

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

## Hoofdstuk 10: Asielzoekers en vluchtelingen: een praktische handleiding voor gezondheids-(zorg)onderzoek

WALTER DEVILLÉ, ANNETTE GERRITSEN, SANDER KRAMER EN KEES LABAN

### INLEIDING

Asielzoekers en vluchtelingen vormen een specifieke doelgroep voor gezondheids(zorg)onderzoek onder allochtonen. Naast gemeenschappelijke kenmerken met het onderzoek onder de 'doorsnee' allochtonen, kent het onderzoek onder asielzoekers/vluchtelingen specifieke uitdagingen. Onderzoek in deze populatie heeft nog meer te maken met de invloed van de politieke en maatschappelijke context en het overheidsbeleid. De opzet en het uitvoeren van het onderzoek kan in sterke mate beïnvloed worden door de dynamiek van het onderzoeksveld: als gevolg van veranderingen in het asielbeleid kunnen er wijzigingen in het onderzoeksveld optreden; geselecteerde mogelijke respondenten zijn vaak slecht bereikbaar door frequente verhuizingen (naar een andere opvanglocatie, naar een (andere) gemeente, uitzetting uit Nederland); door aspecten die samenhangen met de vlucht en asielprocedure is er een grote kans op weigering van de bereikte mogelijke respondenten om aan onderzoek mee te werken. De onderzoeker zal hiermee rekening moeten houden. Meer nog dan in ander onderzoek onder allochtonen zal samengewerkt moeten worden met hulp- of zelforganisaties voor zover deze bestaan en zal een sfeer van vertrouwen gecreëerd moeten worden. Bij onderzoek onder asielzoekers komt daarbij nog de vereiste samenwerking met overheidsinstanties, wat de onderzoeker in een spagaat kan brengen ten opzichte van de respondenten. De relatie onderzoeker / interviewer / respondent zal hier nog sterker de validiteit van de verzamelde informatie beïnvloeden. De gezondheidsproblemen die in deze populatie voorkomen en hun specifieke, niet alledaagse oorzaken, kunnen een weerslag hebben op de objectiviteit waarmee het onderzoek wordt uitgevoerd. Er moet een evenwicht gevonden worden tussen empathie ten opzichte van de respondenten en de vereiste objectiviteit voor het onderzoek. Buiten dit grotere kader met zijn eigen barrières en beperkingen, heeft deze onderzoekspopulatie nog meer specifieke kenmerken die onderzoek kunnen bemoeilijken. Dat zijn onder andere: de culturele heterogeniteit, ook tussen subculturen uit hetzelfde herkomstland; numeriek kleine groepen; minder bekende talen en dialecten binnen eenzelfde etnische groep; man-vrouw verhoudingen; het vinden van de juiste interviewers en de benodigde vertaalde en cultureel aangepaste meetinstrumenten. Al deze aspecten zullen uitgebreid aan bod komen.

In dit hoofdstuk beschrijven we de onderzoekspopulatie asielzoekers en vluchtelingen in Nederland, de verschillende fasen van het onderzoek met hun specifieke problemen, en mogelijk oplossingen voor deze problemen vanuit de praktijk van eerder onderzoek.

### Populatie

Voordat we ingaan op de specifieke knelpunten die onderzoek onder asielzoekers en vluchtelingen kent, willen we eerst deze doelgroepen nader omschrijven. We zullen later zien dat deze populatie omwille van haar specifieke karakter om een aangepaste benadering vraagt als het om onderzoek gaat.<sup>1</sup> De begrippen asielzoekers en vluchtelingen (of 'vergunninghouders' in juridische termen) worden nogal eens door elkaar gehaald. Mensen die hun land om wat voor reden dan ook ontvluchten en elders in een nieuw gastland

terecht komen, vragen daar asiel aan. In Nederland moeten ze zich melden in een aanmeldcentrum. Binnen 48 uur tot 6 werkdagen wordt door de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) besloten of een aanvraag kan worden afgewezen. Zoniet dan worden asielzoekers opgevangen in opvangcentra verspreid over Nederland. In principe moet een asielzoeker in deze centra verblijven, uitzonderingen daargelaten (bijvoorbeeld opvang bij familie die reeds over de status van vluchteling beschikt).

De uitkomst van de asielprocedure kan zijn een verblijfsvergunning voor tijdelijk verblijf, die later permanent gemaakt kan worden. Onder de huidige regelgeving wordt er verondersteld dat de uitkomst van de asielprocedure na zes maanden bekend is, in uitzonderlijke omstandigheden na twaalf maanden. Vanaf zes maanden verblijf in Nederland worden de gegevens van deze nieuwe inwoners opgenomen in de Gemeentelijk Basisadministratie (GBA). Twee groepen vallen onder een aparte regeling: de alleenstaande minderjarige asielzoekers (AMA's) en de vluchtelingen die rechtstreeks vanuit vluchtelingenkampen uitgenodigd worden om naar Nederland te komen. Deze laatste groep krijgt onmiddellijk een tijdelijke verblijfsvergunning die na vijf jaar omgezet wordt in een permanente. Vooral uit Azië en niet-EU Europese landen neemt het aantal asielaanvragen sinds 2001 sterk af.<sup>ii</sup> (zie ook figuur 10.1)

#### [FIGURE 10.1]

Deze populatie onderscheidt zich van de overige migrantengroepen door het specifieke karakter van haar migratie. Het overgrote deel van deze groep heeft schokkende gebeurtenissen meegemaakt, waardoor het vertrouwen in mensen is ondermijnd. Asielzoekers en vluchtelingen verschillen van de gevestigde etnische minderheden omdat ze echte nieuwkomers zijn in onze maatschappij. Dat betekent onder andere dat ze plots geconfronteerd worden met een samenleving welke anders is dan die van het land van herkomst. Asielzoekers kennen bovendien de taal niet, zijn nauwelijks georganiseerd in een netwerk, wonen meestal in asielzoekerscentra aan de rand van gemeenten, moeten regelmatig verhuizen, worden geconfronteerd met vaak langdurige juridische procedures en met een gezondheidszorg die meestal erg afwijkt van die van het land van herkomst. Asielzoekers mogen onder de nieuwe wet- en regelgeving maximaal twaalf weken per jaar werken of zich beperkt bezig houden met activiteiten die zouden kunnen leiden tot integratie. Naast alle traumatische ervaringen waarvoor zij vaak gevlucht zijn of die zij hebben meegemaakt tijdens de vlucht, komen daar de frustraties en spanningen bij van de asielprocedure en de onzekere uitkomst hiervan.<sup>iii</sup>

