

Gezond en Gevoed

Een kwantitatieve en kwalitatieve studie naar de ervaren
gezondheid en de voeding van asielzoekers in Nederland



Renske Koordeman

2007

Gezond en Gevoed

Een Kwantitatieve en Kwalitatieve studie naar de Ervaren Gezondheid en de Voeding van Asielzoekers in Nederland

Renske Koordeman



vrije Universiteit amsterdam



Onder begeleiding van:

David Engelhard, Pharos; Kennis- en adviescentrum Vluchtelingen, Nieuwkomers en Gezondheid. Utrecht

Frea Haker, Vrije Universiteit Amsterdam

Vrije Universiteit Amsterdam

Faculteit der Aard en Levenswetenschappen

Opleiding Gezondheidswetenschappen, International Public Health

Utrecht, Juli 2007

“Hoe denk je dat iemand zich voelt die al zo lang moet wachten, al meer dan 11 jaar. Je voelt je altijd hangend zonder aarde onder je voeten. Hoe denk je dat de gedachten van die mensen zijn, dat hoef ik niet uit te leggen.”

Man uit Pakistan

Samenvatting

Asielzoekers hebben over het algemeen een aaneenschakeling van traumatische gebeurtenissen doorgemaakt, waardoor ze ontvankelijk zijn voor gezondheidsproblemen. Veel onderzoek is daarom verricht naar de (psychische) gezondheid van asielzoekers. Naar de voeding van asielzoekers is voor zover bekend nog niet veel onderzoek gedaan. Deze masterthesis heeft zich, naast het inzicht krijgen in de ervaren gezondheid, gericht op voeding als mogelijk verklarende factor voor een slechte ervaren gezondheid. Kennis over de gezondheid van asielzoekers is belangrijk om het huidige zorgsysteem beter op deze specifieke groep af te stemmen.

Het doel van dit onderzoek was 1) onderzoeken hoe asielzoekers in Nederland hun gezondheid ervaren en 2) het onderzoeken van het (veranderde) voedingspatroon van asielzoekers in relatie tot hun gezondheid, met de mogelijkheid tot het geven van aanbevelingen voor de opvang van asielzoekers.

Om dit doel te bereiken is een kwantitatieve en een kwalitatieve studie gedaan. Allereerst zijn op basis van literatuurstudie voorlopige hypothesen opgesteld. Voor de kwantitatieve studie zijn op vier asielzoekerscentra 400 vragenlijsten afgenomen. Multiple logistische regressie en Chikwadraat test zijn gebruikt om te analyseren welke determinanten van invloed zijn op de gezondheid en het voedingspatroon. Voor de kwalitatieve studie zijn negen semi-gestructureerde interviews met asielzoekers gehouden.

De uitkomsten geven aan dat de gezondheid door asielzoekers slecht ervaren wordt en met name de psychische gezondheid staat op de voorgrond. Vrouwen en een hogere leeftijd zijn geassocieerd met een slechte ervaren gezondheid. Het voedingspatroon is op sommige punten gezonder (groente- en fruitgebruik) en op andere punten ongezonder (ontbijt- en warme maaltijdgebruik) dan de Nederlandse bevolking. Er is geen correlatie tussen wat asielzoekers eten en hun ervaren gezondheid. Asielzoekers waarderen hun voeding in Nederland goed en zelfs beter dan de voeding in het land van herkomst. Wel mist het merendeel voedingsmiddelen uit het land van herkomst. Het budget voor voeding lijkt voldoende te zijn. De psychische gezondheid speelt een grote rol in de relatie tussen de ervaren gezondheid en de waardering van voeding.

Een belangrijke conclusie is dat er een wisselwerking bestaat tussen de psychische gezondheid, voedingswaardering en de ervaren gezondheid. Een slechte waardering voor voeding leidt tot een slechte ervaren gezondheid en de psychische gezondheid heeft hier grote invloed op. Het is belangrijk dat hier in voedingsvoorlichting rekening mee gehouden wordt. Meer privacy en het bevorderen van werkgelegenheid voor asielzoekers vormen tevens aanbevelingen. Methodologische beperkingen en afwijkende hypothesen maken dat niet alles met zekerheid gezegd kan worden. Daarom is verder onderzoek naar dit onderwerp nodig.

Voorwoord

De asielzoekerproblematiek is de laatste maanden veel onder de aandacht geweest door het generaal pardon dat duizenden asielzoekers de mogelijkheid geeft in Nederland een nieuw bestaan op te bouwen. Veel vluchtelingen zijn de afgelopen jaren gevlucht vanuit gebieden waar oorlogen hun bestaan moeilijk maakte. Bijna zonder uitzondering hebben deze mensen vroeger en nu veel ellende doorstaan en hebben zij hun hoop gevestigd op een bestaan in Nederland. Asielzoekers vormen hierdoor een kwetsbare doelgroep waarvoor goede zorg extra belangrijk is.

Toen ik bij Pharos de oproep over een onderzoek naar de gezondheid en voeding van asielzoekers las was mijn interesse direct geprikkeld. Het contact met asielzoekers was voor mij een uitdaging vanwege de culturele verschillen en andere voedingsgewoonten, maar tevens een kennismaking met de vluchtelingenproblematiek.

Ten tijde van dit onderzoek werd het generaal pardon een feit. Ik hoop voor degenen die ik heb mogen interviewen en de talloze andere asielzoekers die al jarenlang in Nederland verblijven dat het generaal pardon voor hen een afsluiting kan betekenen van een periode vol onzekerheid, stress en andere problemen. Hieronder wil ik graag een aantal mensen bedanken die mij hebben geholpen deze onderzoeksstage succesvol af te ronden:

Allereerst wil ik alle asielzoekers bedanken die hun medewerking aan dit onderzoek hebben verleent. Zonder hun openhartigheid en gastvrijheid zou ik dit onderzoek niet hebben kunnen doen. Daarnaast wil ik de medewerkers van het Coa in Schalkhaar, Arnhem, Utrecht en Dronten bedanken voor hun medewerking en hulp tijdens de uitvoering van het onderzoek.

Frea Haker wil ik bedanken voor haar grote betrokkenheid en enthousiasme bij het opzetten en uitvoeren van het onderzoek. Bedankt voor de vele mails, gesprekken en adviezen, ik heb de begeleiding als zeer prettig ervaren!

David Engelhard wil ik bedanken voor zijn vertrouwen om deze onderzoeksstage voor Pharos te mogen doen. Hij heeft me de kans gegeven om dit onderzoek grotendeels zelfstandig te doen en een kijkje te nemen in de wereld van asielzoekers. Mijn stage en het schrijven van mijn scriptie zijn daardoor een zeer inspirerende tijd geweest.

Verder wil ik Mercedeh, Julia, Irene, Karin en Hieke en Miep bedanken voor hun support, zonder jullie had ik nooit zo'n hoge respons kunnen behalen.

Tot slot wil ik Jordi, mijn familie en speciaal mijn moeder bedanken voor hun onvoorwaardelijke steun en vertrouwen, zonder jullie was dit niet gelukt!

Renske Koordeman

Utrecht, juli 2007

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Voorwoord	5
Inhoudsopgave	6
1. Inleiding	8
1.1 Achtergrond	8
1.2 Aanleiding	9
1.3 Doelstelling en vraagstelling	9
1.4 Leeswijzer	10
2. Context	11
2.1 Asielzoekers en vluchtelingen.....	11
2.2 Asielzoekers en vluchtelingen in Nederland	11
2.3 Gezondheidszorg en asielzoekers.....	12
2.4 Voedingsvoorlichting aan asielzoekers	13
3. Theoretisch kader	14
3.1 Conceptueel model.....	14
3.1.2 Incidentie gezondheidsproblemen: ervaren gezondheid	15
3.1.3 Contextuele Mechanismen	17
3.1.4 Specifieke Determinanten	21
3.2 Operationalisering	24
3.3 Hypothesen	25
4. Methodologisch kader	26
4.1 Onderzoeksvragen	26
4.2 Studie type and design	27
4.3 Onderzoekspopulatie en steekproef.....	28
4.4 Onderzoeksmethoden	28
4.4.1 Literatuur onderzoek	29
4.4.2 Observeren en participeren	29
4.4.3 Vragenlijsten	29
4.4.4 Interviews	31
4.5 Analyse	32
4.5.1 Vragenlijsten	32
4.5.2 Interviews	34
4.5.3 Observatie.....	34
4.6 Validiteit en betrouwbaarheid.....	34
4.7 Ethische overwegingen	36
5. Resultaten	37
5.1 Kwantitatieve studie	37
5.1.1 Karakteristieken van de doelgroep	37
5.1.2 Observaties van de omgeving van de doelgroep per centrum	39
5.2 Ervaren gezondheid.....	40
5.2.1 Determinanten geassocieerd met de ervaren gezondheid	42
5.3 Hoofdkenmerken van het voedingspatroon	47
5.3.1 Determinanten geassocieerd met het voedingspatroon.....	49
5.4 De waardering van de voeding in Nederland.....	51
5.4.1 Verandering waardering voeding.....	52
5.4.2 Determinanten geassocieerd met de waardering van voeding.....	52

5.4.3	Problemen bij het verkrijgen van voedingsmiddelen.....	54
5.4.4	Relatie waardering voeding en ervaren gezondheid.....	57
5.5	Kwalitatieve studie	59
5.5.1	Verklaring gezondheidsproblemen	59
5.5.2	Bevorderen gezondheid	64
5.5.3	Voedingsproblemen	67
5.5.4	Verbetering voedingspatroon.....	74
5.5.5	Relatie voeding en gezondheid	78
6.	Discussie	81
6.1	Ervaren gezondheid	81
6.2	Voedingspatroon	83
6.3	Voedingswaardering	85
6.4	Relatie voeding en gezondheid	86
6.5	Algemene nabeschuwing onderzoek	87
7.	Conclusie en aanbevelingen	89
8.	Literatuuropgave	92
Bijlage	98
I	Afkortingen en Begrippenlijst	
II	Top 5 bezetting onderzochte centra	
III	Nationaliteiten die deelnamen aan het onderzoeken	
IV	Vragenlijst	
V	Topiclijst.....	

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

Asielzoekers hebben over het algemeen een aaneenschakeling van traumatische gebeurtenissen doorgemaakt zowel voor, tijdens en na de vlucht uit het land van herkomst, waardoor ze ontvankelijk zijn voor gezondheidsproblemen. Gezondheidsproblemen manifesteren zich vooral in zogenoemde specifieke fysieke of psychosociale symptomen. Veel studies hebben zich daarom de afgelopen jaren gericht op de relatie tussen mentale gezondheid en de migratiegeschiedenis (Hermansson et al., 2003; Hondius et al., 2000; Söndergaard et al., 2001). Onderzoeken van Laban et al. (2004; 2005) toonden aan dat een lange asielprocedure invloed heeft op de prevalentie van psychiatrische ziekten onder Irakese asielzoekers in Nederland.

In 2005 is een groot epidemiologisch onderzoek gepubliceerd (Gerritsen et al., 2005) waarin zowel de mentale als de fysieke gezondheid en het gezondheidszorggebruik van asielzoekers en vluchtelingen uit Afghanistan, Somalië en Iran wordt beschreven. Uit het onderzoek blijkt dat asielzoekers over het algemeen meer klachten rapporteren dan vluchtelingen, en dat zij meer psychische klachten hebben. De hoge prevalentie van psychische klachten heeft volgens Gerritsen et al. te maken met de recente vlucht en de grote onzekerheid over het verkrijgen van een verblijfsstatus. De problemen van asielzoekers en vluchtelingen zijn in dezelfde mate bekend bij de zorgverleners. Dit wijst erop dat het zorgsysteem afgestemd is op de zorgvraag van beide groepen.

Voeding kan een belangrijke rol spelen bij het ontstaan en voorkómen van ziekten (RIVM, 2007). Er zijn voor zover bekend slechts een aantal onderzoeken gedaan naar de rol van voeding bij asielzoekers in relatie tot hun gezondheid. Onderzoek in Ierland toonde aan dat gewichtstoename, beperkte voedselkeuze, hoge inname van vet en eiwitten en voedingsarmoede een groot probleem vormde (Manandhar et al., 2006). Uit onderzoek in Zwitserland kwam naar voren dat asielzoekers zich bewust waren en zich zorgen maakten om veranderingen in hun voedingspatroon sinds hun aankomst in Zwitserland (Kruseman et al., 2005).

Recent zijn in Nederland onderzoeken gedaan naar de voeding van asielzoekerkinderen en van alleenstaande minderjarige asielzoekers (Stellinga-Boelen et al., 2007; Wigger, 2002). De leefomstandigheden van asielzoekers met een klein budget, slechte kookfaciliteiten en moeilijkheden met het aanpassen aan lokale voedingsmiddelen kunnen leiden tot een lagere inname van voedingsstoffen. Het blijkt dat asielzoekers met

een normale Body Mass Index (BMI) (lager dan 25) minder lichamelijke pijn ervaren dan asielzoekers met hoge BMI (hoger dan 25) (Elshof, 2006). Naar de voedingstoestand van asielzoekers is tot nu toe geen epidemiologisch onderzoek gedaan (MOA, 2003). In welke mate voeding een rol speelt bij de gezondheid van asielzoekers in Nederland is nog onduidelijk.

1.2 Aanleiding

Dit onderzoek vormt de afsluiting van de masterdifferentiatie van Gezondheidswetenschappen, International Public Health, en is uitgevoerd in opdracht van Pharos. Pharos is het landelijke kennis- en adviescentrum voor vluchtelingen, nieuwkomers en gezondheid in Utrecht. Als kenniscentrum bevorderen zij de gezondheid van vluchtelingen door de kwaliteit van de zorg aan hen te verbeteren. Elshof heeft in 2005 voor Pharos een onderzoek gedaan naar de ervaren gezondheid bij asielzoekers. Uit het onderzoek van Elshof kwam naar voren dat asielzoekers zich over het algemeen slecht voelen en dat psychische klachten op de voorgrond staan. Het blijkt dat niet alleen gebeurtenissen uit het verleden, maar juist ook de leefsituatie in Nederland daar invloed op heeft. Uit het onderzoek kwam tevens naar voren dat het voedingspatroon van asielzoekers mogelijk bijdraagt aan een slechter ervaren gezondheid.

Om de gezondheid van asielzoekers te blijven volgen is deze studie opgezet. Het onderzoekt de ervaren gezondheid bij asielzoekers in Nederland en heeft daarnaast als doel inzicht te krijgen in het voedingspatroon en de opvatting over voeding en gezondheid door asielzoekers. Veel studies hebben zich gericht op de psychische factoren die een slechte ervaren gezondheid verklaren. Deze studie wil zich, naast het inzicht krijgen in de ervaren gezondheid, richten op voeding als mogelijk verklarende factor voor een slechte ervaren gezondheid. Het heeft niet als doel het hele voedingspatroon te meten, maar heeft meer een exploratief karakter om zo een algemeen beeld te krijgen van het voedingspatroon en de opvatting van asielzoekers over dit voedingspatroon.

Kennis over de ervaren gezondheid en het voedingspatroon van asielzoekers is belangrijk om het huidige zorgsysteem beter op deze specifieke groep af te stemmen en zo de behandeling en de toegang tot zorg te verbeteren. Uitgangspunt bij dit onderzoek is dat asielzoekers zelf hun mening geven over hun gezondheid en hun voedingspatroon, om op deze manier de zorg aan deze doelgroep te kunnen optimaliseren.

1.3 Doelstelling en vraagstelling

In het licht van bovenstaand kader kom ik tot de volgende doelstelling:

Het doel van dit onderzoek is 1) onderzoeken hoe asielzoekers in Nederland hun gezondheid ervaren en 2) het onderzoeken van het (veranderde) voedingspatroon van asielzoekers in relatie tot hun gezondheid, met de mogelijkheid tot het geven van aanbevelingen voor de opvang van asielzoekers.

Op basis van deze doelstelling zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- 1) *Hoe ervaren asielzoekers hun gezondheid?*
- 2) *Welke kenmerken heeft het voedingspatroon van asielzoekers?*
- 3) *Hoe waarderen asielzoekers hun voeding?*
- 4) *Welke relatie is er te leggen tussen het voedingspatroon en de voedingswaardering van asielzoekers en hun ervaren gezondheid?*

1.4 Leeswijzer

Dit verslag is als volgt opgebouwd. Allereerst schetst het volgende hoofdstuk de sociografie. Het geeft kort een toelichting op de doelgroep in relatie tot de onderzoeksvragen.

Hoofdstuk 3 geeft het theoretisch kader van het onderzoek weer. Dit bestaat uit een uitwerking van de concepten uit de onderzoeksvragen aan de hand van een model en bestaande literatuur om vervolgens af te sluiten met enkele hypothesen die een verwachting geven omtrent de uitkomsten van de gestelde onderzoeksvragen. Hoofdstuk 4 bestaat uit de methodologische verantwoording van het onderzoek. De technische aspecten van het onderzoek komen aan bod, zoals het gekozen design, de selectie van de onderzoekspopulatie, de onderzoeksmethoden en de analyse van de gegevens.

Hoofdstuk 5 presenteert de resultaten van het onderzoek. Het beschrijft analyseert de ervaren gezondheid en voeding van asielzoekers.

De laatste hoofdstukken vormen de discussie en conclusie van het onderzoek. Het geeft een antwoord op de onderzoeksvragen. Tevens is er een terugblik op het onderzoek, waarbij aandacht uitgaat naar de kracht en de beperkingen van het onderzoek. Het verslag sluit af met aanbevelingen voor de opvang aan asielzoekers.

2. Context

Dit hoofdstuk beschrijft de achtergrond van de onderzoekspopulatie in relatie tot de onderzoeksvraag. Eerst zal het begrip asielzoeker uitgelegd worden. Paragraaf 2.2 beschrijft de asielopvang in Nederland. De gezondheidszorg aan asielzoekers wordt in paragraaf 2.3 uitgewerkt. Ten slotte zal kort iets over voedingsvoorlichting aan asielzoekers aan bod komen.

2.1 Asielzoekers en vluchtelingen

Een asielzoeker is iemand die om uiteenlopende redenen zijn land van herkomst heeft verlaten en asiel (bescherming) heeft aangevraagd. Er is nog niet vastgesteld of hij voldoet aan de vereisten voor een verblijfsvergunning asiel. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen asielzoekers en vluchtelingen. Vluchtelingen hebben een verblijfsvergunning gekregen, terwijl asielzoekers de procedure zijn gestart om een verblijfsvergunning te krijgen. Asielzoekers zitten in een tijdelijke situatie, zowel wat betreft huisvesting als werk, terwijl vluchtelingen in de Nederlandse samenleving opgenomen zijn, (IND, 2007). In deze studie vormen asielzoekers de onderzoekspopulatie.

2.2 Asielzoekers en vluchtelingen in Nederland

Sinds 1975 nam het totaal aantal asielaanvragen in Nederland elk jaar toe met als maximum 42.019 asielaanvragen in 1998. Daarna nam het aantal aanvragen snel af en in 2006 zijn nog maar 7.772 asielaanvragen geregistreerd (COA, 2007).

Het Centraal orgaan opvang asielzoekers (COA) is verantwoordelijk voor de opvang van asielzoekers in Nederland. Het COA biedt hen in opdracht van het ministerie van Justitie tijdelijke huisvesting en ondersteunt hen in de voorbereiding op hun toekomst, in Nederland of elders. Het COA vangt asielzoekers op in een asielzoekerscentrum (azc) gericht op terugkeer of in een azc gericht op oriëntatie & inburgering. De fase van de asielprocedure bepaalt in welk soort azc de asielzoeker woont. Er zijn op dit moment 52 centra in Nederland. Wanneer een asielzoeker in Nederland asiel aanvraagt, heeft hij in eerste instantie te maken met de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) op Schiphol of in Ter Apel. De IND beslist na het eerste gesprek of de asielzoeker wel of niet wordt toegelaten tot de asielprocedure. Asielzoekers die niet (meer) rechtmatig in Nederland verblijven kunnen in een uitzetcentrum op Schiphol of de luchthaven Rotterdam terecht komen.

Sinds 1998 mogen asielzoekers 12 weken per jaar werken. Asielzoekers zorgen zelf voor hun maaltijden en boodschappen. Het streven van de Vreemdelingenwet uit 2000 is dat

een asielzoeker niet langer dan één jaar in de opvang verblijft. In de praktijk verblijven asielzoekers vaak vele jaren in de centra. In 2006 verbleven er 23.492 asielzoekers in de centrale opvang van het COA. In tabel 1 wordt de top 5 bezetting van de centrale opvang per nationaliteit weergegeven. In bijlage II is de top 5 bezetting van nationaliteiten per centrum dat deelneemt aan het onderzoek weergegeven.

Irak	3.025	13%
Afghanistan	2.037	9%
Iran	1.573	7%
Azerbeidzjan	1.571	7%
Joegoslavië	1.565	7%
Overig	13.581	57%
Totaal	23.352	100%

Tabel 1: Top 5 nationaliteiten bezetting centrale opvang op 1 mei 2007 (COA, 2007)

2.3 Gezondheidszorg en asielzoekers

De gezondheidszorg voor asielzoekers die in de centrale opvang van het COA verblijven is op een andere manier geregeld dan de zorg voor Nederlanders. Inwoners van Nederland zijn verzekerd via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en ziektekostenverzekering. Asielzoekers hebben geen toegang tot de zorgverzekeringswet en de AWBZ. De zorg voor asielzoekers wordt ingekocht door het COA. Het COA heeft de gezondheidszorg voor asielzoekers geregeld via een contract met twee partijen: de GGD voor de preventieve zorg en de Zorgverzekeraar VGZ voor de curatieve zorg.

De GGD voert de preventieve zorg uit via regionale samenwerkingsverbanden (stichtingen Medische Opvang Asielzoekers: MOA). Sociaal geneeskundigen, verpleegkundigen en administratief medewerkers zijn in dienst van deze stichtingen en voeren hun werkzaamheden meestal op het asielzoekerscentrum uit. De Zorgverzekeraar VGZ voert de curatieve zorg uit via de ziektekostenregeling asielzoekers (ZRA). Het verstrekkingspakket van de ZRA is vrijwel gelijk aan het pakket van de AWBZ en de basisverzekering. Asielzoekers verblijvend in de centrale opvang hebben echter geen vrije artskeuze. Verwijzingen naar de geestelijke gezondheidszorg of bijvoorbeeld een medisch specialist gaan via de huisarts (GGD, 2006).

De toeleidingsfunctie binnen de preventieve gezondheidszorg is op verzoek van de huisartsen ontwikkeld om de (kennis) kloof tussen de asielzoeker en de reguliere gezondheidszorg te overbruggen. MOA-verpleegkundigen en sociaal geneeskundigen hebben meer kennis van de sociaalculturele achtergronden van asielzoekers. De praktijkverpleegkundige MOA is voor de asielzoeker het eerste aanspreekpunt op het

centrum. De GGD draagt, via de MOA, zorg voor de toegeleiding van asielzoekers met gezondheidsklachten naar de huisarts (GGD, 2006).

Asielzoekers hebben gemiddeld 10,9 contacten per jaar met zowel de MOA-verpleegkundige (7,7 contacten/patiënt/jaar) als de huisarts (3,2 contacten/patiënt/jaar). De MOA-verpleegkundige verwijst in bijna 35% van de gevallen door naar de huisarts. De huisarts op zijn beurt verwijst ongeveer 17% van alle contacten met asielzoekers naar een andere zorgverlener. Dit verwijsperscentage is veel hoger dan voor de voor de autochtone ziekenfondspatiënten waarvan 5% van de contacten verwezen worden. Opvallend is dat weinig verwezen wordt naar de geestelijke gezondheidszorg (14,3% van alle psychische en sociale klachten worden verwezen in tegenstelling tot de hogere prevalentie van psychische problemen in deze groep (13,5% van alle klachten) (Gerritsen et al., 2005).

2.4 Voedingsvoorlichting aan asielzoekers

Eén van de taken van de Medische Opvang Asielzoekers (MOA) is het verzorgen van gezondheidsbevorderende projecten aan asielzoekers. Het COA heeft, in samenspraak met de MOA, besloten dat er een aantal onderwerpen zijn waarover voorlichting dient te worden gegeven. Elke regio heeft de taak om over een specifieke onderwerp een werkdocument te schrijven, dat landelijk gebruikt kan worden als hulpmiddel voor het geven van voorlichting over dit onderwerp aan asielzoekers. Regio Oost Nederland heeft de taak gekregen een werkdocument te schrijven over het onderwerp voeding.

Regio Oost Nederland heeft een draaiboek geschreven voor het geven van voedingsvoorlichting aan asielzoekers (MOA, 2003). Daarnaast organiseren zij kookactiviteiten voor jonge (mannelijke) asielzoekers en informatiemarkten over voeding en bewegen.

3. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk staat het theoretisch kader van dit onderzoek centraal. De belangrijkste concepten uit de vraagstelling worden uitgewerkt aan de hand van het conceptueel model van Stronks et al. (1999) en bestaande literatuur. Wat is ervaren gezondheid en wat is er over bekend in relatie tot asielzoekers? Hoe kan hun ervaren gezondheid mogelijk verklaard worden? Wat verstaat men onder een voedingspatroon en welke mechanismen spelen een rol bij de relatie tussen voeding en gezondheid bij asielzoekers? Dit zijn vragen die in het theoretisch kader aan de orde zullen komen. Inzichten uit de bestaande literatuur en een conceptueel model vormen de basis voor het opstellen van enkele hypothesen over ervaren gezondheid en voeding bij asielzoekers. Ze vormen daarmee een voorlopig antwoord op de gestelde onderzoeksvraag. De hypothesen zullen in het vervolg van het onderzoek empirisch worden getoetst.

3.1 Conceptueel model

Stronks heeft een conceptueel model ontwikkeld (zie fig. 1) waarin mogelijke verklaringen voor de samenhang tussen etniciteit en gezondheid zijn geïntegreerd. Het is in beginsel zowel toepasbaar op de somatische als op de psychische gezondheid. In het model komt naar voren dat er sprake is van specifieke determinanten die bij iedereen aanwezig kunnen zijn en van contextuele mechanismen. Deze contextuele mechanismen, die beïnvloed worden door het proces van cultuur en acculturatie, geven in combinatie met de specifieke determinanten het verschil weer tussen de gezondheid van allochtonen en autochtonen. Specifieke determinanten zijn: leefstijl, fysieke omgeving, sociale omgeving, psychosociale stress en gebruik van gezondheidszorg. Contextuele mechanismen zijn: genetische kenmerken, migratie geschiedenis, cultuur en acculturatie, sociaal economische positie en maatschappelijke context (Stronks et al, 1999) (Stronks, 2004).

Dit model gaat over de incidentie en prognose van gezondheidsproblemen in het algemeen, maar is ook toepasbaar op gezondheidsbeleving (Stronks, 2004). Het model brengt overzichtelijk in kaart welke factoren van invloed zijn op gezondheidsbeleving. Belangrijk is dat voeding in het model kan worden meegenomen onder de determinanten leefstijl en sociale omgeving en onder de contextuele mechanismen cultuur en acculturatie en sociaaleconomische status. Om bovenstaande redenen is voor dit model gekozen.

In de volgende paragrafen wordt het model aan de hand van literatuur uitgewerkt. Allereerst zal het begrip etnische achtergrond toegelicht worden. Paragraaf 3.1.2, incidentie gezondheidsproblemen, werkt het begrip ervaren gezondheid uit. Vervolgens

zullen de contextuele mechanismen en de specifieke determinanten waar mogelijk gespecificeerd worden voor ervaren gezondheid.

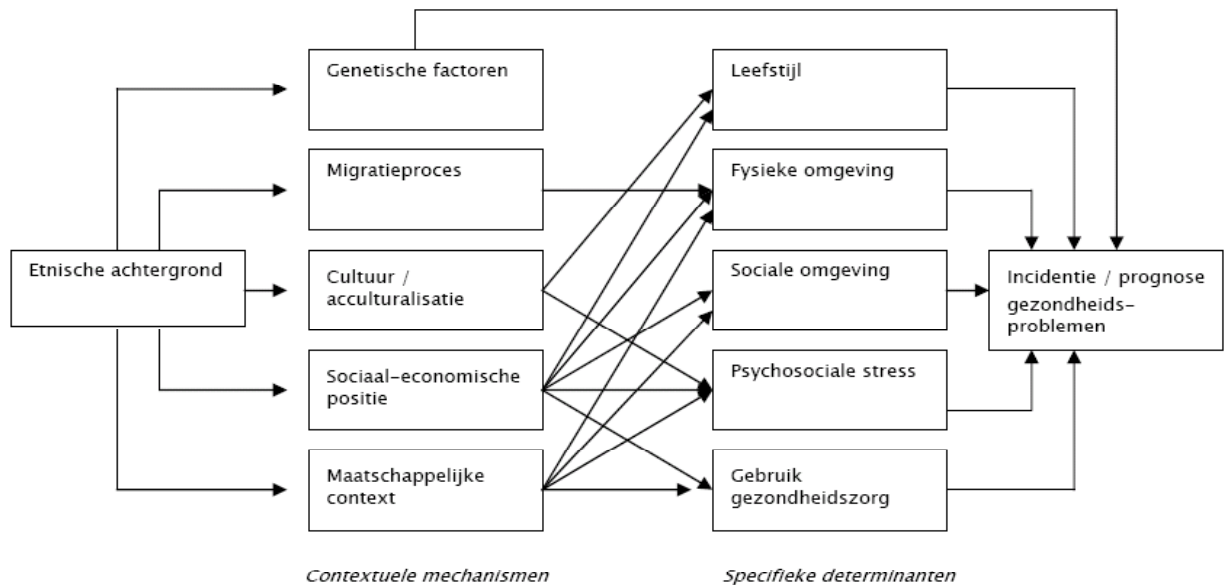


Fig. 1: Conceptueel model waarin mogelijke verklaringen voor de samenhang tussen etniciteit en gezondheid zijn geïntegreerd.

3.1.1 Etnische achtergrond

Een etnische groep of etnische minderheid is een groep mensen met een gemeenschappelijke culturele achtergrond door het land van herkomst, de taal, de religie of andere gewoontes. Gezondheidsproblemen van etnische groepen verschillen, omdat factoren die het ontstaan van gezondheidsproblemen beïnvloeden in bepaalde groepen meer of minder voorkomen. Asielzoekers hebben verschillende etnische achtergronden en kunnen daardoor hun gezondheid anders beleven dan de bewoners van het land waar men naartoe is gevlucht.

3.1.2 Incidentie gezondheidsproblemen: ervaren gezondheid

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) definieert gezondheid als volgt: "Gezondheid wordt gezien als een staat van fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet slechts als het afwezig zijn van ziekte of gebrek." Van deze ruime benadering van gezondheid wordt in dit onderzoek uitgegaan.

