

## Psychosociale ondersteuning voor vluchtelingen in Nederland: het Zorgcafé als 'nulpuntvrijdelijnszorg'

Dr. Ragna S. Boerma, psychiater in opleiding, Amsterdam UMC, locatie AMC

Petra Wisse, Programmaleider Zorgcafé, Dokters van de Wereld

Dr. W.F. (Pim) Scholte, psychiater, afd. Psychiatrie, Amsterdam UMC, locatie AMC. Tevens: Laguna Collective, Amsterdam.

Correspondentie: [r.boerma@amsterdamumc.nl](mailto:r.boerma@amsterdamumc.nl)

# Samenvatting

## Introductie

Psychische problemen komen bij vluchtelingen vaker voor dan bij de algemene populatie van een land. De toegang tot psychische gezondheidszorg is om verschillende redenen voor deze groep echter vaak juist beperkt. Het Zorgcafé van Dokters van de Wereld geeft vluchtelingen op een laagdrempelige en cultuursensitieve manier ondersteuning bij psychosociale problemen en, indien nodig, begeleiding naar eerstelijnszorg.

## Methode

Van bezoekers van het Zorgcafé werden in het gehele jaar 2019 gegevens verzameld en geanalyseerd. Via logistische regressieanalyse bepaalden wij welke groepen bezoekers een kleinere kans hadden reeds in formele zorg te zijn voor hun hulpvraag.

## Resultaten

Er vonden 636 consulten plaats over 380 verschillende hulpvragen. Hiervan gingen 146 (38,4%) over psychosociale problemen, 133 (35,0%) over lichamelijke problemen (exclusief gebitsproblemen), 68 (17,9%) over gebitsproblemen en 33 (8,7%) over problemen met het zorgsysteem. Bij 229 (60,3%) van de 380 hulpvragen was de bezoeker nog niet in zorg bij een formele zorgverlener. Bezoekers  $\geq 30$  jaar (aOR 2,787;  $p < 0,001$ ) of die Engels of Nederlands spraken (aOR 1,953;  $p = 0,006$ ) waren vaker al in zorg voor hun hulpvraag. Ongedocumenteerde migranten en statushouders waren minder vaak in zorg dan asielzoekers (respectievelijk aOR 0,173;  $p < 0,001$  en aOR 0,477;  $p = 0,029$ ), en bezoekers met psychosociale klachten minder dan die met lichamelijke klachten (aOR 0,435;  $p < 0,001$ ).

## Conclusie

Onder vluchtelingen lijken jongeren, zij die geen Engels of Nederlands spreken, vluchtelingen met psychosociale klachten, statushouders en ongedocumenteerde migranten minder goed de weg naar eerstelijnszorg te vinden. Om de psychosociale gezondheid en de toegang tot zorg voor vluchtelingen te verbeteren verdienen deze groepen specifieke aandacht.

## Inleiding

Psychische problemen komen bij vluchtelingen vaker voor dan onder de algemene populatie van een land.<sup>1,2</sup> Een recente meta-analyse toonde aan dat bij zo'n 13-25% van de vluchtelingen een depressie en/of post-traumatische stress stoornis (PTSS) vastgesteld kan worden.<sup>3</sup> Tegelijkertijd is de toegang tot psychische gezondheidszorg voor deze groep vaak juist beperkt. Hiervoor worden veel verschillende redenen in de literatuur beschreven, zoals taal- en cultuurbarrières, stigma's rondom psychische ziekte, onvoldoende vertrouwen in de hulpverlening, onbekendheid met het concept van professionele psychische hulpverlening, kosten van de behandeling, praktische problemen die prioriteit krijgen boven psychische gezondheid (zoals onderdak en inkomen) en onbekendheid met het zorgsysteem van het land.<sup>3-9</sup>

