

Barrières en faciliterende factoren bij het zoeken van mentale hulp voor jongeren in Suriname

R.N.A. Madaran, S.M.J. Leijdesdorff, V.J.F. Lumsden, R.M.C. Klaassen

- Achtergrond** Wereldwijd is er voor jongeren een tekort aan mentale hulpverlening. Dit is met name onderzocht in geïndustrialiseerde landen, het is nog niet goed onderzocht in landen in ontwikkeling.
- Doel** Inzicht verkrijgen in de barrières en de faciliterende factoren bij hulpzoekende jongeren in Suriname.
- Methode** Er werden diepte-interviews afgenomen bij jongeren in Paramaribo en Wanica, Suriname. Hierna volgde een thematische analyse en werden barrières en faciliterende factoren beschreven.
- Resultaten** Een heterogene groep van 19 jongeren werd geïncludeerd. Bij barrières waren er vier thema's: stigma en culturele opvattingen, mental health literacy (MHL), toegang tot zorg en taalbegrip. Bij faciliterende factoren waren de thema's toegankelijke informatie en openheid van familie.
- Conclusie** MHL, stigma en toegang tot zorg werden in deze studie als barrières herkenbaar. Nieuw in deze studie is dat hoewel Nederlands de officiële taal is van de Surinaamse bevolking, taalbegrip een grote rol speelt bij het zoeken naar hulp. Deze barrière lijkt samen te hangen met de sociaal-economische status van de jongere. Tevens noemden jongeren een angst voor westerse hulp en medicatie. Angst voor negatieve reacties uit de omgeving bleek deels gebaseerd op daadwerkelijk ervaren negatieve reacties en vooroordelen. Een voorkomende overtuiging was dat de geestelijke gezondheidszorg (ggz) alleen voor ernstige psychiatrische problemen was en jongeren daardoor hun problemen als onbelangrijk of niet ernstig genoeg beschouwden. Faciliterende factoren waren toegankelijke informatie en openheid van familie.

Er bestaat in de adolescentiefase, waarin meer dan de helft van alle mentale stoornissen begint, een zogenaamde 'treatment gap'. Hiermee wordt bedoeld: een negatieve balans in de behoefte aan mentale hulp tegenover het werkelijk ontvangen van deze hulp.^{1,2} In het verlengde hiervan rijst daarom de vraag wat de onderliggende barrières en faciliterende factoren zijn in het zoeken en ontvangen van mentale hulp. In hoge-inkomenslanden zijn de volgende barrières beschreven bij jongeren: stigmatiserende attitudes wat betreft de geestelijke gezondheidszorg, negatieve attitudes tegenover het vragen van hulp in het algemeen, vragen over vertrouwelijkheid, de angst slecht bejegend te zullen worden en het idee dat behandeling niet zal helpen.³ Ook zijn genoemd (ontbreken van) informatie over waar iemand hulp kan vinden en kosten.^{3,4} Bekende faciliterende factoren zijn: positieve attitudes tegenover hulp zoeken, sterke emotionele vaardigheden en kennis op het gebied van geestelijke gezondheid.⁴ Specifiek in Nederland werden als barrières gevonden: negatieve

attitudes ten opzichte van mentale gezondheid, het prioriteren van andere activiteiten boven hulp zoeken, angst voor stigmatisatie, de gedachte een ander te belasten en lange wachtlijsten. Faciliterende factoren waren onder andere hulp van familie en vrienden, laagdrempelig beschikbaar zijn van de huisarts en het horen van positieve verhalen van anderen.⁵

Er is internationaal aandacht voor verlagen van drempels voor jongeren wat betreft hulpzoekend gedrag, waarbij de International Association for Youth Mental Health (IAYMH) een belangrijke stimulans is in verbinden van initiatieven wereldwijd, zoals Headspace Australië en Denemarken, Jigsaw in Ierland en sinds 2017 @ease in Nederland.^{6,7}

De vraag rijst hoe groot de kloof tussen behoefte aan hulp en werkelijk ontvangen hulp (treatment gap) is en wat de barrières in landen zijn waar traditionele culturen een grotere rol spelen en armoede groter is. Dit zijn culturen waar mensen wat meer traditionele leefgewoonten hebben en minder beïnvloed zijn door

AUTEURS

Raymond Madaran, ten tijde van het schrijven van het artikel: arts in opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater Levvel, Amsterdam; thans: kinder- en jeugdpsychiater, Psychiatrisch Centrum Suriname, Paramaribo.

