# Gezondheid van Syrische statushouders

Resultaten van focusgroep onderzoek

Merel Schutten en Arne Mellaard

1 oktober 2018



dienst Gezondheid & Jeugd zhz

# Inhoudsopgave


**1 Inleiding 3**
1.1 Waarom dit onderzoek? 3
1.2 Methode 3
1.3 Vraagstelling 3

**2 Resultaten 4**
2.1 Leefstijl 4
2.2 Aanpassen 4
2.3 Zingeving 5
2.4 Psychische gezondheid 6
2.5 Zorgstelsel 7

**3 Discussie 9**
3.1 Verschillen en overeenkomsten tussen mannen en vrouwen 9
3.2 Ervaringen met de gezondheidszorg 9
3.3 Betekenis van gezondheid 10

**4 Aandachtspunten voor beleid 11**
4.1 Aandacht voor voorlichting over zorgverzekeringen 11
4.2 Aandacht voor verwachtingen van statushouders over adequate zorg 11
4.3 Aandacht voor waardigheid en respect 11
4.4 Aandacht voor preventie van psychische klachten en leefstijl 12
4.5 Aandacht voor taal 12

**Literatuur 13**

# 1 Inleiding

## 1.1 Waarom dit onderzoek?

In 2017 heeft de GGD ZHZ voor bijna alle gemeenten in de regio Zuid-Holland Zuid gezondheidsprofielen gemaakt over de statushouders in de betreffende gemeenten. Eén van de aanbevelingen van die gezondheidsprofielen was het houden van focusgroepen met Syriërs om hun zorgbehoefte nog beter in kaart te krijgen. De meeste statushouders in ZHZ zijn van Syrische afkomst.

## 1.2 Methode

In januari en februari 2018 zijn twee focusgroepen georganiseerd. De eerste was met Syrische vrouwen (n=7) en de tweede met Syrische mannen (n=8). De groepen bestaan uit bezoekers van Vluchtelingenwerk. Zij komen eens per maand samen in het gebouw van Vluchtelingenwerk in Gorinchem om te praten over Nederland, en wat ze allemaal tegenkomen bij het inburgeren. Zij worden begeleid door een Syrische man die al 20 jaar in België heeft gewoond en sinds een paar jaar in Nederland. Hij is beëdigd tolk.

We zijn met twee onderzoekers (man en vrouw) naar de groepen toegegaan en we hebben de vragen in het Nederlands gesteld. Eén onderzoeker was voornamelijk interviewer (overeenkomstig met het geslacht van de focusgroep) en de ander voornamelijk notulist. De tolk vertaalde onze vragen in het Syrisch en de antwoorden terug in het Nederlands. De gesprekken zijn opgenomen en letterlijk uitgewerkt.

## 1.3 Vraagstelling

In de leidraad van het interview staan de volgende vragen:

- Waar denk je aan bij "gezond zijn"?
- Zie je jezelf als een gezond persoon? En waarom?
- Wat doe je zelf om gezond te blijven?
- Wat vind je van het Nederlands zorgstelsel?
- Als je ziek wordt, wat doe je om beter te worden? Zou je iets anders doen in Nederland dan in Syrië?
- Hoe ziet een 'goede dag' er voor jou uit?

Bij de gesprekken is verder ingegaan op de gegeven antwoorden, zodat het een lopend gesprek bleef en niet een vraag-antwoord gesprek. De resultaten staan beschreven in het volgende hoofdstuk.

# 2 Resultaten

## 2.1 Leefstijl

Als we vragen wat de respondenten zelf doen om gezond te blijven, horen we veel leefstijl onderwerpen. Vooral de vrouwen geven aan te wandelen en te letten op hun voeding. Ze vinden vooral het eten van fruit en het persen van sinaasappelen bijdragen aan hun gezondheid. Veel respondenten hebben diabetes, waar ze al dan niet medicijnen voor krijgen. Het lijkt er op dat ze in Nederland beter letten op hun suikerinname dan in Syrië. Ze vinden de suiker in Nederland wel veel minder zoet.

In de vrouwengroep werd aangegeven dat ze weinig dorst ervaren. In Syrië, door de warmte, ervaarden ze veel meer dorst en dronken dan water. In Nederland, in de kou, hebben ze veel minder dorst en ze vergeten dan ook om te drinken. Als huismiddeltje hier tegen werd gezegd dat ze kaas aten om zo dorst op te wekken.

