht naar hulp plaatsvindt.

➤ **Trainingen cultuursensitieve gesprekstechnieken**

Geef de 'aandachtsfunctionarissen', of een selecte groep professionals per organisatie een training in cultuursensitieve gesprekstechnieken hoe zij met statushouders in gesprek kunnen over psychische problemen, zodat deze de stap naar hulp durven te nemen. Deze selecte groep zou ook voldoende kennis moeten krijgen over de Syrische en Eritrese culturen en de diversiteit binnen deze groepen. In een training leren zij competenties aan om cultuursensitief te handelen. Ook is het belangrijk dat zij in de training uitleg krijgen over de sociale kaart, zodat zij weten welke passende zorg in Dordrecht beschikbaar is. Deze groep professionals zijn verantwoordelijk voor een warme overdracht, zij zorgen ervoor dat statushouders daadwerkelijk de stap naar hulp durven zetten EN ook die hulp gaan krijgen.

➤ **Workshop aan huisartsen:**

Het is aan te bevelen dat huisartsen in Dordrecht een workshop krijgen over het signaleren van psychische klachten, omdat statushouders vaak met somatische klachten bij hen komen, terwijl er vaak psychische oorzaken aan ten grondslag liggen. Yulius zit in een expertgroep met huisartsen in de regio, waar mogelijk voorgesteld kan worden of op een regionale scholingsdag voor huisartsen wellicht aandacht aan dit thema gegeven kan worden. Ook is belangrijk dat de huisartsen de sociale kaart ontvangen en gebruiken en dat zij weten dat zij het intercultureel zorgteam kunnen inzetten voor vraagverheldering (ook in eigen taal). Mocht een workshop niet mogelijk zijn, dan is het advies om in ieder geval alle huisartsen/POH GGZ in Dordrecht de sociale kaart toe te sturen en de informatie te verstrekken over het intercultureel zorgteam.

✓ **Training aan GGZ professionals:**

Een training aan GGZ professionals over cultuursensitief behandelen, zou van grote meerwaarde zijn. Yulius geeft aan dat zij in het verleden veel experts in dienst hadden die cultuursensitief werkten. Door bezuinigingen zijn veel van deze experts vertrokken en nu zijn

er slechts enkele experts over binnen de organisatie. De nieuwe jonge mensen zouden wel opnieuw getraind kunnen worden in cultuursensitief behandelen. Ook andere GGZ instellingen/GGZ behandelaars zouden benaderd kunnen worden voor deze training.

Intervisie/supervisie

Bij alle mogelijke trainingen ter deskundigheidsbevordering geldt dat uit onderzoek blijkt dat alleen het volgen van een training beperkte resultaten oplevert in de praktijk. Het effect van een training kan worden bestendigd door de inzet van supervisie/intervisie. We bevelen aan dat er naast de trainingen aandacht komt voor supervisie ofwel intervisie, zodat het onderwerp cultuursensitief werken een vast bespreekpunt is binnen de organisatie.

5.2.11 Zorgaanbod in Dordrecht optimaliseren

GGZ

Een groot knelpunt is dat er in Dordrecht weinig aanbod is van GGZ zorg die cultuursensitief is en in Dordrecht is helemaal geen GGZ zorg in het Arabisch en Tigrinya beschikbaar. Professionals weten vaak niet waar ze iemand naar toe kunnen doorverwijzen. Er is over het algemeen onvoldoende kennis bij zorgprofessionals over cultuurverschillen. Taal is een grote barrière, een tolkenvergoeding ontbreekt.

Een groot probleem, ook in Dordrecht en de regio zijn de wachttijden bij GGZ instellingen (zeker in eigen taal). GGZ behandelingen in het Tigrinya zijn er nauwelijks in de regio (alleen in Rotterdam bij i-psy, met zeer lange wachttijd). In het Arabisch is er GGZ in Rotterdam (o.a. i-psy), maar daar zijn lange wachttijden. Yulius in Dordrecht biedt geen GGZ behandelingen in andere talen aan, daar is geen tolkenvergoeding voor beschikbaar gesteld door de instelling. Soms wordt wel een informele 'tolk' ingezet indien mogelijk en in uitzonderlijke gevallen (bijv bij kinderen) zet Yulius op eigen kosten een tolk in. GGZ instelling Ciryra in Dordrecht behandelt wel cultuursensitief in Dordrecht (en heeft ook Turks en Pools als behandeltaal) en heeft een kortere wachttijd (6 weken volgens de website).