Sophie Leijdesdorff, psycholoog en universitair docent, Universiteit Maastricht.

Vincent Lumsden, kinder- en jeugdpsychiater en opleider, Psychiatrisch Centrum Suriname, Paramaribo.

Rianne Klaassen, kinder- en jeugdpsychiater en opleider, Levvel, Amsterdam.

Correspondentie

Raymond Madaran (raymadaran@gmail.com).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 2-7-2024.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2024;66(9):516-521

westerse waarden. In traditionele culturen is bekend dat psychiatrische stoornissen vaker worden toegeschreven aan morele overtredingen. Mensen met psychiatrische stoornissen worden vaker als gevaarlijk geïnterpreteerd, wat leidt tot schaamtegevoelens en angst bij en voor deze personen.⁸ Een vraag is of deze oorzaken voor huidige generatie jongeren nog steeds gelden. In Brazilië, een middeninkomensland, vond men een treatment gap van 88%, waarbij slechts 12% van jongeren met mentale problemen gebruik had gemaakt van geestelijke gezondheidsdiensten.²

Suriname is een middeninkomensland met verschillende bevolkingsgroepen. De bevolkingsomvang is 616.500, waarvan 112.450 jongeren tussen de 12 en 25 jaar.⁹ In Suriname wordt de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg verleend door het Psychiatrisch Centrum Suriname (PCS), terwijl er ook eerstelijns psychologenpraktijken zijn waar jongeren terecht kunnen voor mentale hulp. De financiering van ggz voor jongeren in Suriname valt onder de zorgverzekering, anders dan in Nederland, waar deze verantwoordelijkheid bij de gemeente ligt. Vergelijkbaar met de Nederlandse situatie wordt psychologische hulp niet altijd volledig vergoed, en (onduidelijkheid over) een eigen financiële bijdrage is een bekende barrière voor het zoeken van hulp onder jongeren met mentale problemen.^{5,10}

De onderzoeksvraag is: wat zijn barrières en faciliterende factoren bij mentale hulpzoekende jongeren (12-25 jaar) in Suriname; hoe beleven jongeren het zoeken van hulp voor mentale problemen, wat zien zij als barrières en faciliterende factoren?

METHODE

Opzet en procedure

We verrichtten een exploratief kwalitatief onderzoek naar barrières en faciliterende factoren bij jongeren in Suriname wat betreft hulp zoeken voor mentale

problemen. Daarbij maakten we gebruik van face-to-facediepte-interviews bij jongeren in Paramaribo en Wanica door een getrainde leeftijdsgenoot.

Aan het begin van het onderzoek stuurden we verzoekbrieven naar enkele scholen in Paramaribo, huisartsenpraktijken, particuliere eerstelijns psychologenpraktijken, het jeugddetentiecellenhuis, de kindergeneeskundepoli van Academisch Ziekenhuis Paramaribo, buurtgroeperingen en sportclubs. De interviews vonden plaats op locaties die toestemming gaven en/of waar er jongeren bereid waren die voldeden aan inclusiecriteria en in het PCS. We maakten geluidsopnamen, die werden getranscribeerd en daarna verwijderd. Interviews werden semigestructureerd afgenomen aan de hand van een topiclijst. Deze lijst was opgesteld aan de hand van literatuur uit het theoretisch kader en expertise van het onderzoeksteam.