> *"Door de sterke zon in Syrië verliezen we veel calorieën, zweten… We zweten hier niet en we voelen nooit dat we dorst hebben. Dus we verbruiken geen calorieën. […] We vergeten dat we water moeten drinken. Water is belangrijk." (vrouw)*

Beweging wordt ook ervaren als gedrag dat je gezondheid bevordert. Veel vrouwen geven aan (met elkaar) te wandelen. Ze lopen naar school om de kinderen weg te brengen, maar ze wandelen ook met elkaar. Mannen noemen beweging minder vaak. Ze zeggen wel dat sport gezond is, maar hebben het niet over wandelen.

> *"Veel lopen, vijf dagen per week lopen. Mijn diabetes en bloeddruk is nu goed. Op een veilig niveau nu." (Fatima, 60 jaar)*

Over het drinken van alcohol en roken wordt weinig gesproken. Alcohol mag ook niet binnen de Islamitische cultuur. Roken wordt wel door sommigen gedaan. Het roken van sigaretten vinden de respondenten ongezond, het roken van shisha minder ongezond. Dat wordt meer gezien als een sociaal gebeuren, waarbij je maar weinig rook binnen krijgt.

Goed slapen is ook wel genoemd als gezondheid bevorderend gedrag, maar niet vaak. Bij de vrouwen is het door twee mensen genoemd (goed slapen, vroeg naar bed gaan). Bij de mannen werd aangegeven dat ze niet gewend zijn om vroeg naar bed te gaan.

## 2.2 Aanpassen

De respondenten ervaren dat ze zich moeten aanpassen op velerlei vlakken. Bij de paragraaf over leefstijl stond al aangegeven dat het weer en het klimaat in Nederland zo anders is dan in Syrië. Dat heeft invloed op hun gezondheidsgedrag. In Nederland zweten ze minder (het verbranden van calorieën) en ervaren ze minder dorst. Ook zijn ze door de kou minder buiten. Daardoor bewegen ze minder, maar het heeft ook een sociale consequentie. Ze leven minder op straat dan in Syrië en hebben dus minder kans om andere mensen te ontmoeten. Nederlanders zijn minder vaak buiten hun huis te vinden.

Ook 's avonds is het in Nederland (in ieder geval in Gorinchem) minder normaal om op straat/buiten te zijn. Ook de winkeltijden zijn in Nederland conservatiever dan in Syrië.

> *"We zijn nog niet helemaal ingeburgerd met het weer hier. Ja, dus alles, het weer en gewoon sfeer. Weer en sfeer." (Bessam, 52 jaar)*

Doordat mensen niet goed naar buiten kunnen, komt verveling ook om de hoek kijken.

> *"We hebben geen bijzondere activiteiten. Gewoon thuis, school, studeren. […] Het is niet voor mij persoonlijk, persoonlijke ontwikkeling. Het is alleen om in te burgeren en examen doen en slagen." (Bessam, 52 jaar)*

De respondenten vertellen over hun veranderende rol van opvoeder hier in Nederland. Hun kinderen passen zich snel aan en pikken snel op wat prettig is in Nederland, maar wat hun ouders nog niet in hun normen en waarden systeem hebben opgenomen.

> *"De opvoeding in Syrië is anders. Bijvoorbeeld [in Nederland] als kinderen 18 jaar zijn, zij kunnen alles doen, daar kunnen wij niet tegenin of iets over zeggen. [In Syrië] onze kinderen tot 20 jaar, die durven niet eens een sigaret te roken, omdat iemand anders dat misschien zegt tegen de ouders. […] In Syrië alles geheim, doen kinderen alles in het geheim, maar hier allemaal openbaar." (Amina, 51 jaar)*

Respondenten steken veel tijd in het leren van de taal. Maar ze vinden wel dat ze weinig leren, mede doordat ze weinig contact hebben met Nederlandse mensen en niet kunnen werken.

> *"En de taal ontwikkelt zich niet als je niet werkt. Je kan niet oefenen. Alleen via de school, theoretisch, we kunnen geen taal leren. [en dan gaat hij door in het Nederlands] Drie keer in de week, drie uur in de dag, goed praten, goed oefenen, goed…" (Ali, 40 jaar)*

Jongere kinderen die naar school gaan leren de taal veel sneller. Hoe het op school gaat, wordt uitgelegd in de paragraaf Zingeving.

## 2.3 Zingeving

Wat geeft het leven van de respondenten zin? Ten eerste zijn ze Nederland en de Nederlanders erg dankbaar dat ze hier opgevangen zijn. Ze ervaren zeker problemen met de overgang, vooral wat betreft de taal, de hoge kosten van de gezondheidszorg, het weer, maar zijn erg blij met de veiligheid die ze hier beleven.