Ervaren gezondheid, ook wel subjectieve gezondheid of gezondheidsbeleving, weerspiegelt het oordeel over de eigen gezondheid. Ervaren gezondheid is een samenvattende gezondheidsmaat van alle gezondheidsaspecten die relevant zijn voor de

persoon in kwestie. Deze onderliggende gezondheidsaspecten variëren per persoon, maar hebben vaak betrekking op zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheid (Hoeymans, 2005).

Hoe slechter iemand zijn eigen gezondheid ervaart, hoe groter de kans op overlijden. Er zijn weinig maten die zo sterk voorspellend zijn voor sterfte. (Idler et al., 1999). Bovendien blijft deze relatie tussen ervaren gezondheid en sterfte bestaan nadat rekening is gehouden met een groot aantal andere factoren waarvan bekend is dat ze sterfte voorspellen. Een reden voor dit verband tussen sterfte en ervaren gezondheid kan zijn dat ervaren gezondheid het gedrag beïnvloedt en dit een effect op de gezondheid heeft. Een voorbeeld hiervan is dat iemand met een negatieve perceptie van de gezondheid minder aan lichaamsbeweging doet, zich minder interesseert voor voeding en minder vaak meedoet aan bevolkingsonderzoeken. Een negatief oordeel over de eigen gezondheid stimuleert mogelijk een psychoneuro-immunologische respons (reactie van het zenuw- en endocriene stelsel op activiteit van het immuunsysteem door verandering in gedrag of emoties) waardoor de persoon vatbaarder is voor ziekten (Hoeymans et al., 2005).

Asielzoekers vormen een kwetsbare groep als het gaat om ervaren gezondheid. Zij hebben dikwijls traumatische ervaringen doorgemaakt waardoor de gezondheid slecht ervaren kan worden (Gerritsen et al, 2005; Laban et al., 2005; Willigen, 1996).

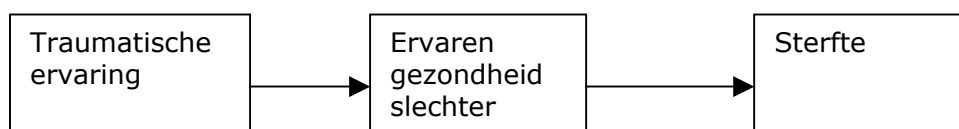


Fig. 2: Ervaren gezondheid en sterfte

In onderzoek van Vera (1998) naar de problemen van vluchtelingen met gezondheid en gezondheidszorg in Nederland beschrijven vluchtelingen lichamelijke klachten, die direct of indirect verband houden met voeding. Voorbeelden van dergelijke lichamelijke klachten zijn: maagklachten, hoge bloeddruk, hoog cholesterolgehalte, tand- en tandvleesproblemen, voedselallergie, suikerziekte en bloedarmoede. In de praktijk signaleren medewerkers van de Medische opvang Asielzoekers, die dagelijks met asielzoekers werken, ook allerlei (gezondheids)problemen die geheel of gedeeltelijk samenhangen met voeding (Moa, 2003).

3.1.3 Contextuele Mechanismen

Genetische verschillen

Wanneer men spreekt over etnische verschillen in gezondheid, legt men veelal de nadruk op verschillen in cultuur, en minder op genetische factoren. Toch kunnen genetische factoren vermoedelijk ook een deel van de etnische verschillen in gezondheid verklaren. Een aantal ziekten komt vaker voor onder bepaalde etnische groepen. Voorbeelden hiervan zijn de verhoogde prevalentie van diabetes onder negroïde Surinamers en Antillianen, de verhoogde prevalentie van sikkelcelanemie onder Antillianen en creoolse Surinamers en thalassemie onder migranten van rondom de Middellandse Zee (RIVM, 2007).

Migratiegeschiedenis

Het model geeft aan dat de slechtere ervaren gezondheid van etnische groepen mogelijk deels het gevolg is van de migratie en het daaraan voorafgaande proces. De literatuur wijst uit dat asielzoekers vaak achtereenvolgens verschillende stressvolle gebeurtenissen hebben meegemaakt. Hondius et al. (1992) noemen dit ook wel sequentiële traumatisering. Geweld voorafgaand aan de vlucht, de vlucht zelf en de asielprocedure zijn enkele voorbeelden hiervan.

Aankomst in het gastland betekent meestal een fundamentele crisis in het bestaan van de asielzoeker en sommige auteurs spreken dan ook van een cultuurshock (Willigen, 1996). In Nederland leven asielzoekers geïsoleerd en gemarginaliseerd van de rest van de bevolking. De belangen van de asielzoeker en het gastland zijn tegenovergesteld: de asielzoeker zoekt rust, veiligheid en support, terwijl de overheid bewijs wil zien dat de asielzoeker recht heeft op deze basiszekerheden. Vaak worden asielzoekers geconfronteerd met slecht nieuws in de media over het land van herkomst. Dit nieuws kan gevoelens zoals twijfel, schuld en hulpeloosheid versterken (de Vries, 2002; Willigen, 1996).

Migratie heeft vooral invloed op de psychische gezondheid van asielzoekers en een groot deel van het onderzoek heeft daar betrekking op (Ekblad et al, 1999; Gernaat et al., 2002; Laban et al., 2005).

Cultuur en acculturatie

Het model verstaat onder cultuur het geheel aan normen, opvattingen en waarden die betekenis geven aan de werkelijkheid (Stronks, 2004). De verschillen in de geregistreerde gezondheidsproblemen tussen etnische groepen kunnen voor een deel verklaard worden door culturele verschillen. Het uiten van een gezondheidsprobleem verschilt tussen culturele groepen, en met name psychische klachten worden vaak

anders uitgedrukt in verschillende groepen. Het blijkt dat verschillen in zelf gerapporteerde gezondheid tussen etnische groepen blijven bestaan, ook nadat gecorrigeerd is voor achtergrond en socio-economische variabelen (Devillé et al., 2003).

Culturele verschillen zijn niet statisch, maar veranderen voortdurend, deels onder invloed van de cultuur van het gastland. Dit proces wordt acculturatie genoemd. Acculturatie betekent letterlijk het aanpassen aan een cultuur, het is een socialisatieproces (de Swaan, 1996). Cultuur en acculturatie kunnen via uiteenlopende specifieke determinanten de gezondheid beïnvloeden. De volgende paragraaf zal deze factoren bespreken. In de literatuur is te vinden dat het acculturatieproces voor asielzoekers een bron van stress kan zijn. Deze vorm van stress uit zich in een verminderde eigenwaarde, angst, depressie en gevoelens van vervreemding. Er is een verband aangetoond tussen psychiatrische symptomen en gebrekkige acculturatie (Cheung, 1995). Of stress daadwerkelijk optreedt is afhankelijk van vele factoren (Stronks, 2004).

“Dietary acculturation”, acculturatie van voedingsgewoonten, verwijst naar het proces dat plaats vindt wanneer migranten het voedingspatroon en de voedingskeuzes van het gastland overnemen (Satia-Abouta et al., 2002). Voedingsgewoonte is één van de belangrijkste indicatoren van acculturatie en het is vaak het laatste wat mensen opgeven als ze hun oorspronkelijke cultuur op zij zetten (Helman, 2001). Het gastland kan ook voedingsgewoonten overnemen van migranten. Onderzoeken tonen aan dat als onderdeel van het acculturatieproces, migranten nieuwe manieren vinden om traditionele voedingsmiddelen te gebruiken, andere voedingsmiddelen uit te sluiten en nieuwe voedingsmiddelen te consumeren (Lee et al., 1999; Satia et al., 2000). Het kan leiden tot gezonde of ongezonde voedingsgewoonten.

Het onderzoek van Satia-About et al. (2002) geeft een model van dietary acculturation (zie fig. 3). Dit model maakt duidelijk dat er een complexe en dynamische relatie is tussen enerzijds socio-economische, demografische, en culturele factoren en anderzijds de blootstelling aan de cultuur van het gastland. Deze set van kenmerken voorspelt de mate waarin migranten mogelijk hun attitude en opvattingen over voeding, smaak, bereiding en inkoop veranderen. Uiteindelijk kunnen deze factoren leiden tot veranderingen in voedingsinname. Sociaaldemografische factoren, culturele factoren, blootstelling aan de cultuur van het gastland en veranderingen in dieet gerelateerde psychosociale en omgevingsfactoren kunnen de voedingsinname van migranten op drie manieren beïnvloeden. De eerste manier is het behoudt van de traditionele voedingsgewoonte. Een tweede manier is het geheel overnemen van de voedingsgewoonten van het gastland. De laatste manier is het incorporeren van

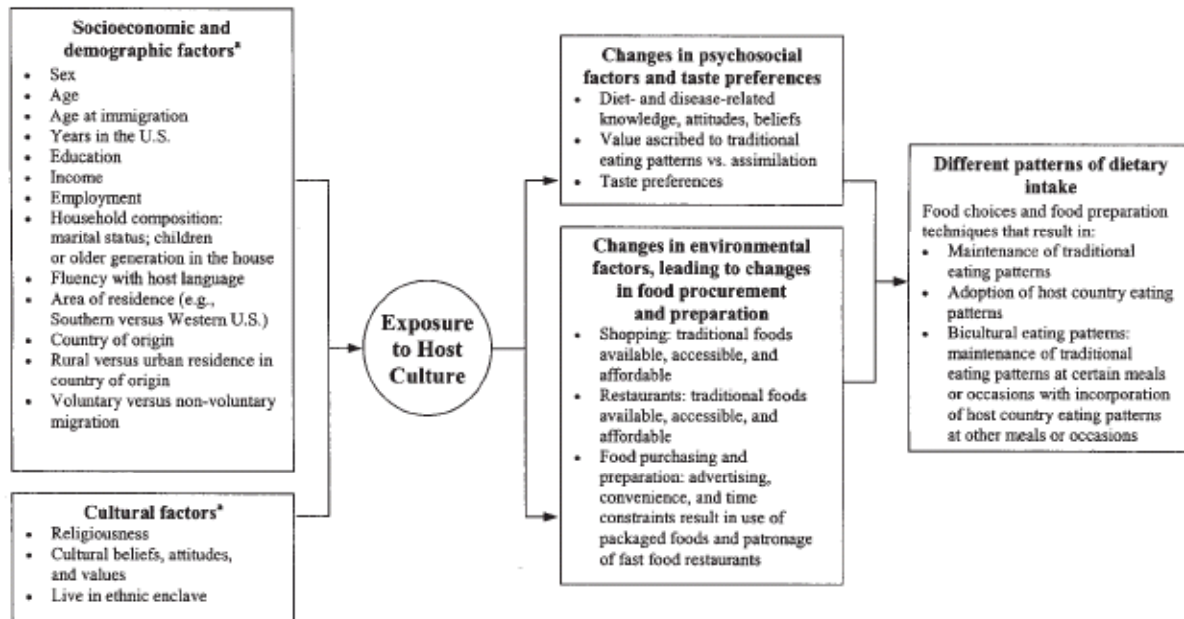


Fig. 3: Model van "dietary acculturation": het proces waarop etnische migrantengroepen nieuwe voedingspatronen van het gastland overnemen.

voedingsgewoonten van het gastland in hun voedingspatroon, terwijl een aantal traditionele voedingsgewoonten gehouden worden, ook wel biculturalisme genoemd (Satia-Abouta et al., 2002).

In de vaak langdurige periode van spanning over het wel of niet verkrijgen van een status, bieden de voedingsgewoonten uit het land van herkomst houvast. Veel persoonlijke bezittingen en soms zelfs familieleden zijn verloren. Voeding is een middel om de eigen cultuur en identiteit te behouden (Brugge, 2003). Het roept vaak heimwee op, doordat de traditionele gerechten en de daarbij gebruikte producten en bereidingswijzen, de sfeer en de geur van betere tijden in herinnering brengen (Kruk, 2004).

Sociaaleconomische positie

Het model laat zien dat de sociaal economische status (ses) van een persoon samenhang vertoont met de gezondheid. Laag opgeleiden, personen met een laag inkomen en/of beroep met laag aanzien zijn in het algemeen ongezonder dan personen met een hoge sociaal economische status (Visscher et al., 2005). De minder goede gezondheid van mensen met een lage ses is deels het gevolg van het verhoogd voorkomen van gezondheidsrisico's. Personen met een lage ses hebben een minder gezonde leefstijl: roken en drinken meer, eten minder groenten en fruit en bewegen minder. Ook zijn materiele omstandigheden (woon en werkomstandigheden) vaak minder gunstig voor de gezondheid (van der Lucht, 2006).

Asielzoekers hebben een klein budget (52 euro per week per volwassene en 33 euro per week per kind) en het is maar in beperkte mate toegestaan om te werken of te studeren tijdens de asielprocedure. In de literatuur is te vinden dat de ervaringen met de bestaande beperkte werkgelegenheden niet gunstig zijn de. Vooral het inhouden van een deel van het inkomen wordt als vervelend ervaren. Wie verdient krijgt de wekelijkse toelage van 52 euro niet uitbetaald. Wie veel verdient dient van zijn inkomsten een deel af te dragen als bijdrage aan de kosten van verblijf in het asielzoekerscentrum. De lange, eindeloos voortdurende tijd zonder werk, geld of verblijfsvergunning zorgt voor veel frustratie (Kramer et al., 2003).

Door het beperkte budget zou het kunnen dat asielzoekers niet altijd alle voedingsmiddelen kopen die zij willen. Vaak zijn voedingsmiddelen uit het land van herkomst hier moeilijk te verkrijgen en duur. Geld, smaak en verkrijgbaarheid vormen een belangrijke reden om voedingsmiddelen niet te kopen (Kruseman et al., 2005). In 2006 is in Ierland een studie gedaan naar de relatie tussen armoede en sociale uitsluiting en het voedingsgedrag van asielzoekers (Manandhar et al., 2006). Dit onderzoek toonde aan dat voedingsarmoede een groot probleem is. Veel asielzoekerscentra liggen ver van winkelcentra af en asielzoekers zijn daardoor afhankelijk van openbaarvervoer of kleine winkels in de buurt met weinig keus en duurdere producten. Asielzoekers in Ierland geven aan dat ze voedingsuitgaven beperken om zo andere noodzakelijke uitgaven voor hun kinderen te kunnen doen. Over het algemeen leidt het voedingspatroon van arme mensen eerder tot een slechte gezondheid en een hoger risico op obesitas (Visscher et al., 2005).

Maatschappelijke context

Volgens Stronks et al. (1999) is het belangrijk om de context waarin migranten terecht komen in ogenschouw te nemen om eventuele verschillen in gezondheid tussen autochtone en allochtone bevolking te kunnen begrijpen. Sociale cohesie speelt daarbij een rol en kan van invloed zijn op de gezondheid. Sociale cohesie gaat over de mate waarin men elkaar vertrouwt, de mate waarin nauwe familiebanden bestaan en de mate waarin men contact heeft met de autochtone bevolking (Campbell et al., 2002).

In de literatuur is te vinden dat asielzoekers vaak zonder familie of vrienden in Nederland aan komen (de Vries, 2002). Daarnaast moeten asielzoekers een heel andere sociale structuur begrijpen. Het leven blijkt in Nederland veel strikter georganiseerd. In het thuisland steunden ze op familie en relaties, hier blijken regels en instellingen veel belangrijker. Er is volgens de Vries (2002) sprake van desoriëntatie: de sociale werkelijkheid in Nederland, geregeld door de klok en agenda's, regels en bureaucratie,

formele en afstandelijke sociale verhoudingen, inhoudelijke argumenten en gelijke behandeling, levert vluchtelingen veel moeilijkheden op.

Daarnaast kan discriminatie als stressfactor optreden wat een negatieve invloed op met name de psychische gezondheid heeft (Karlsen et al., 2002).

3.1.4 Specifieke Determinanten

Leefstijl

Uit het model blijkt culturele kenmerken en de maatschappelijke context mede de leefstijl bepalen. In dit stuk zal met name de leefstijlcomponent voeding worden besproken. Bewegen, roken en alcohol spelen daarnaast een grote rol. Ten aanzien van voeding en gezondheid is al veel onderzoek gedaan en in het algemeen kan gesteld worden dat een evenwichtig voedingspatroon cruciaal is voor een goede algemene gesteldheid en de weerstand tegen ziekten (RIVM, 2007). Van Dale (2007) verstaat onder voedingspatroon: "geheel van eetgewoonten van iemand => voedingsgewoonte". Van deze omschrijving gaat dit onderzoek uit.

Uit eerder genoemd onderzoek gedaan in Ierland kwam naar voren dat gewichtstoename, beperkte voedselkeuze, hoge inname van vet en eiwitten en voedingsarmoede een groot probleem vormt voor asielzoekers. Ook laat het onderzoek laat zien dat cultuur veel invloed heeft op de voedingsgewoonten. Migranten zijn meestal langzamer met het aanpassen van hun voedingsgewoonten dan met veel andere aspecten van hun culturele leven. Wanneer asielzoekers in een vreemd land komen zorgen andere voedingsgewoonten en voorkeuren ervoor dat ze als anders worden gezien dan de inwoners van het gastland. De bereidheid van een individuele asielzoeker of groep om voedingsgewoonten aan te passen aan de normen van het gastland is een indicator van integratie. Gebrekkige integratie wordt geassocieerd met psychologische stress en een slechte gezondheid (Manandhar et al., 2006; Williams, 1993).

In Zwitserland is een onderzoek gedaan naar de ervaren voedingsveranderingen en problemen bij Afrikaanse asielzoekers (Kruseman et al., 2005). De asielzoekers in deze studie geven aan minder fruit en groente te consumeren en meer frisdrank te gebruiken. Sommige respondenten geven andere veranderingen aan zoals het toevoegen van ontbijtgranen, het verminderen van het gebruik van palmolie en traditionele gerechten, het vervangen van geitenvlees voor schapenvlees, het verlagen van het gebruik van gerookte/gezouten vis of het vervangen ervan door vis uit blik en het toevoegen van nieuwe voedingsmiddelen zoals cornet beef, sardines uit blik, mayonaise, chocolade en olijfolie.

Minder dan 42 procent van de asielzoekers in het onderzoek is tevreden met hun voeding in Zwitserland en vindt de voeding overvloedig en gevarieerd. De andere 58 procent is niet tevreden en zegt niet gewend te zijn voor zichzelf te koken en hun dieet te eenzijdig te vinden. Het blijkt dat verpleegkundigen die met asielzoekers werken frequent klachten krijgen over gewichtstoename en obstipatie. Asielzoekers associëren deze klachten met hun veranderde leefstijl en dieet. Daarnaast rapporteren ze moeilijkheden wat betreft het koken met lokale Zwitserse voedingsmiddelen. Aanbeveling van de studie is om asielzoekers bekend te maken met lokale Zwitserse producten wat betreft de namen, de bereiding en het gebruik.

Uit onderzoek gedaan bij alleenstaande minderjarige asielzoekers in Nederland blijkt dat de kennis over gezonde voeding vaak ontbreekt (Wigger, 2002).

Fysieke omgeving

In het model is te zien dat de contextuele mechanismen migratiegeschiedenis, sociaaleconomische factoren en maatschappelijke context hebben invloed op de fysieke omgeving.

In de literatuur is te vinden dat de leefomstandigheden in asielzoekerscentra niet makkelijk zijn. Er is weinig privacy en men woont met veel nationaliteiten door elkaar wat voor spanningen kan zorgen. Vaak wonen asielzoekers jarenlang in deze centra en moeten ze dikwijls verplaatsen van het ene asielzoekerscentra naar het andere. Er is geen mogelijkheid om een leven op te bouwen (van Dijk et al., 2001; Willigen, 1996). De wijze waarop de opvang is georganiseerd en de regels en beperkingen, opgelegd vanuit de overheid, blijken een sterke invloed te hebben op het gevoel van welbevinden en het gezondheidsgedrag van asielzoekers (de Jongh et al., 2004).

De omgeving is van invloed op voedingsgedrag. Het kopen van gezonde voeding hangt bijvoorbeeld af van het aanbod, persoonlijk budget en de prijs van voedingsmiddelen (van Raaij, 1984).

Sociale omgeving

Uit het model blijkt dat de sociaaleconomische en maatschappelijke context invloed hebben op de sociale omgeving. Het gescheiden zijn van partner, kinderen of familieleden en daarmee het ontbreken van een persoonlijk intiem sociaal netwerk is een risicofactor die de gezondheid nadelig beïnvloedt (Stronks, 2004).

Toch blijkt uit de literatuur dat asielzoekers met familie in Nederland zich relatief slechter voelen dan asielzoekers zonder familie in Nederland (Elshof, 2006). Gerritsen et al. (2005) concluderen dat de burgerlijke staat geen invloed heeft op de ervaren gezondheid van asielzoekers. Een verklaring hiervoor kan zijn dat door het wegvallen van de bredere sociale context mensen uit één gezin of familie meer op elkaar zijn aangewezen. Dit kan

een positieve of negatieve uitwerking hebben en daarmee resulteren in het verkrijgen van effectieve steun dan wel tot het ervaren van een last (de Vries, 2002).

Tevens hebben asielzoekers te maken met een veranderde sociale rol. Als gevolg hiervan ondervinden zij een afhankelijke positie, zijn zij weinig betrokken bij de eigen leefsituatie en ervaren zij het verblijf als niet zinvol (de Jongh et al. 2004). Voor veel, met name alleenstaande asielzoekers is de hulpverlener een vervanging van de sociale context. Het is belangrijk dat de sociale steun van de hulpverlener aansluit bij de behoefte van de ontvanger en bij zijn idee over wat hem zal helpen (de Vries, 2002).

Voeding is in elke gemeenschap diep geworteld in de sociale, religieuze en economische aspecten van het dagelijks leven. Voeding heeft een symbolische betekenis, het bereiden en consumeren van maaltijden kan gezien worden als een sociaal ritueel en draagt bij aan de identiteit en sociale cohesie. De sociale omgeving waarin maaltijden bereid, geconsumeerd en gedeeld worden zorgt voor een versterking van de sociale relaties. Elk land heeft regionale, etnische of religieuze gerechten. Voeding die lokaal bereid en geconsumeerd wordt is nauw verbonden met de continuïteit en cohesie van een gemeenschap en voedingsgewoonten worden vaak meegenomen naar andere landen wanneer leden van de gemeenschap emigreren. Elke gedwongen verandering in het voedingspatroon kan implicaties hebben voor de voedselinname en voor asielzoekers kan dit zeker een rol spelen (Helman, 2001).

Psychosociale stress

Het model neemt psychosociale stress mee als factor die de gezondheid beïnvloedt en het verschil in gezondheid tussen autochtonen en allochtonen kan verklaren.

In de literatuur zijn hier in relatie tot asielzoekers verklaringen voor te vinden. De hoge prevalentie van psychische klachten onder asielzoekers heeft waarschijnlijk te maken met de recente vlucht en de onzekerheid over het verkrijgen van een verblijfsvergunning en daarmee over de toekomst (Willigen, 1996). Het min of meer gedwongen leven in een asielzoekerscentrum heeft invloed op de beperkte mate van zeggenschap die asielzoekers hebben over hun eigen leven. De Jongh et al. (2004) stellen dat de wijze waarop de opvang momenteel georganiseerd is niet bijdraagt aan het bevorderen van zelfstandigheid en zelfontplooiing. Het verblijf in het asielzoekerscentrum heeft volgens de Jongh et al. daardoor juist een belemmerende invloed op de mogelijkheden van asielzoekers om hun gezondheid te behouden. Daarnaast speelt de lengte van het verblijf een belangrijke rol bij het voorkomen van psychiatrische ziekten. Uit onderzoek bij Irakese asielzoekers bleek dat Irakese asielzoekers die meer dan twee jaar in Nederland verbleven meer risico hadden op psychiatrische stoornissen dan Irakese asielzoekers die recenter naar Nederland kwamen (Laban et al., 2004; 2005).

Gebruik van gezondheidszorg

Het model ziet het gebruik van gezondheidszorg als een indicator die de prognose van gezondheidsproblemen voorspelt. Er zijn aanwijzingen dat de toegankelijkheid van sommige voorzieningen voor allochtonen beperkt is, mogelijk samenhangend met knelpunten in de communicatie en culturele barrières. Culturele verschillen zijn van belang voor het gebruik van zorg (Stronks, 2004).

Uit de literatuur blijkt dat een slechte algemene gezondheid van asielzoekers geassocieerd is met een hoger gebruik van de gezondheidszorg (Gerritsen et al, 2005). Toch hebben asielzoekers geen hogere huisartscontacten frequentie dan de Nederlandse populatie. Dit kan verklaard worden doordat asielzoekers gebruik maken van een ander zorgsysteem dan de Nederlandse populatie. Volgens Gerritsen et al. (2005) merkt de verpleging de zelfgerapporteerde klachten op, maar zegt dit niets over de kwaliteit van de zorg. Belangrijk is dus om aan de kwaliteit van zorg aan asielzoekers aandacht te besteden. Ook ander onderzoek toont aan dat het zorgsysteem en met name de psychische hulpverlening vaak niet goed op asielzoekers is afgestemd (Watters, 2002).

3.2 Operationalisering

Het is niet mogelijk alle factoren uit het conceptuele model van Stronks (1999 et al.) te toetsen. Dit onderzoek beoogt de ervaren gezondheid en de kenmerken en waardering van het voedingspatroon van asielzoekers in beeld te brengen om zo het zorgaanbod beter op deze doelgroep te kunnen afstemmen. Van belang voor het vormen van hypothesen zijn daarom de factoren sociaal-economische status, leefstijl, fysieke omgeving, sociale omgeving en psychosociale factoren. De invloed van genetische factoren, culturele factoren, migratiegeschiedenis en maatschappelijke context onderzoekt deze studie niet. Het onderzoek heeft niet als doel om naar verschillen tussen groepen te kijken, maar wil asielzoekers als één geheel bestuderen. Wel zal bekeken worden of er verschillen zijn voor mannen of vrouwen en of herkomst een rol speelt.

Om het voedingspatroon te onderzoeken wordt gebruik gemaakt van onderzoeken gedaan in Ierland (Manandhar et al, 2006) en Zwitserland (Kruseman, 2005). Op deze onderzoeken zijn de hypothesen over voeding grotendeels gebaseerd.

3.3 Hypothesen

Op basis van de bestaande literatuur en het conceptueel model van Stronks et al. zijn hypothesen opgesteld. De hypothesen zijn per onderzoeksvraag weergegeven.

1. Hoe ervaren asielzoekers gezondheid?

Hypothese 1: Een slechte psychische gezondheid van asielzoekers zal zorgen voor een slechte ervaren gezondheid.

Hypothese 2: Het langdurig verblijven in een asielzoekerscentrum zal zorgen voor een verslechtering van de gezondheid van asielzoekers.

2. Welke kenmerken heeft het voedingspatroon van asielzoekers?

Hypothese 3: Hoe langer asielzoekers in Nederland verblijven hoe meer zij voedingsgewoonten uit Nederland zullen incorporeren in hun traditionele voedingspatroon.

3. Hoe waarderen asielzoekers hun voeding?

Hypothese 4: Asielzoekers zullen de voeding in Nederland slechter waarderen dan de voeding in het land van herkomst.

Hypothese 5: Het beperkte budget van asielzoekers heeft een negatieve invloed op de waardering van voeding in Nederland.

4. Welke relatie is er te leggen tussen het voedingspatroon en de voedingswaardering van asielzoekers en hun ervaren gezondheid?

Hypothese 6: De leefsituatie van asielzoekers heeft invloed op hun voedingspatroon en daarmee op hun ervaren gezondheid.

Hypothese 7: Hoe slechter asielzoekers hun voeding waarderen hoe slechter zij hun gezondheid zullen ervaren.

4. Methodologisch kader

Dit methodologisch kader geeft een verantwoording van de wijze waarop dit onderzoek is opgezet en uitgevoerd. In de eerste paragraaf worden de onderzoeksvragen uitgewerkt in specifieke vragen. Paragraaf 4.2 beargumenteert de keuze voor de onderzoeksstrategie van dit onderzoek. Vervolgens wordt de samenstelling van de onderzoekspopulatie beschreven. Paragraaf 4.4 geeft de onderzoeksmethoden weer en beschrijft op welke manier zij hebben bijgedragen aan het onderzoek. De dataverwerking en analyse wordt weergegeven in paragraaf 4.5. In paragraaf 4.6 komt de validiteit van het onderzoek aan bod. De laatste paragraaf betreft de ethische overwegingen in dit onderzoek.

4.1 Onderzoeksvragen

In het inleidende hoofdstuk zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- 1) *Hoe ervaren asielzoekers hun gezondheid?*
- 2) *Welke kenmerken heeft het voedingspatroon van asielzoekers?*
- 3) *Hoe waarderen asielzoekers hun voeding?*
- 4) *Welke relatie is er te leggen tussen het voedingspatroon en de voedingswaardering van asielzoekers en hun ervaren gezondheid?*

Aan de hand van het theoretisch kader in hoofdstuk 3 zijn de onderzoeksvragen uitgewerkt in de volgende specifieke vragen:

- 1
 - a. Hoe ervaren asielzoekers hun algemene gezondheidstoestand?
 - b. Worden er psychische gezondheidsproblemen ervaren?
 - c. Welke determinanten beïnvloeden de ervaren gezondheid en de psychische gezondheid?
- 2
 - a. Welke hoofdkenmerken heeft het voedingspatroon van asielzoekers?
 - b. Welke determinanten beïnvloeden het voedingspatroon?
- 3
 - a. In hoeverre zijn asielzoekers tevreden met hun voedingspatroon?
 - b. Is de waardering voor de voeding verandert sinds het verblijf in Nederland?
 - c. Welke problemen worden er ervaren met betrekking tot het verkrijgen van voedingsmiddelen?
 - d. In hoeverre heeft de waardering voor voeding invloed op de ervaren gezondheid?
- 4
 - a. Welke verklaring geven asielzoekers voor eventuele gezondheidsproblemen en welke betekenis heeft dit voor hen?

- b. Welke ideeën hebben ze wat betreft het bevorderen van hun gezondheid tijdens het verblijf in het asielzoekerscentrum?
- c. Welke problemen komen asielzoekers met betrekking tot hun voedingspatroon tegen en welke betekenis heeft dit voor hen?
- d. Welke ideeën hebben ze wat betreft het bevorderen van hun voedingspatroon tijdens het verblijf in het asielzoekerscentrum?
- f. Leggen asielzoekers een relatie tussen hun voedingspatroon en hun gezondheid?

