

De zoektocht naar psychische hulp

**Hoe mensen de zoektocht naar hulp bij psychische klachten ervaren
en hoe zij eerder bij de juiste hulp terecht kunnen komen**

Dorine van Lennep, Zarina Kallan, Merel Otto en Mireille Koomen



Colofon

Opdrachtgever: Coalitie Mentale Gezondheid, Amsterdam Vitaal en Gezond

Opdrachtnemer: Clëntenbelang Amsterdam

Onderzoekers: Dorine van Lennep, Zarina Kallan, Merel Otto en Mireille Koomen

Co-onderzoekers: Niels Norberhuis en Anna Sieben

Moment van uitgave: February '26

Versie: definitief

Copyright © 2026 Clëntenbelang Amsterdam

Niets uit dit rapport mag worden gepubliceerd zonder vermelding van de naam van het onderzoeksinstituut en een verwijzing (link) naar het totale rapport.

Inhoud

Introductie.....	4	Afweging tussen individuele therapie en groepstherapie.....	28
De leefwereld als eerste vangnet.....	6	Conclusies.....	30
Zelfzorg onder druk.....	6	De leefwereld als eerste plek van signalering en ondersteuning.....	30
Kennis opdoen over jezelf en je klachten.....	7	Ongelijkheid in mogelijkheden.....	30
Steun en spanning in het eigen netwerk.....	9	Verwachtingen en informatie als terugkerende knelpunten.....	30
Werk als houvast en knelpunt.....	11	Wat hulpzoekenden aan de voorkant nodig hebben.....	31
Zelf oplossen of hulp vragen.....	13	Afhankelijkheid en machtsverhoudingen.....	31
Toegang tot de ggz.....	14	Passend aanbod: classificaties vs. context.....	32
Verwachting van een duidelijke hulpvraag.....	15	Aanbevelingen.....	33
Eerste routing: licht of complex.....	16	Richt de toegang tot hulp in als een verkenningproces.....	33
Hoe hulpzoekenden passend aanbod zoeken.....	17	Zorg voor een samenhangend zorgtraject.....	33
Moeite om zelf passende hulp te vinden.....	18	Beslis nooit op grond van schriftelijke informatie.....	34
Gebrek aan centrale informatievoorziening.....	20	Maak verwachtingen expliciet door duidelijke informatievoorziening.....	34
Een diagnose heeft veel impact.....	21	Maak het vinden van passend aanbod makkelijker.....	34
Afgewezen op basis van dossier.....	22	Werk de aanbevelingen samen met cliënten uit.....	34
Ervaringen met psychische hulp.....	24	Bijlage 1 Onderzoeksmethodiek.....	35
Beïnvloedende factoren in ervaren effectiviteit.....	24	Bijlage 2 Flyer voor de werving.....	37
Vertrouwen en een gevoel van veiligheid.....	24		
Maatwerk in methode en intensiteit.....	24		
Het contrast tussen zorgvormen.....	25		
Samenhang met andere levensdomeinen ontbreekt.....	26		
Nazorg en duurzaam effect.....	27		



Introductie

Aanleiding

De tweede werkgroep van coalitie Mentale gezondheid van Amsterdam Vitaal en Gezond zet zich in voor beter passende hulp voor mensen met psychische klachten. Het doel is om de sociale en medische aspecten van de zorg met elkaar te verbinden, het dagelijks functioneren van de Amsterdammer te versterken en te voorkomen dat problemen verergeren.

De leden van de werkgroep weten uit verschillende onderzoeken dat sommige Amsterdammers met psychische klachten het moeilijk vinden om passende hulp te vinden. Daarom vroegen ze Cliëntenbelang Amsterdam om te onderzoeken hoe mensen met psychische klachten hulp zoeken en wat daarbij helpend of juist belemmerend is.

Het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in het zoekproces naar psychische hulp bij Amsterdammers tussen de 30 en 50 jaar met (ogenschijnlijk) lichte problematiek, zoals mensen met vermoeidheids-, burn-out-, somberheids- of angstklachten.

De hoofdvraag:

Hoe ziet het zoekproces eruit als je hulp nodig hebt bij psychische klachten? Wat voor hulpbronnen raadpleegt men bij mentale problemen, vóór behandeling binnen de professionele GGZ?

Sub-vragen:

- Wat was in het hele zoektraject helpend en wat werd gemist?
- Hoe werden de verschillende hulpbronnen en de professionele GGZ-hulp ervaren?
- Welke verbeterpunten worden er genoemd in de zoektocht naar hulp?

We hebben 22 Amsterdammers met psychische klachten geïnterviewd en uitgevraagd hoe zij hulp hebben gezocht en wat daarbij helpend of juist belemmerend was. We waren ook benieuwd naar welke (informele) hulpbronnen ze raadplegen en naar wat mensen zelf ondernemen om hun klachten te verlichten. De stappen die mensen ondernemen voorafgaand aan een aanmelding bij verzekerde ambulante ggz zijn niet altijd zichtbaar voor professionals in de ggz. Door deze acties zichtbaar te maken, kan er vanuit een breder perspectief gezocht worden naar hoe mensen eerder passende hulp kunnen krijgen.

Meer informatie over de **onderzoeksmethodiek** vindt u in Bijlage 1.

Leeswijzer

Dit rapport bevat uitkomsten van een kwalitatief en exploratief onderzoek onder 22 respondenten. Amsterdammers met psychische klachten hebben zichzelf aangemeld om deel te nemen aan het onderzoek naar aanleiding van een oproep. Daarom zijn de resultaten niet generaliseerbaar naar alle hulpzoekenden. Het voorliggende rapport geeft wel een gedetailleerd beeld van diverse ervaringen en patronen die zich daarin voordoen.



Kenmerken van de steekproef

Om de resultaten in het juiste perspectief te plaatsen beschrijven we hier de belangrijkste kenmerken van de groep die we geïnterviewd hebben:

- Het aantal mannen en vrouwen was gelijk in de groep en de gemiddelde leeftijd was 36 jaar, met leeftijden tussen de 30 en 48 jaar. Vijf mensen waren in de afgelopen jaren vanuit het buitenland (Engeland, Zuid-Afrika, Italië, Egypte) naar Amsterdam verhuisd. De rest was Nederlands, waarvan een aantal met Surinaamse, Hindoestaanse en Turkse afkomst.
- Het viel op dat de meeste respondenten in onze steekproef communicatief en analytisch sterk waren, en een grote portie doorzettingsvermogen hadden. De meerderheid was hoger opgeleid.
- Mensen die door de huisarts direct naar een instelling of andere instantie verwezen werden zijn ondervertegenwoordigd in onze steekproef. De meerderheid werd naar de POH-GGZ en/of Wegwijs Amsterdam gestuurd.
- We hebben mensen gesproken die in verschillende fasen van hun zoektocht zaten, variërend van oriëntatie en vraagverheldering tot vastlopen in bestaande zorgtrajecten.

Opbouw rapport

In dit rapport zijn de bevindingen geordend langs de fasen die respondenten beschrijven in hun zoektocht naar psychische hulp. Door deze procesmatige opbouw wordt zichtbaar hoe ervaringen en knelpunten zich in verschillende fasen voordoen en op elkaar ingrijpen. Vervolgens worden deze geduid in de conclusie en vertaald naar aanbevelingen. De methodische onderbouwing is opgenomen aan het einde van het rapport.



De zoektocht begint...

Uit de verhalen van de geïnterviewden zijn drie typen aanleidingen te onderscheiden die de start van een zoektocht naar hulp voor psychische klachten markeren:

- **Ingrijpende ervaringen** (vaak traumatisch) die leiden tot een acute impact op het dagelijks functioneren. Dit zien we onder andere bij het verlies van een dierbare of bij situaties waarin persoonlijke grenzen worden overschreden.
- **Mentale klachten die geleidelijk zichtbaar en voelbaar worden.** In dit proces lopen mensen vaak langere tijd tegen dezelfde belemmerende patronen aan of passen zij zich langdurig aan. De impact op het dagelijks functioneren neemt geleidelijk toe. Naarmate klachten zichtbaarder worden realiseren mensen zich wat er op het spel staat: het vermogen om een betekenisvol leven te leiden.
- **Situaties van langdurige of opeenvolgende stress**, waarin mentale klachten ontstaan of verergeren. Door een combinatie van toenemende draaglast en verminderde draagkracht raken mensen uit balans. Dit gaat vaak gepaard met een gevoel van onrechtvaardigheid, als mensen tegelijkertijd vastlopen in andere levensdomeinen (wonen, schulden) en daar ook geen hulp bij krijgen.

Het verschil ligt in het tempo waarin klachten ontstaan, de context waarin zij zich ontwikkelen en de mate waarin het dagelijks functioneren wordt geraakt. Deze factoren beïnvloeden de ruimte die mensen ervaren om zelfzorg en eigen hulpbronnen in te zetten, en daarmee het moment en de manier waarop zij hulp zoeken. In de praktijk lopen problemen vaak in elkaar over en versterken zij elkaar.

De leefwereld als eerste vangnet

Voordat formele zorg in beeld komt, proberen mensen eerst om zelf verlichting en oplossingen te vinden voor hun klachten. Daarbij maken ze gebruik van hun eigen sociale netwerk, de werkomgeving en doen ze aan zelfzorg. Deze bronnen kunnen steun, richting en bescherming bieden, maar kennen ook grenzen en kwetsbaarheden. In dit hoofdstuk wordt zichtbaar hoe mensen binnen hun directe context proberen grip te houden op hun mentale gezondheid, en hoe deze leefwereld zowel ruimte kan bieden, als druk kan uitoefenen in de zoektocht naar hulp voor psychische klachten.

Zelfzorg onder druk

Zelfzorg zijn acties die mensen ondernemen om goed voor zichzelf te zorgen, zowel fysiek als mentaal. Denk aan gezond eten, regelmatig sporten, goed slapen en proberen situaties die stress kunnen opleveren, te beperken. Wanneer zelfzorg niet meer vanzelfsprekend lukt, wordt dit vaak ervaren als een signaal dat er iets aan de hand is. Dat kan plotseling zijn, zoals bij een ingrijpende ervaring, of geleidelijk wanneer mentale klachten zich langzaam opstapelen en het dagelijks leven steeds zwaarder wordt.

Bij de eerste tekenen van psychische klachten proberen veel mensen via zelfzorg weer meer in balans te komen en meer grip op hun leven te krijgen. Aandacht voor zelfzorg speelt niet alleen aan het begin van de zoektocht een rol, maar gedurende het gehele zoekproces.

"Rust, reinheid, regelmaat. Ja, soms heb ik gewoon niet zoveel discipline daarvoor, soms ben ik ook echt moe van mijn programma, sporten enzo. Maar het helpt als een malle, dus ik doe het wel." - vrouw



Mensen beschrijven veel uiteenlopende vormen van zelfzorg die zij toepassen in een poging om grip te krijgen op hun klachten. Veelgehoord zijn letten op gezond eten (en eventueel stoppen met alcohol drinken), meer bewegen en sporten, grenzen aangeven en meer rust nemen in een poging om zich beter te gaan voelen. De één koopt een lichtlamp, de ander gaat meer pianospelen of muziek luisteren. Er zijn mensen die gaan schrijven om rust in hun hoofd te krijgen of danslessen volgen om daardoor meer zelfvertrouwen te krijgen. Voor sommige mensen kan het volgen van een dagelijkse routine, waaronder opstaan en tandenpoetsen, al helpend zijn, omdat zij door hun klachten moeilijk uit bed kunnen komen.

Tegelijkertijd wordt het voor sommige mensen door hun klachten steeds lastiger om de dingen te doen waarvan ze weten dat het goed voor hen is.

"Sports do help, eating healthy, and sleeping. All of those I'm aware of. That's just from general knowledge. But I've had many depressions already and those are all good things that help, but when you have depression it's difficult to do the things that help." - man

Ook kan zelfzorg in sommige gevallen nieuwe onzekerheden met zich meebrengen. Zo hebben twee mensen met autisme wegens hun beperkte draagkracht hun baan of woning opgezegd in een poging om de draaglast te verminderen.

Kennis opdoen over jezelf en je klachten

Veel mensen reflecteren op hun situatie, lezen boeken of zoeken online informatie om grip te krijgen op wat er met hen gebeurt. Sommigen ervaren ervaringsverhalen als helpend, omdat deze herkenning bieden en laten zien dat zij niet de enigen zijn met bepaalde klachten. Anderen zoeken juist professionele kennis op, bijvoorbeeld via boeken van therapeuten, websites van (zorg)professionals, podcasts of YouTube-video's waarin professionele kennis en ervaringsverhalen worden gecombineerd. Deze bronnen kunnen bijdragen aan het duiden van klachten en het vergroten van zelfinzicht, en helpen om gerichter te zoeken naar wat kan helpen.

Tegelijkertijd kan informatie ook twijfels oproepen, bijvoorbeeld wanneer mensen zich slechts gedeeltelijk herkennen in de aangeboden inzichten of sceptisch zijn tegenover de geboden kennis.

"I did get recommended some YouTube channel by a psychologist. That was quite good, but again I'm just always sceptical of an online guru. But with all of these things, the books, the online stuff, you take a little bit from it and then you leave or park the rest. You take bits from all of them, but I don't take them as gospel or like the truth." - man

Niet iedereen heeft echter evenveel toegang tot informatie. Uit de verhalen blijkt dat een beschikbaar sociaal netwerk, interesse in mentale gezondheid en goede zoekvaardigheden het makkelijker maken om informatie te vinden die aansluit bij de eigen situatie.