> *"We zijn heel dankbaar aan Nederland om ons te ontvangen. Huizen aan ons gegeven, kinderen studeren."(Bessam, 51 jaar)*

> *"We hebben geen schrik, niet bang voor oorlog." (Suzan, 46 jaar)*

Kinderen staan op de eerste plaats. In de focusgroep met de mannen waarin gevraagd werd naar wat een goede dag voor ze inhoudt, riepen ze allemaal: gezinshereniging! Als het de kinderen goed gaat, gaat het de respondenten ook goed. De kinderen gaan ook naar school en die wordt als erg positief beschouwd. In Syrië was naar school gaan een straf, maar hier willen de kinderen heel graag naar school.

*"Hier komt de leraar naast ons, en die blijft uitleggen. Het is een nieuwe taal voor kinderen. Als onze kinderen iets niet goed begrijpen, dan hebben ze een andere klas, extra." (Fatima, 60 jaar)*

In de focusgroep met mannen wordt werk veelvuldig genoemd als zingevend aan hun bestaan. Sommige respondenten werken wel, anderen niet. Vooral de taal is een probleem. Er zijn veel voordelen aan werken. Ze moeten veel betalen (bijvoorbeeld aan zorgkosten, maar ook aan vervoer), maar ze hebben alleen een uitkering. Werken gaat ook de verveling tegen en je kan de taal oefenen met collega's.

*"Ik ben begonnen met het werken en ik heb geen vrije tijd en ik heb geen gevoel van gewoon vervelen." (Asad, leeftijd onbekend)*

Verder zijn alle respondenten religieus. Dat geeft ook rust in hun bestaan.

*"We richten ons tot God." (Abrar,  22 jaar)*

## 2.4 Psychische gezondheid

In de focusgroepen wordt de relatie tussen fysieke gezondheid en de psychische gezondheid door een deel van de deelnemers herkent. Bij de vraag waaraan gedacht wordt bij gezond zijn worden naast het benoemen van de afwezigheid van ziekte vooral psychische aspecten benoemd, zoals blij en vrolijk zijn en je fijn voelen. Een deelnemer legde de relatie als volgt uit:

"*Gezond zijn komt uit psychisch gezond te zijn''* (Bashar, leeftijd onbekend)

Andere deelnemers lijken meer een onderscheid te zien tussen lichamelijke en psychische gezondheid.  Verschillende deelnemers, met name bij de mannen, antwoorden bevestigend op de vraag of zij zich gezond voelen. Iets later in het gesprek komt vervolgens naar voren dat zij zich ongelukkig voelen. Verschillende deelnemers vertellen dat zij hun problemen hebben achtergelaten, daar ook opgelucht over zijn, maar 'niet blij' zijn.  Zij missen hun vertrouwde omgeving om zich 'fijn te voelen' of zij voelen zich verdrietig vanwege het verlies van echtgenoten en/of kinderen. Suzan vertelde hierover:

*''Verdriet is onmogelijk te overwinnen…het is onmogelijk om geen dag aan mijn overleden zoon te denken''*  (Suzan, 46 jaar)

Veel deelnemers vertellen dat zij zich moe of uitgeput voelen en dat zij zich niet kunnen concentreren. Dit wordt niet alleen gerelateerd aan de recente ervaringen in Syrië, maar ook aan de eisen die aan hen worden gesteld in Nederland. Deelnemer vertellen dat zij het druk hebben.  Hiermee wordt bedoelt dat zij veel afspraken hebben, die vaak ook op dezelfde dag moeten plaatsvinden.

*''Wij zijn niet gewend om zo druk te leven, alles in de agenda vol''* (vrouw)

Tegelijkertijd lijkt juist het wachten op het mogen doen van als zinvol ervaren activiteiten (vooral werk of een opleiding) van invloed op de gemoedstoestand van de deelnemers. Het is niet zo dat de deelnemers nooit gelukkige momenten hebben. Uit de twee focusgroepen komt sterk naar voren dat deze momenten vooral sociaal van karakter zijn.

Dit zijn momenten die gedeeld worden met betekenisvolle anderen, zoals bijvoorbeeld gaan wandelen met vriendinnen of genieten van een moment waarop de kinderen heel blij zijn. Er is ook sprake van blijdschap op het moment dat thuis mensen ontvangen mogen worden en gastvrijheid getoond kan worden.

> *''We worden blij als mensen op bezoek komen" (*Bessam, 52 jaar)

De mannen vertellen dat zij niet erg geneigd zijn om bij elkaar steun te zoeken of over hun problemen te praten. Hierbij wordt aangegeven dat iedereen dezelfde problemen heeft. De huisarts wordt vooral bezocht voor lichamelijke problemen. Voor psychische problemen wordt dit niet zo snel gedaan. De ervaring is dat de huisarts namelijk geen medicijnen uitschrijft. Er worden dan alternatieven gezocht.