4.2 Studie type and design

Dit onderzoek heeft twee thema's, namelijk de ervaren gezondheid en de voeding van asielzoekers. Het heeft zowel een kwantitatieve als kwalitatieve insteek. Het kwantitatieve deel van het onderzoek is hoofdzakelijk descriptief van karakter en geeft antwoord op onderzoeksvragen één, twee en drie. Het vormt het grootste gedeelte van het onderzoek. Op basis van vragenlijsten is in kaart gebracht hoe een groep asielzoekers in verschillende asielzoekerscentra hun gezondheid ervaart en welke determinanten deze ervaren gezondheid beïnvloeden. Daarnaast wil de vragenlijst een aantal kenmerken van het voedingspatroon van asielzoekers in kaart brengen en bekijken hoe ze het voedingspatroon waarderen en in hoeverre dit verandert is sinds het verblijf in Nederland. Dit laatste deel bevat ook een exploratieve component. Er is voor zover bekend weinig bekend over de voeding van asielzoekers en deze studie wil daarom meer inzicht krijgen in het voedingspatroon om te kijken of er knelpunten zijn. Kwantitatief onderzoek heeft als voordeel dat het conclusies kan genereren die kunnen worden gegeneraliseerd (Hardon et al., 2001).

Het kwalitatieve deel is exploratief van aard en geeft antwoord op hoofdvraag vier. Er is getracht om door middel van observeren en interviews meer betekenis te geven aan de kwantitatieve gegevens. Op basis van semi-gestructureerde interviews is onderzocht welke relatie er te leggen is tussen het voedingspatroon van asielzoekers en hun ervaren gezondheid. Er is gevraagd welke verklaringen asielzoekers voor hun gezondheidssituatie hebben en welke betekenis deze voor hen heeft. Daarnaast is gevraagd hoe zij hun voedingspatroon waarderen, welke problemen ze tegen komen en hoe hier mee om gegaan wordt. De interviews vormen op deze manier een verdieping op de vragenlijsten. Een kwalitatieve methode om de ervaren gezondheid en waardering over het voedingspatroon onder asielzoekers te onderzoeken kan een goede aanvulling zijn op kwantitatieve gegevens. Het beschrijft de eigen opvatting over gezondheid en het voedingspatroon, belangrijke informatie die vaak mist in kwantitatieve onderzoeksgegevens over asielzoekers (Ekblad et al., 1999). Het onderzoek vindt het

belangrijk om de mening van asielzoekers zelf te horen om zo van binnenuit ("bottom up" en niet "top down") aanbevelingen te kunnen geven.

De uitkomsten van dit onderzoek zijn vergeleken met uitkomsten over ervaren gezondheid en het voedingspatroon uit eerder onderzoek. Ze zijn daarnaast vergeleken met de ervaren gezondheid en het voedingspatroon van de autochtone bevolking. In de resultaten zullen vier onderdelen besproken worden: De ervaren gezondheid; de kenmerken van het voedingspatroon; de waardering van dit voedingspatroon en de relatie die er te leggen is tussen het voedingspatroon van asielzoekers en hun gezondheid.

4.3 Onderzoekspopulatie en steekproef

Het onderzoek is na toestemming van het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers (COA) verricht bij asielzoekers boven de achttien jaar in vier asielzoekerscentra in Nederland. Er is gekozen om twee verschillende typen centra te selecteren om mogelijke verschillen in de ervaren gezondheid en het voedingspatroon van asielzoekers op deze centra te kunnen onderzoeken. Twee centra zijn gericht op terugkeer, namelijk Utrecht en Schalkhaar. De andere twee centra zijn gericht op oriëntatie & inburgering, namelijk Dronten en Arnhem. Door verschillende centra te selecteren wordt voorkomen dat er teveel aandacht uit gaat naar omgevingsfactoren die voor een bepaald opvangcentrum gelden. Voedingsgedrag wordt mede bepaald door omgevingsfactoren (van Raaij, 1984). De centra liggen verspreid over Nederland om een betere afspiegeling te krijgen van Nederlandse asielzoekers.

De deelnemers zijn niet aselekt gekozen. Een aselechte methode zou mogelijk bij deze doelgroep niet effectief zijn, aangezien bij het laten terugsturen van vragenlijsten de respons vaak zeer laag is. Bovendien bespaarde het tijd als de vragenlijsten direct werden afgenomen en er niet gewacht hoefde te worden op de respons. Daarnaast staat een groot aantal asielzoekers ingeschreven op een azc, maar woont daar niet. Ook is er in de meeste azc's een snelle doorloop.

Aan asielzoekers van alle nationaliteiten is gevraagd om de vragenlijst in te vullen en aan de interviews deel te nemen om zo een breed beeld te krijgen van de asielzoekerpopulatie.

4.4 Onderzoeksmethoden

In deze paragraaf komen de verschillende dataverzamelmethode die voor deze studie gebruikt zijn aan bod. Er is gekozen voor een combinatie van verschillende dataverzamelmethode, de zogenaamde methodetriangulatie. Er is gebruik gemaakt

van literatuuronderzoek, observatie, vragenlijsten en interviews. Er zijn dus verschillende soorten empirisch 'bewijsmateriaal' gebruikt om tot de conclusie te komen.

4.4.1 Literatuur onderzoek

Voor het theoretisch kader is een literatuurstudie uitgevoerd, waarvoor eerder onderzoek naar ervaren gezondheid geanalyseerd is. Tevens is het onderwerp voeding en asielzoekers geanalyseerd. Dit resulteerde uiteindelijk in hypothesen over de verwachte uitkomsten van het onderzoek. Naast literatuur gericht op het theoretisch kader is ook achtergrond literatuur over asielzoekers in Nederland bestudeerd. Dit is weergegeven in hoofdstuk 2. Aan de hand van de literatuurstudie zijn de onderzoeksvragen geformuleerd en is het verdere onderzoek opgezet.

4.4.2 Observeren en participeren

Bij observatie vormt de natuurlijke context het terrein waarop het onderzoek wordt uitgevoerd. Het kan aanvullende, meer nauwkeurige informatie geven over het feitelijke gedrag van mensen. Vragenlijsten en interviews kunnen onvolledig zijn, omdat bepaalde vragen niet gesteld zijn of omdat mensen sommige dingen niet vertellen. Observatie kan daarom ter controle dienen van de al verzamelde gegevens (Hardon et al., 2001).

Op elk centrum is een dagdeel besteed aan het observeren en inventariseren van de leefomgeving van de asielzoeker. Hoe woont men, hoe ziet de kookgelegenheid eruit, waar kunnen boodschappen gedaan worden? Er is met een aantal bewoners meegekeken tijdens het koken en er is met bewoners meegegeten. Zo kon een breder beeld gevormd worden van de leefomgeving van de asielzoeker en het kon ter ondersteuning dienen van de andere onderzoeksgegevens. Er is deelgenomen aan een informatiemarkt over voeding en beweging van de MOA om meer achtergrond informatie te krijgen over de problemen die asielzoekers tegen komen en te kijken welke vragen er over voeding bij hen leven.

Observeren legt alleen waarneembare zaken vast en niet de achterliggende motieven. Hiervoor zijn andere methoden zoals interviewen en focusgroepen nodig (Baarda et al., 2001). De observaties in dit onderzoek zijn kwalitatief van aard.

4.4.3 Vragenlijsten

Type vragenlijst

Er is voor een deel gebruik gemaakt van een bestaande vragenlijst. Dit is een aangepaste versie van de Short Form 12 (SF12) vragenlijst die Elshof (2006) voor haar onderzoek gebruikt heeft. Op deze manier konden de twee onderzoeken met elkaar vergeleken worden.

De SF12 is een internationaal gestandaardiseerde vragenlijst, ontwikkelt door QualityMetric Incorporated in samenwerking met de Health Assessment Lab (HAL) en de International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project in de Verenigde Staten. De SF12 is een verkorte versie van de Short Form 36 en bestaat uit 12 vragen over de ervaren gezondheid en het welzijn. In verband met de lengte van de vragenlijst zijn voor dit onderzoek alleen de vragen naar de algemene gezondheid en de vragen naar vitaliteit en geestelijke gezondheid opgenomen (vraag 10 en 12 a, b en c, zie bijlage IV). Deze vragen waren het meest relevant voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen en een te lange vragenlijst kon mogelijk een grotere non-respons opleveren. De meeste vragen hebben betrekking op de laatste vier weken. De SF12 is aangevuld met negen demografische vragen, namelijk: geslacht; leeftijd; land van herkomst; opleidingsniveau; lengte van verblijf in Nederland; familie in Nederland; gewicht; lengte en gewichtverandering (vraag 1 t/m 9, zie bijlage IV) en 1 vraag uit de Short Form 36 (vraag 11, zie bijlage IV) die relevant leken voor de onderzoeksvragen.

Daarnaast zijn 12 vragen over het voedingspatroon in de vragenlijst opgenomen. Hiervoor is één vraag gebruikt uit de tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk (vraag 14, zie bijlage IV) (Lindert, 2004) en drie vragen uit de Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid van de GGD (vraag 13, 15, 16, zie bijlage IV). Niet alle vragen uit de standaardvragenstelling voeding van de Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid van de GGD zijn geschikt voor de doelgroep, aangezien het teveel toegespitst is op het Nederlandse eetpatroon en ze te moeilijk zijn om zelfstandig goed in te vullen. De overige 8 vragen (vraag 17 t/m 23, zie bijlage II) zijn zelf toegevoegd.

Er is niet gekozen voor het navragen van het beweegpatroon in verband met de lengte van de vragenlijst en het tijdsbestek van het onderzoek. Daarnaast zijn veel bestaande vragenlijsten over bewegen minder goed toepasbaar op asielzoekers. De vragenlijst bewegen van de Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid gaat bijvoorbeeld uit van woon/werkverkeer, huishoudelijke activiteiten en vrijetijdsbesteding zoals tuinieren. Hier zal bij asielzoekers minder sprake van zijn. De vragen zijn ook vrij lang en daarom moeilijker in te vullen.

Het invullen van de vragenlijst neemt ongeveer 10 minuten in beslag.

Pretest

De vragenlijst is gepretest door drie voormalig asielzoekers. Alleen de vragen uit de SF 12 en SF36 bleken voor verwarring te zorgen of als dubbel te worden ervaren. Op zich gaf het invullen ervan geen problemen, maar men vroeg zich alleen of waarom bepaalde dingen (soms dubbel) gevraagd werden. Deze vragen konden echter niet verder aangepast worden, aangezien de vragen gestandaardiseerd zijn. Elshof (2006) had de

vragen al in begrijpelijker Nederlands omgezet. Bij de vragen over de kenmerken van de voeding werd opgemerkt dat er geen keuze was tussen nooit of 1 dag per week. Dit is aangepast.

Dataverzameling

De vragenlijsten zijn door het Tolk en Vertaal Centrum Nederland (TVCN) in het Engels, Frans, Arabisch, Farsi, Servo-Kroatisch, Russisch, Somalisch en Chinees vertaald, afgestemd op de bewoners van de deel te nemen asielzoekerscentra.

Gedurende een periode van vier weken (april 2007) zijn asielzoekers in vier verschillende asielzoekerscentra benaderd om de vragenlijsten in te vullen. De vragenlijsten zijn ter plekke afgenomen tijdens de meldplicht die wekelijks op elk centrum plaatsvindt. Alle asielzoekers ouder dan achttien jaar moeten wekelijks bij de vreemdelingenpolitie hun vingerafdruk en identiteitspas door een computer laten scannen. Op deze manier konden alle asielzoekers van de deel te nemen centra benaderd worden om de vragenlijst in te vullen.

Een aantal dagen voorafgaand aan de afname van de vragenlijsten is via de kabel tv van de centra in Dronten en Schalkhaar een aankondiging gedaan over het plaatsvinden van het onderzoek tijdens de meldplicht. Op de centra in Arnhem en Utrecht is het onderzoek middels een brief aangekondigd. Voor elk centrum is 1 dag uitgetrokken voor de afname van de vragenlijsten en hebben drie personen geassisteerd bij het afnemen van deze vragenlijsten.

In totaal hebben zich op de vier centra rond de 1460 mensen gemeld. Daarvan hebben 440 asielzoekers de vragenlijsten ingevuld. De respons ligt hiermee rond de 30%. Door alle medewerkers van de meldplicht werd dit als hoog ervaren. Veertig vragenlijsten waren onvolledig ingevuld en zijn daardoor niet meegenomen in het onderzoek. Per post zijn tien vragenlijsten retour gekomen van mensen die geen tijd hadden om de vragenlijst ter plekke in te vullen. Er waren veel meer retourenveloppen uitgedeeld dan het aantal dat teruggekomen is en dit geeft aan dat het direct laten invullen van de vragenlijsten een goede methode is om een hoge respons te halen.

4.4.4 Interviews

Type interview

Er is gekozen om een semi-gestructureerd interview te gebruiken met een exploratief karakter om zo dieper in te kunnen gaan op gezondheids- en voedingsgerelateerde onderwerpen. De specifieke vragen bij onderzoeksvraag vier vormen de leidraad voor de semi-gestructureerde interviews, waarin gebruik wordt gemaakt van een globale vraagroute (Baarda et al., 2001).

Dataverzameling

Na de afname van de vragenlijst zijn negen interviews gehouden. De deelnemers zijn uit de vragenlijsten geselecteerd en op andere manieren binnen de centra gezocht. Gekozen is om asielzoekers van verschillende nationaliteiten te selecteren om zo een breed beeld te krijgen. Alleen respondenten die Engels of Nederlands spraken zijn geselecteerd. De interviews vonden plaats op de kamer van de asielzoeker in de eigen leefomgeving.

4.5 Analyse

Na het verzamelen van alle gegevens kon worden overgegaan tot de analyse. Per onderzoeksmethode wordt beschreven hoe de gegevens geanalyseerd zijn.

4.5.1 Vragenlijsten

De vragenlijsten zijn geanalyseerd met behulp van het statistische analyseprogramma SPSS 12.0. De data zijn vergeleken met gegevens van de Nederlandse populatie verkregen via het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Daarnaast zijn ze vergeleken met bestaande literatuur.

Multiple logistische regressie

Om sociaal demografische factoren op te sporen die onafhankelijk geassocieerd zijn met gezondheidsuitkomsten en voedingswaardering is gebruik gemaakt van multiple logistische regressie. Logistische regressie kan gebruikt worden om de invloed van één of meerdere onafhankelijke variabelen op een afhankelijke variabele te testen en is geschikt voor een afhankelijke variabele die dichotoom van aard is. Het logistische model gaat uit van relatieve kansverhoudingen ('odds ratio's') of eigenlijk gecorrigeerde relatieve kansenverhoudingen ('gecorrigeerde odds ratio's') omdat ze worden gecorrigeerd voor de effecten van de overige in de regressieanalyse opgenomen variabelen.

Voor de logistische regressie zijn de verschillende antwoordcategorieën gedichotomiseerd. De vraag over gezondheidsbeleving is gedichotomiseerd in 'goed' (uitstekend, zeer goed en goed) en 'slecht' (matig, slecht). Voor de psychische gezondheid zijn de vragen over rustig en tevreden voelen en somber en triest voelen gedichotomiseerd en vervolgens gecombineerd tot één nieuwe variabele, psychische gezondheid, met als uitkomstmogelijkheden 'slecht' en 'goed'. Er is met behulp van Factoranalyse en Cronbachs alpha berekend of de vragen gecombineerd konden worden tot één variabele. Factoranalyse geeft inzicht in de mate waarin bestaande variabelen onafhankelijk van elkaar kunnen zijn. Na de factoranalyse kan met behulp van Cronbachs alpha worden onderzocht wat de interne consistentie van de vragen is en in hoeverre de verschillende vragen dezelfde variabele meten. Als vuistregel wordt gehanteerd dat de

interne consistentie redelijk is bij een Cronbachs alpha van 0.60 tot 0.80 en goed bij een Cronbachs alpha van 0.8 of hoger (Baarda en de Goede, 2001). Een Cronbachs alpha van 0.60 wordt als grens genomen voor het mogen samenvoegen van variabelen. Factoranalyse en Cronbachs alpha wezen uit dat de vragen gecombineerd konden worden tot één variabele. Uit de factoranalyse blijkt dat beide items laden op dezelfde factor: >0.80 en Cronbachs alpha is 0.60.

De vraag over vitaliteit is eveneens gedichotomiseerd in ja' (nooit, zelden, soms) en 'nee' (altijd, meestal). De vraag over de waardering van voeding in Nederland is gedichotomiseerd in 'goed' (uitstekend, zeer goed en goed) en 'slecht' (matig, slecht).

In multiple logistische regressies zijn de afhankelijke variabelen ervaren gezondheid, psychische gezondheid en vitaliteit en waardering van de voeding door asielzoekers geregresseerd op de determinanten geslacht, leeftijd, lengte verblijf, BMI, familie in Nederland en type centra, eerst zonder (in Model 1) en vervolgens met controle voor ervaren gezondheid, psychische gezondheid, vitaliteit en waardering voeding als covariaten (in Model 2). Voor het regresseren van de afhankelijke variabele 'waardering van de voeding' zijn de onafhankelijke determinanten geld en gewichtsverandering naast de eerder genoemde determinanten aan model 1 toegevoegd. Op deze manier kon gecontroleerd worden voor alle relevante determinanten, waarvan op basis van literatuurstudie verwacht werd dat deze effect zouden kunnen hebben op de afhankelijke variabelen. De verschillende sociaaldemografische determinanten zijn echter niet altijd de achtergrondfocus en zijn dan ook echt als controle gebruikt.

In totaal zijn zo vier multiple logistische regressie analyses uitgevoerd. Gecorrigeerde odds ratio's met bijbehorende betrouwbaarheids intervallen zijn berekend om zo te controleren voor alle andere variabelen in het model. $p < 0.05$ wordt genomen als statistisch significant voor alle analyses.

De kwaliteit van de verschillende modellen is in de tabellen weergegeven met Chikwadraat en Nagelkerke pseudo R^2 . Met de Chikwadraattoets is bepaald of het model met daarin alle variabelen significant is ($p < 0.05$) en is dus bij de data past. De Nagelkerke pseudo R^2 is vergelijkbaar met de R^2 die bij lineaire regressie het aandeel van de door de onafhankelijke variabelen verklaarde variantie van de afhankelijke variabele aangeeft. De waarde van de Nagelkerke pseudo R^2 kan variëren tussen de 0 en 1. Hoe groter de waarde hoe beter het model past bij de gegevens

Kruistabellen en Chikwadraattoets

Voor de determinanten geslacht, opleiding, soort centrum, BMI, leeftijd, familie in Nederland, geld en land van herkomst is met behulp van kruistabellen en tweezijdige Pearson Chikwadraat gekeken naar de associatie met het voedingspatroon.

Daarnaast zijn kruistabellen en de tweezijdige Pearson Chikwadraattoets gebruikt om te kijken naar de invloed van herkomst, geslacht, opleiding en verblijfsduur op het missen van voedingsmiddelen in Nederland. Wederom werd een p-waarde <0.05 als significant beschouwd.

Samenvattende SF12 maat

Uit de standaard SF12 vragenlijst kan een samengestelde maat voor de fysieke en psychische gezondheid worden berekend. Niet de gehele SF12 is gebruikt en daarom kan alleen voor de aparte items 'ervaren gezondheid', 'psychische gezondheid' en 'vitaliteit' een gemiddelde score berekend worden die vergeleken kan worden met de Amerikaanse bevolking. Voor de Nederlandse bevolking zijn geen aparte gegevens gevonden over de losse items van de SF12 vragenlijst.

4.5.2 Interviews

De interviews zijn handmatig geanalyseerd aan de hand van het stappenplan van Baarda et al. (2001). Vier interviews zijn op band opgenomen en uitgetypt. Van de andere vijf interviews zijn uitgebreide aantekeningen gemaakt die direct daarna zijn uitgewerkt.

De informatie is geselecteerd op relevantie en opgesplitst in fragmenten die zoveel mogelijk één onderwerp bevatten. Op deze manier zijn hoofdthema's opgesteld die onderling geanalyseerd en vergeleken konden worden met bestaande literatuur.

De Engelse citaten in paragraaf 5.5 zijn vertaald naar het Nederlands. De Nederlandse citaten zijn in iets mooier Nederlands weergegeven, om zo recht te doen aan het feit dat het volwassen mensen zijn die alleen de taal niet geheel machtig zijn.

4.5.3 Observatie

Alle opvallende observaties die gedaan zijn tijdens het bezoek aan de woonruimten en de omgeving van de asielzoekerscentra zijn direct na afloop gerapporteerd en geordend op thema.

4.6 Validiteit en betrouwbaarheid

Interne validiteit

Interne validiteit gaat om de mate waarin causale conclusies getrokken kunnen worden (Bickman, 1998).

- Kernbegrippen zijn in het theoretisch kader gedefinieerd zodat er geen twijfel bestaat over wat gemeten wordt.
- In het onderzoek is gebruik gemaakt van triangulatie, verschillende onderzoeksmethoden zijn gebruikt om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Een literatuurstudie naar ervaren gezondheid en het voedingspatroon bij

asielzoekers is gedaan. Daarnaast zijn vragenlijsten afgenomen om achter de ervaren gezondheid en het voedingspatroon van asielzoekers te komen. Een derde vorm van dataverzameling, semi-gestructureerd interviews, is toegepast om achter de opvattingen over de gezondheid en de waardering voor het voedingspatroon te komen. Deze methodetriangulatie zorgt ervoor dat de onderzoekssituatie zo goed mogelijk is weergegeven. Er zijn dus verschillende soorten empirisch materiaal gebruikt, zowel kwalitatief als kwantitatief om tot de conclusie te komen.

- Er is gebruik gemaakt van deels gestandaardiseerde vragenlijsten die van tevoren zijn getest. Dit bevordert de uitkomsten en de interne validiteit.
- De vragenlijsten zijn in verschillende talen verspreid, zodat zo duidelijk mogelijk was wat gevraagd werd.
- De vragenlijsten zijn direct ingenomen, zodat deelnemers in de gelegenheid waren om vragen te stellen en de vragenlijsten dus zo goed mogelijk ingevuld zijn.
- De interviews zijn door één persoon afgenomen, zodat er geen verschil is in vraagstelling tijdens de interviews.
- Mogelijk kunnen culturele verschillen het onderzoek beïnvloeden. Tussen interviewer en geïnterviewde bestaat een taalbarrière en daarnaast zijn er culturele verschillen. Dit kan zorgen voor verkeerde interpretatie of verkeerde antwoorden. Er is getracht zoveel mogelijk door te vragen om tot duidelijke antwoorden te komen.

Externe validiteit

Externe validiteit betreft de mogelijkheid tot generaliseren:

- De onderzoekspopulatie is te klein om naar alle asielzoekers in Nederland te kunnen generaliseren. Wat betreft de vragenlijsten is het mogelijk om conclusies te trekken die voor de betreffende asielzoekerscentra gelden.
- Wat betreft het kwalitatieve deel is het doel niet om te generaliseren, maar meer betekenis te geven aan de kwantitatieve gegevens.

Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid geeft aan of bij herhaling hetzelfde zal worden gemeten. Bij een betrouwbaar onderzoek zijn de resultaten zo min mogelijk van toeval afhankelijk (Baarda et al., 2001). Het gebruik van interviews kan een negatieve invloed hebben op de betrouwbaarheid van een onderzoek. Om dit nadeel te ondervangen is tijdens de interviews gebruik gemaakt van een voorgestructureerde vragenlijst. Door gerichte

vragen te stellen is het toeval zo veel mogelijk uitgeschakeld. Ook bij het observeren wordt gebruik gemaakt van een voorgestructureerd notitieblad.

In de vragenlijst zijn voor zover mogelijk gestandaardiseerde vragen opgenomen die ook in andere onderzoeken gebruikt zijn. Door gebruik te maken van verschillende methoden, de methodetriangulatie, zijn de uitkomsten minder afhankelijk van toeval.

4.7 Ethische overwegingen

Vragen naar de gezondheid van asielzoekers kan pijnlijke herinneringen naar boven brengen. Het doel van dit onderzoek is niet om naar traumatische ervaringen in het verleden te vragen, maar om een algemeen beeld te krijgen van de huidige ervaren gezondheid en de opvatting over het voedingspatroon van asielzoekers in Nederland. Voedingsgewoonten bieden een ingang om tijdens het interview een vertrouwensrelatie met de respondent op te bouwen. Voeding is een neutraal onderwerp zonder juridische impact. Hierna konden moeilijkere zaken in relatie tot de gezondheid aan bod komen.

De deelnemers waren vrij in welke vragen zij wilden beantwoorden en welke niet. Van tevoren is duidelijk gemaakt dat de gegevens anoniem gebruikt zouden worden en dat het geen consequenties zou hebben voor de asielprocedure.

5. Resultaten

Dit hoofdstuk bespreekt aan de hand van de onderzoeksvragen de kwantitatieve en kwalitatieve resultaten van het onderzoek. Het kwantitatieve deel van het onderzoek wordt in de eerste vier paragrafen besproken en geeft antwoord op de eerste drie onderzoeksvragen. Paragraaf 5.5 geeft antwoord op de laatste onderzoeksvraag en maakt gebruik van het van het kwalitatieve deel van de studie. Ook vindt hier een vergelijking plaats met de kwantitatieve resultaten.

5.1 Kwantitatieve studie

In de volgende vier paragrafen zal het kwantitatieve deel van het onderzoek besproken worden. Met behulp van een vragenlijst heeft dit onderzoek getracht in kaart te brengen hoe asielzoekers hun gezondheid ervaren en welke determinanten hier op van invloed zijn. Daarnaast had het als doel om de hoofdkenmerken van het voedingspatroon van asielzoekers in kaart te brengen en is geprobeerd een vergelijking te maken met de Nederlandse bevolking. Tot slot is bekeken hoe asielzoekers hun voeding waarderen en welke determinanten hiermee geassocieerd zijn.

In de volgende subparagrafen worden de demografische karakteristieken en de leefomgeving van de doelgroep beschreven. Paragraaf 5.2 presenteert de gezondheidsuitkomsten. In paragraaf 5.3 worden de kenmerken van het voedingspatroon weergegeven. De waardering van de voeding komt in paragraaf 5.4 aanbod.

5.1.1 Karakteristieken van de doelgroep

Vierhonderd asielzoekers op vier verschillende centra hebben de vragenlijst ingevuld. Tabel 1 laat de karakteristieken van de onderzoekspopulatie zien. De top 5 van landen naar herkomst komt grotendeels overeen met de landelijke verdeling van landen naar herkomst in asielzoekerscentra (COA, 2007). Voor de Somalische asielzoekers zijn geen cijfers weergegeven, aangezien zij niet in de landelijke top 5 voorkomen. Wel hebben Somaliërs in de eerste maanden van 2007 het meest asiel aangevraagd in Nederland (32% van de aanvragen (IND, 2007)) wat hun grote aandeel in dit onderzoek kan verklaren. De locatie Dronten heeft het grootste aandeel in de respons, 44.8%. Dit was dan ook het grootste centrum dat deelnam aan het onderzoek met rond de 600 mensen die zich kwamen melden. In Schalkhaar hebben zich 390 mensen gemeld, in Utrecht 240 en in Arnhem 230 mensen. In totaal hebben 50 verschillende nationaliteiten aan het onderzoek deelgenomen. Een overzicht van deze landen kan worden gevonden in bijlage III.

Tabel 1 Karakteristieken de onderzoekspopulatie in het kwantitatieve deel van het onderzoek.

Karakteristieken	Aantal (%) Respondenten	Vergelijking landelijke cijfers en onderzoek Elshof
Land van herkomst, top 5		
- Irak	98 (24.5)	3.025 (13%)
- Somalië	59 (14.8)	
- Iran	32 (8.0)	1.573 (7%)
- Afghanistan	29 (7.3)	2.037 (9%)
- Azerbeidzjan	13 (3.3)	1.565 (7%)
		Aantallen (%) landelijk Coa 2007
Locatie		
- Schalkhaar	88 (20.8)	
- Utrecht	68 (17.0)	
- Dronten	179 (44.8)	
- Arnhem	70 (17.5)	
Geslacht		
- Man	250 (62.5)	13.140 (56.3)
- Vrouw	150 (37.5)	10.212 (43.7)
		Aantallen (%) landelijk Coa 2007
Leeftijd, gemiddeld (SD) in jaren		
- < 20	34.6 (SD=12.8)	
- < 20	21 (5.3)	8475 (36.3 ¹)
- 20-29	140 (35.0)	5301 (22.70)
- 30-39	116 (29.0)	4942 (21.2)
- 40-59	102 (25.5)	3997 (17.1)
- > 60	21 (5.3)	637 (2.7)
		Aantallen (%) landelijk Coa 2007
Opleiding²		
- Lager onderwijs	259 (64.9)	118 (51.8)
- Hoger onderwijs	140 (35.1)	110 (48.2) (Elshof, 2006)
Lengte verblijf, gemiddeld (SD) in jaren		
- < 2 jaar	3,4 (SD=3.1)	
- < 2 jaar	192 (48.0)	
- ≥ 2 jaar	208 (52.0)	
Familie in Nederland		
- Nee	198 (50.0)	106 (49.1)
- Ja	198 (50.0)	110 (50.9) (Elshof, 2006)
BMI gemiddelde (SD)		
- Te laag (<20)	23.8 (SD=3.90)	
- Te laag (<20)	53 (14.6)	
- Normaal (20-25)	178 (49.0)	132 (63.5)
- Te hoog (>25)	132 (36.4)	76 (36.5) (Elshof, 2006)
Gewichtsverandering		
- Nee	146 (63.1)	
- Ja	250 (36.9)	

1 Het COA rekent kinderen ook tot de categorie <20, terwijl dit onderzoek alleen volwassenen tussen de 18-20 meerekent. Vandaar dat het percentage van het Coa hoger ligt.

2 Opleiding laag = weinig scholing t/m lagere beroepsopleiding. Opleiding hoog = hogere beroepsopleiding en universiteit. Het afbreekpunt ligt vrij hoog, maar voor de vergelijking met onderzoek van Elshof is ervoor gekozen om lagere beroepsopleiding niet bij hoog opgeleid in te delen, terwijl dit voor de betreffende landen misschien wel als hoog opgeleid wordt beschouwd. 11.3% van de respondenten heeft een lagere beroepsopleiding gevolgd.

Meer mannen (250) dan vrouwen (150) hebben aan het onderzoek deelgenomen. Gezien de landelijke verdeling van mannen en vrouwen is het aandeel vrouwen laag. De taakverdeling van mannen en vrouwen zou een rol kunnen spelen.

De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 34.6 jaar en de leeftijdsverdeling komt redelijk overeen met de landelijke leeftijdsverdeling (COA, 2007).

Twee derde van de respondenten heeft een lagere opleiding gevolgd, terwijl één derde een hogere beroepsopleiding of universitaire opleiding heeft afgerond. 48% van de respondenten verblijft langer dan twee jaar in Nederland. Precies de helft van de respondenten heeft familie in het azc of in Nederland, de andere helft heeft geen familie in Nederland.