De eerste 3 interviews werden afgenomen door hoofdonderzoeker RM en de andere interviews werden gedaan door 3 getrainde jongeren (peer-interviewers: CB, RK en SL). Elke peer-interviewer kreeg dezelfde training met een focus op het aanleren van open gesprekstechnieken en doorvragen. Ook deelde de hoofdonderzoeker zijn ervaringen met de eerste 3 interviews. Na de eerste interviews van de peer-interviewers werd de training herhaald, teneinde feedback en tips te geven over gespreksvoering voor de volgende onderzoeken. De Commissie Mens-gebonden Wetenschappelijk Onderzoek van het ministerie van Volksgezondheid in Suriname verleende officiële toestemming.

Studiepopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit jongeren van 12-25 jaar, heterogeen wat betreft leeftijd, geslacht, culturele achtergrond, etniciteit en opleiding volgens *purposive sampling*. Hierbij worden participanten opzettelijk, niet gerandomiseerd, zo divers mogelijk geselecteerd.¹¹ Exclusiecriteria waren: jongeren die geen Nederlands, Engels of Surinaams spraken en die buiten de leeftijdscategorie 12-25 jaar vielen.

Data-analyse

Data werden geanalyseerd volgens thematische analyse in 3 fases.¹² In de eerste fase werden interviews beluisterd, gelezen en open gecodeerd door onderzoekers. De hoofdonderzoeker codeerde alle interviews en vergeleek zijn codes met die van de overige onderzoekers (RMCK en SMJL) die ieder een deel van de interviews codeerden. Verschillen werden bediscussieerd om tot een beter inzicht te komen in basale thema's. We gebruikten deductieve en inductieve codering, waarbij nieuwe codes werden gevormd en codes werden meegenomen uit eerder onderzoek.⁵ In de laatste fase van de data-analyse werden de belangrijkste thema's geïdentificeerd. We gingen door met interviewen tot er geen nieuwe thema's meer naar voren kwamen. ATLAS.ti 23-software werd gebruikt voor de analyse.

RESULTATEN

Participanten

Voor het onderzoek interviewden we 19 jongeren (zie **tabel 1**). De leeftijden varieerden van 12 tot 23 jaar met een gemiddelde van 16,5 jaar. 13 jongeren hadden ervaring met mentale problemen en hadden stemmings- en angstklachten, automutilatie, suïcidaliteit of aandachtsdeficiëntie- en/of hyperactiviteitsstoornis (ADHD). Verder waren er psychosociale factoren en *life events*, waaronder kindermishandeling, verlating, meemaken van suïcide en het wegvallen van een naaste. 3 jongeren waren op het moment van het interview in zorg bij de ggz.

Thematische analyse

Thematische analyse liet meerdere thema's zien en als aanvulling hierop hadden jongeren aan het eind van elke interview de mogelijkheid om adviezen te geven ter verbetering.

Barrières

We onderscheidde de volgende belemmerende factoren: stigma en culturele opvattingen; mental health literacy (MHL); toegankelijkheid tot zorg; taalbegrip.

Stigma en culturele opvattingen

Jongeren beschreven angst, negatieve cognities en attitudes ten opzichte van geestelijke gezondheid (zorg).
(R2) 'Nee ik zoek geen hulp, ik was bang. Ik dacht die mensen gaan me opnemen en ik ga m'n huis niet zien voor een lange tijd [...] Ze zouden me opsluiten in één van die witte kamers als in die films [...] Het enige wat ik ooit heb gehoord over PCS is 'law mang oso' (gekkenhuis).'
(R1) 'Ik had mijn handen gesneden en was bang om mijn ouders te vertellen. Anders zou ik pakslaag krijgen.'
(R4) 'Ik kijk genoeg Andrew Tate op TikTok om naar een therapeut te gaan. Hij had ooit een voorbeeld genoemd dat je pas kan zeggen dat je depressed bent als iemand die op hun doodsbed ligt medelijden met je kan hebben.'