> *''We gaan onszelf behandelen, met honing en kamillethee, bijvoorbeeld'' (vrouw)*

De geestelijke gezondheidzorg is bij een aantal deelnemers bekend. Een mannelijk deelnemer vertelde dat hij hier gehoord had over EMDR-behandelingen en hiervoor ook bij de regionale GGZ-instelling is geweest. De behandeling is echter niet gestart vanwege verwachte taalproblemen.

> *''[…] maar als ik de beslissing neem om psychische problemen aan te pakken dan is er geen Arabisch sprekende dokter hier. Als we naar een Nederlander gaan, we hebben tolk nodig en er is geen tolk altijd aanwezig , […] de dokter heeft gezegd ik kan wel mijn doel bereiken tot een niveau, maar het is gecompliceerd om alles uit te leggen'' (Bashar, 43 jaar).*

## 2.5 Zorgstelsel

De ervaringen met het zorgstelsel in Nederland zijn zeer divers. De organisatie van de zorg en de bejegening wordt zeer gewaardeerd. Dit onderwerp kwam vooral bij de groep met de mannen aan de orde. Asad en Abraham zeggen hierover:

> *''Het ziekenhuis is schoon, receptie bedienen ons goed, iedereen op zijn beurt. Iedereen respect en behandelen ons heel lief''*

De organisatie van de zorg is echter ook complex en levert geregeld financiële verrassingen op voor de deelnemers. Aan de ene kant ontbreekt het bij de deelnemers soms aan inzicht in de maximale zorgvergoedingen en in hoeverre deze vergoedingen zijn verbruikt. De andere kant, zo is de ervaring, wordt niet goed uitgelegd waarom behandelingen noodzakelijk zijn en ontstaan er financiële problemen op het moment dat er een rekening van bijvoorbeeld de tandarts betaald moet worden. Dit levert financiële problemen op omdat de meeste deelnemers afhankelijk zijn van een uitkering.

> *''Mijn tanden zijn gewoon goed. Ik had het gevoel dat ze gewoon de 500 euro wilden afpakken'' (Asad, leeftijd onbekend )*

> *''Ze behandelen ons alsof we hier 20 jaar wonen, ze vergeten dat wij 2 of 3 jaar hier. Alle regels, alle wetten…'' (Ziad, 44 jaar)*

De deelnemers (zowel de mannen als de vrouwen) ervaren grote verschillen tussen de zorg in Syrië en in Nederland. Een belangrijk verschil is de vrije verkrijgbaarheid van

(sommige) medicijnen en de wijze waarop een consult verloopt bij de huisarts, waaronder het voorschrijfgedrag van huisartsen in Nederland.

> *''Jullie cultuur, vooral over de medicijnen, dat is anders dan bij ons. Hier, de dokter geeft geen medicamenten als het niet echt nodig is. Voor jonge mensen kan het wel lukken [zonder medicijnen], maar voor oude mensen, zoals ik, zijn gewend om te krijgen'' (Mohammed, 60 jaar)*

In de focusgroepen werd bij het voorschrijfgedrag vooral gerefereerd aan het gebruik van antibiotica. Deelnemers zien in antibiotica een oplossing voor diverse gezondheidsproblemen en ervaren dat de huisarts dit niet snel voorschrijft. Een veelgehoord advies is om een aspirientje te nemen of om het nog even aan te kijken. Bij zowel de mannen als de vrouwen leeft de overtuiging dat antibiotica onmisbaar is. Een van de deelnemers vertelt als nuancering dat ouders ook hun gemak zoeken, vooral als kinderen ziek zijn. Antibiotica wordt dan gezien als een snelle oplossing voor bijvoorbeeld koortsklachten. Er worden dan ook pogingen gedaan om op andere manieren aan antibiotica te komen.

> *'Dus is vraag aan nieuwe mensen uit Syrië of kennissen uit Duitsland, hebben jullie antibiotica?'' (Bashar, 43 jaar)*

> *"Ik had een ontsteking in mijn keel. De dokter zegt, je hoeft geen antibiotica te nemen…ibuprofen…en nog steeds heb ik een ontsteking'' (Suzan, 46 jaar)*

De ervaringen met huisartsen leidt ertoe dat de huisarts minder snel bezocht wordt voor klachten zoals keelpijn of grieperigheid. Zoals al eerder naar voren kwam worden er andere oplossingen gezocht.