AI als overbrugging

Ook AI chatfuncties worden door enkelen gebruikt als aanvullende ondersteuning bij psychische klachten. Zo vertelde een geïnterviewde dat het uiten van zijn gevoelens en stellen van vragen aan ChatGPT hem hielp om zijn gevoelens te begrijpen en te accepteren, wat zorgde voor rust en de mogelijkheid om vooruit te kijken. De onbeperkte beschikbaarheid van AI werd hierbij als belangrijk voordeel genoemd, met name op momenten waarop geen professional bereikbaar was. Ook vergemakkelijkte het communiceren in de eigen moedertaal het uiten van gevoelens.

"I was using the AI as a psychologist. I was talking to the AI, to the machine, a lot whenever I feel something and to understand my feelings. It helped me to accept my feelings, what helpend me to feel better. That it's not bad to feel sad sometimes. Sometimes he tells me to calm down or advices me to do some stuff so I don't hurt myself. For example: asking myself some questions to get answers for myself. That's what was helping a lot I think.

If you are just resisting all the time, it's not helping you and you're not moving forward. You just need to accept to move on from the situation and understand yourself in a better way. If you accept it, you will try to navigate around it and find your way to get out of it. I'm not there yet, but I am in the process.

I'm not talking to the AI a lot now, because I have a psychologist. The psychologist is not with me 24/7, but the AI was there 24/7 and I can share everything in my native laguage also. I don't have to struggle with English or whatever. I'm speaking Arabic. Which makes it easier. Because sometimes I can't expose my real feeling with the English words. Even the coaches here, they talk in English. My English is okay, but it's not the best to express all my emotions and what I'm feeling." - man



Steun en spanning in het eigen netwerk

Het eigen netwerk kan een belangrijke bron van steun en inspiratie zijn. De manier waarop een partner of naaste met emoties omgaat of in het leven staat, kan mensen aanzetten tot zelfreflectie en persoonlijke groei. Binnen het eigen netwerk praten geïnterviewden regelmatig over het leven en proberen zij elkaar te begrijpen, wat emotionele steun oplevert. Ze helpen elkaar ook op weg met het delen van ervaringsverhalen en boekentips, wat zorgt voor herkenning, normalisering en zelfinzicht. Het eigen netwerk kan ook inzicht geven in mogelijk passende vormen van hulp, wat richting geeft aan de verdere zoektocht.

"Er zijn meerdere mensen om me heen die ook al therapie hebben gedaan. Die zeiden van, ik heb precies het probleem dat jij hebt. Dus vrienden om me heen die aan hebben gegeven van, ik heb ook schematherapie gedaan. Misschien moet je dat een keer doen, schematherapie." - man

Het eigen netwerk speelt ook een rol in het aanmoedigen om professionele hulp te zoeken. Signalen van overbelasting worden door naasten soms eerder herkend dan door de persoon zelf. Door zorgen te benoemen of hulp voor te stellen, kan het netwerk bijdragen aan het besef dat eigen hulpbronnen ontoereikend zijn en professionele hulp nodig is.

De twee kanten van verbondenheid

Uit de verhalen blijkt dat de nabijheid van dierbaren en het ervaren van wederzijdse steun bijdragen aan een gevoel van veiligheid en verbondenheid, wat beschermend kan werken bij psychische klachten. Mensen voelen zich gedragen, maar kunnen ook iets teruggeven, bijvoorbeeld door voor een naaste te zorgen. Dit

wederkerige contact kan richting en betekenis geven in het dagelijks leven.

"Als je al redelijk kunt aangeven 'dit lukt nu niet', dat ze al kunnen helpen patronen te doorbreken door te gaan wandelen of te gaan sporten zodat je dat niet alleen hoeft te doen, waardoor je bepaalde slechte patronen even kunt doorbreken. Als je vaak thuis in isolement zit, ga je je vaak vanuit daar verder isoleren. Ze kunnen helpen om je daar uit te halen. Bijvoorbeeld: we spreken af dat we elke vrijdag even een ommetje lopen of iets dergelijks." - man

Tegelijkertijd kent deze verbondenheid ook een schaduwzijde. Zorgen over naasten, verantwoordelijkheidsgevoel of loyaliteit kunnen leiden tot extra mentale belasting.

Ook zien sommige geïnterviewden dat hun klachten samenhangen met spanningen in hun netwerk, met name binnen het gezin of de familie. Spanningen in een relatie kunnen coping en rouwverwerking bemoeilijken en gevoelens van onveiligheid veroorzaken. In sommige gevallen heeft dit geleid tot een scheiding of huiselijk geweld, wat deze hulpzoekenden als traumatisch ervaren en hun psychische klachten verergerden. Het eigen netwerk fungeert daarmee niet alleen als hulpbron, maar kan onder bepaalde omstandigheden ook bijdragen aan stress en overbelasting.

"Met mijn ouders praten zit er niet in. Ik kan niet verdrietig over iets zijn, omdat mijn moeder er dan verdrietig over wordt en dan moet ik haar troosten en dan houdt mijn verdriet weer op." - man

Grenzen van het eigen netwerk

De grenzen van het eigen netwerk worden vooral zichtbaar wanneer psychische klachten complexer worden of langdurig aanhouden. Geïnterviewden geven aan dat hun eigen netwerk wel kan ondersteunen bij emotionele nabijheid, tijdelijke praktische hulp en het doorbreken van isolement. Maar soms geen helderheid kan scheppen over wat er precies aan de hand kan zijn of therapie kan bieden. Daarnaast wordt advies vanuit het eigen netwerk niet altijd als betrouwbaar ervaren, omdat het vaak gekleurd is door persoonlijke betrokkenheid, ervaringen en emoties. Wat in de ene situatie helpend is, kan in een andere situatie juist averechts werken.

Juist hierin verwachten geïnterviewden dat professionele ondersteuning zich onderscheidt van wat het eigen netwerk kan bieden. Professionals brengen expertise, afstand en objectiviteit, waardoor zij gericht vragen kunnen stellen en patronen kunnen helpen duiden. Ook kan men vaak beter en eerlijker praten met een buitenstaander, als men een naaste niet wil kwetsen of belasten. Het eigen netwerk kan dus een waardevolle, maar begrensde rol spelen: het kan dragen, ondersteunen en richting geven, maar kan soms niet alles opvangen wat nodig is bij psychische klachten.

Niet iedereen kan terugvallen op een beschikbaar sociaal netwerk. Ook het (tijdelijk) ontbreken daarvan heeft invloed op de mentale gezondheid. Wanneer emotionele steun, praktische hulp en informeel advies ontbreken, kunnen psychische klachten verergeren. Voor één expat werd dit verschil scherp voelbaar na terugkeer naar het land waar hij zijn sociale netwerk had opgebouwd.

"I moved to the Netherlands in 2019 and lost my mom in 2020. My situation about losing my mum and then having a break up and then losing my job. I felt like I can't trust anything or anybody because I've had so many traumatic things happen. I feel like I need to protect myself so I don't really open up to people. I have become very isolated. I also think my limitation is my age, because younger people socialize more naturally because of day-to-day activities.

I went back to London just a month ago and I'm seeing my family, my friends. When I'm with them, everything just feels so much better. Since I've been back in London, my mental health has generally improved. I am considering moving back, to be honest. And I don't want to be back in the UK, but in the short term it is the best for my mental health. And being here, I feel that I have less need for professional support, because I've got support from family and friends, which builds the heart quicker. You don't feel like you're a hamster in a laboratory, to be honest.

The limitation is also time, which is understandable, because we all have our own lives to lead. Some of them have families, so they can't be there all the time. Even when I was in the Netherlands, they can't be there in front of me. I respect everyone's got their own time and space. " - man



Werk als houvast en knelpunt

Voor veel geïnterviewden is werk één van de eerste plekken waar psychische ontregeling zichtbaar wordt. Het dagelijks moeten functioneren, de prestatiedruk en sociale interacties maken dat klachten niet langer te verbergen zijn. Tegelijkertijd kan werk ook structuur en houvast bieden.

Via leidinggevenden, HR of bedrijfsartsen hebben veel geïnterviewden coachingstrajecten aangeboden gekregen. Hier kunnen mensen relatief snel terecht voor een beperkt aantal gesprekken over bijvoorbeeld stresshantering, rouwverwerking of re-integratie. Voor sommigen voelt deze ondersteuning in eerste instantie passend, omdat de klachten aanvankelijk niet als ‘medisch’ worden gezien, maar als een reactie op intensieve werkomstandigheden, verlieservaringen of persoonlijke gebeurtenissen die doorwerken in het werk. Coaching via werk kan dan helpen om emoties te leren herkennen, grenzen te voelen en woorden te geven aan wat vastloopt. Deze ondersteuning biedt ruimte om te reflecteren en tijdelijk op adem te komen, vaak nog vóórdat mensen zelf spreken van psychische klachten.

Steun met voorwaarden en beperkte reikwijdte

Tegelijkertijd kent deze vorm van ondersteuning duidelijke grenzen. Hulp via werk is vaak tijdelijk, gebonden aan een vastgesteld aantal sessies of afhankelijk van organisatorische keuzes. Meerdere geïnterviewden geven aan dat zij moesten stoppen met deze ondersteuning op het moment dat er vertrouwen was opgebouwd. Dit ervaren zij als schrijnend. Ook online vormen van ondersteuning via werk sluiten niet bij iedereen aan: het gebrek aan persoonlijke nabijheid kan het gevoel van vertrouwen belemmeren.

Daarnaast wordt in deze fase bij een deel van de hulpzoekenden duidelijk dat de hulpvraag gelaagder is dan aanvankelijk werd gedacht. Juist wanneer mensen stoppen met werken of tijdelijk afstand nemen, komt er ruimte om deze onderliggende lagen te voelen en te erkennen. Hulp via werk sluit hier niet altijd op aan. De focus ligt vaak op functioneren, herstel richting werk en afgebakende problematiek. Wanneer klachten complexer blijken en meerdere levensdomeinen raken, ervaren hulpzoekenden deze vorm van ondersteuning als ontoereikend. Dit besef vormt voor velen een belangrijk schakelmoment richting bredere, professionele hulp buiten de werkcontext.

Afhankelijkheid maakt herstel kwetsbaar

Hulp via de arbodienst of bedrijfsarts vraagt vaak afstemming met de werkgever, bijvoorbeeld over financiering of re-integratie. Dit kan spanning bij de werknemer met zich meebrengen, zeker wanneer werkgevers terughoudend reageren of wanneer onduidelijk is wat er van beide partijen wordt verwacht. In enkele verhalen wordt zichtbaar dat de focus van bedrijfsartsen en werkgevers primair ligt op terugkeer naar werk, wat kan botsen met de behoefte van de werknemer aan herstel en verwerking.

“Het traject bij de coach liep parallel aan mijn werkverplichtingen. Er waren kleine stapjes en soms grote, maar het gevoel dat alles doorliep, de verantwoordelijkheid thuis en werk, maakte me overbelast.” - man

Werk kan daarmee ook een bron van stress en onveiligheid worden. Spanningen met leidinggevenden, wisselingen in management of het gevoel niet gehoord te worden, versterken klachten in plaats van ze te verminderen. Sommige geïnterviewden geven aan dat zij zich genoodzaakt voelden zich aan te passen aan een situatie die niet

veranderde, of dat zij boventallig werden verklaard of hun baan verloren terwijl zij nog ziek waren. In deze situaties werd werk als een extra stressfactor ervaren die het herstel bemoeilijkte.

Toch laten de verhalen ook zien dat werkcontexten sterk verschillen. Werkgevers die ruimte bieden voor gesprekken, die preventief coaching aanbieden of die begrip tonen voor persoonlijke omstandigheden, kunnen bijdragen aan tijdige ondersteuning en het voorkomen van verdere uitval. Wanneer die ruimte ontbreekt, verschuift de zoektocht naar hulp vaak naar andere domeinen, zoals het eigen netwerk, de huisarts of de ggz.

“Mijn werk was intensief. Ze wisten gewoon dat daar veel burn-out bij kan komen. Dus er moest een plek zijn waar je kon praten, een veilige ruimte. Dat gaf me erkenning dat het oké is om hulp te zoeken.”- man

Werk fungeert daarmee als een dubbelzinnige context in het hulpzoekproces: het kan structuur, betekenis en toegang tot ondersteuning bieden, maar ook onzekerheid, druk en belemmeringen toevoegen. De mate waarin werk als houvast of knelpunt wordt ervaren, blijkt sterk afhankelijk van de organisatie, de houding van leidinggevenden en de ruimte die er is om psychische klachten bespreekbaar te maken.

“Er is een coördinator, inhoudelijk heel deskundig, maar zij moet ook medewerkers begeleiden. En je moet skills hebben om iemand te kunnen begeleiden. En die skills heeft zij niet. Dus als jij iemand wat wilt leren en jij weet het al, dan is zij van, ik heb het één keer uitgelegd, dus moet jij het gewoon begrijpen. Terwijl soms is dat niet zo, soms heeft iemand een andere uitleg nodig. En ik ga alles vragen, omdat ik wil weten wat ik doe en dat ervaart zij als aanvallend. Dus toen ben uitgevallen.

