

# Medisch Asieltoerisme: feit of fictie?

- Een beschrijvend onderzoek naar een vermeend sociaal probleem in onze huidige 'dramademocratie' -



Scriptie Sociologie  
Erasmus Universiteit Rotterdam  
Faculteit der Sociale Wetenschappen  
Juli 2004

Door:  
Robert van der Zanden

Onder begeleiding van:  
dr. P. Mascini

Tweede Beoordelaar:  
dr. B. Peper

Scriptie Sociologie  
Erasmus Universiteit Rotterdam  
Faculteit der Sociale Wetenschappen  
Juli 2004

Door: Robert van der Zanden

Onder begeleiding van: dr. P. Mascini

Tweede Beoordelaar: dr. B. Peper

## Voorwoord

Voor u ligt een onderzoek naar een vermeend sociaal probleem in onze huidige ‘dramademocratie’. Een democratie waarin de berichtgeving in de media over allerlei incidenten en gebeurtenissen in toenemende mate bepalend lijken te zijn voor de wijze waarop sociale verschijnselen worden beoordeeld door leden van een samenleving. Met name sociale vraagstukken die in zowel het politieke als publieke debat leiden tot controversie dragen het gevaar met zich mee als sociaal probleem te worden bestempeld, zonder dat de empirische feiten hiertoe aanleiding geven. Tegelijkertijd blijven andere, minder controversiële, vraagstukken juist onterecht onderbelicht. Een sociaal vraagstuk dat regelmatig onderwerp van discussie is in het publieke en politieke debat is de asielkwestie. De wijze waarop allerlei berichten in de media verschijnen omtrent de komst van asielzoekers bepaalt voor een belangrijk deel het maat-schappelijke klimaat ten opzichte van de komst van asielzoekers. Tegen de achtergrond van de discussie rond de komst van asielzoekers is het vermeende sociale probleem dat in dit onderzoek centraal staat het gebruik van het medisch kanaal als achterdeur van de asielprocedure; dit migratiefenomeen wordt in de media ook wel *medisch asieltoerisme* genoemd. In dit onderzoek is op basis van empirische gegevens nagegaan in hoeverre deze veronderstelde ontwikkeling van *medisch asieltoerisme* terecht als zorgwekkend probleem naar voren is geschoven.

Ten behoeve van de empirische gegevensverzameling ben ik gedurende een aantal maanden werkzaam geweest bij het informatie- en analysecentrum van de IND (Indiac). Bij Indiac heb ik een onderzoek opgezet en uitgevoerd waarin op basis van een neutrale vraagstelling inzicht is verschaft in de wijze waarop afgewezen asielzoekers zich kunnen beroepen op hun gezondheidssituatie, in de mate waarin zij dit doen, en in de wijze waarop het beleid van de overheid hieraan bijdraagt. Het eindproduct – de onderzoeksrapportage “de medicalisering van de toelatingsprocedure” – is een grondig opgezet verslag van een studie naar het bestaan van de vermeende medicalisering van de asielprocedure en de rol die de overheid speelt bij het in stand houden of veroorzaken van het mogelijke probleem. Naast de werkzaamheden die ik heb verricht in het kader van het onderzoek, ben ik tevens betrokken geweest bij enkele andere onderzoeksprojecten, zodat ik een goed beeld heb kunnen krijgen van de organisatie van de IND in het algemeen en de organisatie van Indiac in het bijzonder. Mijn dank gaat dan ook uit naar de mensen bij Indiac die mij wegwijs hebben gemaakt in de onderzoeksafdeling binnen een grote overheidsorganisatie die dicht op het politieke vuur staat. Bijzondere dank ben ik hierbij verschuldigd aan Femke Heide die mij gedurende mijn tijd bij Indiac heeft begeleid.

Na afronding van het empirische onderzoek bij Indiac, was de volgende stap gericht op de sociologisch-theoretische inbedding van de empirische gegevens. Zoals gebruikelijk, maar daardoor zeker niet minder gemeend, wil ik tenslotte dan ook mijn begeleider binnen de universiteit, Peter Mascini, bedanken. Zijn betrokkenheid en deskundigheid met betrekking tot het onderwerp zijn van grote waarde geweest voor de totstandkoming van deze afstudeerscriptie. De gesprekken die wij over het scriptie-onderwerp hebben gevoerd waren verhelderend, inspirerend en verfrissend.

---

# Inhoudsopgave

	<b>Voorwoord</b>	
1.	<b>Inleiding</b>	<b>06</b>
1.1	Probleemstelling	06
	<i>De historische ontwikkeling van sociale problemen</i>	07
	<i>De 'sociale kwestie' en de voorwaarden en kenmerken van sociale problemen</i>	09
	<i>De vierde fase?</i>	10
1.2	Vraagstelling	12
	<i>Een vergelijkbaar onderzoek: 'Schoolverzuim als modern sociaal probleem'</i>	12
	<i>De historische ontwikkeling van de asielproblematiek</i>	16
	<i>De maatschappelijke en politieke commotie over het medisch asieltoerisme</i>	22
	<i>De commissie Smeets</i>	24
	<i>Het begrip medisch asieltoerisme in dit onderzoek</i>	26
1.3	De onderzoeksvragen	28
1.4	Onderzoeksmethode	31
1.5	Leeswijzer: indeling van de scriptie	32
2.	<b>Theoretisch Model</b>	<b>33</b>
2.1	Fictieve sociale problemen: de objectivistische invalshoek	33
2.2	Het onderscheid van sociale problemen: manifeste, latente en fictieve problemen	36
2.3	Kritiek op de objectivistisch-functionalistische benadering	39
2.4	Weerlegging van de postmoderne kritiek	43
3.	<b>Is het gebruik van het medisch kanaal als achterdeur van de toelatingsprocedure een fictief probleem?</b>	<b>45</b>
3.1	Inleiding	45
3.2	Data-analyse	46
	<i>Achtergrondinformatie over de 716 afgewezen ex-asielzoekers uit de onderzoekspopulatie</i>	48
	<i>Leeftijd</i>	49
	<i>Land van herkomst</i>	50
3.3	Het inwilligingspercentage	53
	<i>De eerste voorwaarde</i>	57
	<i>De tweede voorwaarde</i>	57
	<i>De derde voorwaarde</i>	58
3.4	Conclusie	60

---

4.	<b>De bijdrage van de Nederlandse overheid aan het veronderstelde probleem van de medische sluiproute</b>	<b>61</b>
4.1	Inleiding	61
4.2	De kwantitatieve data-analyse	63
	<i>Praktijkervaringen van asielbeslissers en rechtshulpverleners m.b.t het doorverwijzen</i>	65
4.3	De kwalitatieve data-analyse	66
	<i>De eerste indicator: de kennis over het formele karakter van de doorverwijzing</i>	66
	<i>De tweede indicator: het verwachtingspatroon met betrekking tot de doorverwijzing</i>	67
	<i>De derde indicator: het realiteitsgehalte van de verwachtingen</i>	68
4.4	Conclusie	71
5.	<b>Slotbeschouwing</b>	<b>72</b>
5.1	Inleiding	72
5.2	De bevindingen in vogelvlucht	72
5.3	Fictieve sociale problemen en symbolisch beleid	73
	<i>De vierde fase: het fictieve stadium in onze huidige dramademocratie</i>	74
	<i>De dramademocratie: problemen en oplossingen</i>	74
	<i>Beleidsoplossingen naar aanleiding van fictieve sociale problemen</i>	77
	<b>Literatuurlijst</b>	<b>79</b>
	<b>Bijlagen</b>	<b>82</b>
	<i>Bijlage 1</i>	82
	<i>Bijlage 2</i>	83
	<i>Bijlage 3</i>	84
	<i>Bijlage 4</i>	85
	<i>Bijlage 5</i>	86

# 1. Inleiding

## 1.1 Probleemstelling

“Onze huidige samenleving wordt wel gekarakteriseerd als een problematische samenleving. Nooit eerder zou de maatschappij zoveel problemen hebben gekend als vandaag de dag. Tegelijkertijd wordt gesteld dat de moderne westerse samenleving de meest welvarende is uit de menselijke geschiedenis en beter dan welke samenleving dan ook in staat is om sociale problemen aan te pakken.”<sup>1</sup>

Voor u ligt een onderzoek dat zich bezighoudt met sociale problemen van vandaag de dag. Hoe komt het dat onze huidige maatschappij zoveel sociale problemen kent? Wat voor soort type sociale problemen kunnen worden onderscheiden? Wat zijn de kenmerken van een sociaal probleem? En wie bepaalt nu eigenlijk wanneer er sprake is van een sociaal probleem? Op deze vragen zal in dit onderzoek worden getracht een antwoord te vinden. Voordat het veronderstelde moderne sociale probleem aan bod komt dat in dit onderzoek centraal staat, zal naar aanleiding van de bovenstaande stelling, waarin onze huidige samenleving wordt gekarakteriseerd als een *problematische*, eerst een historische ontwikkeling van sociale problemen worden geschetst aan de hand van een historische ontwikkeling van het denken. Beide ontwikkelingen zijn, zoals later zal blijken, onlosmakelijk met elkaar verbonden.

In de historische ontwikkeling van het denken die hieronder wordt behandeld, kunnen een drietal fasen worden onderscheiden. Deze onderscheiden fasen zijn ontleend aan Auguste Comte (1798 – 1857), die de *Wet der Vooruitgang*<sup>2</sup> formuleerde. Comte, de bedenker van het woord *sociologie*, was de eerste die een strikt wetenschappelijke aanpak bepleitte voor een zelfstandige sociologie. Comte was erg bezorgd over de ontwrichting van de maatschappij, en stelde zich ten doel de maatschappij weer op orde te brengen. Comte geloofde in de mogelijkheid van het verbeteren van de maatschappij. In zijn visie was er dringend behoefte aan een positieve wetenschap van de samenleving die theorieën of algemene wetten zou moeten genereren over het ontstaan van de ontwrichting, gevolgd door het ontwerpen van een sociaal beleid dat een nog grotere ontwrichting moest voorkomen. De door Comte geformuleerde *Wet der Vooruitgang* houdt in dat de samenleving in haar ontwikkeling drie stadia doorloopt, die worden bepaald door de ontwikkeling van het denken en de op dat denken gebaseerde wetenschap. Dat is de beroemde *wet van de drie stadia* in het menselijk denken, die achtereenvolgens het *theologische* en het *metafysische* stadium doorloopt, om ten slotte het *positieve* stadium in te gaan. Verschillende wetenschappen hebben reeds het stadium bereikt waarin deze denkwijze overheerst; nu moeten ook de sociale wetenschappen en de politiek deze fase worden binnengevoerd.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ‘Het verkennen van sociale problemen’; N.Nelissen & H.de Wit; Zeist, 1991, p.21.

<sup>2</sup> ‘Grootmeesters van de sociologie’; M.J.de Jong; Amsterdam,1997; p.18.

<sup>3</sup> ‘Het positieve denken’; vertaald door: H.Plantenga; Amsterdam, 1979. Vertaling van: ‘Discours sur l’esprit positif’; A.Comte; Parijs, 1844.

In het eerste stadium is er nog geen sprake van een echte wetenschap, maar slechts van geloofsovertuigingen. In een volgend stadium is het mogelijk de hypothesen reeds enigszins te ondersteunen met waarnemingen en ervaringsfeiten. In het derde stadium is de wetenschappelijke methode vervolmaakt, en worden alleen nog maar beweringen gedaan die kunnen worden onderbouwd door empirisch onderzoek. Deze stapsgewijze overgang houdt ook een gefaseerde overgang in van een volledig religieus bepaalde visie op de werkelijkheid, via een visie waarin men oog krijgt voor bepaalde natuurwetten, naar een stadium waarin wordt aangenomen dat het gehele leven wordt beheerst door onveranderlijke natuurwetten. Hoewel deze indeling naar fasen in de ontwikkeling van het denken weliswaar gesimplificeerd en niet uitputtend is, verschaft deze in grote lijnen toch inzicht in de historische ontwikkeling in het ontstaan van sociale problemen en in de voorwaarden die aan het bestaan van sociale problemen ten grondslag liggen.

### *De historische ontwikkeling van sociale problemen*

Het begrip *sociaal probleem* kan pas ontstaan wanneer in de cultuur van een samenleving het idee bestaat dat de sociale realiteit veranderbaar en maakbaar is.<sup>4</sup> Zolang de maatschappelijke werkelijkheid als een door God gegeven orde wordt gezien, waarin menselijk ingrijpen niet mogelijk is, is het zien van (een deel van) de werkelijkheid als sociaal probleem cultureel onmogelijk. Deze fase in de historische ontwikkeling van het denken, waarin sprake is van een goddelijk verklaringsmodel voor het ontstaan en voortbestaan van sociale verschijnselen, noemt Comte het *theologische* stadium. In dit stadium worden alle verschijnselen verklaard met behulp van de krachten of daden van goden of andere bovennatuurlijke wezens; de gevoelens overheersen het denken. Hoewel de theologische fase in alle opzichten onontbeerlijk is, moet in de ogen van Comte dit eerste stadium uitsluitend worden opgevat als een zuiver voorlopige en voorbereidende fase. In deze fase wordt nog niet gesproken van sociale problemen, omdat de sociale realiteit niet door menselijk ingrijpen veranderbaar wordt geacht.

Na verloop van tijd begint de kritiek op dit theologische denken te groeien. Deze kritiek had voornamelijk betrekking op het standpunt dat in het theologische stadium zelfs de eenvoudigste dingen slechts volgens de theologische filosofie werden benaderd en dat men in deze fase geen enkel oog had voor de onmiskenbare noodzaak van een daaraan parallel lopend sociaal systeem. Ondanks het feit dat er nog geen gewoonte is ontwikkeld om de eigen speculatieve gedachten in toom te houden, gaat het verstand langzamerhand een steeds grotere rol spelen. Desalniettemin staat het verklaringsmodel van mensen in deze tweeslachtige overgangsfase in feite nog steeds veel dichterbij het theologische dan bij het positieve stadium. Comte typeert deze periode als het zogenaamde *metafysische* stadium. Evenals de theologie probeert de metafysica vooral een verklaring te vinden voor het diepste wezen van al wat leeft, voor oorsprong en bestemming van alle dingen en voor het eerste ontstaan van alle verschijnselen; alleen maakt men in dit stadium nu geen gebruik meer van bovennatuurlijke krachten. Wat zich onttrekt aan het zintuiglijke en daar in zekere zin bovenuit gaat is in eerste instantie de betekenis van het bestaan. De metafysica vraagt daarom wat de zo vanzelfsprekende woorden, *bestaan*, *werkelijkheid* en *zijn* betekenen.

---

<sup>4</sup> 'Sociale problemen en afwijkend gedrag'; R.Lafaille; Den Haag, 1978.

Ook in deze periode wordt nog niet echt gesproken van sociale problemen, al wordt de eerste aanzet tot het kunnen spreken over sociale problemen in dit stadium wel gegeven; er lijkt dan ook sprake van een soort overgangsfase. Deze overgangsfase heeft stukje bij beetje gezorgd voor de ondergraving van het theologische systeem.

Immanuel Kant (1724 – 1804) stelde rond 1784 de kritische vraag, of de metafysica wel als wetenschap mogelijk is. Hij onderzocht de oorsprong en de grenzen van de menselijke kennis en kwam zo tot een kritische begrenzing van de metafysische kennis. In deze tijd begint het kritische verstand dan ook meer en meer een vooraanstaande rol te spelen; hiermee wordt het begin aangegeven van de Verlichting. Volgens Kant betekende de Verlichting “een intellectueel emancipatiestreven, erop gericht de mens (o.a. via het onderwijs) een onbelemmerd gebruik te verschaffen van zijn verstandelijke vermogens tot kennisverwerving.”<sup>5</sup> Pas sinds de opkomst van dit Verlichtingsdenken wordt er gesproken over sociale problemen. In de derde fase worden de theologische en metafysische vraagstukken en stellingen terzijde geschoven. In dit stadium worden ongewenste maatschappelijke verschijnselen dan ook niet langer meer toegeschreven aan bovennatuurlijke krachten en neemt men geen genoegen meer met pseudoverklaringen, maar worden ze verondersteld door menselijk ingrijpen ten goede veranderbaar te zijn. Met de opkomst van de Verlichting is duidelijk een nieuwe fase van het geestelijke leven ingetreden, waarin allerlei sociale verschijnselen niet meer als vanzelfsprekend worden beschouwd. Niet alleen de natuur, maar ook de mens en de maatschappij werden in brede kring in toenemende mate beheersbaar geacht. Deze mentaliteitsverandering breidde zich ook uit op een lager socio-cultureel niveau en verwierf een zelfstandige, autonome houding van de mens tegenover God steeds meer een levensbeschouwelijke sleutelpositie. Want ook de verlichte burger neigde er naar de oorzaken van zijn successen en mislukkingen in zijn eigen handelen te zoeken. Met de Verlichting heeft de categorie der sociale problemen dan ook zijn intrede gedaan. Auguste Comte beschouwt deze periode als het *positieve* stadium. In dit stadium zien de mensen af van het zoeken naar absolute verklaringen en beperken zij zich tot de waarneming als de enige mogelijke basis van werkelijk bereikbare en aan de behoefte aangepaste kennis. Als verklaringen gelden alleen nog maar ‘wetten’ of uitspraken die iets zeggen over het verband tussen verschijnselen die kunnen worden geobserveerd en getoetst door middel van experimenten. Het voornaamste kenmerk in dit stadium is dan ook de permanente ondergeschiktheid van de verbeelding aan de waarneming. Deze ontwikkeling van het denken en het daaraan gekoppelde besef dat ongewenste maatschappelijke situaties ten goede veranderbaar worden geacht leiden er toe dat met de intrede van het positieve stadium ook voor het eerst het begrip *sociaal probleem* opkomt.

---

5 “Tussen Vroomheid en Verlichting: een cultuurhistorisch en –sociologisch onderzoek naar enkele aspecten van de Verlichting in Nederland (1755 – 1810)”; J.W.Buisman; Zwolle, 1992. De oorspronkelijke klassiek geworden definitie van Kant uit 1784 luidt: “Aufklärung ist der Ausgang des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit. Unmündigkeit ist das Unvermögen, sich seines Verstandes ohne Leitung eines anderen zu bedienen. Selbstverschuldet ist diese Unmündigkeit, wenn die Ursache derselben nicht am Mangel des verstandes, sondern der Entschliessung und des Muthes liegt, sich seiner ohne Leitung eines andern zu bedienen. Sapere aude! Habe Muth deines eigenen Verstandes zu bedienen! Ist also der Wahlspruch der Aufklärung”; I.Kant; Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung?; In: ‘Werke’; Frankfurt am Main, 1956 – 1964.



Nu uiteen is gezet hoe volgens Comte de ontwikkeling van de vooruitgang in het denken er door de eeuwen heen heeft uitgezien is het interessant om deze stadia in verband te brengen met drie sociaal-historische perioden<sup>6</sup>, zodat de opkomst van het begrip *sociaal probleem* in een historisch tijdsbesef kan worden gepositioneerd. De drie onderscheiden stadia kunnen worden verbonden met de volgende drie sociaal-historische perioden: het feodalisme, het revolutionaire stadium, en de fase van de industrialisatie. Met de opkomst van de industrialiserende samenleving nemen langzamerhand de sociale problemen in aantal en diversiteit toe. Deze ontwikkeling vindt zijn oorsprong in de zogenaamde *sociale kwestie*.<sup>7</sup>

#### *De 'sociale kwestie' en de voorwaarden en kenmerken van sociale problemen*

Vanaf het eind van de negentiende eeuw worden er allerlei sociale verschijnselen als problematisch ervaren en als sociaal probleem bestempeld; men spreekt van de *sociale kwestie*. Deze *sociale kwestie* betrof de kwetsbare positie van een groot deel van de arbeiders die tegelijkertijd tot de potentiële armen behoorden. Hierdoor drong voor het eerst het besef door dat de situatie van de arbeidersklasse problematisch was, zoals naar voren komt in onderstaand citaat van Comte:

“De ellende van het volk is groot in Parijs, het brood is erg duur en er is niet genoeg; elk ogenblik ontmoet je arbeiders zonder brood en zonder werk; en daarbij zie je een luxe, een luxe! Wat is dat weerzinwekkend, terwijl het zovelen aan het hoogst noodzakelijke ontbreekt” (Comte 1844).<sup>8</sup>

De erbarmelijke positie van de arbeidersklasse werd in deze tijd voor het eerst zeer serieus genomen, omdat de stabiliteit van de samenleving in het geding was; de sociale cohesie was in gevaar. Het bewustwordingsproces van de sociale kwestie is onlosmakelijk verbonden met het ontstaan van een nieuwe industriële samenleving waarin een enorme verschuiving plaatsvond van de maatschappelijke verhoudingen. Als gevolg van deze politieke en maatschappelijke veranderingen groeide het besef in de vorige eeuw, dat de ellendige bestaanssituatie van de arbeidersklasse haar wortels had in de bestaande maatschappelijke verhoudingen. Met dit besef is één van de kenmerken aangegeven van een sociaal probleem: de voorwaarde dat een bepaalde situatie als onwenselijk en problematisch wordt ervaren. Het besef dat er sprake is van een onwenselijke situatie is echter geen voldoende voorwaarde om te kunnen spreken van een sociaal probleem. Bij de uiteenzetting van de historische ontwikkeling van het denken kwam al eerder naar voren dat de fatalistische berusting in een door God gegeven maatschappelijke orde plaats maakte voor een houding van actie om deze verhoudingen te veranderen en zo de bestaanssituatie te verbeteren. De veranderbaarheid kan dan ook worden beschouwd als de andere culturele ontstaansvoorwaarde<sup>9</sup> van het begrip *sociaal probleem*.

---

6 In navolging van Saint-Simon, die veel invloed heeft gehad op Comte's denken; Uit: 'Grootmeesters van de sociologie'; M.J.de Jong; Amsterdam,1997; p.14.

7 Brugmans (1925), Hoefnagels (1957), Van Thijn (1978); uit: 'Het verkennen van sociale problemen'; N.Nelissen & H.de Wit; 1991.

8 'Het positieve denken'; vertaald door: H.Plantenga; Amsterdam, 1979. Vertaling van: 'Discours sur l'esprit positif'; A.Comte; Parijs, 1844, p.7.

9 Hieronder wordt verstaan een voorwaarde die vervuld moet zijn opdat binnen de samenleving een bepaald verschijnsel plaatsvindt. In dit geval de genese van het begrip 'sociaal probleem'. Uit: 'Sociale problemen en afwijkend gedrag'; R.Lafaille; Den Haag, 1978, p.252/253.

Aan het begrip *sociaal probleem* liggen kortom twee voorwaarden ten grondslag. Wil er sprake zijn van een sociaal probleem dan dient het dus te gaan om een maatschappelijk verschijnsel dat door leden van een samenleving als *onwenselijk* wordt ervaren, en door diezelfde leden ten goede *veranderbaar* wordt geacht. "Culturen die de principiële veranderbaarheid van de sociale werkelijkheid door middel van collectieve actie niet erkennen, zijn niet in staat toestanden als problemen te onderkennen."<sup>10</sup> Beide voorwaarden komen duidelijk tot uiting in onderstaande definitie van Berting.

"Er is sprake van een maatschappelijk of sociaal probleem wanneer de leden van een samenleving of belangrijke groeperingen binnen de samenleving, bepaalde verschijnselen, die zij in veel gevallen sociaal van aard achten, als strijdig ervaren met de normen en waarden die zij aanhangen. Belangrijk is dat zij de ongewenste verschijnselen in principe als veranderbaar door menselijk ingrijpen beschouwen, uiteraard in de door hen gewenste richting" (Berting 1992).<sup>11</sup>

Vanuit dit vertrekpunt is de sociale mistoestand als sociale kwestie aan de orde gesteld; met andere woorden als sociaal probleem benoemd. De meeste sociale problemen hebben zich destijds vanuit de sociale kwestie ontwikkeld. Het begrip *sociaal probleem* is dus ontstaan ten tijde van de sociale kwestie, naar aanleiding van de ellendige toestand waarin het proletariaat verkeerde; deze ontstane maatschappelijke situatie werd als onwenselijk ervaren en ten goede veranderbaar geacht door menselijk ingrijpen.

#### *De vierde fase?*

In onze moderne tijd is de maatschappij in toenemende mate gefragmenteerd. Mensen zijn mondiger geworden en maken steeds meer gebruik van hun recht op vrije meningsuiting. Allerlei individuen en groepen lijken eerder bereid hun persoonlijke ongenoegens over een sociaal verschijnsel te uiten. Als gevolg hiervan zijn er tal van georganiseerde belangengroepen die vanuit ideologische, politieke, materiële en/of professionele overwegingen proberen hun mening te mobiliseren en een vermeend sociaal probleem onder de publieke aandacht te krijgen. Voordat een sociaal verschijnsel als sociaal probleem wordt gezien en ervaren, heeft het probleem vaak diverse stadia doorlopen. Deze stadia vormen de levensloop van sociale problemen en worden in de literatuur samenvattend het proces van agendavorming genoemd.<sup>12</sup> In dit proces proberen groepen of machtige individuen de door hen gedefinieerde sociale problemen onder de aandacht te krijgen van het publiek en/of van de beleidsbepalers. In het licht van de twee onderscheiden voorwaarden die ten grondslag liggen aan een sociaal probleem, begint het proces wanneer een groep of individu een bepaalde situatie onwenselijk acht en vindt dat hieraan iets moet en kan worden gedaan. In een volgende fase wordt een poging gedaan om het veronderstelde probleem om te vormen tot een publieke kwestie. Vaak probeert de betrokken groep dan de aandacht van de media op zich te vestigen, hetgeen weer reacties uitlokt van groepen met tegengestelde waarden of belangen.

---

<sup>10</sup> 'Sociale problemen en afwijkend gedrag'; R.Lafaille; Den Haag, 1978, p.21.

<sup>11</sup> Uit: 'Sociale problemen en de moderne samenleving: een cultuursociologische beschouwing'; B.Peper; Rotterdam, 1998; p.4.

<sup>12</sup> Hoogerwerf; 1987.

Door de media-aandacht kan na verloop van tijd over een vermeend sociaal probleem een morele paniek ontstaan<sup>13</sup>, waardoor het verschijnsel, mogelijk onterecht, kan uitgroeien tot een algemeen erkend sociaal probleem. Er wordt met andere woorden in de samenleving een breed draagvlak gecreëerd voor de gedachte dat er sprake is van een ernstig maatschappelijk probleem dat dient te worden aangepakt en opgelost, terwijl dit probleem in werkelijkheid feitelijk niet hoeft te bestaan. De invloed van de media brengt dan ook een gevaar met zich mee, omdat de manier waarop sociale kwesties voor het voetlicht worden gebracht niet neutraal is. Nieuws is immers altijd een selectie en daarmee een uitvergroting van een deel van de werkelijkheid. Het gevaar van de invloed van de media op de 'benoeming' van een sociaal probleem is gelegen in het feit dat journalisten niet langer lijken te fungeren als doorgeefluik van de commentaren van anderen, maar dat zij zich hebben ontwikkeld tot actieve spelers in het spel van de politieke meningsvorming.<sup>14</sup>

Met het mondiger worden van de individuen in de moderne maatschappij breidt het publiek zich uit waarop *probleemdefinieerders* een moreel beroep kunnen doen. Zo wordt een door moderne sociologen graag gebruikte metafoor in toenemende mate werkelijkheid: "de metafoor van sociale problemen als dramatische opvoeringen, als sociaal geconstrueerde werkelijkheidsdefinities die alleen in stand kunnen worden gehouden door gezamenlijk toneelspel ten overstaan van een instemmend en aan liefdadigheid of belastingdienst betalend publiek."<sup>15</sup> Behalve door de huidige parlementaire democratie is deze dynamiek versterkt door de opkomst van de massamedia. Kranten, weekbladen, radio, en televisie hebben sociale problemen verder gedramatiseerd. Vrijwel geen sociale kwestie komt in onze tijd op de politieke en/of publieke agenda zonder onderwerp te zijn geweest van nieuwsberichten en actualiteitenprogramma's. Elk nieuwsverhaal moet kenmerken vertonen van fictie en van drama. Wie een misstand aan de orde wil stellen moet zijn of haar zaak zorgvuldig en bij voorkeur in media-genieke termen stileren.<sup>16</sup>

De toenemende invloed van de massamedia enerzijds en het mondiger worden van mensen in de huidige maatschappij anderzijds heeft geleid tot een toename van het aantal veronderstelde sociale problemen. Hierbij kan men zich afvragen of de mens in de moderne samenleving problemen van verschijnselen maakt die het niet eens waard zijn om problemen van te maken. Met andere woorden, 'maken' wij tegenwoordig sociale problemen, omdat we meer menen te weten over de aard en inhoud van de moderne samenleving? Of spelen incidenten en gebeurtenissen (zoals die in de media naar voren komen) en de perceptie daarvan een voornamere rol dan de objectieve feitelijke situatie? De vraag rijst of er tegenwoordig, naast de *theologische*, *metafysische* en *positieve* fase, niet een vierde fase kan worden onderscheiden, waarin de subjectieve overgeproblematiseerde perceptie van een situatie of gebeurtenis een grotere rol speelt dan de objectieve feitelijke situatie: het zogenaamde *fictieve* stadium. Met andere woorden: is er tegenwoordig sprake van een permanente ondergeschiktheid van waarneming aan perceptie?

---

<sup>13</sup> Door de media en/of politiek opgewekte publieke onrust over een sociaal verschijnsel; Uit: 'Brein-bevingen'; J. van Ginneken; Amsterdam, 1999.

<sup>14</sup> 'In de nadagen van de democratie? Politiek als wantrouwen en voorstelling'; H. Kleijer; In: Sociologische Gids; jaargang 50; 2003;4.

<sup>15</sup> Gusfield 1963, Spector & Kitsuse 1973, De Vries 1988, Hilgartner & Bosk 1988, Gusfield 1989.

<sup>16</sup> 'Het drama van de sociale kwestie en de dramaturgie van sociale problemen'; In: 'Nederland verandert. Maatschappelijke ontwikkelingen en problemen in het begin van de eenentwintigste eeuw'; Amsterdam, 2000.

## 1.2 Vraagstelling

Nu er in de huidige samenleving sprake lijkt te zijn van een 'wildgroei' aan sociale problemen in aantal en in diversiteit, kan je je afvragen of wij tegenwoordig sociale problemen van sociale verschijnselen maken, zonder dat dit regelrecht voortkomt uit de ernst van de feiten? Wanneer sociale problemen aan de orde komen, blijkt vaak dat de bezorgdheid niet regelrecht voortkomt uit empirisch feitenmateriaal, maar is ingegeven door andere zorgen die met actuele maatschappelijke tegenstellingen te maken hebben.<sup>17</sup> Dit wil zeggen dat de probleemdefiniëring niet altijd empirisch gefundeerd is. Kortom:

**Is een sociaal verschijnsel dat als een sociaal probleem wordt ervaren ook een feitelijk probleem op basis van empirisch feitenmateriaal?**

De gedachte die aan deze vraagstelling ten grondslag ligt is, dat het niet ondenkbaar is dat tegenwoordig bepaalde sociale verschijnselen als sociaal probleem worden benoemd, terwijl dit empirisch niet wordt gefundeerd. In zo'n geval kan worden gesproken van een fictief probleem. Een vergelijkbaar onderzoek van De Vries<sup>18</sup> naar de in korte tijd toegenomen aandacht voor schoolverzuim en de uitbreidende overheidsbemoeienis in de eerste helft van de jaren tachtig, leerde dat er inderdaad sprake was van een fictief sociaal probleem. In tegenstelling tot de heersende publieke en politieke opinie nam schoolverzuim in een bepaalde periode helemaal niet toe.

*Een vergelijkbaar onderzoek: 'Schoolverzuim als modern sociaal probleem'*

De in korte tijd toegenomen aandacht voor schoolverzuim in de eerste helft van de jaren tachtig en de zich uitbreidende overheidsbemoeienis hieromtrent leidt tot de vraag: vanwaar deze grote en publieke belangstelling? Het antwoord is 'natuurlijk' dat het verschijnsel in deze jaren is toegenomen, dat dit bezorgdheid heeft gewekt in de samenleving, en dat het overheidsingrijpen daar weer uit voortvloeide. Dit antwoord bleek echter onjuist en onvoldoende. Onjuist, omdat schooluitval en schoolverzuim in de eerste helft van de jaren tachtig niet toenamen maar afnamen. Onvoldoende, omdat het feit dat de frequentie van iets toeneemt nog niet betekent dat de belangstelling ervoor toeneemt. Bovendien is het helemaal geen verklaring. Zelfs al zou schoolverzuim zijn toegenomen en al zou de reactie van volwassenen daarbij precies aansluiten, dan verklaart dat niets. Epistemologisch is *schoolverzuim* een beschrijvend begrip. Daarmee kun je iets beschrijven, maar niet verklaren.

De verontrusting over het schoolverzuim leidde er toe dat in 1980 het zogenaamde stimuleringsbeleid (later: onderwijsvoorrangsbeleid), dat sinds 1974 werd gevoerd ten aanzien van het lager onderwijs werd uitgebreid naar het voortgezet onderwijs. Eveneens kwamen er in deze periode in grote en sommige kleinere gemeenten ambtenaren bij elkaar die betrokken waren bij de uitvoering van de Leerplichtwet. Uiteindelijk kwam hier uit voort dat er overleg plaats ging vinden tussen de vier grote gemeenten inzake de leerplicht.

<sup>17</sup> A. de Swaan; Uit: 'Nederland Verandert, maatschappelijke ontwikkelingen en problemen in het begin van de 21e eeuw'; G.C. de Vries; Amsterdam, 2000.

<sup>18</sup> 'Schoolverzuim als modern sociaal probleem'; G.C. de Vries; uit: 'Paniek in Nederland: over social problemen en morele verontrusting'; onder redactie van J.W. Gerritsen en G.C. de Vries; Amsterdam, 1992.