> *''We denken niet op voorhand dat we naar de dokter gaan, want we weten dat we paracetamol krijgen. We proberen het op oude Arabische manier, met kruiden, zoals munt en anijs te drinken' (Bassam, 52 jaar )*

Deelnemers hebben sterke verwachtingen van wat de gezondheidszorg voor hen zou moeten doen, wat uiteraard gebaseerd is op de ervaringen in Syrië en kennis van de werking van medicatie. Mede hierdoor voelen sommige deelnemers zich mede hierdoor niet altijd serieus genomen. Een belemmerende factor hierbij is dat de communicatie tussen de deelnemers en de zorgverleners vaak moeizaam verloopt. Er is meestal geen (professionele) tolk beschikbaar tijdens een consult. Dit maakt het voor de deelnemers moeilijk om uit te leggen waar ze last van hebben en om medische terminologie te begrijpen. Vaak worden daarom familie meegevraagd die de taal beter beheersen of er wordt via *google translate* gecommuniceerd.

# 3 Discussie

In dit hoofdstuk worden de resultaten in een breder perspectief geplaats en vergeleken met resultaten uit ander onderzoek onder Syrische statushouders in Nederland en andere literatuur. Hiervoor is gekozen om de validiteit en generaliseerbaarheid van de resultaten te vergroten.

Dé Syrische statushouder bestaat niet. Syrië kent een rijke schakering van etnische en religieuze groeperingen. De Arabieren vormen de grootste etnische groep, gevolg door de Koerden, Turkmenen, Assyriërs, Circassianen, Armenen en Bedoeïenen. Veel van deze etnische groepen zijn 'gearabiseerd' en onderhouden geen specifieke etnische verwantschap. De laatste jaren neemt het belang van tribale verwantschap wel toe, met name als een manier om zichzelf ergens mee te identificeren, te organiseren en om ergen bij te horen in een land waarin de staatsstructuur sterk verzwakt is (Hassan 2015). Het is voor dit onderzoek dan ook belangrijk om aan te geven dat de resultaten niet zomaar voor alle Syrische statushouders geld.

## 3.1 Verschillen en overeenkomsten tussen mannen en vrouwen

De gesprekken met de mannen en vrouwen heeft  in twee gescheiden groepen plaats gevonden. Hierdoor is het mogelijk om deze twee groepen met elkaar te vergelijken. Een belangrijk verschil lijkt dat vrouwen meer bezig zijn met leefstijl onderwerpen, zoals bewegen en gezondere voeding, dan mannen. Mannen zijn daarentegen meer bezig met de kosten van de gezondheidszorg en maken zich zorgen over het krijgen van werk. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat in de twee groepen vooral mensen deelnamen die in Syrië een traditionele, patriarchale, rolverdeling onderhielden en deze ook in Nederland voortzetten (Mulder en Tuk 2016). Kinderen zijn voor zowel de vrouwen als de mannen belangrijk, ook al lijkt de opvoeding van de kinderen vooral een taak voor de vrouwen.

## 3.2 Ervaringen met de gezondheidszorg

De beide groepen zijn eensgezind als het gaat om ervaringen met de gezondheidszorg in Nederland. De organisatie van de gezondheidszorg in Nederland is anders dan in Syrië. De gezondheidszorg in Syrië bestaat uit publieke en particuliere gezondheidszorg (privé klinieken en ziekenhuizen). In Syrië is de publieke gezondheidszorg gratis, maar wordt bekritiseerd wat betreft 'de kwaliteit van de gezondheidsfaciliteiten, lange wachtrijen, onderbezetting van personeel en slechte toegankelijkheid' (Mulder en Tuk 2016, 20 die zich baseren op Korker (2004)). Dit beeld wordt ook geschetst door de deelnemers aan de focusgroepen. Zij hebben waardering voor de organisatie van de zorg en de bejegening. Echter, het doorverwijzingssysteem in Nederland via de huisarts is onbekend bij de deelnemers. Als er een gezondheidsprobleem is, dan willen zij graag direct naar een specialist en adequate medicatie en behandeling (zie ook Kuiken *et a*l 2017).

De ervaring met van de deelnemers is dat huisartsen vaak adviseren om 'af te wachten'. De verwachtingen van de deelnemers verschillen hier sterk van. Antibiotica wordt door de deelnemers gezien als een probaat medicijn voor diverse klachten. Barah *et a*l (2009) classificeren het gebruik van antibiotica in Syrië als irrationeel (antibiotica wordt in Syrië makkelijk voorgeschreven en is vrij verkrijgbaar) en onderstrepen het slecht ontwikkelde publieke kennisniveau over antibiotica in Syrië. In de beide groepen werd aangegeven dat eigen wegen gezocht worden voor het behandelen van (psychische)

gezondheidsklachten. Hierbij werd vooral gerefereerd aan de 'Arabische manier', wat bestaat uit het gebruik van diverse kruiden zoals bijvoorbeeld anijs en kamille.