37 respondenten (10%) wisten hun lengte en/of gewicht niet of hadden zeer onwaarschijnlijke getallen ingevuld. Deze respondenten zijn uit de analyse gehouden. Waarschijnlijk is er een groter deel dat moeite heeft gehad met het invullen van hun gewicht en lengte. Er kwamen veel vragen over de lengte tijdens het invullen van de vragenlijsten en een aantal lengtes zijn geschat. Deze zijn wel meegenomen in de analyses omdat ze toch een beeld geven van de BMI. De gemiddelde BMI van de doelgroep is 23.8 (SD 3.9). 49% van de respondenten heeft een gezonde BMI. Bij 36% van de respondenten werd een te hoge BMI gevonden, terwijl 14.6% een te lage BMI heeft. Bij twee derde van de asielzoekers is het gewicht veranderd sinds het verblijf in Nederland. Van de respondenten die aangaven dat hun gewicht veranderd was is de helft is aangekomen en de andere helft is juist gewicht verloren.

5.1.2 Observaties van de omgeving van de doelgroep per centrum

Centrum schalkhaar

Het centrum in Schalkhaar is gevestigd in een voormalig militaire kazerne er wonen rond de 500 mensen. Op het terrein staan een aantal gebouwen die bestaan uit meerdere etages. Op elke etage is één afdeling gevestigd. Per afdeling is er een grote afdelingskeuken met gasfornuizen, spoelbakken en een groot werkblad. Iedere kamer heeft een opbergkastje in de keuken. De bewoners hebben op hun kamer een eigen koelkast en keukengerei. Het keukengerei moet zelf worden aangeschaft.

De keuken wordt door de bewoners per toerbeurt schoongemaakt. Het is voor bewoners mogelijk om het schoonmaken tegen betaling door een schoonmaakbedrijf te laten doen. De voorraad voeding, die niet gekoeld hoeft te worden wordt vaak bewaard in de kledingkasten. Boodschappen worden veelal in Deventer gedaan, omdat hier meer te verkrijgen is dan in Schalkhaar.

Centrum Dronten

Het centrum in Dronten bestaat uit een groot aantal chalets waar 5 tot 6 mensen samenwonen. In totaal heeft Dronten zo'n 800 bewoners en dit zal binnenkort uitgebreid worden naar 1000 bewoners. Iedere chalets heeft 1 keuken waar door de bewoners zelf gekookt kan worden. Boodschappen worden in Kampen gedaan, wat zo'n vier kilometer

van het centrum vandaan ligt. Ook worden Dronten en Lelystad bezocht om boodschappen te doen.

Centrum Utrecht

Het centrum in Utrecht bestaat uit een aantal grote gebouwen waar rond de 370 mensen wonen. Het azc Utrecht is sinds 2005 een open centrum. Iedereen kan het centrum zonder toezicht binnenkomen en er is daarom minder zicht op wat er binnen het centrum gebeurt. Na vijf uur is er één persoon aanwezig om toezicht te houden en dit blijkt in de praktijk te weinig gezien het vandalisme dat veel voorkomt.

De doorstroom van asielzoekers vormt een probleem in Utrecht. Vanwege het generaal pardon zit de locatie overvol en de capaciteit is onlangs uitgebreid van 330 naar 372 mensen. De ruimte per persoon is hierdoor kleiner geworden en er zijn geen éénpersoonskamers meer. Mensen die een woning buiten het azc krijgen aangeboden weigeren deze regelmatig, omdat ze liever in de stad blijven wonen. Het Coa maakt hier dan bezwaar tegen, maar het kan dan soms maanden duren voor hier een uitspraak over gedaan wordt. Op deze wijze stagneert de doorstroom.

Het azc Utrecht ligt dichtbij het stadscentrum en winkels zijn allemaal in de buurt. Het centrum ligt in een wijk waar veel allochtonen wonen waardoor er veel buitenlandse voedingsmiddelen te verkrijgen zijn.

Per gang delen een aantal kamers 1 keuken. Het verschilt per gang met hoeveel mensen een keuken gedeeld wordt. Er zijn ook kamers met een eigen keuken. In de keuken is opbergruimte, maar de meeste mensen bewaren hun eten en keukengerei op hun kamer. Op elke kamer is een koelkast aanwezig.

Centrum Arnhem

Het centrum in Arnhem is gevestigd in één gebouw waar ongeveer 370 mensen wonen. Op één afdeling wonen 80 mensen die samen één keuken delen. In elke keuken zijn tien gastoestellen. Mensen delen met drie personen een kamer en elke kamer heeft een eigen douche en toilet. Dichtbij het centrum ligt het winkelcentrum Kronenburg, waar veel te verkrijgen is. De meeste mensen zijn niet langer dan driekwart jaar in Nederland.

5.2 Ervaren gezondheid

In tabel 2 worden de gezondheidsuitkomsten van asielzoekers weergegeven en vergeleken met de gezondheid van Nederlanders (CBS, 2006), met de uitkomsten van het onderzoek van Elshof (2006) en met het onderzoek van Gerritsen et al. (2006).

44% van de asielzoekers ervaart de eigen gezondheid slecht, terwijl slechts 19.1% van de Nederlanders aan geeft de gezondheid slecht te ervaren.

Tabel 2 Gezondheidsuitkomsten in vergelijking met andere onderzoeken

Gezondheidsuitkomsten	Aantal (%) respondenten	% CBS 2006 ¹ Nederlanders	Elshof 2006 (%)	Gerritsen et al. 2006 (%)
Ervaren gezondheid				
- Slecht	176 (44.0)	19.1	125 (53.0)	137 (59.1)
- Goed	224 (56.0)	80.9	111 (47.0)	
Psychische gezondheid:				
<i>Rustig en tevreden voelen</i>				
- Ja	105 (26.4)	84.3	46 (20.3)	
- Nee	292 (73.6)	15.7	181 (79.6)	
<i>Somber en triest voelen</i>				
- Ja	291 (73.1)	5.5	121 (54.0)	
- Nee	107 (26.9)	94.5	103 (46.0)	
<i>Samengevoegd²</i>				
- Goed	157 (39.4)			
- Slecht	241 (60.3)			
Vitaliteit, veel energie				
- Ja	102 (25.6)	70.2	49 (21.2)	
- Nee	297 (74.4)	29.8	176 (78.2)	

1 De vergelijking tussen de gegevens van de respondenten van dit onderzoek en de gegevens van het CBS is niet geheel valide. De SF12 hanteert 5 categorieën: 'altijd, meestal, soms, zelden en nooit', terwijl het CBS zes categorieën gebruikt: 'voortdurend, meestal, vaak, soms, zelden en nooit'. Het CBS trekt de grens tussen 'vaak' en 'soms', dit onderzoek trekt de grens tussen meestal en soms. De antwoorden 'altijd' en 'meestal' vallen onder de categorie 'ja' en 'soms', 'zelden' en 'nooit' vallen onder de categorie nee. Dit zorgt ervoor dat bij de vergelijking de resultaten over tevredenheid en vitaliteit waarschijnlijk negatiever uitvallen ten opzichte van het CBS en de resultaten over somberheid waarschijnlijk positiever uitvalt ten opzichte van het CBS.

2 De vragen 'rustig en tevreden' en 'somber en triest' zijn gecombineerd tot 1 maat voor de psychische gezondheid: goede of slechte psychische gezondheid.

In vergelijking met de uitkomsten van Elshof en Gerritsen et al. ervaren asielzoekers de gezondheid in dit onderzoek beter. Bij het onderzoek van Gerritsen et al. gaf 59.1 % aan de gezondheid slecht te ervaren.

Eveneens ervaren zij de psychische gezondheid in vergelijking met de Nederlandse bevolking veel slechter. Slechts 39.4 % ervaart de psychische gezondheid goed. 73.6 % voelt zich bijna nooit rustig en tevreden en 73.1% voelt zich vaak somber en triest. De Nederlandse bevolking geeft veel vaker aan zich rustig en tevreden te voelen (84%) en maar 5.5% voelt zich vaak somber en triest. De uitkomsten komen gedeeltelijk overeen met het onderzoek van Elshof. Minder mensen voelen zich somber en triest in het onderzoek van Elshof.

74% van de asielzoekers geeft aan de afgelopen vier weken weinig energie te hebben gehad en dit is vergelijkbaar met de uitkomsten van Elshof. Onder de Nederlandse bevolking is dit maar 30%.

De samenvattende maat voor ervaren gezondheid berekend volgens de normscore van de standaardvragenlijst SF12 van Ware et al. (2005) is voor de onderzochte

asielzoekerpopulatie 46.77. De Amerikaanse bevolking scoort hier gemiddeld 50,0. De samenvattende maat voor de psychische gezondheid berekend volgens de normscore van de SF12 van Ware et al. (2005) is voor de onderzochte asielzoekerpopulatie 43.73. De Amerikaanse bevolking scoort hier gemiddeld 50.0. De samenvattende maat voor de vitaliteit berekend volgens de normscore van de SF12 van Ware et al. (2005) is voor de onderzochte asielzoekerpopulatie 45.24. De Amerikaanse bevolking scoort hier gemiddeld 50.0. Voor de Nederlandse bevolking zijn geen aparte gegevens gevonden over de losse items van de SF12 vragenlijst.

Over het algemeen worden de fysieke en psychische gezondheid dus slecht ervaren, zowel ten opzichte van de Nederlandse als de Amerikaanse bevolking.

5.2.1 Determinanten geassocieerd met de ervaren gezondheid

In multiple logistische regressies (tabel 3, 4 en 5) zijn ervaren gezondheid, psychische gezondheid en vitaliteit geregresseerd op relevante sociaal demografische determinanten, eerst zonder (in Model 1) en vervolgens met controle voor ervaren gezondheid, psychische gezondheid, vitaliteit, waardering voeding en gezond eten als covariaten (in Model 2).

Ervaren gezondheid

In tabel 3, model 2, is te zien dat psychische problemen en het hebben van weinig energie een sterke associatie hebben met een slechte ervaren gezondheid.

Verder is in tabel 3 is te zien dat er een associatie is tussen geslacht en de ervaren gezondheid en leeftijd en de ervaren gezondheid. Vrouwen hebben meer kans op een slechtere ervaren gezondheid dan mannen en een hogere leeftijd (>40) is geassocieerd met een slechtere ervaren gezondheid. Ook na gecorrigeerd te hebben in model 2 blijven geslacht (nagenoeg) en leeftijd significant.

De andere determinanten bleken niet statistisch significant. Wel zal kort weergegeven worden wat de bevindingen waren. Op basis van de literatuurstudie wordt verwacht dat het langdurig verblijven in een asielzoekerscentrum zorgt voor een verslechtering van de gezondheid van asielzoekers. Het blijkt dat in tegenstelling tot deze verwachting een verblijf langer dan 2 jaar niet zorgt voor een slechtere ervaren gezondheid.

Wel is te zien dat het verblijf in een terugkeercentrum zorgt voor een slechtere ervaren gezondheid. Het soort centrum is dus bepalend voor de gezondheid. Een BMI>25 zorgt voor een slechtere ervaren gezondheid. Het hebben van familie in Nederland (en dus waarschijnlijk meer sociale steun) zorgt voor een betere ervaren gezondheid.

Tabel 3 Multiple logistische regressie voor de ervaren gezondheid³ van asielzoekers. (slechte ervaren gezondheid ten opzichte van goede ervaren gezondheid)

Determinanten	Model 1		Model 2 (met psychische gezondheid, vitaliteit en waardering voeding)	
	gecorrigeerde OR (95% BI) ¹	p waarde	gecorrigeerde OR (95% BI) ¹	p waarde
Geslacht				
- man	1.00		1.00	
- vrouw	1.85 (1.17-2.94)	.009	1.68 (1.01-2.78)	.046
Soort centrum²				
- oriëntatie	1.00		1.00	
- terugkeer	1.16 (0.68-1.97)	.590	1.09 (0.60-1.95)	.783
Leeftijd				
- 18-29	1.00		1.00	
- 30-39	1.26 (0.74-2.14)	.397	1.19 (0.66-2.13)	.556
- >40	2.25 (1.30-3.89)	.004	2.58 (1.40-4.74)	.002
Lengte verblijf				
- 2 jaar en langer	1.00		1.00	
- < 2 jaar	1.02 (0.59-1.69)	.995	1.02 (0.57-1.81)	.954
Familie in Nederland				
- Nee	1.00		1.00	
- Ja	0.78 (0.49-1.24)	.295	0.69 (0.42-1.15)	.153
BMI				
- Normaal (20-25)	1.00		1.00	
- Te laag (<20)	1.55 (0.81-2.99)	.191	1.83 (1.64-3.76)	.098
- Te hoog (>25)	1.38 (0.85-2.24)	.190	1.53 (0.88-2.64)	.128
Psychische gezondheid				
- Goed			1.00	
- Slecht			2.55 (1.51-4.31)	.000
Vitaliteit				
- Goed			1.00	
- Slecht			4.52 (2.32-8.83)	.000
Waardering voeding Nederland				
- Goed			1.00	
- Slecht			1.97 (1.03-3.76)	.039
Nagelkerke pseudo R²	.073		.279	
Chi²	20.02	.010	83.58	.000
df	8		11	

1 OR = Odds Ratio; BI = Betrouwbaarheidsinterval.

2 Terugkeer centrum = Utrecht en Schalkhaar; Oriëntatie centrum = Arnhem en Dronten.

3 Ervaren gezondheid is gemeten met vraag 10 uit de vragenlijst.

Elke variabele is gecorrigeerd voor alle andere variabelen in de tabel.

Psychische gezondheid

In tabel 4, model 2, is te zien dat de variabelen ervaren gezondheid, vitaliteit en waardering van de voeding significant invloed blijken uit te oefenen op de psychische gezondheid. Hoe slechter de algemene gezondheid, hoe minder energie men heeft en

hoe slechter men de voeding in Nederland waardeert hoe slechter men de psychische gezondheid ervaart.

Tabel 4 Multiple logistische regressie voor de psychische gezondheid³ van asielzoekers. (Slechte psychische gezondheid ten opzichte van goede psychische gezondheid)

Determinanten	Model 1		Model 2 (Met ervaren gezondheid, vitaliteit en waardering voeding)	
	gecorrigeerde OR (95% BI) ¹	P waarde	gecorrigeerde OR (95% BI) ¹	P waarde
Geslacht				
- Man	1.00		1.00	
- Vrouw	1.43 (0.90-2.27)	.133	1.14 (0.68-1.93)	.611
Soort centrum²				
- Oriëntatie	1.00		1.00	
- Terugkeer	1.01 (0.59-1.71)	.984	1.02 (0.48-1.58)	.635
Leeftijd				
- 18-29	1.00		1.00	
- 30-39	1.51 (0.90-2.56)	.126	1.69 (0.94-3.01)	.082
- >40	2.88 (0.75-2.22)	.347	1.27 (0.68-2.35)	.452
Lengte verblijf				
- 2 jaar en langer	1.00		1.00	
- < 2 jaar	1.03 (0.62-1.73)	.906	1.08 (0.61-1.93)	.790
Familie in Nederland				
- Nee	1.00		1.00	
- Ja	1.21 (0.77-1.90)	.417	1.24 (0.74-2.06)	.416
BMI				
- Normaal (20-25)	1.00		1.00	
- Te laag (<20)	0.93 (0.49-1.79)	.838	0.87 (0.41-1.82)	.712
- Te hoog (>25)	0.88 (0.53-1.42)	.591	0.76 (0.43-1.32)	.334
Ervaren gezondheid				
- Goed			1.00	
- Slecht			2.59 (1.53-4.36)	.000
Vitaliteit				
- Goed			1.00	
- Slecht			4.33 (2.46-7.61)	.000
Waardering voeding Nederland				
- Goed			1.00	
- Slecht			3.29 (1.47-7.32)	.004
Nagelkerke pseudo R²	.024		.274	
Chi²	6.48	.593	81.45	.000
df	8		11	

1 OR = Odds Ratio; BI = Betrouwbaarheids Interval.

2 Terugkeer centrum = Utrecht en Schalkhaar; Oriëntatie centrum = Arnhem en Dronten.

3 Psychische gezondheid vormt een combinatie van vraag 12 a en 12 c uit de vragenlijst.

Elke variabele is gecorrigeerd voor alle andere variabelen in de tabel

Tevens is in de tabel te zien dat er in beide modellen geen statistisch significante associaties gevonden zijn tussen de sociaal demografische determinanten en de psychische gezondheid van asielzoekers. Wel zal kort besproken worden wat de uitkomsten waren.

Hoe hoger de leeftijd hoe meer psychische problemen zij ervaren. Asielzoekers die korter dan twee jaar in Nederland verblijven ervaren meer psychische problemen dan asielzoekers die langer dan twee jaar in Nederland verblijven. Wel geeft het verblijven in een terugkeercentrum meer risico op psychosociale problemen. Mensen met een BMI>25 en mensen die geen familie in Nederland hebben een betere psychische gezondheid. Ook uit het onderzoek van Elshof (2006) bleek dat het hebben van familie in Nederland voor meer gezondheidsproblemen zorgde. Vrouwen hebben meer risico op het slechter ervaren van de psychische gezondheid.

Vitaliteit

In tabel 5, model 2, is te zien dat de variabelen ervaren gezondheid en psychische gezondheid een significante associatie vertonen met vitaliteit. Hoe slechter men de psychische en algemene gezondheid ervaart hoe minder energie men heeft. De waardering van voeding laat geen significant verband zien met vitaliteit.

Daarnaast is in tabel 5 is te zien dat er geen statistisch significante associaties gevonden zijn tussen de sociaal demografische determinanten en de vitaliteit van asielzoekers. Wel zal kort weergegeven worden wat de uitkomsten waren. Tegen de verwachting in voelen mensen ouder dan 40 jaar zich vitaler dan mensen die jonger dan 40 jaar zijn. Asielzoekers die korter dan twee jaar in Nederland verblijven hebben iets meer energie dan asielzoekers die langer dan twee jaar in Nederland verblijven. Bovendien hebben asielzoekers in een oriëntatiecentrum meer energie dan asielzoekers in een terugkeercentrum. Asielzoekers met een BMI>25 hebben meer energie dan asielzoekers met een normale BMI(20-25). Vrouwen hebben meer risico op het hebben van weinig energie.

Tabel 5 Multiple logistische regressie voor de vitaliteit³ (het hebben van energie) van asielzoekers. (Slechte vitaliteit ten opzichte van goede vitaliteit)

Determinanten	Model 1		Model 2	
	gecorrigeerde OR (95% BI) ¹	P waarde	gecorrigeerde OR (95% BI) ¹	P waarde
Geslacht				
- Man	1.00		1.00	
- Vrouw	1.50 (0.88-2.56)	.135	1.13 (0.62-2.07)	.693
Soort centrum²				
- Oriëntatie	1.00		1.00	
- Terugkeer	1.40 (0.77-2.55)	.276	1.50 (0.76-2.97)	.246
Leeftijd				
- 18-29	1.00		1.00	
- 30-39	0.83 (0.46-1.50)	.543	0.66 (0.33-1.28)	.220
- >40	0.89 (0.48-1.64)	.700	1.27 (0.32-1.29)	.213
Lengte verblijf				
- 2 jaar en langer	1.00		1.00	
- < 2 jaar	0.99 (0.56-1.76)	.966	0.98 (0.51-1.88)	.951
Familie in Nederland				
- Nee	1.00		1.00	
- Ja	0.999 (0.60-1.66)	.997	0.99 (0.56-1.80)	.993
BMI				
- Normaal (20-25)	1.00		1.00	
- Te laag (<20)	0.75 (0.37-1.55)	.444	0.65 (0.28-1.50)	.312
- Te hoog (>25)	0.75 (0.43-1.29)	.304	0.61 (0.32-1.14)	.124
Ervaren gezondheid				
- Goed			1.00	
- Slecht			4.60 (2.42-7.52)	.000
Psychische gezondheid				
- Goed			1.00	
- Slecht			4.27 (2.42-7.52)	.000
Waardering voeding Nederland				
- Goed			1.00	
- Slecht			1.60 (0.63-4.04)	.320
Nagelkerke pseudo R²	.025		.297	
Chi²	6.09	.637	80.70	.000
df	8		11	

1 OR = Odds Ratio; BI = Betrouwbaarheids Interval.

2 Terugkeer centrum = Utrecht en Schalkhaar; Oriëntatie centrum = Arnhem en Dronten.

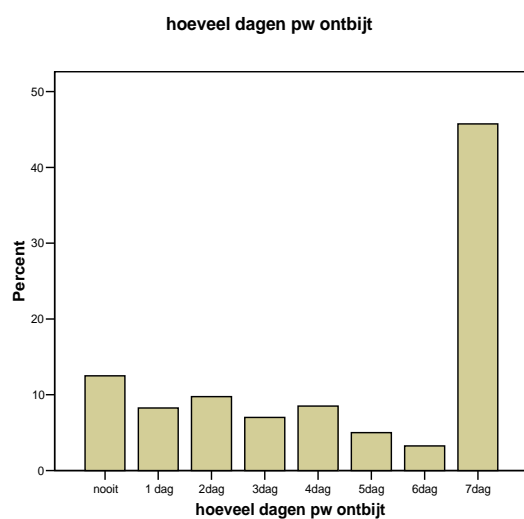
3 Vitaliteit wordt gemeten met vraag 12b uit de vragenlijst.

Elke variabele is gecorrigeerd voor alle andere variabelen in de tabel.

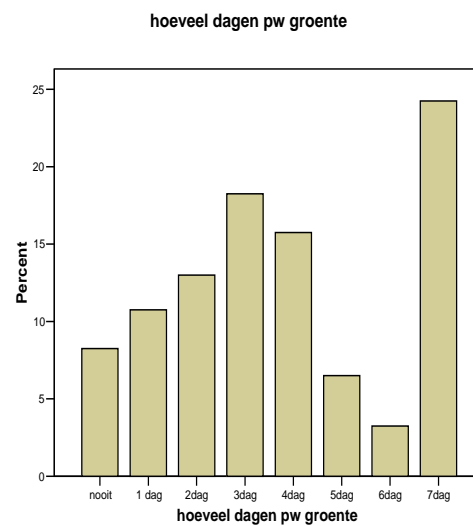
5.3 Hoofdkenmerken van het voedingspatroon

In de tabellen 6a tot en met f is het ontbijt-, warme maaltijd-, groente-, fruit-, vlees- en frisdrankgebruik van asielzoekers in percentages weergegeven. In de vragenlijst is aan de respondenten gevraagd hoeveel dagen per week de bovenstaande maaltijden en producten geconsumeerd werden. Iets minder dan de helft van de respondenten gebruikt zeven dagen per week een ontbijt en 12.5% geeft aan nooit te ontbijten. De warme maaltijd wordt door 55% van de asielzoekers dagelijks gebruikt en slechts 1.8% geeft aan nooit een warme maaltijd te gebruiken.

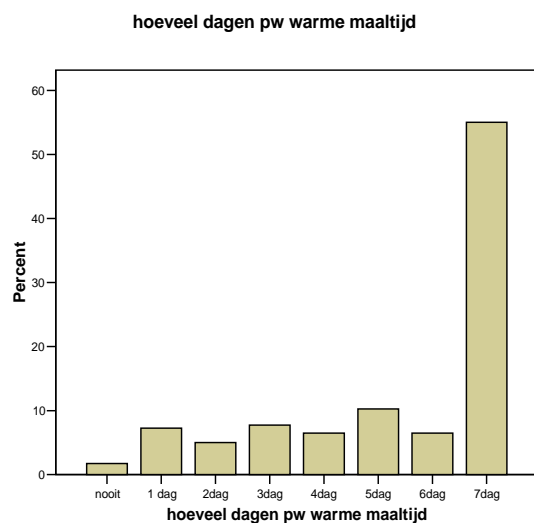
Tabellen 6a t/m f. Aantal dagen per week dat asielzoekers een ontbijt, warme maaltijd, groente, fruit, vlees en frisdrank consumeren.



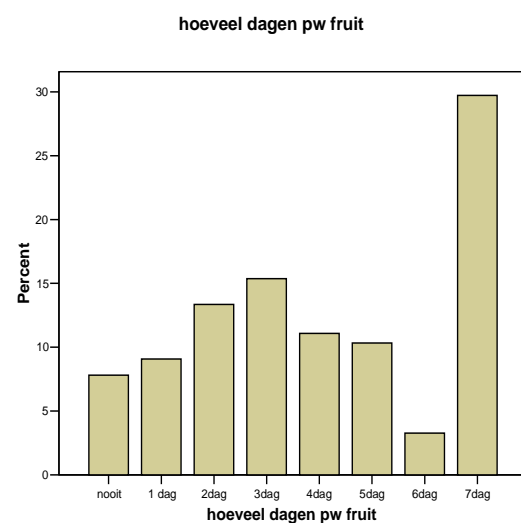
a. Gemiddelde (SD): 4.5 (2.7)



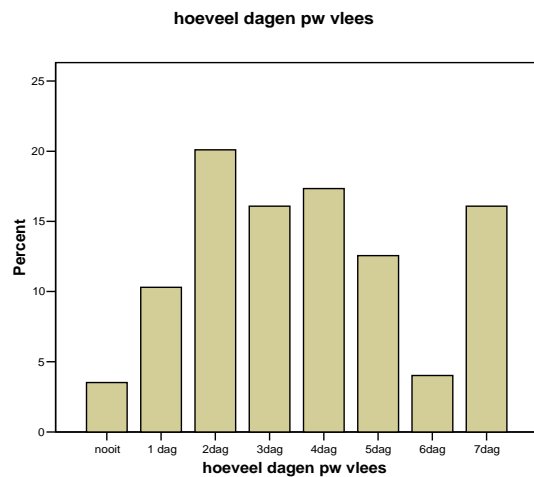
c Gemiddelde (SD): 3.8 (2.3)



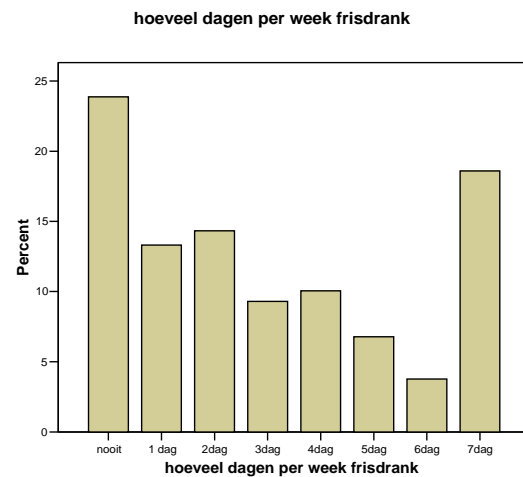
b. Gemiddelde (SD): 5.4 (2.1)



d Gemiddelde (SD): 4.1 (2.4)



e. Gemiddelde (SD): 3.7 (2.0)



f. Gemiddelde (SD): 3.0 (2.6)

Het groente en fruitgebruik ligt aanzienlijk lager dan het gebruik van de warme maaltijd en het ontbijt. Respectievelijk 24.3% en 29.7% van de asielzoekers consumeert 7 dagen per week groente en fruit. Ook vlees en frisdrank consumeren zij weinig. 16.1% van de asielzoekers eet 7 dagen per week vlees en 50% geeft aan minder dan 4 dagen per week vlees te consumeren. 18.6% van de respondenten drinkt elke dag frisdrank en 70.9% drinkt minder dan 5 dagen per week frisdrank.

Vergelijking met de Nederlandse bevolking

Hoewel het vanwege andere voedingsgewoonten moeilijk is om de voedingsgewoonten van asielzoekers met de voedingsgewoonten van de Nederlandse bevolking te vergelijken (zowel onderling asielzoekers kunnen er grote verschillen zijn als tussen asielzoekers en Nederlanders) is toch getracht een vergelijking te maken. Zo kan er globaal een beeld gevormd worden van de verschillen die er bestaan en dit kan voor voedingsvoorlichting van betekenis zijn.

Uit het rapport 'Ons eten gemeten' van het RIVM (Kreijl et al., 2004) blijkt dat de meeste mensen in Nederland elke dag een warme maaltijd nuttigen. Van de asielzoekers die deelnamen aan het onderzoek gebruikt 55% elke dag een warme maaltijd. Dit is dus veel minder dan de gemiddelde Nederlander. 81% van de Nederlanders gebruikt elke dag een ontbijt tegenover slechts 46% van de asielzoekers die deelnamen aan het onderzoek. Minder dan 25% van de Nederlandse bevolking voldoet aan de aanbevelingen ten aanzien van groente en fruit (elke dag 150-200 gram groente, 2 stuks fruit voor personen van 12 jaar en ouder). 29.7% van de respondenten van dit onderzoek consumeert elke dag fruit en 24.3% van de respondenten consumeert elke dag groenten. Dit komt dus ongeveer overeen met het Nederlands gemiddelde van 25%. Alleen is in dit

onderzoek geen navraag gedaan naar de hoeveelheid fruit en groente die men gebruikt. Het zou kunnen dat asielzoekers meer fruit en groente per dag consumeren, waardoor zij beter aan de aanbevelingen zouden kunnen voldoen. Dit is echter niet met zekerheid te zeggen.

Nederlanders vervangen tussen de maaltijden door koffie en thee in toenemende mate door vooral koude dranken, zoals suikervrije en gewone frisdranken en vruchtensappen. Het blijkt dat slechts 29.1% van de asielzoekers meer dan 5 dagen per week frisdrank gebruikt en 23% van de respondenten geeft aan nooit frisdrank te gebruiken. Het lijkt erop dat deze trend bij asielzoekers niet aanwezig is.

Wanneer de cijfers van het dagelijks gebruik van ontbijt en warme maaltijd vergeleken worden met de Nederlandse bevolking lijken asielzoekers ongezonder te eten dan de Nederlandse bevolking. Wat betreft groente en fruitgebruik en het gebruik van frisdrank lijken zij echter iets gezonder te eten.

Voedingspatroon en ervaren gezondheid

Als gekeken wordt naar de correlatie tussen ontbijt, warme maaltijd, groente, fruit, vlees en frisdrankgebruik en ervaren gezondheid blijkt de correlatie laag en niet significant te zijn (significatie van Pearson correlation >0.05). Ook als de verschillende kenmerken van het voedingspatroon middels kruistabellen en Chikwadraat met ervaren gezondheid en psychische gezondheid geassocieerd worden, blijkt er geen significante relatie te bestaan ($p>0.05$). Wat men eet lijkt geen invloed te hebben op hoe men de gezondheid ervaart.

5.3.1 Determinanten geassocieerd met het voedingspatroon

Voor de determinanten geslacht, opleiding, soort centrum, BMI, leeftijd, familie in Nederland, geld en land van herkomst is met behulp kruistabellen en Chikwadraat gekeken naar de associatie met het voedingspatroon. In tabel 7 is weergegeven wat de verschillen zijn in het gebruik van 7 dagen per week ontbijt, warme maaltijd, groenten, fruit, vlees en frisdrank. Vrouwen consumeren significant vaker dagelijks fruit en groente dan mannen. Mannen consumeren daarnaast significant meer frisdrank dan vrouwen. Voor de andere kenmerken zijn geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen gevonden. Respondenten met een normale BMI gebruiken significant vaker dagelijks een ontbijt, warme maaltijd en groenten dan respondenten met een lage of hoge BMI. Respondenten met een lage BMI gebruiken het minst vaak 7 dagen per week een ontbijt, warme maaltijd en groenten. Mensen die ouder zijn dan 40 jaar gebruiken vaker dagelijks een ontbijt dan mensen jonger dan 40 jaar. Vooral in de leeftijdscategorie 18-29 wordt minder vaak een ontbijt gebruikt.