Gezamenlijk en onder de paraplu van de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) wendde men zich vervolgens tot het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen (tegenwoordig het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap) voor overleg. Daarnaast vonden de leerplichtambtenaren elkaar in een initiatief tot oprichting van een Landelijke Vereniging van Leerplichtambtenaren (LVLA). Tenslotte werden er naar aanleiding van uitvoerige kamervragen inzake schoolverzuim allerlei verschillende stuurgroepen en projecten opgezet, en werden er een flink aantal rapporten en beleidsnota's geproduceerd. Al deze beleidsmaatregelen kunnen achteraf worden bestempeld als symbolisch. Gebleken is namelijk dat het schoolverzuim helemaal niet toenam.

De vraag is nu waarom de indruk bestond dat het schoolverzuim toenam. Het antwoord op deze vraag kan het best worden begrepen als mogelijk uitvloeisel van twee ontwikkelingen die zich tussen 1980 en 1985 gelijktijdig hebben voorgedaan. Dat waren de economische recessie en de daarmee gepaard gaande maatschappelijke, politieke en psychische spanningen enerzijds, en de mede door die recessie ingegeven inspanningen van betrekkelijk kleine semi-pedagogische beroepsgroepen van onderwijsbegeleiders, leerplichtambtenaren, onderzoekers en journalisten anderzijds om de aandacht op het probleem te vestigen. Het zijn vooral de onderwijsbegeleiders en de leerplichtambtenaren geweest die de klassieke rol van *morele ondernemers*<sup>19</sup> hebben gespeeld, die nodig is om een diffuse spanning te brengen in de totstandkoming van een sociaal probleem. Zij meenden oprecht dat het schoolverzuim almaar toenam. Door hun eigen, steeds intensievere betrokkenheid bij schoolverzuimende jongeren moeten zij de indruk van toenemend verzuim hebben gekregen. Bovendien waren er geen harde gegevens die deze perspectivistische vertekening konden tegenspreken en er waren evenmin sociologen die er een belang bij hadden om de zaak in een ander licht te bezien.

Economisch gezien ging het Nederland in het midden van de jaren zeventig goed. Dat veranderde echter tegen 1980. De gemiddelde werkloosheid steeg, en de jeugdwerkloosheid steeg nog sterker. Die ontwikkeling zette zich in de volgende jaren versneld door en bereikte in de eerste helft van 1984 haar hoogtepunt. De jaarstatistieken van 1984<sup>20</sup> gaven een gemiddeld landelijk werkloosheidspercentage van achttien procent (856.000 werklozen). Het werkloosheidspercentage onder jongeren was hiervan het dubbele en van de schoolverlaters van 1984 was zeventig procent korter of langer werkloos. Tussen 1979 en 1984 deed zich dus een sterke economische recessie voelen, die heeft geleid tot een groei van werkloosheid in het algemeen en een exponentiële toename van jeugdwerkloosheid in het bijzonder.

---

19 De term 'morele ondernemers' (moral entrepreneurs) is van Howard S.Becker. Hij heeft erop gewezen dat sociale problemen meestal onder de aandacht van het publiek worden gebracht door kleine, actieve groeperingen. Hun initiatief en vasthoudendheid zijn onontbeerlijk. "Mensen moeten ertoe worden gebracht, het gevoel te krijgen dat ergens iets aan moet worden gedaan. Iemand moet de aandacht van het publiek op deze zaken richten, de aandrang uitoefenen die nodig is om dingen gedaan te krijgen, en de opgewekte energie in de goede richting leiden(...)." Uit: 'Outsiders. Studies in the sociology of deviance'; H.S.Becker; Chicago, USA, 1963.

20 Centraal Bureau voor de Statistiek; '85 jaar statistiek in tijdsreken'; 1984. Sociaal en Cultureel Planbureau; 'Sociaal en Cultureel Rapport';1985.

Na 1984 keerde de ontwikkeling enigszins ten goede, en daalde de gemiddelde werkloosheid in 1985 met ongeveer anderhalf procent, en in 1986 nog eens met ruim één procent. Onder jeugdigen was de daling groter. Jonge werknemers en in het bijzonder schoolverlaters zijn zeer gevoelig voor conjuncturele ontwikkelingen. Economische recessie treft hen het eerst; economische opleving komt hen het eerst ten goede. Jongeren hebben onder andere op de economische teruggang gereageerd met verlengde onderwijsdeelneming, met minder voortijdig schoolverlaten en met minder schoolverzuim.

De aandacht voor schoolverzuim en schooluitval van de kant van volwassenen en van de landelijke overheid vertoonde een andere ontwikkelingscurve. De kranten, radio en televisie leverden aan deze aandacht een belangrijke bijdrage. Hand over hand is de aandacht toegenomen, maar het was vooral de bezorgdheid en minder het verzuim. De ontwikkelingscurve van die bezorgdheid vertoont een nauwkeurige parallel met de toename van de jeugd- en toetrederswerkloosheid en daarin ligt een belangrijke sleutel voor de interpretatie van het schoolverzuim als sociaal probleem.

Toetrederswerkloosheid is in het algemeen een mooie indicator voor de 'hinderkracht'<sup>21</sup> van jeugdigen omdat ze staat voor het aantal of het percentage jongeren dat het onderwijs heeft verlaten, maar (nog) geen plaats heeft gevonden in het arbeidsbestel. Sociologisch betekent dat afhankelijkheid van anderen – via de sociale zekerheid. Psychologisch betekent het hinder – voor anderen die de jeugdige werklozen zowel sociaal als financieel 'opvangen'. In het begin van de jaren tachtig trof de economische recessie Nederland het zwaarst, en de jeugdwerkloosheid bereikte in de eerste helft van 1984 haar hoogtepunt. Het is aannemelijk dat in de eerste helft van de jaren tachtig zowel de objectieve (economische, sociologische) hinderkracht als de subjectieve (psychologische) hinder van jeugdigen ten opzichte van ouderen in Nederland in de eerste helft van de jaren tachtig aanzienlijk is toegenomen. De jongeren waren ten tijde van deze economische tegenwind in toenemende mate afhankelijk van de ouderen. In een tijd waarin die ouderen ook hun eigen problemen zagen toenemen als gevolg van de economische recessie – inkomingsdaling, vervluchtiging van carrièreperspectieven en werkloosheid – was dat een moeilijke situatie. Toen vanaf 1984 de economische ontwikkeling enigszins aantrok, kwam deze economische opleving de jongeren het eerst ten goede. Doordat de *morele ondernemers* en de media echter bleven berichten over het probleem van het schoolverzuim is de bezorgdheid over het probleem onevenredig groot gebleven ten opzichte van de feitelijke situatie.

Samenvattend kan worden gesteld dat na een tijd van stabiliteit en werkgelegenheid in de jaren '70 de Nederlandse samenleving in de eerste helft van de jaren '80 een economische teruggang beleefde. In tegenstelling tot wat de *morele ondernemers* beweerden, hebben jongeren op deze ontwikkeling onder andere gereageerd met verlengde onderwijs-deelneming, met minder voortijdig schoolverlaten en met minder schoolverzuim. De aandacht is toch hand over hand toegenomen, zonder dat de feiten hiertoe aanleiding gaven. Het was dus vooral de bezorgdheid en minder het verzuim. Deze bevinding geeft aan dat fictieve problemen wel degelijk bestaan. In het onderhavige onderzoek heb ik de vraag "*is een sociaal verschijnsel dat als een sociaal probleem wordt ervaren ook een feitelijk probleem op basis van empirisch feitenmateriaal?*" geconcretiseerd en toegepast op het gebied van de asielproblematiek.

---

21 De term is van A. de Swaan; in: 'Schoolverzuim als modern social probleem'; p.96.

Nu is aangegeven dat een eerder onderzoek reeds het bestaan van fictieve problemen heeft aangetoond, is de vraag gerechtvaardigd waarom ik dit bestaan in dit onderzoek nog eens wil aantonen. Het antwoord op deze vraag is tweeledig. Ten eerste is het belang gelegen in het feit dat dit onderzoek weliswaar dezelfde vraag stelt, maar dit toepast op een geheel andere kwestie, namelijk de asielkwestie. De thema's van immigratie en de positie van immigranten in Nederland staan vrijwel voortdurend op de politieke agenda en geven aanleiding tot politieke en maatschappelijke controverses. Het tweede antwoord is wellicht overtuigender en heeft betrekking op de omstandigheden waaronder fictieve problemen kunnen ontstaan. In het onderzoek naar het vermeende schoolverzuim heeft De Vries duidelijk gemaakt onder welke twee condities de bezorgdheid over het schoolverzuim als probleem naar voren is geschoven: i) *economische belangen* en ii) *morele ondernemers*. Beide condities doen zich ook voor op het gebied van de asielproblematiek.

Het economische aspect met betrekking tot de asielkwestie is onherroepelijk verbonden met de ontwikkeling van de verzorgingsstaat.<sup>22</sup> Als uitkomst van processen van collectivisering van armenzorg, gezondheidszorg en onderwijs werd de nationale overheid in de vijftiger jaren van de vorige eeuw het middelpunt van een conglomeraat van omvattende verzorgingsarrangementen. Nederlandse staatsburgers, toegelaten asielzoekers en reguliere migranten kunnen op steeds meer zorg van de overheid rekenen, omdat zij gelijke rechten hebben. Een groot deel van de immigranten is afhankelijk van de sociale zekerheid, waardoor de betaalbaarheid van de verzorgingsstaat onder druk is komen te staan. De Duits-Britse socioloog Ralf Dahrendorf heeft zich beziggehouden met de discussie over de afslanking van de verzorgingsstaat en stelde dat er in toenemende mate sprake was van een afname van zowel het morele als het financiële draagvlak van de verzorgingsstaat. Om de verzorgingsstaat betaalbaar te houden is de toestroom van immigranten dan ook problematisch. De gereserveerdere houding tegenover de voorzieningen van de verzorgingsstaat heeft bijgedragen aan de verharding van het opinieklimaat ten aanzien van immigranten in het algemeen en immigranten die een beroep doen op de kostbare medische voorzieningen in het bijzonder. Zij worden nog eens als extra problematisch ervaren, omdat hierdoor de betaalbaarheid van de verzorgingsstaat helemaal onder druk wordt gezet.

Ook de *morele ondernemers* laten zich met betrekking tot de asielkwestie niet onbetuigd. De *morele ondernemers* zijn in dit geval de politici. Vanaf de midden jaren zestig heeft zich een verschuiving van het politieke klimaat ingezet. Sindsdien kan de asielproblematiek worden beschouwd als een controversieel issue in het politieke en publieke debat. In het licht van de verharding van het maatschappelijke en politieke klimaat ten opzichte van de komst van asielzoekers naar Nederland hopen politici electorale winst te behalen door hun komst te problematiseren. Net als de *morele ondernemers* uit het onderzoek van de Vries trachten zij via de media de aandacht van het publiek op dit probleem te richten. Hierbij kan je je afvragen of er door hen niet een klimaat wordt gecreëerd waarin het ene sociale verschijnsel onterecht als probleem naar voren wordt geschoven, terwijl een ander sociaal verschijnsel onterecht minder problematisch wordt beoordeeld.

---

22 Thoenes; 1962: "De verzorgingsstaat is een maatschappijvorm die gekenmerkt wordt door een op democratische leest geschoeid systeem van overheidszorg, dat zich - bij handhaving van een kapitalistisch productiesysteem - garant stelt voor het collectieve sociale welzijn van haar onderdanen."

Het feit dat beide condities zich ook voordoen op het gebied van de asielproblematiek maakt dit tot een interessant en strategisch gebied om de vraag te beantwoorden of tegen de achtergrond van het probleem van de komst van immigranten die zich beroepen op medische klachten een ervaren sociaal probleem in werkelijkheid een fictief probleem is.

### *De historische ontwikkeling van de asielproblematiek*

Migratievraagstukken liggen zowel maatschappelijk als politiek vaak erg gevoelig. Vanaf het eind van de jaren tachtig is er op zowel politiek-bestuurlijk als op maatschappelijk niveau een verharding van de houding ten opzichte van de komst van immigranten te zien. Steeds vaker wordt in de media de vraag gesteld of Nederland eigenlijk niet te vol is. Voornamelijk in tijden waarin de verkiezingen voor de Tweede Kamer voor de deur staan is het toelatingsbeleid van vreemdelingen een controversieel<sup>23</sup> politiek onderwerp. Het gaat over de controversen die de alledaagse interactie en het maatschappelijke en politieke debat doorlopend voeden.<sup>24</sup> Bij geen enkel actueel thema in de Nederlandse politiek en samenleving wordt zo vaak gesproken over het *maatschappelijk draagvlak*<sup>25</sup> als bij de komst van asielzoekers. De toestroom van asielzoekers bereikte in 1994 een hoogtepunt en ging gepaard met een aanzienlijke commotie telkens als de plaatsing van een asielzoekerscentrum werd aangekondigd. Steeds vaker werden er fel protesterende burgers gesignaleerd; het draagvlak voor het opvangbeleid wankelde. "Een politieke en sociale identiteitscrisis leek zich af te tekenen bij een zich tolerant achtende bevolking met een eeuwenoude traditie van de opvang van asielzoekers."<sup>26</sup> Aan het eind van de jaren tachtig, met het stijgen van de stroom asielzoekers, kwam er een verandering in de Nederlandse opvatting dat het een Nederlandse traditie was om vluchtelingen op te nemen. Vanaf dit moment werd het vragen om asiel steeds meer als een verdachte zaak afgeschilderd. Veel asielzoekers zouden asieltoeristen of economische vluchtelingen zijn. Deze verharding van het klimaat ten opzichte van de komst van asielzoekers is gepaard gegaan met een meer kritische berichtgeving in de media over asielzoekers, waarbij het asielbeleid als controversieel en uit de hand gelopen wordt voorgesteld. Juist de manier waarop de media asielzoekers presenteren is van beslissende invloed op de meningsvorming omtrent de asielkwestie.<sup>27</sup> Met de veranderende opvatting ten aanzien van de komst van asielzoekers staan de thema's van immigratie en de positie van immigranten in Nederland tegenwoordig vrijwel voortdurend op de politieke agenda. Toch heeft het immigratievraagstuk niet vanaf de tijd dat migranten voor het eerst naar Nederland kwamen een controversiële plaats gehad in het politiek discours.

Immigratie in Nederland is een verschijnsel dat zich al eeuwen voordoet. Hoewel de overheid weinig invloed heeft op mondiale stromen van vluchtelingen, heeft de Nederlandse overheid zich vanaf het begin bemoeid met de toelating van asielzoekers en migranten. Wel is de opstelling van de Nederlandse overheid tegenover deze nieuwkomers door de eeuwen heen aanzienlijk veranderd.

---

23 Turner & Killian: Een controversieel politieke kwestie bestaat uit die punten waarover mensen het eens zijn dat ze het erover oneens zijn.

24 Turner & Killian; pp.182,192; Uit: 'brein-bevingen'; J.van Ginneken; Amsterdam, 1999.

25 In de politieke wetenschappen wordt hiervoor het begrip legitimiteit gebruikt; Hoogerwerf (1979): 'De overtuiging dat de politieke macht of leiding van een bepaalde persoon of groep gerechtvaardigd is'.

26 'De opvang van asielzoekers: een onderzoek naar het draagvlak voor de centrale opvang van asielzoekers in Nederland'; J.Meloen...[et al.]; Utrecht, 1998.

27 'De opvang van asielzoekers: een onderzoek naar het draagvlak voor de centrale opvang van asielzoekers in Nederland'; J.Meloen...[et al.]; Utrecht, 1998.



Aanvankelijk bepaalden met name de steden het beleid. Vooral in de 16<sup>e</sup> en 17<sup>e</sup> eeuw voerden veel steden een actief beleid om vreemdelingen toe te laten. Door middel van allerlei 'pullfactoren' probeerden bestuurders van steden uit alle macht nieuwkomers hun stad binnen te halen. Zo verleenden de stadsbesturen vestigingspremies en huursubsidies, boden aan de verhuiskosten te betalen en gaven belastingvoordelen. Achterliggende gedachte van de stadsbesturen was dat zich onder de nieuwkomers vele competente ambachtslieden en kapitaalkrachtige kooplieden zouden bevinden. Om te voorkomen dat er allerlei *beleidseilanden* met betrekking tot asielzoekers en migranten zouden ontstaan, wordt in de 19<sup>e</sup> eeuw de rol van het stadsbestuur meer en meer overgenomen door de centrale overheid. Deze centralisering leidt er uiteindelijk toe dat in 1849 de eerste Vreemdelingenwet tot stand komt. Artikel 2 van de Grondwet<sup>28</sup> bepaalt sindsdien dat de toelating en uitzetting van vreemdelingen bij de wet wordt geregeld. De liberale houding tegenover vreemdelingen wordt op deze manier ook wettelijk vastgelegd, en blijft nagenoeg onveranderd tot na de eerste wereldoorlog. Bij de wettelijke vastlegging is het overigens van belang om het onderscheid te onderkennen tussen *toelatingsbeleid* en *vreemdelingenbeleid*. Ieder individu wordt in principe geacht burger van één staat te zijn.<sup>29</sup> Buiten zijn eigen land is hij vreemdeling en geldt voor hem een ander rechtsstatuut. Het onderscheid tussen vreemdelingen en staatsburgers is om twee redenen belangrijk. In de eerste plaats speelt vreemdelingschap een cruciale rol bij de toelating en eventueel uitzetting; het toelatingsbeleid. In de tweede plaats bepaalt 'het vreemdeling zijn' iemands rechtspositie na toelating. Deze twee aspecten samen vormen het vreemdelingenbeleid.<sup>30</sup>

Pas na de eerste wereldoorlog onderging de Nederlandse houding ten aanzien van nieuwkomers een wijziging. Meer dan één miljoen mensen die de Eerste Wereldoorlog ontvluchtten, vonden een plek in het neutrale Nederland. Door de enorme stroom vluchtelingen werd het verblijfsrecht in deze tijd meer en meer beschouwd als een schaars goed, en werd het toelatingsbeleid in het algemeen restrictiever. De motivatie achter het beleid was sterk afhankelijk van de soort vreemdeling of vluchteling die het land aanded. Zo werden de statenloze vluchtelingen, de geëngageerde vreemdelingen en zij die afkomstig waren uit niet door Nederland erkende staten gezien als een gevaar voor de openbare orde. En werd het beleid ten opzichte van bijvoorbeeld Chinezen en Duitsers vooral bepaald door economische overwegingen en werd restrictiever naarmate het slechter ging met de economie.<sup>31</sup> Dit economische aspect is zoals reeds naar voren kwam verbonden met de ontwikkeling van de verzorgingsstaat. Een constante toename van immigranten zou ertoe kunnen leiden dat de verzorgingsstaat onbetaalbaar wordt. Ten gunste van het morele en financiële draagvlak gaat de opkomst van de verzorgingsstaat langzamerhand dan ook gepaard met een strikter toelatingsbeleid.

---

28 De wet regelt wie Nederlander is; de wet regelt de toelating en de uitzetting van vreemdelingen; Uitlevering kan slechts geschieden krachtens verdrag. Verdere voorschriften omtrent uitlevering worden bij de wet gegeven; ieder heeft het recht het land te verlaten, behoudens in de gevallen, bij de wet bepaald.

29 Opgemerkt dient te worden dan in ons land circa 850.000 mensen meer dan één nationaliteit hebben. In bijna de helft van alle gevallen gaat het om Nederlanders die daarnaast de Turkse of de Marokkaanse nationaliteit hebben. Dit is het gevolg van een regeling die van kracht was tussen 1 januari 1992 en 1 oktober 1997 en waarbij niet-Nederlanders bij naturalisatie hun oorspronkelijke nationaliteit konden behouden. Sindsdien geldt weer het principe dat mensen slechts één nationaliteit mogen hebben.

30 'Migratie, minderheden en beleid in de toekomst: een trendstudie'; R.Penninx [et al.]; Tijdelijke Wetenschappelijke Commissie Minderhedenbeleid; Instituut voor Migratie- en Etnische Studies; Amsterdam, 1995.

31 'Ongenode gasten: van traditioneel asielrecht naar immigratiebeleid, 1815 – 1938'; M.Leenders, Hilversum, 1993.

De bezorgdheid over de financiële druk die op de verzorgingsarrangementen komt te staan door de komst van asielzoekers en reguliere migranten leidt dus tot een stringentere opstelling van Nederland tegenover de komst van asielzoekers en migranten. Deze strengere opstelling van de Nederlandse overheid resulteert op 13 januari 1965 uiteindelijk in een geheel nieuwe Vreemdelingenwet. Deze wet rekent definitief af met het liberale principe '*ja, mits...*' In plaats van dit principe geldt vanaf dat moment het principe '*nee, tenzij...*' Dit principe betekent dat een vreemdeling in het algemeen geen recht heeft op toegang tot en verblijf in Nederland, tenzij met zijn of haar komst een wezenlijk Nederlands belang is gediend. Vanaf 1965 wordt het toelatingsbeleid van de Nederlandse overheid dus gekenmerkt door een bepaalde mate van terughoudendheid. In de jaren zestig werden nog veel gastarbeiders geworven, maar na de oliecrisis van 1973 werd de arbeidsmigratie ontmoedigd. In de context van de verzorgingsstaat spelen, naast sociale dus ook steeds meer economische aspecten een rol in het toelatingsbeleid. Met de meer kritische houding van de leden van een samenleving is er ook sprake van een verschuiving in de waarden van de burgers die de steun aan overheidsop treden beïnvloedt. "Was er eerder vooral sprake van een diffuse, algemene steun, het accent is later gedeeltelijk verschoven naar concrete verwachtingen en het stellen van concrete eisen, van specifiek overheidsop treden."<sup>32</sup> Bij een vraagstuk als dat van de komst van asielzoekers werkt dit gegeven vaak negatief uit. Buiten de plaatselijke middenstanders hebben veel burgers geen direct economisch voordeel bij de komst van asielzoekers. De waarde van een human opvangbeleid is niet meer vanzelfsprekend. Bezorgde omwonenden van een toekomstig asielzoekerscentrum bijvoorbeeld blijken vaak andere waarden te hanteren: zij formuleren bijvoorbeeld zonder schroom bezwaren met betrekking een mogelijke waardedaling van hun huizen of tot de dreiging van een toename van de criminaliteit.

De toenemende invloed van deze economische aspecten op het immigratievraagstuk heeft ontegenzeggelijk bijgedragen aan een verharding ten aanzien van de komst van immigranten. Een verdere toename van de verharding is vooral te verwachten ten tijde van slechte economische tijden. In bijna elk West-Europees land waar het aantal asielzoekers het laatste decennium flink is toegenomen en het volk mort, wordt debat gevoerd over nog verdere aanscherping van het toelatingsbeleid. In Nederland heeft dit debat uiteindelijk geleid tot een strengere uitvoering van het toelatingsbeleid en is sinds 1 april 2001 de nieuwe Vreemdelingenwet in werking getreden.

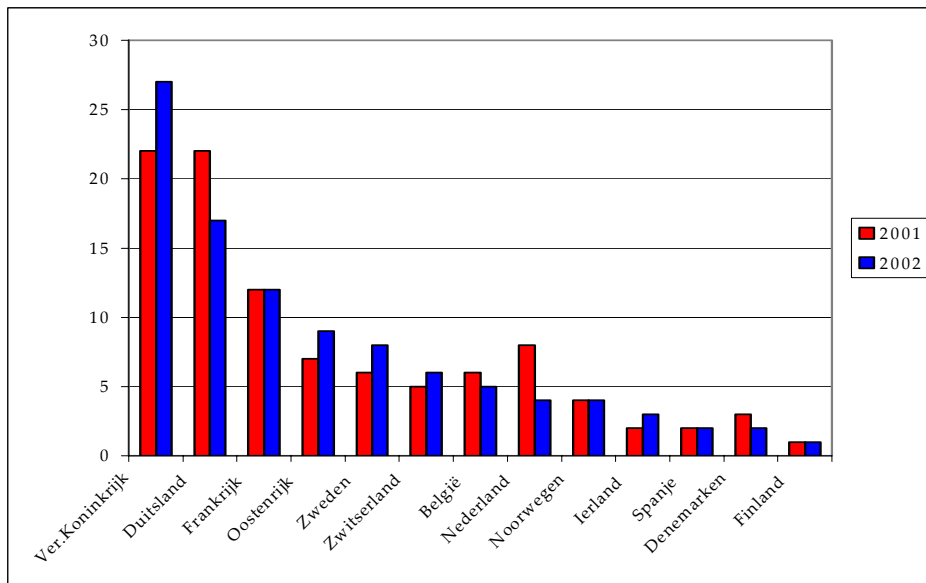
Uit cijfers blijkt dat sinds de inwerkingtreding van deze nieuwe Vreemdelingenwet minder asielaanvragen in Nederland worden ingediend. Het relatieve Nederlandse aandeel van de asielaanvragen in Europa is in de periode 2001 - 2002 zelfs bijna gehalveerd. Tegen de achtergrond van het politieke en maatschappelijke debat en de daaruit voortgevloeide onrust over de stroom asielzoekers naar Nederland, wordt deze ontwikkeling van dalende asielverzoeken in Nederland over het algemeen positief beschouwd. Nemen we de asielontwikkeling in heel Europa in ogenschouw, dan wordt de stelling nog eens extra onderschreven dat het van kracht worden van de nieuwe Vreemdelingenwet gepaard is gegaan met een daling van de asielinstroom naar Nederland.

---

32 Daalder & Daudt, 1993; In: 'De opvang van asielzoekers: een onderzoek naar het draagvlak voor de centrale opvang van asielzoekers in Nederland'; J.Meloen...[et al.]; Utrecht, 1998.

Ondanks de afname van het aantal asielaanvragen in Nederland - het aantal asielaanvragen in 2002 halveerde bijna ten opzichte van het jaar ervoor<sup>33</sup> - is het totaal aantal asielzoekers dat naar Europa trok in dezelfde periode namelijk vrij constant gebleven.<sup>34</sup> Dit maakt het asielprobleem Europees beschouwd dus vooral een verdeelprobleem. In een artikel van de Volkskrant van 11 november 2002, werd de treffende beeldspraak gebruikt van 'Europa als waterbed'. Blijven vreemdelingen weg uit Nederland, dan stromen ze naar Engeland of Frankrijk. Hanteert Denemarken strenge regels, dan zoeken asielzoekers hun heil in Zweden.

- Aandeel asielaanvragen in Europa 2001-2002 (in procenten)



Bron: 'Asylum Trends. Monthly report on asylum applications'; Indiac, dec. 2002.

In Duitsland en Nederland daalde het aantal asielaanvragen in de periode 2001-2002 snel, namelijk met respectievelijk 20 en 42 procent.<sup>35</sup> Sommige Duitse en Nederlandse politici beschouwen deze daling als een succes. Het nieuwe restrictievere toelatingsbeleid lijkt immers haar vruchten af te werpen. Aangezien de totale asielaanvraag in dezelfde periode in Europa niet daalde, moeten de asielzoekers toch ergens heen. De afname in Duitsland en Nederland wordt wat dat betreft tot 2002 gecompenseerd door een toename in bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk, Zweden en Zwitserland. Gevolg hiervan is dat de afzonderlijke nationale overheden steeds meer om zich heen kijken. Veel landen worden strenger aan de grens en gaan steeds meer eisen stellen aan de erkenning van vluchtelingen. Een coulant toelatingsbeleid maakt dat land immers aantrekkelijker voor nieuwkomers.<sup>36</sup>

<sup>33</sup> 30.425 asielaanvragen in 2001 tegenover 17.747 in 2002; uit: 'asylum trends'; Indiac, january 2003.

<sup>34</sup> 354.377 asielaanvragen in 2001 tegenover 355.057 in 2002; uit: 'asylum trends'; Indiac, january 2003.

<sup>35</sup> 'Asylum Trends, monthly report on asylum applications in The Netherlands and Europe'; Indiac, december 2002.

<sup>36</sup> Zie bijlage voor een overzicht van het aandeel asielaanvragen in Europa 2001-2002.

Aangezien Europese landen hebben willen voorkomen bekend te staan als een land met een coulant toelatingsbeleid, proberen Europese landen elkaar tegenwoordig meer en meer te overtreffen in het afkondigen van maatregelen die de komst van nieuwe asielzoekers moet ontmoedigen<sup>37</sup>:

“The main elements of state policies (visa regimes, carrier sanctions, safe third country agreements, fast tracking schemes, readmission arrangements, etc.) are essentially very similar” (Ginbey & Hansen).<sup>38</sup>

Dit heeft er recent dan ook toe geleid dat er ook op Europees niveau het laatste jaar sprake is van een afname. Zo is het aantal asielzoekers dat naar Europa is gekomen met 22 procent gedaald. In 2003 vroegen 288 000 vluchtelingen asiel aan in de Europese Unie, terwijl dit aantal in 2002 nog rond de 351.000 asielzoekers lag.<sup>39</sup> Met deze daling wordt een Europese trend ingezet, die gelijke tred houdt met de verscherping van de vreemdelingenwetgeving in veel EU-lidstaten.

De dalende asielinstroom naar Nederland heeft de Immigratie- en Naturalisatiedienst<sup>40</sup> (IND) in staat gesteld om zich extra in te spannen om te komen tot een snellere beoordeling van asielaanvragen; één van de doelstellingen van de nieuwe Vreemdelingenwet. Dit heeft volgens het IND-jaarverslag 2002 geleid tot een substantiële toename van het percentage asielafwijzingen.<sup>41</sup> In 2002 zijn er 21.255 personen afgewezen, terwijl dit aantal in 2001 nog 16.023 bedroeg. Zo bleek tevens uit een ander onderzoek dat van de asielaanvragers die tussen 1995 en 1997 een asielverzoek hebben ingediend in juni 2000 ruim 44 procent in het bezit is gesteld van een tijdelijke of een permanente verblijfsvergunning<sup>42</sup>, terwijl dat van de asielaanvragers in 2001 nog maar 13 procent was. Hierbij dient overigens wel de kanttekening te worden geplaatst dat van deze laatste groep asielaanvragers nog niet op alle zaken een uiteindelijke beslissing is genomen.<sup>43</sup>

Naast de ontwikkeling van het dalende aantal asielverzoeken in Nederland, blijkt dus ook het percentage afwijzingen te zijn toegenomen. Door de toegenomen reserve jegens nieuwe immigranten, hetgeen onder meer blijkt uit het feit dat er meer steun is voor de mening dat Nederland het aantal asielzoekers drastisch moet beperken, dan wel helemaal geen asielzoekers meer moet toelaten<sup>44</sup>, zullen beide ontwikkelingen dan ook in zowel de maatschappelijke als de politieke arena over het algemeen als positief worden beschouwd, zoals blijkt uit onderstaand artikel.

---

37 'De uitvoering van het Nederlandse vreemdelingenbeleid'; P.Mascini & N.Doornbos.

38 Ginbey & Hansen; 2003; Uit: 'De uitvoering van het Nederlandse vreemdelingenbeleid'; P.Mascini & N.Doornbos.

39 <http://www.un.org/databases/>; Jaarcijfers van de VN-Vluchtelingenorganisatie UNHCR.

40 Onderdeel van het ministerie van Justitie dat verantwoordelijk is voor de uitvoering van het vreemdelingenbeleid.

41 <http://www.ind.nl/jaarverslag 2002/>.

42 Doornbos & Groenendijk; 2001; Uit: 'De uitvoering van het Nederlandse vreemdelingenbeleid'; P.Mascini & N.Doornbos.

43 Indiac; 2003; Uit: 'De uitvoering van het Nederlandse vreemdelingenbeleid'; P.Mascini & N.Doornbos.

44 'Migratie, minderheden en beleid in de toekomst: een trendstudie'; R.Penninx [et al.]; Tijdelijke Wetenschappelijke Commissie Minderhedenbeleid; Instituut voor Migratie- en Etnische Studies; Amsterdam, 1995.

In dit artikel komt duidelijk naar voren dat toenmalig staatssecretaris van Vreemdelingenzaken, Ella Kalsbeek, zeer tevreden is over de daling van het aantal asielverzoeken en de toename van het aantal asielaftwijzingen. Het artikel illustreert dat de asielkwestie tot sociaal probleem is bestempeld, en dat door de inwerkingtreding van de nieuwe Vreemdelingenwet een poging wordt gedaan om de komst van asielzoekers naar Nederland in te perken. Tegen de achtergrond van dit sociale probleem en het aangescherpte toelatingsbeleid worden deze genoemde ontwikkelingen - minder asielaanvragen en meer asielaftwijzingen - als positieve ontwikkelingen beschouwd.

***'Minder verzoeken om asiel'***

*Sinds vorig jaar vertoont het aantal asielzoekers een aanzienlijke daling. In 2001 kwamen ruim 32.000 mensen naar Nederland in de hoop een vergunning te bemachtigen; dat was het laagste aantal sinds 1996. De daling is het gevolg van de invoering van de nieuwe, veel strengere, Vreemdelingenwet.*

*Onder de nieuwe Vreemdelingenwet kunnen asielzoekers minder lang doorprocederen om een verblijfsvergunning te krijgen. Wie definitief is afgewezen, heeft geen recht meer op opvang. De staatssecretaris denkt dat de nieuwe wet veel mensen er nu al van weerhoudt naar Nederland te komen. „Dat gaat razendsnel. Elke beleidswijziging is een dag later al bekend in de landen van herkomst”, aldus haar woordvoester.*

*Ook slaagt de IND er steeds beter in kansloze asielzoekers binnen twee dagen af te wijzen. Deze mensen krijgen geen opvang omdat hun verhaal ongeloofwaardig is of omdat ze niet kunnen aantonen wie ze zijn. In 2000 gold dat voor 16 procent van de aanvragers. Dit cijfer was in december 2001 al opgelopen tot 27 procent.*

*Staatssecretaris Kalsbeek stuurt de nieuwe cijfers van de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) volgende week naar de Tweede Kamer. Ze is tevreden, vooral omdat de Nederlandse cijfers gunstig afsteken bij die van de ons omringende landen.*

Bron: Algemeen Dagblad; 16 januari 2002.