In 2015 nam het aantal vluchtelingen dat naar Europa kwam in korte tijd zeer snel toe en dit jaar markeert dan ook het begin van wat men de 'Europese vluchtelingencrisis' is gaan noemen. Deze extra toestroom zorgde er ook in Nederland voor dat er in korte tijd veel extra opvanglocaties voor asielzoekers nodig waren. Gezondheidszorg Asielzoekers (GZA, destijds Gezondheidscentrum Asielzoekers (GCA) genaamd), dat in Nederland de huisartsenzorg in asielzoekerscentra verzorgt, had tijdens deze piek te weinig capaciteit om aan de grote zorgvraag te kunnen voldoen. Om die reden werden (para-)medische vrijwilligers van Dokters van de Wereld en het Rode Kruis gevraagd om op noodopvanglocaties voor asielzoekers ondersteuning te bieden bij triage en acute medische zorg. Tijdens dit werk signaleerden beide organisaties dat een groot deel van de hulpvragen niet zo zeer acute somatische zorg betrof, maar vaak te maken hadden met psychosociale problematiek of met vragen over en onbekendheid met het Nederlandse zorgsysteem.

In 2017 richtten het Rode Kruis en Dokters van de Wereld als antwoord hierop het 'Zorgcafé' op. In deze voorziening biedt men vluchtelingen met psychosociale problemen een luisterend oor in de eigen taal en cultuur en maakt hen wegwijs in het Nederlandse zorgsysteem. Het doel hiervan is om psychopathologie ofwel te voorkómen ofwel vroegtijdig te signaleren, waarna in het tweede geval begeleiding naar formele zorg plaatsvindt. Hierbij kan het Zorgcafé worden beschouwd als 'nulpuntvijfde lijnszorg': een tussenstation tussen de nulde lijn (preventie gericht op de algemene bevolking) en de eerstelijnszorg (vrij toegankelijke (huisartsen-)zorg bij klachten). In dit artikel presenteren wij het concept van het Zorgcafé en beschrijven wij de karakteristieken van de bezoekers van het Zorgcafé en de problematiek waarmee zij zich presenteren. Daarnaast beschrijven wij welke bezoekers vaker nog niet in zorg waren voor hun hulpvraag. Deze informatie kan zorgverleners en beleidsmakers een beter beeld geven van de psychosociale problematiek, helpen deze in de (culturele) context te plaatsen en hiermee de zorg voor deze populatie helpen te verbeteren.

## Methode

In dit artikel gebruiken we de overkoepelende term vluchteling om onze doelgroep mee aan te duiden. Hieronder vallen asielzoekers, statushouders en ongedocumenteerde migranten (zie kader).

Kader: definities van begrippen

Vluchteling	Persoon die zijn of haar land van herkomst ontvlucht vanwege gegronde vrees voor vervolging
Asielzoeker	Persoon die asiel heeft aangevraagd maar wacht op een beslissing op zijn of haar aanvraag.
Statushouder	Persoon die na een asielaanvraag een (tijdelijke) verblijfsvergunning heeft gekregen
Ongedocumenteerde migrant	Persoon zonder geldige verblijfsvergunning

## Opzet

Het Zorgcafé werd in 2017 opgericht in drie ontmoetingscentra in Amsterdam (twee) en Nijmegen (een), die als doel hebben de integratie van vluchtelingen te verbeteren door middel van bijvoorbeeld taallessen en sociale activiteiten. De doelgroep van het Zorgcafé bestond voornamelijk uit asielzoekers en statushouders, aangezien ongedocumenteerde migranten al bij een ander project van Dokters van de Wereld terecht konden (de 'Zorgbus'). Ongedocumenteerde migranten die naar het Zorgcafé kwamen werden indien nodig verwezen naar de Zorgbus.