Tabel 1. Demografische gegevens

	N	%
Mannelijk geslacht	13	(68%)
Vrouwelijk geslacht	6	(32%)
Woonplaats		
Paramaribo	15	(79%)
Wanica	4	(21%)
Nationaliteit		
Surinaamse	16	(84%)
Nederlandse	3	(16%)
Opleiding		
VOJ	5	(26%)
VOS	10	(52%)
Hbo	2	(11%)
Onbekend	2	(11%)
Leeftijdscategorie		
12-18 jaar	14	(74%)
19-25 jaar	5	(26%)
Etnische achtergrond		
Javaans	1	(5%)
Hindoestaans	3	(16%)
Afro-Surinaams	7	(37%)
Gemengd	8	(42%)

VOJ: voortgezet onderwijs op juniorenniveau; VOS: voortgezet onderwijs op seniorenniveau; hbo: hoger beroepsonderwijs.

Jongeren gaven aan de angst te hebben geen gepaste hulp te ontvangen. Anderen hadden vragen over geheimhouding. Ze waren vooral bang dat hun verhaal door een decaan, arts, psychiater of psycholoog doorverteld zou worden. Een groep jongeren was bang voor een slechte bejegening door een professional.
(R3) 'Ik was bang dat als ik iemand m'n life story vertel dat ze het gaat doorvertellen[...] daarom dacht ik van misschien moet ik niet naar de psycholoog gaan of psychiater... Mensen in Suriname houden van gossip [...] Mijn gevoelens komen dan bij een tante, en een tante en een tante. En dan weet iedereen dat ik anders ben'.
Een aantal jongeren gaf aan ook negatieve reacties te hebben gehad vanuit de omgeving. Dit versterkte hun schaamtegevoel. Reacties varieerden van afwijzende, stigmatiserende opmerkingen tot het ontkennen dat er sprake zou kunnen zijn van een mentale stoornis.
(R2) 'Eeuwig zegt ze (oma): 'zwarte mensen plegen geen zelfmoord' terwijl ik met die gedachten rondloop [...] Ik was zo in de war, ik begreep het niet, hoe krijg ik ze wel?'
De jongeren maakten gebruik van verschillende vormen van alternatieve hulp zoals hulp bij de kerk, bij de traditionele genezer. Een reden om geen hulp te zoeken in de ggz, was de angst voor westerse geneeswijzen.

(R5) 'Doktermedicijn maakt mensen dood, eerder dan osodresie (huis/traditionele geneesmiddeltjes).'

Mental health literacy

MHL kunnen we opvatten als vaardigheden van individuen om informatie te verkrijgen, te begrijpen en te beoordelen bij het nemen van mentale gezondheidsgerelateerde beslissingen.¹³

In alle interviews kwamen verschillende niveaus van onwetendheid over mentale gezondheid en/of het bestaan van of hoe toegang te krijgen tot gezondheidsdiensten naar voren. Enkele jongeren beschreven dat zij pas bij ernstige suïcidaliteit of lichamelijke klachten bij een huisarts terechtkwamen. Bepaalde jongeren waren zich wel bewust van hun klachten, maar wisten niet hoe deze klachten te labelen, waardoor ze erger werden en zij toch geen mentale hulp zochten.

Bij jongeren in de laagste leeftijdscategorie, het laagste opleidingsniveau, de laagste sociaal-economische klasse en de jongeren die verbaal het zwakst waren, zagen we de ernstigste onwetendheid.

Gebrek aan bewustzijn

Jongeren gaven aan niet te weten wat mentale problemen zijn, hoe ze te herkennen bij een ander, laat staan bij zichzelf. Het werd gekoppeld aan bijvoorbeeld kelderende schoolprestaties of somatische klachten.

(R2) 'Ik ging het meten bij m'n cijfers en hoe ik me ging voelen tijdens die lessen, als ik me goed voelde kon ik gewoon opletten tijdens de les, cijfers waren vrij hoog.'