Ik ben drie weken ziek geweest en toen ben ik weer gaan werken voor twee dagen. En ik ben alleen maar gaan werken omdat ik bang ben om weer helemaal uit te vallen. Terwijl het eigenlijk geen goed idee is om te werken. Maar ik kan niet anders. Ik heb twee kinderen, ik heb een koophuis in mijn eentje. Ik kan dat niet kwijtraken. En het is zo deprimerend ook. En de functie wordt anders ingedeeld en ik wil een beetje meegenomen worden in het proces. Dus dat is de enige reden dat ik werk. En ik moet niet werken nu, maar het is niet anders.

Vanaf het moment dat ik ziek werd gemeld heb ik meerdere malen met de bedrijfsmaatschappelijk werker gesproken. En hij heeft me ook heel duidelijk laten weten dat de werkgever niet gaat veranderen. Dus sowieso moet ik me aanpassen. Dat vind ik dan weer heel heftig, maar ik moet er anders in gaan staan want zij gaan dat niet doen. Op geen enkele manier gaan zij mij tegemoetkomen.” - vrouw



Zelf oplossen of hulp vragen

Na een eerste periode waarin mensen proberen om te gaan met psychische klachten binnen hun eigen leefwereld, komt vrijwel iedereen voor dezelfde afweging te staan: *kan ik dit zelf oplossen, of heb ik professionele ggz-hulp nodig?* Deze afweging markeert een belangrijk kantelpunt in de zoektocht naar hulp voor psychische klachten. Het is een geleidelijk afwegingsproces waarin draagkracht, context en eerdere ervaringen samenkomen.

Veel mensen doen uitgebreide pogingen om weer grip te krijgen op hun leven. Ze reflecteren op de situatie, zoeken informatie op, zetten in op zelfzorg, zoeken hulp binnen hun eigen netwerk en de werkcontext. Sommigen proberen ook particuliere therapieën of persoonlijke coaching uit. Geïnterviewden die problemen ervaren op meerdere levensdomeinen zoeken ook hulp binnen de sociale basis, sociaal domein en de jeugdhulp. Voor de geïnterviewden die uiteindelijk besloten om professionele ggz-hulp in te schakelen, bleken de eigen pogingen om problemen op te lossen uiteindelijk ontoereikend.

Het besef dat je het niet alleen kan oplossen

Niet iedereen durft open te zijn over hun psychische klachten. Schaamte, loyaliteit of de angst om anderen te belasten kunnen maken dat klachten lang verborgen worden. In deze gevallen duurt het vaak langer voordat hulp wordt gezocht, waardoor klachten kunnen verergeren voordat de stap naar hulp wordt gezet.

Een belangrijk omslagpunt ontstaat wanneer mensen ervaren dat zij het niet alleen hoeven of niet alleen kunnen. Dit besef komt niet altijd van binnenuit. Soms wordt het aangereikt door naasten, collega's, leidinggevenden of door gesprekken met een bedrijfsarts. Deze

externe signalen helpen om de eigen situatie te duiden en het hulpvragen te legitimeren.

Eerdere ervaringen sturen de afweging

Bij geïnterviewden met eerdere ervaringen met psychische klachten en hulpverlening zien we dat deze afweging anders verloopt. Zij herkennen signalen sneller en zijn zich meer bewust van hun grenzen. Ook stappen zij vaak eerder naar de huisarts of hebben met professionals al routes besproken om te bewandelen zodra ze zich wankel beginnen te voelen. Voor sommigen is dit een preventieve keuze: zij weten uit ervaring hoe ontwrichtend klachten kunnen worden en willen escalatie voorkomen. Aan de andere kant kan het zelfinzicht dat mensen tijdens hun hulpzoekproces hebben ontwikkelt ook helpen om zelfzorg eerder of bewuster in te zetten, waardoor zij minder hulp hoeven te vragen.

“Dat was voor het eerst echt een verademing. Want eerlijk gezegd, ik had nooit gedacht dat ik autistisch was. Als ik mezelf nu inlees herken ik mezelf honderd procent. Dus als ik het even niet meer weet kijk ik in boeken, internet of forums van lotgenoten, waarmee ik mezelf weet te helpen. Dat bespaart me ook een hele hoop hulpvragen, omdat ik het zelf kan voorkomen.” - vrouw

Voor sommige terugkerende hulpzoekenden zijn psychische klachten onderdeel van het dagelijks leven. Zij benadrukken het belang van normalisering.

“Als ik terugdenk aan al die jaren, had het zoveel leed bespaard als iemand gewoon tegen me had gezegd: er is niks mis met je. Je lijdt, maar dat hoort bij het leven tot een bepaalde hoogte. Maar je bent niet fout en je bent niet ziek.” - vrouw



Toegang tot de ggz

Wanneer eigen hulpbronnen ontoereikend blijken, verplaatst de zoektocht zich naar professionele zorg vanuit de ggz. In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe geïnterviewden de toegang tot de ggz ervaren, en wat daarbij helpend of juist belemmerend was.



	<i>Verwachtingen van hulpzoekenden</i>	<i>Positieve ervaringen</i>	<i>Ervaren knelpunten</i>
Huisarts heeft sleutelpositie	De huisarts is voor vrijwel iedereen het eerste aanspreekpunt. Hulpzoekenden verwachten dat de huisarts helpt bij professionele duiding van klachten, informeren over en doorverwijzen naar passende vormen van hulp (brede context), en aandacht heeft voor de relatie tussen lichaam en geest.	<ul style="list-style-type: none"> Betrokkenheid en continuïteit via check-ins en vervolgafspraken in moeilijke periodes Expertise die up-to-date is zorgt voor meer vertrouwen Proactief meedenken over vervolgstappen 	<ul style="list-style-type: none"> Eerste contact kan ongemakkelijk voelen door het moeten bewijzen van noodzaak Soms te snelle focus op medicatie zonder goede uitleg over bijwerkingen of andere mogelijkheden Onduidelijkheid over regels bij nieuwe doorverwijzingen na vastgelopen zorg
Rol van POH-GGZ is vaak onduidelijk	Hulpzoekenden met onduidelijke hulpvragen of waarvan een hulpvraag door de huisarts als 'licht' is beoordeeld komen bij de POH-GGZ terecht, soms ook als overbruggingszorg tijdens het wachten. Hulpzoekenden verwachten dat een POH-GGZ helpt bij vraagverheldering en het matchen van vraag en aanbod, en basiskennis heeft over mentale gezondheid.	<ul style="list-style-type: none"> Vooraf bij mensen met een ontoereikend netwerk wordt een luisterend oor en emotionele steun als helpend ervaren, ook tijdens het wachten op zorg Helpend bij het ordenen van gedachten en het aanreiken van basis copingstrategieën 	<ul style="list-style-type: none"> Sommigen ervaren de gesprekken als te kort en oppervlakkig Door onduidelijkheid over rol sluit de hulp vaak niet aan bij de verwachting en zijn er twijfels over de meerwaarde Bij hulpvragen die complexer blijken is deze hulp onvoldoende
Wegwijs Amsterdam speelt in op behoefte	Via de huisarts of POH-GGZ worden hulpzoekenden soms verwezen naar Wegwijs Amsterdam om te helpen met vraagverheldering en het matchen van vraag en aanbod. Sommige hulpzoekenden verwachten ook dat zij helpen bij het contact leggen met praktijken voor een intake.	<ul style="list-style-type: none"> Hulpzoekenden voelen zich gehoord en serieus genomen Een selectie op maat wordt zeer gewaardeerd, omdat het zorgt voor rust en overzicht in een versnipperd zorglandschap 	<ul style="list-style-type: none"> Het is een extra schakel of 'loket' in het zoekproces Sommige mensen verwachten meer regie en doorzettingsmacht dan geboden wordt. Het zelf moeten benaderen van behandelaren wordt door sommigen als belastend ervaren.



Verwachting van een duidelijke hulpvraag

Wanneer geïnterviewden beslissen om op zoek te gaan naar professionele hulp, is de huisarts voor bijna iedereen het eerste aanspreekpunt. De huisarts heeft daarmee een sleutelpositie in de toegang tot hulp. Hulpzoekenden gaan naar de huisarts met de verwachting dat ze meer inzicht krijgen in hun klachten en mogelijkheden voor passende hulp binnen het zorgsysteem. Een veelgehoord obstakel is dat hun vraag wordt teruggekaatst. Uit de verhalen blijkt dat de huisarts regelmatig vraagt om een duidelijke hulpvraag: wat denk jij dat er met je aan de hand is en wat denk je daarvoor nodig te hebben? Veel hulpzoekenden weten het antwoord op deze vragen in deze fase (nog) niet. Deze mismatch in verwachtingen zorgt bij sommigen voor stress en frustratie.

"Als je in zo'n storm zit, dan kan je je hulpvraag nog helemaal niet goed verwoorden. Dus je weet wel dat het niet goed is en wat er gebeurd is. Maar waar nou precies de behoefte zit, dat kon ik in het begin niet zo goed verwoorden. En het dubbele is dat je daar juist hulp bij nodig hebt, maar dat je nog geen hulp hebt. En om hulp te krijgen moet je dat wel enigszins kunnen verwoorden." - man

De meeste geïnterviewden hebben al een langere persoonlijke zoektocht achter de rug. Zij hebben geprobeerd klachten zelf te hanteren en ervaren dat problemen zich in de tijd opstapelen en elkaar beïnvloeden. Juist omdat voor hen zelf van alles meespeelt, vinden sommigen het moeilijk om te bepalen wat hun klachten betekenen en hoe ernstig die zijn. Wanneer zij vervolgens gevraagd worden om hun hulpvraag te formuleren, merken ze dat dit vraagt om het scheiden, versimpelen en prioriteren van problemen. In dat proces ontstaat twijfel over welke delen van hun verhaal relevant zijn en of ze

urgent genoeg overkomen. Wat voor sommigen voelt als een samenhangend en belastend geheel, kan in de toegang tot zorg teruggebracht worden tot één ingang of klacht, waardoor het risico ontstaat dat de zwaarte en gelaagdheid van de situatie onvoldoende zichtbaar wordt.

"Ik heb het idee dat er vaak niet begrepen werd wat echt nodig was voor mij, omdat ik het ook niet wist. En dan vragen ze iedere keer: 'wat is je hulpvraag?' Ik weet het niet, het zijn 15 verschillende dingen die hulpvragen zijn. Het probleem is een beetje dat mijn stapel zo groot is dat ik het niet echt kan onderscheiden. En het is misschien ook niet zo groot. Ja, ik struggle hiermee, maar is het nou echt zo erg?" - man

We zien dat mensen die al eerder psychische hulp hebben gehad en/of die zelfonderzoek hebben gedaan, vaker beschikken over een duidelijker geformuleerde hulpvraag. Zij komen regelmatig met vermoedens van diagnoses of met een gerichter idee van passende hulp bij de huisarts. Tegelijkertijd blijkt ook bij deze groep dat de initiële hulpvraag gaandeweg kan verschuiven, wanneer zichtbaar wordt dat eerdere hulp slechts een deel van de problematiek heeft geraakt.

Wegwijs Amsterdam sluit aan op behoefte

Wanneer de hulpvraag onduidelijk blijft, worden mensen doorverwezen naar de POH-GGZ en/of Wegwijs Amsterdam. Uit de verhalen blijkt dat Wegwijs Amsterdam het best aansluit op de behoefte aan vraagverheldering en ondersteuning bij het matchen van vraag en aanbod. Hulpzoekenden ervaren dat er in het verkennende telefonische gesprek met Wegwijs Amsterdam voldoende tijd is, de juiste vragen worden gesteld en zij zich gehoord voelen. Voor

sommigen had het zelfs een (licht) therapeutisch effect. Ook de concrete voorstellen voor praktijken helpen hulpzoekenden vaak goed op weg.

They got in contact really quickly. The person who called me was very friendly and she asked a lot of questions about my situation and what my concerns were. And then she literally got back to me a week later. And then she followed up a week after that as well. The information was spot on. It was exactly what I needed because she took everything into account and made a few suggestions that I wouldn't have thought of myself as well. And it was just really, really responsive, great communication. - vrouw

Tegelijkertijd wordt Wegwijs Amsterdam soms ook ervaren als een extra schakel in het proces, waardoor de zoektocht naar passende hulp langer aanvoelt. Wanneer de adviezen van Wegwijs Amsterdam niet helemaal aansluiten of wanneer men het idee heeft dat ze dit zelf ook hadden kunnen vinden, is men niet altijd tevreden met deze tussenstap. In de meeste gevallen wordt deze ondersteuning met name eerder in het proces gewenst, bijvoorbeeld direct na het eerste gesprek met de huisarts of gelijktijdig met het doorverwijzen naar de POH-GGZ. Uit de interviews komt naar voren dat hulpzoekenden deze rol aanvankelijk verwachten van de huisarts of POH-GGZ. In de praktijk ervaren zij echter dat deze professionals hier niet altijd aan kunnen voldoen, onder andere door de beperkte tijd voor verdieping en slechts beperkte kennis van het zorglandschap.

Eerste routing: licht of complex

Uit de verhalen van hulpzoekenden komt naar voren dat zij bij ogenschijnlijk 'lichte' problematiek door de huisarts werden doorverwijzen naar de POH-GGZ. Hier wordt uitgezocht of iemand met steun van de POH-GGZ weer voldoende op weg geholpen kan worden of dat er toch behandeling nodig is in de basis- of gespecialiseerde ggz. Vaak bleek de hulpvraag hier gelaagder dan initieel gedacht en werden hulpzoekenden alsnog doorverwezen.