De medewerkers van het Zorgcafé zijn (mannelijke en vrouwelijke) vrijwilligers met een (para-) medische achtergrond, psychosociaal ondersteuners genoemd, of met kennis van een van de drie talen die door de bezoekers het meest gesproken worden (Arabisch, Farsi en Tigrinya), cultuurcoaches genoemd. De cultuurcoaches vertalen niet alleen, maar spelen tegelijkertijd ook een rol in het winnen van vertrouwen van de bezoekers en het in de culturele context plaatsen van de gepresenteerde hulpvragen. Alle vrijwilligers ontvangen vóór start van hun werk een training in gesprekstechnieken en basale psychoeducatie over veelvoorkomende psychische problemen. Zij zijn één tot drie dagdelen per week aanwezig in de ontmoetingscentra, waar zij door bezoekers benaderd kunnen worden voor een consult. Zij verlenen zelf geen formele psychische of medische hulp. Indien zij vanuit hun expertise inschatten dat verdere hulp nodig is, begeleiden zij de bezoeker naar geschikte zorg in de eerste lijn. Afhankelijk van de zelfredzaamheid van de bezoeker kan begeleiding variëren van adviseren waar verdere hulp te zoeken, het samen maken van een afspraak bij de huisarts, tot begeleiden bij een ziekenhuisbezoek. Hoewel veel bezoekers ook met lichamelijke klachten naar het Zorgcafé komen, is psychosociale ondersteuning het primaire doel. Een groot deel van de lichamelijke klachten van de bezoekers had bovendien een psychosociale achtergrond (bijvoorbeeld hoofdpijn door veelvuldig piekeren) of gevolg (bijvoorbeeld slaapproblemen door hevige kiespijn).

## Dataverzameling

Alle gesprekken tussen 1 januari 2019 en 31 december 2019 werden geregistreerd. Er werd onderscheid gemaakt tussen 'sociale gesprekken' (gesprekken met een cultuurcoach zonder specifieke hulpvraag vanuit de bezoeker) en 'consulten' (gesprekken met een psychosociaal ondersteuner en een cultuurcoach over een specifieke hulpvraag). Sociale gesprekken dienden vaak om een onderliggende hulpvraag aan het licht te brengen, waarna alsnog een consult met de bezoeker plaatsvond. Er waren geen exclusiecriteria voor de te behandelen hulpvragen; wel werd bij sommige vragen aangegeven dat het Zorgcafé hierin weinig kon betekenen (bijvoorbeeld een verzoek om huisvesting) en werd de bezoeker op een passendere instantie gewezen. Alleen van de consulten werden verdere gegevens geregistreerd.

Er werd mondelinge toestemming van de bezoekers gevraagd om een beperkt aantal gegevens van het gesprek te registreren. Alle gegevens werden volledig geanonimiseerd geregistreerd en waren niet individueel herleidbaar. Data werden direct na het gesprek door de vrijwilliger ingevoerd via een online formulier en opgeslagen in een online spreadsheet. Data-analyse werd gedaan met IBM SPSS Statistics version 26.<sup>10</sup>

Logistische regressie werd uitgevoerd middels backward selectie van onafhankelijke variabelen, waarbij variabelen met een p-waarde <0,20 werden meegenomen in het multivariabele regressiemodel. Een p-waarde van <0,05 werd beschouwd als significant.

## Resultaten

Tussen 1 januari 2019 en 31 december 2019 vonden 1278 gesprekken plaats, waarvan 636 (49.8%) consulten. Bij 215 (33.8%) consulten was dit voor de bezoeker het eerste consult bij het Zorgcafé, bij 165 (25.9%) consulten had de bezoeker het Zorgcafé eerder bezocht maar kwam deze met een nieuwe vraag en 256 (40.3%) consulten waren follow-up afspraken over een eerder besproken onderwerp. Tabel 1 laat de kenmerken van de bezoekers aan het Zorgcafé zien.