Een belangrijk aspect van de ervaringen wordt gevormd door de kosten van de gezondheidszorg. Verschillende deelnemers vertellen dat zij onverwacht geconfronteerd zijn met rekeningen voor (tand)zorg. Een belangrijk aspect hierbij is dat niet goed begrepen wordt waarvoor behandeling dient en dat in de beleving van de deelnemers hen niet goed wordt vertelt dat er kosten zijn verbonden aan de behandeling. Veel deelnemers geven aan dat communicatie met hulpverleners ingewikkeld is omdat er geen tolken of Arabisch sprekende artsen zijn.

## 3.3 Betekenis van gezondheid

Onderzoek naar gezondheid van vluchtelingen in Nederland laat zien dat de fysieke en psychische gezondheid van vluchtelingen over het algemeen minder goed is vergeleken met autochtone Nederlanders (zie Schellingerhout 2011, Lamkaddem *et al* 2014, Goossen 2014). In de focusgroepen hebben wij de gezondheidsstatus van de deelnemers niet vastgesteld. In het gesprek werd echter wel duidelijk dat verschillende deelnemers te kampen hebben met diabetes. Bij de vrouwen wordt hier, zo lijkt het, bewust mee om gegaan door te letten op suikerinname en vooral door meer te bewegen in de vorm van wandelen.

Wandelen heeft echter niet alleen betekenis voor een betere gezondheid. Het is een sociale gebeurtenis die zorgt voor verbinding met bijvoorbeeld andere Syriërs. Ook het thuis ontvangen van mensen is een belangrijke bron voor het beleven van prettige momenten. Sociale relaties zijn, zo blijkt uit de literatuur, ook de eerste bron van steun en coping bij psychosociale problemen (Hassan et al, 2015). In Nederland moet een nieuw sociaal netwerk worden opgebouwd. Op korte termijn  is het dan moeilijk om dergelijk steunbronnen aan te wenden. Op de lange termijn is dit naar verwachting zeer afhankelijk van de 'kwaliteit' van het nieuwe netwerk. Mulders en Tuk (2016) halen Hassan *et al* aan als zij stellen dat praten met vrienden en familie, naast bidden en ophalen van positieve herinneringen aan het verleden belangrijke coping strategieën zijn. Uit ons gesprek met de mannengroep komt echter naar voren dat in Nederland het praten met vrienden over problemen niet snel wordt gedaan. Als reden werd hiervoor gegeven dat ze allemaal dezelfde problemen hebben. Dit impliceert dat in ieder geval bij de mannelijke deelnemers aan de focusgroep een 'vertrouwde' coping strategie om psychosociale problemen (die voortkomen uit de burgeroorlog, vlucht en migratie) niet gebruikt (kan) worden.

Religie en psychosociale gezondheid zijn volgens Mulders en Tuk (2016) sterk met elkaar verbonden: 'Religie biedt vluchtelingen vaak steun. Rampen en ziekten kunnen bijvoorbeeld geïnterpreteerd worden als een kans voor groei en een gelegenheid om het geloof te versterken'. Lijden hoort bij het leven, zo is de gangbare gedachte voor veel Syriërs (Hassan *et al,* 2015) en werd als zodanig ook verwoord door een deelneemster uit de focusgroep toen zij het had over de onmogelijkheid om haar verdriet te overwinnen als gevolg van het verliezen van haar zoon en man. Religie helpt om betekenis te geven aan dergelijke traumatische gebeurtenissen.

Psychische klachten worden vaak gepresenteerd als lichamelijke klachten. In onze focusgroep werd dit omschreven als 'moe zijn'. Dit is overeenkomstig met bevindingen vanuit ander onderzoek (Hassan et al, 2015). Een variatie hierop is dat deelnemers beschrijven dat zij niet gelukkig zijn of zich 'niet blij' voelen. Deze beschrijving staat wat dichter bij het geestelijke en wat verder van het lichamelijke. Het is bovendien ook niet

zo dat deelnemers geen hulp zoeken bij de GGZ, ook al is dat vanuit de Syrische context niet heel voor de hand liggend.  Een deelnemers vertelde hier vrij openhartig over binnen de groep.