In een aantal verhalen speelde de POH-GGZ een positieve rol als overbrugging tot passende hulp beschikbaar werd. Bij een aantal expats werden de gesprekken ervaren als helpend tijdens de wachtperiode, omdat het ze de mogelijkheid bood om hun zorgen bespreekbaar te maken. Bij geïnterviewden die daarvoor al terecht konden bij hun eigen netwerk werd deze ondersteuning als niet helpend ervaren. Bij een geïnterviewde met angstklachten hielpen de gesprekken bij de voorbereiding op groepstherapie. Opvallend was dat hij deze ondersteuning pas als helpend ervaarde toen duidelijk werd wat het doel was. Ook in andere verhalen zien we dat onduidelijkheid over de rol van de POH-GGZ ervoor zorgt dat mensen minder tevreden zijn over deze hulp.

"Ik stortte eigenlijk een soort van in. En dan is de hulpbehoefte natuurlijk vrij groot. En ik had niet zo door dat de praktijkondersteuner eigenlijk meer is om je op dingen te wijzen. Ik ging er eigenlijk vanuit dat daar dan de hulp ook zou zijn, en het meedenken. Een soort van wegwijs maken. Maar ik kwam er al snel achter dat het meer was van: dit is wat er is en, even kort door de bocht, doe je voordeel mee." - man

Bij een aantal geïnterviewden die al eerder psychische hulp hebben gekregen zien we dat hun situatie als complex werd bestempeld. Zij krijgen sneller een doorverwijzing naar specialistische ggz hulp. Het lijkt erop dat terugkerende klachten door het systeem regelmatig gezien worden als complex. Toch plaatsen hulpzoekenden hier vraagtekens bij. Zij geven aan dat terugkerende klachten niet per definitie wijzen op complexere problematiek, maar ook kunnen duiden op eerdere hulp die slechts een deel van de problematiek heeft geraakt of onvoldoende aansloot bij hun situatie. Ook bij complexe problematiek kan er sprake zijn van een gerichte hulpvraag die zich richt op één specifiek onderdeel daarvan.

Hoe hulpzoekenden passend aanbod zoeken

Veel hulpzoekenden geven aan het lastig te vinden om te beoordelen welke hulp passend kan zijn. Ook wanneer zij door de POH-GGZ of Wegwijs Amsterdam op weg zijn geholpen met een selectie van praktijken, blijven zij het als ingewikkeld ervaren om daaruit dan de meest passende te kiezen. Zij baseren hun keuzes op één of meerdere persoonlijke criteria die aansluiten bij hun leefsituatie, draagkracht en klachten. Voor mensen die al eerder psychische hulp hebben gehad, zijn deze criteria vaak duidelijker en uitgebreider. Negatieve eerdere ervaringen leiden er vaak toe dat bepaalde vormen van hulp bij een nieuwe zoektocht worden uitgesloten.

De criteria die geïnterviewden noemen zijn:

Vergoed door zorgverzekeraar

Voor bijna alle hulpzoekenden is het essentieel dat de zorg vergoed wordt. Particuliere zorg wordt als te duur ervaren en daarom vaak niet als duurzame optie gezien.

Bereikbaarheid

Hulp moet op redelijke afstand van huis of werk beschikbaar zijn. Dit is belangrijk vanwege praktische redenen, zoals psychische zorg kunnen combineren met verplichtingen thuis (gezin), werk en vanwege energiebeperkingen die voortkomen uit psychische klachten.

Taal

Voor expats of niet-Nederlandstaligen is het belangrijk dat de hulpverlener Engels of liefst hun moedertaal spreekt, zodat zij zich beter kunnen uitdrukken en begrijpen wat er besproken wordt.

Contextueel begrip

Sommige geïnterviewden ervaren dat hun context (cultuur, gender en geaardheid) invloed heeft op hun psychische klachten. Zij verwachten dat een hulpverlener met contextueel begrip beter passende hulp kan bieden, doordat deze de situatie beter begrijpt. Zo zoeken een aantal geïnterviewden een hulpverlener met intercultureel begrip (Surinaams, hindoestaans), kennis over LHBTQI+-problematiek of een mannelijke hulpverlener.

"Ze is gewoon een blanke vrouw. Maar ze gaat wel mee met de tijd. Ze weet uit welke cultuur ik kom. Ik vind dat heel belangrijk, omdat dat gewoon meespeelt. En als een blanke psycholoog daar niks van weet, is dat best lastig. Dus is het een blanke psycholoog die wat van andere culturen ook weet en dat ook meeneemt, dat vind ik belangrijk." - vrouw

Vorm

De meeste hulpzoekenden uiten een sterke voorkeur voor individuele therapie en staan sceptisch tegenover groepstherapie. Redenen hiervoor zijn onder andere zich niet comfortabel voelen in groepen en

twijfels over de effectiviteit. Over online therapie zijn de meningen verdeeld: waar dit voor sommigen juist laagdrempeliger voelt, zien anderen dit als onpersoonlijk en storend.

Complementaire therapievormen

Met name geïnterviewden die al eerder hulp hebben gehad of een duidelijke hulpvraag hebben, zoeken soms een specifieke therapievorm. Zo uiten een aantal hulpzoekenden een sterke voorkeur voor lichaamsgerichte therapie, veelal in combinatie met cognitieve therapie. Deze behoefte zien we met name terug bij vrouwen die al eerder psychische hulp hebben gehad. Ze verwachten dat cognitieve therapie beter aanslaat als die gecombineerd wordt met bewustzijn van wat er zich in het lichaam afspeelt. Zij hebben het gevoel dat psychische klachten niet los te zien zijn van het lichaam en andersom. Veelal ervaren zij dat hun klachten (gedeeltelijk) samenhangen met 'veel in het hoofd zitten', waardoor zij niet goed bij hun gevoel kunnen komen. Lichaamsgerichte therapie helpt hen om deze focus van het hoofd naar het lichaam te verleggen. Ook hebben sommige hulpzoekenden behoefte aan creatieve therapievormen. Dit zien we vooral terug bij geïnterviewden met autisme.

"Ik wilde niet zeg maar gaan zitten en dan constant praten en dan gewoon elke keer vanuit gedachtes; Ik wilde - natuurlijk was dat ook wel in combinatie met gesprekken - ook gewoon lichamelijk bezig zijn waardoor ik gewoon meer mijn lichaam kon ervaren." - vrouw

Moeite om zelf passende hulp te vinden

Hoewel deze criteria houvast bieden bij het zoeken naar passend aanbod, laten de verhalen ook zien dat zij het zoekproces niet automatisch eenvoudiger maken. Juist wanneer meerdere criteria samenkomen, zoals vergoeding, afstand en specifieke expertise,

wordt het beschikbare aanbod beperkter. Hierdoor verschuift de zoektocht van het bepalen wat passend is naar de vraag of dit überhaupt te vinden is. Hoe deze fase wordt ervaren, verschilt sterk per persoon en situatie.

Een deel van de hulpzoekenden heeft geen moeite met het zelf zoeken naar een hulpverlener, vooral wanneer zij al eerdere ervaring hebben met psychische zorg of een relatief duidelijke hulpvraag hebben. Zij starten bijvoorbeeld bij hun zorgverzekeraar, maken een selectie van vergoede praktijken in de buurt en bekijken vervolgens websites of reviews. Eén geïnterviewde gaf aan dat dit in eerste instantie goed te doen was: het filteren op vergoeding en afstand bood structuur en gaf het gevoel zelf regie te hebben over de keuze.

Tegelijkertijd blijkt het zelf op zoek gaan niet voor iedereen een realistische opgave. Juist als psychische klachten opspelen is het voor sommigen lastig om overzicht te houden, keuzes te maken en actief stappen te zetten. Het zelf zoeken naar passende hulp vraagt dan meer zelfregie en energie dan op dat moment beschikbaar is.

"Eerst had ze mij de opdracht gegeven om te zoeken naar een particuliere therapeut of psycholoog. Alleen ik kwam daar niet uit, dat lukte niet. Ik heb gewoon momenten dat mijn hoofd vol zit. Dat er te veel dingen in mijn hoofd spelen, te veel dingen gaande zijn. Je moet meerdere psychologen en therapeuten aanschrijven en je moet kijken of ze tijd of ruimte hebben. Maar het aanschrijven vind ik het allerlastigste." - man

Daarnaast blijkt dat websites met informatie over zorgaanbieders weinig houvast bieden, omdat die niet altijd aansluiten op criteria waarop mensen zoeken. Na een eerste selectie op vergoeding en



afstand lopen veel hulpzoekenden vast en ontstaat er onzekerheid: hoe beoordeel je of een hulpverlener passende hulp kan bieden voor jouw klachten?

Websites van praktijken worden vaak als onduidelijk of misleidend ervaren, waarbij marketingtaal weinig zegt over de daadwerkelijke benadering of expertise van een behandelaar. Dit geldt in het bijzonder voor criteria zoals contextueel begrip, ervaring met specifieke doelgroepen of een bepaalde benadering van therapie. In sommige gevallen leidt deze onduidelijkheid ertoe dat hulpzoekenden kiezen op gevoel, zich laten leiden door toevallige beschikbaarheid of via bekenden bij een praktijk terecht komen. Dit vergroot het risico op een mismatch en opnieuw op zoek moeten gaan naar passende hulp. Anderen kregen last van uitstelgedrag door de angst om verkeerd te kiezen of een gevoel van verdwalen.

"Dat vond ik eigenlijk het moeilijkste. Hoe moet ik het überhaupt beoordelen? En ik vind het dan heel belangrijk om het gevoel te hebben dat ik de goede keuze maak. Dus dat remde me dan ook af omdat ik dan eigenlijk niet zo goed wist hoe ik daar de beste keuze in moest maken. Het is een heel groot ding in mijn hoofd, dus dan ga ik dat de hele tijd uitstellen." - vrouw

Ook raken hulpzoekenden ontmoedigd door vermeldingen van wachtlijsten en aanmeldstops op websites van praktijken en het gebrek aan respons op aanvragen. Voor sommige mensen werkt het horen over lange wachttijden via het eigen netwerk of de media al ontmoedigend, nog voordat zij daadwerkelijk contact opnemen. Veel hulpzoekenden weten ook niet dat ze gebruik kunnen maken van wachttijdbemiddeling via de zorgverzekeraar. Hierdoor ontstaat het gevoel dat zoeken weinig zin heeft of dat passende hulp voorlopig niet

bereikbaar is. De ontmoediging leidt in veel gevallen tot (meer) uitstelgedrag. Sommigen nemen genoeg met zorg die minder goed aansluit en ervaren dit als een gedwongen beslissing binnen de grenzen van het systeem.

"Ik heb ook gemerkt dat je soms ook niet echt de keuze krijgt. Ik heb zoveel therapeuten gehad waarbij het gewoon niet aansloot, maar dat was hetgene dat er was. Je wordt soms ook geforceerd op bepaalde momenten binnen het systeem. Je kunt dit, of nu nog een jaar wachten. Dan is er niet echt een keuze." - vrouw

Meerdere hulpzoekenden geven aan dat zij in deze fase behoefte hadden aan meer ondersteuning. Bijvoorbeeld in de vorm van een concreet stappenplan, duidelijke uitleg over wat realistische verwachtingen zijn en meedenkende begeleiding bij het maken van keuzes. Met name van de POH-GGZ en/of Wegwijs Amsterdam wordt hierin een actievere rol gewenst, om de kloof tussen verwijzing en daadwerkelijk start van passende hulp te verkleinen.

Gebrek aan centrale informatievoorziening

Hulpzoekenden gaan via allerlei kanalen op zoek naar informatie over beschikbare hulp: binnen hun eigen netwerk, op het internet en uiteindelijk bij professionals. In hun verhalen komt naar voren dat velen het als lastig ervaren om betrouwbare en actuele informatie te vinden over het beschikbare hulpaanbod en het proces dat zij moeten doorlopen om hier toegang toe te krijgen. Dit komt op meerdere momenten in de zoektocht terug.

Geïnterviewden ervaren dat informatie vaak versnipperd is. Zij hebben het gevoel dat niet alle professionals goed op de hoogte zijn van de sociale kaart. Ook is het voor velen onduidelijk waar en hoe zij zelf efficiënt naar passende hulp kunnen zoeken, of hoe zij daarbij ondersteuning kunnen krijgen.

Slechts een klein deel van de geïnterviewden is door professionals gewezen op de mogelijkheid om hulpverleners te vinden via de zorgzoeker van de zorgverzekering of op het bestaan van wachtlijstbemiddeling. Daarnaast geven hulpzoekenden aan dat zij bij de huisarts vaak niet worden gewezen op ondersteuning binnen de sociale basis of het sociaal domein.