Tegen de achtergrond van het algemene vermeende sociale probleem van de asielinstroom naar Nederland, wordt in dit onderzoek specifiek nagegaan of de politieke zorg over een deelaspect van het vreemdelingenbeleid, waarover zowel in het maatschappelijke als in het politieke debat veel commotie is ontstaan, gerechtvaardigd is. Dit brengt ons er thans toe om de aandacht te verleggen naar een nog concreter deelaspect van de asielkwestie, dat in dit onderzoek centraal staat: het *medisch asieltoerisme*. Met dit verschijnsel wordt bedoeld dat vreemdelingen zich beroepen op hun gezondheidssituatie als grond van toelating. In *'Health, Migration & Return'*<sup>45</sup> wordt gesproken over "een mogelijke tendens van immigranten die zich beroepen op hun medische situatie om of te worden toegelaten tot een bepaald land of om niet te worden uitgezet." Deze ontwikkeling kan worden begrepen als mogelijk gevolg van de verharding van het klimaat ten aanzien van asielzoekers en migranten en de daaruit voortgevloeide aanscherping van het toelatingsbeleid.

<sup>45</sup> 'Health, Migration & Return: a handbook for a multidisciplinary approach'; Krieken, van P; Den Haag, 2001.

Het feit dat de afname van het aantal asielaanvragen in Nederland zowel in de politiek als in de maatschappij over het algemeen met gejuich is ontvangen bewijst dat de toestroom van asielzoekers wordt geproblematiseerd. Vanuit dit perspectief is het *medisch asieltoerisme* problematisch en al helemaal als hierdoor het beroep dat asielzoekers en migranten doen op de verzorgingsstaat toeneemt. In het licht van de verharding van zowel het opinieklimaat als het politieke klimaat ten aanzien van de komst van immigranten is in de media de indruk gewekt dat het *medisch asieltoerisme* een groot probleem is.

#### *De maatschappelijke en politieke commotie over het medisch asieltoerisme*

Nadat de IND in januari 2000 besloot een met het aids-virus besmette vrouw terug te sturen naar Somalië is de discussie over de medische zorg aan asielzoekers opgelaaid.<sup>46</sup> Uit de reacties op deze uitzetting bleek aan de ene kant verontrusting te bestaan over het voornemen een ernstig zieke persoon uit te zetten, en aan de andere kant vrees dat als tot verblijfsverlening aan de Somalische vrouw zou worden overgegaan, Nederland de komende jaren met duizenden hiv- of aids-besmette asielzoekers zou worden geconfronteerd. Hoewel sommige belangenorganisaties en groeperingen hun ongenoegen via de media kenbaar hebben gemaakt door te stellen dat de Nederlandse overheid inhumain is voor wat betreft de wijze waarop wordt omgegaan met zieke immigranten, voert de angst van zowel de maatschappij als de overheid, dat nieuwkomers zich massaal zullen gaan beroepen op hun gezondheidssituatie, de boventoon.

Deze angst is verklaarbaar zolang de verharding van het politieke klimaat ten opzichte van vreemdelingen in ogenschouw wordt genomen. Als vreemdelingen massaal gebruik maken van het medisch kanaal als achterdeur van de toelatingsprocedure, dan dreigt de terugloop in het aantal toelatingsverzoeken in gevaar te komen. Het gebruik van het medische kanaal als achterdeur kan er op deze manier toe leiden dat de dalende lijn tot stand wordt gebracht. De *morele ondernemers* die zich met de asielkwestie bezighouden is er dan ook veel aan gelegen om dit nieuwe migratiefenomeen als problematisch te bestempelen en via de media onder de publieke aandacht te krijgen. Het dynamische proces tussen politiek, media en publiek over deze controversiële asielkwestie, heeft tot tal van politieke reacties in de media geleid. Zo heeft de toenmalige staatssecretaris van Justitie, Job Cohen, openlijk zijn zorg uitgesproken over het *medisch asieltoerisme*. Hij gaf aan dat medische gronden in toenemende mate een rol zouden spelen in het Nederlands toelatingsbeleid.<sup>47</sup> Daarnaast zijn hierover kamervragen<sup>48</sup> gesteld en leidde de commotie uiteindelijk tot het besluit om een onafhankelijke commissie in te stellen om de invloed van medische aspecten op de komst van vreemdelingen naar Nederland te onderzoeken: de *Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid* (LCMAV). Al deze politieke reacties, en met name de instelling van een speciale commissie, geven aan dat er vanuit de politiek behoefte is om de complexe rol van de gezondheidszorg in het vreemdelingenbeleid in kaart te brengen.

---

<sup>46</sup> Dit krantenartikel is opgenomen in de bijlage; Trouw; 11 januari 2000: 'Uitwijzen hiv-besmette vrouw wekt boosheid'.

<sup>47</sup> Jaarrapportage asielketen 1999; brief aan de Tweede Kamer van februari 2002.

<sup>48</sup> Kamervragen aan de Staatssecretaris van Justitie; nrs. 688, 689, 710, TK 1999-2000; Kamervragen aan de Minister van VWS; TK nr.40; 25 januari 2000.

Naast de politieke bezorgdheid over het *medisch asieltoerisme*, maken ook de beleidsuitvoerders van het toelatingsbeleid zich zorgen over het beroep op medische klachten. Enkele citaten uit de gesprekken die in het kader van dit onderzoek met enkele asielbeslissers van de IND zijn gevoerd, illustreren deze bezorgdheid. In deze gesprekken is hen de vraag gesteld of zij de indruk hebben dat vreemdelingen zich in toenemende mate beroepen op hun gezondheidstoestand.

*“Door de jaren heen merk ik dat in toenemende mate een beroep wordt gedaan op de medische omstandigheden als grond van toelating. Wat ik daarbij overigens vooral problematisch vind, is het feit dat vluchtelingen zich vaker op medische klachten beroepen die zijn ontstaan tijdens de asielprocedure, dan dat deze gerelateerd zijn aan het land van herkomst.”*

*“Er wordt in vergelijking met de situatie onder de oude Vreemdelingenwet inderdaad meer een beroep gedaan op de gezondheidssituatie als grond van toelating. Het is echter niet zo dat het beroep op medische gronden in de oude Vreemdelingenwet niet voorkwam.”*

*“De manier waarop medische problemen naar voren komen tijdens het asielrelaas is in principe hetzelfde gebleven. Ik denk dan ook niet dat er feitelijk meer medische problemen spelen bij vluchtelingen. Wel is het zo dat door de vluchteling of diens gemachtigde vaker wordt aangegeven dat medische problemen mogelijk grond van toelating zijn, waardoor de indruk ontstaat dat het een soort laatste escape is.”*

Ondanks dat politici en beleidsuitvoerders hun bezorgdheid hebben geuit over het *medisch asieltoerisme* is de vraag of het medisch kanaal inderdaad in grote mate wordt gebruikt als achterdeur van de toelatingsprocedure omstreden. Weliswaar wordt het verschijnsel in de politieke discussie als sociaal probleem benoemd, overeind blijft echter de vraag of deze bezorgdheid regelrecht voortkomt uit de ernst van de feiten. Om deze vraag te beantwoorden is zoals gezegd de *Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid* ingesteld; de commissie Smeets.<sup>49</sup> Deze commissie werd in mei 2001 aangesteld door de toenmalige minister van Volksgezondheid, Els Borst (D66), en toenmalig staatssecretaris van Vreemdelingenzaken, Ella Kalsbeek (PVDA), omdat men angst had dat de toestroom van asielzoekers met medische klachten ervoor zou zorgen dat de gezondheidszorg dicht zou slibben. Aangezien het onderhavige onderzoek veel raakvlakken heeft met het onderzoek van de commissie Smeets, zal in de volgende paragraaf eerst aandacht worden besteed aan het onderzoek en de bevindingen van de commissie, zodat onderhavig onderzoek kan worden gepositioneerd ten opzichte van het onderzoek van de commissie.

---

<sup>49</sup> De commissie is vernoemd naar haar voorzitter Rob Smeets; oud-hoofdinspecteur bij de Inspectie Gezondheidszorg.

### *De commissie Smeets*

Aanleiding voor de instelling van de commissie was onder meer de commotie rond de voorgenomen uitzetting van de eerder genoemde hiv-geïnfecteerde Somalische asielzoekster. Ook berichten over de komst van twintig Armeense nierpatiënten, die vervolgens een beroep deden op de relatief kostbare en schaarse dialysevoorzieningen in Nederland, waardoor een onevenredig groot gebruik van de dialysecapaciteit door asielzoekers dreigde, hebben bijgedragen aan de ontstane commotie en de instelling van de commissie. De commissie heeft de opdracht meegekregen te onderzoeken of vreemdelingen misbruik maken van de mogelijkheden om op medische gronden toelating in Nederland te krijgen, en zo ja, welke gevolgen dit heeft voor het toelatingsbeleid en de gezondheidszorg in Nederland.<sup>50</sup>

Op 1 januari 2003 wonen in Nederland in totaal 699.000 geregistreerde vreemdelingen. Verder verblijven hier tienduizenden asielzoekers tijdens de procedure over hun verblijfsvergunning. Zo zijn er op 1 mei 2003 63.400 asielzoekers in de centrale opvang van de COA (Centrale Opvang Asielzoekers).<sup>51</sup> Daarnaast zijn hier veel vreemdelingen in afwachting van de beslissing over een reguliere verblijfsvergunning. Over het aantal illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen bestaan alleen ruwe schattingen. Volgens een schatting van het CBS zou het in 2001 gaan om aantallen van tussen de 46.000 en 116.000 illegalen.<sup>52</sup> Engbersen c.s. komen voor de jaren 1997-2000 tot een schatting van tussen de 112.000 en 163.000 illegalen in Nederland.<sup>53</sup> Gezondheidsproblemen en een beroep op medische zorg kunnen uiteraard onder elk van deze categorieën vreemdelingen voorkomen. De commissie heeft ervoor gekozen om zich te richten op alle situaties rond toelating en uitzetting van de drie onderscheiden categorieën vreemdelingen waarin een beroep op medische gronden wordt gedaan in de periode 1995-2000. Kortom, de drie onderscheiden categorieën vreemdelingen zijn:

- i) vreemdelingen die op reguliere gronden om toelating of niet-uitzetting verzoeken;
- ii) asielzoekers die in het kader van de asielprocedure medische gronden aanvoeren;
- iii) illegalen die een beroep doen op medische voorzieningen.

Met betrekking tot de eerstgenoemde categorie berekende het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) op basis van het Centraal Register Vreemdelingen (CRV) dat van de in 1998 toegelaten vreemdelingen er ongeveer 370 *medische behandeling* als verblijfsdoel hadden. In 1997 waren dat er ongeveer 330 en in 1996 ongeveer 480. Deze cijfers wijzen niet op een toename van het aantal voor dit doel verleende vergunningen in de afgelopen jaren. Naar schatting van het CBS werd in die jaren duidelijk minder dan 1 procent van de toegelaten vreemdelingen ten behoeve van het ondergaan van een medische behandeling toegelaten.

---

50 Besluit landelijke commissie medische aspecten van het vreemdelingenbeleid; 10 mei 2001/nr. GVM/2181024; uit: Staatscourant; 11 mei 2001; nr.91, pag.8.

51 TK 19 637; nr.756; p.18 en 35. Uit: 'Rapport van de LCMAV'; p.4, Den Haag; Maart, 2004.

52 'Raming van het aantal niet in de GBA geregistreerde'; E.M.J. Hoogteijling; 2002; (<http://www.cbs.nl>).

53 'Illegale vreemdelingen in Nederland. Omvang, overkomst, verblijf en uitzetting'; G. Engbersen [et al.]; RISBO; Rotterdam, 2002.



Hoewel deze kleine aantallen met een specialistische hulpvraag een (tijdelijk) schaarste-probleem onder deze medische voorzieningen zouden kunnen veroorzaken, constateert de commissie dat het aantal reguliere vreemdelingen dat op medische gronden toelating in Nederland of uitstel van vertrek vraagt en verkrijgt zeer gering is in vergelijking met het totale aantal migranten.

Het verkrijgen van kwantitatieve gegevens over de tweede categorie vreemdelingen – de asielzoekers die medische gronden aanvoeren – bleek uitermate lastig. De belangrijkste reden hiervoor is dat de meeste kwantitatieve gegevens slechts kunnen worden verzameld op basis van integraal onderzoek van de toelatingsdossiers over de periode 1995-2000. De registratiewijze van de IND komt gedurende de genoemde periode echter niet tegemoet aan de informatiebehoefte van de commissie. De commissie heeft daarom besloten om kwantitatieve informatie te verzamelen door gebruik te maken van wel beschikbare gegevens uit een intern onderzoek van het Informatie- en Analysecentrum van de IND (Indiac), naar de aard en omvang van de ontwikkeling van asielaanvragen waarin medische redenen een rol spelen.<sup>54</sup> De gegevens over het aantal asielaanvragen waarin medische problemen een rol hebben gespeeld zijn in dit Indiac-onderzoek gebaseerd op de adviesaanvragen van de IND aan het Bureau Medische Advisering (BMA).<sup>55</sup> Hierbij dient te worden opgemerkt dat medische problemen voor de IND lang niet altijd reden zijn om het BMA om advies te vragen. De gegevens uit dit onderzoek geven dus geen nauwkeurig beeld van het aantal asielzoekers dat medische gronden aanvoert bij een verzoek om toelating. Op basis van de gegevens uit het Indiac-rapport is naar schatting van de commissie, in de periode 1995-2000, bij minder dan vijf procent van alle asielzoekers door de IND aan het BMA om advies gevraagd. Dit betekent dat ook bij deze categorie medische overwegingen slechts in beperkte mate een rol spelen.

Over het gebruik van de gezondheidszorg door illegaal verblijvende vreemdelingen zijn onvermijdelijk slechts fragmentarische gegevens bekend. Gezien de omvang van deze groep (minder dan één procent van de bevolking) is het aannemelijk dat het beroep vanuit deze categorie op de medische voorzieningen beneden het landelijk gemiddelde ligt. Naast de omvang geldt hiervoor als argument dat de illegalenpopulatie gemiddeld relatief jong en gezond is. Bovendien zullen illegalen over het algemeen alleen bij ernstige aandoeningen medische hulp zoeken. Bekend is dat zij contacten met instanties als bedreigend ervaren. De commissie ziet dan ook geen grond te vermoeden dat deze groep een bedreiging voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor de andere bewoners van Nederland zou vormen.

Al met al concludeert de commissie dat de omvang van het beroep op medische voorzieningen door de drie genoemde categorieën vreemdelingen in Nederland niet als bijzonder, laat staan als verontrustend kan worden beschouwd. Evenmin is sprake van een stijging in de afgelopen jaren. De dalende instroom van asielzoekers zal eerder tot een verdere afname leiden. Van een meer dan incidenteel oneigenlijk gebruik van de mogelijkheden om op medische gronden toegang tot Nederland te krijgen, is de commissie niets gebleken.<sup>56</sup>

---

<sup>54</sup> 'Evaluatie medische omstandigheden van asielzoekers'; Indiac; Den Haag, 2001.

<sup>55</sup> Bij het Bureau Medische Advisering van de Immigratie- en Naturalisatiedienst wordt advies ingewonnen om te beoordelen of een medische behandeling noodzakelijk is en of Nederland het meest aangewezen land is voor de medische behandeling.

<sup>56</sup> Rapport van de LCMAV; hfdst.6: Conclusies en aanbevelingen; p.41; Den Haag, maart 2004.

### *Het begrip medisch asieltoerisme in dit onderzoek*

Voordat in paragraaf 1.3 de probleemstelling van dit onderzoek zal worden toegespitst en gegoten in twee concrete onderzoeksvragen, is het eerst van belang dat duidelijk wordt gemaakt op welke vorm van *medisch asieltoerisme* dit onderzoek zich specifiek richt. De conceptualisering van het migratiefenomeen waarover dit onderzoek handelt speelt immers een cruciale rol voor wat betreft de positionering van dit onderzoek ten opzichte van het onderzoek van de commissie Smeets.

Zoals eerder vermeld heeft het aangescherpte debat over de komst van asielzoekers uiteindelijk geleid tot de inwerkingtreding van de nieuwe Vreemdelingenwet. Formeel is het verwezenlijken van snellere en eenvoudigere toelatingsprocedures ter voorkoming van opstoppingen in de opvang van asielzoekers het voornaamste doel van de nieuwe Vreemdelingenwet. Ter realisering van dit formele doel zijn een aantal maatregelen getroffen. Eén daarvan is de strikte scheiding tussen asielgerelateerde en reguliere aanvragen tot verblijf.<sup>57</sup> De nieuwe Vreemdelingenwet kent één status voor alle asielgerelateerde gronden voor toelating.<sup>58</sup> Het gaat hierbij om verblijf in Nederland omdat de asielzoeker in Nederland bescherming moet worden geboden. Bij het beoordelen van de asielaanvraag geldt als leidraad dat de asielzoeker gegronde redenen heeft te vrezen voor vervolging vanwege zijn godsdienstige of politieke overtuiging of zijn nationaliteit, dan wel wegens het behoren tot een bepaald ras of een bepaalde sociale groep. Het gaat hierbij dus kort gezegd om verblijf in Nederland, omdat de vreemdeling in Nederland bescherming moet worden geboden.<sup>59</sup> Bij reguliere migratie is er geenszins sprake van een eenduidig verblijfsdoel. Onder verblijf op reguliere gronden wordt verstaan verblijf op basis van alle gronden die geen asielgronden zijn.<sup>60</sup> Bij een dergelijk verblijf kan worden gedacht aan een verblijf in Nederland omdat de vreemdeling hier werkt, studeert, of een medische behandeling moet ondergaan.<sup>61</sup> Veruit de meeste reguliere aanvragen worden gedaan in het kader van gezins-hereniging.<sup>62</sup> Door de scheiding tussen asielgerelateerde aanvragen en reguliere aanvragen hoort een aanvraag op medische gronden thuis in de reguliere procedure.<sup>63</sup> In de asielprocedure worden aangedragen medische problemen niet meer inhoudelijk beoordeeld, maar wordt er slechts bezien in hoeverre de medische klachten asielgerelateerd zijn. Doordat medische aspecten niet meer expliciet dienen als grond van toelating in de asielprocedure, zullen vreemdelingen die een asielaanvraag indienen en daarbij medische gronden aandragen dan ook vaak worden afgewezen.

---

<sup>57</sup> 'Gescheiden Gronden'; M. van Den Bosch; Utrecht 2002; p.1 en p.29.

<sup>58</sup> Dit is de verblijfsvergunning-asiel van artikel 28 van de Vreemdelingenwet; Dit artikel is opgenomen in de bijlage.

<sup>59</sup> De asielgerelateerde gronden die tot de verlening van zo'n vergunning leiden, zijn limitatief opgesomd in artikel 29 van de Vreemdelingenwet; Dit artikel is opgenomen in de bijlage.

<sup>60</sup> Vreemdelingenwet 2000; art.1, sub j.

<sup>61</sup> De reguliere verblijfsvergunning wordt verleend voor ten hoogste één jaar (Vb2000, art.3.57). Als het nodig blijkt de verblijfsvergunning te verlengen, gebeurt dit voor ten hoogste één jaar en voor maximaal vijf jaren achtereenvolgend (Vw2000, art.15, sub 3). Na drie jaar kan de houder van de verblijfsvergunning een aanvraag indienen voor een verblijfsvergunning voor voortgezet verblijf (Vb2000, art.3.51, sub 3). Een verblijfsvergunning voor 'medische behandeling' wordt in beginsel verleend voor de duur van de behandeling, met een maximum van een jaar. Als de medische behandeling blijvend aan Nederland is verbonden, wordt in één keer een verblijfsvergunning voor vijf jaar verleend (Vb2000, art.3.60).

<sup>62</sup> 'Tendrapportage Reguliere Instroom 1998-2001'; Indiac, 2002.

<sup>63</sup> Dit is de verblijfsvergunning-regulier voor bepaalde tijd voor het ondergaan van een medische behandeling van 3.46 van de Vreemdelingenwet. Dit artikel is opgenomen in de bijlage.

In de afwijzende asielbeschikking moet de asielzoeker, volgens het toelatingsbeleid, in een dergelijk geval door de IND-beslisser worden gewezen op de mogelijkheid een reguliere aanvraag op medische gronden in te dienen. Een verondersteld onbedoeld *problematisch* gevolg van het huidige klimaat jegens de komst van asielzoekers en de afgekondigde strengere maatregelen is nu, dat afgewezen vluchtelingen doelbewust als laatste redmiddel medische problemen aandragen om toch in Nederland te mogen blijven. Door het restrictievere toelatingsbeleid wordt immers de kans voor hen kleiner dat zij in Nederland mogen blijven. Om toch te worden toegelaten wordt verondersteld dat afgewezen asielzoekers het niet zullen laten om als ultieme poging medische problemen als grond van toelating aan te dragen.

De vorm van *medisch asieltoerisme* waarop onderhavig onderzoek is gericht, betreft de groep ex-asielzoekers die in 2002 een reguliere aanvraag hebben ingediend op medische gronden, na hieraan voorafgaand te zijn afgewezen op hun asielaanvraag. De gedachte achter deze keuze is dat alleen van ex-asielzoekers kan worden verondersteld dat zij mogelijk – als laatste strohalm – het medisch kanaal gebruiken als achterdeur van de asielprocedure. Voor de reguliere vreemdelingen die direct een reguliere aanvraag indienen op medische gronden zonder eerst een asielaanvraag te hebben ingediend, geldt niet dat zij zich – via de medische achterdeur – beroepen op medische gronden. Zij proberen namelijk Nederland binnen te komen via de voordeur van de reguliere procedure. Ook asielzoekers die al in het bezit zijn van een asielvergunning, maar vervolgens toch een reguliere aanvraag indienen op medische gronden, worden in dit onderzoek niet beschouwd als *medisch asieltoeristen*. Zij zijn immers al via de voordeur van de asielprocedure Nederland binnengekomen, waardoor er geen sprake meer kan zijn van een medische achterdeur.

In de vorige paragraaf is uiteengezet dat de commissie Smeets zich in haar onderzoek heeft gericht op alle situaties rond de toelating van vreemdelingen waarbij medische problemen een rol kunnen spelen. De aandacht is hierbij uitgegaan naar reguliere migranten die een reguliere aanvraag indienen op medische gronden, asielzoekers die menen met medische problemen te kampen, en illegalen die medische hulp behoeven. Daarnaast heeft de commissie zich in haar onderzoek gericht op de medische consumptie van deze drie categorieën vreemdelingen. Onderhavig onderzoek beperkt zich tot de procedurele aspecten en richt zich, in tegenstelling tot het onderzoek van de commissie, niet op het ‘dreigende’ dichtslippen van de Nederlandse gezondheidszorg. Daarnaast onderscheidt onderhavig onderzoek zich van het onderzoek van de commissie door de aandacht voor enkele morele aspecten die ten grondslag liggen aan het *medisch asieltoerisme*. Het onderzoek van de commissie heeft een neutrale vraagstelling waarbij enkele morele aspecten, die onlosmakelijk zijn verbonden met het veronderstelde probleem van het *medisch asieltoerisme*, buiten beschouwing worden gelaten. Dit onderzoek heeft daarentegen naast een neutrale vraagstelling tevens aandacht voor deze morele aspecten, die het beeld dat mensen van asielzoekers hebben, bepalen. Aan de hand van een neutrale vraagstelling zullen deze morele veronderstellingen worden getoetst. Uitgangspunt in dit onderzoek is, dat tegen de achtergrond van de verharding van het politieke en publieke klimaat ten aanzien van de komst van asielzoekers – en de daarmee gepaard gaande morele veronderstellingen – het *medisch asieltoerisme* is geproblematiseerd, omdat hierdoor de toestroom van asielzoekers en het toekennen van verblijfsvergunningen minder sterk afnemen dan gewenst.

De bevindingen van dit onderzoek kunnen dan ook als aanvulling worden beschouwd op de bevindingen van het onderzoek van de commissie Smeets. Het enige cijfermateriaal over deze vorm van *medisch asieltoerisme* in het onderzoek van de commissie is, dat in de periode 1999 – 2002 in totaal 1808 asielzoekers een aanvraag voor een reguliere vergunning voor medische behandeling hebben ingediend en dat uiteindelijk 363 vergunningen voor dat doel zijn verleend of verlengd. Bovendien is de toegevoegde waarde van onderhavig onderzoek ten opzichte van het onderzoek van de commissie Smeets dus gelegen in de aandacht die uitgaat naar de morele aspecten die ten grondslag liggen aan het *medisch asieltoerisme*.

### 1.3 De onderzoeksvragen

In het huidige verharde klimaat ten opzichte van asielzoekers en de daaruit voortgevloeide aanscherping van het toelatingsbeleid is eerder in dit hoofdstuk gesteld dat het niet ondenkbaar is dat vluchtelingen die zijn afgewezen op hun asielaanvraag doelbewust als laatste redmiddel medische problemen aandragen om toch in Nederland te mogen blijven. Hieruit blijkt dat het *medisch asieltoerisme* in dit onderzoek letterlijk is genomen; alleen afgewezen asielzoekers die zich vervolgens in de reguliere procedure beroepen op medische gronden kunnen in dit onderzoek *mogelijk* worden beschouwd als *medisch asieltoeristen*. Mogelijk, omdat het van belang is te beseffen dat het niet per definitie zo is dat een afgewezen vluchteling zich – als laatste redmiddel – beroept op zijn of haar gezondheidssituatie in de reguliere procedure. Het is immers ook mogelijk dat een deel van de afgewezen asielzoekers daadwerkelijk in een medische noodsituatie verkeert, waardoor een aanvraag om een medische behandeling in Nederland noodzakelijk en dus gerechtvaardigd is. In een dergelijk geval is er geen sprake van een toerist, maar van een patiënt.

Nu is uiteengezet waarop de politieke en maatschappelijke onrust over het nieuwe migratiefenomeen is gebaseerd en is aangegeven op welke vorm van *medisch asieltoerisme* dit onderzoek zich specifiek richt, kunnen een aantal morele veronderstellingen worden onderscheiden die aan deze onrust over *medisch asieltoerisme* ten grondslag liggen. Vervolgens kunnen uit deze veronderstellingen twee onderzoeksvragen worden gedestilleerd, die tezamen moeten leiden tot een antwoord op de centrale vraagstelling. De centrale vraagstelling luidt:

In hoeverre is het gebruik van het medisch kanaal als achterdeur van de asielprocedure door afgewezen ex-asielzoekers een fictief probleem?
---

In het huidige politieke discours is, met betrekking tot de komst van nieuwe vluchtelingen en migranten, gekozen voor een restrictief toelatingsbeleid. In de praktijk wordt de terugloop van het aantal asielverzoeken dan ook opgevat als een belangrijk succes van de wet. Naast het feit dat door het *medisch asieltoerisme* opstoppingen kunnen ontstaan in de opvang van asielzoekers, wordt dit nieuwe migratiefenomeen ook als problematisch beschouwd, omdat door het massaal gebruikmaken van de medische sluiproute de daling van het aantal asielaanvragen in Nederland wordt gecompenseerd door een toename van reguliere aanvragen en een toename van het beroep op de kostbare medische voorzieningen. Uit het bovenstaande vloeit de stelling voort die als neutraal uitgangspunt dient van dit onderzoek: "hoe hoger het percentage afgewezen ex-asielzoekers dat vervolgens een reguliere aanvraag indient op medische gronden, hoe groter het veronderstelde probleem van *medisch asieltoerisme*."

Op de eerste plaats is de bezorgdheid over het *medisch asieltoerisme* gebaseerd op de veronderstelling dat ex-asielzoekers doelbewust alle mogelijkheden benutten die zij hebben om in het bezit te worden gesteld van een verblijfsvergunning; het veronderstelt met andere woorden *calculerende asielzoekers*. De *calculerende asielzoeker* wordt beschouwd als de asielzoeker die goed op de hoogte is van zijn mogelijkheden en rechten en plichten, en na een rationele afweging van voor- en nadelen kiest voor de strategie waarmee hij het best zijn doel, het verkrijgen van een verblijfsvergunning, kan bereiken.<sup>64</sup> Zonder deze veronderstelling zou het probleem immers nooit zo groot zijn als sommige politici ons willen doen geloven. Van asielzoekers die niet *calculerend* alle mogelijkheden nagaan om een verblijfsvergunning te bemachtigen, kan niet worden gezegd dat zij deel uitmaken van een groep afgewezen ex-asielzoekers die doelbewust oneigenlijk gebruik maken van het medisch kanaal als achterdeur van de asielprocedure. Onderstaand citaat van een asielbeslisser van de IND bevestigt deze eerste veronderstelling:

*"Ik heb niet het idee dat er daadwerkelijk meer medische problemen spelen bij vluchtelingen. Wel ben ik van mening dat vaker wordt aangegeven dat medische problemen mogelijk grond van toelating zijn. Er wordt dus weliswaar in toenemende mate een beroep gedaan op de gezondheidssituatie, maar ik betwijfel of er ook daadwerkelijk meer medische problemen zijn."*

Op de tweede plaats wordt verondersteld dat de *calculerende asielzoekers* in het doelbewust benutten van alle mogelijkheden ook *succesvol* zijn. Zijn zij hierin immers niet succesvol, dan zal het gebruik van het medisch kanaal als achterdeur van de toelatingsprocedure niet leiden tot een toename van het aantal vreemdelingen in Nederland waarvoor politiek gevreesd wordt; met andere woorden: "hoe hoger het inwilligingspercentage, hoe groter het veronderstelde probleem van het *medisch asieltoerisme*."

---

<sup>64</sup> Bijleveld & Taselaar; 2000; Uit: 'Vluchtelingen op doorreis naar een veilig land'; N.Doornbos, A.Kuijpers, K.Shalmashi; Centrum voor Migratierecht; Katholieke Universiteit Nijmegen; september 2001.

De eerste onderzoeksvraag die op basis van deze twee veronderstellingen in dit onderzoek zal worden beantwoord, luidt:

- |  |
|--|
| 1. In welke mate dienen ex-asielzoekers, nadat een eerder door hen ingediende asielaanvraag is afgewezen, aanvragen in tot het verlenen van een verblijfsvergunning op medische gronden? En hoe succesvol zijn zij hierin? |
|--|

In het verlengde van de veronderstelling van de *calculerende asielzoeker* vloeit de derde aanname voort. Deze derde veronderstelling is dat de *calculerende asielzoekers* zelf verantwoordelijk zijn voor het veronderstelde probleem. Zij gaan immers calculerend te werk en maken doelbewust gebruik van het medisch kanaal als achterdeur van de asielprocedure.

Bij de behandeling van de ontstane scheiding tussen asielgerelateerde en reguliere aanvragen is echter al duidelijk geworden dat indien in de asielprocedure medische problemen aan het licht komen, de asielzoeker in de afwijzende asielbeschikking volgens het toelatingsbeleid door de asielbeslissers van de IND moet worden gewezen op de mogelijkheid een reguliere aanvraag op medische gronden in te dienen bij de korpschef. Wanneer elk medisch ongemak dat in de asielprocedure naar voren komt, leidt tot een doorverwijzing in de afwijzende asielbeschikking, dan kan een onbedoeld neveneffect van het huidige toelatingsbeleid zijn, dat ook de overheid op deze manier zelf voor een deel bijdraagt aan het *medisch asieltoerisme*. In het verlengde van de veronderstelling van de *calculerende asielzoeker* en hun verantwoordelijkheid voor het bestaan van het veronderstelde probleem enerzijds en de uitvoeringspraktijk van het Nederlandse toelatingsbeleid anderzijds, luidt de tweede onderzoeksvraag:

- |   |
|---|
| 2. In hoeverre is niet de asielzoeker maar de overheid verantwoordelijk voor het gebruik van het medisch kanaal als achterdeur van de asielprocedure? |
|---|

## 1.4 Onderzoeksmethode

Inmiddels is naar voren gekomen dat in dit onderzoek is gekozen om de centrale vraagstelling te beantwoorden aan de hand van twee onderzoeksvragen. Op basis van de antwoorden op deze neutrale onderzoeksvragen zal de omvang van het *medisch asieltoerisme* worden bepaald en zullen de morele veronderstellingen worden getoetst die onlosmakelijk met het veronderstelde probleem van het *medisch asieltoerisme* zijn verbonden. Naast deze vragen zullen in de empirische hoofdstukken ook enkele subvragen worden behandeld, zodat meer inzicht wordt verschaft in de mate waarin het *medisch asieltoerisme* nu eigenlijk daadwerkelijk een sociaal probleem is. Om de empirische onderzoeksvragen te beantwoorden is gedurende een half jaar onderzoek gedaan bij INDIAAC. Dit onderzoek heeft geleid tot de onderzoeksrapportage "*de medicalisering van de toelatingsprocedure*" die in augustus 2003 is afgerond. Het onderzoek kan worden gekenschetst als beschrijvend-exploratief en valt uiteen in een kwantitatief en een kwalitatief deel.

De kwantitatieve gegevens die nodig waren om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn verzameld aan de hand van dossieranalyse in INDIS.<sup>65</sup> De basis van waaruit alle kwantitatieve analyses zijn uitgevoerd, bestaat uit een kernbestand. Dit bestand bevatte alle reguliere aanvragen op medische gronden die in 2002 zijn ingediend en die in een eerder stadium zijn afgewezen op een asielaanvraag. In totaal ging het hierbij om 716 afgewezen ex-asielzoekers. Om relevante en specifiekere informatie te verzamelen is er op basis van de onderzoekspopulatie van 716 vreemdelingen een aselechte steekproef getrokken van 150 vreemdelingen. Van hen zijn de dossiergegevens bestudeerd. Hierdoor kunnen er naast uitspraken over de omvang van het *medisch asieltoerisme* ook enkele aanvullende uitspraken worden gedaan over de achtergrond van de afgewezen ex-asielzoekers die worden beschouwd als medisch asieltoeristen.

