

Handreiking
ethische dilemma's
in de GGZ
voor asielzoekers



Johannes Wier Stichting
voor gezondheidszorg
en mensenrechten

Colofon

Handreiking ethische dilemma's in de GGZ voor asielzoekers is een uitgave van Johannes Wier Stichting voor gezondheidszorg en mensenrechten

Auteurs: Dr. S.A. (Sander) Kramer, cross-cultureel psycholoog, onderzoeker/docent USBO/Universiteit Utrecht; en GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen

Dr. M.H.H. (Mariëtte) Hoogsteder, psycholoog en onderzoeker, Mikado/Stichting Diversiteit en Inclusie in zorg en welzijn; en VUmc/Sociale Geneeskunde

E. (Erik) Olsman, MA, onderzoeker, Academisch Medisch Centrum/UvA

Dr. L.H.M. (Loes) van Willigen, arts n.p., voorzitter Johannes Wier Stichting voor gezondheidszorg en mensenrechten

Initiatiefnemer: Johannes Wier Stichting voor gezondheidszorg en mensenrechten



Keizersgracht 177
1016 DR Amsterdam
info@johannes-wier.nl
www.johannes-wier.nl

Vormgeving: Studio Casper Klaasse (www.studiocasperklaasse.nl)

Drukwerk: ADMercurius, Zutphen

ISBN: 978-90-73550-00-1

Deze handreiking werd mogelijk gemaakt door:



©2015, Amsterdam, Johannes Wier Stichting voor gezondheidszorg en mensenrechten.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie of op welke wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Handreiking

ethische dilemma's

in de GGZ

voor asielzoekers

Sander Kramer, Mariëtte Hoogsteder,
Erik Olsman, Loes van Willigen



JWS

Johannes Wier Stichting
voor gezondheidszorg
en mensenrechten

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Introductie	6
Wat is een ethisch dilemma?	6
Beroepsethiek	7
Kennis over de asielprocedure en medische zorg	8
Perspectief van kinderen en jongeren	9
Leeswijzer	9
Ethische dilemma's rond vijf thema's	10
Thema (1) Persoonlijke betrokkenheid en afstand	10
Thema (2) Diagnostiek en behandeling	14
Thema (3) Beroepsgeheim en informatie delen	20
Thema (4) Pleitbezorging ten behoeve van het collectief	24
Thema (5) Suicide(dreiging): preventie en communicatie	25
Aanbevelingen	27
Literatuur	28
Bijlagen	29
(A) De opvang en medische zorg nader toegelicht	29
(B) De werkwijze van het Bureau Medische Advisering (BMA)	30
(C) Relevante gedragscodes in de GGZ	31
Beroepscode voor psychiaters	31
Beroepscode voor psychologen	32
(D) Bij wie kun je terecht?	33
(E) Leden project- en klankbordgroep	35

Voorwoord

Vluchtelingen en asielzoekers zijn een beetje een ondergeschoven kindje van de gezondheids-ethiek. Wie de belangrijkste gezondheidsethische tijdschriften doorkijkt, vindt slechts sporadisch woorden als *refugee* en *asylum seekers*.

Zijn er dan misschien geen specifieke ethische problemen in de GGZ voor asielzoekers? Dat lijkt me toch wel, en de grote waarde van deze handreiking is dat het duidelijk laat zien waarom de ethische problematiek vaak zo ingewikkeld en anders is dan in de gewone spreekkamer. Ik noem twee van die specifieke problemen: de behandelingsindicatie en informatieverschaffing.

Twee citaten uit de handreiking over de indicatie, die het probleem helder weergeven en ook laten zien hoe verschillend je ermee om kunt gaan:

‘Dat heb ik dus altijd hoog in het vaandel gehouden: als ik denk dat die behandeling goed zou kunnen zijn en meerwaarde heeft, dan meld ik zo iemand aan. Ook met het risico dat iemand te horen krijgt: ‘Je moet dit land verlaten!’

‘Ik ga niet met EMDR werken of met een andere inzicht gevende therapie, want je wil dat mensen in zo’n instabiele situatie het leven gewoon kunnen volhouden. Trauma's verwerken vergt veel te veel stress.’

Je wilt iemand goed behandelen, volgens de professionele standaarden, en moet je je dan laten beïnvloeden door het feit dat het succes van die behandeling zou kunnen betekenen dat iemand terug moet naar een land vol gevaar waar hij of zij misschien weer terugvalt in zijn psychische problematiek? Hier gaat het, in elk geval deels, om een spanning tussen humanitaire betrokkenheid en professioneel handelen. Het is hulpverleners op het scherp van de snede.