(R3) 'Of als ik paniekaanvallen kreeg [...] ik dacht dat ik astma had [...] dus ik dacht dit is gewoon part of life.'

Jongeren wisten niet waar ze terecht konden en of er instanties bestonden die hulp boden. Vele jongeren waren in de veronderstelling dat er fors betaald moest worden voor mentale hulp. Sommige jongeren kregen verkeerde adviezen van peers of familie.

(R2) 'Als ik ze zeg het is tijd om medicatie in te nemen zeggen ze waarom neem je het, het werkt toch niet, zomaar neem je het.'

Competenties en attitudes wat betreft hulp zoeken

Sommige jongeren konden moeilijk met anderen praten over hun problemen. Genoemde redenen waren: eenzaamheid, gevoelens van waardeloosheid. De meeste jongeren dachten dat hun mentale problemen niet ernstig genoeg waren om er hulp voor te vragen.

(R2) 'Het ging letterlijk jaren niet goed [...] Ik kwam pas hulp zoeken toen ik op mijn laatste paar voeten was.'

De meest voorkomende overtuiging bij jongeren (evenals hun omgeving) was dat ze zelf voor oplossingen moesten zorgen.

(R3) 'Het is ook heel lastig wanneer mensen je zeggen dat je flinker moet zijn of je moet harder proberen jezelf beter te maken.'

Ook wilden ze een ander niet lastigvallen met hun problemen.

(R2) 'Ik vertrouw niet erop dat hij [vader] sterk genoeg is om mijn bagage erbij te nemen ik laat hem denken dat alles goed gaat met mij.'

Toegankelijkheid van zorg

Financiële problemen zoals vervoerskosten, reisafstand (voor jongeren woonachtig buiten Paramaribo) weerhielden jongeren ervan om hulp te zoeken. Jongeren misten informatie waar terecht te kunnen vanuit school.

Taalbegrip

De voertaal in Suriname is Nederlands en alle interviews werden in het Nederlands afgenomen. Opvallend genoeg bleken vragen niet goed begrepen te worden. Opleidingsniveau leek geen rol te spelen in het taalbegrip, wel viel een groot verschil op tussen jongeren met een hogere en lagere sociaal-economische status en openbaar versus particulier onderwijs, waarbij een hogere sociaal-economische klasse en particulier onderwijs samengingen met beter taalbegrip. Verminderd taalbegrip ging samen met onwetendheid over geestelijke gezondheid (szorg), moeite met hulp vragen en gebrek aan gespreksvaardigheden.

Faciliterende factoren

Faciliterende factoren waren: hulp en openheid van familie/vrienden/omgeving; toegankelijke informatie.

Hulp en openheid van familie/vrienden/omgeving

Wat jongeren aangaven, was dat het kennen van een familielid die in de zorg werkte hen hielp opener te zijn. Een te vertrouwen familielid of mentor op school werd ook genoemd.

(R12) 'Ik denk dat ik geluk heb dat onze school een hele goede decaan heeft die kinderen in het algemeen heel goed begrijpt en vaak heeft kunnen helpen. Ik weet wel dat het op andere scholen niet zo aan toe gaat.'

Toegankelijke informatie

Sociale media konden naast het verspreiden van negatieve informatie ook faciliterend werken. Zo konden jongeren op YouTube adviezen opzoeken over geestelijke gezondheid.

(R2) 'Dus had ik haar (moeder) geappt [...]. Ik heb gezegd ik heb hulp nodig. Ze vond het een beetje vreemd, hulp over app terwijl ik nooit met haar praat en heb nooit laten zien dat iets fout gaat met me [...] toen is ze met me komen praten.'

Ook informatie in de krant kon helpen.

Adviezen voor verbetering

Aan jongeren werd aan het eind van het interview gevraagd om advies te geven. Daarbij kwamen overeenkomende thema's naar voren zoals in onderzoek in westerse landen.

Jongeren wilden: 1. Zorg dichterbij huis, maar als ze ergens naar toe zouden gaan, dan liever naar een algemeen ziekenhuis dan naar een ggz-instelling.