Naast het gekwantificeerde feitenmateriaal is in het onderzoek ook aandacht geschonken aan praktijkervaringen van asielbeslissers van de IND, aangevuld met praktijkervaringen van enkele rechtshulpverleners. Op de wijze waarop de selectie van deze asielbeslissers van de IND en de rechtshulpverleners tot stand is gekomen, wordt in het desbetreffende hoofdstuk nader ingegaan. Ook zal in deze hoofdstukken nader worden ingegaan op de operationalisering.

---

<sup>65</sup> Immigratie- en Naturalisatiedienst Informatie-Systeem. In dit informatiesysteem van de IND staan de zogenaamde behandelplannen geregistreerd die een totaaloverzicht geven van het procedureverleden van alle vreemdelingen.

## 1.5 Leeswijzer: indeling van de scriptie

In dit inleidende hoofdstuk is een toelichting gegeven op de probleemstelling en op de vraagstelling. Daarnaast is aangegeven hoe dit onderzoek zich verhoudt tot het onderzoek van de commissie Smeets aan de hand van de twee verschillende manieren waarop het begrip *medisch asieltoerisme* is geconceptualiseerd. Vervolgens is de centrale vraagstelling gepresenteerd evenals de twee onderzoeksvragen die in het onderzoek zullen worden beantwoord om uiteindelijk een antwoord te kunnen geven op de centrale vraagstelling.

In hoofdstuk twee wordt de aandacht verlegd naar het sociologisch-theoretisch model met betrekking tot sociale problemen. Eerst zal worden aangegeven vanuit welk theoretisch kader 'fictieve sociale problemen' kunnen worden onderscheiden en zal er worden ingegaan op de vraag wat een fictief sociaal probleem veronderstelt. Vervolgens zal aandacht worden besteed aan de kritiek op het bestaan van fictieve sociale problemen. Hiertoe zullen de twee dominante benaderingen van opvattingen over sociale problemen tegenover elkaar worden gesteld: de objectivistische en de constructivistische onderzoekstraditie. Tenslotte zal in dit hoofdstuk de keuze tot de objectivistische invalshoek worden gelegitimeerd.

Het vervolg van deze rapportage zal in het teken staan van het empirische onderzoek waarin de onderzoeksvragen zullen worden beantwoord. In hoofdstuk drie wordt nagegaan in welke mate ex-asielzoekers, nadat eerder door hen ingediende asielaanvragen zijn afgewezen, aanvragen indienen tot het verlenen van een verblijfsvergunning op medische gronden; en wordt bezien hoe succesvol zij hierin zijn. In dit hoofdstuk zullen deze onderzoeksvragen allereerst worden toegelicht, waarna vervolgens aandacht wordt besteed aan de methode van onderzoek en aan de data-analyse. Tenslotte zullen de bevindingen worden gerapporteerd in de vorm van een conclusie.

Het vierde hoofdstuk staat in het teken van de vraag in hoeverre de overheid zelf verantwoordelijk is voor het gebruik van het medisch kanaal als achterdeur van de toelatingsprocedure. Dit hoofdstuk valt feitelijk uiteen in twee delen. Een kwantitatief deel, waarin aan de hand van dossieranalyse wordt nagegaan in hoeverre asielbeslissers een doorverwijzing opnemen in de negatieve asielbeschikking, en een kwalitatief deel, waarin de aandacht uitgaat naar de praktijkervaringen van asielbeslissers van de IND en de rechtshulpverleners. In dit kwalitatieve deel zal worden nagegaan welke waarde zij hechten aan een dergelijke doorverwijzing in de afwijzende asielbeschikking. Net als in het vorige hoofdstuk zal eerst de onderzoeksvraag worden toegelicht, zal vervolgens aandacht worden besteed aan de methode van onderzoek en aan zowel de kwantitatieve als de kwalitatieve data-analyse, en zullen tenslotte ook de bevindingen in een conclusie worden gegoten.

Ten slotte worden in hoofdstuk vijf de afzonderlijke bevindingen op een rijtje gezet en wordt op basis van deze bevindingen de centrale onderzoeksvraag beantwoord. Tevens zullen de bevindingen uit dit onderzoek worden gekoppeld aan het sociologisch-theoretische model zoals in hoofdstuk twee uiteen is gezet. Bovendien zal op basis van de beantwoording van de centrale vraagstelling worden bezien of wij tegenwoordig leven in een democratie waarin de politiek theater is geworden, en waarin het beeld dat mensen van de sociale werkelijkheid hebben meer en meer wordt bepaald door de wijze waarop allerlei incidenten en gebeurtenissen in het nieuws en in de media verschijnen.



## 2. Theoretisch Model

### 2.1 *Fictieve sociale problemen: de objectivistische invalshoek*

In het inleidende hoofdstuk is onder andere aandacht besteed aan de vraag wat sociale problemen zijn. Uit de behandeling van de historische ontwikkeling van sociale problemen en hun voorwaarden en kenmerken is de algemene vraag gedestilleerd die in dit onderzoek centraal staat: "Is een sociaal verschijnsel dat als een sociaal probleem wordt ervaren ook een feitelijk probleem op basis van empirisch feitenmateriaal?" In dit sociologisch-theoretische deel van het onderzoek staat de vraag centraal waar de notie van 'fictieve sociale problemen' vandaan komt en wat deze notie impliceert. Om te kunnen begrijpen vanuit welke theoretische gedachtengang fictieve sociale problemen kunnen worden onderscheiden en om te kunnen vaststellen in hoeverre ze problematisch zijn, is het wenselijk om fictieve sociale problemen te plaatsen binnen het kader van een theorie. Binnen de sociale wetenschappen wordt onder een theorie een geheel van systematisch (logisch) met elkaar verbonden begrippen verstaan; het is met andere woorden een referentiekader. Het empirisch-analytische perspectief dat in dit onderzoek als theoretisch uitgangspunt dient, is het structureel-functionalisme in het algemeen en de functionalistische theorie over sociale problemen van Robert Merton in het bijzonder.

De Amerikaanse socioloog Robert King Merton (1910-2003) kan worden beschouwd als één van de voornaamste vertegenwoordigers van het structureel-functionalisme in de sociologie. Het functionalisme veronderstelt dat sociale verschijnselen en instituties het best kunnen worden verklaard in termen van de functies die zij vervullen voor de continuïteit van de samenleving. Aangezien het begrip *functie* een centrale rol inneemt binnen het functionalistische perspectief, zal allereerst kort worden stilgestaan bij de conceptualisering van het begrip *functie* en bij twee conceptuele gevaren die het begrip *functie* met zich meedraagt.<sup>66</sup> Met gevaar wordt in dit geval bedoeld dat het gebruik van het begrip *functie* kan leiden tot terminologische verwarring, zolang het begrip niet nauwkeurig is geconceptualiseerd.

Ten eerste is het gevaar gelegen in de tendens om sociologisch onderzoek en sociologische observaties te beperken tot de positieve bijdrage die de sociale handeling levert aan het sociale en/of culturele systeem waarvan het deel uitmaakt; en ten tweede ontstaat er onduidelijkheid indien subjectieve handelingsmotieven worden verward met de objectieve functies. Om ervoor te zorgen dat dergelijke conceptuele verwarring wordt voorkomen is het volgens Merton van cruciaal belang om een geschikt analytisch<sup>67</sup> conceptueel onderscheid te maken.

---

<sup>66</sup> 'Social theory and social structure': 1968 enlarged edition; Robert K. Merton; Toronto, Ontario (Canada), 1968.

<sup>67</sup> De aard van het geheel wordt verklaard door een opsomming te geven van de delen waaruit dat geheel bestaat; Hanson, N.R. 1969; Uit: 'Dilemma's in sociaal-wetenschappelijk onderzoek'; Soudijn, K.; Amsterdam, 1976, p.28.

“From its very beginnings, the functional approach in sociology has been caught up in terminological confusion. Too often, a single term has been used to symbolize different concepts, just as the same concept has been symbolized by different terms. Clarity of analysis and adequacy of communication are both victims of this frivolous use of words”.(Merton)<sup>68</sup>

Om te voorkomen dat de sociologie zich slechts bezighoudt met de positieve bijdragen van sociale verschijnselen maakt Merton in beginsel een onderscheid tussen functies, disfuncties, en non-functies. *Functies* zijn de geobserveerde gevolgen van menselijk handelen welke een positieve bijdrage leveren aan het voortbestaan van een sociaal-cultureel systeem. Van *disfuncties* wordt gesproken als de effecten van een bepaald sociaal verschijnsel of institutie nadelig zijn voor de werking c.q. het voortbestaan van het systeem. Tenslotte is er ook de empirische mogelijkheid van een *non-functioneel* gevolg. Hiervan is sprake wanneer de gevolgen van een sociaal verschijnsel volledig irrelevant zijn voor de werking van een sociaal systeem.

Een ander mogelijk probleem dat bij het begrip *functie* kan leiden tot verwarrende terminologie, heeft betrekking op het onderscheid tussen objectieve en subjectieve aspecten van sociale verschijnselen. Dient een sociaal verschijnsel te worden beoordeeld op basis van de feitelijke condities of op de perceptie van die condities? Dit dualisme ligt ten grondslag aan nagenoeg elke discussie over de benadering van sociale verschijnselen. De achterliggende vraag is of bepaalde groeperingen in de samenleving zich bewust zijn van de gevolgen van menselijk handelen. Merton heeft zich veel beziggehouden met deze discussie en de achterliggende vraagstelling. Hij is van mening dat: “...*the consequences of any social pattern are likely to differ for various members of a society.*”<sup>69</sup> Dit brengt Merton ertoe een onderscheid te maken tussen *manifest* en *latent*.

“...There will plainly be occasion to limit the use of the sociological concept of function, and there will be need to distinguish clearly between subjective categories of disposition and objective categories of observed consequences. Else the substance of the functional orientation may become lost in a cloud of hazy definitions”.(Merton)<sup>70</sup>

Manifeste functies kunnen in dit kader worden opgevat als bewust bedoelde en erkende gevolgen van een sociaal verschijnsel of instituut welke objectief observeerbaar zijn, terwijl met latente functies juist de onbedoelde, niet erkende gevolgen worden bedoeld, welke overigens eveneens objectief zijn waar te nemen. Beide zijn dus wel degelijk objectief waar te nemen, maar verschillen in de wijze waarop de leden van een samenleving de functies herkennen en erkennen.

68 ‘Social theory and social structure’: 1968 enlarged edition; Robert K. Merton; Toronto, Ontario (Canada), 1968; p.74.

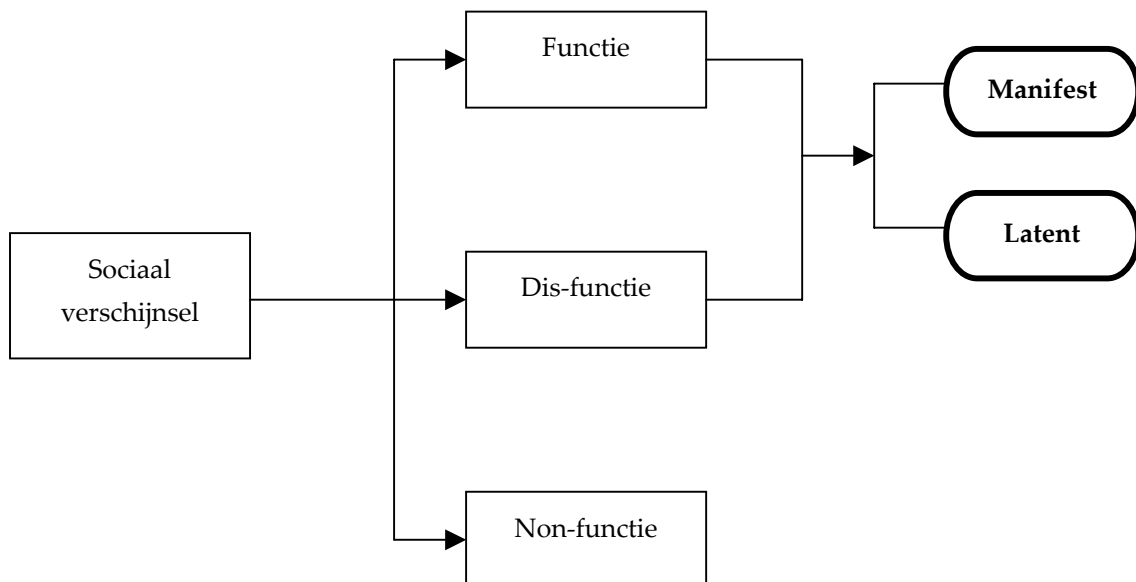
69 ‘Sociology: a global introduction’; J.J.Macionis & K.Plummer; New Jersey, USA, 1998; p.20.

70 ‘Social theory and social structure’: 1968 enlarged edition; Robert K. Merton; Toronto, Ontario (Canada), 1968;p.79.

Om het verschil duidelijk te maken, kunnen we de functie van de universiteit in ogenschouw nemen. De algemeen aanvaarde en erkende functie die een universiteit vervult binnen een samenleving, is de educatieve functie; de ontwikkeling en verspreiding van empirische kennis en technische vaardigheden. Deze manifeste functie van de universiteit wordt over het algemeen door de leden van een samenleving herkend en erkend. Misschien wel net zo belangrijk als deze manifeste functie is de latente functie: het ontmoeten van en omgaan met medestudenten die wellicht potentiële professionele (zaken)partners kunnen zijn. Deze latente functie wordt echter veel minder herkend en erkend en is daardoor in de ogen van Merton maatschappelijk van ondergeschikt belang zolang deze functie nog niet manifest is.

Nu een onderscheid is gemaakt tussen enerzijds functies en disfuncties, en anderzijds tussen manifest en latent zal in dit theoretische deel de stap worden gemaakt naar sociale problemen. In de ogen van Merton moeten sociale problemen worden begrepen als disfuncties, die de status-quo bedreigen. De effecten van een sociaal verschijnsel zijn nadelig voor het voortbestaan van een samenleving en zijn hierdoor problematisch. Voortvloeiend uit het bovenstaande onderscheid wordt het door Merton toegepaste onderscheid tussen manifest en latent in dit onderzoek doorgevoerd naar sociale problemen. Dit is mogelijk doordat ook bij sociale problemen het onderscheid tussen ervaren (perceptie) en feitelijke (empirie) problemen relevant is. In de onderstaande figuur staat dit onderscheid schematisch weergegeven.

- Schematisch overzicht van onderscheiden functies, dis-functies en non-functies.



Met betrekking tot sociale problemen legt Merton sterk de nadruk op het normatieve aspect, dat hij verder specificceert als een tegenstrijdigheid die bestaat tussen hetgeen in de samenleving als objectieve situatie aanwezig is en hetgeen door een functioneel belangrijke groep wenselijk wordt geacht. Zijn definitie van sociale problemen luidt:

“A social problem is a way of behaviour that is regarded by a substantial part of a social order as being in violation of one or more generally accepted or approved norms...the substantial, unwanted discrepancy between what exists in a society and what a functionally significant collectivity within that society seriously (rather than in fantasy) wants to exist in it”.(Merton)<sup>71</sup>

Anders uitgedrukt: Merton bekijkt hier de discrepantie tussen feit en norm in de samenleving, waarbij de norm wordt bepaald door een functioneel invloedrijke groep. Deze discrepantie is voor Merton een objectief gegeven en kan dus ook vastgesteld worden, los van het feit of men er zich in de gehele samenleving bewust van is.

## 2.2 *Het onderscheid van sociale problemen: manifeste, latente en fictieve sociale problemen*

Uit Mertons definitie van sociale problemen blijkt dat hij sociale problemen beschouwt als een discrepantie tussen de empirische werkelijkheid (die objectief is vast te stellen) en de door een functioneel belangrijke groep gewenste werkelijkheid. Hij veronderstelt dat feitelijke oorzaken voorwaarden zijn voor het bestaan van zowel erkende (manifeste) als niet-erkende (latente) sociale problemen. Met andere woorden: beide typen sociale problemen zijn objectief vast te stellen. Het verschil tussen beide typen is, zoals al eerder naar voren kwam, gelegen in het antwoord op de vraag of deze discrepantie tussen feit en norm over het algemeen wordt ervaren en erkend door ‘a substantial part of a social order’.

“Apart from manifest social problems – those objective social conditions identified by problem-definers as at odds with social values – are latent social problems, objective conditions that are also at odds with current social values in the society but are not generally recognized as being so”.(Merton)<sup>72</sup>

Een voorbeeld dat het onderscheid tussen manifeste en latente sociale problemen illustreert, is de werkloosheid. Het (h)erkende nadelige effect van werkloosheid op de werking c.q. het voortbestaan van een sociaal systeem, is gelegen in het feit dat werkloze leden van een samenleving niet genoeg geld kunnen genereren om te kunnen leven boven een algemeen door de samenleving vastgestelde armoedegrens. Het verborgen niet erkende nadelige effect van werkloosheid is dat het gevaar bestaat dat werklozen terecht komen in een sociaal isolement, waardoor zij niet meer op een volwaardige manier kunnen ‘functioneren’ binnen een sociaal systeem of binnen een sociaal patroon.

<sup>71</sup> ‘Contemporary Social Problems: third edition’; R.K.Merton and R.Nisbet; ; Introduction: the study of social problems; New York, 1971.

<sup>72</sup> ‘Contemporary Social Problems: third edition’; R.K.Merton and R.Nisbet; ; Introduction: the study of social problems; New York, 1971; p.799.

Een belangrijk element in Mertons theorie van sociale problemen is de machtspositie waarin de wetenschapper zich bevindt voor wat betreft de definiëring van een sociaal probleem. Het uitgangspunt dat de basis voor de benoeming van zowel latente als manifeste sociale problemen is gelegen in de empirische vaststelling, geeft immers aan dat er in de ogen van Merton een zeer belangrijke rol is weggelegd voor de wetenschappelijk-onderzoeker. In feite bepaalt de onderzoeker in eerste instantie of er sprake is van een sociaal probleem. Worden er problemen door de onderzoeker waargenomen, die echter niet door een 'substantial part of a social order' als zodanig worden erkend, dan spreekt Merton van latente problemen. Deze problemen zijn nog niet manifest geworden. Met betrekking tot latente sociale problemen is dan ook een belangrijke rol weggelegd voor de sociaal-wetenschappelijke onderzoeker: "A major function of the sociologist, then, is to make latent social problems manifest".<sup>73</sup> Vanuit dit functionalistische perspectief kan worden gesteld dat het verschil tussen de situatie waarin sprake is van latente problemen en de situatie waarin geen sociale problemen bestaan, wordt bepaald door de onderzoeker c.q. de wetenschapper; het kunnen aangeven van het verschil tussen beide situaties is afhankelijk van de deskundigheid van de onderzoeker om de feitelijke van een sociaal probleem empirisch vast te stellen. Dat de onderzoeker op deze manier een dergelijke machtspositie krijgt toebedeeld, veronderstelt dat de socioloog als onderzoeker zijn empirische gegevens als feiten beschouwt die een objectief karakter hebben; sociale feiten dwingen mensen tot gedrag dat met behulp van sociale wetten verklaard kan worden. Het is dus voor de socioloog van groot belang om inzicht te verkrijgen in de oorzaken en de context van sociale feiten.

"In the sociological approach to social problems, the objective is not dramatization, exposure, condemnation, or repression. The primary objective is to uncover the causes of problems, to seek their determining contexts and their relation to other areas of social behavior".(Merton)<sup>74</sup>

Voor een goede sociologische benadering van sociale problemen dient de onderzoeker zijn idealisme, normativiteit en emotionaliteit uit te schakelen. Op deze wijze kan de sociale wetenschapper zijn onderzoekssubject net zo tegemoet treden als de natuurwetenschapper. Een ander element dat door Merton wordt genoemd en tot uitdrukking komt in zijn definitie van manifeste sociale problemen is, dat een functioneel belangrijke groep moet vaststellen of er een afwijking bestaat tussen een feitelijke situatie en de aan die situatie gehangen waarden bestaat, zoals naar voren komt in de onderstaande passage uit 'Contemporary Social Problems'.

"...No mode of human behavior can be considered a manifest social problem, no matter how repugnant it may be to any given individual or small group, unless it is regarded as a morally objectionable deviance from some accepted norm, or norms, by a substantial and determining number of persons in the surrounding social order".(Merton)<sup>75</sup>

<sup>73</sup> Merton 1976:14; Uit: ' Sociale problemen en de moderne samenleving: een cultuursociologische beschouwing'; B.Peper; Rotterdam, 1998; p.66.

<sup>74</sup> 'Contemporary Social Problems: third edition'; R.K.Merton and R.Nisbet; Introduction: the study of social problems; New York, 1971; p.19.

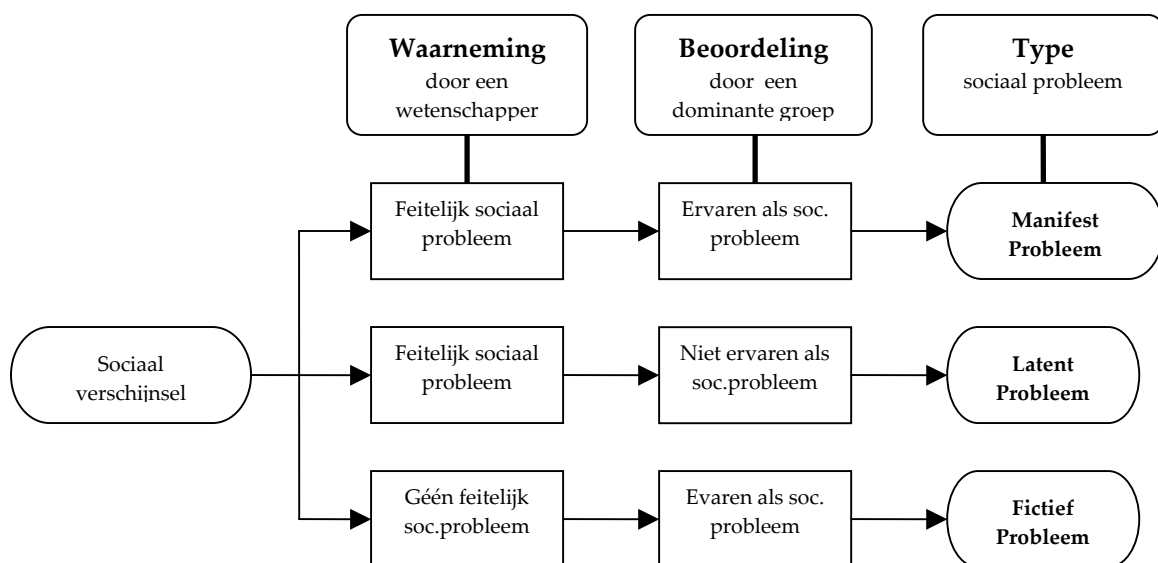
<sup>75</sup> 'Contemporary Social Problems: third edition'; R.K.Merton and R.Nisbet; Introduction: the study of social problems; New York, 1971.

Het verschil tussen de situatie waarin sprake is van een latent sociaal probleem en de situatie waarin sprake is van een manifest sociaal probleem wordt bepaald door een machtige groep individuen. Zij bepalen of een bepaald sociaal verschijnsel als onwenselijk wordt beschouwd. Onvoldoende is dat dit gebeurt door individuen of groeperingen die maatschappelijk geen invloed hebben. Sociale problemen zijn volgens Merton dan ook wezenlijk verbonden met de verscheidenheid van posities in de samenleving. Een verscheidenheid door verschillen in macht, gezag, aanzien, en aangehangen waarden en belangen. In hoge mate bepalen deze machtige groepen voor de rest van de samenleving welke situaties afwijken van gedeelde normen en waarden. In zijn epiloog in 'Contemporary Social Problems' spreekt Merton zich uit over de macht van mensen die strategische posities bekleden binnen de samenleving met betrekking tot politieke agendavorming:

“...Those occupying strategic positions of authority and power carry more weight than others in deciding social policy and therefore, among other things, in identifying for the rest what are to be taken as significant departures from social standards”.(Merton)<sup>76</sup>

Resumerend kan in de context van Mertons theorie over sociale problemen een manifest sociaal probleem worden beschouwd als een sociaal probleem dat als een probleem wordt ervaren, oplosbaar wordt geacht en ook (op basis van empirisch onderzoek) een feitelijk probleem is. Een latent sociaal probleem kan vanuit deze beredenering worden opgevat als een feitelijk probleem dat echter (nog) niet als zodanig wordt ervaren door dominante groepen in de samenleving. Hoewel Merton dit onderscheid niet maakt, volgt uit deze indeling logischerwijs dat er wellicht ook sprake kan zijn van een sociaal probleem dat weliswaar als probleem wordt ervaren door dominante groepen, maar dit feitelijk (op basis van empirisch feitenmateriaal) helemaal niet is. De vraag is dan ook interessant of er naast manifeste en latente problemen geen derde sociaal probleem kan worden onderscheiden, namelijk het *fictieve* sociale probleem.

- Schematische weergave van onderscheiden sociale problemen



76 'Contemporary Social Problems: third edition'; R.K. Merton & R.Nisbet; Epiloque: social problems and sociological theory; New York, 1971.

### 2.3 *Kritiek op de objectivistisch-functionalistische benadering*

Hoewel in dit theoretische hoofdstuk de functionalistische benadering en de daaraan verbonden veronderstellingen over het algemeen het uitgangspunt is van het theoretisch model, is dit niet het enige theoretische perspectief van waaruit sociale problemen kunnen worden benaderd. In de sociologie bestaat een traditie die zich uitdrukkelijk bezighoudt met sociale problemen en afwijkend gedrag. Deze traditie is de zogenaamde *sociale problemen-benadering*.<sup>77</sup> De theoretische discussie over de belangrijkste kenmerken van het begrip *sociaal probleem* vindt haar hoogtepunt in de strijdvraag wat nu het meest fundamentele kenmerk van een sociaal probleem is: de feitelijke situatie die eraan ten grondslag ligt of de (h)erkenning ervan door bepaalde groeperingen in de samenleving. Als gevolg van dit spanningsveld om enerzijds te komen tot 'ware' (objectief meetbare) uitspraken over het kenobject, terwijl het kenobject anderzijds uit subjectieve actoren bestaat, ontbreekt er in de sociologie een eenduidige definitie van het begrip *sociaal probleem*. Ook de theorievorming over sociale problemen blijkt hierdoor nogal gepolariseerd.<sup>78</sup>

Verschillende sociologische stromingen hebben met betrekking tot sociale problemen een eigen perspectief ontwikkeld. Er is in de sociologie sprake van een zogenaamde natuurwetenschappelijke methode en van een cultuurwetenschappelijke methode.<sup>79</sup> Beide wetenschappelijke methoden moeten echter niet worden beschouwd als twee, elkaar uitsluitende benaderingen, maar als twee polen van een continuüm. Deze verschillende sociologische benaderingen zijn te onderscheiden in twee onderzoekstradities van sociale problemen. Het criterium voor het onderscheid wordt gevormd door het antwoord op de vraag of de sociale werkelijkheid kenbaar is. Het belangrijkste twistpunt dat het theoretische debat over sociale problemen domineert, heeft dus betrekking op de vraag: ziet men de sociale werkelijkheid als een objectief gegeven, of als een geconstrueerd gegeven? Dit onderscheid verdeelt de sociologische benaderingen van sociale problemen in een *objectivistische* en een *constructivistische* onderzoekstraditie.<sup>80</sup> In de onderstaande figuur, dat is ontleend aan een cultuur-sociologische beschouwing over sociale problemen<sup>81</sup> van Bram Peper, illustreert dit spanningsveld in de verschillende manieren waarop sociale problemen kunnen en dienen te worden beschouwd.

- Sociologische benaderingen van sociale problemen op het continuüm van opvattingen over de kenbaarheid van de sociale werkelijkheid<sup>82</sup>

<b>Functionalistische benadering</b>	Conflict benadering	Interactionistische benadering	<b>Constructivistische benadering</b>
Objectief	Overgangsbenederingen		Geconstrueerd
Strikte benadering			Strikte benadering

77 Andere benamingen in de literatuur zijn: social pathology, social disorganization, applied sociology, the sociology of social welfare, deviant behavior, social problems.

78 'Sociale problemen en de moderne samenleving: een cultuursociologische beschouwing'; B.Peper; Rotterdam, 1998; p.6.

79 Zijderveld 1990.

80 Hazelrigg 1986; Jones, McFalls & Gallagher 1989.

81 'Sociale problemen en de moderne samenleving: een cultuursociologische beschouwing'; B.Peper; Rotterdam, 1998.

82 'Sociale problemen en de moderne samenleving: een cultuursociologische beschouwing'; B.Peper; Rotterdam, 1998; p.59.

De functionalistische benadering is de belangrijkste benadering binnen de objectivistische onderzoekstraditie van sociale problemen en is reeds aan de orde gekomen. Eerder is gebleken dat het belangrijkste uitgangspunt van deze benadering is, dat er een strikte scheiding kan worden gemaakt tussen feiten en waarden. Percepties van sociale problemen kunnen dan ook autonoom worden beschouwd van de feiten die op basis van empirisch onderzoek door een wetenschapper in de werkelijkheid te vinden zijn. Vanuit het functionalistische perspectief zijn de feitelijke condities voorwaarden voor het bestaan van sociale problemen. In de functionalistisch-objectivistische wetenschapsopvatting wordt wetenschappelijk onderzoek dan ook gelegitimeerd door de verwachting dat via het ontdekken van de wetten van de sociale wereld de samenleving kan worden verbeterd. De onderzoeker c.q. wetenschapper levert de empirische bewijsvoering en bepaalt hoe de feitelijke situatie is. Binnen deze functionalistische benadering van sociale problemen vervult de wetenschapper dus een essentiële functie; de wetenschapper fungeert bij het definiëren van een sociaal probleem als deskundige. Functionaristen houden vast aan de voorstelling dat de wetenschap over mogelijkheden beschikt om wetenschappelijke oordelen op hun waarheid te toetsen. Gegeven de door de wetenschappelijk-onderzoeker vastgestelde feitelijke situatie kan nu worden bepaald of er sprake is van een sociaal probleem. Indien er een zekere discrepantie bestaat tussen de feitelijke situatie en de in de samenleving heersende consensus over wat als onwenselijk wordt beschouwd, kan er worden gesproken van een sociaal probleem. De gedachte binnen deze benadering is dan ook dat er in de samenleving gewoonlijk consensus bestaat over normen en waarden; sociale problemen worden gezien als verstoringen van deze consensus. In het kielzog van de successen van de natuurwetenschappen ontstaat het idee dat de sociale werkelijkheid ook in wetten te vangen is. In navolging van het methodologische onderscheid tussen enerzijds een natuurwetenschappelijke en anderzijds een cultuurwetenschappelijke methode, vindt de functionalistisch-objectivistische wetenschapsopvatting het meest aansluiting bij de natuurwetenschappelijke methode. De wetenschappelijke steun voor het idee van een kenbare en maakbare samenleving stijgt na de Tweede Wereldoorlog tot ongekende hoogten. Vooral de sociologie en de economie leveren aan de lopende band 'rekenmodellen en maatschappijtheorieën' die het idee van sturing en beheersing van het maatschappelijk leven verder uitdragen.<sup>83</sup> Het succes van de natuurwetenschappen heeft in de 19<sup>e</sup> en begin 20<sup>e</sup> eeuw sommigen er dan ook toe gebracht te veronderstellen dat het doel van de sociale wetenschap bestaat in het formuleren van voorspellingen over ontwikkelingen in maatschappijen en culturen op lange termijn.<sup>84</sup>

In de loop van de tweede helft van de twintigste eeuw komt het idee van sturing en beheersing onder vuur te liggen. Vooral de problematiek rond de verzorgingsstaat kan worden aangemerkt als het begin van de eerste structurele barsten in de maakbaarheidsgedachte. Als gevolg van de economische crisis blijkt de verzorgingsstaat namelijk in toenemende mate oncontroleerbaar en onbeheersbaar. Zo langzamerhand wint het constructivistische perspectief aan belang.<sup>85</sup>

---

83 Jonker 1998; Uit: 'Sociale problemen en de moderne samenleving: een cultuursociologische beschouwing'; B.Peper; Rotterdam, 1998.

84 'De ontwikkeling van wetenschap: een inleiding in de wetenschapsfilosofie'; G. De Vries; Groningen 1995.

85 'Sociale problemen en de moderne samenleving: een cultuursociologische beschouwing'; Het einde van de maakbare samenleving?; B.Peper; Rotterdam, 1998.