De top vijf van nationaliteiten in de asielzoekerscentra in 2006 waren - in volgorde van grootte - Irak, Afghanistan, Azerbajdzjan, voormalig Joegoslavië en Iran. Zij vertegenwoordigden 39% van de asielzoekers. Dat betekent natuurlijk dat de overige 60% uit heel veel verschillende landen komt. In 2005 stroomden er nog een 400-tal AMA's in de centra. Op 1 januari 2006 verbleven er een kleine 300 in de asielzoekerscentra. De belangrijkste herkomstlanden van deze jongeren zijn: China, Irak, Angola, Somalië en Afghanistan.

Naast de asielzoekers verbleven er nog zo'n 3000 vluchtelingen met een vergunning in de centra. Zij hadden dus nog geen woonruimte buiten de centra gevonden. Wanneer een asielzoeker eenmaal over de vluchtelingenstatus beschikt, heeft hij/zij recht op een woning in een toegewezen gemeente waar hij/zij wordt ingeschreven. Het beleid op het ogenblik van het schrijven van dit hoofdstuk leidde echter ook tot een sterke toename van het aantal 'illegale' asielzoekers, zowel volwassenen als kinderen, voornamelijk onder de asielzoekers die nog onder de regelgeving van vóór 2001 vielen. Het overheidsbeleid was gericht op het terugzenden van deze groep asielzoekers die reeds minstens vijf jaar in Nederland verblijft, maar vaak ook veel langer. Diegenen die niet vrijwillig terug willen of om verschillende redenen niet uitgezet kunnen worden, kwamen op straat te staan. Sommige gemeenten en organisaties probeerden voor deze groep tijdelijke opvang te organiseren. Sinds juni 2007 is

er echter een generaal pardonregeling in werking gesteld waardoor asielzoekers – de zogenaamde 26.000 - die een aanvraag hadden lopen sinds april 2001 onder bepaalde voorwaarden alsnog een verblijfsvergunning kunnen krijgen.

Er bestaat in Nederland een uitgebreid netwerk aan organisaties die zich met de problematiek van asielzoekers en vluchtelingen bezighouden. Ze zijn verenigd in twee landelijke koepels: VON (Vluchtelingenorganisaties Nederland) en SMS (Stichting Mondiale Samenleving). Daarnaast zijn de zelforganisaties vaak lokaal en per herkomstland georganiseerd. In de bijlage aan het eind van dit hoofdstuk vindt u een lijst met organisaties.

### **Specifieke problemen per onderzoeksfase**

#### *Het voorbereiden van het onderzoek*

In eerdere hoofdstukken is reeds duidelijk geworden dat onderzoek onder allochtone groepen een specifieke benadering vraagt waardoor er niet altijd gebruik gemaakt kan worden van een standaardbenadering zoals bij onderzoek onder een doorsnee Nederlandse bevolking. Asielzoekers en vluchtelingen onderscheiden zich daarbij nog van de overige etnische minderheden. Bovendien hebben de verschillende etnische groepen afzonderlijk nog een aantal specifieke kenmerken waardoor zij zich van elkaar onderscheiden.

Onderzoekers moeten er zich goed van bewust zijn dat asielzoekers niet zomaar vrij benaderd kunnen worden in de centra waar ze verblijven. Om onderzoek te verrichten binnen de asielzoekerscentra heeft men toestemming nodig van het Centraal Orgaan Asielzoekers (COA), onderdeel van het Ministerie van Justitie.<sup>iv</sup> Om onderzoek te verrichten naar gezondheid of gezondheidszorg heeft men toestemming en medewerking nodig van de Medische Opvang Asielzoekers (MOA), onderdeel van GGD Nederland, maar regionaal georganiseerd in verschillende stichtingen. Voor onderzoek onder AMA's is tevens toestemming nodig van de voogdij-instelling Nidos.

Onderzoeksvoorstellen kunnen het beste besproken worden met het Landelijk Service Bureau van de MOA bij GGD Nederland in Utrecht (zie bijlage). De praktijkverpleegkundigen van de MOA proberen de zorgvraag te verduidelijken en indien nodig verwijzen ze de asielzoeker door naar de huisarts, de tandarts, de sociaalverpleegkundige of -geneeskundige op het centrum of de maatschappelijk werker.<sup>v</sup> Begin 2007 heeft de COA het contract met GGD Nederland opgezegd. Het was dan onduidelijk of de MOA in de één of andere vorm na 2008 nog zou bestaan.

Aangezien het asielbeleid bovenaan de Nederlandse en Europese politieke agenda staat, is het onderhevig aan allerlei wijzigingen. Het is daarom belangrijk dat onderzoekers zich bij de voorbereiding van het onderzoek op de hoogte stellen van het actuele beleid en de mogelijke gevolgen daarvan voor de gezondheid van en de gezondheidszorg voor asielzoekers. Het beleid van vóór 2001 leidde tot ellenlange procedures, waardoor asielzoekers jarenlang op een uitkomst moesten wachten. Het huidige overheidsbeleid leidt tot kortere procedures met minder vergunningen. Vluchtelingen verblijven reeds een aantal jaren in Nederland, en hebben de asielprocedures achter de rug. Soms verblijven ze nog enige tijd op een asielzoekerscentrum tot een passende woonvoorziening door de aangewezen gemeente wordt aangeboden. Vluchtelingen hebben vaak al kennis kunnen maken met de Nederlandse maatschappij, de landelijke en gemeentelijke overheid en hun beleid, en de organisatie van de gezondheidszorg. Wanneer vluchtelingen hun vergunning gekregen hebben, hebben zij via de sociale dienst recht op een pakket aan cursussen en andere activiteiten die gericht zijn op een versnelde integratie in de maatschappij. Zij worden daarbij nog ondersteund door een hele reeks landelijke of lokale organisaties, al dan niet per herkomstland georganiseerd. Onderzoekers die zich willen richten op vluchtelingen als doelgroep, doen er goed aan contact op te nemen met deze organisaties als een eerste ingang naar de specifieke doelgroep. Deze organisaties zijn meestal goed op de hoogte van hoe en waar men de betrokken groepen het beste kan benaderen. Het inschakelen van vertrouwenspersonen en zelforganisaties kan helpen bij het in kaart brengen van het

steekproefkader, en om meer te weten te komen van de opbouw van de gemeenschappen zelf (etnische subgroepen, subculturen, politieke en religieuze stromingen,...).