		Asielzoeker		Ongedocumente erde migrant		Statushouder/p aspoorthouder		Totaal	
		n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Geslacht</b>	<b>Man</b>	25	65,8	56	81,2	68	68,7	153	71,2
	<b>Vrouw</b>	13	34,2	13	18,8	31	31,3	62	28,8
<b>Leeftijd</b>	<b>&lt;18 jaar</b>	1	2,6	1	1,4	2	2,0	4	1,9
	<b>18-29 jaar</b>	13	34,2	38	55,1	41	41,4	96	44,7
	<b>30-54 jaar</b>	22	57,9	29	42,0	54	54,5	109	50,7
	<b>&gt;55 jaar</b>	2	5,3	1	1,4	2	2,0	6	2,8
<b>Land</b>	<b>Afghanistan</b>	7	18,4	13	19,4	6	6,3	27	12,6
	<b>Armenië</b>	2	5,3	1	1,5	0	0,0	3	1,4
	<b>Egypte</b>	1	2,6	0	0,0	3	3,2	4	1,9
	<b>El Salvador</b>	0	0,0	2	3,0	0	0,0	2	0,9
	<b>Eritrea</b>	2	5,3	9	13,4	16	16,8	27	12,6
	<b>Ethiopië</b>	0	0,0	0	0,0	3	3,2	3	1,4
	<b>Irak</b>	4	10,5	9	13,4	5	5,3	18	8,4
	<b>Iran</b>	6	15,8	7	10,4	16	16,8	29	13,5
	<b>Marokko</b>	2	5,3	4	6,0	1	1,1	7	3,3
	<b>Nigeria</b>	2	5,3	2	3,0	1	1,1	5	2,3
	<b>Palestina</b>	1	2,6	3	4,5	2	2,1	6	2,8
	<b>Soedan</b>	0	0,0	0	0,0	5	5,3	5	2,3
	<b>Syrië</b>	7	18,4	5	7,5	27	28,4	40	18,6
	<b>Anders</b>	4	10,5	12	17,4	10	10,5	33	15,3
	<b>Onbekend</b>	0	0	2	0,9	4	1,9	6	2,8
	<b>Spreekt Engels of Nederlands</b>	<b>Ja</b>	15	39,5	30	43,5	38	38,4	91
<b>Nee</b>		23	60,5	39	56,5	61	61,6	124	57,7
<b>Hulpvraag</b>	<b>Lichamelijk</b>	18	47,4	29	42,0	30	30,3	79	36,7
	<b>Psychosociaal</b>	12	31,6	17	24,6	40	40,4	69	32,1
	<b>-Financieel</b>	1	2,6	0	0,0	7	7,1	8	3,7
	<b>-Juridisch</b>	5	13,2	3	4,3	7	7,1	16	7,4
	<b>-Psychisch</b>	3	7,9	8	11,6	15	15,2	27	12,6
	<b>-Studie/werk</b>	2	5,3	0	0,0	5	5,1	8	3,7
	<b>-Maatschappelijk</b>	0	0,0	6	8,7	6	6,1	13	6,0
	<b>-Familieproblemen</b>	1	2,6	0	0,0	0	0,0	1	0,5
	<b>Zorgsysteem</b>	2	5,3	4	5,8	11	11,1	18	8,4
	<b>Gebitsproblematiek</b>	6	15,8	19	27,5	18	18,2	45	20,9
<b>Totaal</b>		38	17,7	69	32,1	99	46,0	215	100

Tabel 1: basisgegevens van de bezoekers met wie een consult gevoerd is in het Zorgcafé (n=215).

De gegevens van bezoekers met onbekende verblijfsstatus (n=9) zijn ten behoeve van de overzichtelijkheid niet in deze tabel opgenomen. Deze zijn beschikbaar op aanvraag.