2. Voorlichting op school. 3. Filmpjes op tv/sociale media over mentale gezondheid. 4. Het gebruik van apps of chatprogramma's (via deze apps was informatie dichtbij en anoniem).

(R4) 'Een app maken en dan kan je chatten of zo [...] Je hoeft niemand te vragen. Je hoeft je gegevens niet eens in te vullen [...] Eigenlijk sowieso meer anonimiteit.'

5. Vertrouwenspersoon op school (bijvoorbeeld een mentor). 6. Gratis zorg.

DISCUSSIE

Stigma en schaamte

In Suriname bleken stigma en schaamte rond hulp zoeken voor mentale problemen de belangrijkste barrière bij adolescenten. Publiek stigma, zelfstigma en ondervonden stigma werden veel genoemd door deze populatie. In lijn met eerder onderzoek zagen jongeren zichzelf of anderen als zwak als ze mentale problemen hadden of hulp zochten daarvoor.¹⁴ Ondervonden stigma was ook van invloed op hulpzoekend gedrag bij onderzochte jongeren, conform eerdere uitkomsten van onderzoek.³ PCS werd gezien als een plek voor mensen met ernstige mentale en verslavingsproblemen. Media zoals films en (influencers op) sociale media hadden invloed op de voorstelling die jongeren hadden van een ggz-instelling en droegen bij aan het eerder beschreven publiek stigma.¹⁵

Culturele invloeden

Eén jongere noemde dat westerse medicijnen schadelijk waren en traditionele medicatie veel veiliger. Eerder werd beschreven dat in traditionele culturen het hulpzoekend gedrag beïnvloed wordt door culturele overtuigingen.⁸ Uit ervaring blijkt dat volwassenen en ouderen psychische beelden vaak geen psychiatrische verklaring geven en westerse medicatie als schadelijk of niet geïndiceerd zien. Het bekende gezegde is dan ook 'A no datra siki' ('Dit is geen doktersziekte'). We zien dus toch een verschil tussen generaties, waarschijnlijk omdat jongeren tegenwoordig meer meekrijgen vanuit sociale media of peers dan ouderen. Desondanks is de culturele, langer bestaande invloed nog immer aanwezig en van invloed, ook bij jongeren.

Vragen rond vertrouwelijkheid en angst geen gepaste hulp te ontvangen of slecht bejegend te worden door een professional kwamen ook voor, wat in lijn is met eerder onderzoek bij jongeren in hoge-inkomenslanden.³ Jongeren zoeken eerder hulp bij vertrouwde personen zoals familie of vrienden.

Taalbegrip en mental health literacy

De opvallende discrepantie in taalbegrip, ondanks goede scholing, maakt het voor jongeren moeilijker om te communiceren over hoe zij zich voelen en wat zij meemaken. Makkelijk verbaliseren en taal begrijpen zijn nodig bij het vragen van hulp of het uiten van gevoelens

en kan een reden zijn dat juist deze jongeren minder MHL hebben. We hebben niet onderzocht of jongeren thuis een andere taal dan Engels, Nederlands of Surinaams spreken, maar we denken dat dit een rol kan spelen. Angst dat een jongere een ander niet zal begrijpen of dat een professional de jongere niet begrijpt, kan ook zorgen voor vermijding van hulp vragen. Dit vormt een aandachtspunt bij de aanpak, waarbij afstemming nodig is van het referentiekader en het taalgebruik van de hulpverlener op die van de jongere. Het betekent mogelijk ook dat kennis rondom het bespreken van gevoelszaken uit andere landen niet zomaar gegeneraliseerd kan worden naar Suriname.