Het belangrijkste bezwaar tegen de functionalistische benadering is dat er in deze benadering bepaalde situaties als objectief meetbaar beschouwd worden, terwijl deze 'objectieve' situaties zelf afhankelijk zijn van een bepaalde interpretatie. In tegenstelling tot de objectivistische zienswijze is er in de constructivistische benadering van sociale problemen geen scheiding mogelijk tussen feiten en waarden. De verschillende manieren waarop individuen sociale problemen ervaren kunnen volgens deze wetenschapsopvatting niet onafhankelijk worden beschouwd van de feiten op basis van wetenschappelijk empirisch onderzoek. Volgens constructivisten kan er dan ook onmogelijk sprake zijn van consensus over normen en waarden in een samenleving. Ieder individu is anders, en ieder heeft zijn eigen verhaal en zienswijze; mensen zien en ervaren de werkelijkheid dus verschillend. Onder invloed van het symbolisch interactionisme is men gaan inzien dat men het sociale karakter van sociale problemen ook in beschouwing moet nemen. Gesteld wordt dat sociale problemen het product zijn van een bepaalde samenleving en slechts tot stand komen door een proces van collectieve definiëring. Door te stellen dat er in de samenleving consensus bestaat over de normen en waarden, ontkent de functionalistische benadering volgens de constructivisten het gegeven dat de werkelijkheid, of delen daarvan, producten zijn van de menselijke samenleving die bestaat uit allerlei verschillende individuen met elk een eigen werkelijkheid.<sup>86</sup> Hiertegenover stellen aanhangers van het objectivistische functionalisme dat het einde van alle morele oordelen nabij is, zolang constructivisten stellen dat normen en waarden relatief zijn. Pas als er consensus bestaat over de normen en waarden kan men over morele overwegingen in discussie gaan. Men kan zich dan nooit verschuilen achter de opmerking dat ieder zijn eigen overtuiging heeft.<sup>87</sup> In termen van het methodologische onderscheid in de sociologie sluit deze constructivistische wetenschapsopvatting dan ook het meest aan bij de cultuurwetenschappelijke methode. Centraal in de constructivistische benadering van sociale problemen staat dan ook de manier waarop verschillende individuen en groeperingen binnen de samenleving hun definitie van een sociaal probleem op de maatschappelijke en politieke agenda proberen te krijgen.<sup>88</sup>

Uitgangspunt van het benoemen van een sociaal probleem is kortom niet de empirische grondslag van een sociaal verschijnsel, maar de collectieve probleemdefiniëring. In het verlengde van deze discussie zijn er ten aanzien van het definiëren van sociale problemen dus twee fundamenteel verschillende standpunten te onderscheiden. Het constructivistische standpunt beklemtoont de maatschappelijke gegevenheid van sociale problemen en gaat er dan ook van uit dat het invullen van dit begrip aan de samenleving dient te worden overgelaten. Vanuit dit standpunt is het begrip *sociaal probleem* een onwenselijke situatie die als zodanig door de samenleving wordt aangeduid. Het functionalistische standpunt beklemtoont de autonomie van de sociale wetenschapper en de sociale wetenschap door ervan uit te gaan dat men slechts op wetenschappelijke gronden moet uitmaken wat een sociaal probleem is.<sup>89</sup>

---

<sup>86</sup> Berger & Luckman; 1967:87: Het ontkennen van het gegeven dat de werkelijkheid, of delen daarvan, producten zijn van de menselijke samenleving wordt reïficatie genoemd.

<sup>87</sup> 'Postmoderniteit een vaag begrip? Over de betekenis van het postmodernisme'; T.Muller & C.van Putten; 2001.

<sup>88</sup> Spector & Kitsuse; 1973.

<sup>89</sup> 'Sociale problemen en afwijkend gedrag'; R.Lafaille; Den Haag, 1978, p.9/10.

Het postmodernisme, een stroming die past binnen het constructivistische perspectief, is de meest recente aanval op de functionalistische hegemonie van waarheid en objectiviteit als universele begrippen. In het postmodernisme ligt een duidelijke overtuiging van het pluralisme in sociaal, psychisch en geestelijk opzicht. Niet slechts de verscheidenheid van culturele gewoonten en opvattingen speelt een rol, maar ook de individualisering, waarbij ieder zijn eigen meningen en waarden vertegenwoordigt.

“Een meer relativiserende en soms ook relativistische levenshouding wordt steeds sterker. Daar komt bij dat ieder vanuit zijn eigen persoonlijke gevoelens de werkelijkheid waarneemt. Zo lost de werkelijkheid op in de individuele ervaringen”.(C.A.van Peursen)<sup>90</sup>

In een postmoderne samenleving is het kennen van de objectieve waarheid c.q. werkelijkheid op zijn retour. Mensen laten zich niet meer leiden door werkelijkheidsdefinities van anderen die als krachten van buiten hun gedrag sturen.<sup>91</sup> Er kan volgens postmodernisten dan ook geen sprake zijn van één sociale werkelijkheid. Zij geloven niet in het vermogen van de mens, als redelijk wezen, de werkelijkheid geheel en al volmaakt te begrijpen. De werkelijkheid is volgens het postmodernisme niets meer dan een constructie van allerlei individuele ervaringen en persoonlijke gevoelens, zoals uit de bovenstaande begripsomschrijving naar voren komt. Ook sociale problemen zijn volgens het postmodernisme altijd geconstrueerd. Volgens hen bestaat er helemaal geen onderscheid tussen geconstrueerde problemen en feitelijke problemen en is het dus ook onwaar dat de objectieve conditie een noodzakelijke voorwaarde is om te kunnen spreken van een sociaal probleem. Met betrekking tot de discussie over de feiten en normen bij het definiëren van het begrip *sociaal probleem* nemen de postmodernisten dan ook afstand van het idee van de mens in het algemeen en de wetenschapper in het bijzonder als centrum van taal en denken. Het andere, hieruit voortvloeiende, punt van kritiek van het postmodernisme is dan ook gelegen in de rol van deskundige die de wetenschapper vervult bij het definiëren van een sociaal probleem. Onderzoekers zijn in hun ogen net zo bevooroordeeld als ‘leken’, waardoor postmodernisten van mening zijn dat, gegeven een bepaalde manier van kijken, wetenschappers altijd zullen ‘vinden’ waar ze naar op zoek zijn. Het relativisme dat kenmerkend is voor het postmodernisme sluit aan bij de ervaringen van veel sociale wetenschappers die worden geconfronteerd met een veelheid van benaderingen, theorieën en interpretaties. Postmodernisme legitimeert dit bestaan van verschillende, tegenstrijdige perspectieven naast elkaar en het onbekommerd daaraan toevoegen van weer andere interpretaties. Zo vormt het postmodernisme een manier om de sociale wetenschappen te definiëren tegenover de aanspraken van de natuurwetenschappen.<sup>92</sup>

Kortom, zowel op de veronderstelling dat de objectieve conditie een noodzakelijke voorwaarde is om te kunnen spreken van een sociaal probleem als op de gedachte dat de sociaal-wetenschapper een uitzonderingspositie inneemt met betrekking tot het definiëren van een sociaal probleem op basis van empirisch onderzoek, is vanuit de postmodern-constructivistische hoek kritiek geleverd.

<sup>90</sup> ‘Na het postmodernisme: van metafysica tot filosofisch surrealisme’; C.A. van Peursen; Kampen, 1994, p.10.

<sup>91</sup> ‘Emotionele democratie: over morele vooruitgang’; B. van Stokkom; Amsterdam, 1997.

<sup>92</sup> ‘In deze verwarrende tijd: een terugblik en vooruitblik op de postmoderniteit’; N.Wilterdink; Amsterdam, 2000.

## 2.4 Weerlegging van de postmoderne kritiek

In een samenleving die wordt gekenmerkt door een toename van cultureel pluralisme<sup>93</sup> is het steeds moeilijker om maatschappelijke verschijnselen als sociale problemen te definiëren. Steeds meer mensen nemen deel aan politieke menings- en besluitvorming over sociale kwesties, waardoor de mogelijkheid om te komen tot een collectieve definiëring van een sociaal verschijnsel als sociaal probleem afneemt. <sup>94</sup> De voortdurende strijd tussen de feitelijke situatie enerzijds, en de beoordeling hiervan door allerlei verschillende groeperingen anderzijds, komt tot uiting in het epistemologisch dilemma.<sup>95</sup> Dit dilemma houdt in dat het vasthouden aan objectivistische waarheid de mogelijkheid van verschillende interpretaties van de werkelijkheid zou uitsluiten. Hiertegenover zou het loslaten van deze relatie resulteren in een algemeen relativisme, waardoor iedere vorm van overeenstemming over mogelijke oplossingen voor een sociaal probleem al bij voorbaat is uitgesloten.

Gegeven dit dilemma en het voortdurende besef dat de sociale werkelijkheid op verschillende manieren interpreteerbaar is, is de theoretische invalshoek van dit onderzoek die van het objectivistisch-functionalisme. Deze keuze is voornamelijk gebaseerd op het constructivistische standpunt dat de sociologie geen objectieve kennis kan opleveren, waardoor aan een grondige empirische bewijsvoering geen waarde kan en mag worden gehecht. Bij dit standpunt rijst de vraag of de aanvaarding van deze opvatting er niet toe leidt dat empirische feiten onterecht terzijde worden geschoven. Het relativisme dat het postmodernisme propageert is in de wetenschap niet consequent vol te houden. Zoals Popper<sup>96</sup> betoogde, veronderstelt de wetenschap, dat de ene kennisclaim meer valide is dan de andere. De aanvaarding van de postmoderne opvatting dat kennis relatief is, maakt het postmoderne denken tot een (empirisch-) wetenschappelijke 'onvruchtbare onderneming'.<sup>97</sup> Hoe kan een wetenschappelijke cultuur immers voortbestaan zonder een waarheid?

“Wanneer we de pretentie van de absolute waarheid c.q. werkelijkheid vermijden, valt waarheid dan niet adequaat te kennen? Moet een sociaal-wetenschapper alles weten over een sociaal verschijnsel om antwoord te kunnen geven op de vraag of een sociaal verschijnsel feitelijk bestaat? Als dat de consequentie is van het postmodernisme, vervallen we in absurditeit. Sociaal-wetenschappers moeten naar beste kunnen tot een werkelijkheidsbeschrijving proberen te komen die rationeel verantwoord is”.<sup>98</sup>

Functionalisten houden zoals gezegd vast aan de veronderstelling dat wetenschap in staat moet worden geacht om wetenschappelijke oordelen op hun waarheid te toetsen. Dat dit een nooit afgesloten proces is, staat ook voor functionalisten vast, maar dit gegeven mag niet leiden tot eindeloos relativeren.<sup>99</sup>

<sup>93</sup> Layendecker 1998; Uit: 'Sociale problemen en de moderne samenleving: een cultuursociologische beschouwing'; B.Peper; Rotterdam, 1998.

<sup>94</sup> 'De onvoltooide rede. Modern en postmodern'; W. van Reijen; Kampen, 1987.

<sup>95</sup> Zijderveld 1974.

<sup>96</sup> 'Realism and the aim of science'; K.R. Popper; Londen, 1983.

<sup>97</sup> 'In deze verwarrende tijd: een terugblik en vooruitblik op de postmoderniteit'; N.Wilterdink; Amsterdam, 2000.

<sup>98</sup> 'Postmoderniteit een vaag begrip? Over de betekenis van het postmodernisme'; T.Muller & C.van Putten; 2001.

<sup>99</sup> 'De onvoltooide rede. Modern en postmodern'; W. van Reijen; Kampen, 1987.

Relativisme ondergraaft immers eigen ervaringen vanuit een geloof in waarheid dat elke ervaring inwisselbaar maakt.<sup>100</sup> De 'onwaarheid' van aanspraken op waarheid is geen aanleiding om deze zomaar terzijde te schuiven. "Dat het eigen gezichtspunt maar al te vaak tegenover aanspraken van anderen staat, is niet iets om je bij neer te leggen."<sup>101</sup> Dit relativisme – een uitloper van een vorm van individualisme – houdt een concentratie op het 'zelf' in en een daarmee gepaard gaande uitsluiting met betrekking tot de grotere problemen of zorgen die boven het 'zelf' uitgaan.<sup>102</sup>

“...waar moeten wij ons aan houden als wij geen bindende vaste afspraken kunnen maken over wat wij als uitgangspunt en fundament in wetenschap, filosofie en samenleving zullen aanvaarden? Wat kan er voor goeds zitten in een ontwikkeling waarbij de grond ons lijkt te ontvallen?” (Habermas)<sup>103</sup>

Het opsommen van empirische feiten waarover geen discussie mogelijk is, brengt de definiëring van een sociaal verschijnsel als een sociaal probleem weliswaar niet dichterbij, omdat dit namelijk pas mogelijk is door de empirische feiten vanuit een gekozen invalshoek te interpreteren. “Als de sociologie dus meer wil zijn dan een droge opsomming van feiten, dan spelen affectieve, normatieve of theoretische uitgangspunten inderdaad onvermijdelijk een rol. De sociale werkelijkheid is immers niet in wetten te vangen zoals in de natuurwetenschappen, omdat de sociale werkelijkheid wordt gevormd door allerlei dynamische sociale actoren en processen. Dit houdt echter niet in dat de aanvaarding dat kennis relatief is, noodzakelijkerwijs ten koste gaat van grondige empirische bewijsvoering.”<sup>104</sup> Gegeven een bepaalde invalshoek is immers helemaal niet gegeven dat de sociaal-wetenschapper per definitie de empirische feiten vindt waar hij naar op zoek is. In onderhavig onderzoek kunnen bijvoorbeeld twee extremen worden onderscheiden voor wat betreft de manier waarop tegen de komst van asielzoekers wordt aangekeken: mensen die positief staan tegenover de komst en opvang van asielzoekers versus de mensen die de komst en opvang van asielzoekers als enorm probleem ervaren. Ongeacht de invalshoek van waaruit men de komst van asielzoekers beoordeelt, kan met empirisch onderzoek de omvang van de totale asielinstroom worden vastgesteld. Zelfs vanuit het standpunt dat de komst van nieuwkomers in het algemeen en de komst van nieuwkomers die wensen gebruik te maken van de kostbare medische voorzieningen in Nederland in het bijzonder, een sociaal probleem is, hoeft nog niet per definitie te betekenen dat het *medisch asieltoerisme* ook daadwerkelijk een probleem is met feitelijke oorzaken.

---

100 'Vrolijke wetenschap. Nietzsche als vriend'; N.Helsloot; Baarn, 1999.

101 Deleuze 1981:50; In: 'Vrolijke wetenschap. Nietzsche als vriend'; N.Helsloot; Baarn, 1999.

102 'The closing of the American mind'; A.Bloom; in: 'De malaise van de moderniteit'; C.Taylor; Kampen, 1994; vert. van: 'The malaise of modernity'; Ontario, Canada, 1991.

103 'Der philosophische Diskurs der moderne Zwölf Vorlesungen'; J.Habermans; Frankfurt am Main, 1985. Vertaald in: 'Van inhoud naar houding: een nieuwe visie op filosoferen in een pluralistische cultuur'; I.N.Bulhof; Kampen, 1995.

104 'Objectiviteit als dienstmaagd van postmodern relativisme'; P.Mascini; Sociologische Gids; Jaargang 49; 2002/4.

### **3. Is het gebruik van het medisch kanaal als achterdeur van de toelatingsprocedure een fictief probleem?**

#### **3.1 Inleiding**

In dit eerste empirische hoofdstuk wordt een eerste poging gedaan om houdbare uitspraken te doen over de vraag of in het huidige politieke klimaat ten opzichte van vreemdelingen het *medisch asieltoerisme* kan worden bestempeld als een fictief probleem. Er wordt bezien of de in de media verschenen berichtgeving over de medische sluiproute en de politieke uitspraken hieromtrent zijn gebaseerd op emotionele stellingnames of op empirische feiten. Om te komen tot een adequaat antwoord op deze vraag, worden in dit hoofdstuk de volgende twee vragen beantwoord:

- Hoe vaak komt het voor dat een ex-asielzoeker zich, na een afwijzing op een asielaanvraag, beroept op zijn/haar gezondheidssituatie?
- Hoe succesvol zijn zij hierin? Met andere woorden: hoe vaak worden dergelijke verzoeken ingewilligd?

In het inleidende hoofdstuk is reeds gesteld dat dit onderzoek zich specifiek richt op die ex-asielzoekers die zich in de reguliere procedure beroepen op hun gezondheidssituatie na te zijn afgewezen op hun asielaanvraag. Tevens is in hetzelfde inleidende hoofdstuk duidelijk gemaakt dat hierbij de reguliere aanvragen op medische gronden die in 2002 zijn ingediend het uitgangspunt zijn van waaruit de overige kwantitatieve analyses zijn uitgevoerd. Het gevolg van de gemaakte keuze om de reguliere aanvragen als uitgangspunt te nemen die zijn ingediend in 2002, is dat met deze selectie alleen de aanvragen onder de nieuwe Vreemdelingenwet in beschouwing worden genomen. Door slechts de reguliere aanvragen uit 2002 als uitgangspunt te nemen, wordt bovendien voorkomen dat te veel dossiers uit 2003, waarover nog geen uiteindelijke beslissing is genomen, deel uitmaken van de onderzoeksgroep. Dit zou namelijk een onvolledig beeld kunnen opleveren wanneer we een uitspraak willen doen over de mate waarin afgewezen ex-asielzoekers succesvol zijn bij het gebruik van de medische sluiproute als achterdeur van de asielprocedure.

### 3.2 Data-analyse

Om antwoord te geven op de vraag of het *medisch asieltoerisme* een fictief probleem is, is het wenselijk om het aantal ex-asielaanvragers dat zich in 2002 in de reguliere procedure beroept op medische gronden te relateren aan het totale aantal afgewezen asielaanvragen in 2002. Dit percentage geeft immers aan in welke *zorgwekkende* mate afgewezen asielzoekers zich vanuit de asielprocedure – mogelijk als laatste redmiddel – beroepen op hun gezondheidstoestand in de reguliere procedure.

In 2002 zijn er in totaal 1116 reguliere aanvragen op medische gronden ingediend. Van deze 1116 aanvragen zijn wij slechts geïnteresseerd in de aanvragen die in een eerder stadium van de toelatingsprocedure zijn afgewezen op hun asielaanvraag. Binnen het bestand van de 1116 reguliere aanvragen op medische gronden is dan ook nagegaan welk deel van de 1116 reguliere aanvragen hieraan voorafgaand een asielaanvraag heeft ingediend. Uit deze schifting is naar voren gekomen dat van de 1116 vreemdelingen die in 2002 een beroep hebben gedaan op hun gezondheidssituatie er 740 afkomstig zijn uit de asielprocedure.

- Procedureverleden

	<b>Aantal</b>	<b>Procenten</b>
Afkomstig uit asielprocedure	740	66
Niet-afkomstig uit asielprocedure	376	34
Totaal	1116	100

Bron: Indis; Indiac, 2003.

Van de 1116 vreemdelingen blijven er zodoende 740 ex-asielzoekers over die in het kader van dit onderzoek van belang zijn. Voor de 376 vreemdelingen die niet eerder een asielaanvraag hebben ingediend geldt, dat zij zich niet vanuit de asielprocedure als laatste strohalm beroepen op hun gezondheidssituatie; zij proberen een verblijfsvergunning te verkrijgen via de voordeur van de reguliere procedure. Van hen kan dan ook niet worden gezegd dat zij het medisch kanaal mogelijk gebruiken als achterdeur van de asielprocedure. Voordat echter het bestand overblijft dat in het vervolg van dit onderzoek de basispopulatie vormt, is nog een schifting noodzakelijk. We zijn immers geïnteresseerd in de ex-asielzoekers die in de asielprocedure zijn afgewezen en zodoende een negatieve asielbeschikking hebben ontvangen. De vervolgactie is er dan ook op gericht om de ex-asielzoekers wier asielaanvraag is ingewilligd buiten beschouwing te laten. Ook voor hen geldt namelijk dat zij reeds Nederland binnen zijn gekomen via de voordeur van de asielprocedure, waardoor er in het kader van dit onderzoek geen sprake meer kan zijn van een medische achterdeur.

- Beslissing op asielaanvraag

	Aantal	Procenten
Afwijzing op asiel	716	97
Inwilliging op asiel	24	3
Totaal	740	100

Bron: Indis; Indiac, 2003.

Op basis van deze kwantitatieve gegevens kan worden gesteld dat van de 1116 in 2002 ingediende reguliere aanvragen op medische gronden 716 ex-asielzoekers in een eerder stadium een negatieve asielbeschikking hebben ontvangen. Deze groep van 716 afgewezen ex-asielzoekers die in 2002 in de reguliere procedure een beroep hebben gedaan op hun gezondheidstoestand, vormt de basispopulatie van dit onderzoek.

Om een uitspraak te kunnen doen over de *zorgwekkende* mate waarin afgewezen asielzoekers zich vanuit de asielprocedure – mogelijk als laatste redmiddel – beroepen op hun gezondheidstoestand in de reguliere procedure, dient de basispopulatie te worden gerelateerd aan het totale aantal afgewezen asielverzoeken in 2002. Hoe hoger dit percentage, hoe aannemelijker het is om te veronderstellen dat er sprake is van een zorgwekkend gebruik van de medische sluiproute. Eerder is immers aangegeven dat de vorm van *medisch asieltoerisme*, waarop dit onderzoek zich richt, wordt gekenmerkt door de gedachte dat de *calculerende asielzoeker* zich na een afwijzing op de asielaanvraag doelbewust als laatste redmiddel beroept op zijn of haar medische problemen. Bekijken we de onderzoekspopulatie van 716 afgewezen ex-asielzoekers die zich in 2002 beroepen op medische gronden vanuit dit perspectief, dan kan het eerste deel van de eerste deelvraag worden beantwoord: “In welke mate dienen vreemdelingen, nadat een eerder door hen ingediende asielaanvraag is afgewezen, aanvragen in tot het verlenen van een verblijfsvergunning op medische gronden?”

In totaal bedroeg de asielinstroom in 2002 18.667 vluchtelingen.<sup>105</sup> Op een aanzienlijk deel van deze totale asielinstroom in 2002 is nog geen uiteindelijke beslissing genomen. Dit komt erop neer dat de voorraad van de instroom groot is. Het is dan ook speculatief om een uitspraak te doen over het te verwachten inwilligingspercentage in 2002. Op basis van de inwilligingspercentages<sup>106</sup> van 1998, 1999 en 2000 – respectievelijk 19, 21 en 20 procent – lijkt het echter aannemelijk te veronderstellen dat het inwilligingspercentage ook in 2002 rond de 20% zal liggen. Van essentieel belang is het om bij deze prognose in acht te nemen dat dit percentage door de grote voorraad waarover nog geen uiteindelijke beslissing is genomen nog zou kunnen veranderen; al is er geen reden om aan te nemen dat dit percentage aanzienlijk zal afwijken van de percentages van de genoemde jaren. Gezien het aangescherpte toelatingsbeleid zal het inwilligingspercentage eerder lager zijn dan hoger.<sup>107</sup> Hieruit volgt dat er eerder sprake zal zijn van een overschatting van het *medisch asieltoerisme* dan van een onderschatting.

105 IND-jaarverslag 2002.

106 Cohortanalyse Asielprocedure; INDIAC; mei 2002.

107 ‘De uitvoering van het Nederlandse vreemdelingenbeleid’; P.Mascini & N.Doorbos.

Om meer inzicht te krijgen in het veronderstelde problematische migratiefenomeen, is er dan ook vanuit gegaan dat het afwijzingspercentage in 2002 80% is. Dit komt erop neer dat ongeveer 15.000 asielzoekers op hun asielaanvraag zijn afgewezen. Zetten we deze 716 nu af tegen de 15.000 afgewezen asielzoekers in 2002, dan komen we tot een percentage dat niet hoger is dan 5%. De kans dat een afgewezen asielzoeker zich vervolgens wendt tot de korpschef voor een reguliere aanvraag op medische gronden is derhalve slechts vijf procent. In dit opzicht is het gerechtvaardigd te stellen dat het veronderstelde probleem van het *medisch asieltoerisme* feitelijk helemaal niet zo'n groot probleem is als door sommigen wordt beweerd. Het aantal afgewezen ex-asielzoekers dat vervolgens in 2002 een reguliere aanvraag indient op medische gronden blijkt slechts een fractie van de afgewezen asielzoekers in 2002.

#### *Achtergrondinformatie over de 716 afgewezen ex-asielzoekers uit de onderzoekspopulatie*

Aangezien de 716 ex-asielzoekers het kernbestand vormen van dit onderzoek is het interessant om naar de achtergrond van deze indieners te kijken. Zo ontstaat er immers een duidelijker beeld van de groep van 716 ex-asielzoekers over wie we spreken. We beperken ons hierbij slechts tot twee relevante variabelen om ervoor te waken dat dergelijke analyses naar de aard van de onderzoekspopulatie te veel van de hoofdzaak afleiden. De twee variabelen die een interessant beeld kunnen opleveren van de samenstelling van de onderzoekspopulatie, omdat deze mogelijk iets zeggen over het *medisch asieltoerisme*, zijn de samenstelling naar *leeftijd* en naar *niveau van de medische voorzieningen in het land van herkomst*.

Mocht namelijk blijken dat met name ouderen en mensen uit landen met slechte medische voorzieningen zich na een afgewezen asielaanvraag beroepen op hun gezondheidssituatie, dan is het minder aannemelijk om te kunnen spreken over een zorgwekkende ontwikkeling van *medisch asieltoerisme*. Ouderen hebben immers statistisch gezien een grotere kans om met medische ongemakken te worden geconfronteerd, en voor zieke vreemdelingen uit landen met onvoldoende medische voorzieningen geldt, dat indien de voor hen noodzakelijke medische behandeling in het land van herkomst ontbreekt, een verblijf in Nederland op medische gronden gerechtvaardigd is. Op basis van deze achtergrondinformatie over de afgewezen ex-asielzoekers die in 2002 een reguliere aanvraag hebben ingediend op medische gronden kan antwoord worden gegeven op vragen zoals: 'Zijn het voornamelijk ouderen die zich beroepen op gezondheidsklachten na te zijn afgewezen op hun asielaanvraag?' En 'Beroepen met name vreemdelingen uit landen met een slecht gezondheidsapparaat zich op hun medische toestand als grond van toelating?' Vervolgens kan op basis van de antwoorden op deze vragen een voorzichtige aanvullende uitspraak worden gedaan over het vermeende *medisch asieltoerisme*.

Hieronder komen beide analyses naar *leeftijd* en naar *niveau van de medische voorzieningen in het land van herkomst* aan bod. Het is hierbij van belang om na te gaan hoe de 716 afgewezen ex-asielzoekers zich verhouden tot de totale populatie asielaanvragers in 2002. Naarmate de ex-asielzoekers uit de onderzoekspopulatie relatief ouder zijn en relatief vaker afkomstig zijn uit landen met slechte medische voorzieningen dan geldt, dat er meer reden is om aan te nemen dat het *medisch asieltoerisme* een fictief probleem is.



### Leeftijd

Om te voorkomen dat het inzicht in de leeftijdsopbouw van het bestand erg onoverzichtelijk wordt, is ervoor gekozen om een indeling te maken in leeftijdscategorieën. De eerste categorie bestaat uit de categorie minderjarigen tot achttien jaar; de tweede bestaat uit vreemdelingen van middelbare leeftijd (18 tot 60 jaar); de derde uit vreemdelingen die 60 jaar of ouder zijn. Vooral van de derde leeftijdscategorie lijkt te kunnen worden verwacht dat zij zich in vergelijking met de overige leeftijdscategorieën relatief vaker beroepen op hun gezondheidssituatie, omdat zij biologisch gezien de grootste risicogroep zijn voor wat betreft gezondheidsproblemen. Binnen deze leeftijdsverdeling zijn we dan ook voornamelijk geïnteresseerd in de categorie *60 jaar en ouder*. Deze categorie in de onderzoeksgroep wordt vergeleken met de categorie *60 jaar en ouder* in de groep asielaanvragen in 2002. Het verschil tussen beide percentages bepaalt immers of de ex-asielzoekers uit de onderzoekspopulatie gemiddeld ouder zijn dan de vluchtelingen uit de totale asielinstroom in 2002.

De verwachting kan worden uitgesproken dat de gemiddelde leeftijd van de 716 afgewezen ex-asielzoekers uit de onderzoekspopulatie hoger ligt, omdat ouderen biologisch gezien een grotere kans hebben om geconfronteerd te worden met medische problemen en zich derhalve op hun medische toestand kunnen beroepen; het percentage van de asielaanvragers in 2002 dat valt binnen de derde leeftijdscategorie zal naar verwachting dan ook lager zijn dan het percentage van de afgewezen ex-asielzoekers dat valt binnen de leeftijdscategorie *60 jaar en ouder*. Bestudering van de leeftijdsverdeling van zowel de 716 afgewezen ex-asielzoekers die in 2002 een reguliere aanvraag hebben ingediend op medische gronden, als de vluchtelingen die in 2002 een asielaanvraag hebben ingediend leverde de volgende vergelijkingstabel op:

- Leeftijdsverdeling van de onderzoekspopulatie vergeleken met de leeftijdsverdeling van de totale asielinstroom in 2002 (in aantallen en procenten).

	Onderzoekspopulatie		Asielinstroom 2002	
	Aantal	Procenten	Aantal	Procenten
0 tot 18 jaar	89	13	6630	36
18 tot 60 jaar	556	79	11534	61
60 jaar en ouder	54	8	503	3
Totaal	699 <sup>108</sup>	100	18667	100
Gemiddelde leeftijd	35.6		23.1	

Bron: Indis; Indiac, 2003 & <http://www.cbs/statline.nl>.

Als we nu beide leeftijdsverdelingen met elkaar vergelijken, dan valt op dat het percentage *60 jaar en ouder* in de onderzoekspopulatie hoger ligt dan het percentage *60 jaar en ouder* in de totale asielinstroom in 2002. Vanuit de veronderstelling dat de kans op medische problemen toeneemt naarmate men ouder wordt, is het niet ondenkbaar dat ouderen niet zozeer het medisch kanaal gebruiken als laatste redmiddel, maar dat zij daadwerkelijk kampen met medische problemen.

<sup>108</sup> Het totaal aantal verschilt van de 716 vreemdelingen uit de onderzoekspopulatie, omdat van 17 afgewezen ex-asielzoekers de leeftijd niet bekend is.

*Land van herkomst*

Naast inzicht in de leeftijdsverdeling is bestudeerd uit welke landen de 716 afgewezen ex-asielzoekers uit de onderzoekspopulatie afkomstig zijn en is vervolgens nagegaan welk niveau van medische voorzieningen de betreffende landen van herkomst hebben. Om te voorkomen dat de vergelijkings-tabel onoverzichtelijk wordt door de verscheidenheid aan landen van herkomst is er voor gekozen om in eerste aanleg een vergelijkingstabel weer te geven waarin de *top-vijf-landen-van-herkomst* staan vermeld van zowel de 716 afgewezen ex-asielzoekers die vervolgens in 2002 een reguliere medische aanvraag hebben ingediend als van de totale asielinstroom in 2002.

- *Top-vijf-landen-van-herkomst* in de onderzoekspopulatie vergeleken met de *top-vijf-landen-van-herkomst* in de totale asielinstroom in 2002.

Onderzoekspopulatie				Asielinstroom 2002			
	Landen	Aantal	Procenten		Landen	Aantal	Procenten
1.	Irak	86	12	1.	Angola	1.891	10
2.	voorm.Joegoslavië	82	11	2.	Sierra Leone	1.620	9
3.	Azerbeidzjan	63	9	3.	Afghanistan	1.077	6
4.	Bosnië	61	9	4.	Irak	1.022	5
5.	Turkije	36	5	5.	Iran	665	4
	Overig	388	54		Overig	12.392	66
	Totaal	716	100		Totaal	18.667	100

Bron: Indis; Indiac, 2003.

In de bovenstaande vergelijkingstabel kunnen de top-vijf-landen-van-herkomst uit beide populaties met elkaar worden vergeleken. Dit zegt echter nog niets over het gemiddelde niveau van de medische voorzieningen in de top-vijf-landen-van-herkomst van beide populaties. Aan de hand van drie empirische indicatoren is het inzicht vergroot in het gemiddelde peil van het gezondheids-apparaat van zowel de top-vijf van de onderzoekspopulatie als van de top-vijf van de totale asielinstroom in 2002.

In de onderstaande figuren staan de indicatoren weergegeven voor de top-5 landen van herkomst van beide populaties. De eerste indicator is de *levensverwachting*, de tweede de *kindersterfte*, en de derde de *totale uitgaven aan medische voorzieningen per hoofd van de bevolking*. De betreffende indicatoren die hiervoor in dit onderzoek zijn gebruikt en het cijfermateriaal dat in de onderstaande figuren is weergegeven, zijn ontleend aan beschikbare data van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO<sup>109</sup>).

109 World Health Organization. Deze Wereldgezondheidsorganisatie is op 7 april 1948 opgericht door de Verenigde Naties en is gevestigd in Genève. Het doel van deze organisatie is de wereldwijde aspecten van de gezondheidszorg in kaart te brengen, activiteiten op het gebied van de gezondheidszorg te coördineren en de gezondheid van de wereldbevolking te bevorderen.

- Indicatoren met betrekking tot het niveau van het gezondheidsapparaat in 2002 (tenzij anders aangegeven) van de *top-vijf-landen-van-herkomst* van de 716 afgewezen asielzoekers die in 2002 een reguliere aanvraag op medische gronden hebben ingediend.

Landen	Levensverwachting in jaren	Kindersterfte (per 1000) <sup>110</sup>	Uitgaven aan medische voorzieningen per hoofd van de bevolking (in \$) <sup>111</sup>
Irak	61.1	65	97
voorm. Joegoslavië	72.1	16	331
Azerbeidzjan	65.8	75	48
Bosnië	72.9	18	268
Turkije	70.1	43	294

Bron: <http://www.who.int/country/en/>.

- Indicatoren met betrekking tot het niveau van het gezondheidsapparaat in 2002 (tenzij anders aangegeven) van de *top-vijf-landen-van-herkomst* van de totale asielinstroom in 2002.

Landen	Levensverwachting in jaren	Kindersterfte (per 1000) <sup>112</sup>	Uitgaven aan medische voorzieningen per hoofd van de bevolking (in \$) <sup>113</sup>
Angola	40.0	263	70
Sierra Leone	34.1	318	26
Afghanistan	42.7	257	34
Irak	61.1	65	97
Iran	69.1	39	422

Bron: <http://www.who.int/country/en/>.

Wanneer we beide tabellen met elkaar vergelijken, dan valt in eerste instantie op dat op basis van deze drie indicatoren de uitspraak gerechtvaardigd is, dat het niveau van de medische voorzieningen in de *top-vijf-landen-van-herkomst* uit de onderzoekspopulatie aanzienlijk hoger ligt dan het niveau van de *top-vijf-landen-van-herkomst* uit de totale asielinstroom in 2002. Zowel met betrekking tot de levensverwachting, de kindersterfte als de uitgaven aan medische voorzieningen per hoofd van de bevolking scoren de landen uit de onderzoekspopulatie beter.

Dit brengt ons ertoe om per populatie drie gewogen<sup>114</sup> gemiddelden te berekenen voor elke indicator. In de onderstaande tabel zijn deze gewogen gemiddelde van de top-5 landen uit de beide populaties weergegeven.

<sup>110</sup> Probability of dying under age 5 years.

<sup>111</sup> Data hebben betrekking op 2001.