Er werden 380 unieke hulpvragen geregistreerd. Hiervan werden 146 (38,4%) gepresenteerd als psychosociale problemen, 133 (35,0%) als lichamelijke problemen (exclusief gebitsproblemen), 68 (17,9%) als gebitsproblemen en 33 (8,7%) betroffen vragen over of problemen met het Nederlands gezondheidszorgsysteem. Binnen de psychosociale problemen werd verder onderscheid gemaakt tussen psychische problemen (zoals slaapproblemen, somberheid, n=59; 15,5%), maatschappelijke problemen (zoals huisvesting, n=26; 6,8%), juridische problemen (vaak met betrekking tot asielaanvraag, n=24; 6,3%), financiële problemen (zoals schulden, n=18; 4,7%), problemen met (het zoeken naar) werk of studie (n=18; 4,7%) en problemen binnen de familie (n=1; 0,3%).

Bij 229 (60,3%) van de 380 hulpvragen had de bezoeker nog niet eerder hulp gezocht bij een formele zorgverlener. Uit een multivariabele regressieanalyse bleek dat bezoekers van 30 jaar en ouder (aOR 2,787; p<0,001) en bezoekers die Engels of Nederlands spraken (aOR 1,953; p=0,006) significant vaker al in zorg waren bij een formele zorgverlener. Ongedocumenteerde migranten en statushouders waren significant minder vaak al in zorg vergeleken met asielzoekers (respectievelijk aOR 0,173; p<0,001 en aOR 0,477; p=0,029). Bij psychosociale klachten waren bezoekers minder vaak reeds in zorg dan bij lichamelijke klachten (aOR 0,435; p<0,001) (zie tabel 2).

		N	%	OR	p	aOR	p
<b>Geslacht</b>	<b>Man</b>	291	76,6	1			
	<b>Vrouw</b>	89	23,4	1,174	0,515		
<b>Leeftijd</b>	<b>&lt;30 jaar</b>	163	42,9	1		1	
	<b>&gt;=30 jaar</b>	217	57,1	2,504	<0,001	2,787	<0,001
<b>Status</b>	<b>Asielzoeker</b>	55	14,5	1		1	
	<b>Ongedocumenteerde migrant</b>	135	35,6	0,216	<0,001	0,173	<0,001
	<b>Statushouder</b>	179	47,1	0,511	0,003	0,477	0,029
<b>Hulpvraag</b>	<b>Lichamelijk</b>	201	52,9	1		1	
	<b>Psychosociaal</b>	146	38,4	0,596	0,024	0,435	0,001
	<b>Zorgsysteem</b>	33	8,7	2,057	0,060	1,990	0,106
<b>Spreekt Nederlands of Engels</b>	<b>Ja</b>	161	42,4	1		1	
	<b>Nee</b>	219	57,6	2,090	0,001	1,953	0,006

Tabel 2: factoren geassocieerd met reeds in zorg zijn bij een formele zorgverlener  
OR: odds ratio; aOR: adjusted odds ratio.

## Beschouwing

Van alle bezoekers waren jongeren onder de dertig, bezoekers die geen Nederlands of Engels spraken en bezoekers met psychosociale problemen vaker nog niet in zorg dan bezoekers van dertig jaar en ouder, die wel Nederlands of Engels spraken of zich met lichamelijke klachten presenteerden. Statushouders en ongedocumenteerden waren vaker nog niet in zorg dan asielzoekers.

De reden dat vooral jongeren nog niet in zorg waren heeft mogelijk te maken met het feit dat de ontmoetingscentra vooral door jongeren worden bezocht, waardoor zij gemakkelijker in aanraking komen met het Zorgcafé en hier als eerste hulp vragen. Ook is het waarschijnlijk dat oudere bezoekers meer chronische lichamelijke klachten hebben, waardoor zij al in zorg zijn bij een huisarts en zij zich dus ook bij een nieuwe (psychosociale) klacht gemakkelijker bij deze huisarts melden.