Zoals beschreven, zagen we bij alle jongeren verschillende niveaus van onwetendheid over mentale gezondheid en/of het bestaan van of hoe toegang te krijgen tot gezondheidsdiensten. Enkele jongeren kwamen pas bij ernstige suïcidaliteit of lichamelijke klachten bij een huisarts terecht. Sommige jongeren waren zich wel bewust van hun klachten, maar wisten niet hoe deze te labelen, waardoor ze erger werden en zij toch geen mentale hulp zochten. Dit is in lijn met eerder onderzoek waaruit blijkt dat onwetendheid leidt tot vermijding van hulp zoeken.³

De ernstigste onwetendheid zagen we vooral bij jongeren in de laagste leeftijdscategorie, het laagste opleidingsniveau, de laagste sociaal-economische klasse en de jongeren die verbaal het zwakst waren. Ook dit is in lijn met eerder onderzoek.¹⁶

Attitudes en competenties aangaande hulp vragen werden teruggezien. Bij meerdere jongeren werden verschillende niveaus van gebrekkige sociaal-emotionele competenties gevonden. Ook dit probleem is eerder beschreven als barrière.³ Veelvoorkomende attitudes waren de gedachte zelf voor oplossingen te moeten/kunnen zorgen en de andere niet te willen belasten. Waarschijnlijk speelt hierin de ontwikkelingstaak van adolescenten in zelfstandigheid en onafhankelijkheid.⁵ De gedachte dat mentale hulp alleen voor ernstige psychiatrische patiënten is en dat mentale problemen minder belangrijk zijn dan bijvoorbeeld oorlog of lichamelijke problemen kwam veel voor. Deze attitude kan het resultaat zijn van zowel onwetendheid en stigma als de manier waarop de zorg georganiseerd is.

Problemen met toegankelijkheid

Wat betreft toegankelijkheid tot zorg maakten jongeren zich zorgen om financiële uitgaven om een ggz-instelling te bereiken, de vervoerskosten. In rurale gebieden is toegankelijkheid überhaupt een belangrijke barrière.³ In het kader van decentralisatie voor de binnenlanden in Suriname zou een model als 'Friendship Bench' in Zimbabwe, waarbij gezondheidswerkers simpele behandelingen kunnen uitvoeren, interessant zijn.¹⁷ Het gebruik van leken als hulpverlener (*lay-providers*) kan het capaciteitsprobleem deels oplossen. Jongeren adviseerden dat anonimiteit en onlinetoegang tot hulp nuttig zouden zijn in het hulp zoeken. Onderzoek bij

@ease liet zien dat peer-support en inlooptmogelijkheden met anonimiteit drempelverlagend waren.⁵ Het zou veelbelovend zijn om een soortgelijk model in Suriname te implementeren.

Wat de toegankelijkheid complex maakt, is dat in Paramaribo enerzijds de tweedelijns ggz-instelling (PCS) weliswaar relatief makkelijk bereikbaar is, maar dat hier het grootste stigma aan kleeft. Anderzijds wordt bij eerstelijns psychologische praktijken, waarop een minder groot stigma op rust, behandeling niet of niet volledig vergoed door bepaalde verzekeringsmaatschappijen. Jongeren met lichte klachten, ontwikkelingsstoornissen en of gedragsproblemen komen dus niet in de ggz terecht. Dit maakt het uitdagend om beleid te maken in de preventie of vroege interventie.

Opvallende bevindingen in de communicatie

De jongere groep rond 12 jaar was minder goed bespreekt. Ze gaven korte antwoorden vergeleken met de oudere jongeren. Waarschijnlijk hangt dit samen met het verstandelijk niveau van een jongere adolescent en het moeilijk onder woorden kunnen brengen van problemen en gevoelens. Deze interviews waren kort, maar zijn wel meegenomen in het onderzoek. Interviews met oudere jongeren waren uitgebreider en verliepen vlotter. We zagen een patroon dat jongeren veelal algemene antwoorden gaven. Vergeleken met jongeren uit Nederlandse interviewstudies geven Surinaamse jongeren minder direct antwoord op vragen.⁵ Na uitvoerige analyse en discussie binnen het onderzoeksteam bleek dat de algemene antwoorden toch betrekking hadden op hun eigen leven. De interviewers pasten zich hierin vervolgens aan bij het afnemen van de resterende interviews.