### *Steekproef en respondenten*

Voor de steekproeftrekking en werving van respondenten dienen we zowel een onderscheid te maken tussen kwantitatief en kwalitatief onderzoek als tussen asielzoekers en vluchtelingen. In kwantitatief onderzoek hecht men veel belang aan een zo representatief mogelijke steekproef, waarbij selectiebias zoveel mogelijk vermeden wordt. Daarbij moet de steekproef groot genoeg zijn om kwantitatieve analyses mogelijk te maken. In kwalitatief onderzoek ligt de nadruk op de manier waarop mensen betekenis geven aan de sociale werkelijkheid. Er is veel minder aandacht voor representativiteit van de steekproef. De voorkeur gaat uit naar een 'theoriegestuurde dataverzameling' bij die personen die waardevolle informatie kunnen leveren.<sup>vi</sup>

Administratieve gegevens van asielzoekers in asielzoekerscentra zijn in principe te krijgen bij het COA. De ervaring leert echter dat deze gegevens niet altijd gemakkelijk te krijgen zijn en dat ze over recent aangekomen asielzoekers soms dubbelregistraties bevatten. Van recent aangekomen asielzoekers die een eerste screening hebben ondergaan worden in principe maandelijks lijsten aangelegd. Lokale of regionale COA-contacten kunnen helpen bij het krijgen van deze gegevens. De COA gegevens geven wel een eerste inzicht over de aanwezige nationaliteiten en de grootte van de verschillende groepen op nationaal niveau. Toch zal men geconfronteerd worden met het feit dat de geselecteerde respondenten verhuisd zijn naar andere centra of vertrokken zijn MOB (met onbekende stemming). In het onderzoek van Gerritsen et al. is om praktische redenen (af te leggen afstanden voor interviewers) gekozen voor een aselecte steekproef van alle centra binnen één geografische zone in Nederland als eerste niveau voor het steekproefkader.<sup>vii</sup> De asielzoekers in deze centra vormden het tweede niveau waaruit uiteindelijk respondenten zijn geselecteerd. Echter door het veelvuldig verplaatsen van asielzoekers tussen verschillende centra, het MOB vertrekken van asielzoekers of het verkrijgen van een verblijfsstatus, is het handig om de gegevens te actualiseren op nationaal of lokaal niveau zeer kort voor het onderzoek zal worden uitgevoerd.<sup>viii</sup> Ook is het verstandig om in het onderzoek onder deze groepen bij de bepaling van de steekproefgrootte steeds rekening te houden met een redelijk percentage respondenten dat ondanks verschillende pogingen toch niet bereikt kan worden. In het onderzoek van Laban et al. was 11% van de oorspronkelijke steekproef MOB vertrokken en kon 39% niet worden bereikt.<sup>ix</sup> Bij Gerritsen et al. verbleef 22% van de steekproef niet meer in het centrum en kon 11% niet bereikt worden.<sup>x</sup> Deze percentages worden beïnvloed door het plaatsingsbeleid van COA op het ogenblik van het onderzoek, het tijdsverloop tussen het bepalen van de steekproef en het contact leggen met de respondenten en de wijze waarop de respondenten benaderd worden (bijvoorbeeld het aantal contactpogingen en het ogenblik van de dag waarop die pogingen worden ondernomen). De problemen rond de bereikbaarheid van respondenten werden door Laban et al. zo groot geacht dat het doen van longitudinaal onderzoek als onuitvoerbaar werd beoordeeld.<sup>xi</sup>

Vluchtelingen staan ingeschreven in de GBA, maar zijn niet herkenbaar als zodanig. Enkel op basis van geboorteland kan men vermoeden met vluchtelingen te maken te hebben. Men kan dan een overzicht maken van de spreiding van verschillende groepen vluchtelingen over de gemeenten in Nederland en hun respectievelijke aantallen. Sommige gemeenten zijn bereid een steekproef aan adressen rechtstreeks aan de onderzoekers te verstrekken (soms voor behoorlijke bedragen), anderen willen de respondenten zelf benaderen. Gerritsen et al. hebben uiteindelijk die gemeenten benaderd, die telefonisch toegezegd hadden dat ze bereid waren om een steekproef aan te leveren.<sup>xii</sup> Wel moesten zij uitwijken naar andere gemeenten, omdat er tegelijkertijd een sociaal-economisch onderzoek liep onder gedeeltelijk dezelfde doelgroepen. Dit probleem komt men eerder tegen onder deze groepen die klein zijn en geconcentreerd zijn in bepaalde gemeenten, dan onder de grote minderheidsgroepen. Laban

et.al. gebruikten persoonsgegevens van het COA van alle Irakezen die het asielcentrum verlaten hadden na het verkrijgen van een status tijdens een bepaalde periode.<sup>xiii</sup> Zij trokken a-selecte steekproeven uit deze gegevens. De geselecteerden werden schriftelijk benaderd maar bleken te zijn verhuisd. De respons was uiteindelijk slechts 10%, ook omdat een hoog percentage weigerde mee te werken aan het onderzoek. Ook Gerritsen et.al hadden hier last van. Achtentwintig procent van de geselecteerden wilden niet meewerken.<sup>xiv</sup> Zij wantrouwden het onderzoek, de interviewers (waarom werden juist zij benaderd?) en de Nederlandse instanties; het interview werd geassocieerd met ondervragingen tijdens de asielprocedure; en zij waren bang om het verleden weer op te rakelen. Daarenboven klopten veel van de via de GBA verkregen adresgegevens niet (11%) en vond men mensen niet thuis ondanks dat er drie keer gepoogd werd ze te bereiken (19%). De uiteindelijke responspercentages verschilden in dit onderzoek nogal tussen de drie vluchtelingengroepen van verschillende herkomst: van 46 tot 70%!