Het hebben van familie in Nederland blijkt invloed te hebben op het dagelijks gebruiken van vlees en fruit. Asielzoekers die geen familie in Nederland hebben consumeren minder fruit, maar juist meer vlees.

Tabel 7 Gebruik van 7 dagen ontbijt, warme maaltijd, groente, fruit, vlees en frisdrank naar sociaaldemografische factoren (in procenten)¹

	<i>Ontbijt</i>	<i>Warme maaltijd</i>	<i>Groente</i>	<i>Fruit</i>	<i>Vlees</i>	<i>Frisdrank</i>
Totaal Respondenten	45.8	55.0	24.3	29.5	16.0	18.5
Geslacht						
- Man	(45.6)	(57.6)	22.8	23.6	(18.0)	22.4
- Vrouw	(46.0)	(50.7)	26.7	39.3	(12.7)	12.0
Opleiding						
- Laag	(46.3)	(57.9)	(25.9)	(30.9)	(17.4)	(19.7)
- Hoog	(44.3)	(49.3)	(21.4)	(26.4)	(12.9)	(16.4)
Centrum						
- Oriëntatie	(48.2)	(55.4)	(23.7)	(26.5)	(18.1)	(20.5)
- Terugkeer	(41.7)	(54.3)	(25.2)	(34.4)	(12.6)	(15.2)
BMI						
- Normaal	53.4	63.5	30.3	(30.9)	(19.7)	(19.7)
- Laag	34.0	39.6	13.2	(24.5)	(11.3)	(11.3)
- Hoog	43.2	50.8	21.2	(31.8)	(11.4)	(21.2)
leeftijd						
- 18-29	37.3	(52.8)	(20.5)	(26.7)	(19.3)	(19.9)
- 30-39	47.4	(58.6)	(27.6)	(31.0)	(14.7)	(19.8)
- >40	55.3	(54.4)	(26.0)	(31.7)	(16.0)	(15.4)
Familie Nederland						
- Ja	(43.9)	(55.1)	(26.8)	35.4	12.1	(18.2)
- Nee	(47.5)	(55.1)	(21.7)	23.7	19.7	(18.7)
Geld						
- voldoende	(50.0)	(56.8)	(27.6)	(27.6)	(16.1)	(15.6)
- onvoldoende	(42.0)	(53.6)	(21.3)	(30.9)	(15.9)	(21.3)
Herkomst						
- Irak	63.3	54.1	(29.6)	(33.7)	(16.3)	27.6
- Iran	43.8	31.3	(9.4)	(25.0)	(9.4)	6.3
- Afghanistan	27.6	62.1	(17.2)	(27.6)	(10.3)	10.3
- Somalië	37.3	55.9	(28.8)	(16.9)	(11.9)	18.6

1 Niet-significante verschillen ($p > .050$) zijn tussen haken geplaatst (χ^2 -toets).

Het hebben van voldoende geld blijkt geen invloed te hebben op het wel of niet elke dag consumeren van bepaalde voedingsmiddelen of maaltijden. Ook voor de determinanten opleiding en het soort centrum is er geen significant verschil te zien in het elke dag gebruiken van een ontbijt, warme maaltijd, groenten, fruit, vlees en frisdrank.

Wat betreft verschillen in kenmerken voor de vier grootste landen uit het onderzoek blijkt dat er verschillen zijn in het ontbijten-, warme maaltijd- en frisdrankgebruik. Irakezen gebruiken het vaakst 7 dagen per week een ontbijt en Afghanen het minst vaak.

Afghanen gebruiken daarentegen wel het vaakst 7 dagen per week een warme maaltijd. Respondenten uit Iran gebruiken het minst vaak elke dag een warme maaltijd. Ook consumeren respondenten uit Iran het minst vaak 7 dagen per week frisdrank. Irakezen geven het vaakst aan elke dag frisdrank te consumeren.

5.4 De waardering van de voeding in Nederland

De vraag is in hoeverre asielzoekers tevreden zijn met hun voeding. In tabel 8 zijn de uitkomsten van de voedingswaardering weergegeven. Het blijkt dat de voeding in Nederland goed gewaardeerd wordt. Slechts 17% beoordeelt de voeding in Nederland matig tot slecht en 82.5% beoordeelt de voeding goed tot uitstekend.

Tabel 8 Uitkomsten voedingswaardering

Uitkomsten voedingswaardering	Aantal (%) respondenten
Waardering voeding land van herkomst	
- Slecht	103 (25.8)
- Goed	295 (73.8)
Waardering voeding Nederland	
- Slecht	70 (17.5)
- Goed	329 (82.5)
Waardering kwaliteit voedingsmiddelen in Nederland	
- Slecht	62 (16.3)
- Goed	334 (83.5)

De kwaliteit van de voedingsmiddelen in Nederland wordt over het algemeen goed gewaardeerd. 83.7% van de respondenten beoordeelt de kwaliteit van de voedingsmiddelen goed. De beoordeling van de kwaliteit hangt nauw samen met de waardering van de voeding van de voeding in Nederland.

In vergelijking met onderzoeken in het buitenland waarderen asielzoekers in Nederland hun voeding zeer positief. Asielzoekers in Zwitserland waarderen hun voeding aanzienlijk slechter. Minder dan de helft van de respondenten is tevreden met hun voeding in Zwitserland (Kruseman et al., 2005). In onderzoek in Ierland geeft 90% van de asielzoekers aan dat hun voedingspatroon verbeterd zou kunnen worden (Manandhar et al., 2006).

In de volgende paragrafen wordt beschreven in hoeverre de opvatting over voeding veranderd is na komst in Nederland, welke determinanten geassocieerd zijn met de waardering van voeding en welke problemen men met voeding ervaart.

5.4.1 Verandering waardering voeding

Met kruistabellen en de Chikwadrattoets is gekeken of de waardering van voeding veranderd is na komst in Nederland. In tabel 8 is te zien dat asielzoekers de voeding in Nederland echter beter waarderen dan de voeding in het land van herkomst. 82.3% van de respondenten beoordeelt de voeding in Nederland goed tot uitstekend tegenover 73.8% van de respondenten die de voeding in het land van herkomst goed tot uitstekend beoordeelt. Het verschil in waardering is niet significant ($p=0.386$).

Er is daarnaast gekeken hoe de vier grootste landen uit het onderzoek de voeding van het land van herkomst en de voeding in Nederland waarderen en welke verschillen er tussen de landen zijn. Als gekeken wordt naar verschil in waardering van de voeding in land van herkomst uitgesplitst naar de vier grootste landen die deelnamen aan het onderzoek dan is er een verschil te zien tussen deze landen (tabel 9).

Tabel 9 Waardering voeding naar land van herkomst

Land van herkomst	Slechte waardering voeding land van herkomst	Slechte waardering voeding Nederland
Irak (%)	31 (32.0)	27 (27.6)
Iran (%)	9 (29.0)	3 (9.7)
Afghanistan (%)	12 (41.4)	2 (6.9)
Somalië (%)	9 (15.0)	6 (10.2)

Het grootste verschil is te zien tussen respondenten uit Somalië en Afghanistan. 84.7% van de Somaliërs beoordeelt de voeding in het land van herkomst goed tegenover 58.6% van de Afghanen.

Als gekeken wordt naar het verschil in waardering van de voeding in Nederland is te zien dat de respondenten uit Irak de voeding het minst goed beoordelen. 27.6% beoordeelt de voeding in Nederland slecht tegenover slechts 6.9% van de respondenten uit Afghanistan. Afghanen beoordelen de voeding in Nederland dus aanzienlijk beter dan de voeding in Afghanistan. Ook respondenten uit Iran beoordelen de voeding in Nederland veel beter dan de voeding in Iran. Asielzoekers uit Somalië en Irak beoordelen de voeding in beide landen ongeveer gelijk.

5.4.2 Determinanten geassocieerd met de waardering van voeding

Tabel 10 toont de odds ratio's van de associaties tussen de karakteristieken van de onderzoekspopulatie en de waardering van de voeding in Nederland. In multiple logistische regressies is de waardering van voeding in Nederland geregresseerd op relevante sociaal demografische determinanten, eerst zonder (in Model 1) en vervolgens

met controle voor ervaren gezondheid, psychische gezondheid en vitaliteit als covariaten (in Model 2).

Tabel 10 Multiple logistische regressie voor de waardering van voeding³ in Nederland door asielzoekers. (Slechte waardering ten opzichte van goede waardering voeding)

Determinanten	Model 1		Model 2 (Met ervaren gezondheid, psychische gezondheid en vitaliteit)	
	gecorrigeerde OR (95% BI) ¹	P waarde	gecorrigeerde OR (95% BI) ¹	P waarde
Geslacht				
- Man	1.00		1.00	
- Vrouw	1.12 (0.67-2.06)	.720	1.00 (0.52-1.83)	.977
Soort centrum²				
- Oriëntatie	1.00		1.00	
- Terugkeer	0.92 (0.45-1.85)	.806	0.97 (0.47-2.02)	.918
Leeftijd				
- 18-29	1.00		1.00	
- 30-39	1.01 (0.53-2.18)	.839	0.93 (0.45-1.93)	.864
- >40	0.66 (0.31-1.43)	.293	0.50 (0.22-1.14)	.098
Lengte verblijf				
- 2 jaar en langer	1.00		1.00	
- < 2 jaar	0.89 (0.44-1.80)	.739	0.86 (0.42-1.78)	.689
Familie in Nederland				
- Nee	1.00		1.00	
- Ja	2.00 (1.05-3.76)	.034	1.90 (0.99-3.64)	.054
BMI				
- Normaal (20-25)	1.00		1.00	
- Te laag (<20)	1.21 (0.47-3.13)	.693	1.18 (0.44-3.17)	.747
- Te hoog (>25)	2.35 (1.22-4.52)	.010	2.62 (1.33-5.18)	.006
Geld				
- Voldoende	1.00		1.00	
- Onvoldoende	3.51 (1.85-6.64)	.000	2.52 (1.30-4.89)	.006
Gewichtsverandering				
- Nee	1.00		1.00	
- Ja	1.67 (0.86-3.12)	.120	1.45 (0.75-2.81)	.266
Ervaren gezondheid				
- Goed			1.00	
- Slecht			1.86 (0.95-3.64)	.070
Psychische gezondheid				
			1.00	
			2.62 (1.19-5.73)	.016
Vitaliteit				
- Goed			1.00	
- Slecht			1.51 (0.58-3.90)	.401
Nagelkerke pseudo R²	.152		.219	
Chi²	34.20	.000	50.43	.000
Df	10		13	

1 OR = Odds Ratio; BI = Betrouwbaarheidsinterval.

2 Terugkeer centrum = Utrecht en Schalkhaar; Oriëntatie centrum = Arnhem en Dronten.

3 Waardering voeding is gemeten met vraag 20 uit de vragenlijst.

Elke variabele is gecorrigeerd voor alle andere variabelen in de tabel.

De ervaren gezondheid en psychische gezondheid hebben een significante associatie met de waardering van de voeding in Nederland.

Mensen met een BMI ≥ 25 waarderen de voeding significant slechter dan mensen met een normale BMI (20-25). Ook in model 2 blijft deze associatie bestaan. Respondenten met een lage BMI (<20) waarderen de voeding eveneens slechter dan respondenten met een normale BMI al is dit verschil niet significant. Het hebben van familie in Nederland blijkt geassocieerd te zijn met een slechte waardering van de voeding in Nederland. Ook in model 2 blijft deze relatie significant. Het hebben van onvoldoende geld blijkt een sterke associatie te hebben met het slecht waarderen van de voeding in Nederland. In model 2 blijft deze relatie significant.

De overige determinanten blijken niet significant geassocieerd te zijn met de waardering van voeding in Nederland, maar zullen wel kort besproken worden. Vrouwen waarderen de voeding slechter dan mannen en respondenten ouder dan 40 jaar waarderen de voeding beter dan mensen jonger dan 40 jaar. Mensen in een terugkeercentrum waarderen de voeding beter. Dit kan komen, omdat zij meer bekend zouden kunnen zijn met de producten in Nederland, aangezien asielzoekers in een terugkeercentrum vaak langer in Nederland verblijven.

Maar als gekeken wordt naar de lengte van het verblijf blijken mensen die korter dan 2 jaar in Nederland zijn de voeding beter te waarderen. De ligging van het centrum zou dus mogelijk een rol kunnen spelen. Respondenten die in gewicht zijn veranderd waarderen de voeding slechter dan respondenten die in gewicht gelijk zijn gebleven.

5.4.3 Problemen bij het verkrijgen van voedingsmiddelen

In de vragenlijst is nagevraagd welke producten gemist worden in de Nederlandse winkels en in hoeverre geld een barrière vormt voor het kopen van voedingsmiddelen. Op basis van de literatuurstudie wordt verwacht dat hoe langer asielzoekers in Nederland zijn hoe bekender zij zullen zijn met Nederlandse producten en hoe minder zij zullen missen. Tevens wordt verwacht dat geldgebrek een rol speelt bij het kopen van voedingsmiddelen.

Missen voedingsmiddelen

In kruistabellen (zie tabel 11) is weergegeven hoeveel respondenten voedingsmiddelen missen in de Nederlandse winkels en of geslacht, herkomst (4 grootste landen die deelnamen aan het onderzoek) de lengte van het verblijf en het soort centrum een rol spelen bij het missen van voedingsmiddelen. In tabel 12 is gespecificeerd welke voedingsmiddelen gemist worden.

56% van de respondenten heeft aangegeven voedingsmiddelen te missen in de Nederlandse winkels. Als dit voor mannen en vrouwen apart bekeken wordt blijkt dit nagenoeg hetzelfde percentage te zijn.

Tabel 11 Missen van voedingsmiddelen

Determinanten	Mist voedingsmiddelen uit land van herkomst in Nederlandse winkels.	
	Nee	Ja
Totaal respondenten (%)	174 (43.5)	226 (56.5)
Geslacht (%)		
- Man	107 (42.8)	143 (57.2)
- vrouw	67 (44.7)	83 (55.3)
Herkomst (%)		
- Irak	53 (54.1)	45 (45.9)
- Iran	12 (37.5)	20 (62.5)
- Afghanistan	10 (34.5)	19 (65.5)
- Somalië	31 (52.5)	28 (47.5)
Lengte verblijf		
- 2 jaar en langer	94 (49)	98 (51)
- < 2 jaar	80 (38.5)	128 (61.5) *
Soort centrum		
- Oriëntatie	120 (48.2)	129 (51.8)
<i>Dronten</i>	94 (52.5)	85 (47.5)
<i>Arnhem</i>	26 (37.1)	44 (62.9)
- Terugkeer	54 (35.8)	97 (64.2)
<i>Utrecht</i>	25 (36.8)	43 (63.2)
<i>Schalkhaar</i>	29 (34.9)	54 (65.1) *

* $p < .005$ (X^2 toets)

Respondenten uit Iran en Afghanistan geven het vaakst aan producten uit het land van herkomst te missen. Respondenten uit Irak geven het minst vaak aan producten te missen. Dit is tegengesteld aan wat verwacht zou worden op basis van eerdere uitkomsten. Irakezen beoordelen de voeding in Nederland het slechtst, maar geven het minst vaak aan producten te missen. Respondenten uit Afghanistan en Iran geven het vaakst aan producten te missen, terwijl ze de voeding in Nederland het best beoordelen. Respondenten die korter dan 2 jaar in Nederland verblijven geven significant vaker aan producten uit het land van herkomst te missen. Mensen die langer in Nederland verblijven missen dus inderdaad minder voedingsmiddelen en zijn waarschijnlijk beter bekend met de Nederlandse voedingsmiddelen. Respondenten die verblijven in een terugkeercentrum geven vaker aan voedingsmiddelen te missen in de Nederlandse winkels. Dit kan te maken hebben met de ligging van de centra. Als per centrum gekeken wordt geven asielzoekers in Dronten het minst vaak aan producten te missen (47%) en de overige drie centra missen ongeveer even vaak producten (rond de 63%).

De meeste mensen geven aan bepaalde soorten fruit (27%), groenten (28.1%) en vis (24%) te missen in de Nederlandse winkels. 25.8% van de respondenten geeft aan andere producten te missen die niet in de vragenlijst genoemd zijn. Vlees en kruiden/specerijen worden door 20% van de respondenten gemist in de Nederlandse winkels. Bepaalde oliën worden het minst gemist (15%). Op de vragenlijsten is wel een

Tabel 12 Welke producten worden gemist?

Determinanten	Fruit	Groente	Kruiden	Vlees	Vis	Oliën	Overige
Totaal (%)	110 (27.5)	112 (28.0)	81 (20.3)	83 (20.8)	97 (24.0)	60 (15.0)	103 (25.8)
Geslacht (%)							
- Man	47 (31.3)	67 (26.8)	48 (19.2)	50 (20.0)	57 (22.8)	35 (14.0)	66 (26.4)
- vrouw	63 (25.2)	45 (30.0)	33 (22.0)	33 (22.0)	40 (26.7)	25 (16.7)	37 (24.7)
Herkomst							
- Irak	25 (25.5)	23 (23.5)	18 (18.4)	24 (24.5)	23 (23.5)	14 (14.3)	19 (19.4)
- Iran	13 (40.6)	16 (50.0)	10 (31.3)	9 (28.1)	10 (31.3)	7 (21.9)	14 (43.8)
- Afgh.	8 (27.6)	7 (24.1)	2 (6.9)	7 (24.1)	4 (13.8)	2 (6.9)	7 (24.1)
- Somalië	14 (23.7)	11 (18.6)	5 (8.5)	12 (20.3)	14 (23.7)	11 (18.6)	13 (22.0)

paar maal genoteerd dat palmolie gemist werd. Uit onderzoek in Zwitserland kwam dit eveneens naar voren (Kruseman et al., 2005).

Geld

207 respondenten (51,9 %) geven aan dat zij onvoldoende geld te besteden hebben om de voedingsmiddelen te kunnen kopen die zij nodig hebben. 192 respondenten (48,1%) geven aan dat zij voldoende geld te besteden hebben om de voedingsmiddelen te kunnen kopen die zij nodig hebben. In tabel 10 is te zien dat het hebben van onvoldoende geld om de voedingsmiddelen te kunnen kopen die men nodig heeft, invloed heeft op de waardering van voeding. Mensen die aangeven onvoldoende geld te besteden hebben waarderen de voeding in Nederland veel slechter. Ook in model 2 blijft deze associatie significant.

5.4.4 Relatie waardering voeding en ervaren gezondheid

In multiple regressie (zie tabel 3, 4 en 5 model 2) zijn gezondheidsindicatoren gerelateerd aan sociaal demografische determinanten en de waardering van voeding in Nederland.

Volgens de literatuurstudie en de hypothesen zal een slechte waardering voor de voeding leiden tot een slechte ervaren gezondheid. In de tabel 3 is te zien dat de waardering van voeding invloed heeft op de ervaren gezondheid. Asielzoekers die hun voeding slecht waarderen ervaren hun gezondheid eveneens slecht ook als gecorrigeerd is voor psychische gezondheid en vitaliteit.

De waardering voor voeding heeft eveneens invloed op de psychische gezondheid van asielzoekers. In tabel 4 is een significante associatie te zien tussen het slecht waarderen

van de voeding en een slechte psychische gezondheid. Het blijkt dat de psychische gezondheid een belangrijke rol speelt bij de relatie tussen ervaren gezondheid en waardering van voeding. Wanneer de variabele psychische gezondheid als onafhankelijke determinant in het multiple logistische model van de afhankelijke variabele ervaren gezondheid wordt meegenomen komt daalt de odds ratio van de voedingswaardering sterk (van een odds ratio van 2.58 zonder psychische gezondheid in het model naar een odds ratio van 2.06 met psychische gezondheid in het model).

De waardering voor voeding in Nederland heeft geen significante associatie met de vitaliteit van asielzoekers (tabel 5). Wel is te zien dat asielzoekers die de voeding slecht waarderen minder energie hebben dan asielzoekers die de voeding goed waarderen.

In tabel 6 is andersom ook te zien dat een slechte ervaren gezondheid en een slechte psychische gezondheid geassocieerd is met een slechtere waardering van de voeding in Nederland.

5.5 Kwalitatieve studie

In deze paragraaf zal het kwalitatieve deel van het onderzoek besproken worden. Het geeft antwoord op de laatste op de onderzoeksvraag en geeft betekenis aan de kwantitatieve resultaten. Het vormt een verdiepingsslag die de resultaten meer gewicht geven. Met behulp van interviews heeft dit onderzoek getracht een beeld te krijgen van de opvattingen die asielzoekers hebben over hun gezondheid en hun voeding, welke problemen zij tegen komen en wat zij zien als mogelijke oplossingen voor hun problemen. Tot slot wordt bekeken welke relatie er te leggen is tussen het voedingspatroon en de ervaren gezondheid van asielzoekers. De kwantitatieve en kwalitatieve resultaten worden aan het eind van elke subparagraaf met elkaar vergeleken.

Negen asielzoekers (5 vrouwen, 4 mannen) namen deel aan de semi-gestructureerde diepte interviews. Tabel 13 presenteert een aantal van de karakteristieken van deze 9 asielzoekers. Het grootste gedeelte is getrouwd, 3 personen verblijven alleen of met een kleinkind in Nederland.

Tabel 13 Karakteristieken de onderzoekspopulatie in het kwalitatieve deel van het onderzoek

	Geslacht	leeftijd	Land van herkomst	burgerlijke staat	verblijfsduur	Kinderen
1	V	37	Kurdistan/Noord-Irak	getrouwd	6 jaar	5
2	V	33	Montenegro	getrouwd	7 jaar	1, zwanger van 2 ^e
3	V	23	Rusland/Burundi	getrouwd	9 jaar	1
4	V	45	Iran	getrouwd	7 jaar	3
5	V	54	Somalië	weduwe	7 jaar	woont met kleinzoon
6	M	35	Afghanistan	getrouwd	9 jaar	2
7	M	48	Pakistan	getrouwd	11 jaar	2
8	M	48	Ethiopië	alleenstaand	12 jaar	3 kinderen in Ethiopië
9	M	27	Burma	alleenstaand	5 jaar	0

5.5.1 Verklaring gezondheidsproblemen

Deze subparagraaf geeft de belangrijkste gezondheidsproblemen die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen weer. Allereerst beschrijft het de gezondheidsproblemen en vervolgens de verklaringen die asielzoekers voor deze gezondheidsproblemen hebben gegeven.

Gezondheidsproblemen

Op de voorgrond van de gezondheidsproblemen die de geïnterviewde asielzoekers ervaren staan psychische klachten. Alle respondenten geven aan in meer of mindere mate last te hebben van psychische problemen. Twee respondenten zeggen zich psychisch goed te voelen, maar zich wel af en toe zorgen te maken:

“Weet je, iedereen, wanneer je leeft in een azc, iedereen heeft kleine psychische problemen. Maar ik heb geen grote problemen... Maar soms bedenk ik me: ik woon hier te lang en wat zal ik in de toekomst doen, hoe lang zou ik hier nog blijven, wat moet ik doen? dat soort dingen. Niets te doen hebben maakt me verdrietig, maar ik probeer ook te ontspannen.”

Man uit Burma (9)

De andere 7 respondenten voelen zich psychisch niet goed en ervaren hierdoor veel andere (lichamelijke) klachten:

“Mijn gezondheid is goed, maar alleen mijn ‘bovenkamer’, haha. Mijn heeft vrouw dit ook, soms als we onder druk staan, voelen we ons in onze ‘bovenkamer’ niet goed. Door de stress en de situatie in mijn land hebben we op dit moment écht geen weg terug, écht geen weg terug. Ja, soms is het zo erg dat ik zelfmoord wil plegen. Ik moet leven voor mijn kinderen. Ik weet zelf hoe het is om zonder vader te leven. Ik leef voor hen.”

Man uit Afghanistan (6)

Een vrouwelijke respondent uit Somalië (5) vertelt dat ze soms zoveel pijn heeft dat ze ervan moet huilen. Soms is ze bang dat ze dood zal gaan van de pijn. Ze maakt zich er veel zorgen over en is er vaak mee bezig. Ze kan minder doen dan anderen en vindt dit niet leuk. Een vrouw uit Rusland (3) geeft aan zich niet te kunnen concentreren op een studie. Haar Irakese echtgenoot geeft aan dat het hem niet lukt om te werken. Door spanning over het generaal pardon kan hij niets anders doen dan erover nadenken en het laat hem niet los. Daarvoor werkte hij af en toe als fruitplukker, nu lukt hem dat niet. Een mannelijke asielzoeker uit Ethiopië (8) wil liever niet over zijn psychische problemen praten, dit is te moeilijk voor hem.

Respondenten halen minder vaak lichamelijke klachten aan. Lichamelijke klachten die de respondenten noemen zijn: (spier)pijn over het hele lichaam, diabetes mellitus, hoge bloeddruk, maagklachten, misselijkheid, hoofdpijn en hartklachten. Eén respondent uit

Burma (9) heeft sinds 2 jaar nog maar 1 nier en heeft hierdoor pijn bij sporten en lachen.

De respondenten die aangeven lichamelijke klachten te hebben denken dat veel van deze klachten voortkomen uit hun psychische problemen:

“Mijn gezondheid, mijn lichamelijke gezondheid gaat wel, maar hoe denk je dat iemand zich voelt die al zo lang moet wachten, al meer dan 11 jaar. Je voelt je altijd hangend zonder aarde onder je voeten. Hoe denk je dat de gedachten van die mensen zijn, dat hoef ik niet uit te leggen. De lichamelijke gezondheid hangt heel erg samen met de psychische gezondheid. Maar gelukkig houd ik mijn gedachten wel onder controle. De consequenties van psychische klachten zijn niet goed. Ik heb veel last van spierpijn, van mijn nek en rug en heb ook reumatische klachten. De hele dag voel ik pijn over mijn lichaam.”

Man uit Pakistan (7)

Verklaringen voor gezondheidsproblemen

De verklaringen voor het hebben van (psychische) gezondheidsproblemen komen bij de meeste respondenten overeen. Allereerst komt naar voren dat de leefsituatie veel invloed heeft op de gezondheid van asielzoekers. Acht van de 9 respondenten geven aan het leven in een asielzoekerscentrum als zwaar te ervaren. Het hebben van weinig privacy en het samenleven met meerdere culturen wordt als reden genoemd voor het zich niet goed voelen:

“Dit is goed voor 1 jaar of 2 jaar. Niet voor je hele leven in 1 kamertje en die delen met verschillende nationaliteiten. Als onze kinderen slapen, dan horen we onze burens, we horen hun gepraat en gesnurk. Ze praten gewoon, maar we horen het toch. Er is een hele dunne muur tussen onze kamers. Eén jaar hadden we alles voor onszelf, dat was zo fijn.”

Man uit Afghanistan (6)

Een vrouwelijke respondent uit Kurdistan (1) geeft aan dat ze het niet erg vindt om een paar maanden in de opvang te moeten wonen, maar dat 6 jaar te lang en ongezond is. Ze ziet het als grootste reden voor haar verergerde gezondheidsklachten. De kamer is te klein om met 7 personen te wonen en ze schaamt zich ervoor dat ze het daardoor niet op orde kan houden en er altijd troep is. Haar echtgenoot vult aan dat het 100% ziekmakend is als je lang in het azc moet wonen.

Een tweede verklaring zijn de zorgen en de onzekerheid over het wel of niet in Nederland mogen blijven:

"[Interviewer: Heeft het geholpen dat u gezin weer bij u is?] Ja, dat heeft een klein beetje geholpen, maar toch is er nog steeds die positie van onzekerheid. Tot die tijd is de toekomst niet zeker (...). Alleen maar wachten, wachten in onzekerheid, zo lang wachten."

Man uit Pakistan (7)

Een vrouw uit Montenegro (2) geeft aan dat ze het wel erg lang vindt duren voordat er een uitspraak komt of zij mag blijven.

Ten derde maakt men zich veel zorgen over het land van herkomst en eventuele familie die er nog woont:

"Steeds wordt familie vermoord door de Taliban. Mijn neef zit in het leger en belt mij soms met nieuws. De schoonzoon van mijn oom, hij was leraar en is vermoord en eerst ontvoerd. Hij had 9 kinderen. Mijn nicht is alleen met de kinderen achtergebleven nu. Het is een onzekere situatie. Ja, als er daar oorlog is voel je je hier ook niet veilig. Er zijn niet veel beelden van Afghanistan op tv hier, maar hier hebben we geen Afghaanse zender. Wel bij mijn moeder in Utrecht. Ik kijk daar veel naar. [Interviewer: Ben je bang dat je terug moet?] Ja ja, en mijn kinderen zijn er ook. Het is niet alleen mijn leven waar het over gaat, ook om mijn vrouw, drie vrouwelijke personen die ik moet beschermen. Dat is echt, écht moeilijk."

Man uit Afghanistan (6)

Een vierde belangrijke factor die als verklaring wordt gegeven voor het hebben van gezondheidsproblemen is het niet kunnen werken of studeren en het zich nutteloos voelen:

"Als je werkt leer je zoveel dingen; je moet advies geven, je hebt contact met andere mensen en als je een hele dag hebt gewerkt voel je je bevrijdt. Anders zit je hier maar, televisie te kijken of te fietsen."

Man uit Ethiopië (8)

"Ik wil wat betekenen voor de maatschappij, mijn doel is andere mensen te helpen. Niet alleen mijn familie, ook andere mensen"

Man uit Afghanistan (6)

De sociale situatie speelt eveneens een rol bij het krijgen van gezondheidsproblemen. Een vrouw uit Kurdistan (1) vertelt dat zij zich binnen het centrum in Utrecht erg alleen voelt en niemand kent. Ze schaamt zich voor haar situatie. Wat ze erg moeilijk vindt is dat ze het gevoel heeft dat iedereen in Nederland op haar neerkijkt. Mensen die langs het azc lopen kijken voor haar neerbuigend over de heg. Ze voelt zich altijd minder en gaat daarom ook nauwelijks de deur uit. Alleen om boodschappen te doen.

Het samenleven met verschillende nationaliteiten, het meerdere malen verplaatst worden van centrum en het hebben van minder sociale contacten ervaren zij als moeilijk:

“We hebben geen sociale contacten met mensen van buiten het centrum. We hebben geen familie hier. Leven in het centrum, hier in het centrum leven mensen met dezelfde soort problemen. Wanneer je ook maar een praatje begint zijn het altijd dezelfde onderwerpen waar het over gaat. Dat zijn: de problemen met het leven hier, hoe en wanneer we zullen gaan? Er is niets anders om over te praten. Dus, pas als je een culturele relatie hebt heb je iets om te delen. (...) Het verschil is het culturele verschil, de manieren zijn anders. Je ziet problemen om je heen als je hier samenleeft met verschillende culturen. Er zijn problemen met de communicatie, er is een gebrek aan communicatie. Ik zeg alleen hi en hallo en zo en ga dan naar mijn eigen kamer.”