"I only found out about them [Buurtteam] sort of by coincidence. I wasn't informed by my doctor and it would really have helped if she had known to say, okay, look, I can see that life is hard right now. Here are some resources. It feels like each person who wants to help is an island by themselves, and they don't have any information about all the other things that are available. There's nowhere that just gives an overview." - vrouw

Door de versnipperde informatievoorziening en het gebrek aan eenduidige kennis over mogelijkheden, ontstaat bij hulpzoekenden het gevoel dat ze geluk moeten hebben met welke professional zij treffen: de informatie die ze krijgen lijkt namelijk afhankelijk te zijn van wie ze treffen, hoeveel tijd diegene heeft en hoe goed diegene kan uitleggen wat er mogelijk is. Sommigen ervaren dat ze veel zelf moeten doen om aan informatie te komen of dat zij zelf beter in staat zijn om aan goede informatie te komen dan professionals.

"Ik vind dat de kennis van de zorgkaart bij hulpverleners dramatisch is. Dat komt door de marktwerking in de zorg, denk ik, en niemand voelt zich meer verantwoordelijk. Iedereen zit op zijn eigen eilandje zijn eigen dingetje te doen. Hoe kan het beter? Dat zij weten: dit is er allemaal beschikbaar, dus meer hulp daarbij." - vrouw

Hulpzoekenden met een niet-Nederlandse achtergrond vinden het nog lastiger om aan informatie te komen. Dit geldt niet alleen voor informatie over (hulp bij) psychische klachten, maar ook voor bredere informatie over hoe het 'systeem' werkt in Nederland, zoals over het bestaan van een POH-GGZ of hulp bij schulden en huisvestingsproblematiek. De afhankelijkheid van een professional met voldoende kennis is bij deze groep hierdoor nog groter.

"I was in the midst of trying to get help from all of these different places. I'm finding this whole process impossible. But I think it doesn't help because I'm an expat and I just don't know how to navigate it. I would say there's been absolutely no information. So like absolutely everything would help. Like how you navigate these portals, what's the expectation behind these advices, and all of these things." - man

Een diagnose heeft veel impact

Wanneer hulpzoekenden een praktijk hebben gevonden wordt op basis van een intakegesprek beoordeeld of de desbetreffende praktijk passende hulp kan bieden. Er wordt dan een voorlopige diagnose gesteld, die ook nodig is om aanspraak te kunnen maken op vergoede zorg. In sommige gevallen is al eerder in het proces een diagnose gesteld, omdat iemand al eerder hulp heeft gezocht.

Uit de verhalen blijkt dat een diagnose helpend kan zijn in het herstelproces als deze correct gesteld wordt, omdat de diagnose dan zorgt voor een gevoel van erkenning en meer zelfinzicht. Ook kan het helpen om richting anderen te communiceren waar iemand tegenaanloopt en waarom dat zo is. Bij hulpzoekenden die nog geen diagnose hebben gekregen, komt deze verwachting ook naar voren: dat een diagnose zal leiden tot erkenning, meer zelfinzicht en uiteindelijk passende hulp. Met name voor mensen met autisme, die vaak na een lange zoektocht pas gediagnosticeerd worden, vormt het moment dat de diagnose wordt gesteld een kantelpunt. Hierdoor kunnen ze zichzelf beter begrijpen en beter voor zichzelf zorgen.

Niet iedereen ervaart een voorlopige diagnose die tijdens de intake wordt gesteld als behulpzaam, vooral wanneer zij zich daar niet in herkennen. In zulke gevallen wordt een (voorlopige) diagnose eerder als stigmatiserend en belastend ervaren. Opvallend is dat hulpzoekenden die zich niet konden vinden in (voor)gestelde diagnoses allemaal vrouwelijk zijn. Specifiek zijn een aantal vrouwen met terugkerende klachten gediagnosticeerd met een persoonlijkheidsstoornis. Zij konden zich allemaal niet vinden in deze diagnose en ervaarden het als schadelijk dat deze diagnose werd geopperd, omdat het hen nog meer deed twijfelen aan henzelf terwijl hun zelfbeeld al broos was. In één geval heeft een misdiagnose geleid tot het voorschrijven van medicatie en groepstherapie, wat ervoor zorgde dat de situatie van deze hulpzoekende verder verslechterde.

"Dus op een gegeven moment krijg je een diagnose die niet aansluit bij wat er aan de hand is, maar wel behandeld wordt, waardoor de behandeling niet aansluit, waardoor je klachten erger werden. Dus het is een loop waar je dan eigenlijk niet uitkomt." - vrouw

Ook op de manier waarop voorlopige diagnoses worden gesteld, is kritiek: dit wordt vaak gedaan binnen een relatief korte tijd en door iemand die jou niet kent en in de meeste gevallen ook niet gaat behandelen. Bij twee hulpzoekenden kwam de diagnose die gesteld werd door een psychiater niet overeen met de diagnose die de primaire behandelaar eerder stelde, waarna er onenigheid ontstond over hoe de behandeling voortgezet moest worden. Zij besloten hierna te stoppen, omdat zij zich niet konden vinden in de (voor)gestelde diagnose en het aanbod dat daaraan verbonden was.

"Ik zat daar nog niet eens tien minuten. Hij ging me heel nadrukkelijk en heel dwingend vragen stellen over mijn angst, waardoor ik helemaal in paniek raakte. Vervolgens zegt hij: ik ben het niet eens met wat de psycholoog heeft geschreven, want dit is een ernstige depressie met angst. Dus hij heeft in tien minuten tijd gezegd: ik ben het niet eens met de diagnose van de psycholoog, we kunnen je behandeling aanbieden, maar alleen met medicatie. Dus toen zei ik dat ik dat niet wil, ik wil het graag zonder medicatie proberen. Toen zei hij: dan houdt het op." - vrouw

Het diagnoseproces heeft voor veel hulpzoekenden veel impact, positief of negatief. Er zijn ook hulpzoekenden die zich (relatief) weinig bezighouden met hun (voorlopige) diagnose of het diagnoseproces.

Voor hen is het simpelweg hetgeen wat hen toegang geeft tot zorg en op basis waarvan een passende behandelrichting wordt gekozen.

Afgewezen op basis van dossier

Bij hulpzoekenden die contact hebben gehad met de crisisdienst, last hebben gehad van suïcidale gedachten of waarbij één van de diagnoses autisme is zien we dat zij te maken krijgen met afwijzingen op basis van hun dossier. Een afwijzing op basis van dossier leidt vaak tot gevoelens van frustratie en hopeloosheid bij hulpzoekenden, omdat de (vaak al lange) wachttijd daardoor langer duurt. De gedocumenteerde weergave van hun verhaal doet volgens hen geen recht aan de gelaagdheid van hun situatie, recente veranderingen en hun persoonlijke beleving. Zij voelen sterk de behoefte om éérs hun situatie persoonlijk toe te kunnen lichten in een gesprek voordat er besloten wordt of een hulpverlener wel of geen passende hulp kan bieden, omdat ze denken dat dit de kijk van een hulpverlener op de situatie zou kunnen veranderen.

"Ik zocht behandeling voor mijn PTSS, en dan horen ze van mijn autisme en dan zeggen ze: oh maar we kunnen je trouwens niet behandelen, want wij weten niks over autisme. Dan denk ik, jij hoeft mijn autisme niet te behandelen, want dat valt ook niet te behandelen. Je moet behandelen waar ik tegenaan loop, niet wie ik ben als persoon. Ze kijken naar het dossier en niet naar de persoon." - vrouw

Vooraf bij een hulpzoekende met autisme die vaker te maken heeft gekregen met afwijzingen op basis van haar dossier zien we dat het ook invloed heeft op het zelfbeeld en de motivatie om hulp te blijven zoeken.

"Je gaat twijfelen aan alles, aan jezelf. Van goh, ik ben niet te behandelen? Want ze willen me niet behandelen. Dus wat heeft dat dan voor zin?" - vrouw

Uiteindelijk moesten deze hulpzoekenden zijwegen bewandelen om toch toegang tot zorg te krijgen, zoals informatie schrappen uit hun dossier, hun verwijsbrief herschrijven of via bekenden hulp zoeken. Eén hulpzoekende vond via een bekende hulpverlener uiteindelijk passende hulp binnen de basis ggz, ondanks haar situatie als complex werd beoordeeld.

"When I called the new psychologist after a month or so they told me: we already rejected your referral and it was because I applied for the crisis team. Then I went to the GP to refer me to this psychologist and I asked to remove the crisis part from the referral because I need to talk to them first before they just reject me. And that worked: I just had my third session with the psychologist because I hid that I was with the crisis once. I did tell them after approving me already and they started the process, but I didn't want to tell at the beginning because he just might reject and I just would go on the same cycle again with no treatment." - man

Wachten op passende hulp

Elke hulpzoekende die aanspraak wil maken op vergoede zorg krijgt te maken met wachtlijsten. In bijna alle gevallen moesten hulpzoekenden wachten op een intake, in veel gevallen daarna ook op de start van de behandeling en in een enkel geval was er een wachtlijst voor de POH-GGZ. De uiteindelijke wachttijden van aanmelding bij een praktijk tot de start van een behandeling variëren van een week tot drie jaar. Hulpzoekenden die al eerder hulp hebben gezocht, lijken het minst last te hebben van de wachtlijsten. Zij hebben door hun eerdere ervaringen vaak meer kennis over het systeem en weten die daardoor makkelijker te navigeren, bijvoorbeeld door gebruik te maken van wachtlijstbemiddeling. Ook hebben zij door al bestaande netwerken met professionals vaak meerdere en snellere ingangen tot (al bekende) hulp. Daarentegen wachten mensen met autisme het langst – soms meerdere jaren – op passende hulp.

"When I first went to the doctor, she was like: you need to get help immediately, but it takes two months to get help. I was like: okay, so I need immediate help, but I can't get immediate help." - man

De stap om op zoek te gaan naar professionele hulp is voor veel hulpzoekenden een grote stap. Wanneer het verdere proces na dit moment stilvalt door een wachtlijst, kan dit leiden tot gevoelens van hopeloosheid en/of machteloosheid. De periode waarin hulpzoekenden moeten wachten op een intake wordt als het moeilijkst ervaren, omdat het in deze periode vaak onduidelijk is hoe lang iemand nog moet wachten. Soms komen hulpzoekenden er na een intake of diagnoseproces achter dat de betreffende praktijk geen passende hulp kan bieden en moeten ze opnieuw op een andere wachtlijst.

"I was on a waiting list for a year and a half and then they eventually did my intake after trying to put me off three times. Eventually they did my intake and then I had to wait for another six months and they did the diagnosis and then said they couldn't give me treatment because they were a knowledge institution." - vrouw

Gevoelens van hopeloosheid en machteloosheid worden versterkt als hulpzoekenden het gevoel hebben dat ze lang moeten wachten en het proces weinig houvast biedt. Overbruggingszorg speelt hierin een cruciale rol. Bij een aantal hulpzoekenden speelde de POH-GGZ een positieve rol in het volhouden van de wachtperiode, terwijl hulpzoekenden die overbruggingszorg misten meer last ervoeren van het wachten. De toenemende lijdensdruk werd bij sommigen verder versterkt doordat problemen op andere levensdomeinen verergerden, waaronder problemen met werk en financiën. Dit werd vooral zichtbaar bij hulpzoekenden met autisme.

"Die wachtlijsten zijn echt het grootste struikelblok. Want als iemand echt extreem slecht in zijn vel zit, en je krijgt te horen dat je anderhalf tot twee jaar moet wachten, wordt dat alleen maar erger. Dus stel dat iemand met lichte tot milde problematiek aanklopt en vervolgens zo lang moet wachten, wordt het zware problematiek. Dus je maakt mensen alleen maar slechter daarmee." - vrouw

Uit een aantal verhalen van hulpzoekenden die nog in de beginfase van hun zoektocht zitten, blijkt dat zij het wachten ervaren als onderdeel van het gehele zoekproces. Doordat zij al een aantal stappen hebben doorlopen zorgt het gevoel 'ermee bezig te zijn' voor een verlichtend effect op hun klachten. Ook de verwachting dat passende hulp in de nabije toekomst zal starten speelt hierin een rol.

Ervaringen met psychische hulp

De ervaringen die hulpzoekenden opdoen in de geboden hulp worden sterk gekleurd door hun verwachtingen en door het traject dat zij al hebben doorlopen om toegang tot zorg te krijgen. Deze ervaringen zijn bepalend voor hoe effectief hulp wordt ervaren en of mensen gemotiveerd blijven om verder te zoeken wanneer hulp niet passend blijkt. In dit hoofdstuk wordt beschreven welke factoren volgens hulpzoekenden bijdragen aan effectieve hulp of deze juist ondermijnen.

Hulpzoekenden verwachten van ggz-professionals dat zij door hun expertise, ervaring en professionele afstand kunnen helpen om grip te krijgen op hun klachten en de impact daarvan op het dagelijks leven. De verwachting is meestal niet dat professionele hulp de klachten volledig zal oplossen, maar dat het handvatten geeft om er beter mee om te gaan. Effectieve hulp wordt daarbij niet alleen gekoppeld aan behandelresultaten, maar ook aan het proces waarin iemand zich serieus genomen en begrepen voelt.

Beïnvloedende factoren in ervaren effectiviteit

Vertrouwen en een gevoel van veiligheid

Hulpzoekenden beschrijven psychische zorg als helpend wanneer zij zich gezien en serieus genomen voelen in hun verhaal. Een mensgerichte benadering, waarin ruimte is voor erkenning, normalisering en aansluiting bij de leefwereld, draagt bij aan vertrouwen en veiligheid. Het gevoel dat een hulpverlener niet alleen kijkt naar klachten, maar ook naar de context waarin deze zijn ontstaan en voortbestaan, wordt hierbij als essentieel ervaren.