Onderzoekers moeten beseffen dat de hele context van het politiek beleid en de maatschappelijke sfeer rond asielzoekers en etnische minderheden een bijkomende drempel betekent in de toegang tot deze groepen voor onderzoek. Asielzoekers zien onderzoekers vaak als een verlengstuk van de overheid en vragen zich af of het al dan niet meewerken aan onderzoek effect kan hebben op het verkrijgen van een verblijfsvergunning. Vluchtelingen daarentegen beseffen meestal wel dat medewerking aan onderzoek geen effect zal hebben op de verlenging van hun verblijfsvergunning. Zij kunnen wel eens moe worden van alle aandacht van allerlei organisaties en onderzoekers vanuit verschillende disciplines, die allen in dezelfde vijver vissen onder groepen die tamelijk klein zijn. Dit vergroot de kans dat dezelfde mensen geregeld voor verschillende onderzoeken worden benaderd. Medewerking aan het onderzoek zou eveneens beïnvloed kunnen worden door het gebruik van informed consent. Laban et. al. hebben geworsteld met een aangepaste goede vorm van informed consent, omdat zij vermoeden dat ondertekening van een informed consent formulier zeker voor asielzoekers extra drempel verhogend zou kunnen werken vanwege eerdere ervaringen met gedwongen verklaringen en algemeen wantrouwen ten aanzien van autoriteiten.<sup>xv</sup> Het onderzoek van Laban et. al. werd door de medische ethische commissie beoordeeld als licht risicodragend: er moest een verzekering afgesloten worden voor het onderzoek (kostbaar!), respondenten moesten hierover geïnformeerd worden en er moest een vertrouwensarts benoemd worden.<sup>xvi</sup> Met name het informeren van de patiënten over de risico's en de verzekering was lastig en werkte naar onze indruk drempelverhogend. De onderzoekers hebben met de commissie gecorrespondeerd over hun beoordeling (uit onderzoek elders was gebleken dat de risico's van gestructureerde vragenlijsten, ook bij getraumatiseerde personen, nihil is), maar zij bleef bij het eerder ingenomen standpunt. Uiteindelijk hebben de onderzoekers er voor gekozen de informatie over risico's en verzekering mondeling, voorafgaand aan het interview te geven. Gerritsen et al. kregen van de ethische commissie eveneens toestemming voor een mondeling informed consent na een uitgebreide discussie in de begeleidingscommissie over de voor- en nadelen van de verschillende benaderingen.<sup>xvii</sup> Wel hebben zij schriftelijk toestemming gevraagd voor het inkijken van de medische dossiers van de respondent zelf en één van hun eventuele kinderen. De medische ethische commissie zal ook belang stellen in de organisatie van mogelijke nazorg voor respondenten.

De moeilijkheidsgraad en gevoeligheden van onderzoek in deze populaties pleit voor het instellen van een interdisciplinaire begeleidingsgroep met participatie van de doelgroep en belangenorganisaties. Deze kennen de specifieke leefwereld van de respondenten en de gevoeligheden in het veld. Het betrekken van deze belanghebbenden helpt praktische moeilijkheden bij de uitvoering van het onderzoek te voorkomen.

Gernaat et al. gebruikten de "gemodificeerde multiflex sneeuwbal methode met drie primaire informanten" waarbij ze meerdere ingangen in de betrokken bevolkingsgroep als startpunt namen; mensen vroegen om andere mensen te noemen; daaruit at random een selectie maakten en die mensen ook weer persoonlijk benaderden.<sup>xviii</sup> Deze methode leidde tot een goede respons, maar problematisch is dat onderzoekers die van deze methode

gebruikmaken hun artikelen moeilijk gepubliceerd krijgen, althans in biomedische en epidemiologische tijdschriften omdat de methode door reviewers als niet-a-select en dus niet valide wordt beschouwd.

Omdat het verkrijgen van persoonsgegevens vaak heel lastig is, hebben andere onderzoekers zich tot verschillende vormen van de sneeuwbal methode gewend. In het veiligheidsonderzoek onder vrouwen en meisjes hebben Kramer et al. gebruik gemaakt van de methode van de *township-meeting*.<sup>xix</sup> In deze methode wordt gebruik gemaakt van de collectieve belangen die mensen in een situatie kunnen hebben. Dat is bijvoorbeeld in een AZC goed denkbaar. Door informatieavonden te organiseren, waarin over de veiligheid in het centrum en het doel van het onderzoek kon worden verteld, kregen onderzoekers toegang tot een aantal vrouwen, dat op die avond zelf al aan het woord was maar ook later kon worden opgezocht. Deze methode voorkomt ook dat sommige respondenten die een persoonlijk gesprek te intiem vinden zich niet aan de onderzoekers laten zien. Het kan ook zijn dat een bepaalde groep dergelijke avonden juist niet wil bijwonen.

Bij kwalitatief onderzoek is het van belang de diversiteit van de onderzochten in beeld te brengen.<sup>xx</sup> Bij onderzoek onder asielzoekers hebben de onderzoekers de kwantitatieve gegevens van het COA over landen van herkomst, geslacht, leeftijd en verblijfsduur in het centrum en in Nederland gebruikt om te checken of de groep respondenten die benaderd werd voor de interviews, overeen kwam met de diversiteit in de groep bewoners. De respondenten zelf werden direct of via anderen benaderd. Soms door hen zelf aan te spreken in één van de openbare ruimtes, soms door in een unit, waar de onderzoeker iemand op komt zoeken ook contact met anderen te maken. De representativiteit van het onderzoek werd gewaarborgd door middel van registratie of men respondenten uit de diverse groepen had gesproken. Andere mogelijkheden om personen te benaderen: via de huisartsenregistratie (al is dit vaak omslachtig, daar eerst de etniciteit van mensen achterhaald moet worden, omdat deze niet geregistreerd staat) of via Bureau Nieuwkomers waar mensen zich melden voor een inburgeringonderzoek (maar de vraag is of iedereen zich daadwerkelijk meldt of alleen degenen die hulp nodig hebben, en hoe inburgering in de toekomst georganiseerd zal worden).