Het ervaren van veranderingen in de dagelijkse routine als gevolg van de migratie uit zich in verschillende aspecten van het leven; van 'voldoende te drinken', 'veranderende rol als opvoeder'  tot het ervaren van 'maatschappelijke eisen' die gesteld worden aan de migrant'. Uit dit onderzoek komt niet heel duidelijk naar voren welke invloed dit heeft op de ervaren gezondheid van de deelnemers. Hiernaar zou nader kwalitatief onderzoek gedaan moeten worden.

# 4 Aandachtspunten voor beleid

Recent zijn in het kader van het VNG Ondersteuningsprogramma Gezondheid Statushouders in een terug- en vooruitblik verschillende aanbevelingen geformuleerd voor gezondheidsbeleid voor statushouders in de regio Zuid-Holland Zuid (zie Schrijvers 2018). De aanbevelingen hieruit zijn nog steeds actueel. Aanvullend hierop willen wij op basis van dit focusgroep onderzoek nog een aantal aandachtspunten meegeven voor (toekomstige) beleidsvorming in de gemeenten.

## 4.1 Aandacht voor voorlichting over zorgverzekeringen

Statushouders krijgen op verschillende momenten na hun aankomst in Nederland informatie over de werking van het zorgstelsel. Deze momenten vinden plaats in de asielopvang en later in een begeleidingsprogramma bij vestiging in een gemeente. In de focusgroep werd vooral verteld over de kosten van de zorg en dat niet goed begrepen waarom zij rekeningen voor ontvangen zorg krijgen. Aanbevolen wordt om samen met zorgverzekeraars en de eerste lijn ook op latere momenten voorlichting te geven aan statushouders. Daarnaast is een aandachtspunt voor zorgverleners, zoals tandartsen, om expliciet stil te staan bij de financiële gevolgen van een behandeling.

## 4.2 Aandacht voor verwachtingen van statushouders over adequate zorg

De mensen in de focusgroep vertelden dat zij bij de huisarts vaak als advies krijgen 'af te wachten', terwijl zij vooral medicatie verwachten, met name antibiotica. Vervolgens worden 'eigen wegen' bewandeld, zoals zelfmedicatie met antibiotica die op een andere wijze wordt verkregen of door het gebruik van kruiden. Aanbevolen wordt om, bijvoorbeeld in een pilot, voorlichting te richten op Syrische statushouders over (1) enerzijds het verminderen van antibioticagebruik en (2) in te spelen op de 'Arabische manier' als het gaat om het aanpakken van kwaaltjes en verkoudheid. Deze pilot moet uiteraard met de doelgroep zelf vorm worden gegeven.

## 4.3 Aandacht voor waardigheid en respect

Het verzorgen van een inkomen voor het gezin, door werk, lijkt een belangrijk bron van waardigheid en respect voor mannen en een goede manier om te integreren. Gebrek aan waardigheid en respect heeft vervolgens een negatief effect op de eigen waarde en gezondheid. Werk is een belangrijke beschermende factor, maar tegelijkertijd (soms) ook moeilijk te realiseren. Aanbevolen wordt om met Syrische mannen en vrouwen te

onderzoeken wat alternatieve, cultureel aanvaarde rollen kunnen zijn binnen, binnen het gezin en het sociale netwerk.

## 4.4 Aandacht voor preventie van psychische klachten en leefstijl

Psychische klachten komen bij statushouders veel voor en kwam ook in de focusgroep naar voren. De handreiking preventie psychische klachten en behoud van veerkracht is gemaakt voor gemeenten[1] en biedt verschillende handvatten. Met het oog op een wetwijziging waarin gemeenten weer meer regie kunnen voeren op de inburgering is het zeer aan te bevelen om preventie van psychische klachten in het gehele inburgeringsproces te borgen. Hierbij moet er wel voor worden gewaakt niet alle psychische problemen als psychotrauma's te duiden.

In de focusgroep kwamen verschillende coping strategieën naar voren die de deelnemers zelf inzetten (wandelen, rustig worden door drinken van kamillethee) om om te gaan met verlies ervaringen en de stress van het leven in een onbekende omgeving. Uit onderzoek wordt steeds duidelijker wat stress doet met het maken van verantwoorde keuzes en het leervermogen. Aanbevolen wordt om interventies in te zetten die aansluiten bij de al ingezette coping strategieën van Syrische statushouders. Een overzicht van interventies die als voorbeeld kunnen dienen is opgesteld door Arq.[2] Speciale aandacht is wel nodig voor mannen, die niet erg geneigd zijn om te praten over hun ervaringen. Aanbevolen wordt om dit punt mee te nemen in aanbeveling 4.3.