Man uit Pakistan (7)

Als laatste verklaring voor (psychische) gezondheidsproblemen komt bij vijf van de asielzoekers met kinderen naar voren dat zij zich veel zorgen maken om hun kinderen en dat het hen vaak bezig houdt dat hun kinderen onder deze omstandigheden moeten leven. Een vrouwelijke respondent uit Kurdistan (1) vertelt dat ze zich heel veel zorgen maakt om de gezondheid van haar kinderen, het zijn volgens haar net minimensen geworden. Het kunnen geen kinderen meer zijn door alles wat ze meemaken. Twee van haar kinderen hebben psychische problemen en zijn daar voor in behandeling of volgen speciaal onderwijs. Veel van deze klachten komen volgens haar door de vele verplaatsingen en het steeds worden weggehaald bij vriendjes en vriendinnetjes.

Het blijkt dat kinderen de hoogste prioriteit hebben, zelfs de asielprocedure is daar ondergeschikt aan:

“Ik weet niet of ik val onder het generaal pardon. Ik hoop het en ben erop aan het wachten. Ik maak me daar geen zorgen om, ik maak me meer zorgen om mijn land. [*Interviewer: Heeft u familie daar?*] Ja, maar ik weet niet waar ze zijn.

[*Interviewer: Heeft u kinderen daar?*] Ja, drie kinderen. Ik heb ze met behulp van

het rode kruis proberen te vinden, maar we hebben ze niet kunnen vinden. Ik denk heel veel aan hen.”

Man uit Ethiopië (8)

5.5.2 Bevorderen gezondheid

Aan de respondenten is gevraagd wat zou kunnen helpen om hun gezondheid te verbeteren. Een eerste factor die de gezondheid belemmerd is het leven in voortdurende onzekerheid over het wel of niet mogen blijven in Nederland. De lengte van het verblijf in een azc is te lang. Het generaal pardon speelt daar op dit moment een belangrijke rol bij. Zes van de negen respondenten geven aan dat het hebben van zekerheid over de toekomst zou kunnen helpen om hun gezondheid te verbeteren.

“Eigenlijk, moet de lopende situatie veranderd worden, dat kan helpen. Zo lang wachten, zo lang wachten is..,”

Man uit Pakistan (7)

Een vrouw uit Iran (4) vertelt dat leven in onzekerheid met niets om handen voor haar erg zwaar is. Het zou fijn zijn als ze meer zekerheid zou hebben en ze zou zich er beter door voelen.

Een tweede punt dat daarmee samenhangt is dat het voor hen belangrijk is om te kunnen beslissen over hun eigen leven; zelf kunnen werken en een eigen plek hebben om te leven wordt door acht van de negen asielzoekers aangegeven als zeer belangrijk voor hun welbevinden. Het leven lijkt stil te staan in het asielzoekerscentrum, het is een tussenstation op weg naar het ‘echte’ leven:

“..iedereen weet dat als iemand hier met dezelfde gewoonte moet leven, alleen maar eten, slapen, eten. Gewoon zoals dieren doen. Wakker worden, eten, slapen, eten, zitten, eten. Ik kan niet zoveel huilen, maar als iemand de hele tijd op dezelfde manier moet leven, niets privé heeft en niets volgens zijn eigen zin mag doen en niet zijn eigen werk heeft.”

(...) Mijn oudste zoon, hij verstaat niet veel, maar hij begrijpt altijd alles. Mama, papa, als we een status hebben dan zullen we dit hebben. Hij begint altijd vanaf dat punt. Hij vraagt nooit iets voor nu, alleen voor als we een status hebben. Hij heeft in zijn hoofd dat wij een probleem hebben en hij begint met deze zinnen. Hij zegt: papa, als wij een huis hebben, dan pas... dan zullen we dit hebben dan pas zullen we dat hebben.”

Man uit Pakistan (7)

Ook een vrouw uit Montenegro (2) geeft aan dat ze zich beter zou voelen als zij en haar man zelf zouden mogen werken, zodat zij meer te besteden hebben en voor zichzelf zouden kunnen zorgen.

Ten derde geven drie respondenten aan dat het hen helpt om dingen te ondernemen en bezig te zijn. Fietsen, familie in andere steden bezoeken en deelname aan activiteiten op het centrum worden als voorbeelden genoemd:

“Mijn vrouw is wel dingen gaan ondernemen om bezig te zijn. Echtgenote: Ja ik kom elke donderdag met vrouwen hier op het centrum bij elkaar en organiseer dingen. Bloemen maken, en ik ben ook een dagje naar paleis het Loo geweest. [*Interviewer: Dat helpt u ook om zich beter te voelen?*] Ja, sociale contacten en een beetje Nederlands leren is leuk.”

Echtgenote man uit Pakistan (7)

Een vierde factor die de gezondheid zou kunnen bevorderen is een verbeterde leefomgeving. Een andere leefruimte zou voor zes asielzoekers bijdragen aan een beter gevoel van welbevinden. Een vrouw uit Kurdistan (1) vertelt dat ze niet goed weet wat ze verder kan doen om haar gezondheid te verbeteren, aangezien ze al veel medicijnen gebruikt. Vooral een andere leefruimte zou haar helpen om zich beter te voelen. Ze vertelt dat het leven in het azc op dit moment voor haar voelt als een gevangenis. Ze voelt zich totaal niet vrij. Ze krijgt het met warm weer vaak benauwd, aangezien de ramen nauwelijks open kunnen.

De volgende punten die de gezondheid hebben verbeterd of juist in de weg stonden worden naast bovengenoemde factoren nog genoemd:

Een vrouw uit Somalië (5) geeft aan dat een belangrijke verbetering van haar gezondheid is geweest dat zij zich weer kon verplaatsen. Zij had veel pijnklachten bij het lopen en kon daardoor niet veel doen. Ze raakte hierdoor in een isolement en ze bezocht vaak een Maa-verpleegkundige. Een arts adviseerde haar te fietsen en dit bleek voor haar een uitkomst te zijn. Zij heeft op haar vijftigste leren fietsen en heeft nu de beschikking over een vouwfiets. Ze heeft minder gezondheidsklachten en bezoekt nauwelijks nog de Maa-verpleegkundige. Zij vertelt dat haar leven niet meer zo niet meer donker is als voorheen.

Een vrouw uit Iran (4) geeft aan dat de zij de toegang tot zorg omslachtig vindt. Soms moet zij viermaal voor hetzelfde probleem langsgaan voordat ze doorverwezen wordt en

maakt zij zich lange tijd zorgen. Dit zou volgens haar beter kunnen en haar gezondheid ten goede komen. De vele verplaatsingen van centrum naar centrum spelen hierbij een rol.

Twee asielzoekers ervaren de behandeling door een psycholoog/psychiater slecht en het zorgt volgens hen niet voor een betere gezondheid:

“Meestal gaan mensen naar de Moa, maar zij hebben een speciale soort van stress en wat doen dokters; zij geven alleen slaapmiddelen. Mijn vrouw is ook bij de dokter geweest. Zij kreeg alle hulp van de sociale dienst, nee, de psycholoog en zij kreeg medicijnen, sterke slaapmiddelen die ik ook een paar jaar geleden kreeg. Ik kreeg ook van die middelen die zij geven aan mensen die gek zijn geworden, maar dat is niet de oplossing. De natuur is anders. *[Interviewer: U bedoelt dat alleen medicijnen geven om rustig te worden niet goed is?]* Alleen suf worden en op bed liggen is niet goed, dat maakt je hele lichaam en de spieren relaxed en later kan je eraan verslaafd raken. Eén jaar lang, elke 2^e week had mijn vrouw een bijzondere afspraak voor een half uurtje, 3 kwartier of soms 1 uurtje. *[Interviewer: Om te praten?]* Praten, praten, praten met behulp van een tolk. Maar hij gaf elke week een ander medicijn, diazepam, temazepam, van die slaapmiddelen, weet u wel. Echtgenote: de laatste afspraak was in februari, ik ben niet gegaan. Ik ben gestopt. Man: Het was niet de oplossing. In één jaar meer dan 20 observaties gehad bij de dokter, maar uiteindelijk, wat is de oplossing: nog een ander soort van slaapmiddel.”

Man uit Pakistan (9)

Vergelijking kwantitatieve data over gezondheid

Uit beide onderzoeksmethoden komt naar voren dat asielzoekers de psychische gezondheid slecht ervaren en dat deze voor een groot deel de ervaren gezondheid bepaalt. In de kwantitatieve resultaten is te zien dat de psychische gezondheid een sterke invloed heeft op de ervaren gezondheid en slechts 39% van de asielzoekers ervaart de psychische gezondheid goed. In de kwalitatieve studie geven zeven van de negen geïnterviewde respondenten aan psychische problemen te hebben. Zij geven aan dat zorgen om hun verblijfsvergunning, zorgen om het land van herkomst en het verleden, hun kinderen en de leefomstandigheden er toe bijdragen dat zij zich psychisch niet goed voelen. Daarnaast komt naar voren dat er een verband is tussen hun psychische en lichamelijke problemen.

Opvallend is dat uit de kwantitatieve studie blijkt dat mensen die korter in Nederland verblijven een slechtere psychische gezondheid hebben dan mensen die langer dan twee

jaar in Nederland verblijven. Dit verschil is niet significant. Als gekeken wordt naar de kwalitatieve resultaten blijkt dat asielzoekers aangeven dat het langdurig verblijven in een asielzoekerscentrum invloed heeft op hun psychische gezondheid. Alle respondenten verblijven langer dan vijf jaar in Nederland en zeggen dat ze hun klachten met de jaren hebben zien verergeren.

5.5.3 Voedingsproblemen

In deze paragraaf zal beschreven worden welke problemen met voeding asielzoekers tegenkomen en wat voor betekenis dit voor hen heeft. Aan de hand van de interview topiclijst (zie bijlage V) worden zeven thema's besproken.

Gezondheidsklachten en voeding

Het valt op dat bijna alle respondenten in eerste instantie aangeven geen problemen met voeding te ervaren, maar dat bij verder door vragen toch klachten of problemen naar voren komen die aan voeding gerelateerd zijn. Het lijkt erop dat andere problemen zoals gebrek aan werk, onzekerheid en het gebrek aan autonomie meer op de voorgrond staan, waardoor voeding niet als hoogste prioriteit wordt gezien. Toch blijkt voeding een issue te zijn voor de meerderheid van de geïnterviewden. Mensen zijn zich bewust van de negatieve impact die hun huidige situatie via hun voedingspatroon op hun gezondheid kan hebben:

“ Belangrijk is dat ik geen stress heb. Als ik stress heb kan ik niet veel eten en worden de vitamines niet goed opgenomen. Ik heb nooit zoveel trek in eten gehad. Ja, ik ben nooit een grote eter geweest. Maar ik maak me nu ook erg druk om de verblijfsvergunning en het eten gaat daarom moeilijker.

Man uit Afghanistan (6)

Acht van de negen respondenten geven aan dat voeding belangrijk voor hen is en een aantal noemt klachten die gerelateerd zijn aan voeding. Respondenten noemen maagklachten (2x), diabetes mellitus (2x), misselijkheid (1x), bloedarmoede (1x), hoge bloeddruk (1x), overgewicht (3x) gewichtsverlies (1x) en verminderde eetlust (3x) als klachten, waardoor zij zich meer bezig houden met hun voeding. Een vrouw uit Kurdistan (1) vertelt dat ze vaak last heeft van een opgeblazen gevoel en maagklachten. Soms moet zij een aantal keren per week overgeven en eet dan minder dan normaal. Het gewicht (zowel toename als afname) houdt zeven van de negen respondenten in meer of mindere mate bezig. Zij noemen met name gewichtstoename:

“ We hebben een weegschaal en elke dag wegen we ons drie maal. De kinderen ook. Voordat we naar bed gaan. [*Interviewer: Bent u tevreden met uw gewicht?*] Nee, we zijn niet tevreden, nee, niet tevreden, want we verliezen geen gewicht. We hebben een beetje overgewicht, maar het is niet gevaarlijk. Ik zit niet in de rode zone.”

Man uit Pakistan (7)

Een vrouw uit Somalië (5) vertelt dat zij bezig is met afvallen en het afgelopen jaar al 8 kg is afgevallen. Ze vertelt dat de dokter haar heeft gezegd dat de pijn in haar benen door haar overgewicht veroorzaakt. Zelf twijfelt ze hieraan, omdat de pijn nog niet minder is geworden en ze andere mensen met overgewicht kent die geen pijn hebben. Ze denkt dat het komt, omdat ze in Somalië erg hard geslagen is.

Hoewel bijna alle asielzoekers aangeven dat voeding belangrijk is in hun leven is niet iedereen evenveel met voeding bezig. Een vrouw uit Montenegro (2) vertelt dat ze zich geen grote zorgen over voeding maakt. Voeding is belangrijk voor haar, maar vooral voor haar kind. Zij eet op dit moment gezond en vindt dat hier niets aan hoeft te veranderen.

Keuze van voedingsmiddelen

Uit de interviews komt naar voren dat bij de keuze van voedingsmiddelen smaak een heel belangrijk aspect vormt en er wordt vaak op terug gekomen. Zeven van de negen respondenten geven aan dat de smaak van bepaalde voedingsmiddelen minder goed is dan zij in het land van herkomst gewend waren. Fruit, groente, vis, vlees en kruiden worden door bijna alle asielzoekers genoemd als producten die in Nederland veel minder smaakvol zijn dan in het land van herkomst. Ook kunnen zij deze producten niet overal verkrijgen. Een vrouw uit Rusland (3) vertelt dat hier in Nederland veel meer variatie in producten is, maar dat als zij gerechten maakt uit Rusland of Irak (het land van haar echtgenoot) ze nooit de echte oorspronkelijke smaak krijgt. Asielzoekers proberen zoveel mogelijk om voedingsmiddelen uit het land van herkomst te verkrijgen, zodat zij de maaltijden kunnen bereiden zoals zij gewend waren. Acht van de negen asielzoekers vertellen bijna dagelijks maaltijden uit hun land van de herkomst te bereiden. Het culturele aspect van voeding is erg belangrijk voor hen:

“Maar, het is moeilijk om Ethiopisch eten te koken, de manier hoe het te bereiden en de kruiden. Er zijn veel kruiden uit Ethiopië die ik hier niet kan verkrijgen.

Wanneer je naar een restaurant gaat kan je het krijgen, maar om het hier zelf te

maken is erg moeilijk. Ook Sorghum kan ik hier niet krijgen. Wanneer ik een bepaalde soort Ethiopische kruiden wil kopen dan ga ik naar Amsterdam.”

Man uit Ethiopië (8)

Volgens drie respondenten zijn de voedingsmiddelen in Nederland niet zo vers als in hun land van herkomst. Een vrouw uit Somalië (5) vertelt dat zij in Somalië altijd kokosnoten vers van de boom plukte en de kokos fijn maalde met water. Hier kan dat niet en koopt zij kokosmelk in een blikje. Dit vindt zij echter minder lekker. Twee respondenten geven aan dat zij groenten uit blik en uit de diepvries niet gezond vinden, aangezien dit volgens hen niet vers is.

De tijd speelt een belangrijke rol bij het leren kennen en waarderen van Nederlandse voedingsmiddelen. Alle respondenten verblijven hier langer dan vijf jaar en geven aan dat zij daardoor gewend zijn geraakt aan de Nederlandse smaak en de Nederlandse winkels. Het wordt niet als heel vervelend ervaren dat de oorspronkelijke smaak hier niet kan worden verkregen:

“Alles is bruikbaar in Nederland, maar voor de nieuwkomers is het een probleem. Toen ik in Haarlem kwam, toen werden alle maaltijden nog geregeld door het coa. Dat was niet zo lekker. Maar langzamerhand, kan ik zeggen dat we aan de smaak wonden, maar in die tijd was het smakeloos. Echtgenote: Jaah, dat vond ik ook. In het begin smaakte niets. Wat is dat voor brood? Wat is dat voor kaas? Ooh, niets smaakte. Maar je kan zeggen, na een tijd, raakten we gewend aan de smaak. Patat met mayonaise was in het begin vreemd voor ons, maar het smaakt ons nu beter.”

Man uit Pakistan (7)

Een belangrijk verschil tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten is het bereiden van maaltijden. Bij alle respondenten is het hoofdzakelijk de vrouw die de maaltijden bereidt. Alleenstaande mannen blijken meer moeite te hebben met koken en voor zichzelf zorgen. Drie van de 4 mannelijke respondenten geven aan veel moeite te hebben gehad met het bereiden van maaltijden toen zij net in Nederland kwamen. Ook bij andere alleenstaande mannen zien zij deze problemen. Zij kwamen alle drie alleen naar Nederland en konden niet koken:

“Ik kook voor mezelf. *[Interviewer: Ben je een goede kok?]* Nee, niet zo goed, maar toen ik in Nederland kwam kon ik niet koken. Ik at alleen brood en koekjes

en ik huilde, weet je. Dus, ik leerde koken van vrienden. Aziatische vrienden. Zij leerden me hoe ik moest koken.”

Man uit Burma (9)

Toegang tot voeding

Asielzoekers doen veel moeite om ingrediënten uit hun land van herkomst te bemachtigen. Zij doen in verschillende winkels boodschappen en zij bezoeken met name Turks/Marokkaanse en Surinaamse winkels en toko's om ingrediënten uit het land van herkomst te verkrijgen. Bij alle centra zijn deze winkels in de buurt te vinden. Daarnaast noemen zij Amsterdam, Den Haag en Utrecht als steden die zij af en toe bezoeken voor het verkrijgen van speciale ingrediënten.

Het bereik van winkels blijkt geen probleem te zijn voor de respondenten. Bij de vier centra liggen de winkels dichtbij en de fiets wordt door alle asielzoekers gebruikt om boodschappen te doen:

“Mijn vrouw gaat het liefst naar Deventer met de fiets, dat is gezond. Alleen als het regent gaan we in schalkhaar. In schalkhaar is ook een Plus en een Aldi.”

Man uit Afghanistan (6)

De taal vormde voor drie respondenten bij het boodschappen doen een probleem. Een vrouw uit Somalië (5) vertelt dat zij in het begin van haar verblijf in Nederland veel moeite had met het vinden van producten uit Somalië. Zij geeft als voorbeeld dat in de Turkse winkels de groentesoorten een Arabische benaming hebben en zij alleen de Somalische benaming kende. Een vrouw uit Kurdistan (1) geeft aan dat zij in het begin niet goed Nederlands sprak en daardoor moeite had met het vinden van producten. Vooral in Marokkaanse winkels heeft zij nu nog moeite met de taal.

Financiële situatie

De financiële situatie blijkt voor alle asielzoekers een belangrijk item te zijn en het komt tijdens de interviews vaak naar voren. Alle asielzoekers met kinderen geven aan dat zij sinds de verhoging van het weegeld in januari 2007 veel beter rond kunnen komen en zij zijn hier erg tevreden over. Voor januari 2007 kreeg men per kind per week 7 euro, nu bedraagt dit 33 euro per week.

Zeven respondenten geven aan voldoende geld te hebben voor voeding, maar vinden dat geld voor meer luxe dingen er niet is. Een vrouw uit Kurdistan (1) vertelt dat ze zich wel eens zorgen maakt om geld, maar meer om andere dingen dan eten en drinken, zoals kleding en speelgoed voor haar kinderen. Het kopen van eten en drinken gaat volgens haar wel, al let zij wel op waar zij boodschappen doet.

Twee respondenten met diabetes geven aan dat zij niet alle speciale voedingsmiddelen kunnen kopen die zij denken nodig te hebben voor hun diabetes en maken zich hier zorgen over. Het gaat dan om suikervrije en magere producten:

"[Interviewer: Maak je je zorgen om geld wanneer je boodschappen doet?] Nee, alleen de speciale voedingsmiddelen voor diabetes kan ik niet kopen.(..) Ja, ik doe erg mijn best voor zover dat mogelijk is. Ook is het voor mij moeilijk om de diabetes voedingsmiddelen met weinig calorieën te kopen. Een normale rol biscuit kost 90 cent, maar speciale voeding kost al 2 euro. De hoeveelheid is erg klein en de prijs erg hoog."

Man uit Ethiopië (8)

Op verschillende manieren besparen zij gewild of ongewild geld. Twee respondenten geven aan samen te eten om zo geld te besparen:

"Maar ik kook samen met vrienden en we eten ook samen. Zo is het mogelijk geld te besparen. Aziatische mannen zijn goede koks."

Man uit Burma (9)

Eén respondent heeft juist geld over voor eten door het hebben van weinig sociale contacten:

"Eten is niks, voor eten hebben we genoeg geld. [Interviewer: Je hebt een klein sociaal netwerk?] Dat kan je wel zeggen ja, klein. Dat is de reden waarom we genoeg geld hebben voor eten."

Man uit Pakistan (7)

Een verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft de financiële situatie is dat mannen vaker het geld beheren dan de vrouwen. Een vrouw uit Montenegro (2) vertelt dat zij niet weet wat hun wekelijkse toelage is. Haar man doet de boodschappen en zij krijgt geld voor andere kleine dingen die zij nodig heeft.

Fysieke context voeding

Acht van de negen respondenten zijn tevreden over de kookfaciliteiten. Wel geven vier respondenten aan dat het vaak druk is in de keuken, waardoor zij moeten wachten met koken:

“Het is ok, de keuken is mooi. Alleen soms is het druk in de avond. Je moet je schikken. Ik kook voor de lunch en warm het ‘s avonds op.”

Man uit Ethiopië (8)

Drie respondenten hebben een eigen keukenblok en zijn hier erg tevreden over. Een vrouw uit Iran (4) zegt zich hierdoor veel vrijer te voelen. Eén respondent is niet tevreden over de kookfaciliteiten:

“*[Interviewer: Wat vind je van de kook ruimte?]* Allemaal slecht. *[Interviewer: Met hoeveel mensen deelt u de keuken?]* Met denk ik 30 personen.

Onverantwoordelijke mensen. Jonge, alleenstaande mensen. Het is vaak vies. Als ik ga douchen, dan maak ik schoon, maar de volgende dag is het weer vies. Dat is heel vervelend.”

Man uit Afghanistan (6)

Sociale context

Een sociaal netwerk is voor alle asielzoekers erg belangrijk en komt naar voren als belangrijk thema. Met name familie speelt een belangrijke rol. Alle respondenten behalve één eten samen met anderen en geven aan dat dit belangrijk voor hen is.

“Weet je, het grote probleem is, als je eet in gezelligheid werkt dat goed. Anders, zelfs als je hoogwaardig eten in je maag hebt, alles is gerelateerd aan je hersenen, weet je.”

Man uit Pakistan (7)

Een vrouw uit Montenegro (2) vertelt dat zij in Montenegro vaak samen met familie at en dat zij dit hier erg mist. Haar wereld is veel kleiner geworden en vooral in het begin in Nederland was dit erg moeilijk voor haar. Het hebben van een eigen gezin heeft ervoor gezorgd dat zij zich minder eenzaam voelt.

Voedingsveranderingen ten opzichte van het land van herkomst

Een thema dat veel naar voren komt is het hebben van minder eetlust sinds de komst naar Nederland. Vooral de mannelijke respondenten geven dit aan:

“*[Interviewer: is je eetlust verandert sinds je in Nederland bent?]* Het is zeker weten veranderd. In ons land, aten we drie keer per dag. De lunch was zwaar, het dineer was zwaar en het ontbijt ook en ik had altijd honger, altijd. *[Interviewer: Waarom hier niet denkt u?]* Ik denk vanwege de weersverandering, hier is het

kouder, het is en koud klimaat. In de hitte zweet je meer en zweten betekent verliezen van je voeding.”

Man uit Pakistan (7)

Het leven lijkt voor de meeste asielzoekers in het asielzoekerscentrum stil te staan, het vormt meer een tussenstation op weg naar het ‘echte’ leven. Hoewel het de respondenten op verschillende manieren moeite kost om te koken zoals men gewend was, proberen zij toch om maaltijden te bereiden om zo iets van het ‘echte’ leven in stand te houden. Het niet meer echt kunnen leven, werken en dingen doen die men gewend was leidt tot minder eetlust:

“Interviewer: maar je hebt niet heel veel eetlust? Nee, als ik zou werken dan zou ik meer eten, dan zou ik honger krijgen.”

Man uit Afghanistan (6)

Wat betreft het verschil in de consumptie van voedingsmiddelen in Nederland ten opzichte van het land van herkomst geven asielzoekers geen grote verschillen aan. Drie respondenten geven aan in Nederland minder groente te consumeren dan in het land van herkomst:

“In Burma hebben we veel groenten, maar hier niet zoveel en eet ik er minder van.”

Man uit Burma (9)

De meeste respondenten zijn tevreden over hun voedingspatroon in Nederland en twee respondenten vinden het eten hier gezonder dan in het land van herkomst:

*“Hier is het gezonder. Daar was het lekker, maar hier is het gezonder.
[Interviewer: Het eten in Afghanistan was wel lekkerder]? Maar niet gezond. Vlees wordt veel gefrituurd, dat is niet gezond hè? We hebben geen vloeibare olie daar, maar hard vet. Hier kan je dat beter bewaren, daar niet.”*

Man uit Afghanistan (6)

Eén respondent geeft aan dat hij de voeding in zijn land van herkomst niet goed met hier kan vergelijken:

“Dat kan ik allemaal niet vergelijken, echt niet vergelijken. Misschien als daar rust zou zijn dan zou het kunnen. Mijn hele leven kan ik me alleen maar bommen of

dat soort dingen herinneren. Op de ene dag was alles te krijgen op de markt en op de andere dag was er oorlog en moest je naar een andere stad voor eten. Ja, ja. dat was een andere situatie.”

Man uit Afghanistan (6)

Kort samengevat zijn de belangrijkste onderwerpen die van invloed zijn op het voedingspatroon: Gezondheidsklachten door de huidige situatie die zorgen voor een verminderde eetlust, gewichtstoename, geldgebrek, een veranderde smaak van voedingsmiddelen ten opzichte van het land van herkomst en het niet kunnen verkrijgen van bepaalde voedingsmiddelen, een klein sociaal netwerk en het niet kunnen koken.

5.5.4 Verbetering voedingspatroon

In deze paragraaf wordt besproken welke oplossingen of suggesties voor een verbetering van het voedingspatroon uit de interviews naar voren kwamen en op welke manier de respondenten al met gezonde voeding bezig zijn.

Einde onzekerheid

Vijf asielzoekers (1,6,7,8) geven aan dat zij door psychische problemen minder eetlust hebben. Als er een einde aan de onzekere leefsituatie zou komen zou dit hen helpen om meer eetlust te hebben:

“Weet je, dat als je iets eet wanneer je je in een depressieve positie bevindt, in een depressie wordt het voedsel niet goed verteerd. Ik vertelde je in het begin al dat het voedingspatroon niet alleen wordt beïnvloed door de voeding. We proberen qua nutriënten alles goed te doen. Maar dan wordt het binnenin niet goed verteerd. We voelen dat ons dieet vol van nutriënten is, misschien zelfs overvloedig, maar het is fysiek dat we totaal uitgeput zijn door de hele situatie. En zelfs als we eten en honger hebben wordt het van binnen niet goed verteerd.”

Man uit Pakistan (7)

Daarnaast geven zij aan dat hun eetlust zou verbeteren als zij zouden werken en zich nuttig zouden kunnen maken:

“Ik was altijd druk, van vroeg in de morgen tot 23.00 uur 's avonds was ik weg. Maar hier zijn de omstandigheden absoluut omgedraaid. Soms besluit ik uit te gaan, maar waar moet ik dan heen gaan? Er is niets te doen, nutteloze dagen, een betekenisloze dagen zonder enig doel.”

Man uit Pakistan (7)

Een vrouw uit Somalië (5) vertelt dat zij in Somalië meer at. Ze denkt dat dit komt, omdat ze daar hard moest werken. Ze at daar drie keer per dag en ook om 2000 uur vaak nog kleine maaltijd. Ze had dit toen nodig, nu kan ze echt niet meer op.

Diëtist

Wat opvalt is dat vier van de negen respondenten een diëtist hebben bezocht of nog steeds bezoeken en voeding lijkt daarom bij de Moa prioriteit te hebben. De vier respondenten gaven aan veel baat te hebben gehad bij de behandeling door een diëtist. Een vrouw uit Somalië (5) vertelt dat zij het erg fijn dat er een diëtist bij haar kwam om te vertellen wat wel en niet goed voor haar was. Ze wilde afvallen en maakte zich zorgen om haar voeding, omdat zij niet goed wist wat goed voor haar was. Ze zegt niet te hebben geweten dat ze niet goed at. Door de diëtist is ze hier achter gekomen en heeft nu een beter eetpatroon.

Bij voedingsproblemen bij asielzoekers kan behandeling door een diëtist helpen:

“Ik ben 8 maanden geleden ook bij een diëtiste geweest hier in schalkhaar. Ik woog toen 54 kg. Ik was erg zwak. Maar nu sinds 1 jaar ben ik 8-9 kg aangekomen. Nu is het beter bij mijn lengte. [Interviewer: Was je veel afgevallen?] Nee, ik woog altijd 54 kg. Dat was te weinig, 62 was normaal zei de diëtiste, ik was 8 kilo te licht. Ik moest vaker sinaasappelsap bij het eten drinken. [Interviewer: Heb je bloedarmoede?] Ja, veel Afghanen hebben dat. Dus ik moet veel vitamine C bij de maaltijd nemen om ijzer goed op te nemen(..) Het advies van de diëtiste gaf rust en toen kwam ik ook wat aan.”

Man uit Aghanistan (6)

De twee respondenten met diabetes (4,8) hebben een tijd geleden een diëtist bezocht en het zou hen wellicht rust geven als zij inzicht zouden krijgen in welke producten gekozen kunnen worden. Een vrouw uit Iran (4) vertelt dat zij zich veel zorgen maakt om de voedingsmiddelen die zij wel en niet mag gebruiken en ze is erg blij dat ze binnenkort naar een diëtist kan. Nu kan zij bepaalde producten niet kopen, omdat ze er geen geld voor heeft.

Koken

Een suggestie die door drie van de mannelijke respondenten is genoemd is het leren koken van alleenstaande mannen die niet kunnen koken. Veel, met name jonge mannen hebben volgens een man uit Pakistan (7) moeite met koken. Kookles kan ervoor zorgen

dat het voedingspatroon minder eenzijdig is en dat er beter voor zichzelf gezorgd kan worden:

“ Wanneer je bloem nodig hebt kan je naar de supermarkt gaan, maar het probleem is wanneer je moet koken. Maar wat moet je koken? In mijn land kunnen mannen niet koken. Maar ik ben toen de horeca opleiding in Koudekerke gaan doen. Als ik in Nederland bleef wonen wilde ik voor mezelf koken. Ik leerde zoveel dingen daar over hoe ik moest koken. Wanneer ik begon met koken kon ik niets. De eigenaar van het huis waar ik woonde adviseerde me de cursus.”