### *Instrumenten*

De problemen met validatie en vertaling van meetinstrumenten, vragenlijsten en dergelijke, zijn reeds in eerdere hoofdstukken aan bod gekomen. Dezelfde problemen komen nog vaker voor in deze doelgroepen: asielzoekers en vluchtelingen komen vaak uit maatschappijen met minder ervaring met onderzoek, en waar onderzoek soms eerder een luxe is. Soms komen zij uit bepaalde minderheidsgroepen uit deze landen, onder wie nog minder onderzoek plaatsvindt. Vaak spreken zij een taal waarvoor het moeilijk is een geschikte vertaler te vinden. Het is de auteurs van dit hoofdstuk voor hun eigen onderzoeken gelukt om vragenlijsten te laten vertalen in het Farsi (Iran), Dari (Afghanistan), Pashtu (Afghanistan), Somali, Iraaks-Arabisch en Palestijns-Arabisch (zie verder hoofdstuk 5 en 6). Focusgroepen van mannen en vrouwen met een verschillende etnische en professionele achtergrond zijn nodig om de begrijpelijkheid, de volledigheid, de relevantie en de aanvaardbaarheid van elk instrument en elke vraag te beoordelen.<sup>xxi</sup> Ook werd gevraagd of bepaalde klachten in de eigen cultuur anders uitgedrukt worden. Aan de interne structuur van de gebruikte (inter)nationale vragenlijsten werd niet getornd. Er werden enkel een paar vragen toegevoegd die relevant waren voor de Nederlandse dan wel voor de vluchteling-/asielzoekerssituatie. Uiteindelijk werden de laatste wijzigingen aangebracht na een pilot-studie. Tijdens die voorstudie werd ook de lengte van de vragenlijst en het interview gemeten. De vragenlijst werd daarna ingekort.<sup>xxii</sup>

Er worden internationaal uitgebreide discussies gevoerd over de validiteit van de begrippen trauma en PTSD (Post Trauma Stress Disorder) in niet-westerse culturen (vergelijk hoofdstuk 11). Ook zijn de vragenlijsten die gebruikt worden voor het meten van

traumatische gebeurtenissen en symptomen van PTSD, angst en depressie, niet zo maar 'vertaalbaar' naar andere culturen. Sommige onderzoekers opteren voor 'triangulatie' (het gebruik van verschillende methoden van dataverzamelingen) of het gebruik van uitgebreid kwalitatief onderzoek voorafgaand aan kwantitatief onderzoek.<sup>xxiii</sup> Problemen in verband met validiteit van meetinstrumenten worden uitgebreid behandeld in hoofdstuk 6.

Medische dossiers worden in de asielzoekerscentra door de MOA bijgehouden. Zowel het medisch onderzoek bij de intake, contacten met de MOA-verpleegkundigen, als verwijzingen naar andere hulpverleners en resultaten van specialisten en labonderzoeken zijn in de dossiers terug te vinden. Het medische informatiesysteem is nu ook op de asielzoekerscentra geautomatiseerd. De vele verplaatsingen van asielzoekers over verschillende centra leidde in het onderzoek van Gerritsen tot extra uitval bij het onderzoeksgedeelte van de medische dossiers door het NIVEL.<sup>xxiv</sup> Ook bleken gegevens over huisartsen in de vragenlijsten van vluchtelingen soms niet te kloppen waardoor de dossiers bij de huisarts niet waren op te vragen.

#### *Uitvoeren van het onderzoek*

De selectie en de training van interviewers vraagt veel aandacht, misschien nog meer dan in ander onderzoek onder allochtonen. Interviewers werden geworven uit de eigen doelgroepen via zelforganisaties en vluchtelingenorganisaties of via focusgroepen en eigen netwerken.<sup>xxv</sup> In het onderzoek van Cense en Kramer naar de veiligheidsbeleving van vrouwen en meisjes in de centrale opvang, werd een team van vrouwelijke onderzoekers samengesteld.<sup>xxvi</sup> Daarbij werd een aantal ex-vluchtelingen geselecteerd als onderzoekers.

Hier voerden de onderzoekers het onderzoek in tweetallen, zodat gebruik kon worden gemaakt van meertaligheid, herkenbaarheid of identificatie en inlevingsvermogen van de onderzoekers. Daarmee is niet gezegd dat etnische matching de voorkeur heeft boven interetnische matching van respondent met onderzoeker. Het is immers ook goed mogelijk dat respondenten hun (voormalig) landgenoten liever uit de weg gaan. Daarnaast is het belangrijk dat respondenten vertrouwen hebben in de interviewer. Het gaat erom dat de interviewer past bij de doelgroep. Het probleem is echter het werven van de benodigde interviewers: studenten zijn meestal wel beschikbaar, maar sluiten vaak niet aan bij de doelgroep (bijvoorbeeld omdat ze de taal niet meer goed spreken); tolken hebben het vaak te druk, en worden bovendien soms gewantrouwd vanwege werkzaamheden bij andere organisaties; vluchtelingen die in de hulpverlening werken kunnen vaak goed een vertrouwensband opbouwen, maar zijn meestal al betrokken bij allerlei activiteiten gericht op de doelgroep. Dan is er ook nog de vraag of onderzoekers wel moeten werken met mensen uit de eigen groep. Het voordeel is dat ze dezelfde taal spreken en de gebruiken kennen, maar ook gewantrouwd kunnen worden, zeker als het een kleine doelgroep of moeilijke onderwerpen betreft. Nederlandse interviewers zouden dan misschien een betere keuze zijn.