Het advies is om te kijken of bestaande GGZ instellingen in Dordrecht hun zorgaanbod cultuursensitief kunnen maken en ook Arabisch en Tigrinya sprekende medewerkers in dienst kan nemen. Een andere mogelijkheid is om een oplossing te vinden voor de tolkenvergoeding (bijv. Inzet van cultural mediators). Als dit niet mogelijk blijkt, is een ander alternatief is om te onderzoeken of zorgaanbieders in de regio die wel Arabisch en/of tigrinya sprekende psychologen in dienst hebben, mogelijk ook in Dordrecht hun diensten kunnen aanbieden (bijv. Organisaties zoals Co-Team, GGZ in Balans, Sarya Zorg). Via het inkoopbeleid, kan Haarlem passende dienstverlening aantrekken.

Persoonlijke begeleiding

Ook ontbreekt er in Dordrecht een organisatie die cultuursensitief en in eigen taal (Arabisch/Tigrinya) persoonlijke begeleiding biedt aan statushouders (via WMO). Uiteraard kan het wijkteam bepaalde, lichte ondersteuning bieden, maar dit is voor veel statushouders die onvoldoende Nederlands beheersen niet passend en veelal is er ook zwaardere, langdurige begeleiding nodig. Ook VluchtelingenWerk ondersteunt vluchtelingen, maar dit zijn vrijwilligers en geen hulpverleners. Individuele zorg/ begeleiding die thuis in eigen taal door een professional gegeven wordt en bijv. dagbesteding die aansluit bij de

belevingswereld van statushouders en bij voorkeur in eigen taal is, ontbreekt in Dordrecht. De persoonlijke begeleiding die eerder werd genoemd als belangrijke oplossing, zou door een dergelijke organisatie via persoonlijke begeleiding (WMO) geboden kunnen worden. Het advies is om te zoeken naar een organisatie die persoonlijke begeleiding aan statushouders in eigen taal kan aanbieden in Dordrecht. Mogelijk zou de organisatie BMS Zorg en Welzijn deze rol kunnen vervullen. Ook Family Supporters kan deze rol mogelijk vervullen.

Tevens kan deze persoonlijke begeleiding een belangrijke bijdrage spelen, indien een statushouders door lange wachttijd bij de GGZ moet wachten op psychische hulp, zodat zij de wacht periode overbruggen. Ook na afloop van de behandeling, kan via deze persoonlijke begeleiding nazorg geboden worden.

Mogelijk zouden de nieuw aan te stellen sleutelpersonen ondergebracht kunnen worden bij deze organisatie.

De persoonlijke begeleiding dient gericht te zijn op het vergroten van de zelfredzaamheid en het verhogen van de participatiegraad van statushouders.

5.2.12. Sociale kaart

In het kader van dit project wordt een sociale kaart ontwikkeld waarop overzichtelijk het beschikbare zorgaanbod vermeld staat. Deze sociale kaart zal verspreid moeten worden onder alle professionals die statushouders doorverwijzen naar passende zorg. De sociale kaart wordt geborgd bij de Gemeente Dordrecht, de gemeente beheert de sociale kaart. De gemeente zal eenmaal per jaar een update doen van de sociale kaart.

5.2.13. Signaleringsinstrument

Het belang van tijdig signaleren van psychosociale problemen bij statushouders, is al benadrukt bij de aanbeveling over deskundigheidsbevordering. Daar werd geadviseerd om de trainingen om psychische klachten te signaleren te blijven geven en in deze trainingen ook de sociale kaart toe te voegen, zodat deelnemers weten waar zij naar toe kunnen doorverwijzen. Een ander punt is dat de inzet van een specifiek signaleringsinstrument om psychische problematiek bij de doelgroep te signaleren, ervoor kan zorgen dat er beter gesignaleerd wordt. Er wordt in Dordrecht niet structureel gebruik gemaakt van een specifiek signaleringsinstrument t.b.v. psychische problemen bij statushouders. Elke organisatie gebruikt zijn eigen, algemene, signaleringsmethode. Mogelijk zouden bepaalde organisaties aangeboden kunnen worden, dat zij getraind worden in het signaleren van psychische klachten bij statushouders, waarbij zij aanvullend getraind worden in het gebruik van een signaleringsinstrument (zoals Mirror app, Protect vragenlijst). De uitkomsten van de signalen, mochten deze zorgwekkend zijn, kunnen in een casuïstiek overleg besproken worden (zie de aanbeveling over het vormen van een MDO).