<sup>112</sup> Probability of dying under age 5 years.

<sup>113</sup> Data hebben betrekking op 2001.

<sup>114</sup> Zo telt bijvoorbeeld de score van Angola op de onderscheiden indicatoren zwaarder mee dan de score van Afghanistan op diezelfde indicatoren, omdat het aandeel van Angola in de top-5 van de totale asielinstroom in 2002 groter is.

- Gewogen<sup>115</sup>gemiddelden van de drie indicatoren van de *top-vijf-landen-van-herkomst* van de onderzoekspopulatie en van de *top-vijf-landen-van-herkomst* van de totale asielinstroom.

Indicatoren	Top-5 Onderzoekspopulatie	Top-5 Asielinstroom 2002
Levensverwachting in 2002 (in jaren)	68 jaar <sup>116</sup>	46 jaar <sup>117</sup>
Kindersterfte in 2002 (per 1000)	43 sterfgevallen <sup>118</sup>	220 sterfgevallen <sup>119</sup>
Uitgaven aan med.voorzieningen per hoofd van de bevolking in 2001	197 US Dollar <sup>120</sup>	98 US Dollar <sup>121</sup>

Bron: <http://www.who.int/country/en/>.

Vergelijken we de gemiddelden in de tabel met elkaar dan valt op dat op basis van deze indicatoren de uitspraak gerechtvaardigd is, dat het niveau van de medische voorzieningen – aan de hand van de drie onderscheiden indicatoren – in de top-vijf uit de onderzoekspopulatie aanzienlijk hoger ligt dan het niveau van de top-vijf van de totale asielinstroom in 2002. Zo bedraagt de gemiddelde levensverwachting in de top-vijf van de totale asielinstroom 46 jaar tegenover 68 jaar in de top-vijf van de onderzoekspopulatie. In landen waar mensen relatief oud worden, is het aannemelijk om te veronderstellen dat er een kwalitatief goed gezondheidsapparaat beschikbaar is. De kindersterfte ligt in de top-vijf van de asielinstroom beduidend hoger (220 vs. 43) dan in de top-vijf van de onderzoekspopulatie. Ten slotte wijst ook de derde indicator – de meest relevante – uit, dat het niveau van de medische voorzieningen aanmerkelijk hoger ligt in de top-vijf van de onderzoekspopulatie. Er wordt in deze landen namelijk aanzienlijk meer geld uitgegeven aan medische voorzieningen dan in de top-vijf van de asielinstroom in 2002 (respectievelijk 197 \$ vs. 98 \$).

Nu uit bovenstaand cijfermateriaal is gebleken dat het gemiddelde niveau van het gezondheidsapparaat in de top-vijf uit de onderzoeksgroep hoger ligt dan het gemiddelde niveau van de top-vijf uit de totale asielinstroom in 2002, lijkt de bevinding met betrekking tot deze variabele in eerste instantie de primaire bevinding te ondergraven dat het *medisch asieltoerisme* een fictief probleem is.

---

115 Op basis van het relatieve aandeel in de top-5 van de populatie. Het aandeel van Irak, voormalig Joegoslavië, Azerbeidzjan, Bosnië, en Turkije in de top-5 van de onderzoekspopulatie is respectievelijk 26, 24, 20, 20, en 10 procent. Het aandeel van Angola, Sierra Leone, Afghanistan, Irak en Iran in de top-5 van de totale asielinstroom in 2002 is respectievelijk 29, 26, 18, 15, en 12 procent.

116  $(26 \times 61.1) + (24 \times 72.1) + (20 \times 65.8) + (20 \times 72.9) + (10 \times 70.1) / 5 = 68$ .

117  $(29 \times 40.0) + (26 \times 34.1) + (18 \times 42.7) + (15 \times 61.1) + (12 \times 69.1) / 5 = 46$ .

118  $(26 \times 65) + (24 \times 15) + (20 \times 75) + (20 \times 18) + (10 \times 43) / 5 = 43$ .

119  $(29 \times 263) + (26 \times 318) + (18 \times 257) + (15 \times 65) + (12 \times 39) / 5 = 220$ .

120  $(26 \times 97) + (24 \times 331) + (20 \times 48) + (20 \times 268) + (10 \times 294) / 5 = 197$ .

121  $(29 \times 70) + (26 \times 26) + (18 \times 34) + (15 \times 97) + (12 \times 422) / 5 = 98$ .

Kortom, de primaire uitkomst van deze eerste statistische analyses met betrekking tot de omvang van het *medisch asieltoerisme* geeft aan dat het aantal afgewezen ex-asielzoekers dat in 2002 een reguliere aanvraag heeft ingediend op medische gronden slechts een fractie is van de totale asielinstroom in 2002; het betreft immers een percentage van vijf procent. Het antwoord op het eerste deel van de eerste onderzoeksvraag luidt derhalve dat afgewezen ex-asielzoekers in zeer beperkte mate aanvragen indienen tot het verlenen van een reguliere verblijfsvergunning op medische gronden. De indruk die is gewekt over het *medisch asieltoerisme* is dan ook niet terecht. De secundaire analyses naar de achtergrondinformatie over de afgewezen ex-asielzoekers hebben in dit kader aangetoond dat de primaire bevinding wordt versterkt door de bevinding met betrekking tot de leeftijdsverdeling, maar wordt ondergraven door de bevinding met betrekking tot het gemiddelde niveau van de medische voorzieningen in het land van herkomst.

In het vervolg van dit hoofdstuk zal het tweede deel van de eerste onderzoeksvraag worden beantwoord. Nagegaan wordt in hoeverre deze kleine groep afgewezen ex-asielzoekers zich uiteindelijk *succesvol* beroept op zijn of haar medische omstandigheden. Is het een realistisch alternatief of is het een illusoir recht?

### **3.3 *Het inwilligingspercentage***

Het loutere feit dat 716 vreemdelingen zich na een afwijzing op hun asielaanvraag, in 2002 beroepen op hun gezondheidssituatie als grond van toelating zegt niets over het mogelijke *succes* van deze reguliere aanvragen op medische gronden. Voor het benoemen van het nieuwe migratiefenomeen als probleem is het ook van belang om na te gaan in hoeverre de afgewezen ex-asielzoekers uit de onderzoekspopulatie er ook daadwerkelijk in slagen om in het bezit te worden gesteld van een reguliere vergunning op medische gronden. Willen we een houdbare uitspraak doen over het *medisch asieltoerisme* als fictief probleem dan is het ook van belang om na te gaan hoeveel van deze aanvragen uiteindelijk wordt ingewilligd. De veronderstelling die hieraan ten grondslag ligt is, dat de *calculerende asielzoeker* in het doelbewust benutten van alle mogelijkheden om een verblijfsvergunning te verkrijgen ook succesvol is. Mocht blijken dat slechts een klein deel van de 716 vreemdelingen uiteindelijk in het bezit wordt gesteld van een reguliere verblijfsvergunning op medische gronden, dan ontkracht dit de stelling dat er sprake is van een succesvol gebruik van het medisch kanaal als achterdeur van de asielprocedure. Dit zou betekenen dat de kennelijk door de overheid geboden mogelijkheid een nieuwe aanvraag in te dienen weliswaar bestaat, maar dat hiervan relatief weinig gebruik wordt gemaakt en dat deze procedurele stap bovendien weinig effect sorteert voor de afgewezen ex-asielzoeker. De reguliere aanvraag via de medische sluiproute zou in zo'n geval dan ook niet kunnen worden beschouwd als een realistisch alternatief. Het gebruik van het medisch kanaal als achterdeur van de toelatingsprocedure zal in dit geval niet leiden tot een toename van het aantal vreemdelingen in Nederland waarover zowel op politiek als op maatschappelijk niveau zorgen bestaan; met andere woorden: hoe hoger het inwilligingspercentage, hoe groter het *medisch asieltoerisme*.

Bij de berekening van het inwilligingspercentage is opnieuw uitgegaan van de onderzoekspopulatie van de 716 afgewezen ex-asielzoekers die in 2002 een reguliere aanvraag hebben ingediend op medische gronden. In INDIS is van deze 716 ex-asielzoekers in de dossiers nagegaan wat de uiteindelijke beslissing is geweest op de desbetreffende reguliere aanvraag op medische gronden. Bij de bestudering van deze dossiers bleek dat een aanzienlijk deel van de aanvragen nog openstond. Van de in totaal 716 aanvragen bleek er namelijk op 214 aanvragen nog geen uiteindelijke beslissing te zijn genomen.

- Beslissing op de reguliere aanvragen op medische gronden in de onderzoekspopulatie

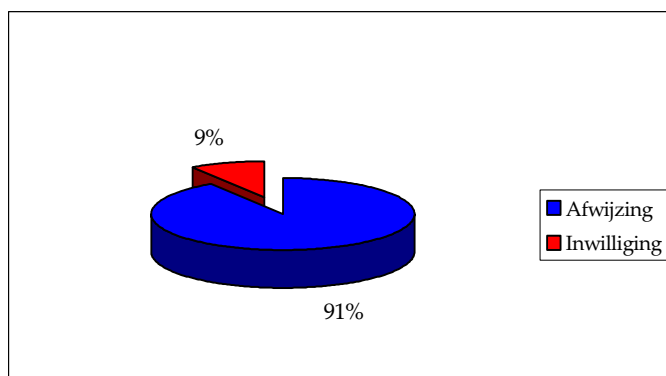
Beslissing	Aantal	Procenten
Afwijzing	456	64
Inwilliging	46	6
Onbekend	214	30
Totaal	716	100

Bron: Indis; Indiac, 2003.

Aangezien er in 214 gevallen nog geen uiteindelijke beslissing is genomen, zijn de uitspraken over het inwilligingspercentage gebaseerd op 502 vreemdelingen. Van de 502 vreemdelingen blijken er slechts 46 in het bezit te zijn gesteld van een reguliere verblijfsvergunning op medische gronden. De overige 456 aanvragers hebben een afwijzing gekregen op hun reguliere aanvraag. Het inwilligingspercentage bedraagt derhalve slechts 9%.

- Inwilligingspercentage van de in 2002 ingediende reguliere aanvragen op medische gronden door de 716 afgewezen ex-asielzoekers

Beslissing	Aantal	Procenten
Afwijzing	456	91
Inwilliging	46	9
Totaal	502	100



Bron: Indis; Indiac, 2003.

Eerder in dit hoofdstuk is naar voren gekomen dat de kans dat een afgewezen ex-asielzoeker zich vervolgens in 2002 in de reguliere procedure beroept op medische gronden slechts vijf procent is. Nu bekend is dat slechts negen procent van hen uiteindelijk in het bezit is gesteld van een reguliere verblijfsvergunning op medische gronden kan worden gesteld, dat de kans dat een afgewezen ex-asielzoeker zich vervolgens in 2002 beroept op zijn gezondheidssituatie en dat hij hierin succesvol is, niet groter is dan een half procent.<sup>122</sup>

Deze empirische bevinding sluit aan bij de bevinding van het rapport 'Medische aspecten van Vreemdelingenbeleid' dat is verricht door het Centrum voor Migratierecht van de Katholieke Universiteit Nijmegen onder begeleiding van prof. C.A. Groenendijk en mr. A.B. Terlouw.<sup>123</sup> Met betrekking tot de omvang van de toelating van vreemdelingen voor medische behandeling kwam uit dit onderzoek naar voren dat van de in 1998 toegelaten vreemdelingen er 370 een verblijfsdoel hadden voor medische behandeling. In 1997 waren dit er ongeveer 330 en in 1996 circa 480. Geschat wordt dat in die jaren minder dan 1% van de toegelaten vreemdelingen in de reguliere procedure voor medische behandeling werd toegelaten. Ook uit deze cijfers blijkt dat de toelating voor medische behandeling in de betreffende jaren slechts een fractie is van de totale legale immigratie van niet-Nederlanders. Bovendien is gebleken dat, als er al sprake is van een tendens, het eerder een dalende tendens betreft dan een stijgende.

Bovenstaande bevindingen tonen aan dat de reguliere procedure via de medische achterdeur voor afgewezen ex-asielzoekers over het algemeen niet kan worden beschouwd als een kansrijke optie. Nadat in het eerste deel van dit hoofdstuk al is aangetoond dat de gewekte indruk over een grote problematische groep afgewezen ex-asielzoekers die als laatste strohalm in 2002 een beroep heeft gedaan op medische gronden niet overeenkomt met het empirisch cijfermateriaal, blijkt nu ook dat de kans op inwilliging zeer gering is. Nu bovendien is aangetoond dat de medische achterdeur niet meer is dan een illusoir recht, is het – zoekend naar een mogelijke verklaring voor het lage inwilligingspercentage – interessant om eens na te gaan welke voorwaarden en afwijzingsgronden er gelden voor de reguliere verblijfsvergunning in het algemeen en de reguliere verblijfsvergunning op medische gronden in het bijzonder.

Voordat een vreemdeling (lees in het geval van dit onderzoek een afgewezen ex-asielzoeker) een reguliere aanvraag indient ter verkrijging van een verblijfsvergunning die verband houdt met het ondergaan van een medische behandeling, zal eerst worden nagegaan of geen van de acht afwijzingsgronden behorend bij de verlening van een reguliere verblijfsvergunning op hem of haar van toepassing is. De aanvraag tot het verlenen, verlengen of wijzigen van de reguliere verblijfsvergunning voor bepaalde tijd kan op de volgende gronden worden afgewezen:

---

<sup>122</sup>  $0.05 \times 0.09 = 0.045$  procent.

<sup>123</sup> Uitgevoerd in opdracht van de Landelijke Commissie Medische Aspecten Vreemdelingenbeleid. Zie ook p.19 'de commissie Smeets'.

- a. indien de vreemdeling niet beschikt over een geldige MVV<sup>124</sup>;
- b. indien de vreemdeling niet beschikt over een geldig document voor grensoverschrijding;
- c. indien de vreemdeling niet zelfstandig en duurzaam beschikt over voldoende middelen van bestaan;
- d. indien de vreemdeling een gevaar oplevert voor de openbare orde of nationale veiligheid;
- e. indien de vreemdeling niet bereid is om medewerking te verlenen aan een medisch onderzoek naar een ziekte ter bescherming van de volksgezondheid;
- f. indien de vreemdeling niet voldoet aan de beperking, verband houdend met het doel waarvoor hij wil verblijven;
- g. indien de vreemdeling zijn hoofdverblijf buiten Nederland heeft gevestigd; en
- h. indien de vreemdeling onjuiste gegevens heeft verstrekt dan wel gegevens heeft achtergehouden.

Bron: Vreemdelingencirculaire 2000.

Wanneer geen van deze afwijzingsgronden de verlening van een reguliere verblijfsvergunning in de weg staat, dan dient de vreemdeling te voldoen aan drie aanvullende voorwaarden. In de Vreemdelingencirculaire 2000<sup>125</sup> staat met betrekking tot de cumulatieve voorwaarden voor verlening van een reguliere verblijfsvergunning op medische gronden vermeld dat de reguliere verblijfsvergunning voor bepaalde tijd onder een beperking, verband houdend met het ondergaan van een medische behandeling, wordt verleend indien:

- a. Nederland naar het oordeel van de minister het meest aangewezen land is voor de medische behandeling;
- b. het gaat om een noodzakelijke medische behandeling; en
- c. de financiering van de medische behandeling deugdelijk geregeld is.

Bron: Vreemdelingencirculaire 2000.

---

124 Machtiging tot Voorlopig Verblijf. In de Vc2000; B1, pag.2 is de MVV omschreven als: een door een Nederlandse diplomatieke of consulaire vertegenwoordiging in het land van herkomst of in het land van bestendig verblijf, dan wel door het Kabinet van de Gouverneur van de Nederlandse Antillen of door het Kabinet van de Gouverneur van Aruba aldaar, na voorafgaande machtiging van Onze Minister van Buitenlandse Zaken, afgegeven visum voor een verblijf van langer dan drie maanden.

125 Vreemdelingencirculaire 2000; Tussentijdse Berichtgeving Vreemdelingencirculaire (TBV) 2003/2.



### *De eerste voorwaarde*

Met betrekking tot de eerste voorwaarde kan door de IND advies worden gevraagd aan het Bureau Medische Advisering (BMA). In dit advies beoordeelt het BMA of een bepaalde ziekte in het land van herkomst kan worden behandeld.<sup>126</sup> In het eerder aangehaalde onderzoek van het Centrum Migratierecht van de Katholieke Universiteit Nijmegen komt naar voren dat uit de jurisprudentie blijkt dat het BMA van mening is dat vrijwel elke ziekte in het land van herkomst kan worden behandeld. Dit betekent dat het niet onwaarschijnlijk is dat zieke vreemdelingen struikelen over deze eerste drempel. Ook de bevindingen uit een onderzoek dat Indiac heeft uitgevoerd in samenwerking met het BMA ondersteunen deze stelling. Uit dit onderzoek<sup>127</sup> is gebleken dat de aanwezigheid van de noodzakelijke medische voorzieningen in het land van herkomst – waardoor Nederland niet meer het meest aangewezen land is voor de behandeling – één van de voornaamste afwijzingsgronden is bij een reguliere aanvraag op medische gronden. In nagenoeg alle afwijzende gevallen werd in dit onderzoek – naast het ontbreken van een geldige Machtiging tot Voorlopig Verblijf – deze afwijzingsgrond opgevoerd. Eerder in dit hoofdstuk is aangegeven dat het gemiddelde niveau van de medische voorzieningen in de *top-vijf-landen-van-herkomst* van de onderzoekspopulatie betrekkelijk hoog is; zeker in vergelijking met het gemiddelde niveau in de *top-vijf-landen-van-herkomst* van de totale asielinstroom in 2002. Het is dan ook niet onwaarschijnlijk dat met name de afwijzingsgrond dat de noodzakelijke medische voorzieningen aanwezig zijn in het land van herkomst veelvuldig zal zijn aangevoerd. Afgewezen ex-asielzoekers uit de onderzoekspopulatie die wel degelijk kampen met medische problemen – van wie dus niet kan worden gesteld dat zij doelbewust oneigenlijk gebruikmaken van de medische sluiproute – kunnen op basis van deze afwijzingsgrond toch worden afgewezen, zodat het lage inwilligingspercentage niet per definitie hoeft te betekenen dat er sprake is van *medisch asieltoerisme*.

### *De tweede voorwaarde*

Richten we onze aandacht op de tweede voorwaarde dan kan worden gesteld dat er sprake is van een noodzakelijke medische behandeling als het een behandeling betreft die, wanneer deze achterwege blijft, leidt tot een medische noodsituatie. De afgelopen tien jaar heeft de invulling van het begrip *medische noodsituatie* in de politiek en in de rechtspraak tot veel discussie geleid. In de recente beleidsregels is de volgende definitie van het begrip *medische noodsituatie* gegeven:

‘De situatie waarbij betrokkene lijdt aan een stoornis, waarvan op basis van de huidige medisch-wetenschappelijke inzichten vast staat dat het achterwege blijven van behandeling op korte termijn zal leiden tot het overlijden, invaliditeit of een andere vorm van geestelijke of lichamelijke schade’.

---

126 Vreemdelingencirculaire 2000; B8/2.

127 Kwaliteitstoets BMA; Indiac; November 2003.

Van een *korte termijn* is volgens het beleid sprake als de genoemde gevolgen zich binnen drie maanden voordoen. Bovendien moet volgens dit beleid de medische noodsituatie van langdurige aard zijn (langer dan een jaar). Onder het oude beleid kregen ook vreemdelingen bij wie sprake was van een tijdelijke medische noodsituatie een verblijfsvergunning.<sup>128</sup> De nieuwe invulling van het begrip *medische noodsituatie* heeft dan ook tot gevolg dat het nog moeilijker wordt om aan de tweede voorwaarde te voldoen. De mogelijkheid voor de IND om vreemdelingen af te wijzen die zich beroepen op hun medische toestand, neemt hierdoor toe.

#### *De derde voorwaarde*

Ten slotte bepaalt de derde voorwaarde dat bij onvoldoende financiële zekerheid de reguliere aanvraag voor een vergunning op medische gronden wordt afgewezen. De vreemdeling dient aan te kunnen tonen dat er een toereikende ziektekostenverzekering is afgesloten of dat de kosten door een ziekenfonds worden gedekt. Een ziektekostenverzekering die wordt bekostigd uit de openbare middelen wordt niet als toereikend beschouwd en er wordt in beginsel geen genoegen genomen met een garantverklaring door een referent.

Nu de geldende afwijzingsgronden en de drie voorwaarden hierboven uiteengezet zijn, lijkt een plausible verklaring te kunnen worden gegeven voor het lage inwilligingspercentage. De geldende voorwaarden voor de verlening van een reguliere verblijfsvergunning op medische gronden zijn immers zeer streng gebleken. Ten eerste is uit de jurisprudentie gebleken dat het BMA van mening is dat vrijwel elke ziekte in het land van herkomst kan worden behandeld, waardoor Nederland niet meer het meest aangewezen land is. Ten tweede heeft de nieuwe invulling van het begrip *medische noodsituatie* ertoe geleid dat het nog moeilijker wordt om aan de voorwaarde te voldoen dat het dient te gaan om een noodzakelijke medische behandeling. Ten derde is ook het lage inwilligingspercentage verklaarbaar door de strenge financiële voorwaarden waaraan dient te worden voldaan.

Uit de gesprekken die zijn gevoerd met een veertiental asielbeslissers van de IND met betrekking tot deze strenge voorwaarden is nog een ander aspect naar voren gekomen dat als verklaring van het lage inwilligingspercentage kan worden aangevoerd: het gebrek aan communicatie en afstemming tussen de asielprocedure en de reguliere procedure. Sinds de inwerkingtreding van de nieuwe Vreemdelingenwet en de daaruit voortgevloede strikte scheiding tussen de asielprocedure en de reguliere procedure, zijn de voorwaarden die gelden indien een vluchteling een asielaanvraag indient en de voorwaarden die gelden indien een reguliere migrant een reguliere aanvraag indient totaal verschillend. *Asiel* en *regulier* zijn twee min of meer onafhankelijk van elkaar opererende afdelingen in de toelatingsprocedure geworden. Dit blijkt uit het feit dat de ondervraagde asielbeslissers van de IND nauwelijks tot geen notie hebben van de geldende voorwaarden in de reguliere procedure. Uit de gesprekken die ik heb gevoerd met de asielbeslissers van de IND kwam dan ook duidelijk naar voren dat er tussen beide afdelingen nauwelijks meer communicatie en afstemming plaatsvindt. Door het gebrek aan afstemming en communicatie zijn zij dan ook vaak niet op de hoogte van de voorwaarden waaraan een ex-asielzoeker moet voldoen wil hij in aanmerking komen voor een reguliere verblijfsvergunning op medische gronden.

---

128 Rapport van de Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid; p.18.

Indien een asielzoeker zijn asielaanvraag onderbouwt met regulier-gerelateerde gronden, dan verwijst de asielbeslissers hem dus vaak door naar de reguliere procedure zonder op de hoogte te zijn van de bij *regulier* geldende voorwaarden. Zouden zij beter op de hoogte zijn van de inwilligings- en afwijzingsgronden van de reguliere procedure dan zou daarmee kunnen worden voorkomen dat bij voorbaat kansloze reguliere procedures worden opgestart en zou het inwilligingspercentage mogelijk hoger kunnen zijn. Onderstaand citaat van een asielbeslissers van de IND illustreert het gebrek aan afstemming en communicatie.

*“Voor 1998 werd over reguliere- en asielzaken nog beschikt door eenzelfde beslissers, maar vanaf het moment dat regulier en asiel zijn losgetrokken, zijn de afdelingen totaal verschillend en is er nauwelijks sprake van enige communicatie en afstemming.”*

Op basis van de strengere voorwaarden voor de verlening van een reguliere verblijfsvergunning op medische gronden sinds de inwerkingtreding van de nieuwe Vreemdelingenwet en het gebrek aan afstemming en communicatie tussen *asiel* en *regulier*, is het niet ondenkbaar dat er in bepaalde gevallen wel degelijk sprake is van medische klachten, maar dat om uiteenlopende redenen niet wordt voldaan aan de zeer strenge voorwaarden, waardoor vreemdelingen met serieuze gezondheidsklachten toch worden afgewezen. Alleen de echt evidente medische noodsituaties leiden met deze strengere voorwaarden tot een inwilliging. Dit blijkt wel wanneer we kijken naar de ernst van de medische klachten van de afgewezen ex-asielzoekers uit de onderzoekspopulatie die uiteindelijk in het bezit zijn gesteld van een reguliere verblijfsvergunning op medische gronden. In de ingewilligde beschikkingen van deze afgewezen ex-asielzoekers die in 2002 een reguliere verblijfsvergunning hebben ontvangen is de standaardformulering opgenomen met de strekking dat *het uitblijven of stopzetten van de medische onherroepelijk zou leiden tot een zeer ernstig mensonwaardig bestaan in het land van herkomst met een aanzienlijke kans tot overlijden*. Het betreft hier ernstige medische noodsituaties, zoals zeer levensbedreigende hartproblemen, kanker in een vergevorderd stadium, en noodzakelijke nierdialyse-behandeling. In de afwijzende beschikkingen is de standaardformulering opgenomen met de strekking dat *het uitblijven of stopzetten van de medische hulp en begeleiding noodzakelijkerwijs niet direct zou leiden tot een mensonwaardig bestaan*.

### 3.4 Conclusie

Het aantal van 716 afgewezen ex-asielzoekers dat in 2002 vervolgens in de reguliere procedure een beroep heeft gedaan op medische gronden is slechts een fractie van het geschatte aantal asielaftwijzingen in 2002. Zetten we dit aantal van 716 vreemdelingen namelijk af tegen het geschatte aantal asielaftwijzingen in 2002, 15.000, dan gaat het slechts om een percentage van nog geen 5 procent. Deze bevinding voedt de gedachte dat het veronderstelde probleem van het *medisch asieltoerisme* niet empirisch is gefundeerd. De indruk die door politici is gewekt dat afgewezen ex-asielzoekers massaal gebruik maken van de medische sluiproute als achterdeur van de asielprocedure is op basis van deze empirische bevinding dan ook niet gegrond.

Indien we de 716 afgewezen ex-asielzoekers die in 2002 een reguliere aanvraag hebben ingediend op medische gronden vergelijken met de asielzoekers die de totale asielinstroom in 2002 vormen dan valt op dat de categorie *60 jaar en ouder* in de onderzoeksgroep (8%) hoger uitvalt dan dezelfde categorie in de totale asielinstroom (3%) in 2002. Ook de gemiddelde leeftijd ligt in de onderzoekspopulatie hoger (35.6 vs. 21.1). Dit is niet verwonderlijk gezien het feit dat ouderen statistisch gezien de grootste kans hebben op medische problemen. Ook deze bevinding duidt er derhalve op dat de stelling niet wordt onderstreept dat er sprake is van *medisch asieltoerisme*. Hier staat tegenover dat het gemiddelde niveau van de medische voorzieningen in de top-vijf-landen-van-herkomst van de onderzoekspopulatie hoger is dan het gemiddelde niveau van het gezondheids-apparaat in de top-vijf-landen-van-herkomst van de totale asielinstroom in 2002.

Naast bovenstaande bevindingen is de kans op inwilliging van een reguliere aanvraag op medische gronden vanuit een afwijzing in de asielprocedure gering gebleken. Slechts 9% van de vreemdelingen uit de onderzoekspopulatie is uiteindelijk in het bezit gesteld van een reguliere verblijfsvergunning op medische gronden. De kans dat afgewezen ex-asielzoekers in 2002 een reguliere aanvraag indienen op medische gronden, en hierin succesvol zijn, is slechts 0.45 procent. De reguliere procedure via het medische kanaal is dan ook geen kansrijk alternatief voor de asielprocedure gebleken. Dit lage inwilligingspercentage is voornamelijk te verklaren uit het feit dat de geldende voorwaarden en afwijzingsgronden zeer streng zijn. Met name de afwijzingsgrond dat er in het land van herkomst voldoende medische voorzieningen aanwezig zijn, waardoor Nederland in de ogen van de minister niet het meest aangewezen land is voor medische behandeling, vormt voor veel ex-asielzoekers een struikelblok. Zo kan het dus voorkomen dat de aanvragen van afgewezen ex-asielzoekers bij wie wel degelijk serieuze medische problematiek speelt, en die dus niet kunnen worden beschouwd als *medisch asieltoeristen*, toch worden afgewezen. Je zou je hierbij de vraag kunnen stellen of er niet eerder sprake is van het op slot doen van de *medische achterdeur*, terwijl er mogelijk wel degelijk redenen zouden kunnen zijn om deze achterdeur open te houden. Daarbij is door de strikte scheiding tussen *asiel* en *regulier* de noodzaak tot afstemming verdwenen. Hierdoor wordt er doorverwezen, zonder dat de asielbeslissers op de hoogte zijn van de geldende voorwaarden in de reguliere procedure.

Al met al kan op basis van deze empirische bevindingen het probleem van het *medisch asieltoerisme* worden beschouwd als een fictief sociaal probleem. Ondanks dat de achterdeur van het medisch kanaal op een kier staat, maken slechts relatief weinig afgewezen ex-asielzoekers hiervan gebruik. Bovendien is dit gebruik van deze medische achterdeur over het algemeen een illusoir recht gebleken.

## 4. De bijdrage van de Nederlandse overheid aan het veronderstelde probleem van de medische sluiproute

### 4.1 Inleiding

In het inleidende hoofdstuk van dit onderzoek zijn een drietal veronderstellingen naar voren gekomen die ten grondslag liggen aan het *medisch asieltoerisme*. De eerste veronderstelling luidde dat de asielzoekers *calculerend* te werk gaan en doelbewust gebruik maken van de medische sluiproute als achterdeur van de asielprocedure. Uit deze aanname vloeit voort dat de calculerende afgewezen ex-asielzoekers degenen zijn die verantwoordelijk moeten worden gehouden voor het *medisch asieltoerisme*. In dit hoofdstuk wordt nagegaan in hoeverre de calculerende ex-asielzoekers inderdaad verantwoordelijk zijn voor het *medisch asieltoerisme*; bezien wordt in hoeverre wellicht ook de Nederlandse overheid een bijdrage levert aan het ontstaan van *medisch asieltoerisme*? Naarmate de bijdrage van de Nederlandse overheid groter is, is er minder sprake van calculerende ex-asielzoekers die het veronderstelde probleem veroorzaken. Doelstelling van dit hoofdstuk is dan ook om inzicht te krijgen in de mate waarin en de wijze waarop het toelatingsbeleid van de Nederlandse overheid mogelijk een bijdrage levert aan het *medisch asieltoerisme*. Over de wijze waarop deze bijdrage van de overheid zal worden geoperationaliseerd, zal in het onderstaande nader worden ingegaan.

Om te komen tot snellere en eenvoudiger toelatingsprocedures zijn sinds de inwerkingtreding van de nieuwe Vreemdelingenwet, zoals al eerder in het inleidende hoofdstuk aan de orde is gekomen, asielgerelateerde aanvragen en reguliere aanvragen strikt gescheiden. Het huidige toelatingsbeleid betekent dat de rol van medische aspecten in de asielprocedure tot een minimum wordt beperkt; een inhoudelijke beoordeling van de door een asielzoeker aangevoerde medische omstandigheden vindt niet plaats. Om in aanmerking te komen voor een regulier verblijf op medische gronden in Nederland dient een aanvraag voor verlening van een verblijfsvergunning te worden ingediend bij de korpschef van de gemeente waar verblijf wordt beoogd. Ondanks het feit dat medische aspecten over het algemeen niet meer thuishoren in de asielprocedure is gebleken dat een deel van de asielzoekers fysieke en/of psychische problemen naar voren brengt. Indien tijdens de asielprocedure medische problemen aan het licht komen, dan zal de asielbeslissende van de IND de asielzoeker – in navolging van het beleid – moeten wijzen op de mogelijkheid een reguliere aanvraag in te dienen op medische gronden. Onderstaand is een beschikkingsbouwsteen – een standaardformulering die kan worden opgevoerd in de uiteindelijke asielbeslissing – opgenomen die voor een dergelijke *doorverwijzing* kan worden gebruikt.

Betrokkene heeft aangegeven dat hij/zij om medische redenen verblijf in Nederland wenst/in verband met zijn/haar gezondheidstoestand niet kan worden uitgezet. Dit valt echter niet onder één van de gronden voor verlening van een verblijfsvergunning *asiel* zoals is neergelegd in artikel 29 van de Vreemdelingenwet. De medische aspecten kunnen dan ook niet leiden tot verlening van de verblijfsvergunning *asiel*.

Voor zover betrokkene evenwel op deze grond verblijf in Nederland wenst, dient hij/zij een aanvraag tot het verlenen van een verblijfsvergunning *regulier* in te dienen. Hiertoe wordt betrokkene verwezen naar de korpschef van zijn/haar woonplaats.

In de Vreemdelingencirculaire (VC) is een passage opgenomen waaruit blijkt dat de *doorverwijzing* een formeel beleidsonderdeel is. De VC kan worden beschouwd als de vertaalslag van de Vreemdelingenwet naar de praktijk. Het handelt over de bevoegdheden van het al dan niet verlenen van vergunningen. De in de VC opgenomen passage met betrekking tot de *doorverwijzing* geeft aan dat indien een asielzoeker een aanvraag tot het verlenen van een verblijfsvergunning op asielgerelateerde gronden onderbouwt met regulier-gerelateerde gronden, de asielzoeker dient te worden verwezen naar de korpschef voor de indiening van een reguliere aanvraag.

De bijdrage van de overheid aan het *medisch asieltoerisme* wordt in dit onderzoek bepaald door de mate waarin de 716 afgewezen ex-asielzoekers in 2002 een reguliere aanvraag op medische gronden hebben ingediend naar aanleiding van een *doorverwijzing* in de negatieve asielbeschikking. Mocht zo'n *doorverwijzing* regelmatig zijn opgenomen in de negatieve asielbeschikkingen van de afgewezen ex-asielzoekers uit de onderzoekspopulatie, dan zou dit kunnen worden geïnterpreteerd als een onbedoeld neveneffect van het toelatingsbeleid van de overheid. Uitgangspunt met betrekking tot de bijdrage van de overheid is, dat hoe meer er door asielbeslissers wordt doorverwezen naar de reguliere procedure, hoe groter de bijdrage van de overheid is aan het *medisch asieltoerisme*. Hieruit volgt weer dat hoe groter de bijdrage van de overheid, hoe kleiner de bijdrage van de calculerende asielzoekers, die aanvankelijk als zeer groot werd verondersteld.