Bezoekers die geen Nederlands of Engels spraken waren minder vaak al in zorg bij een formele zorgverlener. Dit is geen onverwachte bevinding, aangezien de inzet van tolken in de huisartsenzorg en GGZ niet meer vergoed wordt (behalve voor asielzoekers) en vluchtelingen dan ook vaak aangewezen zijn op een vriend of familielid om te vertalen, ook als het om privacygevoelige (psychische) problemen gaat.<sup>11</sup> Een eerdere Nederlandse studie liet ook zien dat vrouwelijke ongedocumenteerde migranten de huisarts minder bezoeken wanneer zij geen Nederlands spreken.<sup>9</sup>

Statushouders en ongedocumenteerden waren minder vaak reeds in zorg dan asielzoekers. Dit past bij de manier waarop de zorg voor de verschillende groepen vluchtelingen in Nederland is ingericht. Asielzoekers hebben toegang tot huisartsenzorg op de locatie van het asielzoekerscentrum waar zij verblijven en deze zorg wordt vergoed via de Regeling Medische Zorg Asielzoekers (RMZA). Zodra een asielzoeker een tijdelijke verblijfsvergunning krijgt en van het AZC naar een eigen woning verhuist, kan hij/zij zich inschrijven bij een reguliere huisarts en moet hij/zij zelf een zorgverzekering afsluiten. De ervaring van vrijwilligers van het Zorgcafé is dat veel bezoekers hierbij tegen problemen aan lopen, omdat zij de taal niet spreken of het zorgsysteem niet goed begrijpen. Ongedocumenteerden kunnen geen zorgverzekering afsluiten, maar hebben wel recht op medisch noodzakelijke zorg. Zij kunnen zich bij een reguliere huisarts inschrijven (die via het Centraal Administratie Kantoor (CAK) de kosten vergoed kan krijgen) en kunnen bij indicatie tot tweedelijnszorg ook deze zorg krijgen bij een aantal door het CAK gecontracteerde ziekenhuizen en GGZ-instellingen. Dit is echter bij zowel de ongedocumenteerde migranten als ook bij de zorgverlenende instantie niet altijd bekend.

Ten slotte zagen wij dat bezoekers met psychosociale problemen minder vaak al in zorg waren voor de betreffende hulpvraag dan bezoekers die zich met lichamelijke klachten presenteerden. Zoals reeds in de introductie beschreven komt dit overeen met de internationale literatuur waarin gesteld wordt dat vooral voor psychische problemen vluchtelingen veel drempels tot zorg ondervinden.<sup>3-8</sup>

#### Toegevoegde waarde

Om de toegang tot zorg voor vluchtelingen te verbeteren lijkt een initiatief als het Zorgcafé specifiek van belang voor bovenstaande groepen, die minder goed de weg naar de juiste zorg weten te vinden.

Voor zorgverleners in de eerste (en eventueel ook de tweede) lijn kan het Zorgcafé op verschillende manieren van nut zijn. Ten eerste is er in het Zorgcafé meer tijd beschikbaar per consult en is er een cultuurcoach aanwezig waardoor de vaak complexe hulpvragen verder kunnen worden geëxploreerd. Deze informatie is waardevol voor de eerstelijns zorgverlener die niet altijd de beschikking heeft over een tolk en minder tijd per consult heeft. Ten tweede kan het Zorgcafé uitleg geven over het Nederlandse zorgsysteem. Dit kan onbegrip en discussie over bijvoorbeeld doorverwijzing naar de tweede lijn in de spreekkamer van de huisarts voorkómen. Ten derde kan het Zorgcafé de druk op de eerste lijn verlichten door bezoekers met lichte klachten te ondersteunen, waardoor deze bezoekers geen formele zorg nodig hebben. Ten vierde kan het Zorgcafé een rol spelen in het begeleiden van bezoekers naar de juiste zorgverlener, wat voorkómt dat zij heen en weer worden gestuurd in het systeem. Hierbij kan gedacht worden aan ongedocumenteerde migranten die alleen in bepaalde ziekenhuizen medisch noodzakelijke zorg kunnen ontvangen. Ten slotte kan de eerstelijnszorgverlener de bezoeker na consult of behandeling ook weer terug 'verwijzen' naar het Zorgcafé waar de bezoeker verdere uitleg en eventueel begeleiding kan krijgen in de eigen taal en vanuit de eigen cultuur.