5.2.14. Praktische zaken

Eigen risico

Voor veel statushouders is het betalen van het eigen risico (minimaal 385 euro) aan de zorgverzekering een groot obstakel. Aangezien het merendeel van de statushouders leeft van een uitkering, is dit voor hen een groot bedrag wat hen ervan kan weerhouden om de stap naar psychosociale ondersteuning te zetten. Het advies is dat gemeente Dordrecht met

zorgverzekeraars in gesprek gaat om te kijken of zij voor statushouders een speciale regeling kunnen treffen over het eigen risico. Mogelijk kan dit in het kader van de nieuwe wet inburgering. Een alternatief is dat de gemeente binnen de eigen budgetten kijkt of statushouders in bijzondere situaties aanspraak kunnen maken op een vergoeding die deze onkosten dekt.

Reisafstand

Allereerst is het advies om met zorgaanbieders te bespreken of zij cultuursensitief en in eigen taal GGZ zorg en maatschappelijke ondersteuning kunnen bieden in Dordrecht. Dan is het probleem van de reisafstand zoals dat nu speelt, opgelost. Zolang in Dordrecht nog geen passende zorg voor statushouders aanwezig is, kan gekeken worden of er bij de gemeente via bestaande regelingen/budgetten de reiskosten naar zorgverleners in bijv. Rotterdam vergoed kunnen worden voor statushouders. In gemeente Haarlem is er bijvoorbeeld een apart budget hiervoor beschikbaar.

5.3. Landelijke knelpunten

Enkele van de genoemde blokkades spelen op landelijk niveau. Oplossingen daaromtrent zouden bij voorkeur ook op landelijk niveau aangedragen moeten worden.

5.3.1. Tolkenvergoeding

Het grootste obstakel in heel Nederland waardoor passende zorg aan statushouders onvoldoende geleverd kan worden, is de taalbarrière. Doordat tolkenvergoeding is afgeschaft, kunnen veel statushouders niet terecht bij de meeste GGZ instellingen en WMO hulp. Juist statushouders met psychische problemen kunnen door concentratieproblemen de Nederlandse taal onvoldoende machtig worden. Aangezien het een landelijk probleem is, zou de oplossing ook landelijk gevonden moeten worden. De tolkenvergoeding (in ieder geval voor GGZ) zou terug moeten komen.

ARQ is samen met andere derde lijns GGZ instellingen bezig met een lobby bij het ministerie van VWS om het belang van tolkenvergoeding te benadrukken. Inmiddels heeft VWS om advies gevraagd aan Zorginstituut Nederland (ZIN) of de tolkenvergoeding weer terug moet komen in de (GGZ) zorg. ZIN zal naar verwachting in oktober/november 2019 een uitspraak doen hierover.

Belangrijk is dat bij de landelijke overheid de urgentie duidelijk wordt waarom tolkenvergoeding noodzakelijk is. Momenteel wordt zelden melding gemaakt als een statushouder geen zorg krijgt, die hij/zij wel nodig heeft, vanwege de taalbarrière.

Om de urgentie helder te maken, zou het mogelijk een idee zijn wanneer doorverwijzers een melding maken als er geen zorg geleverd kan worden aan een statushouder door de taalbarrière.

Ten eerste kan dit gemeld worden bij de zorgverzekering, wanneer het om GGZ gaat. Als een statushouder door een taalbarrière en/of door lange wachttijden geen geestelijke gezondheidszorg krijgt, zou dit bij de zorgverzekeraar gemeld moeten worden. De zorgverzekeraar zou dan ook moeten bemiddelen richting passende zorg.

Een andere insteek zou kunnen zijn om meldingen te gaan doen bij de inspectie voor de gezondheidszorg, wanneer casussen van statushouders die (GGZ) zorg nodig hebben, en deze zorg niet ontvangen door taalbarrière en/of lange wachttijden. Hoe meer meldingen de inspectie voor de gezondheidszorg binnenkrijgt dat statushouders geen zorg krijgen, hoe krachtiger er een statement gemaakt kan worden naar de landelijke overheid. Het probleem is nu te onzichtbaar: veel statushouders durven stap naar GGZ hulp niet te zetten en als ze dat wel willen, krijgen ze die zorg vaak heel laat of niet in eigen taal als dat wel noodzakelijk is. Ook kan er melding gemaakt worden bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).

Aanbeveling: de ketenpartners in Dordrecht kunnen bespreken of zij casussen van statushouders die geen zorg krijgen, kunnen gaan melden.