"Ik vind dat hij heel erg normaliserend werkt. Dus dat er eigenlijk niet wordt gesproken over diagnoses. En heel vaak als ik vertel wat er allemaal speelt en wat ik dan heb ervaren, dan zegt hij: oh, dus je hebt het moeilijk. Dat is begrijpelijk als ik zo hoor waar je allemaal doorheen gaat. En gewoon dat, alleen al die erkenning steeds. Dat hij zegt: volgens mij is het heel menselijk dat je nu verdrietig bent." - vrouw

Ook de relatie met de hulpverlener blijkt bepalend. Een gevoel van een 'klik' – gebaseerd op veiligheid, vertrouwen en wederzijds begrip – maakt het voor mensen mogelijk om zich kwetsbaar op te stellen en moeilijke ervaringen te delen. Een klik is voor veel mensen ook een belangrijke graadmeter om te bepalen of ze hulp passend vinden of niet. Vertrouwen groeit verder wanneer hulpverleners consistent zijn, bereikbaar (ook tussen sessies door) en transparant communiceren over het proces.

Hulp kan als onveilig en belemmerend ervaren worden als er wordt aangedrongen op medicatie of een specifieke behandelvorm waar de hulpzoekende zich niet in kan vinden – vaak gekleurd door een specifieke diagnose die onvoldoende recht doet aan de ervaren problematiek. In deze gevallen voelen hulpzoekenden zich niet gehoord of gereduceerd tot een label, wat het vertrouwen in hulp ondermijnt.

Maatwerk in methode en intensiteit

Daarnaast speelt maatwerk een belangrijke rol. Hulpzoekenden waarderen hulp die flexibel is in methode en intensiteit, en die kan meebewegen met wat zich aandient in het moment zonder de structuur volledig los te laten. Zo werd het als helpend ervaren dat

relatieproblemen besproken konden worden tijdens rouwtherapie, omdat dat invloed had op het rouwproces.

"Zij is een hele goede psychotherapeut. Die ook inderdaad gewoon even theorie uitlegt. En dan pakt ze de flapover en dan schrijft ze het even uit of tekent ze het even uit. En gewoon even een check-in doet, momenten geeft om gewoon even de stilte te laten vallen van oké, laat het maar even. Ik voelde me wel fijn, veilig bij haar." - vrouw

Positieve ervaringen worden vooral genoemd bij behandelaren die verschillende methoden kunnen combineren of aanpassen, bijvoorbeeld door cognitieve gesprekken aan te vullen met lichaamsgerichte, ervaringsgerichte of creatieve elementen. Dit helpt met name mensen die rationeel al veel inzicht hebben, maar moeite ervaren met de vertaling hiervan naar het dagelijks leven. Dit zien we vooral terug bij hulpzoekenden die al eerder psychische hulp hebben gekregen en ervaren dat therapie die primair cognitief is ingestoken slechts beperkt effect had.

Het contrast tussen zorgvormen

In de ervaringen van hulpzoekenden komt een duidelijk contrast naar voren tussen verschillende vormen van psychische hulp. Met name particuliere psychische zorg wordt door meerdere hulpzoekenden positiever ervaren dan vergoede zorg. Zij benoemen vooral de grotere toegankelijkheid, flexibiliteit en menselijkheid als helpend.

Hulpzoekenden ervaren minder bureaucratische drempels en hebben het gevoel dat behandelaren meer ruimte hebben om af te wijken van vaste kaders en mee te bewegen met wat zich in het moment aandient. Dit draagt volgens hen bij aan betere aansluiting bij hun behoeften en daarmee aan de ervaren effectiviteit van de hulp.

Ook ervaringen met groepstherapie laten zien dat de effectiviteit sterk afhankelijk is van de vorm, context en persoonlijke situatie. Twee geïnterviewden hebben positieve ervaringen met groepstherapie. Zo werd binnen een schematherapiegroep vooral het praktisch aan de slag gaan als helpend ervaren. Een hulpzoekende met autisme beschreef hoe creatieve groepstherapie nieuwe mogelijkheden bood, wat uiteindelijk leidde tot een betekenisvolle dagbesteding en een positief effect had op zijn mentale gezondheid.

Tegelijkertijd ervaren andere hulpzoekenden groepstherapie als onvoldoende passend of belastend. Een hulpzoekende met angstklachten gaf aan dat hij in groepsverband zijn klachten maskeerde en vooral meebewoog met de geboden structuur, waardoor de therapie weinig effect had. Volgens hem ontbrak een gevoel van veiligheid om zich kwetsbaar op te stellen. Een hulpzoekende met autisme beschreef een negatieve ervaring met een groep gericht op emotieregulatie, waarbij de verschillen tussen groepsleden haar klachten juist versterkten in plaats van verminderden.

"Als ik te veel ervaar, klap ik helemaal dicht. Maar in die groep, als er bij drie mensen teveel emotie naar boven kwam, die klappen juist naar buiten. Dus dat voelde voor mij mega onveilig. Ik vervolgens helemaal niet meer communiceren en dan worden die gedachten alleen maar sterker en sterker en sterker. Je moest dan ook delen wat je struggles waren en dat soort dingen, maar er kwamen sommige mensen met zulke hevige voorbeelden, tot in de kleinste details. Ik schrok daar echt heel erg van en ik ga dan zorgen voor. Dus dan wil ik hun pijn wegnemen, maar dat zorgt ervoor dat ik dus niet meer goed voor mezelf zorg, terwijl ik dat in die periode echt nodig had." - vrouw

Deze ervaringen laten zien dat de ervaren effectiviteit van zowel particuliere zorg als groepstherapie minder wordt bepaald door de zorgvorm op zichzelf, en meer door de mate waarin ruimte is voor maatwerk, veiligheid en aansluiting bij de persoonlijke situatie.

Samenhang met andere levensdomeinen ontbreekt

Bij een aantal hulpzoekenden blijkt dat hun psychische klachten (gedeeltelijk) samenhangen met problemen op andere levensgebieden, zoals financiële stress, huisvesting, werk of sociaal isolement. Deze hulpzoekenden benadrukken dat psychische hulp beperkt effect heeft wanneer dergelijke onderliggende problemen onverminderd aanwezig blijven. In hun ervaring wordt er in therapie wel gewerkt aan het omgaan met klachten, maar onvoldoende aan de omstandigheden die deze klachten in stand houden. Dit kan leiden tot het gevoel dat psychische hulp losstaat van het dagelijks leven, waardoor de effectiviteit ervan als beperkt wordt ervaren.

"You have a session, you go back and you're still in your financial debt. You still have nowhere to live and this therapy support can't overcome all of that. So therapy and all this is nice, but my situation was still what it was." - man

Deze spanning komt met name naar voren bij een aantal expats met depressieve klachten. Voor hen spelen naast psychische klachten vaak ook andere factoren mee, zoals een klein sociaal netwerk, onzekerheid over werk of verblijf, en beperkte kennis van het Nederlandse zorg- en ondersteuningssysteem. Doordat zij onvoldoende zicht hebben op beschikbare hulpbronnen buiten de ggz, blijven zij langer aangewezen op therapie als enige vorm van ondersteuning, terwijl juist op andere levensdomeinen verlichting nodig is om psychisch herstel mogelijk te maken.

Wanneer hulpzoekenden wel worden geïnformeerd over aanvullende hulpbronnen buiten de ggz, blijkt toegang daartoe niet vanzelfsprekend. Sommige hulpzoekenden lopen tegen praktische of systeemdrempels aan die het inschakelen van deze ondersteuning bemoeilijken. Zo beschrijft een hulpzoekende met autisme, sociale angst en depressieve klachten dat het ontbreken van de mogelijkheid om online een afspraak te maken bij het Buurtteam een te grote drempel vormde, waardoor ondersteuning vanuit de sociale basis niet van de grond kwam en de situatie verslechterde.

"Some sort of support that doesn't require you to leave the house for one would be very helpful because I knew of the municipal organization that helps, the Buurtteam. But you cannot make an appointment with them online, so if you struggle to leave your house... Like many times I had an appointment and I sat next to the door crying my heart out because I couldn't make myself go. I did eventually end up going but that was after three years, after having lost two jobs, selling my house and losing all my savings. So it really had a huge impact on my life and because I wasn't able to take action early enough there's nothing that they could do to help me." - vrouw

Tegelijkertijd laten de ervaringen van hulpzoekenden ook zien dat ondersteuning op andere levensgebieden een ontlastend effect kan hebben op psychische klachten. Met name mensen die vastlopen in systemen op andere levensdomeinen, zoals werk, gezinshulp of huisvesting, vinden dat het oplossen of verlichten van deze knelpunten kan leiden tot een afname van psychische klachten en een verminderde behoefte aan psychische hulp. Volgens hulpzoekenden wordt psychische hulp effectiever wanneer deze wordt ingebed in een bredere, samenhangende aanpak.

Nazorg en duurzaam effect

Uit de verhalen van hulpzoekenden blijkt dat nazorg een bepalende rol speelt in hoe effectief psychische hulp op de langere termijn wordt ervaren. Meerdere hulpzoekenden beschrijven dat de afronding van de behandeling gepaard gaat met een abrupte overgang, waarbij het ontbreken van nazorg leidt tot het gevoel in een ‘gat’ te vallen.

Wanneer vervolgondersteuning niet wordt georganiseerd, moeten mensen zelf opnieuw hulp regelen, wat als belastend wordt ervaren.

Geïnterviewden geven aan behoefte te hebben aan expliciete afhechting, zoals een gezamenlijk afrondend gesprek, een plan voor vervolgstappen of een laagdrempelige check-in. Deze behoefte is niet altijd direct voelbaar op het moment van afronding, maar wordt vaak pas achteraf als gemis herkend. Het wegvallen van contact kan leiden tot onzekerheid en verhoogde psychische kwetsbaarheid.

Tegelijkertijd laten ervaringen zien dat structurele nazorg als sterk beschermend wordt ervaren. Geïnterviewden die langdurig in contact blijven met een behandelaar of huisarts via periodieke gesprekken beschrijven meer stabiliteit, minder terugval en een groter gevoel van veiligheid. Nazorg fungeert daarmee niet alleen als afronding van zorg, maar als een essentiële schakel in het borgen van herstel en continuïteit.

Good practice

“Ik heb een afspraak met de huisarts dat ik bel, en als er opgeschaald moet worden dan kan dat. Dus daar ben ik heel blij mee. En dat betekent in mijn geval naar de psycholoog, een hele goede, waar ik al een band mee heb.

Zij gaat dan eerst de psycholoog bellen. Kijken of hij ruimte heeft, of hij het wil. Bijvoorbeeld de laatste keer, hij wil dat. Dan moet ik eigenlijk zelf ook nadenken of ik het wel wil. Ook al heb ik me aangemeld en maak ik me zorgen. Dus een week later ga ik nog een keer langs. Dus dat bezoekje heb ik ook al gehad. En dan is het ja of nee. En toen heb ik nee gezegd, want toen ging het opeens heel lekker. En ik weet ook niet waarom. En toen dacht ik, het is misschien hormonaal. Het gaat wel heel erg in een achtbaan. Dus nu heb ik haar in de wacht gezet en over twee weken bellen we weer om te kijken hoe het dan gaat.

Wat ik echt heel goed vind is dat, ook al is het een illusie, ik in ieder geval het idee heb dat mensen zin hebben om mij te helpen, om op te schalen wanneer dat nodig is. Dus dat helpt al.” – vrouw



Afweging tussen individuele therapie en groepstherapie

Omdat groepstherapie door beleidsmakers en professionals wordt gezien als een belangrijk middel om de geestelijke gezondheidszorg toekomstbestendig te maken, is in een duidingssessie expliciet verkend hoe hulpzoekenden hiernaar kijken en welke afwegingen zij maken. In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe eerdere ervaringen, zorgen en randvoorwaarden een rol spelen in de keuze voor individuele therapie, groepstherapie of een combinatie van beide.

Algemene houding ten opzichte van groepstherapie

Vrijwel alle hulpzoekenden geven aan dat individuele therapie hun voorkeur heeft. Tegelijkertijd blijkt deze voorkeur minder absoluut dan vaak wordt verondersteld. Ondanks terughoudendheid staan de meeste hulpzoekenden in principe open voor groepstherapie, mits goed wordt uitgelegd wat de voordelen daarvan kunnen zijn en deze aansluit bij hun situatie en behoeften. Groepstherapie wordt zelden direct afgewezen, maar wel kritisch benaderd.

Zorgen en belemmeringen

De belangrijkste zorg die hulpzoekenden uiten, is het gebrek aan persoonlijke aandacht. Men vreest dat groepstherapie minder ruimte biedt om tot de kern van de eigen problematiek te komen en dat de behandeling te algemeen blijft. Dit roept het gevoel op dat individuele verschillen onvoldoende worden meegenomen en dat klachten 'over één kam worden geschoren'.

Daarnaast leeft de zorg dat het creëren van een veilige omgeving in een groep complex is, zeker wanneer mensen met uiteenlopende

achtergronden, klachten of communicatiestijlen samenkomen. Met name introverte mensen of mensen met autisme geven aan bang te zijn om onvoldoende ruimte te krijgen, terwijl extraverte deelnemers de groepsdynamiek zouden kunnen domineren. Dit zou kunnen leiden tot een passieve houding, waarbij iemand wel aanwezig is maar weinig profiteert van de therapie.