Naast het specifieke probleem van voor- en nadelen van etnische matching van interviewers met de betrokken doelgroepen, moet men bij onderzoek onder asielzoekers en vluchtelingen eveneens rekening houden met de mogelijke trauma's van deze groepen. Enerzijds worden interviewers geconfronteerd met de verhalen van de respondenten en de gevolgen hiervan, anderzijds kan het interview opnieuw veel losmaken bij de respondenten, maar ook bij de interviewers wanneer deze eveneens een dergelijk verleden achter de rug hebben. Zo kan een telefonisch nazorggesprek geregeld worden met een arts of psycholoog met ervaring met psychotraumatologie.<sup>xxvii</sup>

Bovenstaande aandachtspunten vragen om specifieke intensieve trainingen door ervaren trainers. Tijdens die trainingen krijgen interviewers niet alleen informatie over het onderzoek zelf maar worden ze getraind in interviewtechnieken en hoe ze moeten omgaan met veelvoorkomende vragen over ziekte, gezondheid en gezondheidszorg. Het afnemen en samen bespreken van een paar proefinterviews is hier extra belangrijk. In de eerder

beschreven onderzoeken waren gastsprekers uitgenodigd om over hun ervaringen met onderzoek onder asielzoekers en vluchtelingen te spreken.

Tijdens de loop van het onderzoek is het belangrijk om de interviewers gemotiveerd te houden. Dit kan door het houden van terugkomdagen waarop ervaringen kunnen gedeeld worden en door de interviewers geregeld te contacteren.<sup>xxviii</sup>

### *Literatuuronderzoek*

Elk onderzoek begint meestal met een fase van literatuurverzameling. Verschillende organisaties die in de bijlage van dit hoofdstuk vermeld staan publiceren allerlei rapporten en voorlichtingsmateriaal, ook als resultaat van eigen onderzoek. Dit materiaal kunnen onderzoekers het beste bij de betrokken organisaties zelf opvragen, bijvoorbeeld bij Pharos (Landelijk kenniscentrum voor vluchtelingen en gezondheid) en Cogis (Kenniscentrum Vervolging Oorlog en Geweld) waar de databases ook online toegankelijk zijn. Ook zijn er internationaal databases beschikbaar: Health and Human Rights Info en Forced Migration Online (zie bijlage). Voor de wetenschappelijke literatuur bestaan er de internationale literatuurbestanden zoals Pubmed, Embase, Psycinfo en CINAHL. De onderzoeker moet ook hier zich opnieuw bewust zijn van het onderscheid tussen asielzoekers en vluchtelingen, hoewel deze termen in de publicaties door elkaar worden gebruikt. Zo vinden we in Pubmed met het “refugee\*” als zoekterm 6083 publicaties. “Asylum” als zoekterm levert 1278 hits op en de combinatie van beide 6802. Dit wijst dus op een gedeeltelijke overlap, maar we zouden echter veel artikelen gemist hebben indien we enkel slechts één van beide zoekstrategieën hadden toegepast. Wanneer we dit gecombineerde resultaat beperkten tot Nederland dan bleven er nog 115 publicaties over (op 14-12-2007). Elk literatuurbestand heeft haar eigen zoektermen, maar de onderzoeker zal er steeds op moeten toezien dat alle literatuur op dit gebied wordt ontsloten.

### **TENSLOTTE**

Bovenstaande maakt duidelijk dat onderzoekers zelfs bij een goede voorbereiding van onderzoek rekening moet houden met allerlei problemen tijdens de uitvoering. Er is vaak veel creativiteit en doorzettingsvermogen nodig om het onderzoek tot een goed einde te brengen.

Voor het onderzoek onder deze specifieke groepen is het belangrijk dat bij de planning van projecten met betrekking tot asielzoekers en vluchtelingen rekening gehouden wordt met de dynamiek van het werkveld. Het aantal asielzoekers daalt op dit moment drastisch. In korte tijd zijn veel centra gesloten. Als deze trend doorzet is de vraag in hoeverre in de toekomst onderzoek onder asielzoekers relevant en uitvoerbaar blijft. Voor vluchtelingen geldt dat zij (waarschijnlijk) in Nederland zullen blijven. In de toekomst zal waarschijnlijk nieuw onderzoek bij deze categorie nodig zijn. Het is daarom van belang dat geprobeerd wordt van de ervaringen uit eerder onderzoek te leren, zodat er creatieve oplossingen gevonden kunnen worden voor de hier beschreven problemen bij de opzet en uitvoer van onderzoek onder deze specifieke doelgroepen.

### **LITERATUUR**

- Ahearn, Jr, F., Psychosocial wellness of refugees. Issues in qualitative and quantitative research (New York, Berghahn Books 2000).
- Burg, J.L. van, S. Verver & M.W. Borgdorff, ‘The epidemiology of tuberculosis among asylum seekers in The Netherlands: implications for screening’. International Journal Tuberculosis and Lung Disease, 7 (2003, 2) pp.139-144.
- Cense, M. & S.A Kramer, Overleven op de vierkante meter (Utrecht, Pharos/Transact 2004).
- Gernaat, H.B.P.E, A.D. Malwand, C.J. Laban, I. Komproe & J.T.V.M. de Jong, ‘Veel psychiatrische stoornissen bij Afghaanse vluchtelingen met verblijfsstatus in Drenthe, met