5.3.2. Huisartsen

Er was een tolkenvergoeding voor huisartsen gedurende eerste 6 maanden dat een statushouder in de gemeente woonde. Deze regeling is sinds mei 2019 vervallen, mede doordat weinig huisartsen gebruik maakten van de tolkenvoorziening. Veel huisartsen maken geen gebruik van de tolken, om diverse redenen, zij zouden dit wel moeten doen.

Veel statushouders komen met een 'simpele' klacht, maar regelmatig spelen er veel meer problemen, wat soms wel en soms niet ter sprake komt. Echter door de taal is er een grote barrière waardoor de huisarts vaak lastig kan achterhalen wat de werkelijke (mogelijk psychische) problemen zijn. Het formuleren van een hulpvraag is voor veel statushouders erg moeilijk. Ook begrijpen statushouders vaak niet goed hoe het zorgstelsel, met de huisarts, werkt. Het is voor de huisarts heel moeilijk om in te schatten of een statushouders die psychische klachten heeft, doorverwezen moet worden naar 1ste, 2de of 3de lijn, grotendeels vanwege de taalbarrière en cultuurverschillen (taboe), waardoor niet duidelijk is wat de problemen zijn. Een POH GGZ zou een rol kunnen spelen bij de psychische hulpvraag verheldering en in het psychisch ondersteunen van statushouders.

Adviezen aan huisartsen:

- Maak tijd voor een kennismaking consult bij nieuwe patiënten (dus ook statushouders) van de huisartsenpraktijk.
- Zet een tolk in, sommige achterstandsfondsen vergoeden een tolk. Of voor huisartsen in Dordrecht: maak gebruik van de interculturele zorgconsulenten die bij vraagverheldering kunnen ondersteunen.
- Plan bij statushouders (zeker als zij beperkt Nederlands spreken) een dubbelconsult in. Er bestaat bijv. bij psychische klachten, de mogelijkheid om dit vooraf te doen.
- Actief aanbieden van een follow up consult wanneer je psychische problemen vermoed: monitoring en follow up.
- Actief opvragen van het gehele medische dossier bij het COA.
- Zet een POH GGZ in, om een statushouder psychisch te ondersteunen. De rol van de POH-GGZ is bijzonder belangrijk, deze kan gedurende de wachttijd in aanloop naar intake of behandeling zeer waardevol zijn.
- Als een statushouder toestemt om naar GGZ te gaan en op de wachtlijst komt: idealiter zou de huisarts (assistente) actief moeten checken: is de statushouder al aan de beurt bij de GGZ? Hoe gaat het tijdens wachttijd: gaat het beter met iemand of juist slechter? Als de statushouder in behandeling is: ook regelmatig checken hoe het met de statushouder gaat, en controleren en of er hoge no show is. Bij hoge no show en drop out, direct contact met de statushouder (met tolk) opnemen.

- Er zijn workshops speciaal voor huisartsen/POH GGZ over het herkennen van psychische problemen bij vluchtelingen/migranten en hoe hen cultuursensitief door te verwijzen. Plaatselijke huisartsenverenigingen of de Landelijke Huisartsen Vereniging kunnen een rol spelen bij het bereiken van huisartsen om hen te motiveren om deel te nemen aan deze training.

5.3.3. Gemeenten

Ook een landelijk spelend knelpunt is het risico dat de **aandacht van gemeenten voor de doelgroep statushouders afvlakt** de komende periode. Aangezien de instroom van het aantal nieuwe statushouders die hier mogen blijven momenteel erg laag is, hebben gemeenten minder aandacht voor de doelgroep. Ook speelt mee dat in veel gemeenten tijdelijk extra programma's waren, gericht op statushouders, maar dat deze tijdelijke programma's afgelopen zijn of binnenkort aflopen. De kunst is om de actualiteit van psychosociale ondersteuning aan statushouders vast te houden. Want juist wanneer statushouders wat langer in Nederland gevestigd zijn, zullen psychosociale problemen naar boven komen en zichtbaar worden.

Lastig is dat **psychische problemen veelal onzichtbaar** zijn, totdat de wanhoop of problemen zo groot worden, dat er crisis situaties ontstaan. Zo zijn er steeds meer gevallen bekend van statushouders die suïcide pogingen doen, en van statushouders die omkomen door suïcide. Belangrijk is ook om te beseffen dat psychische problemen bij ouders met een vluchtelingen achtergrond, ook effect hebben op hun **kinderen**, wat vaak onzichtbaar is. Doordat de psychische problematiek onzichtbaar is, bestaat er een risico dat gemeenten de psychosociale ondersteuning aan statushouders onvoldoende geborgd heeft, waardoor statushouders in ellendige situaties terecht komen die pas bij een crisis zichtbaar worden.