Man uit Ethiopië (8)

Gezond eten en bewegen

Zeven respondenten geven aan dat zij het belangrijk vinden om gezond te eten. Variatie, (verse) groente en fruit en letten op vetgebruik wordt door hen genoemd als dingen waar zij op proberen te letten of die zij zouden kunnen verbeteren. De meeste respondenten vinden dat zij al genoeg doen om hun voedingspatroon gezond te houden en zijn er tevreden over:

“We hebben een gevarieerd voedingspatroon en alle credits gaan naar mijn vrouw. Vrouw: Het voedingspatroon is goed, maar we moeten alleen een beetje meer naar buiten gaan, beetje bewegen, maar het voedingspatroon is goed. De kinderen moeten goed eten en daardoor eten we automatisch goed. En bij de warme maaltijd eten we altijd yoghurt, met mint, koriander of groene kruiden. Het is goed voor de spijsvertering . Dit is waar we extra zorg voor dragen.”

Man uit Pakistan (7)

Een mevrouw uit Montenegro (2) vertelt dat zij tevreden is met haar voedingspatroon en erop let dat ze gezond eet. Ze heeft altijd (verse) groente en fruit in huis en maakt dagelijks een salade bij de warme maaltijd. Groente uit de diepvries vindt zij niet gezond. Ze geeft aan dat ze al probeert om niet te zout te eten en het belangrijk vindt om gevarieerd over de dag te eten. Ze denkt dat Nederlanders vaak brood eten door tijdgebrek, men leeft vaak gehaast en heeft geen tijd om uitgebreid te koken. Ze kan zich dit voorstellen, maar vindt het zelf fijner om uitgebreid te koken. Brood ziet zij niet als een echte maaltijd.

Zowel bij de vrouwelijke als de mannelijke respondenten komt naar voren dat zij het belangrijk vinden gezond te eten. Ook is gewicht een onderwerp waar zij zich beiden mee bezig houden. Vier van de vijf vrouwen wil wat gewicht kwijt raken en probeert daarom gezond te eten. Een vrouw uit Kurdistan (1) vertelt dat zij let op wat zij eet, aangezien

zij geen 80 kg meer wil worden. Hoewel gerechten in Kurdistan volgens haar over het algemeen met veel vet worden bereid probeert zij hier het vetgebruik te minderen. Naast voeding wordt bewegen door drie respondenten genoemd als belangrijk voor hun gezondheid en gewicht:

“De dokter vertelde me dat ik af moest vallen, omdat de suikerwaarden dan ook zouden dalen. De dokter vertelde me dat ik moest bewegen, fietsen, hardlopen, wandelen, de suikerwaarden zouden dan dalen. Het is goed voor de spijsvertering. [Interviewer: en doe je dat?] Ja, de dokter gaf me het advies, dus ik doe het. Ja, ik fiets 35-40 km per dag.”

Man uit Ethiopië (8)

Privacy

Uit de interviews komt naar voren dat privacy en het hebben van een eigen leven voor hen erg belangrijk is om zich goed te voelen en goed te kunnen eten. Drie respondenten hebben een eigen keuken en geven aan dit als vrijheid te ervaren. Volgens een vrouw uit Montenegro (2) kan er zo hygiënischer gekookt worden. Een man uit Burma vertelt dat hij het liefst alleen kookt:

“Ik woon op de eerste verdieping nu en er wonen veel gezinnen daar, waardoor we moeten wachten met koken totdat zij klaar zijn. Ik hou ervan om te koken als er niemand bij is. Maar in drukke tijden is dat soms niet mogelijk, maar meestal is er na 19.00 uur plaats.”

Man uit Burma (9)

Vergelijking kwantitatieve data over voeding

Uit de kwantitatieve studie kwam naar voren dat er geen relatie te zien was tussen bepaalde maaltijden en voedingsmiddelen die asielzoekers consumeerden en hun ervaren gezondheid. Wat zij eten lijkt niet zozeer hun ervaren gezondheid te bepalen. Er kwam naar voren dat asielzoekers minder vaak ontbijten en minder vaak een warme maaltijd gebruiken dan de Nederlandse bevolking. Groente en fruit consumeren zij ongeveer evenveel als de Nederlandse bevolking.

Uit de kwalitatieve studie blijkt dat asielzoekers zich wel bezig houden met hun voedingspatroon en alle asielzoekers geven aan dat ze het belangrijk vinden om gezond te eten. Vanwege geldgebrek of een verminderde eetlust lukt het echter niet altijd om gezond te eten. Ook hebben vier geïnterviewde respondenten een diëtist bezocht vanwege gezondheidsproblemen die gerelateerd waren aan voeding.

Tevens werd in het kwantitatieve deel de vraag gesteld in hoeverre asielzoekers hun tevreden zijn met hun voeding. Ruim 80% van de asielzoekers beoordeelde de voeding in Nederland positief. De voeding in het land van herkomst werd minder positief beoordeelt, iets meer dan 70% beoordeelde de voeding positief. Wel kwam naar voren dat ruim de helft van de respondenten voedingsmiddelen uit het land van herkomst mist. Het missen van voedingsmiddelen lijkt daarom volgens de kwantitatieve studie niet van invloed te zijn op de waardering van voeding. Uit de kwalitatieve studie komt eveneens naar voren dat de voeding in Nederland positief beoordeelt wordt. De respondenten zijn positief over de nabijheid van winkels en kunnen over het algemeen alles goed vinden.

Daarnaast komt uit de kwalitatieve studie naar voren dat men voedingsmiddelen mist, maar dat het daarbij vooral gaat om het missen van de smaak van voedingsmiddelen uit het land van herkomst. Eén respondent geeft aan dat voeding in Nederland en het land van herkomst niet met elkaar te vergelijken zijn door de oorlogssituatie. Bijna alle respondenten eten dagelijks (of het liefst dagelijks) maaltijden uit het land van herkomst. Dus ondanks een negatievere waardering van de voeding in het land van herkomst ten opzichte van Nederland die naar voren kwam in de kwantitatieve studie blijven asielzoekers vasthouden aan hun voedingspatroon.

In de kwantitatieve studie bleek geld een belangrijke associatie te hebben met de waardering van voeding. Iets meer dan de helft van de respondenten gaf aan onvoldoende geld te hebben om de voedingsmiddelen te kunnen kopen die zij nodig hebben. Uit de kwalitatieve studie komt over het algemeen naar voren dat het geld voor voedingsmiddelen sinds 1 januari voldoende is, maar dat geld voor andere dingen vaak onvoldoende is. Alleen de mensen met diabetes geven aan niet alle speciale voedingsmiddelen te kunnen kopen die zij nodig hebben.

5.5.5 Relatie voeding en gezondheid

Uit de voorgaande subparagrafen blijkt dat asielzoekers een relatie leggen tussen hun voeding en hun gezondheid. Hoewel zij deze relatie niet altijd direct leggen, is te zien dat voeding indirect de gezondheid op een aantal manieren beïnvloed.

Allereerst kan een slechte psychische en/of lichamelijke gezondheid door de huidige leefsituatie voor een verminderde eetlust zorgen. Dit kan gewichtsschommelingen en een algeheel gevoel van slecht welbevinden met zich meebrengen. Werken en een gevoel van autonomie spelen hierbij een belangrijke rol:

“Als je je niet goed voelt beïnvloedt dat wat je eet. Ja, als ik niet geïnteresseerd ben dan eet ik niet. Maar als ik medicijnen moet nemen dan neem ik een snee brood. Maar ik heb er niet altijd zin in.”

Man uit Ethiopië (8)

Eén respondent vindt voeding daarentegen niet zo belangrijk:

“Ik denk dat voeding niet zo belangrijk is, maar de psychische gezondheid, die is belangrijk. Veel mensen zijn psychisch ziek.”

Man uit Burma (9)

Maar dit citaat geeft nogmaals aan dat de psychische gezondheid een zeer belangrijke rol speelt.

Gewichtstoename is een tweede punt dat door de respondenten in verband brengen met hun gezondheid. Door een andere leefstijl en dagbesteding komt men aan in gewicht, wat weer andere klachten kan veroorzaken. Een vrouw uit Somalië (5) vertelt dat zij overgewicht heeft en daardoor last heeft van een hoge bloeddruk en haar gewrichten.

Een derde punt is het hebben van te weinig geld om de voedingsmiddelen te kunnen kopen die voor de gezondheid noodzakelijk zijn. De twee respondenten met diabetes geven beiden aan zich af en toe zorgen te maken om het feit dat ze niet de speciale voedingsmiddelen kunnen kopen die zij denken nodig te hebben. Een vrouw uit Iran (4) maakt zich hier veel zorgen om en denkt dat het haar gezondheid negatief beïnvloedt. Eén respondent geeft aan minder groente en fruit te eten, omdat hij daar niet genoeg geld voor heeft:

“Nee, niet hetzelfde (als in Ethiopië). Ik heb niet genoeg geld om groente te kopen, ik moet mezelf minimaliseren. [*Interviewer: Geldt dat ook voor fruit?*] ja, niet genoeg geld.”

Man uit Ethiopië (8)

Een vierde relatie tussen de gezondheid en voeding van asielzoekers is te leggen als we kijken naar het acculturatieproces van asielzoekers. De geïnterviewde respondenten blijven veelal vast houden aan het voedingspatroon uit het land van herkomst en doen moeite om de ingrediënten te bemachtigen die zij voor deze gerechten nodig hebben. Ondanks een andere smaak van voedingsmiddelen in Nederland en het niet altijd kunnen vinden van bepaalde producten lijkt het erop dat dit hen helpt om door te gaan met leven en een stukje van hun land van herkomst vast te houden:

“We eten verschillende dingen; 2 dagen wit vlees, 2 dagen rood vlees en 1 dag vis. En twee dagen in de week groente of linzen en elke dag eten we salade (..) Ja, voeding is nodig om te leven. We hebben een gewoonte gemaakt, beetje

vlees, kip rundvlees en vis zijn altijd aanwezig en we hebben elke week hetzelfde programma. Afwisseling is heel belangrijk.”

Man uit Pakistan (8)

Naarmate men langer in Nederland is, voelt men zich wat betreft voeding meer thuis en weet beter waar bepaalde voedingsmiddelen en ingrediënten gekocht kunnen worden.

Een vijfde relatie tussen de gezondheid en de voeding van asielzoekers is te zien als gekeken wordt naar de sociale omgeving. Samen eten bevordert de eetlust en daarmee de gezondheid. Een vrouw uit Somalië (5) vertelt dat zij in Somalië altijd met haar hele familie samen at. Nu eet zij vaak alleen, maar zij zou liever samen met familie eten. Voor alleenstaande mannen hangt hier mee samen dat zij vaak niet kunnen koken en daardoor minder goed in staat zijn voor zich zelf te koken. Dit zorgt ervoor dat zij een minder volwaardig voedingspatroon hebben en daardoor hun gezondheid slechter zouden kunnen ervaren.

Vergelijking kwantitatieve data over relatie voeding en gezondheid

Uit de kwantitatieve studie kwam naar voren dat de waardering van voeding invloed heeft op de ervaren gezondheid en dat de psychische gezondheid een belangrijke rol speelt bij de relatie tussen de ervaren gezondheid en de waardering van voeding. Ook uit de kwalitatieve studie komt naar voren dat er een wisselwerking bestaat tussen de psychische gezondheid, voedingswaardering en de ervaren gezondheid. Veel klachten over voeding komen voort uit de huidige leefsituatie. De geïnterviewde asielzoekers blijken slechte voeding te relateren aan hun gezondheid en zien vooral de invloed van hun leefsituatie op hun voedingspatroon en daarmee op hun gezondheid.

Wat opvalt uit de kwantitatieve data is dat het hebben van familie in Nederland de waardering van voeding negatief beïnvloedt, terwijl uit de kwalitatieve resultaten naar voren komt dat samen eten met familie de eetlust bevordert en de gezondheid ten goede komt.

In de kwantitatieve resultaten is te zien dat een hoge BMI een significante associatie heeft met het slecht waarderen van de voeding in Nederland. Ook in de kwalitatieve resultaten is te zien dat gewicht een rol speelt bij het waarderen van de voeding en een relatie heeft met de ervaren gezondheid.

6. Discussie

De bevindingen die in het vorige hoofdstuk beschreven zijn geven een beeld van de gezondheid en de voeding van asielzoekers zoals zij deze zelf ervaren. De kracht van dit onderzoek is de mate waarin de twee typen data, kwantitatief en kwalitatief, met elkaar verbonden zijn. De kwalitatieve data complementeren en versterken aspecten van de kwantitatieve data en geven zo een beter beeld. Informatie over de ervaren gezondheid en het voedingspatroon zijn in de context geplaatst van het dagelijks leven en zijn door de asielzoekers zelf onder woorden gebracht. Het is door de kwalitatieve uitkomsten duidelijker geworden waar precies de problemen met betrekking tot gezondheid en voeding liggen en wat asielzoekers zelf als mogelijke verklaringen en oplossingen voor deze problemen aandragen.

Aan de hand van de vier hoofdvragen en bijbehorende hypothesen zal besproken worden welke opvallende bevindingen uit de resultaten naar voren zijn gekomen en hoe deze op basis van de gehanteerde onderzoeksmethode en in vergelijking met bestaande literatuur geïnterpreteerd kunnen worden. Paragraaf 6.5 geeft een algemene beschouwing op het onderzoek.

6.1 Ervaren gezondheid

De eerste hoofdvraag luidde: "hoe ervaren asielzoekers hun gezondheid?" Tekenend is dat uit de kwantitatieve studie blijkt de gezondheid door asielzoekers zoveel slechter wordt ervaren dan door de Nederlandse bevolking. Er is met name een groot verschil wat betreft psychische gezondheid. In vergelijking met andere onderzoeken (Elshof, 2006; Gerritsen et al., 2005) ervaren asielzoekers die deelnamen aan dit onderzoek hun gezondheid beter, maar nog steeds blijft het contrast met de Nederlandse bevolking groot. Vrouwen ervaren hun gezondheid relatief vaker slecht dan mannen. Ook andere onderzoeken bevestigen dit (Gerritsen et al., 2005; Laban et al.). Een hogere leeftijd is geassocieerd met een slechtere ervaren gezondheid. In andere onderzoeken zijn hier tegenstrijdige uitkomsten over te vinden (Williams et al., 1997)

Over de betrouwbaarheid en de validiteit van de vraag naar ervaren gezondheid in de autochtone populatie is het een en ander bekend, maar dit geldt niet voor allochtonen. Het is onduidelijk of allochtonen bij het beantwoorden van deze vraag dezelfde betekenis hanteren voor het begrip gezondheid, dan wel of zij er een (deels) andere betekenis aan geven als autochtonen (Hoeymans, 2006). Hiernaar is verder onderzoek nodig.

Als gekeken wordt naar de uitkomsten van de kwalitatieve studie blijkt ook hier dat asielzoekers de gezondheid over het algemeen slecht ervaren en dat psychische klachten op de voorgrond staan. Als gevraagd wordt waar deze gezondheidsklachten vandaan

komen dan komt naar voren dat zij deze vooral wijten aan de huidige leefsituatie; de onzekerheid over de verblijfsvergunning; de zorgen over het land van herkomst; het niet mogen werken en geen autonomie over het eigen leven hebben; het vaak kleine sociale netwerk; en de zorgen om de kinderen. Andere onderzoeken bevestigen deze uitkomsten (van Dijk, 2001; de Jongh et al., 2004; de Vries, 2002). Hondius et al., (1992) noemen dit ook wel sequentiële traumatisering.

Het laatste punt, zorgen om kinderen, kwam sterk naar voren in de kwalitatieve studie. Een aantal asielzoekerkinderen heeft psychosociale problemen en de ouders noemen het vaak van centrum verplaatst zijn en het zich anders voelen dan andere kinderen als belangrijke oorzaken van deze problemen. In ander onderzoek verwijst men eveneens naar deze problematiek (Verduijn, 2006) en in de politiek is het momenteel een issue door de vele asielzoekerkinderen die middels het generaal pardon in Nederland mogen blijven. Voor hen is het belangrijk dat er aandacht is voor de problemen die sommigen van hen hebben overgehouden aan hun leven als asielzoeker.

Daarnaast gaven met name mannelijke asielzoekers aan dat het zich nutteloos voelen en het niet over het eigen leven kunnen beslissen belangrijke verklaringen waren voor (verergerde) psychische problemen. Ten tijde van het schrijven van deze discussie heeft de regering dit punt ook opgepakt en heeft besloten dat asielzoekers straks maximaal 24 weken per jaar mogen werken in plaats van de huidige 12 weken per jaar (Ministerie Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2007). Het is alleen de vraag of het werken van 24 weken per jaar in de praktijk uitvoerbaar is (met name voor hoger opgeleiden) en of dit de autonomie van asielzoekers zal versterken. Verder onderzoek moet uitwijzen of dit het geval is.

Op basis van de eerste hypothese werd verwacht dat een slechte psychische gezondheid zorgt voor een slechte ervaren gezondheid. Op basis van bovenstaande gegevens kan de gestelde hypothese worden aangenomen.

Op basis van de tweede hypothese werd verwacht dat het langdurig verblijven in een asielzoekerscentrum zou zorgen voor een verslechtering van de gezondheid. Onderzoek van Laban et al. (2005) wees uit dat Irakese asielzoekers die langer dan twee jaar in de opvang verbleven significant meer psychiatrische stoornissen hadden dan Irakese asielzoekers die korter dan twee jaar in de opvang verbleven. Opvallend was dat uit deze kwantitatieve studie naar voren kwam dat mensen die korter in Nederland verblijven hun algemene gezondheid en psychische gezondheid slechter ervaren dan mensen die langer dan twee jaar in Nederland verblijven. Dit verschil was echter niet groot en niet significant. Dit onderzoek heeft in tegenstelling tot Laban et al. (2005) geen homogene groep onderzocht wat het verschil in uitkomst zou kunnen verklaren. Ook is in de

vragenlijst geen navraag gedaan naar psychiatrische stoornissen, maar meer naar het psychisch welbevinden. Het is voor te stellen dat voor beide groepen het psychisch welbevinden slecht zou kunnen zijn, de ene groep is net gevlucht en kan daardoor getraumatiseerd zijn; de andere groep verblijft langdurig in onzekerheid en voelt zich daardoor psychisch niet goed.

Voor de hypothese betekent dit dat deze niet kan worden aangenomen.

Uit de kwalitatieve studie komt naar voren dat het langdurig verblijven in een asielzoekerscentrum invloed heeft op met name hun psychische gezondheid. Zij zeggen dat ze hun klachten met de jaren hebben zien verergeren. Uit de cijfers blijkt dit echter niet.

6.2 Voedingspatroon

De tweede hoofdvraag luidde: "wat zijn de hoofdkenmerken van het voedingspatroon van asielzoekers?"

In de kwantitatieve studie viel op dat asielzoekers veel minder vaak een ontbijt en een warme maaltijd gebruiken in vergelijking met de Nederlandse bevolking. De voedingsstoffenvoorziening ligt bij de niet-ontbijtgebruikers in Nederland op een wat lager niveau en dit zou mogelijk ook voor asielzoekers kunnen gelden (Kreijl et al., 2004). Belangrijk is om hier in voorlichting aandacht aan te geven.

Het groente en fruitgebruik lag op een iets hoger niveau als het gebruik van de Nederlandse bevolking, alhoewel een vergelijking niet helemaal te maken is, omdat in dit onderzoek niet naar hoeveelheden per dag is gevraagd. Als echter naar allochtone bevolkingsgroepen in Nederland wordt gekeken blijkt dat bij hen het groente en fruitgebruik vaak hoger ligt dan de Nederlandse bevolking (Jansen et al., 2002). Dit zou mogelijk ook voor asielzoekers kunnen gelden.

Ook het frisdrankgebruik lijkt in vergelijking met de Nederlandse bevolking lager te liggen. Onderzoek in Zwitserland (Kruseman et al., 2005) toonde aan dat het frisdrankgebruik flink was toegenomen na komst in Zwitserland. Dit wordt door dit onderzoek niet bevestigd. Het onderzoek van Kruseman is kwalitatief van aard, dit zou het verschil in uitkomsten kunnen verklaren.

Het is moeilijk om een goede vergelijking te maken met de Nederlandse bevolking. Het is niet goed mogelijk om een overzicht te krijgen van de leefstijl van specifieke bevolkingsgroepen in Nederland. Vooral voor allochtonen en mensen uit de lagere sociale groepen ontbreken (trend)gegevens. Leefstijlgegevens worden in de verschillende registraties op een niet uniforme manier verzameld en gerapporteerd. Dat maakt de gegevens over leefstijl onderling moeilijk vergelijkbaar (Jansen et al., 2002).

Daarnaast heeft de GGD heeft nog geen uitkomsten van hun standaardvragenlijst voeding. De GGD verwacht deze pas volgend jaar te hebben.

Op basis van de derde hypothese wordt verwacht dat hoe langer asielzoekers in Nederland verblijven hoe meer zij voedingsgewoonten uit Nederland zullen incorporeren in hun traditionele voedingspatroon. In de kwantitatieve studie kwam naar voren dat ruim de helft van de asielzoekers voedingsmiddelen uit het land van herkomst mist in de Nederlandse winkels. Met name bepaalde fruit en groentesoorten worden genoemd als producten die niet te vinden zijn in de Nederlandse winkels.

Uit de Kwalitatieve studie bleek dat men vooral de smaak van de voedingsmiddelen uit het land van herkomst mistte. Asielzoekers geven aan dat hoe langer zij in Nederland verblijven hoe beter zij voedingsmiddelen kunnen vinden en hoe meer zij wennen aan de smaak van de Nederlandse voedingsmiddelen. Zij lijken er geen grote problemen mee te hebben dat de voeding op bepaalde punten anders is als voorheen. Onderzoek in Ierland en Zwitserland (Kruseman et al., 2005; Manandhar et al., 2006) geeft minder positieve resultaten. Het zou kunnen dat in Nederland de winkels (zelfs de winkels in de kleine plaatsen) meer toegerust zijn op de allochtone bevolking en dat Nederland multicultureler ingericht is dan Ierland of Zwitserland.

Ondanks kleine aanpassingen houden de asielzoekers vooral vast aan hun traditionele voedingspatroon en hebben niet veel Nederlandse gewoonten over genomen. Dit komt overeen met ander onderzoek (Lee et al., 1999; Satia et al., 2000). Asielzoekers leven vrij geïsoleerd van de Nederlandse bevolking en geven aan niet veel contact te hebben met Nederlanders. Dit kan verklaren waardoor zij niet veel gewoonten van de Nederlandse bevolking hebben overgenomen, ondanks hun vaak lange verblijf in Nederland. De hypothese, kan op basis van bovenstaande dus niet worden bevestigd.

Wat verder opvalt is dat de sociale context een rol speelt. De geïnterviewde asielzoekers beschouwen samen eten als belangrijk en koken blijkt een probleem te zijn voor alleenstaande mannen. Uit de kwantitatieve data komt echter naar voren dat het hebben van familie in Nederland significant geassocieerd is met een slechtere waardering van de voeding in Nederland. Het zou kunnen dat mensen met familie in Nederland sterker vasthouden aan voedingsgewoonten uit het land van herkomst en dat mensen die hier alleen zijn zich sneller aanpassen. Dit kan verklaren waardoor asielzoekers met familie de voeding in Nederland slechter waarderen en dat het los staat van het al dan niet gezamenlijk de maaltijden gebruiken. Een deelnemende asielzoeker merkte daarnaast op dat men de vraag over familie niet altijd oprecht in vult. Mensen denken zonder familie meer kans te maken op een verblijfsvergunning. Daarom zou het kunnen dat deze vraag niet door iedereen goed beantwoord is en het voor foute uitkomsten heeft gezorgd.

6.3 Voedingswaardering

De derde onderzoeksvraag luidde: "Hoe waarderen asielzoekers hun voeding?"

Op basis van de vierde hypothese werd verwacht dat asielzoekers hun voeding in Nederland slechter zouden waarderen dan de voeding in het land van herkomst. In de kwantitatieve studie is te zien hoe opvallend goed asielzoekers hun voeding in Nederland waarderen en ze waarderen het zelfs beter dan de voeding in het land van herkomst. Op basis hiervan kan de hypothese dus worden verworpen. Wel kunnen een aantal kanttekeningen geplaatst worden.

Uit de kwalitatieve studie blijkt dat asielzoekers bijna dagelijks maaltijden uit het land van herkomst bereiden en vasthouden aan het oude voedingspatroon. Ook beoordelen de geïnterviewde asielzoekers de smaak van de Nederlandse voedingsmiddelen veel minder goed. Andere literatuur bevestigt dit (Kruk, 2004; Kruseman et al., 2005; Manandhar et al., 2006). Het is dus de vraag waar dit verschil tussen de beide studies vandaan komt. Het zou kunnen dat de beide situaties (in land van herkomst en in Nederland) moeilijk met elkaar te vergelijken zijn. Veel asielzoekers zijn hun land ontvlucht vanwege oorlog of onderdrukking en in vergelijking met deze situatie zou het kunnen dat de voeding in Nederland beter is dan de laatste maanden/jaren van het verblijf in het land van herkomst. Waarschijnlijk is het de voeding van voor deze periode waar asielzoekers zich aan vast houden en dit kan verklaren waardoor ze nu hun voeding beter waarderen dan de voeding in hun land van herkomst.

Daarnaast is in de kwantitatieve studie te zien dat meer dan de helft van de asielzoekers voedingsmiddelen uit het land van herkomst mist in de Nederlandse winkels. De waardering van voeding in Nederland lijkt hier echter niet door beïnvloed te zijn en het is de vraag welke factoren dan wel een rol spelen bij de waardering van voeding. Het verschil zou kunnen liggen aan de vraagstelling in de vragenlijst, maar verder onderzoek naar hiernaar is nodig.

Op basis van de vijfde hypothese werd verwacht dat het beperkte budget van asielzoekers een negatieve invloed zou hebben op de waardering van voeding in Nederland. Uit de kwantitatieve studie bleek dat geld een belangrijke associatie had met de waardering van voeding. Uit de kwalitatieve studie komt over het algemeen het beeld naar voren dat het geld voor voedingsmiddelen sinds 1 januari 2007 voldoende is, maar dat geld voor andere dingen vaak onvoldoende is. De negatieve beoordeling van geld in de kwantitatieve studie zou dus samen kunnen hangen met het hebben van weinig geld voor andere dingen, zoals kleding en spullen voor de kinderen. In onderzoek in Ierland en Zwitserland (Kruseman et al., 2006; Manandhar et al., 2005) spreekt men van voedingsarmoede onder asielzoekers en komt een negatiever beeld naar voren. Het kan zijn dat asielzoekers in Ierland minder geld te besteden hebben dan asielzoekers in

Nederland en er komt ook naar voren dat asielzoekerscentra in Ierland vaak ver van de bewoonde wereld vandaan liggen waardoor dure transportkosten moeten worden gemaakt voor het doen van boodschappen. Daarnaast blijkt dat asielzoekers in Nederland veel gebruik maken van de fiets als transportmiddel. Dit zou een mogelijke verklaring kunnen zijn voor het verschil in uitkomsten met deze onderzoeken.

Interessant is dat de diabetespatiënten in de kwalitatieve studie aangeven niet voldoende geld te hebben voor suikervrije producten en zich hier zorgen over maken. In de huidige voorlichting over diabetes worden suikervrije producten afgeraden, omdat deze vaak evenveel calorieën en koolhydraten en vaak meer vet bevatten dan de gewone producten. Ook door een aantal andere asielzoekers wordt genoemd dat groente uit de diepvries of uit een potje niet gezond zou zijn en dat ze zich soms zorgen maken, omdat ze verse, dure groente niet altijd kunnen kopen. Het zou goed zijn hier in voorlichting meer aandacht aan te geven, zodat ze zich hier niet onnodig zorgen om hoeven maken.

Geld speelt een belangrijke rol in de levens van de asielzoekers en vooral het feit dat zij graag zelf geld zouden willen verdienen komt naar voren. Met betrekking tot alleen de voeding lijkt het geld voldoende te zijn, maar in het geheel blijken asielzoekers moeite te hebben om van het geld dat zij krijgen rond te kunnen komen. De hypothese kan worden aangenomen.

6.4 Relatie voeding en gezondheid

De vierde onderzoeksvraag luidde: "Welke relatie is er te leggen tussen het voedingspatroon en de voedingswaardering van asielzoekers en de ervaren gezondheid?" Hypothese zes geeft de verwachting dat de leefsituatie invloed heeft op het voedingspatroon en daarmee op de ervaren gezondheid van asielzoekers. Uit de kwalitatieve studie komt naar voren dat veel klachten van asielzoekers over voeding voortkomen uit de huidige leefsituatie en zij zien de impact hiervan op hun gezondheid. Onzekerheid over de toekomst, een andere dagbesteding, te weinig geld, een klein sociaal netwerk en het niet kunnen koken zorgen voor veranderingen in het voedingspatroon en hebben daardoor een negatieve invloed op de ervaren gezondheid. Deze verklaringen kunnen in de literatuur worden terug gevonden (Helman, 2001).

Het blijkt uit de kwalitatieve studie dat het vast houden aan het voedingspatroon uit het land van herkomst zorgt voor houvast en geborgenheid en daardoor heeft het een positieve invloed op de ervaren gezondheid. Dit wordt door andere literatuur bevestigd (Kruk, 2004). De hypothese kan worden aangenomen.

Daarnaast wordt op basis van de laatste hypothese verwacht dat hoe slechter asielzoekers hun voeding waarderen hoe slechter zij hun gezondheid zullen ervaren. Het blijkt dat zowel uit de kwantitatieve als kwalitatieve studie naar voren komt dat er een

wisselwerking bestaat tussen de psychische gezondheid, voedingswaardering en de ervaren gezondheid. In de kwantitatieve studie is te zien dat een slechte waardering voor voeding leidt tot een slechte ervaren gezondheid en dat de psychische gezondheid hier grote invloed op heeft. Opvallend is dat asielzoekers in de kwalitatieve studie aangeven dat zij geen problemen met voeding te ervaren, maar dat na doorvragen toch klachten of problemen naar voren komen die aan voeding gerelateerd zijn. Een diëtist is door veel van de respondenten in de kwalitatieve studie bezocht en kan een nuttige functie vervullen bij het wegnemen van onzekerheden over voeding.