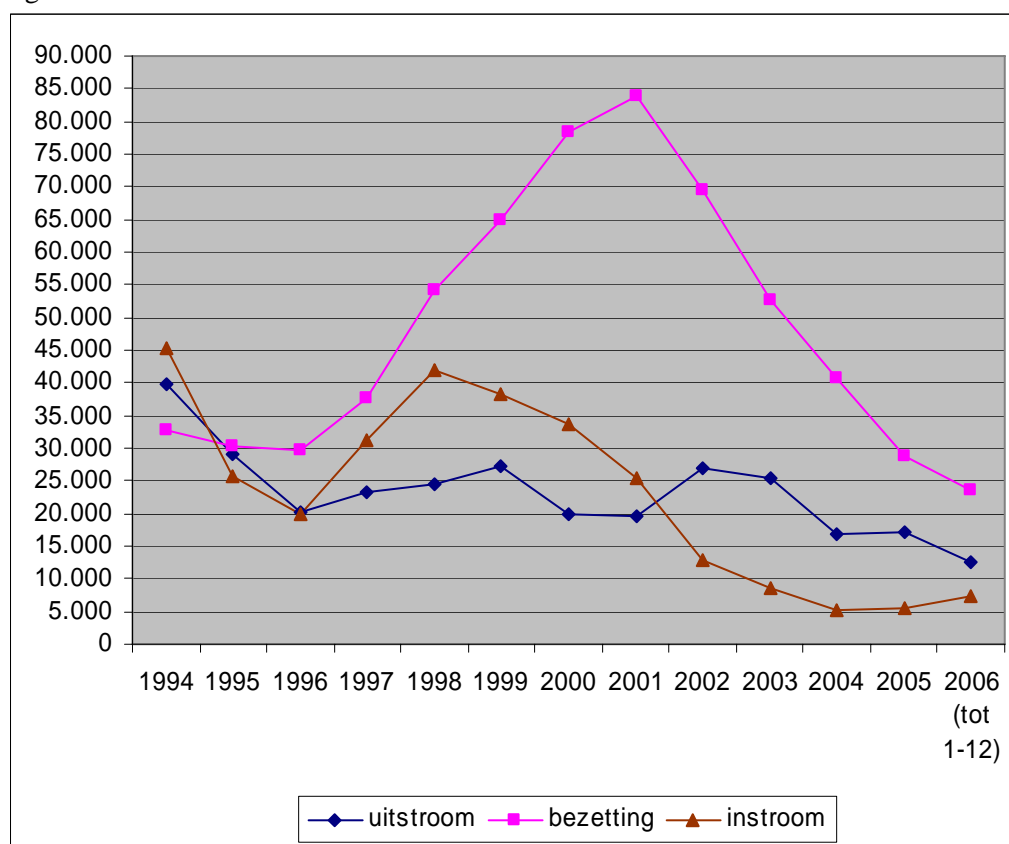


- name depressieve stoornis en posttraumatische stressstoornis.' *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 146 (2002, 24) pp 1127-1131.
- Gerritsen, A.A., I. Bramsen, W. Devillé, L.H. van Willigen, J.E. Hovens, H.M. van der Ploeg, 'Health and health care utilisation among asylum seekers and refugees in the Netherlands: design of a study.' *BMC Public Health*, (2004,10) 4:7.
- Gerritsen, A.A., I. Bramsen, W. Devillé, L.H. van Willigen, J.E. Hovens, H.M. van der Ploeg, 'Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands'. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41 (2006, 1) pp.18-26.
- Gerritsen, A.A., I. Bramsen, W. Devillé, L.H. van Willigen, J.E. Hovens, H.M. van der Ploeg, 'Use of health care services by Afghan, Iranian, and Somali refugees and asylum seekers living in The Netherlands'. *European Journal of Public Health*, 16 (2006, 4) pp. 394-399.
- Gerritsen, A.A.M., W. Devillé, F.A.H. van der Linden, I. Bramsen, L.H.M. van Willigen, J.E.J.M. Hovens & H.M. van der Ploeg, 'Psychische en lichamelijke gezondheidsproblemen van en gebruik van zorg door Afgaanse, Iraanse en Somalische asielzoekers en vluchtelingen'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150 (2006, 36) pp. 1983-1989.
- Hondius, A.J.K., L.H.M. van Willigen, W. Chr. Kleijn & H.M. van der Ploeg, 'Posttraumatic stress among refugees in the Netherlands'. *Journal of Traumatic Stress* 13 (2000,4) pp. 619 – 634.
- Kamperman, A.M., *Deconstructing ethnic differences in mental health of Surinamese, Moroccan and Turkish migrants in the Netherlands*. (Amsterdam, University of Amsterdam 2005).
- Kramer, S.A., J. Bala, R. van Dijk & F. Öry, *Making sense of experience* (Utrecht, USBO 2003).
- Laban, C.J., H.B. Gernaat, I.H. Komproue, B.A. Schreuder & J.T. de Jong, 'Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands.' *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192 (2004, 12) pp 843-851.
- Laban, C.J., H.B. Gernaat, I.H. Komproue, I. van der Tweel & J.T. de Jong, 'Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands.' *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (2005,12) pp 825-832.
- Kalsbeek, H., N. Zijlstra-Remon & T.L. Filedt Kok-Weimar, 'Oral health and dental care in refugee children'. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 108 (2001, 10) pp. 404-407.
- Kleijn, W.C., J.E. Hovens & J.J. Rodenburg, 'Posttraumatic stress symptoms in refugees: assessments with the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins symptom Checklist-25 in different languages'. *Psychological Reports*, 88 (2001, 2) pp 527-532.
- Koppenaar, H., C.A. Bos & J. Broer, 'Hoge sterfte door infectieziekten en niet-natuurlijke doodsoorzaak onder asielzoekers 1998-1999'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 147 (2003, 9) pp. 391-395.
- Koser, K., 'Social networks and the asylum cycle: the case of Iranians in the Netherlands'. *International Migrant Review*, 31 (1997, 3) pp 591-611.
- Kramer, S, 'Hoe geven asielzoekers betekenis aan hun ervaringen? Onderzoek naar de hulpverlening aan asielzoekers in een opvangcentrum'. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 1 (2004) pp. 34-43.
- Kramer, S.A. 'Getting Closer'. In: D. Ingleby (ed.), *Forced Migration and Mental Health*, (New York, Springer 2005).
- Laban, C.J., H.B. Gernaat, I.H. Komproue, B.A. Schreuder & J.T. de Jong, 'Invloed van de duur van de asielprocedure op de prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Iraakse asielzoekers in Nederland'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47 (2005, 11) pp. 743-752.
- Mooren, T.T.M., *The impact of war. Studies on the psychological consequences of war and migration* (Delft, Eburon 2001).
- Nicolaas, H., 'Bevolkingsprognose 2004-2050: veronderstellingen over de asielmigratie'. *Bevolkingstrends*, 2 (2005) pp 33-38.
- Omidian, P.A., 'Qualitative measures and refugee research: the case of Afghan refugees'. In: F.L. Ahearn (ed.), *Psychosocial wellness of refugees. Issues in qualitative and quantitative research* (New York, Berghan books 2000).
- Oort, M. van, W. Devillé, D. de Bakker. *Monitoring huisartsenzorg aan asielzoekers* (Utrecht, NIVEL 2003).