Een kans is de nieuwe wet inburgering, waardoor gemeenten ook aandacht kunnen houden voor psychosociale ondersteuning, als zij dit thema meenemen in hun beleid.

5.4. Het vervolg

Bovengenoemde aanbevelingen zijn veelomvattend en kunnen niet allemaal tegelijkertijd uitgevoerd worden. Sommige aanbevelingen vergen meer tijd om deze te realiseren, andere aanbevelingen kunnen spoedig doorgevoerd worden. De deelnemers aan de klankbordgroep in Dordrecht zullen gezamenlijk een actieplan opstellen met een planning wanneer en door wie bepaalde acties opgepakt worden. De deelnemers aan de klankbordgroep van het project zullen dit actieplan uitvoeren en bijsturen of aanpassen waar nodig. Naast de inzet van acties die lokaal of regionaal zijn, zullen we via de adviesraad van dit project ook kijken naar mogelijke landelijke beïnvloeding, op essentiële thema's zoals het ontbreken van tolkenvergoeding of andere knelpunten die landelijk spelen. We betrekken hierbij landelijke partijen, zoals ministeries, VNG, Pharos, mogelijk beroepsverenigingen, zorgverzekeraars en andere organisaties.

Bijlage 1: Lijst stakeholders die geïnterviewd zijn

Fatima Debjani – Dienst Gezondheid en Jeugd ZHZ , adviseur publieke gezondheid

Samuel Tekeste – Gemeente Dordrecht, aangesteld als bruggenbouwer met de Eritrese statushouders. Ook werkzaam bij stichting Nieuwlander.

Khadija el Hajri – Sociale Dienst Drechtsteden, manager

Nawal Barakat – Sociale Dienst Drechtsteden, FO regisseur Papendrecht

Roxanne van der Pluijm – MEE Plus

Arie Verweij - Vluchtelingenwerk, teamleider

Marlies Kooiman – Sociale wijkteams Dordrecht, manager

Walter Sierig- Sociale wijkteams Dordrecht, sociaal werker

Clarien van der Wilt – Yulius, beleidsmedewerker/ POH GGZ

Monique Haveman - ZZP-ers die Eritrese moedergroepen begeleidt

Bet-el Teklemariam - ZZP-ers die Eritrese moedergroepen begeleidt

Anne-Claire van Holsteijn – Careyn, Projectleider Dordtse Informatie Dienst, Projectleider NIICO (Netwerk Interculturele Intermediairs voor Communicatie en Opvoeding) en betrokken bij verschillende CJG websites in de Drechtsteden

Jan Gerrit Tjhuis– ISK, Dalton Dordrecht, teamleider

Bijlage 2: Literatuurlijst

Asmoredjo, J. e.a. (2019). *Communicatie tussen gemeente en laagtaalvaardige burgers met een migratieachtergrond*, Utrecht: Kennisplatform Integratie en Samenleving.

Beek, L. van e.a. (2017). *Update rapport "Veerkracht en vertrouwen: bouwstenen voor psychosociale hulpverlening aan vluchtelingen". Aangevuld met een verkenning naar de rol van psychische gezondheid bij arbeidstoeleiding van statushouders*. Uitgevoerd door ARQ en Pharos in opdracht van ZonMw.

Berkum, van e.a. (2016). *Zorg, ondersteuning en preventie voor nieuwkomende vluchtelingen: Wat is er nodig?* Utrecht: Pharos.

Dagevos, J. e.a. (2018). *"Syriërs in Nederland. Een studie over de eerste jaren van hun leven in Nederland"*. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau.

Dienst Gezondheid en Jeugd ZHZ, Gezondheidsprofiel statushouders Dordrecht 2016 en eerste kwartaal 2017.

Herpen, M. van, Beek, L. van en Knipscheer, J.W. (2018). *Inventarisatie preventieve interventies met betrekking tot het versterken van mentale veerkracht en psychische gezondheid van asielzoekers en vluchtelingen*. Uitgevoerd door ARQ en Pharos in opdracht van MCA.

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

Jong, J. de, Volkskrant 13 juni 2018. "De lange weg voor de Syrische vluchteling met psychische problemen."