"Due to a time slot, you're limited to where you can contribute. You're observing, but are you really getting anything out of it?" - man

Voor sommige hulpzoekenden versterkt groepstherapie juist gevoelens van isolatie en eenzaamheid. Het niet kunnen aansluiten bij de groep of het vergelijken met anderen kan als confronterend of zelfs ontregelend worden ervaren. In enkele gevallen wordt groepstherapie daarom als niet effectief of zelfs schadelijk beschreven.

Ervaren potentie van groepstherapie

Tegelijkertijd zien hulpzoekenden ook duidelijke potentie in groepstherapie. Met name het ervaren van (h)erkenning en het besef niet de enige te zijn met bepaalde klachten wordt als steunend genoemd. Lotgenotencontact kan bijdragen aan normalisering en verbinding.

"Het kan leerzaam zijn als je met mensen met dezelfde klachten zit. Je krijgt dan het gevoel dat jij niet de enige bent met deze problemen." - man

Positieve ervaringen worden vooral genoemd bij specifieke vormen van groepstherapie, zoals creatieve therapie. Deze vorm biedt ruimte om gevoelens te uiten zonder alles verbaal te hoeven delen en kan daardoor toegankelijker zijn. In enkele gevallen leidde deelname aan



creatieve groepstherapie tot betekenisvolle dagbesteding, wat vervolgens ook een positief effect had op het mentale welzijn.

Voorwaarden voor deelname

Of groepstherapie als passend wordt ervaren, blijkt sterk afhankelijk van een aantal voorwaarden. Hulpzoekenden geven aan dat groepstherapie vooral kansrijk is wanneer:

- er eerst in individuele gesprekken voldoende zicht is gekregen op de kern van de problematiek, en groepstherapie daarop een aanvulling vormt;
- de samenstelling van de groep aansluit bij de behoefte van de hulpzoekenden, bijvoorbeeld qua soort klachten, levensfase, context of groepsgrootte;
- vooraf duidelijke informatie wordt gegeven over het doel, de werkwijze en de samenstelling van de groep.

Tegelijkertijd blijkt dat wat als ‘passend’ wordt gezien sterk verschilt per persoon. Waar sommige hulpzoekenden voorkeur hebben voor een homogene groep met vergelijkbare problematiek, zien anderen juist meerwaarde in diversiteit. Dit onderstreept het belang van maatwerk en keuzevrijheid.

Eerdere ervaringen en context

Eerdere ervaringen met therapie spelen een belangrijke rol in de afweging. Negatieve ervaringen met groepstherapie leiden vaak tot terughoudendheid, terwijl positieve ervaringen – vooral wanneer deze als veilig en betekenisvol werden ervaren – de bereidheid vergroten om opnieuw daaraan deel te nemen. Daarnaast blijkt dat hulpzoekenden zich niet altijd bewust zijn van wat zij nodig hebben; comfort en vertrouwdsheid kunnen botsen met wat op langere termijn helpend is.

Tot slot benadrukken hulpzoekenden dat de effectiviteit van zowel individuele als groepstherapie niet los kan worden gezien van de bredere levenscontext. Wanneer problemen op andere levensdomeinen, zoals financiën, huisvesting of sociaal netwerk, blijven bestaan, beperkt dit de ruimte voor herstel – ongeacht de gekozen therapievorm.



Conclusies

Hoe ervaren mensen de zoektocht naar psychische hulp?

Dit onderzoek laat zien dat de zoektocht naar hulp bij psychische klachten een persoonlijk, vaak langdurig en grillig proces is, dat voor iedereen anders is in tempo en verloop. Tegelijkertijd maken de verhalen duidelijk dat deze verschillen niet alleen voortkomen uit de aard van de klachten, maar in sterke mate samenhangen met factoren in zowel de leefwereld van hulpzoekenden als in de manier waarop het zorgsysteem is ingericht.

De leefwereld als eerste plek van signalering en ondersteuning

Psychische klachten worden meestal voor het eerst zichtbaar in de directe leefwereld van mensen. Het lukt mensen niet meer om op dezelfde manier voor zichzelf te zorgen, relaties komen onder druk te staan of iemand loopt vast op werk. Juist in deze beginfase proberen mensen vanuit hun eigen hulpbronnen – zelfzorg, het eigen netwerk en werk – grip te krijgen op hun situatie. Deze hulpbronnen worden vaak ervaren als vanzelfsprekend, vertrouwd en helpend, en worden ingezet bij serieuze pogingen van mensen om hun klachten te begrijpen en te verlichten.

Tegelijkertijd ontstaat hier een spanningsveld. De mogelijkheden om klachten binnen de eigen leefwereld op te vangen zijn niet voor iedereen gelijk en kennen duidelijke grenzen. Zelfzorg lukt niet altijd wanneer de draagkracht afneemt. Het netwerk kan steunend zijn,

maar raakt soms overbelast of is zelf een bron van stress. En ondersteuning via werk is vaak tijdelijk en beperkt tot het functioneren op de werkvloer. In veel verhalen blijkt dat deze vormen van ondersteuning uiteindelijk ontoereikend zijn, juist omdat klachten zich op meerdere levensdomeinen tegelijk manifesteren. Het moment waarop mensen professionele hulp benaderen, volgt vaak pas nadat deze hulpbronnen onder druk zijn komen te staan.

Ongelijkheid in mogelijkheden

De tijd die verstrijkt tussen het ontstaan van klachten en het moment waarop professionele hulp wordt benaderd, verschilt sterk per persoon. Uit de verhalen blijkt dat deze tijd mede wordt bepaald door hoe lang mensen proberen hun klachten zelf op te vangen en in hoeverre zij in staat zijn om hun weg te vinden in het zorgsysteem.

Mensen met meer financiële middelen, een steunend netwerk of kennis van het zorglandschap weten sneller de weg te vinden en kunnen soms wachttijden omzeilen door onvergoede zorg in te schakelen. Voor anderen wordt de zoektocht langer en zwaarder, en raakt deze verweven met gevoelens van machteloosheid en uitputting. De duur van het zoekproces zegt daarmee niet alleen iets over de ernst van de klachten, maar ook over de mate waarin mensen toegang hebben tot informatie, ondersteuning en keuzemogelijkheden.

Verwachtingen en informatie als terugkerende knelpunten

Een terugkerend thema in de verhalen is het spanningsveld rond wederzijdse verwachtingen. Hulpzoekenden hebben verwachtingen over wat professionele hulp hen zal brengen, hoe snel zij geholpen zullen worden en welke rol professionals daarin spelen. Deze verwachtingen worden gevormd door eerdere ervaringen, verhalen uit het netwerk en de informatie die zij – al dan niet toevallig – ontvangen.

Tegelijkertijd hebben professionals verwachtingen over de helderheid van de hulpvraag, de mate van eigen regie en het vermogen van hulpzoekenden om actief te zoeken en keuzes te maken. Deze verwachtingen worden niet altijd expliciet uitgesproken of actief gemanaged. Met name in het contact met de huisarts en de POH-GGZ wordt zichtbaar hoe deze wederzijdse verwachtingen kunnen wringen. Hulpzoekenden hopen hier ondersteuning te krijgen bij het verhelderen van hun situatie en het vinden van passende vervolgstappen. In de praktijk blijkt deze rol niet altijd helder ingevuld, wat kan leiden tot teleurstelling, onzekerheid en een verlenging van de zoektocht.

Informatievoorziening speelt hierin een centrale rol. Veel hulpzoekenden ervaren een gebrek aan overzichtelijke, toegankelijke en procesgerichte informatie over onder andere wachttijden, vervolgstappen en alternatieve vormen van ondersteuning. De informatie die zij krijgen is versnipperd en persoonsafhankelijk. Juist in een fase waarin psychische klachten de regiekracht verminderen, wordt van mensen verwacht dat zij overzicht houden en beslissingen nemen. Dit vergroot onzekerheid, leidt tot mismatches in verwachtingen en kan het vertrouwen in professionals en het systeem onder druk zetten.

Wat hulpzoekenden aan de voorkant nodig hebben

Hulpzoekenden hebben in de toegang tot zorg vooral behoefte aan duidelijkheid over het proces: welke stappen volgen, wat zijn de wachttijden, wat kan men verwachten van verschillende vormen van hulp, en waar kan men terecht als de situatie verandert. Tegelijkertijd laat het onderzoek zien dat veel mensen in deze fase hun hulpvraag nog niet scherp kunnen formuleren. Behoeften, verwachtingen en onderliggende problematiek worden vaak pas gaandeweg duidelijk, in interactie met professionals en door voortschrijdend inzicht.

Dit betekent dat er spanning ontstaat wanneer in de toegang tot zorg wordt geprobeerd om op basis van beperkte informatie een definitieve match te maken tussen vraag en aanbod. Het vooraf uitvragen van behoeften kan helpen om eerste signalen en context in beeld te brengen, maar blijkt onvoldoende om recht te doen aan de gelaagde en veranderlijke aard van hulpvragen. Wanneer matching te sterk leunt op vaste categorieën of classificaties, bestaat het risico dat mensen zich onvoldoende gezien voelen en dat hulp niet goed aansluit.

Afhankelijkheid en machtsverhoudingen

Mensen die hulp zoeken voor psychische klachten zijn in sterke mate afhankelijk van professionals voor informatie en toegang tot hulp. Professionals vervullen hierbij een poortwachtersrol: zij bepalen of iemand wordt doorverwezen, welke (voorlopige) diagnose wordt gesteld en tot welke vormen van hulp iemand toegang krijgt. We zien dat de mate van ervaren afhankelijkheid samenhangt met iemands kennis en vaardigheden. Zo hebben bijvoorbeeld expats, die over het algemeen minder kennis hebben van het Nederlandse zorgsysteem hier onevenredig veel last van.

Wanneer het zoekproces vastloopt of er eerdere negatieve ervaringen met hulp zijn geweest, kan deze afhankelijkheid worden ervaren als een machtsverschil waarin eigen wensen en behoeften onderhevig zijn aan de wil van professionals. Deze hulpzoekenden zien het zorgsysteem als een systeem waarin je mondig moet zijn en voor jezelf op moet komen om toegang te krijgen tot (passende) hulp. Wanneer er frictie ontstaat tussen hulpzoekenden en professionals door deze afhankelijkheid, leidt dit in veel gevallen tot een langere en moeizamere zoektocht naar passende hulp en een groeiend wantrouwen richting het zorgsysteem.

Passend aanbod: classificaties vs. context

Tot slot laat het onderzoek zien dat er frictie ontstaat tussen hoe hulpzoekenden zelf inschatten wat passende hulp is en hoe het systeem dit beoordeelt. Hulpzoekenden hanteren persoonlijke en contextuele criteria – zoals vergoeding, afstand, taal, gevoel van een klik en begrip voor hun levenssituatie – terwijl het systeem vooral werkt met indelingen in ‘lichte’ en ‘complexe’ problematiek en bijbehorende behandelprotocollen. Deze indeling sluit niet altijd aan bij de gelaagde realiteit van klachten, waarin onder ogenschijnlijk lichte problematiek vaak diepere of samenhangende problemen schuilgaan die pas met de tijd zichtbaar worden. Het sluit ook niet aan bij de wens van sommige mensen met complexere klachten om (kortdurend) hulp te krijgen bij een enkel aspect daarvan.

Daarnaast blijkt ggz-hulp niet altijd de enige of meest passende vorm van ondersteuning. In meerdere verhalen spelen problemen rond financiën, huisvesting, werk en het ontbreken van een steunend netwerk een centrale rol. Toch worden hulpzoekenden zelden actief gewezen op mogelijkheden binnen de sociale basis of het sociaal domein, terwijl zij hier vaak wel voor openstaan.

Over groepsaanbod zijn de meningen verdeeld, maar onder de juiste voorwaarden staan de meeste hulpzoekenden hier wel voor open.



Aanbevelingen

Dit onderzoek laat zien dat het vinden van passende hulp voor mentale problemen voor veel mensen lastig kan zijn en vaak veel tijd, vaardigheden, kennis en energie vraagt. Hulpzoekenden melden zich bij de zorg op momenten waarop zij vastlopen in het leven of merken dat hun kwaliteit van leven onder druk staat, bijvoorbeeld in werk, relaties, zingeving of het dagelijks functioneren. In deze fase kan niet iedereen aangeven wat zij nodig hebben of welke hulp passend is.

Bij de toegang tot zorg blijkt er vooral behoefte te zijn aan helderheid, begeleiding en erkenning. De resultaten laten zien dat de huidige inrichting van de toegang sterk leunt op zelfregie, afgebakende hulpvragen en snelle beoordeling van passendheid, terwijl hulpvragen zich in de praktijk vaak gaandeweg ontwikkelen en nauw samenhangen met de bredere levenscontext. Wanneer verwachtingen onduidelijk blijven of informatie ontbreekt, wordt de zoektocht als verwarrend en belastend ervaren en kan deze onnodig lang duren.

Verbetering vraagt daarom om een andere benadering van de toegang van hulp: waarin ruimte is voor verkenning, verwachtingen expliciet worden gemaakt en matching wordt gezien als een gezamenlijk en interactief proces. Een focus op kwaliteit van leven als uitgangspunt kan hierbij helpen, omdat dit aansluit bij hoe hulpzoekenden hun klachten ervaren en bij wat zij hopen te bereiken met ondersteuning. De aanbevelingen bouwen voort op deze inzichten.