Naast de vaststelling van de mate waarin asielbeslissers van de IND de afgewezen ex-asielzoekers uit de onderzoekspopulatie hebben doorverwezen naar de reguliere procedure, zal vervolgens ook uitgebreider aandacht worden besteed aan de waarde die asielbeslissers en rechtshulpverleners aan de *doorverwijzing* hechten. Aan de hand van gevoerde gesprekken over het doorverwijzen zal worden nagegaan in hoeverre het doorverwijsbeleid door hen wordt beschouwd als een *dode letter* in het beleid. Op basis van deze gesprekken kan worden bepaald in hoeverre het percentage *doorverwijzingen* betekenisvol is. Als immers blijkt dat weliswaar wordt doorverwezen, maar dat het doorverwijsbeleid een *dode letter* blijkt, dan betekent het doorverwijspercentage op zich feitelijk niets. Het gaat dus meer om de betekenis en het effect van het doorverwijzen.

Om inzicht te krijgen in het doorverwijspercentage, de betekenis van het doorverwijzen en het effect van het doorverwijzen, is dit hoofdstuk ingedeeld in een kwantitatief en een kwalitatief deel waarin de volgende vragen centraal staan:

- Hoe vaak wordt er in de onderzoekspopulatie door de asielbeslisser verwezen naar de korpschef voor het indienen van een reguliere aanvraag op medische gronden?
- In hoeverre kan op basis van praktijkervaringen van asielbeslissers en rechtshulpverleners de *doorverwijzing* worden opgevat als een *dode letter* in het beleid?

#### 4.2 De kwantitatieve data-analyse

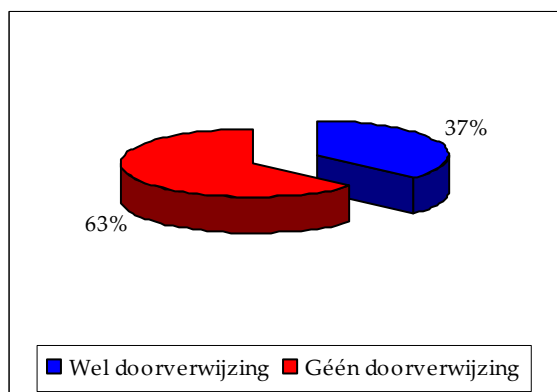
Om na te gaan welk deel van de afgewezen ex-asielzoekers uit de onderzoekspopulatie is doorverwezen, zijn in INDIS 150 aselechte dossiers bestudeerd; dit komt neer op een aselechte steekproef van 20 procent. Vanuit het bestand van de 716 afgewezen ex-asielzoekers die in 2002 een reguliere aanvraag hebben ingediend op medische gronden is aanvankelijk elk tiende nummer geselecteerd, waardoor 71 dossiers binnen de steekproef vielen. Om de betrouwbaarheid van de uitspraken te vergroten is dezelfde actie vanuit een ander beginpunt vervolgens herhaald. Na deze eerste twee acties bestond de steekproef derhalve uit 142 bruikbare dossiers. Tenslotte zijn hier aselekt nog acht dossiers aan toegevoegd, zodat de steekproef 150 dossiers van afgewezen ex-asielzoekers bevat die in 2002 een reguliere medische aanvraag hebben ingediend.<sup>129</sup> Gezien het feit dat de selectie van de steekproef op een aselechte wijze is uitgevoerd, lijkt er geen reden om aan te nemen dat de bevindingen essentieel zouden verschillen wanneer alle 716 dossiers zouden zijn geraadpleegd. Om te komen tot een uitspraak over het deel van de aanvragers dat in 2002 een reguliere aanvraag heeft ingediend op medische gronden na een *doorverwijzing* in de negatieve asielbeschikking, is in INDIS gezocht naar de meest recente asielbeschikking waarin de asielzoeker op de hoogte is gesteld van het feit dat zijn asielaanvraag is afgewezen. Aangezien pas sinds 1 juli 1998 in het kader van de stroomlijning van de toelatingsprocedure is toegewerkt naar een meer expliciete scheiding tussen de asielprocedure en de reguliere procedure, zijn de asielbeschikkingen van voor 1 juli 1998 buiten beschouwing gelaten. Indien deze asielbeschikkingen wel zouden zijn meegenomen in de kwantitatieve analyse, terwijl nog niet werd doorverwezen dan valt het percentage *doorverwijzingen* onterecht lager uit. Van de 150 geselecteerde dossiers uit de steekproef bleken er 35 van voor 1 juli 1998 te zijn. Het percentage *doorverwijzingen* is derhalve gebaseerd op 115 dossiers van afgewezen ex-asielzoekers die in 2002 een reguliere aanvraag hebben ingediend op medische gronden.

---

129 A stratified systematic sample; Uit: 'The practice of social research'; E.Babbie; Wadsworth, USA, 1998.

- Verdeling van de bestudeerde dossiers uit de steekproef per 1 juli 1998 naar doorverwijzing

	Aantal	Procenten
Doorverwijzing in de asielbeschikking	43	37
Geen doorverwijzing in de asielbeschikking	72	63
Totaal	115	100



Bron: Indis; Indiac, 2003.

Uit de bestudering van de 115 geselecteerde asielbeschikkingen waarin de asielzoeker wordt afgewezen blijkt, dat in 37 procent van de gevallen de asielzoeker is geweest op de mogelijkheid een reguliere aanvraag in te dienen op medische gronden. In eerste instantie geeft dit percentage doorverwijzingen aan dat de overheid en de IND-beslissers geen substantiële bijdrage leveren aan het *medisch asieltoerisme*; de bijdrage is in ieder geval minder dan aanvankelijk zou mogen worden verwacht op basis van het gegeven dat het formeel beleid is om te verwijzen naar de reguliere procedure indien medische aspecten worden aangedragen of naar voren komen tijdens de asielprocedure. Aangezien alle afgewezen ex-asielzoekers uit de steekproef van de onderzoekspopulatie in 2002 een beroep hebben gedaan op hun gezondheidssituatie, lijkt het gerechtvaardigd de verwachting uit te spreken dat door het merendeel van de vreemdelingen ook ten tijde van de asielaanvraag die aan de reguliere medische aanvraag voorafging, expliciet medische problemen zijn aangedragen, dan wel impliciet tijdens de asielprocedure naar voren zijn gekomen. Volgens het formele beleid zou in zo'n geval de asielbeslissers de asielzoeker moeten verwijzen naar de reguliere procedure voor een medische aanvraag. Ondanks het feit dat een percentage van 37 procent niet te verwaarlozen is, is het in dit licht bezien verwonderlijk dat het percentage doorverwijzingen niet aanzienlijk hoger ligt.

Om meer betekenis aan dit percentage doorverwijzingen toe te kennen staat in het vervolg van dit hoofdstuk de vraag centraal of het beleid met betrekking tot het doorverwijzen van asielzoekers naar de reguliere procedure kan worden beschouwd als een *dode letter* in het beleid. Om deze vraag te kunnen beantwoorden is het gekwantificeerde cijfermateriaal van het onderzoek aangevuld met kwalitatieve gegevens met betrekking tot de praktijkervaringen van personen die direct te maken hebben met de uitvoering van het toelatingsbeleid: asielbeslissers van de IND en rechtshulpverleners c.q. gemachtigden van asielzoekers.



In het vorige hoofdstuk is uit de gesprekken met de asielbeslissers uit de uitvoeringspraktijk gebleken dat *asiel* en *regulier* sinds de inwerkingtreding van de nieuwe Vreemdelingenwet onafhankelijk van elkaar werken; uit deze gesprekken kwam immers expliciet naar voren dat afstemming en communicatie tussen beide procedures ontbreken. Dit bleek wel uit het feit dat de ondervraagde asielbeslissers over het algemeen aan hebben gegeven nauwelijks tot geen notie te hebben van de geldende voorwaarden in de reguliere procedure. Wanneer elk medisch ongemak dat in de asielprocedure naar voren komt, of wordt aangedragen door de asielzoeker of diens gemachtigde, leidt tot een *doorverwijzing* dan betekent het doorverwijzen feitelijk niets en kan het worden opgevat als een *dode letter* in het beleid.

#### *Praktijkervaringen van asielbeslissers en rechtshulpverleners met betrekking tot het doorverwijzen*

Zoals eerder al naar voren is gekomen zijn er in totaal een veertiental gesprekken gevoerd met asielbeslissers van de IND. Van de 150 geraadpleegde dossiers uit de steekproef van de vorige paragraaf zijn de twintig meest recente beschikkingen geselecteerd en is nagegaan door wie deze beschikkingen zijn opgesteld. Van deze twintig asielbeslissers is vervolgens in de IND-gids<sup>130</sup> nagegaan of de asielbeslisser thans nog werkt als beslisser en is bij de desbetreffende beslisser geïnformeerd of hij/zij bereid was aan het interview mee te werken. Op deze wijze zijn uiteindelijk veertien gesprekken gevoerd met asielbeslissers van de IND.<sup>131</sup>

Overigens dient hierbij te worden opgemerkt dat dit niet pretendeert representatief te zijn. Aangezien er slechts veertien asielbeslissers zijn geïnterviewd, is het namelijk niet mogelijk de opvattingen van de ondervraagde asielbeslissers die uit de gesprekken naar voren zijn gekomen te generaliseren als zijnde de opvattingen van alle asielbeslissers van de IND. Desalniettemin verschaffen de opvattingen uit de gesprekken relevante informatie met betrekking tot de *doorverwijzing* en het *medisch asieltoerisme*.

Het antwoord op de vraag of het doorverwijzen kan worden beschouwd als een *dode letter* in het beleid is bepaald aan de hand van drie indicatoren. De eerste indicator heeft betrekking op de *kennis* van de asielbeslissers over het formele karakter van de doorverwijzing. Wanneer de status van de plicht onduidelijk is en wanneer ook niet duidelijk is wanneer een asielzoeker moet worden doorverwezen naar de reguliere procedure, dan beïnvloedt dit het percentage doorverwijzingen. Het lage percentage zou er derhalve op kunnen duiden dat niet alle asielbeslissers op de hoogte zijn van het beleid, hetgeen als eerste indicator kan worden gebruikt en aangeeft dat het beleid mogelijk geen toegevoegde waarde heeft. Naast de bekendheid met het formele karakter van het beleid is tijdens de individuele gesprekken met asielbeslissers van de IND de aandacht uitgegaan naar de *verwachtingen* die zij hebben op het moment dat er een asielzoeker wordt doorverwezen. Een laag verwachtingspatroon van de asielbeslissers met betrekking tot de doorverwijzing geeft aan dat de beslissers voornamelijk doorverwijzen, omdat het beleid hen hiertoe verplicht waardoor de verantwoordelijkheid wordt afgeschoven op de reguliere beslissers.

---

130 Een bestand op het Intranet van de IND waarin alle mensen zijn opgenomen die werkzaam zijn binnen de IND of één van haar ketenpartners.

131 Vijf asielbeslissers uit de regio Noord-Oost, drie asielbeslissers uit de regio Noord-West, twee uit Zuid-West, en vier asielbeslissers uit de regio Zuid-Oost.

De derde en laatste indicator heeft betrekking op het *realiteitsgehalte van de verwachtingen* van de asielbeslissers. De asielbeslissers is gevraagd of zij de doorverwezen asielzoeker nog volgen in het verdere verloop van de procedure. Net als de vorige indicator geldt hier dat, indien asielbeslissers nauwelijks tot geen interesse meer tonen in het verdere procedureverloop van de door hen doorverwezen asielzoeker, kan worden gesteld dat de asielbeslissers over het algemeen doorverwijzen in navolging van het beleid en dat hun verwachtingen niet zijn gebaseerd op reële kennis van zaken.

### 4.3 De kwalitatieve data-analyse

*De eerste indicator: de kennis over het formele karakter van de doorverwijzing*

De belangrijkste bevinding met betrekking tot de vraag aan de asielbeslissers naar de bekendheid van het formele karakter van de doorverwijzing was, dat het merendeel (8) van de ondervraagde asielbeslissers op de hoogte is van de formele status van de doorverwijsplicht. De twee onderstaande citaten illustreren deze bevinding.

*“Doorverwijzen is formeel beleid, er is niet voor niets een standaardbouwsteen voor doorverwijzen. Bovendien vind ik het netjes dat in de beschikking een doorverwijzing staat vermeld, met daarbij informatie over waar de vluchteling zich kan melden voor de reguliere aanvraag. Dit ondanks het feit dat ook de gemachtigde wel weet waar zij zich moeten melden voor de reguliere aanvraag.”*

*“Allereerst wordt gezien of de medische klachten passen in het asielverhaal. Op het moment dat ik te maken heb met een asielzoeker die medische klachten naar voren brengt die niet passen binnen het asielrelaas, maar er wel op duiden dat de vluchteling ziek is, dan is het doorverwijzen formeel beleid. Medische klachten die niet aan het asielverhaal van de vluchteling zijn gerelateerd, zijn een formele afwijzingsgrond op asiel. Het is nu eenmaal zo dat medische klachten thuishoren in de reguliere procedure.”*

Toch is het opvallend dat het niet voor alle asielbeslissers geheel duidelijk is dat het doorverwijzen algemeen formeel beleid is. Zes van de veertien asielbeslissers waren van mening dat het doorverwijzen de gangbare praktijk is, en niets meer is dan een gemaakte informele afspraak, zoals een van hen in onderstaand citaat aangeeft.

*“Volgens mij is het doorverwijzen naar de korpschef eerder het gevolg van gemaakte informele afspraken dan dat het formeel beleid is.”*

Ondanks het feit dat een uniforme beleidsuitvoering één van de kerndoelstellingen<sup>132</sup> van de IND is, weet dus niet iedere ondervraagde asielbeslissers dat het doorverwijzen naar de reguliere procedure formeel beleid is. In het licht van de uniforme beleidsuitvoering wekt deze uitkomst toch enige verbazing. Als immers niet bij iedereen duidelijk is wat het formele beleid is dan zal deze kerndoelstelling moeilijk worden gehaald. Dat het doorverwijzen door enkele beslissers wordt opgevat als een informele lokale afspraak kan wellicht worden verklaard door de ontstane strikte scheiding tussen asiel en regulier. De praktijk is dat medische aspecten thans niet meer thuis horen in de asielprocedure. Of dit nu algemeen formeel beleid is, of het gevolg is van een informele afspraak doet eigenlijk niet terzake, aangezien de actie van de asielbeslissers gelijk blijft.

*De tweede indicator: het verwachtingspatroon met betrekking tot de doorverwijzing*

Uit de gesprekken kwam allereerst naar voren dat het voor de asielbeslissers over het algemeen erg moeilijk is om de kansen in te schatten in de reguliere procedure. De asielbeslissers gaven over het algemeen te kennen dat zij geen artsen zijn en dat het dus moeilijk is om een inschatting van de kansen te maken. In de gevallen dat een vreemdeling zich beroept op gezondheidsklachten betreft het meestal psychische klachten. Als asielbeslissers is het meestentijds onmogelijk om de ernst van de klachten en de medische noodzakelijkheid van behandeling in Nederland te bepalen.

*“Dit is erg moeilijk om in te schatten. Regulier en asiel zijn tegenwoordig onafhankelijk. Daarnaast zijn wij geen artsen en kunnen we moeilijk een inschatting maken van de ernst van de aangedragen medische problemen.”*

Daarentegen zijn er ook enkele gevallen die zo evident zijn dat het niet nodig is om arts te zijn om de ernst van de medische situatie te kunnen inschatten. Sporadisch komt het dan ook voor dat de beslissers asieltechnisch het asielverzoek niet kan inwilligen, terwijl tegelijkertijd overduidelijk is dat op korte termijn een medische noodsituatie zou kunnen ontstaan. In dergelijke gevallen worden de kansen op een reguliere inwilliging op medische gronden hoog ingeschat. In deze gevallen baseren de asielbeslissers hun mening over de kansen op een medische inwilliging op medische rapportages.

*“De verwachte kansen op succes van de reguliere aanvraag is mede afhankelijk van de ernst van de medische rapportages. Soms zijn medische rapportages van bijvoorbeeld ‘centrum 40-45’, of van artsen van Amnesty International zo ernstig dat het evident is dat de kans op honorering van de reguliere aanvraag groot is.”*

Voor zover de asielbeslissers de kansen al in kunnen schatten is gebleken dat zij geen al te groot verwachtingspatroon hebben van de kansen van de doorverwezen vreemdeling in de reguliere procedure. Van de veertien asielbeslissers schatte geen enkele asielbeslissers de kansen van de vluchtelingen in de reguliere procedure hoog in. De meerderheid (9) sprak zelfs het vermoeden uit dat de kans op inwilliging zeer gering is. Onderstaande citaten illustreren deze lage verwachtingen.

132 <http://www.ind.nl/kerndoelstellingen>.

*“Eerlijk gezegd verwacht ik niet veel van een doorverwijzing. Mijn kennis over de criteria voor het doen van een reguliere aanvraag in het algemeen en medische aspecten in het bijzonder is te gering. Hierdoor kijk ik wellicht te makkelijk aan tegen de doorverwijzing, aangezien ik niet weet wat zo’n doorverwijzing daadwerkelijk inhoudt.”*

*“Ik vermoed dat de vluchteling weinig kans maakt in de reguliere procedure. Al is dit moeilijk in te schatten. Regulier verschilt tegenwoordig immers veel van asiel. Zo is regulier veel meer gebonden aan regels. Asiel daarentegen is ruimer interpreteerbaar.”*

*“De kans dat betrokkene alsnog zal worden toegelaten op basis van medische gronden, acht ik meestal niet zo groot, daar het beleid redelijk strikt en streng is. Maar ja, ‘niet geschoten is altijd mis’.*

Al met al lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat voor zover het voor asielbeslissers mogelijk is om de kansen op succes voor de doorverwezen vreemdeling in de reguliere procedure in te schatten, deze verwachtingen over het algemeen niet bepaald hooggespannen zijn.

#### *De derde indicator: het realiteitsgehalte van de verwachtingen*

De laatste indicator die iets zegt over de waarde die in het beleid kan worden gehecht aan de doorverwijzing heeft betrekking op de interesse die de asielbeslissers toont in het verdere procedureverloop van de asielzoeker die hij afwijst en tegelijkertijd doorverwijst. De aandacht tijdens de individuele gesprekken ging wat deze indicator betreft dan ook uit naar de vraag of op het moment dat de asielbeslissers de negatieve asielbeschikking heeft opgesteld hij de procedurele vervolgcacties van de ex-asielzoeker en de mogelijke uitkomst van de reguliere aanvraag nog volgt. Aansluitend is de vraag gesteld of hij daarbij wellicht ook nog contact met zijn collega-beslissers *regulier* heeft over ‘zijn’ asielzoeker.

Uit de interviews met de beslissers is gebleken dat tien van de veertien asielbeslissers de vervolgcacties van de doorverwezen vreemdeling over het algemeen niet meer volgen. Slechts sporadisch gaat de asielbeslissers na of er daadwerkelijk door de doorverwezen ex-asielzoeker een regulier verzoek is ingediend en wat de mogelijke uitkomst van de reguliere procedure is. Door de meeste ondervraagde beslissers werd echter aangegeven dat hier absoluut ‘geen beginnen aan’ is. Hieruit blijkt dat het verwachtingspatroon van de asielbeslissers met betrekking tot de doorverwijzing over het algemeen geen verwachtingspatroon is dat is gebaseerd op reële praktijkervaringen. De twee voornaamste redenen voor het feit dat doorverwezen vluchtelingen over het algemeen niet meer worden gevolgd, zijn de werkdruk, en het gebrek aan afstemming en communicatie tussen *asiel* en *regulier*. Het is dus niet zozeer gebrek aan interesse als wel een gebrek aan tijd.

Het enige dat sommige asielbeslissers later nog eens bekijken, is de uiteindelijke uitspraak in de asielprocedure. Beroepsmatig is de asielbeslissers namelijk vaak geïnteresseerd in de vraag of de rechter het uiteindelijk eens was met de beschikking die de asielbeslissers heeft opgesteld.

Ook contacten met reguliere beslissers zijn spaarzaam. Gezien het feit dat reguliere gronden en asielgronden totaal verschillend zijn, is er volgens de asielbeslissers ook geen aanleiding om contact te hebben met de reguliere beslissers.

*“Nee. Daar is absoluut de tijd niet voor. Als asielbeslissers bemoei ik mij zeer intensief met mijn eigen asioldossiers, maar daar blijft het bij. Ook heb ik nauwelijks contact met reguliere beslissers. Hier is vaak ook geen aanleiding voor.”*

*“Tenzij het een heel interessant dossier betreft, volg ik de vervolgacties van de asielzoeker niet meer, er is simpelweg geen beginnen aan.”*

*“Steeds nam ik me voor om zaken te volgen, maar dit kwam er slechts sporadisch van. Dit komt voornamelijk door de vele dossiers en de relatief lange doorlooptijden voor het vervolgetraject. Van de twee of drie zaken die ik later nog eens heb opgezocht, is geen van de aanvragen op medische gronden overigens gehonoreerd.”*

De vier asielbeslissers die vertelden zeer spaarzaam na te gaan hoe het de doorverwezen asielzoeker in de reguliere procedure is vergaan, voegden hier aan toe dat dit, de enkele keer dat het gebeurt, eerder uit persoonlijke overwegingen gebeurt dan uit beroepsmatige.

*“Af en toe raakt een relaas van een zieke asielzoeker je persoonlijk en ben je benieuwd naar wat er met hem of haar is gebeurd.”*

Asielzoekers hebben allen een rechtshulpverlener c.q. gemachtigde tijdens de asielprocedure. Zij bepalen in belangrijke mate het procedureverloop van de asielzoeker. Vandaar dat als aanvulling op het hierboven gepresenteerde kwalitatieve feitenmateriaal ook aan een achttal rechtshulpverleners de vraag is voorgelegd welke waarde zij hechten aan een doorverwijzing in de negatieve asielbeschikking. De acht rechtshulpverleners zijn geselecteerd uit een bestand e-mailadressen op internet<sup>133</sup>, waarin advocaten en rechtsbijstandverleners stonden vermeld die asielzoekers bijstaan tijdens de procedure. Door het versturen van een e-mail is met de rechtshulpverlener contact gezocht, en is vervolgens telefonisch contact opgenomen.

---

133 <http://www.vreemdelingenland.com>.

Ten eerste viel op dat elke medische klacht door bijna alle rechtshulpverleners (7) wordt aangegrepen om een reguliere aanvraag op medische gronden te doen. De voornaamste reden die hiervoor door de meeste rechtshulpverleners wordt gegeven is het simpele feit dat er praktisch geen enkele asielaanvraag meer wordt ingewilligd. In veel gevallen zal er dus volgens de rechtshulpverleners een reguliere aanvraag worden ingediend op medische gronden, zodra er enigszins sprake is van medische problematiek.

*“Tegenwoordig wordt er nauwelijks meer een asielaanvraag ingewilligd. Ik zal dan ook elke medische ongerechtigheid aangrijpen om een reguliere aanvraag te doen.”*

Net als de asielbeslissers schatten zij de kansen op succes echter eveneens zeer laag in. Desalniettemin zullen zij hun cliënt toch aanraden een medische aanvraag in te dienen, ongeacht of er is doorverwezen of niet. Slechts één gemachtigde gaf aan dat hij het zijn cliënten sterk afraadt om ‘in het medisch circuit te duiken’, tenzij er echt zware medische klachten spelen.

*“Met name in zaken waarin psychische klachten een belangrijke rol spelen, wordt met de doorverwijzing vaak ten onrechte de zaak gemedicaliseerd en schuift de IND haar verantwoordelijkheid af naar de Vreemdelingendienst. In de jurisprudentie is al regelmatig door de rechtbank bepaald dat IND haar eigen verantwoordelijkheid moet nemen en niet af mag schuiven naar de korpschef. De reguliere aanvraag voor een medische behandeling wordt vervolgens hoe dan ook afgewezen vanwege het ontbreken van een Machtiging tot Voorlopig Verblijf, dus deze doorverwijzing naar de korpschef is niets meer dan het laten ontstaan van een illusionair recht. Dit betekent voor mij dat ik cliënten sterk afraadt om het medisch circuit in te duiken, tenzij er echt alleen maar zware medische aspecten spelen.”*

Voor de rechtshulpverleners is de doorverwijzing naar de reguliere procedure over het algemeen dan ook betekenisloos en heeft deze praktisch geen enkel nut. Over het algemeen is elk medisch probleem voor de ondervraagde rechtshulpverleners toch wel aanleiding – ook zonder doorverwijzing in de asielbeschikking – om hun cliënt aan te raden een reguliere aanvraag in te dienen. Hieruit vloeit voort dat de ondervraagde asielbeslissers over het algemeen van mening zijn dat de doorverwijzing dan ook niets meer is dan het laten ontstaan van een illusionair recht.

#### 4.4 Conclusie

Op basis van de bevindingen uit dit hoofdstuk kan worden gesteld dat de Nederlandse overheid als beleidsmaker en de asielbeslissers van de IND als beleidsuitvoerders geen noemenswaardige bijdrage leveren aan het veronderstelde probleem. In 37% van de onderzochte gevallen is een afgewezen ex-asielzoeker uit de onderzoekspopulatie doorverwezen naar de reguliere procedure voor het indienen van een reguliere aanvraag op medische gronden.

Op basis van de gevoerde gesprekken met de asielbeslissers van de IND waarin de drie besproken indicatoren aan bod zijn gekomen, kwam naar voren dat het doorverwijzen kan worden beschouwd als een *dode letter* in het beleid. Ten eerste bleek uit de gesprekken dat het merendeel van de ondervraagde asielbeslissers doorverwijst omdat het beleid hen hiertoe verplicht. Ten tweede is gebleken dat de asielbeslissers zeer lage verwachtingen hebben van de kansen van de doorverwezen ex-asielzoekers in de reguliere procedure. Ten slotte leerde de gevoerde gesprekken dat de asielbeslissers over het algemeen niet weten wat er van een doorverwijzing terechtkomt, en ook geen verdere inspanningen verrichten om dit te weten te komen. Ook uit de aanvullende gesprekken die zijn gevoerd met acht rechtshulpverleners bleek dat de doorverwijzing feitelijk niets betekent. Ook zonder doorverwijzing zullen zij over het algemeen namelijk elk medisch probleem aangrijpen om een reguliere aanvraag in te dienen op medische gronden. Dit ondanks het feit dat ook zij niet veel vertrouwen hebben in een goede afloop van de reguliere aanvraag.

Kortom, ondanks het feit dat de verwachtingen van een doorverwijzing door zowel asielbeslissers als rechtshulpverleners erg laag worden ingeschat, en er door de asielbeslissers van de IND nauwelijks moeite wordt gedaan om te informeren naar het verdere verloop van de doorverwezen asielzoeker, verwijzen asielbeslissers toch door; simpelweg vanwege het feit dat het beleid hen hiertoe verplicht. Op basis hiervan lijkt het dan ook gerechtvaardigd om het doorverwijsbeleid als een *dode letter* te bestempelen. Hoewel het doorverwijspercentage van 37 procent niet te verwaarlozen is, betekent het feitelijk niets, omdat gebleken is dat het doorverwijzen een *dode letter* in het beleid is.

Op basis van de empirische bevindingen uit het vorige hoofdstuk werd al gesteld dat het probleem van het *medisch asieltoerisme* feitelijk kan worden beschouwd als een fictief sociaal probleem. Aanvullend op deze bevinding kan op basis van de bevindingen uit dit hoofdstuk worden gesteld dat daar waar het probleem al bestaat, het niet het onbedoelde gevolg is van het overheidsbeleid.

## 5. Slotbeschouwing

### 5.1 Inleiding

In dit afsluitende hoofdstuk zullen allereerst de belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek op een rijtje worden gezet en zal op basis van deze afzonderlijke bevindingen de centrale onderzoeksvraag worden beantwoord. Daarnaast zal worden ingegaan op de relevantie van het onderscheiden en benoemen van fictieve sociale problemen en het symbolische beleid dat wordt gevoerd naar aanleiding van fictieve sociale problemen in onze huidige samenleving. Tenslotte zal worden teruggekomen op een vraag die reeds in het inleidende hoofdstuk van dit onderzoek aan bod is gekomen met betrekking tot de historische ontwikkeling van sociale problemen. De vraag zal namelijk worden beantwoord of er naast de *theologische*, *metafysische* en *positieve* fase niet een vierde fase kan worden onderscheiden die kenmerkend is voor onze huidige democratie: het *fictieve* stadium.

### 5.2 De bevindingen in vogelvlucht

De empirische gegevens uit hoofdstuk drie en vier hebben aangegeven dat er in 2002 in totaal 716 afgewezen ex-asielzoekers een reguliere aanvraag hebben ingediend op medische gronden. Afgezet tegen de 15.000 afgewezen asielzoekers in 2002, gaat het hier om een percentage van slechts vijf procent. De indruk die door sommige politici in het verharde klimaat ten opzichte van de komst van asielzoekers is gewekt dat *medisch asieltoerisme* een zorgwekkend sociaal probleem is, blijkt op basis van deze empirische bevinding niet gegrond. Nadat uit het onderzoek van de Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid al is gebleken dat het aantal asielzoekers en het aantal reguliere migranten dat zich beroept op medische gronden slechts een fractie is van de totale immigratie, komt uit onderhavig onderzoek naar voren dat ook slechts relatief weinig afgewezen ex-asielzoekers zich beroepen op hun gezondheidssituatie in de reguliere procedure. Naast de bevinding dat het percentage afgewezen ex-asielzoekers dat in 2002 een reguliere aanvraag indient op medische gronden slechts een fractie is van het totale aantal afgewezen asielzoekers in 2002, blijkt ook nog eens dat de kans op inwilliging gering is. Van de 502 afgewezen ex-asielzoekers waarover ten tijde van de dataverzameling voor dit onderzoek een beslissing is genomen in de reguliere procedure zijn er slechts 46 in het bezit gesteld van een reguliere verblijfsvergunning op medische gronden; het inwilligingspercentage bedraagt derhalve slechts 9%. Kortom, de kans dat afgewezen ex-asielzoekers in 2002 een reguliere aanvraag indienen op medische gronden, en hierin succesvol zijn is slechts 0.45 procent.

Naast de mate waarin afgewezen ex-asielzoekers het medisch kanaal gebruiken als achterdeur van de asielprocedure en de mate waarin zij hierin succesvol zijn, is in dit onderzoek ook nagegaan in hoeverre de overheid bijdraagt aan de totstandkoming van het veronderstelde probleem door middel van het doorverwijzen naar de reguliere procedure. Na bestudering van 150 dossiers bleek in 37 procent van de gevallen de asielzoeker door een van de asielbeslissers van de IND te zijn doorverwezen naar de reguliere procedure. Op basis van gevoerde gesprekken met een aantal asielbeslissers van de IND en gemachtigden van asielzoekers kwam naar voren dat het doorverwijzen kan worden beschouwd als een *dode letter* in het beleid.



Ondanks het feit dat de verwachtingen van een doorverwijzing door zowel asielbeslissers als rechtshulpverleners erg laag worden ingeschat, en er door de asielbeslissers van de IND nauwelijks moeite wordt gedaan om te informeren naar het verdere verloop van de doorverwezen asielzoeker, verwijzen asielbeslissers toch door; simpelweg vanwege het feit dat het beleid hen hiertoe verplicht. Bovendien verwijzen de ondervraagde asielbeslissers over het algemeen door naar de reguliere procedure zonder dat zij op de hoogte zijn van de geldende criteria bij een reguliere aanvraag. Zij hebben er hierdoor vaak geen notie van wat een dergelijke doorverwijzing feitelijk voor de asielzoeker betekent. De strikte scheiding tussen *asiel* en *regulier* is hier debet aan. Het doorverwijspercentage van 37 procent is dus weliswaar niet te verwaarlozen, maar het betekent feitelijk niets, omdat gebleken is dat het doorverwijzen een *dode letter* in het beleid is.

Op basis van de hierboven samengevatte empirische bevindingen uit dit onderzoek luidt de conclusie dat, geheel in lijn met de bevindingen van het onderzoek van de LCMAV naar *medisch asieltoerisme* van asielzoekers en reguliere migranten, dat ook het gebruik van het medisch kanaal als achterdeur van de asielprocedure door afgewezen ex-asielzoekers een fictief probleem is. Ondanks dat de achterdeur van het medisch kanaal op een kier staat, maken slechts relatief weinig afgewezen ex-asielzoekers hiervan gebruik en bovendien is het gebruik van deze medische achterdeur over het algemeen een illusoir recht gebleken. Tenslotte is gebleken dat daar waar het probleem al bestaat, het niet het onbedoelde gevolg is van het overheidsbeleid.