Pluijm, R.D.A.van der, &Khader, D. (2018), "Steekproef onder 100 statushouders tussen 2016 & 2017 waarin de psychische en fysieke gesteldheid werd onderzocht". Dordrecht: Taalclub.

Smal, E. e.a. (2017). *"Regie en ketensamenwerking rond de gezondheid van statushouders"*. Utrecht: Pharos.

Sterckx, L. e.a. (2018). *"Eritrese statushouders in Nederland. Een kwalitatief onderzoek over de vlucht en hun leven in Nederland"*. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau.

Uiters, E. en A. Wijga (2018). *Gezondheid, leefstijl en zorggebruik*. In: J. Dagevos, W. Huijnk, M. Maliepaard en E. Miltenburg (red.). *Syriërs in Nederland. Een studie over de eerste jaren van hun leven in Nederland* (p. 181-199). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Verenigde Naties (1951), Verdrag betreffende de status van vluchtelingen. Genève.Zie: https://nl.wikipedia.org/wiki/Verdrag_betreffende_de_status_van_vluchtelingen

Bijlage 3: Meer informatie over statushouders, gezondheid en GGZ-problematiek

Voor professionals en ondersteuners:

ARQ Kenniscentrum Migratie:

<https://migratie.arq.org/>

Pharos, landelijk expertisecentrum Pharos draagt bij aan het terugdringen van grote gezondheidsverschillen:

<https://www.pharos.nl/>

Pharos, diverse factsheets over vluchtelingen:

<https://www.pharos.nl/kennisbank/?thema=gezondheid-vluchtelingen-asielzoekers-en-statushouders>

Gratis e-learning werken met mensen met een vluchtelingenachtergrond:

<https://www.pharosleerplatform.nl/>

Kenniscentrum Eritrese AMV's:

<https://www.nidos.nl/uitgelicht/het-kenniscentrum-eritrese-amvs/>

Kennisplatform Integratie & Samenleving:

<https://www.kis.nl/>

Voor huisartsen (met o.a. voorlichtingsmateriaal in meerdere talen):

<https://www.huisarts-migrant.nl/>

Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie: het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie is een dossier over de beste zorg aan vluchtelingenkinderen gestart:

<https://www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/dossiers/vluchtelingenkinderen/>

VNG OTAV: Startpagina Asielzoekers en Vergunninghouders van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten: een website van de VNG met praktische informatie voor gemeentelijk beleid rondom asielzoekers en statushouders.

<https://vng.nl/ondersteuning-en-advies-asiel-otav>

Loket gezond Leven: heeft een dossier vluchtelingen en gezondheid.

<https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/themadossiers/vluchtelingen>

Kwaliteitsontwikkeling GGZ; module diversiteit: het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ steunt onder andere het project Diversiteit

<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diversiteit/preview>

Psychotraumanet: de portal met informatie op het gebied van psychosociale (na)zorg bij schokkende gebeurtenissen bevat ook informatie met betrekking tot asielzoekers, vluchtelingen en diversiteit

<https://psychotraumanet.org/nl/berichten/trauma-%26-diversiteit?bg=13&>

Vluchtelingenwerk Nederland: feiten en cijfers: de website van Vluchtelingenwerk Nederland waar de feiten en cijfers over vluchtelingen op een rij zijn gezet

<https://www.vluchtelingenwerk.nl/>

Voor statushouders (in eigen taal):

Voorlichtingsmateriaal voor vluchtelingen in diverse talen:

<https://www.pharos.nl/infosheets/voorlichtingsmateriaal-over-psychische-gezondheid-voor-asielzoekers-en-vluchtelingen/>

Ontspanningsoefeningen in diverse talen:

<https://www.care4refugees.org/>

Voor vragen over Gezondheid:

Eritreeërs Gezond:

<https://www.facebook.com/eritreeersgezond>

Syriërs Gezond:

<https://www.facebook.com/syriersgezond>

Steppingstones 4 refugees (in het Nederlands, Engels en Arabisch):

Het doel van dit platform is om (ondernemende) vluchtelingen, werkgevers, ondersteunende organisaties en professionele instellingen te informeren over ondersteunende organisaties op het gebied van ondernemerschap, arbeidsmarktparticipatie, sociale participatie, onderwijs, onderzoek en burgerinitiatieven. Dit doen zij door bestaande informatie te verzamelen, te presenteren en te koppelen. Bij 'maatschappelijke organisaties' staan veel zelforganisaties genoemd waar statushouders terecht kunnen.

<https://steppingstones4refugees.com/nl/organisaties/>