- Reijneveld, S., R. Verheij, L. van Herten & D. de Bakker, 'Contacts of general practitioners with illegal immigrants'. *Scandinavian Journal of Public Health*. 29 (2001, 4) pp. 308-13.
- Reijneveld, S.A., J.B. de Boer, T. Bean & D.G. Korfer, 'Unaccompanied adolescents seeking asylum: poorer mental health under a restrictive reception'. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (2005, 11) pp. 759-61.
- Richters, A., 'When ethics, healthcare, and human rights conflict: mental healthcare for asylum seekers'. *Cambridge Quarterly Healthcare Ethics*, 11 (2002, 3) pp. 304-18.
- Westerhuis, J.B. & T.G. Mank, 'Darmparasieten bij Afrikaanse asielzoekers: prevalentie en risicofactoren'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 146 (2002, 32) pp. 1497-1501.
- Willigen, L. van, *Medical ethical standards in mental health care for victims of organized violence, refugees and displaced persons* (Amsterdam, Royal Tropical Institute – Pharos 1998).

## FIGURES AND TABLES

Figure 10.1



## BIJLAGE

### Overheidsorganisaties

Centrale orgaan opvang asielzoekers (COA) [www.coa.nl](http://www.coa.nl)  
Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) [www.ind.nl](http://www.ind.nl)  
Medische Opvang Asielzoekers (MOA) [www.ggd Kennisnet.nl/moa](http://www.ggd Kennisnet.nl/moa)

### Mensenrechten- en Vluchtelingenorganisaties in Nederland

Nidos, jeugdbescherming voor vluchtelingen [www.nidos.nl](http://www.nidos.nl)  
De Stichting voor Vluchteling-Studenten UAF [www.uaf.nl](http://www.uaf.nl)  
Amnesty International (Nederland) [www.amnesty.nl](http://www.amnesty.nl)  
Vluchtelingenwerk [www.vluchtelingenwerk.nl](http://www.vluchtelingenwerk.nl)  
Vluchtelingen-Organisaties Nederland (VON), een koepelorgaan van een 400tal vluchtelingenorganisaties: [www.vluchtelingenorganisaties.nl](http://www.vluchtelingenorganisaties.nl)  
On File, associatie van vluchtelingjournalisten in Nederland [www.on-file.nl](http://www.on-file.nl)  
ISAN, Iranian Scientific Association in The Netherlands [www.isan.nl](http://www.isan.nl)  
Online gemeenschap voor Somaliërs in Nederland [www.nedsom.com](http://www.nedsom.com)  
Somalische vereniging Amsterdam en omstreken [www.somvao.nl](http://www.somvao.nl)  
AIDA, organisatie voor vervolgte kunstenaars [www.aidanederland.nl](http://www.aidanederland.nl)  
SAMAH, alleenstaande minderjarige asielzoekers [www.samah.nl](http://www.samah.nl)  
Pharos - kenniscentrum vluchtelingen en gezondheid [www.pharos.nl](http://www.pharos.nl)  
Cogis – kenniscentrum vervolging oorlog en geweld [www.cogis.nl](http://www.cogis.nl)  
Vluchtelingen in de knel [www.vluchtelingenindeknel.nl](http://www.vluchtelingenindeknel.nl)  
Stichting Mondiale Samenleving [www.sms-vluchtelingen.nl](http://www.sms-vluchtelingen.nl)  
26.000 gezichten [www.26000gezichten.nl](http://www.26000gezichten.nl)  
Johannes Wier Stichting [www.johannes-wier.nl](http://www.johannes-wier.nl)  
Stichting Bevordering Maatschappelijke Participatie [www.stichtingbmp.nl](http://www.stichtingbmp.nl)  
Stichting ter bevordering van vrolijkheid [www.vrolijkheid.nl](http://www.vrolijkheid.nl)  
Internationale Mensenrechten- en Vluchtelingenorganisaties  
Amnesty International (algemeen) [www.amnesty.org](http://www.amnesty.org)  
ECRE, European Council on Refugees and Exiles [www.ecre.org](http://www.ecre.org)  
Forced Migration Online [www.forcedmigration.org](http://www.forcedmigration.org)  
Health and Human Rights info [www.hhri.org](http://www.hhri.org)  
IOM-Nederland [www.iom-nederland.nl](http://www.iom-nederland.nl)  
International Centre for Migration and Health [www.icmh.ch](http://www.icmh.ch)  
UNHCR, United Nations High Comite for Refugees [www.unhcr.ch](http://www.unhcr.ch)

(URLs laatst benaderd op 14/12/2007)

<sup>i</sup> Zie ook Koser, 1997, pp. 591-611.

<sup>ii</sup> Nicolaas, 2005, pp. 33-38.

<sup>iii</sup> Laban, 2005, pp. 825-832.

<sup>iv</sup> COA, [www.coa.nl](http://www.coa.nl).

<sup>v</sup> Oort, 2003.

<sup>vi</sup> Maso, 1987, pp. 109-114.

<sup>vii</sup> Gerritsen, 2004, pp. 4-7.

<sup>viii</sup> Laban, 2004, pp. 843-851, Laban, 2005, pp. 825-832.

<sup>ix</sup> Laban, 2004.

<sup>x</sup> Gerritsen, 2004.

<sup>xi</sup> Laban, 2004.

<sup>xii</sup> Gerritsen, 2004.

- 
- xiii Laban, 2004.  
xiv Gerritsen, 2004.  
xv Laban, 2004, pp. 843-851; Gerritsen, 2004. Willigen, 1998.  
xvi Laban, 2004.  
xvii Gerritsen, 2004.  
xviii Gerritsen, *ibid*, Kamperman, 2005.  
xix Kramer, 2003, Omidian, 2000.  
xx Kramer, *ibid*, Cense & Kramer, 2004.  
xxi Laban, 2004, pp. 843-851, Gerritsen, 2004.  
xxii Vergelijk Kleijn, 2001, pp. 527-532.  
xxiii Ahearn, 2000.  
xxiv Gerritsen, 2004.  
xxv Gerritsen, *ibid*; Laban, 2004, pp. 843-851.  
xxvi Cense & Kramer, 2004.  
xxvii Gerritsen, 2004, Laban, 2004, pp. 825-851.  
xxviii Gerritsen, *ibid*, Laban, *ibid*.