Het concept van het Zorgcafé vertoont enkele parallellen met initiatieven als Headspace<sup>12</sup> in Australië en het hiervan afgeleide Nederlandse @ease.<sup>13</sup> Deze projecten zijn gericht op jongeren en hebben als doel hun psychisch, lichamelijk en sociaal welbevinden te verbeteren door hen een laagdrempelige plek te bieden waar zij gratis en anoniem terecht kunnen voor gesprekken met getrainde vrijwilligers.

Net als vluchtelingen vormen jongeren een kwetsbare groep om psychische klachten te ontwikkelen en speelt er vaak veel schaamte over psychische problematiek. Ook weten zowel jongeren als vluchtelingen niet altijd waar ze terecht kunnen met problemen. Net als bij het Zorgcafé is de hypothese van Headspace en @ease dat het laagdrempelige hulpaanbod ernstiger psychische problematiek kan voorkómen. In Australië bestaat Headspace al sinds 2006 en hebben meerdere studies positieve effecten laten zien;<sup>12,14,15</sup> in Nederland worden de resultaten van @ease nog geëvalueerd.

### Beperkingen

Onze studie heeft een aantal beperkingen. Om de anonimiteit van de bezoekers te beschermen, zijn alleen categorische data geregistreerd. Hierdoor is er geen gedetailleerde informatie bekend over de precieze problematiek waarmee men zich presenteerde. Een tweede beperking is dat om dezelfde reden data per consult geregistreerd werden en niet per bezoeker, waardoor het niet mogelijk is om herhaalconsulten te analyseren. Het aantal unieke bezoekers in deze studie is om dezelfde reden waarschijnlijk een onderschatting, aangezien wij hiervoor alleen de consulten hebben meegeteld van bezoekers die in 2019 voor het eerst het Zorgcafé bezochten. Ten derde zijn de bezoekers van het Zorgcafé mogelijk geen representatieve afspiegeling van de totale groep van vluchtelingen in Nederland; zo was de meerderheid van de bezoekers van het Zorgcafé man, waarschijnlijk omdat mannen vaker een ontmoetingscentrum bezoeken waar het Zorgcafé gevestigd is. Het is denkbaar dat onze populatie bestaat uit relatief gezonde mensen, omdat de psychisch meest kwetsbare vluchtelingen mogelijk niet het initiatief nemen om naar het Zorgcafé te komen. Aan de andere kant lijkt voor het bezoeken van het Zorgcafé voor veel vluchtelingen juist een minder hoge drempel te bestaan dan voor een bezoek aan een formele zorgverlener en wordt in het Zorgcafé mogelijk een populatie bereikt die anders helemaal geen hulp gezocht had. Ten slotte is een beperking dat met de huidige studieopzet het niet mogelijk is om conclusies te trekken in hoeverre het Zorgcafé daadwerkelijk ernstige psychopathologie kan voorkómen. Om deze vraag adequaat te beantwoorden zou gerandomiseerd onderzoek nodig zijn, wat moeilijk haalbaar lijkt. Longitudinaal vervolgonderzoek en kwalitatieve studies naar percepties van bezoekers en vrijwilligers zou wel verdere ondersteuning kunnen bieden aan het concept van het Zorgcafé.