Het lijkt erop dat de psychische gezondheid allesoverheersend is en dat de voedingsproblemen daar ondergeschikt aan zijn. Het is daarnaast interessant om in de kwantitatieve studie te zien dat er geen relatie bestaat tussen wat de asielzoekers eten en hoe ze hun gezondheid ervaren. De waardering van voeding lijkt dus meer invloed op de ervaren gezondheid te hebben dan wat er daadwerkelijk gegeten wordt.

De hypothese kan worden aangenomen.

6.5 Algemene nabeschuiving onderzoek

In deze paragraaf wordt weergegeven welke beperkingen dit onderzoek kent en wat dit voor de resultaten van het onderzoek heeft betekent.

Vragenlijst

De vertaalde vragenlijsten zijn vanwege de tijdsplanning niet terug vertaald. Hierdoor kan de vertaling op sommige punten mogelijk niet correct zijn geweest, wat de resultaten kan hebben beïnvloed. De vragenlijst is niet in alle talen vertaald, waardoor een deel van de populatie niet bereikt is. Vooral naar Turks, Pashtu, Hindi en Armeens werd veel gevraagd.

Het niveau van de vragenlijst lag vrij hoog, waardoor laag opgeleide asielzoekers moeite gehad kunnen hebben met het invullen ervan of de vragenlijst om deze reden helemaal niet ingevuld hebben. Vooral asielzoekers van Somalische afkomst hadden vaak moeite met het invullen van de vragenlijst. Foutief ingevulde vragenlijsten zouden een vertekend beeld kunnen geven van de uitkomsten. Tevens zou de lengte van de vragenlijst hebben kunnen zorgen voor een lagere respons.

Vraag 11 werd door veel asielzoekers niet goed begrepen en/of foutief ingevuld en is daarom niet meegenomen in het onderzoek.

Het gewicht en de lengte waren vaak niet of niet goed ingevuld, waardoor de gegevens over de BMI minder betrouwbaar zijn. Het zou goed geweest zijn om een weegschaal en meetlint mee te nemen om zo een hogere respons van het gewicht en de lengte te krijgen.

Interviews

Mensen passen zich vaak bewust of onbewust aan, aan degene met wie ze spreken en culturele verschillen kunnen de gesprekken beïnvloed hebben. Het zou kunnen dat tijdens de interviews sociaal wenselijke antwoorden gegeven zijn. Dit zou de resultaten gekleurd kunnen hebben. Van Dijk et al. (2001) beschrijven dat als asielzoekers de mogelijkheid krijgen hun verhaal aan de buitenwereld te presenteren, ze mogelijk uitgelokt worden zich te focussen op de negatieve ervaringen. Dat asielzoekers bij de vragenlijsten of de interviews de eigen gezondheidssituatie hebben aangedikt is ook in dit onderzoek niet geheel ondenkbaar en het zou de resultaten beïnvloed kunnen hebben.

Steekproef

Er is in dit onderzoek gekozen voor een selecte steekproef, aangezien het moeilijk was om in korte tijd een grote homogene groep asielzoekers te realiseren. Hierdoor kan er sprake zijn van selectiebias, omdat alleen vrijwilligers hebben deelgenomen aan het onderzoek. De methode die nu gehanteerd is heeft waarschijnlijk voor een hogere respons gezorgd, waardoor de resultaten over een grotere groep asielzoekers iets kunnen zeggen. Het vergelijken van veel verschillende nationaliteiten is moeilijk, maar het doel van het onderzoek was om een breed beeld te krijgen. Er lijken verschillen te bestaan tussen de voedingsinname en voedingswaardering van de vier grootste landen die deelnamen aan het onderzoek, maar een grote epidemiologische studie is nodig om hier meer uitspraken over te doen.

Het vergelijken van de vier centra is moeilijk door de beperkte homogeniteit. Het zou kunnen dat er vier heel verschillende groepen vergeleken zijn. Dit blijkt achteraf mee te vallen, aangezien de samenstelling van landen van herkomst in de centra redelijk overeen kwamen. Daarnaast had het centrum in Dronten een groot aandeel in de vragenlijsten (44.8%). Dit kan ervoor hebben gezorgd dat de uitkomsten beïnvloed zijn door dit centrum.

Statistiek

Er is slechts een kleine groep die de voeding slecht waardeert en vooral bij relatie tussen de psychische gezondheid en de waardering van voeding zijn er slechts 12 mensen die de voeding en de psychische gezondheid slecht waarderen. Er kunnen daardoor geen harde conclusies worden getrokken. Statistisch gezien zou de dataset grondiger geanalyseerd kunnen worden, maar dit was vanwege het tijdsbestek en de statistische kennis niet mogelijk. Wel is door de triangulatie van methoden, het gebruiken van interviews naast de vragenlijst een duidelijker beeld ontstaan en is de indruk aanwezig dat de resultaten kloppen zoals ze zijn weergegeven.

7. Conclusie en aanbevelingen

Het slot van dit onderzoeksverslag bestaat uit de conclusie, die op basis van voorgaande hoofdstukken kan worden getrokken. Allereerst geeft de conclusie een antwoord op de vier onderzoeksvragen, die in het eerste hoofdstuk zijn gesteld. Vervolgens geeft het aanbevelingen en suggesties voor vervolgonderzoek.

Hoe ervaren asielzoekers hun gezondheid?

Asielzoekers ervaren hun gezondheid slecht en met name de psychische gezondheid staat op de voorgrond. Vrouwen en een hogere leeftijd zijn geassocieerd met een slechtere ervaren gezondheid. Het leven in een asielzoekerscentrum met weinig privacy, de grote mate van onzekerheid, zorgen om het land van herkomst, het niet kunnen werken en zorgen om de kinderen dragen bij aan deze slechte ervaren gezondheid.

Wat zijn de hoofdkenmerken van het voedingspatroon van asielzoekers?

Het ontbijtgebruik van asielzoekers ligt laag en dit zou risico's kunnen hebben voor de inname op voedingsstoffenniveau. Ook het warme maaltijdgebruik is aan de lage kant. Groente en fruitgebruik lijkt op een iets hoger niveau te liggen dan de Nederlandse bevolking. Het frisdrankgebruik vormt geen probleem. Asielzoekers gebruiken bijna dagelijks maaltijden uit het land van herkomst. Wat tevens naar voren komt is dat asielzoekers met een normale BMI gezonder eten dan asielzoekers met een hoge of lage BMI. Zij ontbijten vaker, eten vaker een warme maaltijd en eten vaker groente. Daarnaast ontbijten vrouwelijke respondenten vaker, eten meer groente en fruit en gebruiken minder vaak frisdrank dan mannen. Vrouwen eten iets gezonder dan mannen. De belangrijkste factoren die van invloed zijn op het voedingspatroon zijn: gezondheidsklachten door de huidige situatie die zorgen voor een verminderde eetlust, gewichtstoename, geldgebrek, een veranderde smaak van voedingsmiddelen ten opzichte van het land van herkomst en het niet kunnen verkrijgen van bepaalde voedingsmiddelen, een klein sociaal netwerk en het niet kunnen koken.

Hoe waarderen asielzoekers hun voedingspatroon?

Asielzoekers beoordelen hun voeding in Nederland zeer goed en zij beoordelen het beter dan hun voeding in het land van herkomst. Asielzoekers geven aan voedingsmiddelen in de Nederlandse winkels te missen, met name groente -en fruitsoorten worden genoemd. Familie in Nederland, een hoge BMI (≥ 25) en geldgebrek zijn geassocieerd met een slechte waardering van het voedingspatroon. Het budget voor voeding lijkt sinds de verhoging van 1 januari voldoende te zijn, maar voor overige dingen is het te krap.

Welke relatie is er te leggen tussen het voedingspatroon en de voedingswaardering en de ervaren gezondheid van asielzoekers?

Asielzoekers noemen overgewicht, maagklachten, diabetes mellitus, verminderde eetlust, bloedarmoede en hoge bloeddruk als klachten waardoor zij zich bezig houden met hun voeding en een diëtist kan hierbij een nuttige functie vervullen.

Uit dit onderzoek blijkt dat er een wisselwerking bestaat tussen de psychische gezondheid, voedingswaardering en de ervaren gezondheid. Een slechte waardering voor voeding leidt tot een slechte ervaren gezondheid en de psychische gezondheid heeft hier grote invloed op. Alhoewel andere problemen sterk op de voorgrond staan is het belangrijk om problemen met voeding zoveel mogelijk te voorkomen, zodat hier niet nog meer (onnodige) klachten door ontstaan. Klachten over voeding zouden mogelijk een indicatie kunnen vormen voor een afnemende psychische gezondheid. Het is belangrijk dat hier in voedingsvoorlichting rekening mee gehouden wordt.

Een belangrijke conclusie is dat het erop lijkt dat wat men eet, niet gerelateerd is aan ervaren gezondheid. De waardering van voeding is wel geassocieerd met ervaren gezondheid, maar deze hangt sterk samen met de psychische gezondheid.

Methodologische beperkingen en afwijkende hypothesen maken dat niet alles met zekerheid gezegd kan worden. Daarom is verder onderzoek nodig.

Aanbevelingen

Op basis van voorgaande discussie en conclusie en op basis van gesprekken met verschillende mensen zouden voor verschillende actoren de volgende aanbevelingen gedaan kunnen worden. Een aantal van deze aanbevelingen zijn ook elders gedaan, maar zij vormen desalniettemin een waardevolle toevoeging en versterken eerdere onderzoeken.

Asielzoekerscentra

- Meer privacy creëren. Met name het aantal mensen per kamer en keuken verlagen.
- Verbeteren van de hygiëne door meer zorg te dragen voor het schoonmaken van keuken en toiletten.
- Activiteiten voor bewoners genereren om zo de dagbesteding te verbeteren

Medische zorg aan asielzoekers:

- Bewustzijn over gezonde voeding vergroten. Met name aandacht voor:
 - Voorlichting over diabetes en voeding
 - Diepvries en versproducten
 - Ontbijt, groente en fruitgebruik

- Asielzoekers bekend maken met Nederlandse winkels: Waar kunnen producten uit het land van herkomst verkregen worden. Welke producten zijn vergelijkbaar met Nederlandse voedingsmiddelen.
- Educatie over omgaan met geld met betrekking tot voeding.
- Aandacht voor psychische problemen bij voedingsvoorlichting is belangrijk.
- Doorverwijzen naar diëtist bij voedingsproblemen.
- Vervolgen en uitbreiden kooklessen voor alleenstaande mannen

Overheid

- Mogelijkheden om te werken uitbreiden en bevorderen,
- Meer zelfstandigheid voor asielzoekers creëren.
- Extra aandacht voor asielzoekerkinderen met betrekking tot psychosociale problemen.
- Verminderen verblijfsduur en het aantal verplaatsingen van centra naar centra.

Vervolgonderzoek

- Vervolgonderzoek naar deze dataset, met name met betrekking tot de statistische analyses is gewenst. Ook is het belangrijk om in een vervolgonderzoek de meningen van andere actoren (medewerkers centra, gezondheidszorg medewerkers) te horen en mee te nemen in de analyse.
- Epidemiologisch onderzoek naar de voedingsinname op voedingsstoffenniveau bij volwassen asielzoekers in Nederland is nodig om knelpunten in kaart te brengen.
- Nader onderzoek naar de psychische hulp aan asielzoekers is gewenst. Waar moet deze op aansluiten en welke verschillen zijn er tussen lang en kort verblijvende asielzoekers in Nederland.

8. Literatuuropgave

Baarda, D.B. Goede, M.P.M. de (2001). *Basisboek Methoden en technieken. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & Teunissen, J. (2001). *Kwalitatief Onderzoek*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Bickman, I., Rog, D. & Hedrick, T.E. (1998). Applied research design, a practical approach. In: *Handbook of applied social research methods*. Bickman, L. & Rog, D.J.(red.) Sage Publications, London: 5-37.

Brugge, A. (2003). Cooking as identity work. *Paper presented at the 6th Conference of the European Sociological Association*. Murcia, Spain: 23-26 September.

Campbell, C. & Mclean, C. (2002). Ethnic identities, social capital and health inequalities: factors shaping African-Caribbean participation in local community networks in the UK. *Social Science and Medicine*. 54 (10), 643-657.

Cheung, P. (1995). Acculturation and psychiatric morbidity among cambodian refugees in New Zealand. *International Journal of Social Psychiatry*. 2, 108-119.

Devillé, W. & Westert, G. (2003). Cultural differences in self-rated health in ethnic groups in the Netherlands. *European Journal Of Public Health*. 13, 4.

Dijk, R. van, Bala, J., Ory, F. & Kramer, S. (2001). "Now we have lost everything" Asylum seekers in the Netherlands and their experiences with health care. *Medische Antropologie*. 13 (2), 284-301.

Ekblad S, Abazari A & Eriksson N. (1999). Migration Stress-related Challenges Associated with Perceived Quality of Life: A qualitative Analysis of Iranian Refugees and Swedish Patients. *Transcultural Psychiatry*. 36, 329.

Elshof, R. (2006). *Iets zwaars drukt op mijn schouders. Een gecombineerde kwalitatieve en kwantitatieve studie naar de ervaren gezondheid van asielzoekers*. Universiteit van Amsterdam.

- Gernaat, H., Malwand, A.D., Laban, C.J., Komproe, I. & Jong, J. T. de (2002). Veel psychiatrische stoornissen bij Afghaanse vluchtelingen met een verblijfstatus in Drenthe, met name depressieve stoornis en posttraumatische stressstoornis. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*. 146, 1127-30.
- Gerritsen, A.A.M.(VUmc), Ploeg, H.M.(VUmc), Devillé, W (NIVEL). & Lamkaddem, M. (NIVEL) (2005). "Gevlucht –Gezond?" Een onderzoek naar de gezondheid van, en het zorggerbruik door asielzoeker en vluchtelingen in Nederland. Utrecht: NIVEL.
- Gerritsen, A.A.M., Bramsen, I., Devillé, W., Willigen, L.H.M. van, Hovens, E.H. & Ploeg, H.M. van der (2004). Health and healthcare utilisation among asylumseekers and refugees in the Netherlands: design of a study. *BMC Public Health*. 4, 7.
- Hardon, A. (2001). *Applied health research: anthropology of health and health care*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Helman, C. G. (2001). *Culture, health and Illness*. New York: Arnold. Oxford University Press Inc.
- Hermansson, A. C., Timpka, T. & Thyberg, M. (2003). The long-term impact of torture on the mental health of war-wounded refugees: findings and implications for nursing programmes. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 17, 317-324.
- Hoeymans, N., Picavet, H.S.J. & Tjhuis, M.A.R. (2005). Wat is ervaren gezondheid en hoe wordt het gemeten? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- Hondius, A.J.K. & Willigen, L.H.M. van, (1992). *Vluchtelingen en Gezondheid. Deel II Empirisch onderzoek naar de medische klachten van vluchtelingen*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hondius, A.J.K., Willigen, L.M. van, Kleijn, W.C. & Ploeg, M. van der (2000). Health problems among Latin-American and Middle-Eastern refugees in the Netherlands: relations with violence exposure and ongoing sociopsychological strain. *Journal of Traumatic Stress*. 13 (4), 619-634.
- Idler, E.L. & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-

- seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour*; 38, 21-37.
- Jansen J., Schuit, A.J., Lucht, F. van der (2002). *Tijd voor gezond gedrag; Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- Jongh, D.M. de, Ee, M.J. van & Dieleman, M.A. (2004). Leven in een asielzoekercentrum: asielzoekers aan het woord over hun gezondheid. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*. 82 (2), 112-117.
- Karlsen, S. & Nazroo, J. (2002). Agency and structure: the impact of ethnic identity and racism on the health of ethnic minority people. *Social Health Illness*. 24, 1-20.
- Kramer, S., Bala, J., Dijk, R. van & Öry, F. (2003). *Making sense of experience. Patronen van betekenisverlening en coping van asielzoekers*. Utrecht: Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap.
- Kreijl, C.F. & Knaap, A.G.A.C. (red.) (2004). *Ons eten gemeten. Gezonde voeding en veilig voedsel in Nederland*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- Kruk, J. (2004). Interculturele voedings- en dieetinterventies bij asielzoekers. *Nederlands tijdschrift voor diëtisten*. 59 (2), 48-52.
- Kruseman, M., Barandereka, N., Hudelson, P. & Stalder, H. (2005). Post-migration dietary changes among African refugees in Geneva: a rapid assessment study to inform nutritional interventions. *Social and Preventive Magazine*. 50 (3), 161-165.
- Laban, C.J., Gernaat, H.B.P.E., Komproe, I.H., Schreuders, B.A. & Jong, J.T.V.M. de (2004). Impact of long asylum procedure on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 192 (12) 843-851.
- Laban, C.J., Gernaat, H.B., Komro, I.H., Tweel, I. van der & Jong, J.T. de (2005). Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 193 (12) 825-832.

- Lee, S.K., Sobal, J. & Frongillo, E.A. (1999). Acculturation and dietary practices among Korean Americans. *Journal of American Dietetics Association*. 99. 1084-1089.
- Lindert, H. (NIVEL), Droomers, M. (RIVM) & Westert, G.P. (RIVM) (2004). *Een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk*. Utrecht: NIVEL.
- Lucht, F. van der (2006). Sociaaleconomische gezondheidsverschillen samengevat. In: *Volksgesondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- Manandhar, M., Share, M., Friel, S., Walsh, O. & Hardy, F. (2006). *Food, Nutrition and Poverty Among Asylum-Seekers in North-West Ireland*. A collaborative study by the Centre for Health Promotion Studies, National University of Ireland, Galway.
- MOA Regio Oost Nederland, werkgroep voeding & GGD regio Stedendriehoek (2003). *De wereld op je bord. Draaiboek voorlichting aan asielzoekers over voeding*. Deventer.
- Nederhoed, P. (2004). *Een handleiding voor het opzetten en schrijven van rapporten, scripties, nota's en artikelen 8^e druk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Raay, W.F. van (1984). Een model van het voedingsgedrag. *Voeding*, 45, 376-382.
- Satia, J.A., Patterson, R.E., Taylor, V.M. & Cheney, C.L. et al. (2000). Use of qualitative methods to study diet, acculturation, and health in Chinese American women. *Journal of American Dietetics Association*. 100, 934-940.
- Satia-Abouta, J. Patterson, R.E., Neuhouser, M.L. & Elder, J. (2002). Dietary acculturation: Applications to nutrition research and dietetics. *Journal of American Dietetics Association*. 102 (8), 1105-1118.
- Söndergaard, H.P., Ekblad, S. & Theorell, T. (2001). Self-reported life events patterns and their relation to health among recently resettled iraqi and kurdish refugees in Sweden. *The Journal of nervous and mental disease*. 189 (12), 838-845.
- Stellinga-Boelen, A.A.M., Wieggersma, P.A. & Bijleveld, C.M.A. (2007). Dieterary intake in

- asylum seeker children in The Netherlands, strongly related to age and origin. *European Journal of Clinical Nutrition*. 61, 104-110.
- Stronks, K. (2004) Welke factoren zijn van invloed op de gezondheidstoestand van allochtonen? In Wolffers, I. & Kwaak, A. van de, *Gezondheidszorg en Cultuur*. 105-118. Amsterdam: Sectie Gezondheidszorg en Cultuur VUmc.
- Swaan, A. de (1996). *De mensenmaatschappij: een inleiding*. Amsterdam: Bakker.
- Vera, P. (1998). *Dan is je spiegel gebroken. Een onderzoek naar de problemen van vluchtelingen met gezondheid en gezondheidszorg in Nederland*. Utrecht: Brabants ondersteuninginstituut (BOZ) in opdracht van Vluchtelingen organisatie Nederland (VON).
- Verduijn, M. (2006). *Over-leven in Nederland: een kwalitatief onderzoek naar hoe asielzoekerkinderen en professionals de Nederlandse leefsituatie van asielzoekerkinderen beleven, met het oog op integratie*. Rijksuniversiteit Groningen
- Visscher, T.L.S. & Seidell, J.C. (2005). Zijn er verschillen naar sociaal-economische status? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- Vries, S. de (2000-2002). *Psychosociale hulpverlening en vluchtelingen*. Utrecht: Stichting Pharos.
- Ware, J. E. et al. (2005). *How to score Version 2 of the SF-12 Health Survey*. Lincoln: QualityMetric Incorporated.
- Watters, C. (2002). Migration and mental health care in Europe: report of a preliminary mapping exercise. *Journal of Ethnic and Migration Studies*. 28 (1), 153-172.
- Wigger, C. (2002). *Voedingsproblemen van alleenstaande minderjarige asielzoeker*. Universiteit Maastricht.
- Williams & Wilkins (1997). Predictors of Depression among refugees from Vietnam: A longitudinal study of new arrivals. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 185 (1), 39-45.

Williams, R. (1993). Health and length of residency among South Asians in Glasgow: a study controlling for age. *Journal of Public Health Medicine: 15* (1), 152-160.

Willigen, L.H.M. van (1996). Health Care for Refugees and Asylum-seekers in the Netherlands: A Public Health Perspective. In: Kwaak, A. van der & Wolffers, I. (Red). *Primary Health Care and Refugees*. 81-98. Amsterdam: VU University Press.

Internetbronnen

Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers (COA) (2007). *Feiten en cijfers*.
<http://www.coa.nl/NED/website/page.asp?menuid=101> op 03-06-2007

Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers (COA) (2007). *Opvanglocaties*. via
<http://www.coa.nl/NED/website/opvanglocaties.asp?menuid=13> op 03-06-2007

Immigratie -en Naturalisatiedienst (IND) (2007). *IND in bedrijf. Beleid, feiten en voorbeelden*.
via http://www.ind.nl/nl/inbedrijf/asiel/Asielzoeker_of_vluchteling.asp op 05-03-2007

GGD Nederland. *Factsheet Nederlandse gezondheidszorg voor asielzoekers* (2006). via
http://www.ggd.nl/kennisnet/uploaddb/downl_object.asp?atoom=35744&VolgNr=0 op 20-02-2007.

van Dale taalweb (2007). *Online woordenboek*. via
<http://www.vandale.nl/opzoeken/woordenboek/?zoekwoord=voedingspatroon>
op 15-03-2007.

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2007). *Ruimere arbeidsmogelijkheden voor buitenlandse studenten en asielzoekers*. via
<http://www.minahttp://www.minaz.nl/data/1180131557.pdf> op 20-06-2007.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (2007). *Voeding en Gezondheid*. via
<http://www.rivm.nl/voeding/voeding/> op 20-02-2007

Bijlage

I Afkortingen en Begrippenlijst

Allochtoon	Een persoon die in een ander land verblijft dan waar hij oorspronkelijk vandaan komt.
Asielzoeker	Een asielzoeker is iemand die om uiteenlopende redenen zijn land van herkomst heeft verlaten en asiel (bescherming) heeft aangevraagd. Er is nog niet vastgesteld of hij voldoet aan de vereisten voor een verblijfsvergunning asiel
BMI	De Body Mass Index (BMI) is een index voor het gewicht in verhouding tot lichaamslengte. De BMI wordt berekend door het lichaamsgewicht in kg te delen door het kwadraat van de lichaamslengte, uitgedrukt in meters. De BMI geeft een schatting van het gezondheidsrisico van het lichaamsgewicht.
COA	Het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA) is verantwoordelijk voor de opvang van asielzoekers in Nederland. Het COA biedt hen in opdracht van het ministerie van Justitie tijdelijke huisvesting en ondersteunt hen in de voorbereiding op hun toekomst, in Nederland of elders.
IND	Wanneer een asielzoeker in Nederland asiel aanvraagt, heeft hij in eerste instantie te maken met de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) op Schiphol of in Ter Apel. De IND beslist na het eerste gesprek of de asielzoeker wel of niet wordt toegelaten tot de asielprocedure.
MOA	De GGD draagt, via de Medische opvang Asielzoekers (MOA), zorg voor de toegeleiding van asielzoekers met gezondheidsklachten naar de huisarts. De toeleidingsfunctie binnen de preventieve gezondheidszorg is op verzoek van de huisartsen ontwikkeld om de (kennis) kloof tussen de asielzoeker en de reguliere gezondheidszorg te overbruggen.
ROA-woning	ROA is een afkorting van de Regeling Opvang Asielzoekers. Deze regeling was bedoeld voor asielzoekers die nog in afwachting van de uitslag van hun procedure in Nederland mochten blijven. Vanwege

de drukte in de azc's kregen kansrijke asielzoekers een huis ergens in het land toegewezen. Deze regeling is in 1994 afgeschaft. Op dit moment verblijven nog steeds een klein aantal asielzoekers in een ROA-huis.

Uitzetcentrum Asielzoekers die niet (meer) rechtmatig in Nederland verblijven kunnen in een uitzetcentrum op Schiphol of de luchthaven Rotterdam terecht komen, als er snel zicht is op uitzetting.

Vluchteling Persoon die aannemelijk kan maken dat hij gegronde redenen heeft om te vrezen dat hij in eigen land wordt vervolgd vanwege een godsdienstige of politieke overtuiging of nationaliteit, of omdat hij behoort tot een bepaald ras of een bepaalde sociale groepering.

II Top 5 bezetting onderzochte centra

Azc Utrecht: Bewoners per 12 maart 2007

Afghanistan	45
Joegoslavië	36
Irak	32
Overig	243
Totaal	356

Azc Schalkhaar: Bewoners per 12 maart 2007

Irak	82
Azerbeidzjan	51
Afghanistan	31
Overig	363
Totaal	527

Azc Dronten: Bewoners per 12 maart 2007

Somalië	207
Irak	188
Burundi	39
Overig	317
Totaal	751

Azc Arnhem: Bewoners per 12 maart 2007

Irak	72
Somalië	47
Iran	18
Overig	99
Totaal	236

III Nationaliteiten die deelnamen aan het onderzoeken

<i>Land van herkomst</i>	<i>Aantal</i>	<i>percentage</i>
Afghanistan	29	7.3
Algerije	1	0.3
Angola	4	1.0
Armenië	6	1.5
Azerbeidzjan	13	3.3
Bangladesh	2	0.5
Bhutan	1	0.3
Burkina Faso	1	0.3
Burundi	7	1.8
China	10	2.5
Colombia	1	0.3
Kongo	7	1.8
Eritrea	3	0.8
Ethiopië	3	0.8
Guinee Bissau	6	1.5
Irak	98	24.5
Iran	32	8.0
Ivoorkust	5	1.3
Jemen	2	0.5
Joegoslavië ¹	13	3.4
Kameroen	4	1.0
Kazakstan	4	1.0
Kirgistan	1	0.3
Kurdistan	4	1.0
Libanon	4	1.0
Liberia	6	1.5
Mongolië	1	0.3
Myanmar/Birma	2	0.5
Nepal	4	1.0
Nigeria	7	1.8
Oekraïne	3	0.8
Oezbekistan	1	0.3
Pakistan	6	1.5
Rusland	9	2.3
Rwanda	2	0.5
Seychellen	1	0.3
Siërra Leone	7	1.8
Somalië	59	14.8
Sri Lanka	6	1.5
Sudan	3	0.8
Syrië	6	1.5
Togo	1	0.3
Tsjetsjenië	2	0.5
Turkije	9	2.3
Oeganda	3	0.8
	399	99.8

1 Montenegro, Kosovo en Bosnië vallen onder Joegoslavië

IV Vragenlijst

V Topiclijst

Persoonlijke gegevens:

Vragenlijst kort doornemen: waar komt men vandaan, leeftijd etc.

Gezondheid

- Wat betekent gezond zijn voor u? Wat verstaat u onder gezondheid? Kunt u vertellen hoe u uw gezondheid ervaart?
- Op welke manier bent u met gezondheid bezig?
- Is er verschil vergeleken met vroeger, voordat u naar Nederland kwam?
- Wat ziet u als oorzaken of verklaringen voor uw klachten of ziekte?
- Hebt u dit jaar een arts (Huisarts, medisch specialist) of Maa-verpleegkundige bezocht?
- Wat denkt u dat u kan doen om uw gezondheid te verbeteren? Doet u al dingen om uw gezondheid te verbeteren?
- Zijn er andere dingen die gedaan kunnen worden om uw gezondheid te verbeteren?

Voeding en gezondheid

- Hoe belangrijk is voeding voor u? Bent u met uw voeding bezig?
- Wat zijn uw grootste zorgen over uw voeding in het algemeen?
- Bent u onlangs gewicht verloren of juist veel in gewicht aangekomen?
- Hoe zou u uw eetlust beschrijven? slecht, matig, goed, zeer goed.
- is uw eetlust verandert sinds u in Nederland bent?
- Heeft u gezondheidsproblemen waardoor u anders eet?

Voedingskeuze en voorkeuren

Kunt u me iets vertellen over eten dat u lekker vindt en over eten dat u juist niet lekker vindt. Kunt u eten voldoende eten zoals u dat zou willen?

- Wat vindt u van de smaak van het eten in Nederland?
- kunt u de voedingsmiddelen kopen die u zou willen kopen? Kunt u alles vinden in de Nederlandse winkels?
- Wat mist u uit het land van herkomst?
- Heeft u het gevoel dat u op dit moment goed eet? dat het gezond voor u is?
- Kunt u wat uitleg geven over de antwoorden op de vragenlijsten, waarom veel/ weinig van bepaalde voedingsmiddelen?

Toegang tot voeding

Kunt u me vertellen waar u uw eten en drinken koopt?

- Hoe ver is de dichtstbijzijnde winkel die voedingsmiddelen verkoopt?
- Welke problemen komt u tegen wanneer u boodschappen doet?
- Hoe gaat u naar de winkels toe?

Financieel

Heeft u voldoende geld te besteden om goed te kunnen eten, zoals u het zou willen?

- maakt u zich wel eens zorgen of u voldoende geld te besteden heeft om eten te kunnen kopen?
- slaat u wel eens maaltijden over om geld uit te sparen?
- hoeveel geld heeft u te besteden?

Fysieke context voeding

Kunt u beschrijven waar u kookt en wat u hiervan vindt?

- Wat vindt u van de kookruimte?
- wat vindt u van de ruimte waar u eten en drinken op kunt bergen?

Sociale context voeding

Kunt u me vertellen met wie u eet en hoe uw hoofdmaaltijden eruit zien?

- Hoe vaak per week eet u samen met anderen?
- Als u alleen eet, is dit uw eigen keuze of komt dit door omstandigheden?
- Bereidt u zelf uw eten?
- Is dit anders dan dat u gewend was in uw land van herkomst?

Voedingsveranderingen (samenvatting)

Kunt u wat vertellen over uw eetgewoonten nu in vergelijking met uw land van herkomst? Wat vindt u goed en wat vindt u niet zo goed.

- Wat vindt u over het algemeen van uw eetpatroon?
- Wat vindt u van uw huidige eetpatroon in vergelijking met uw land van herkomst?
- Wat denkt u dat u kan doen om uw eetpatroon te verbeteren?
- Zijn er andere dingen die gedaan kunnen worden om uw eetpatroon te verbeteren? Doet u al dingen om uw eetpatroon te verbeteren?