Richt de toegang tot hulp in als een verkenningsproces

In een kort eerste contact, zoals bij de huisarts, is het niet altijd mogelijk om de hulpvraag voldoende te verhelderen. Hulpzoekenden met een onduidelijke hulpvraag hebben in deze fase behoefte aan snelle toegang tot begeleiding die ruimte biedt om hun situatie te onderzoeken, hun hulpvraag te ordenen en mogelijke vormen van ondersteuning te verkennen.

- ✚ Essentieel is dat begeleiding bij vraagverheldering onafhankelijk is, voldoende overzicht geeft en ruimte biedt voor keuzevrijheid. Dit maakt het mogelijk om breder te kijken dan één domein en draagt bij aan de ervaren regie bij hulpzoekenden, juist wanneer draagkracht onder druk staat. De methodiek van Wegwijs Amsterdam sluit hier volgens geïnterviewden het best op aan.
- ✚ Zorg ervoor dat begeleiding flexibel ingezet kan worden bij hulpzoekenden die dat nodig hebben. Een gestandaardiseerde route kan een zoektocht onnodig verlengen.

Zorg voor een samenhangend zorgtraject

Beoordeel hulpvragen niet uitsluitend vanuit diagnose of ernst, maar betrek ook de ervaren kwaliteit van leven en de bredere levenscontext. Tijdens het proces van vraagverheldering kan een levensbrede uitvraag helpen om te ontdekken of er mogelijke uitdagingen zijn op andere domeinen, zoals financiën, huisvesting of binnen het gezin.

Maak preventief en herstelgericht aanbod buiten de ggz zichtbaar en toegankelijk, en ondersteun actief bij de toegang tot deze vormen van hulp, zoals het Buurteam en praktische gezinshulp. Zo wordt de effectiviteit van psychische hulp versterkt, kunnen hulpzoekenden tijdig passende ondersteuning krijgen en wordt voorkomen dat zij vastlopen tussen verschillende systemen.

Beslis nooit op grond van schriftelijke informatie

Vooraf schriftelijk uitvragen kan helpend zijn om eerste signalen en context in beeld te brengen, maar is niet voldoende om een verwijzing of afwijzing op te baseren. Hulpzoekenden ervaren het als belastend wanneer zij op basis van formulieren of dossiers worden beoordeeld, zonder dat er een gesprek heeft plaatsgevonden. Hulpvragen zijn vaak gelaagd en contextafhankelijk, en laten zich niet volledig vangen in schriftelijke informatie. Een persoonlijk gesprek is essentieel om nuance aan te brengen en te verkennen of er sprake is van een passende match. Vooraf schriftelijk uitvragen kan dit gesprek ondersteunen, maar niet vervangen.

Maak verwachtingen expliciet door duidelijke informatievoorziening

Hulpzoekenden hebben behoefte aan duidelijke informatie over het proces, het (brede) hulpaanbod, wachttijden, de rollen van professionals en vervolgstappen. Informatievoorziening kan hierbij een belangrijke rol spelen en helpt als deze:

- centraal en overzichtelijk is (niet versnipperd);
- procesgericht is (met een helder stappenplan);
- toegankelijk en begrijpelijk is (zonder jargon);
- proactief en consistent wordt aangeboden;
- ondersteunt bij keuzes en passendheid volgens hulpzoekenden;
- wijst op bestaande hulpmiddelen, zoals zorgzoekers en wachtlijstbemiddeling;
- aansluit op de verminderde regiekracht die veel mensen ervaren door hun klachten;

Door informatievoorziening expliciet in te zetten om verwachtingen te managen, wordt de toegang tot hulp transparanter en minder belastend. Hulpzoekenden weten dan wat haalbaar is en wat ze zelf kunnen beïnvloeden.

Maak het vinden van passend aanbod makkelijker

Ontwikkel een centrale en toegankelijke digitale database met actuele informatie over praktijken en hulpverleners, inclusief wachttijden en relevante kenmerken zoals specialisme, therapievorm, taal, cultuursensitiviteit en vergoeding door zorgverzekeraars. Neem hierin ook informatie op over ondersteuningsmogelijkheden buiten de ggz, bijvoorbeeld op het gebied van wonen, financiën en schulden.

- ✚ Toets expliciet of hulpzoekenden zelf in staat zijn om contact te leggen met praktijken of hulpverleners. Wanneer dit niet lukt, bied ondersteuning bij het leggen van contact en het maken van keuzes.

Richt het proces zodanig in dat keuzes voor hulp gezamenlijk worden gemaakt. Stem daarbij ook af hoe wordt omgegaan met het stellen en bespreken van (voorlopige) diagnoses, passend bij de wensen en behoeften van de hulpzoekende.

Werk de aanbevelingen samen met cliënten uit

Het is belangrijk dat oplossingsrichtingen samen met hulpzoekenden worden uitgewerkt. Doen we dit niet, dan vallen we weer in de oude valkuil van het denken vóór mensen in plaats van samenkomen tot oplossingen die matchen met de behoeften en complexe dagelijkse realiteit van diverse hulpzoekenden. In deze dialoog is het belangrijk om deze aanbevelingen te specificeren tot concrete handelingsperspectieven voor alle betrokkenen.

Bijlage 1 Onderzoeksmethodiek

Aanleiding

De tweede werkgroep van coalitie Mentale gezondheid van Amsterdam Vitaal en Gezond zet zich in voor beter passende hulp voor mensen met psychische klachten. Het doel is om de sociale en medische aspecten van de zorg met elkaar te verbinden, het dagelijks functioneren van de Amsterdammers te versterken en te voorkomen dat problemen verergeren.

De leden van de werkgroep weten uit verschillende onderzoeken, zoals Zoektochten in de GGZ (2022), AHTI (2024) en In Balans Zijn (2025) dat sommige Amsterdammers met psychische klachten het moeilijk vinden om passende hulp te vinden. Daarom vroegen ze Cliëntenbelang Amsterdam om te onderzoeken hoe mensen met psychische klachten hulp zoeken en wat daarbij helpend of juist belemmerend is.

Doel van het onderzoek

Het doel is om inzicht te krijgen in het zoekproces naar psychische hulp en wat er allemaal voorafgaat aan een aanmelding bij verzekerde ambulante GGZ. Zo willen we aanwijzingen krijgen hoe de zoektocht te kunnen verkorten om daarmee voor elkaar te krijgen dat mensen eerder op de juiste plek geholpen kunnen worden.

Doelgroep

We richtten ons bij dit onderzoek op Amsterdammers van 30 tot 50 jaar met (ogenschijnlijk) lichte problematiek, zoals bijvoorbeeld mensen met vermoeidheids-, burn-out, somberheid of angstklachten. De keuze voor lichte problematiek kwam voort uit het vermoeden van een aantal professionals en de zorgverzekeraar, dat sommige mensen

met lichte problematiek in behandeling komen bij gespecialiseerde (particuliere) hulpverleners en de vraag of dat niet een mismatch is.

We richtten ons op de leeftijdsgroep 30-50 jaar, omdat uit verschillende onderzoeken (AHTI, 2024 en In Balans zijn, 2025 bijvoorbeeld) blijkt dat vooral volwassenen die zelfstandig (alleen) wonen en die werken of juist werk-gerelateerde problemen hebben, vaker aangeven psychische klachten te hebben. Mensen in deze leeftijdsgroep bevinden zich in de drukste fase van hun volwassen leven. Als je psychisch kwetsbaar bent, kan je dan makkelijk uit balans raken of zwichten onder de druk van verwachtingen of financiële druk, moeilijkheden hebben met de werk-privébalans, etc.

Methodiek: Kwalitatief en participatief

Het kwalitatieve onderzoek werd samen met ervaringsdeskundigen uitgevoerd. Ze waren betrokken bij de onderzoekopzet, de werving van respondenten, het ontwerpen van de flyer, de vragenlijst, het interviewen en bij de analyse en duiding van de resultaten.

We hebben 22 diepte-interviews uitgevoerd, waarvan de resultaten in twee duingssessies met ervaringsdeskundigen en respondenten zijn besproken. In de duidingssessies konden we checken of onze eerste conclusies herkend werden en nog dieper ingaan op een aantal onderwerpen die uit de analyse naar voren waren gekomen, waaronder de grenzen van het eigen netwerk en de afweging tussen individuele therapie en groepstherapie.

Werving van respondenten

We hebben een flyer (zie bijlage 2) gemaakt met een oproep om deel te nemen aan ons onderzoek. Deze hebben we breed in ons netwerk verspreid. Wegwijs Amsterdam heeft ook actief geholpen bij de werving.

Lichte psychische klachten?

Voor dit onderzoek wilden we mensen interviewen die te maken hebben met lichte problematiek, omdat de opdrachtgevers vooral geïnteresseerd waren in de zoektocht van deze doelgroep. De respondenten die zichzelf aanmeldden, vonden zelf dat ze 'lichte' klachten hadden, en ook Wegwijs Amsterdam die mensen voor dit onderzoek aanschreef had het idee dat ze de juiste groep mensen hadden geselecteerd.

Na elke aanmelding volgde een kort checkgesprek om te achterhalen of geïnteresseerden onder de doelgroep passen die wij onderzoeken. Daarbij vroegen wij ook naar de aard van de klachten, zodat we de zwaarte en complexiteit van de klachten kunnen duiden. Hierdoor werden een aantal geïnteresseerden afgewezen voor deelname.

Wat later tijdens de uitgebreide diepte-interviews bleek, was dat een aantal mensen die in onze steekproef vielen toch wel degelijk meer complexe klachten hadden. De problemen waar sommige mensen mee kampen waren soms zwaarder dan eerder beschreven, maar de vraag waarvoor zij hulp zochten kwam wel overeen met de beschrijving in onze oproep.

Steekproef

De steekproef omvatte 22 deelnemers die zich na een oproep vrijwillig hebben aangemeld om geïnterviewd te worden. Het is een steekproef op basis van zelfselectie, omdat mensen zich zelf konden aanmelden n.a.v. een oproep om mee te doen.

- Het aantal mannen en vrouwen was gelijk in de groep en de gemiddelde leeftijd was 36 jaar, met leeftijden tussen de 30 en 48 jaar. Vijf mensen waren in de afgelopen jaren vanuit het buitenland (Engeland, Zuid-Afrika, Italië, Egypte) naar Amsterdam verhuisd.

De rest was Nederlands, waarvan een aantal met Surinaamse, Hindoestaanse en Turkse afkomst.

- Het viel op dat de meeste respondenten in onze steekproef communicatief en analytisch sterk waren, en een grote portie doorzettingsvermogen hadden. De meerderheid was hoger opgeleid.
- Mensen die door de huisarts direct naar een instelling of andere instantie verwezen werden zijn ondervetegenwoordigd in onze steekproef. De meerderheid werd naar de POH-GGZ en/of Wegwijs Amsterdam gestuurd.
- We hebben mensen gesproken die in verschillende fasen van hun zoektocht zaten, variërend van oriëntatie en vraagverheldering tot vastlopen in bestaande zorgtrajecten.

Bijlage 2 Flyer voor de werving

Clëntenbelang
AMSTERDAM...

a'dam
vitaal &
gezonder

Waar zoek jij hulp als je last krijgt van psychische klachten?

Deel jouw ervaring zodat we kunnen leren hoe mensen eerder de juiste hulp kunnen krijgen.



Voor dit onderzoek zoeken we Amsterdammers:

- tussen de 30 - 50 jaar
- die in de afgelopen 2 jaar hulp hebben gekregen van een psycholoog OF momenteel op zoek zijn naar hulp voor psychische klachten, zoals angst, piekeren, langdurige stress, somberheid of opgebrand gevoel.

We maken graag een afspraak om met je in gesprek te gaan op een locatie naar jouw keuze. Het interview is anoniem en duurt maximaal 1 uur.

Voor het interview ontvang je €30,-

Zie meer informatie over het onderzoek en hoe je je kan aanmelden op de volgende pagina/achterkant.

Het onderzoek

Als je psychische klachten hebt, kan het soms lastig zijn om op tijd de juiste hulp te vinden. We willen met dit onderzoek graag te weten komen hoe mensen hulp zoeken, wat daarbij helpt en wat beter zou kunnen. Zo kan dit onderzoek bijdragen aan een verbetering van de toegang tot hulp en ervoor zorgen dat mensen sneller en makkelijker de juiste hulp krijgen.

Zoektocht in kaart brengen

- Tijdens het interview brengen we samen jouw zoektocht in kaart, vanaf het moment dat je klachten begonnen tot het moment dat je hulp hebt gevonden, of tot de fase waar je nu in zit.
- Als je meedoet hoeft je niet veel te vertellen over je psychische problemen die de aanleiding waren om hulp te zoeken. We zijn vooral benieuwd naar hoe je gezocht hebt naar hulp en wat jouw ervaringen waren daarbij.

Participatief onderzoek

We geven dit onderzoek vorm samen met de mensen om wie het gaat. Ervarensdeskundigen denken mee en zijn onderdeel van het onderzoeksteam.

Meer weten of meedoen?

Neem contact op met Zarina (onderzoeker) of meld je online aan via de QR code.

Zarina Kallan

z.kallan@clientenbelangamsterdam.nl

06 83 53 18 07

Bereikbaar op ma, di en do