Sterkten en beperkingen

Een sterkte van deze studie was dat interviews peer-to-peer werden uitgevoerd. De aanname hierbij is dat dit het makkelijker maakt voor jongeren om vrij te spreken. Verder zijn interviewers drie keer getraind waarbij ervaringen van eerdere interviews werden meegenomen om het interviewen steeds scherper te maken.

Behalve jongeren met mentale problemen zijn ook jongeren geïnterviewd die geen eigen ervaring hiermee hadden.

Belangrijk is dat de hoofdonderzoeker, met een Surinaamse achtergrond, de interviews goed kon interpreteren. Meermaals leken antwoorden van jongeren op 'horen zeggen', maar concludeerden de onderzoekers na uitvoerig lezen en discussiëren dat jongeren in algemeenheden over zichzelf spraken. Deze bevinding werd teruggekoppeld aan de interviewers, die hier vervolgens rekening mee hielden gedurende de overige interviews. In het kader van cultuursensitief werken is het een voordeel geweest dat iemand die bekend is met de cultuur hierbij een genuanceerd beeld heeft.

Een beperking van ons onderzoek is dat inclusie enkel in meerdere instellingen/locaties rond Paramaribo en

Wanica heeft plaatsgevonden. In toekomstig onderzoek moeten, gezien de diverse bevolkingsgroepen en woon-situaties in Suriname, ook jongeren uit andere gebieden van het land geïnccludeerd worden om een vollediger beeld te krijgen.

Een andere beperking is dat we bij een paar jonge deelnemers weinig antwoorden kregen. Deze groep is niet goed genoeg weergegeven; een idee voor vervolgonderzoek is om ouders of oudere broers/zussen bij de interviews te betrekken die gevoelens en gedachten kunnen helpen verbaliseren.

CONCLUSIE

We concluderen dat taalbegrip, evenals stigma en angst voor ontoereikende geheimhouding, mogelijk een grotere rol spelen in Suriname in vergelijking tot hoge-inkomenslanden. Dat maakt dat de vraag hoe jongeren te bereiken anders benaderd moet worden. Het belang van vertrouwelijkheid lijkt groter, samenhangend met een kleinere gemeenschap.

De moeite met taal was een verrassende bevinding en vergt aandacht, vanuit het oogpunt van preventie (opvoedbureaus), maar ook in onderwijs kan men daar mogelijk meer aandacht aan besteden.

Een bekende culturele opvatting zagen we terug, waarbij er angst bestaat voor westerse geneeskunde en medicatie en de jongeren dus eerder kozen voor culturele hulp. Negatieve reacties uit de omgeving van jongeren bestonden ook uit vooroordelen, waarbij mentale problemen worden ontkend en toegeschreven aan andere groeperingen. Een tekort aan MHL werd bij alle jongeren gezien met een veelvoorkomende overtuiging dat de ggz alleen voor ernstige psychiatrische problemen was en jongeren daardoor hun problemen bagatelliseren. Dit leidde ertoe dat zij geen hulp zochten voor mentale problemen. Toegang tot zorg was belemmerd door financiële problemen en een gebrek aan kennisbronnen, maar ook infrastructuur.

Faciliterende factoren waren hulp van familie of vrienden en toegankelijke informatie. Ten slotte gaven jongeren nuttige adviezen om de toegang tot ggz te verbeteren zoals het decentraliseren van de zorg, meer voorlichting geven op onder andere school en het meer delen van positieve verhalen.

LITERATUUR

- 1 Solmi M, Radua J, Olivola M, e.a. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry* 2022; 27: 281-95.
- 2 Duarte CS, Lovero KL, Sourander A, e.a. The child mental health treatment gap in an urban low-income setting: multisectoral service use and correlates. *Psychiatr Serv* 2022; 73: 32-8.
- 3 Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry* 2010; 10: 113.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.