### **5.3 Fictieve sociale problemen en symbolisch beleid**

Zoals in het theoretische hoofdstuk van dit onderzoek reeds naar voren is gekomen, bestaat er een heftige controverse over de opvatting dat op basis van empirisch feitenmateriaal kan worden bepaald of een sociaal verschijnsel onterecht als sociaal probleem is benoemd. Ten gronslag aan deze controverse ligt de strijdvraag of er sprake kan zijn van een waarheid op zichzelf, zoals dat het geval lijkt te zijn in de natuurwetenschappen. Ondanks deze constante wetenschappelijke strijd tussen enerzijds een postmodern-constructivistische wetenschapsopvatting en anderzijds een objectivistisch-functionalistische wetenschapsopvatting is in dit onderzoek gekozen voor de objectivistische invalshoek om de omvang van sociale problemen vast te kunnen stellen. Hoewel geen enkel idee over het 'goede' en de 'absolute waarheid' boven kritiek is verheven, is het uitgangspunt van dit onderzoek dat met behulp van grondig empirisch onderzoek goede gronden kunnen worden gevonden voor het geven van objectieve oordelen. Gegeven een bepaald perspectief staat immers bij voorbaat helemaal niet vast dat de onderzoeker de empirische feiten vindt waarnaar hij op zoek is. Gegeven het perspectief dat immigratie in het algemeen en de immigratie van asielzoekers die een beroep doen op de kostbare medische voorzieningen in het bijzonder een probleem is, staat overeind dat het aantal afgewezen ex-asielzoekers dat doelbewust gebruik maakt van het medisch kanaal als achterdeur van de asielprocedure slechts een minieme fractie is van de totale immigratie. Met empirisch onderzoek kan op deze manier een eerste aanzet worden gegeven om te bezien in hoeverre het bekijken van een sociaal verschijnsel vanuit een dergelijke invalshoek is vol te houden. De postmoderne eis dat alle werkelijkheidsdefinities van individuen als even 'goed' en even 'waar' moeten worden behandeld, zou leiden tot een richtingloos relativisme, waardoor de geldigheid van de objectieve oordelen van wetenschappers over de werkelijkheid wordt ondermijnd.

### *De vierde fase: het fictieve stadium in onze huidige dramademocratie*

Nu in de vorige paragraaf is uiteengezet waarin de relevantie gelegen is met betrekking tot het bepalen van de omvang van sociale problemen op basis van empirische feitenmateriaal, kan het *medisch asieltoerisme* op basis van het empirisch feitenmateriaal uit dit onderzoek dus worden bestempeld als een fictief sociaal probleem. Uit dit onderzoek is immers gebleken dat de indruk die door sommige politici is gewekt dat afgewezen ex-asielzoekers in zorgwekkende mate gebruikmaken van de medische sluiproute niet empirisch gefundeerd is.

Door het politieke discours en het verharde maatschappelijke klimaat ten opzichte van de komst van asielzoekers is er onterecht een morele paniek ontstaan over *medisch asieltoerisme*; een paniek die niet is gebaseerd op feiten, maar op fictie. Hoe is het dan toch mogelijk dat de aandacht voor *medisch asieltoerisme* zo groot is geworden, zonder dat de empirische feiten hiertoe aanleiding hebben gegeven? Deze gedachtengang maakt het aannemelijk om te veronderstellen dat er een vierde fase kan worden onderscheiden met betrekking tot de ontwikkeling van sociale problemen. Na de *theologische*, de *metafysische* en de *positieve* fase, lijkt er tegenwoordig sprake van een *fictieve* fase of, in navolging van Elchardus, een fase van *dramatisering*. In deze fase spelen incidenten en gebeurtenissen en de perceptie daarvan een voornamere rol bij het benoemen van sociale problemen dan de objectieve feitelijke situatie. Mensen worden door de beschrijving van zo'n gebeurtenis 'gegrepen', waardoor de vraag naar het waarheidsgehalte vaak niet wordt gesteld. De wijze waarop sociale problemen in deze vierde fase worden benoemd past binnen onze huidige 'dramademocratie'.<sup>134</sup>

### *De dramademocratie: problemen en oplossingen*

Mark Elchardus heeft betoogd dat onze democratie steeds meer is verworden tot een 'dramademocratie', waarin de politiek theater is geworden en waarin het beeld dat mensen van de sociale werkelijkheid hebben meer en meer wordt bepaald door de wijze waarop allerlei incidenten en gebeurtenissen in het nieuws en in de media verschijnen. De publieke kijk op en beleving van de sociale werkelijkheid is zagezegd overwegend 'evenementieel'<sup>135</sup>; met andere woorden: geobsedeerd door gebeurtenissen. Dit is tegenwoordig de wijze waarop de pers de wereld benadert.

De mensen volgen de gebeurtenis, haar oorzaken, omvang, morele betekenis en gevolgen over het algemeen nu eenmaal uitsluitend via de pers en de media. De media scheppen zo een beeld of voorstelling van de burger en de politiek kan niets anders doen dan hierop inhaken. In dit kader spreekt De Swaan over het feit dat mensen makkelijker beïnvloedbaar worden, doordat de prikkels sterker worden door de verslaggeving op bijvoorbeeld de televisie. Op deze manier heeft leed, agressie en angst een krachtiger uitwerking op onze gemoederen. Daarmee neemt ook de aandrang op de politici toe om er toch vooral iets aan te doen.<sup>136</sup> Deze door de media geconstrueerde sociale werkelijkheid weerspiegelt op de een of andere manier de grote zorgen, angsten en conflicten van de samenleving, op basis waarvan het politieke klimaat zich ontwikkelt.

---

134 'De Dramademocratie'; M.Elchardus; Tielt (België), 2002.

135 'De Dramademocratie'; M. Elchardus; pag.15.

136 'Lijden op afstand'; Uit: 'Blijven Kijken'; A.de Swaan; Amsterdam, 1997.

De zorgen en angsten over de stroom asielzoekers naar Nederland die op deze manier door de media zijn opgewekt, hebben in de 'dramademocratie' grote invloed gehad op de ontwikkeling van het politieke klimaat in Nederland ten opzichte van nieuwkomers in het algemeen en het beroep van deze nieuwkomers op kostbare medische voorzieningen in het bijzonder. Vanaf het eind van de jaren tachtig is het politieke klimaat in Nederland met betrekking tot asielzoekers en reguliere migranten in belangrijke mate door de media veranderd. De thema's van immigratie en de positie van immigranten in Nederland staan vrijwel voortdurend op de politieke agenda. Zowel op bestuurlijk als op maatschappelijk niveau is er de laatste decennia dan ook een verharding van de houding ten opzichte van immigranten te zien en wordt in de media steeds vaker de vraag gesteld of Nederland zo langzamerhand niet te vol is.

De sensationele presentatie van het nieuws berusten op een dubbele *onoprechtheid*: ten eerste worden gebeurtenissen gedramatiseerd en krijgen deze min of meer een fictieve lading. En ten tweede wordt iedere dag opnieuw voorgewend dat er sensationeel nieuws heeft plaatsgevonden dat ons moet verontwaardigen.<sup>137</sup> Het lijkt erop dat de samenleving de controle over haar 'ervaringshonger' en 'nieuwsgierigheid' heeft verloren. Mensen raken hierdoor het vermogen kwijt juiste en verkeerde dingen, belangrijke en onbelangrijke zaken van elkaar te onderscheiden.<sup>138</sup> De gebeurtenissen die in de media verschijnen worden regelmatig overdreven en zijn feitelijk veel minder belangrijk dan we denken.<sup>139</sup> De wijze waarop een incident of gebeurtenis wordt beschreven kan ertoe leiden dat mensen door een gebeurtenis worden 'gegrepen', waardoor de vraag naar het waarheidsgehalte – de empirische validiteit en de juistheid van de interpretatie – niet wordt gesteld. Een zorgvuldig onderzoek naar gebeurtenissen en gedragspatronen van groepen ontbreekt, terwijl mensen in een samenleving hun sociale werkelijkheid wel ontleen aan dergelijke – empirisch niet vastgestelde – beschreven sociale verschijnselen. Aangezien politici in de eerste plaats worden geacht de leden van een samenleving te vertegenwoordigen en de preferenties van deze leden te 'registreren', zullen zij inspringen op de geconstrueerde zorgen en angsten die leven binnen een samenleving en zullen zij deze ook mede willen vormen. Politici communiceren tegenwoordig in dergelijke gevallen voornamelijk via de media.<sup>140</sup> Niet voor niets wordt er door sociologen die de evolutie van politieke partijen hebben onderzocht gesproken van een 'gemediatiseerde dialoog' met de kiezer met een politieke boodschap die sterk de emoties, zorgen en angsten aanspreekt.<sup>141</sup> Het is dan ook niet ondenkbaar dat de stijl van berichtgeving ook met zich meebrengt dat in de 'dramademocratie' de politieke stellingen van politici worden geloofd, ook al blijkt uit empirisch onderzoek dat zij geen steek houden.<sup>142</sup>

---

137 'Emotionele democratie: over morele vooruitgang'; B. van Stokkom; Amsterdam, 1997.

138 P. Sloterdijk, 1983; 'Kritik der zynischen Vernunft'; In: 'Emotionele democratie: over morele vooruitgang'; B. van Stokkom; Amsterdam, 1997.

139 Elchardus; 1998.

140 Zo bleek uit een onderzoek van Dalton & Wattenberg (2000) dat voor politieke partijen het belang van de leden afneemt, terwijl dat van de media-adviseurs en woordvoerders toeneemt.

141 Dalton & Wattenberg (2000).

142 Swanson & Mancini; 1996.

Dat de stijl van berichtgeving een steeds belangrijker rol vervult in zowel het maatschappelijke als in het politieke discours komt goed naar voren in een artikel van Sharon Pickering over de wijze waarop asielzoekers in Australië over het algemeen door de media worden neergezet als probleemgroep waartegen moet worden opgetreden.

“...The issues prioritized in the press are debates over what I have argued is the deviant problem that asylum seekers and refugees constitute, and how a strong state is required to regulate this problem: preferably keeping the problem out. There are occasions in which reports challenge these dominant news themes. However, these were the exception and not the norm...The choice of vocabulary revealed the ways in which language that challenges the status of refugees is used by the press, casting doubt on their legitimacy and genuineness, without questioning the assumptions upon which debatable terms such as ‘phoney’ and ‘bogus’ are based”. (Pickering)<sup>143</sup>

Gebeurtenissen (zoals de komst van asielzoekers) die anders relatief onopgemerkt voorbij zouden zijn gegaan, kunnen door de berichtgeving in de media gemakkelijk uit de actualiteit breken en uitgroeien tot crisissen, affaires en enorme problemen. In dit kader merkt Elchardus op dat de oorzakelijke analyse tegenwoordig wordt geruild voor een dramaturgische metafoor.<sup>144</sup> Dit impliceert een verschuiving van manifeste sociale problemen naar fictieve sociale problemen. Er worden allerlei sociale verschijnselen als problematisch ervaren, terwijl ze dit feitelijk helemaal niet zijn. Met deze verschuiving van manifeste naar fictieve sociale problemen in onze huidige dramademocratie verandert tegelijkertijd de rol van de wetenschapper met betrekking tot het benoemen van een sociaal verschijnsel als sociaal probleem. Waar de bevindingen van empirisch-wetenschappelijk onderzoek, met name in de *positieve* fase, ten grondslag liggen aan de benoeming van een sociaal probleem, daar bestudeert de onderzoeker in het *fictieve* stadium vaak pas achteraf of de zorg over een bepaald verschijnsel gerechtvaardigd is en of er kan worden gesproken van een feitelijk of een fictief probleem.

Een wildgroei aan fictieve sociale problemen in de dramademocratie kan ertoe leiden dat de leden van een samenleving hun vertrouwen verliezen in de politiek. Met betrekking tot het onderwerp van dit onderzoek kan dan worden gedacht aan het wantrouwen in het beleid van de overheid om paal en perk te stellen aan de asielinstroom. De dramatische berichten in de media, waarin de indruk wordt gewekt dat asielzoekers ‘massaal’ gebruik maken van de medische sluiproute om alsnog in het bezit te worden gesteld van een verblijfsvergunning, bevestigen en vergroten dit wantrouwen. Anderzijds leidt ook het negeren van fictieve sociale problemen tot wantrouwen. De samenleving, of in ieder geval een aanzienlijk deel van de samenleving, ervaart een bepaald sociaal verschijnsel als een sociaal probleem en eist van de overheid dat hiertegen wordt opgetreden, zonder dat empirische feiten de noodzaak tot overheidsoptreden bevestigen.

143 ‘Common sense and original deviancy: news discourses and asylum seekers in Australia’; S. Pickering; In: ‘Journal of refugee studies’; Vol.14, nr.2, Oxford 2001.

144 ‘De Dramademocratie’; M.Elchardus; Tielt (België), pag.68.

Voor de overheid lijkt er dan ook sprake van een keuze tussen twee 'kwaden' met betrekking tot het te voeren beleid naar aanleiding van fictieve sociale problemen: aan de ene kant is beleid voeren naar aanleiding van fictieve sociale problemen per definitie symbolisch, omdat het probleem feitelijk niet of nauwelijks bestaat, en aan de andere kant kan het negeren van een fictief sociaal probleem er toe leiden dat het wantrouwen in de politiek toeneemt.

### *Beleidsoplossingen naar aanleiding van fictieve sociale problemen*

Zoals al naar voren kwam speelt de relatie tussen de media, politiek en de leden van een samenleving in de 'dramademocratie' zich in belangrijke mate af rond personen, incidenten en gebeurtenissen. Ook is reeds gesteld dat op die manier het politieke klimaat gemakkelijk en in te grote mate wordt meegezogen in de verhalen die als golven over de publieke opinie rollen. Politiekgevoelige discussies, zoals het asielvraagstuk, worden vaak gekenmerkt door een gebrek aan adequate informatie en een eenzijdige vraagstelling. Duidelijk is gemaakt dat in onze huidige samenleving steeds meer verschijnselen als onwenselijk worden beschouwd zonder dat de ernst van de feiten hiertoe direct aanleiding geven. Ondanks het feit dat in de 'dramademocratie' vaak een oorzakelijke analyse van een sociaal probleem ontbreekt, kenmerken sociale problemen zich door het feit dat zij **i)** door de samenleving, of een deel daarvan, als ongewenst wordt ervaren en **ii)** dat zij tevens oplosbaar worden geacht. Desondanks blijken sociale problemen in de praktijk vaak moeilijk tot niet-oplosbaar.

Interventies in de sociale werkelijkheid geschieden in de moderne samenleving aan de hand van beleid. De aandacht gaat in dit geval uit naar de vraag hoe beleid zich verhoudt tot sociale problemen die niet zijn gebaseerd op empirisch onderzoek, maar op een door de media beïnvloede en gevormde uitdrukking van angst en zorg. Richten we ons op het beleid dat wordt gevoerd ten aanzien van dergelijke – door de media geconstrueerde – problemen, dan is dit beleid per definitie symbolisch. Een fictief probleem wordt immers ervaren als probleem, terwijl het dit feitelijk helemaal niet is; met andere woorden: het probleem bestaat niet of nauwelijks. De vraag 'waar gaat 't naar toe?' of 'waar moet 't naar toe?' leidt juist in die combinatie tot speculatieve antwoorden; die antwoorden blijken dan vaak minder dan wenselijk te stoelen op feiten of verdedigbare scenario's voor de toekomst, en meer dan wenselijk op emotionele stellingnames vooraf.<sup>145</sup> Hierdoor wordt de politiek er snel toe verleid een beleid voor te stellen in plaats van er een te voeren. De aankondiging van een maatregel kan immers gelden als nieuws, terwijl de uitvoering van de maatregel er niet toe doet, omdat het probleem niet of nauwelijks bestaat. Kortom: regeren in onze 'dramademocratie' wordt in de eerste plaats communiceren. Ministers en politici worden meer op hun communicatievaardigheden beoordeeld dan op hun beleid. Hiermee is direct het 'gevaar' aangegeven van de wijze waarop de overheid functioneert in de 'dramademocratie'. Je kunt je immers afvragen of de context waarin politici moeten optreden het risico op populisme niet al te groot maakt, en de kans op integriteit niet al te klein?

---

<sup>145</sup> 'Migratie, minderheden en beleid in de toekomst: een trendstudie'; R. Penninx, et.al.; Tijdelijke Wetenschappelijke Commissie Minderhedenbeleid; Instituut voor Migratie- en Etnische Studies; Universiteit van Amsterdam; 1995.

Politici die verantwoordelijk zijn voor het vreemdelingenbeleid kunnen berichten over 'medische asieltoeristen' niet gebruiken in een politiek klimaat waarin zij juist geacht worden een strenger toelatingsbeleid te voeren. Steeds vaker worden asielzoekers dan ook in de media onterecht neergezet als 'berekende gelukzoekers' die doelbewust alle middelen aanwenden om in Nederland te mogen blijven. Deze ontwikkeling blijft overigens niet beperkt tot Nederland. Ook in andere westerse landen die worden geconfronteerd met de komst van asielzoekers worden strategische pogingen ondernomen om de publieke opinie via de media te beïnvloeden. Dit blijkt wel uit de onderstaande passage. Het betreft hier een artikel van Hardy en Phillips over het Canadese asielbeleid en de invloed van de berichtgeving in de media op het maatschappelijke klimaat ten opzichte van de komst van asielzoekers.

"...We can see that the strategies used by the government to promote the concept of sovereignty were reinforced by immigration discourses that portrayed refugees as frauds, the immigration as inadequate and the public as requiring protection...". (Hardy & Phillips)<sup>146</sup>

Empirisch-wetenschappelijk onderzoek naar vermeende sociale problemen zou een dergelijke stigmatisering kunnen voorkomen of omverwerpen. In dit licht is de instelling van de onafhankelijke LCMAV en onderhavig onderzoek een probaat middel. Op basis van empirisch feitenmateriaal concludeerde de commissie immers dat de omvang van het beroep op medische voorzieningen door vreemdelingen in Nederland niet als bijzonder, laat staan als verontrustend kan worden aangemerkt. De commotie die over het *medisch asieltoerisme* is, volgens het onderzoek van de commissie, dan ook niet gebaseerd op feiten, maar op fictie. Dat de commissie door de overheid is ingesteld geeft aan dat er in ieder geval nog hoop is. Met betrekking tot het door de overheid gevoerde beleid merkt de commissie op dat de medische voorzieningen in Nederland dan beter mogen zijn dan in de landen van herkomst van menige betrokkene, de regels en de uitvoering van het vreemdelingenbeleid blijken voldoende effectief in het tegengaan van niet-bedoelde medische immigratie. Met de instelling van de commissie lijkt dan ook te zijn voorkomen dat de Nederlandse overheid een symbolisch beleid is gaan voeren ten aanzien van een fictief probleem. Ook dit empirische onderzoek heeft aangetoond dat er inderdaad sprake is van een fictief sociaal probleem, waarvoor geldt dat elke beleidsoplossing per definitie symbolisch is. Vandaar dat het in een postmoderne tijd waarin elk individu zijn eigen meningen en waarden vertegenwoordigt van belang is om objectieve empirisch-wetenschappelijke inzichten te gebruiken om de omvang van een vermeend sociaal probleem vast te stellen. Er is weliswaar geen absolute waarheid die losstaat van wat mensen in een samenleving ervan maken, toch is de wetenschap als zoektocht naar waarheid een niet te onderschatten bezigheid.

---

146 'No joking matter: discursive struggle in the Canadian refugee system'; C.Hardy & N.Phillips; In: 'Organization studies'; Vol.20, nr.1, Berlijn 1999.

## Literatuurlijst

- Babbie, E.; **'The practice of social research'**; Wadsworth, USA 1998.
- Becker, H.S.; **'Outsiders. Studies in the sociology of deviance'**; Chicago, USA 1963.
- Bloom, A.; **'The closing of the American mind'**; New York 1987.
- Bosch, van den M.; **'Gescheiden gronden'**; Utrecht 2002.
- Buisman, J.W.; **'Tussen vroomheid en verlichting: een cultuurhistorisch en –sociologisch onderzoek naar enkele aspecten van de Verlichting in Nederland (1755 – 1810)'**; Zwolle 1992.
- Bulhof, I.N.; **'Van inhoud naar houding: een nieuwe visie op filosoferen in een pluralistische cultuur'**; Kampen 1995.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS); **'85 jaar statistiek in tijdreeksen'**; 1984.
- Comte, A.; **'Het positieve denken'**; Parijs 1844; vertaling van: **'Discours sur l'esprit positif'**; vert. (uit het Frans door) Plantenga, H.
- Connor, S.; **'Postmodernist culture: an introduction to theories of the contemporary'**; Oxford, UK 1989.
- Doornbos, N., Kuijpers, A., Shalmashi, K.; **'Vluchtelingen op doorreis naar een veilig land'**; Centrum voor Migratierecht; Katholieke Universiteit Nijmegen; Nijmegen 2001.
- Elchardus, M.; **'De dramademocratie'**; Tiel, België 2002.
- Engbersen, G. [et al.]; **'Illegale vreemdelingen in Nederland. Omvang, overkomst, verblijf en uitzetting'**; RISBO; Rotterdam 2002.
- Engbersen, G. & Burgers, J.P.L.; **'Illegale vreemdelingen in Rotterdam: de ongekende stad'**; Amsterdam 1999.
- Etzioni, A.; **'The moral dimension: towards a new economics'**; New York 1990.
- Gellner, E.; **'Postmodernism, reason and religion'**; Londen 1992.
- Ginneken, van J.; **'Brein-bevingen'**; Amsterdam 1999.
- Graaf, van de H. & Hoppe, R.; **'Beleid en politiek: een inleiding tot de beleidswetenschap en de beleidskunde'**; Bussum 1996.
- Habermas, J.; **'Der philosophische Diskurs der moderne Zwölf Vorlesungen'**; Frankfurt am Main 1985.
- Hardy, C. & Phillips, N.; **'No joking matter: discursive struggle in the Canadian refugee system'**; in: Organization Studies; Vol.20, Berlijn 1999/1.
- Helsloot, N.; **'Vrolijke wetenschap. Nietzsche als vriend'**; Baarn 1999.
- Immigratie- en Naturalisatiedienst, Ministerie van Justitie; **'IND-Jaarverslag 2002'**; Den Haag 2003.
- Immigratie- en Naturalisatiedienst, Ministerie van Justitie; **'Vreemdelingencirculaire'**; Den Haag 2001.
- INDIAC, Ministerie van Justitie; **'Asylum trends'**; Den Haag 2003.

- INDIAC, Ministerie van Justitie; '**Asylum trends**. Monthly report on asylum applications in The Netherlands and Europe'; Den Haag 2002.
- INDIAC, Ministerie van Justitie; '**Cohortanalyse Asielprocedure**'; Den Haag 2002.
- INDIAC, Ministerie van Justitie; '**Evaluatie medische omstandigheden van asielzoekers**'; Den Haag 2001.
- INDIAC, Ministerie van Justitie; '**Trendrapportage reguliere instroom 1998 – 2001**'; Den Haag 2002.
- Jong, de M.J.; '**Grootmeesters van de sociologie**'; Amsterdam 1997.
- Kleijer, H.; '**In de nadagen van de democratie?** Politiek als wantrouwen en voorstelling'; in: Sociologische Gids; jaargang 50; 2003/4.
- Kleijne, J.; '**Artikelsgewijs commentaar op de Vreemdelingenwet 2000 en het Vreemdelingenbesluit 2000**'; Deventer 2001.
- Krieken, van P.; '**Health, migration & return: a handbook for a multidisciplinary approach**'; Den Haag 2001.
- Kuiper, H.L.; '**Een eeuw ruimhartig beleid: een vergelijkend onderzoek naar de gastvrijheid van Nederland ten aanzien van vluchtelingen en asielzoekers**'; Arnhem 1992.
- Lafaille, R.; '**Sociale problemen en afwijkend gedrag**'; Den Haag 1978.
- Leenders, M.; '**Ongenode gasten: van traditioneel asielrecht naar immigratiebeleid, 1815 – 1938**'; Hilversum 1993.
- Macionis, J.J. & Plummer, K.; '**Sociology: a global introduction**'; New Jersey, USA 1998.
- Mascini, P.; '**Objectiviteit als dienstmaagd van postmodern relativisme**'; in: Sociologische Gids; jaargang 49; 2002/4.
- Mascini, P.; '**Regionale verschillen in uitvoering van asielbeleid**'; in: Sociologische Gids; jaargang 49; 2002/3.
- Mascini, P. & Doornbos, N.; '**De uitvoering van het Nederlandse vreemdelingenbeleid**'; Rotterdam 2003.
- Meloen, J.; '**De opvang van asielzoekers: een onderzoek naar het draagvlak voor de centrale opvang van asielzoekers in Nederland**'; Utrecht 1998.
- Merton, R.K.; '**Social theory and social structure: 1968 enlarged edition**'; Toronto, Canada 1968.
- Merton, R.K. & Nisbet, R.; '**Contemporary social problems: third edition**'; New York, USA 1971.
- Muller, T. & Putten, van C.; '**Postmoderniteit een vaag begrip? Over de betekenis van het postmodernisme**'; Amsterdam 2001.
- Nelissen, N. & Wit, de H.; '**Het verkennen van sociale problemen**'; Zeist 1991.
- Norusis, M.J.; '**SPSS. Guide to data analysis**'; New Jersey, USA 1997.



- Penninx, R. [et al.]; '**Migratie, minderheden en beleid in de toekomst**: een trendstudie'; Tijdelijke Wetenschappelijke Commissie Minderhedenbeleid. Instituut voor Migratie- en Etnische Studies; Amsterdam 1995.
- Peper, B.; '**Sociale problemen en de moderne samenleving**: een cultuursociologische beschouwing'; Rotterdam 1998.
- Peursen, van A.C.; '**Na het postmodernisme**: van metafysica tot filosofisch surrealisme'; Kampen 1994.
- Pickering, S.; '**Common sense and original deviancy**: news discourses and asylum seekers in Australia'; in: Journal of Refugee Studies; Vol.12; Oxford 2001/2.
- Popper, K.R.; '**Realism and the aim of science**'; Londen 1983; ed. Bartley III, W.W.
- Reijen, van W.; '**De onvoltooide rede**. Modern en postmodern'; Kampen 1987.
- Smeets, R. [et al.]; '**Medische aspecten van vreemdelingenbeleid**'; in opdracht van het Ministerie van Justitie; Den Haag 2004.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP); '**Sociaal en Cultureel Rapport**'; 1985.
- Soudijn, K.; '**Dilemma's in sociaal-wetenschappelijk onderzoek**'; Amsterdam 1976.
- Stokkom, van B.; '**Emotionele democratie**: over morele vooruitgang'; Amsterdam 1997.
- Swaan, de A.; '**Blijven kijken**'; Amsterdam 1997.
- Swaan, de A.; '**De mensenmaatschappij**: een inleiding'; Amsterdam 1996.
- Taylor, C.; '**Multiculturalisme**: de politiek van erkenning nader onderzocht'; Princeton 1994; vertaling van: '**Multiculturalism**'; vert. (uit het Engels door) Ausma, T.
- Taylor, C.; '**De malaise van de moderniteit**'; Ontario, Canada 1991; vertaling van: '**The malaise of modernity**'; vert. (uit het Engels door) Marel, van der M.
- Vries, de G.C.; '**Nederland verandert**: maatschappelijke ontwikkelingen en problemen in het begin van de eenentwintigste eeuw'; Amsterdam 2000.
- Vries, de G.C. & Gerritsen, J.W.; '**Paniek in Nederland**: over sociale problemen en morele - verontrusting'; Amsterdam 1992.
- Vries, de G.C.; '**De ontwikkeling van wetenschap**: een inleiding in de wetenschapsfilosofie'; Groningen 1995.
- Wildt, de A.; '**Nieuwkomers, nakomelingen, Nederlanders**: immigranten sinds 1550'; Amsterdam 1989.
- Wilterdink, N.; '**In deze verwarrende tijd**: een terugblik en vooruitblik op de - postmoderniteit'; Amsterdam 2000.

## Bijlagen

### *Bijlage 1*

Overzicht van het aandeel asielaanvragen in Europa 2001-2002

<b>Landen</b>	Aantal in 2002	% 2002	Aantal in 2001	% 2001	Absoluut verschil	Relatief verschil
Verenigd Koninkrijk	79.405	21	64.024	19	15.381	24
Duitsland	66.350	19	82.787	24	-16.437	-20
Frankrijk	46.332	13	43.123	12	3.209	7
Oostenrijk	33.505	9	27.752	8	5.758	21
Zweden	29.937	8	20.933	6	9.004	43
Zwitserland	24.503	7	19.151	5	5.352	48
Nederland	17.747	5	30.425	9	-12.678	-42
België	17.235	5	22.840	6	-5.805	-25
Noorwegen	16.295	5	13.285	4	3.010	23
Ierland	9.580	3	8.461	2	1.099	13
Spanje	5.796	2	8.375	2	-2.579	-31
Denemarken	5.445	2	11.690	3	-6.245	-59
Finland	2.947	1	1.581	0	1.416	92
Totaal	355.057	100	354.377	100	680	0

Bron: 'Asylum Trends. Monthly report on asylum applications'; Indiac, dec. 2002.

*Bijlage 2*

Trouw; 11 januari 2000; 'Uitwijzen hiv-besmette vrouw wekt boosheid'.

'Uitwijzen hiv-besmette vrouw wekt boosheid'

Amsterdam – De HIV-Vereniging Nederland en Pharos, het steunpunt gezondheidszorg vluchtelingen, hebben boos gereageerd op het bericht dat een Somalische vrouw met hiv niet in Nederland mag blijven.

De Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) heeft vorige week de vrouw gesommeerd Nederland binnen een maand te verlaten. Volgens een woordvoerder van de HIV Vereniging is het niet de eerste keer dat iemand die met hiv-besmet is, het land moet verlaten. Maar totnogtoe werd een dergelijk besluit na bezwaarschriften teruggedraaid. Die mogelijkheid bestaat voor de Somalische vrouw ook nog. Een woordvoester van Pharos noemt het IND-besluit 'hoogst vreemd.' "Juist Somalië, een land waar helemaal niets is, dat totaal onveilig is en waar iemand totaal geen zorg krijgt, zeker niet als hij of zij hiv-besmet is." Volgens een woordvoester van Justitie, waar de IND onder valt, krijgen in principe in slechts twee gevallen asielzoekers op medische gronden een verblijfsvergunning. "Wanneer iemand zich in de terminale fase van de ziekte bevindt of wanneer de behandeling alleen in Nederland kan worden geboden."

Daarbij doet het er volgens de woordvoester niet toe hoe de situatie van de gezondheidszorg in het land van herkomst is. Volgens de woordvoester komt het zelden 'voor' dat een patiënt speciaal voor medische hulp naar Nederland vlucht. "Dat lijkt inderdaad de angst van de overheid. Maar ik heb dat in al die jaren slechts één keer meegemaakt."

*Bijlage 3*

De verblijfsvergunning asiel voor bepaalde tijd

**Artikel 28** van de Vreemdelingenwet

1. Onze Minister is bevoegd:
  - a. de aanvraag tot het verlenen van een verblijfsvergunning voor bepaalde tijd in te willigen, af te wijzen dan wel niet in behandeling te nemen;
  - b. de aanvraag tot het verlengen van de geldigheidsduur ervan in te willigen, af te wijzen dan wel niet in behandeling te nemen;
  - c. een verblijfsvergunning voor bepaalde tijd in te trekken.
2. De verblijfsvergunning voor bepaalde tijd wordt verleend voor ten hoogste drie achtereenvolgende jaren. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen de gevallen worden aangewezen waarin de verblijfsvergunning voor minder dan drie achtereenvolgende jaren wordt verleend. Daarbij kunnen regels worden gesteld over de geldigheidsduur van de verblijfsvergunning en over de verlenging ervan (Vreemdelingenbesluit).

#### Bijlage 4

#### De gronden van de verlening van een verblijfsvergunning asiel voor bepaalde tijd

#### **Artikel 29** van de Vreemdelingenwet

1. Een verblijfsvergunning voor bepaalde tijd als bedoeld in artikel 28 kan worden verleend aan de vreemdeling:
  - a. die verdragsvluchteling is;
  - b. die aannemelijk heeft gemaakt dat hij gegronde redenen heeft om aan te nemen dat hij bij uitzetting een reëel risico loopt om te onderworpen aan folteringen, aan onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen;
  - c. van wie naar het oordeel van Onze Minister op grond van klemmende redenen van humanitaire aard die verband houden met de redenen van zijn vertrek uit het land van herkomst, in redelijkheid niet kan worden verlangd dat hij terugkeert naar het land van herkomst;
  - d. voor wie terugkeer naar het land van herkomst naar het oordeel van Onze Minister van bijzondere hardheid zou zijn in verband met de algehele situatie aldaar, of
  - e. die als echtgenoot of echtgenote of minderjarig kind feitelijk behoort tot het gezin van de vreemdeling, bedoeld onder *a* tot en met *d*, die dezelfde nationaliteit heeft als die vreemdeling en gelijktijdig met deze vreemdeling Nederland is ingereisd dan wel is nagereisd binnen drie maanden, nadat aan de vreemdeling, bedoeld onder *a* tot en met *d*, de verblijfsvergunning voor bepaalde tijd, bedoeld in artikel 28, is verleend;
  - f. die als partner of als meerderjarig kind zodanig afhankelijk is van de vreemdeling, bedoeld onder *a* tot en met *d*, dat hij om die reden behoort tot het gezin van de vreemdeling, die dezelfde nationaliteit heeft als die vreemdeling en gelijktijdig met deze vreemdeling Nederland is ingereisd dan wel is nagereisd binnen drie maanden, nadat aan de vreemdeling, bedoeld onder *a* tot en met *d*, de verblijfsvergunning voor bepaalde tijd, bedoeld in artikel 28, is verleend;
2. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden indicatoren aangewezen die in ieder geval worden betrokken in de beoordeling of er sprake is van een situatie als bedoeld in het eerste lid, onder *d* (Vreemdelingenbesluit).

*Bijlage 5*

De verlening van een verblijfsvergunning voor bepaalde tijd voor medische behandeling

**Artikel 3.46** van de Vreemdelingenwet

1. De verblijfsvergunning voor bepaalde tijd kan onder een beperking verband houdend met het ondergaan van een medische behandeling worden verleend, indien naar het oordeel van Onze Minister het meest aangewezen land is voor het ondergaan van een noodzakelijke medische behandeling en de financiering van die medische behandeling naar het oordeel van Onze Minister deugdelijk geregeld is.
2. Bij de aanvraag ondertekent de vreemdeling een medische verklaring, ertoe strekkende dat hij toestemming verleent voor medisch onderzoek, voor zover dat onderzoek noodzakelijk is voor de toepassing van het eerste lid.