## 4.5 Aandacht voor taal

Taal is een belangrijk terugkerend onderwerp geweest in de focusgroepen. Enerzijds gaat het om het leren van Nederlands en de problemen die daarbij worden ervaren. Doordat er weinig contact is met Nederlanders en in veel gevallen er nog geen werk is, zijn er ook weinig 'oefenmomenten' voor de deelnemers. Daarnaast wordt het aantal uren taalonderwijs vaak als weinig ervaren. Aanbevolen wordt om met netwerkpartners na te denken over mogelijkheden om taalonderwijs en natuurlijke oefenmomenten verder uit te breiden.

Het is bovendien van belang dat gemeenten en instellingen hun schriftelijke communicatie eenvoudiger maken en aanpassen op het zogenoemde  B1 niveau. Dit bevordert overigens niet alleen de communicatie met Syrische statushouders, maar met alle inwoners binnen een gemeente.

Op sommige momenten is het zeer belangrijk om je precies te kunnen uitdrukken, bijvoorbeeld bij een huisarts of hulpverlener (zie ook van den Muijsenbergh 2016). Het vergoeden van tolken is in het huidige (rijks)beleid verder ingeperkt. Aanbevolen wordt om met zorgpartners naar alternatieve mogelijkheden te zoeken die de beschikbaarheid van tolken tijdens belangrijke gespreken vergroot. Een mooi voorbeeld van een dergelijk alternatief is een project van de gemeente Gorinchem en andere gemeenten in de Alblasserwaard waarbij zorgverleners en scholen via vluchtelingenwerk gebruik kunnen maken van vrijwillige tolken.

[1] Handreiking preventie van psychische problemen en behoud van veerkracht van statushouders
[2] Overzicht Preventieve interventies voor het versterken van de psychische gezondheid en veerkracht van statushouders

# Literatuur


Barah, F, Morris, J & Concalves, V. (2009). Irrational use and poor public beliefs regarding antibiotics in developing countries: a pessimistic example of Syria. *International Journal of Clinical Practice*, 63 (8), p. 1263-1264.

Goosen, S. (2014) *A Safe and Healthy Future. Epidemiological studies on the health of asylumseekers and refugees in the Netherlands*. PhD-Thesis, Universiteit van Amsterdam.

Hassan, G., Kirmayer, L.J., Mekki-Berrada, A., Quosh, C., El Chammay, R., Deville-Stoetzel, J.B., Youssef, A., Jefee-Bahloul, H., Barkeel-Oteo, A., Coutts, A., Song, S. & Ventevogel, P. (2015). *Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians: A Review for Mental Health and Psychosocial Support staff working with Syrians Affected by Armed Conflict.* Geneva: UNHCR. Verkregen online op 20-09-2018 via: http://www.unhcr.org/55f6b90f9.pdf

Lamkaddem M, Stronks K, Gerritsen A.A.M., DevilleW.L.J.M.,Essink-Bot M.L. (2014) Gezondheid en zorggebruik van vluchtelingen; vervolgonderzoek onder mensen met een verblijfsvergunning in Nederland. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*; 157: A5604.

Kuiken, A, Moolhuijsen, L.M.E. Sablik, M.M., Toorn van der Y.R. (2017) *Integratie van statushouders in de Nederlandse gezondheidszorg. Natuurlijk heb ik een probleem met de communicatie, ik spreek geen Nederlands.* Community Project, Erasmus MC.

Mulders, J & Tuk, B. (2016) *Syrische nieuwkomers in de gemeente. Ervaringen van gezinnen met opvang, zorg en opvoeding*. Pharos, Utrecht.

Schellingerhout, R. (2011). Ervaren gezondheid, leefstijl en zorggebruik. In E. Dourleijn, & J. Dagevos (Eds.), *Vluchtelingen in Nederland*. *Over de integratie van Afghaanse, Iraakse, Iraanse en Somalische migranten* (pp. 142–164). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Schrijvers, C. (2018). *Terug- en vooruitblik gezondheid statushouders Regio Zuid-Holland Zuid*. Ondersteuningsprogramma Gezondheid Statushouders. Den Haag: VNG.

Van den Muijsenbergh, M. (2016) Vluchtelingen en huisartsenzorg. *Tijdschrift voor sociale geneeskunde*, jaargang 94, nr. 1, pp. 11-12.

dienst Gezondheid & Jeugd zhz

Karel Lotsyweg 40
Postbus 166, 3300 AD Dordrecht
T 078 770 8500
F 078 770 8501
info@dienstgezondheidjeugd.nl
www.dienstgezondheidjeugd.nl

Dienst Gezondheid & Jeugd is partner in de regio Zuid-Holland Zuid