### Conclusie

In deze studie presenteren wij de karakteristieken van een laagdrempelige voorziening voor psychosociale problemen bij vluchtelingen. De essentie van het Zorgcafé ligt in de ontmoeting van de bezoeker die in de eigen taal en vanuit de eigen cultuur zijn klachten kan beschrijven met de psychosociaal ondersteuner die over (para-)medische expertise beschikt maar ook over voldoende tijd waar het in de reguliere zorg soms aan ontbreekt. Verschillende groepen onder de populatie vluchtelingen lijken specifiek van deze 'nulpuntvijfdelijnzorg' te kunnen profiteren. Om de (toegang tot) zorg voor deze groepen te verbeteren zou het verder uitrollen van een concept als het Zorgcafé kunnen helpen. Verder onderzoek is nodig om de effecten van de interventies van het Zorgcafé te evalueren.



## Referenties

1. Goosen S. A safe and healthy future? Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees in the Netherlands [Internet]. Proefschrift. Universiteit van Amsterdam; 2014. Available from: <https://dare.uva.nl/search?identifier=92a87577-7d3a-472e-99bf-6222fd50704b>
2. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: A meta-analysis. *J Am Med Assoc.* 2005;294:602–12.
3. Ikram U, Stronks K. Preserving and Improving the Mental Health of Refugees and Asylum Seekers: A Literature Review for the Health Council of the Netherlands [Internet]. 2016. Available from: <https://www.healthcouncil.nl/binaries/healthcouncil/documents/advisory-reports/2016/02/24/mental-health-of-refugees/advisory-report-mental-health-of-refugees.pdf>
4. Byrow Y, Pajak R, Specker P, Nickerson A. Perceptions of mental health and perceived barriers to mental health help-seeking amongst refugees: A systematic review. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2020;75. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101812>
5. Slobodin O, Ghane S, De Jong JT. Developing a culturally sensitive mental health intervention for asylum seekers in the Netherlands: a pilot study. *Intervention.* 2018;16:86–94.
6. Teunissen E, Sherally J, Van Den Muijsenbergh M, Dowrick C, Van Weel-Baumgarten E, Van Weel C. Mental health problems of undocumented migrants (UMs) in the Netherlands: A qualitative exploration of help-seeking behaviour and experiences with primary care. *BMJ Open.* 2014;4:1–12.
7. van der Boor CF, White R. Barriers to Accessing and Negotiating Mental Health Services in Asylum Seeking and Refugee Populations: The Application of the Candidacy Framework. *J Immigr Minor Heal* [Internet]. 2020;22:156–74. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10903-019-00929-y>
8. Colucci E, Szwarc J, Minas H, Paxton G, Guerra C. The utilisation of mental health services by children and young people from a refugee background: a systematic literature review. *Int J Cult Ment Health.* 2014;7:86–108.
9. Schoevers MA, Loeffen MJ, Van Den Muijsenbergh ME, Lagro-Janssen ALM. Health care utilisation and problems in accessing health care of female undocumented immigrants in the Netherlands. *Int J Public Health.* 2010;55:421–8.
10. IBM SPSS Statistics for Windows. Armonk, NY: IBM Corp.;
11. Zorginstituut Nederland. Tolkvoorziening voor anderstaligen in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg [Internet]. 2020. Available from: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2020/04/20/standpunt-tolkvoorziening-anderstaligen-ggz>
12. Rickwood D, Paraskakis M, Quin D, Hobbs N, Ryall V, Trethowan J, et al. Australia's innovation in youth mental health care: The headspace centre model. *Early Interv Psychiatry.* 2019;13:159–66.
13. @ease [Internet]. [cited 2020 Aug 3]. Available from: [https://www.ease.nl/over\\_at\\_ease.php](https://www.ease.nl/over_at_ease.php)
14. Perera S, Hetrick S, Cotton S, Parker A, Rickwood D, Davenport T, et al. Awareness of

headspace youth mental health service centres across Australian communities between 2008 and 2015. *J Ment Heal* [Internet]. 2019;29:410–7. Available from: <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1630718>

15. Rickwood D, Mazzer K, Telford N, Parker A, Tanti C, McGorry P. Changes in psychological distress and psychosocial functioning in young people accessing. *Med J Aust*. 2015;202:537–43.