Juist in de GGZ kan het beëindigen van een hulpverleningscontact ingewikkeld zijn. Je hebt niet zoiets handigs als een genormaliseerde bloedwaarde om te zien wanneer de ziekte onder controle is en dus staat het besluit om de behandeling te stoppen altijd open voor discussie en twijfel, zeker wanneer er grote belangen lijken te zijn om te blijven behandelen.

De diepere vraag is: voor welke effecten en vooral welke bijwerkingen van ons handelen als hulpverlener zijn we verantwoordelijk? Natuurlijk zijn hulpverleners niet verantwoordelijk voor uitzetting, maar het ‘kruip je onder de huid’, zoals een van de geïnterviewden zegt, als dat gebeurt na het afsluiten van een behandeling.

Dan de informatieverschaffing. Ook dat gaat over de grenzen aan verantwoordelijkheid: schrijf ik kort en zakelijk op wat ik weet en laat ik de consequenties aan het Bureau Medische Advisering van de IND, of probeer ik het zo goed mogelijk voor mijn cliënt op te schrijven? En wat is dat dan?

Deze handreiking opent (eindelijk) een ondergeschoven gebied in de gezondheids-ethiek. Dat is mooi meegenomen voor ethici, maar de belangrijkste reden om het te lezen zijn de heldere, empirisch gefundeerde adviezen over de vele ethische dilemma's die in dit gebied voorkomen. Doe er uw en uw cliënt's voordeel mee.

Dick Willems, hoogleraar medische ethiek Universiteit van Amsterdam

Introductie

‘Je bent al dichterbij een oplossing, als je je ervan bewust bent dat er een dilemma is’

Professionals in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) ervaren regelmatig dilemma's in hun zorg aan asielzoekers. Deze handreiking biedt hen handvatten bij afwegingen, reflectie en besluiten hoe te handelen. De handreiking is gebaseerd op literatuuronderzoek, interviews en focusgroeps gesprekken. Het verslag van dat onderzoek is te vinden op de website van de Johannes Wier Stichting.

Asielzoekers hebben veelal schokkende gebeurtenissen in het land van herkomst en/of tijdens hun tocht naar Nederland doorgemaakt. In Nederland ervaren zij veel communicatie- en aanpassingsproblemen. In de opvangcentra zijn er vaak spanningen wegens het gebrek aan privacy, onderlinge conflicten en de onzekerheid over de uitkomst van hun asielprocedure. Een relatief hoog percentage onder hen heeft psychische problemen (Jongedijk & Hoekstra, 2006). Net als andere inwoners van Nederland hebben asielzoekers, ongeacht waar zij verblijven, recht op gezondheidszorg. Zorgverleners hebben dus een zorgplicht. Alle protocollen en richtlijnen die in de GGZ worden gehanteerd, zijn ook op asielzoekers van toepassing. Daarom zijn sommige dilemma's die zorgverleners in hun zorg aan asielzoekers ervaren niet anders dan dilemma's bij andere patiënten. Deze publicatie gaat over dilemma's die samenhangen met de specifieke situatie van asielzoekers. Bijvoorbeeld wanneer je verantwoordelijkheid voor de behandeling in conflict komt met juridische belangen van asielzoekers of wanneer uitzetting dreigt.

Zorgprofessionals zijn gebonden aan wet- en regelgeving, bijvoorbeeld de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Daarnaast hebben beroepsgroepen gedragscodes opgesteld, bijvoorbeeld over beroepsgeheim, vertrouwelijkheid en het verstrekken van informatie aan derden, of over de relatie tussen behandelaar en patiënt.

Wat is een ethisch dilemma?

Een ethisch dilemma is een conflict van waarden: je wilt de ene waarde nastreven, maar ziet tegelijk dat je een andere waarde daarmee tekort doet. Of je wilt een waarde nastreven, maar kan die in gegeven omstandigheden niet waarmaken. Waarden zijn idealen, betekenis- en richtinggevend voor handelen: denk aan eerlijkheid, rechtvaardigheid, respect, solidariteit, bescheidenheid of veiligheid. Terwijl waarden abstracter zijn, zijn normen concreter, pragmatischer, makkelijker na te leven en af te dwingen: het zijn gedragsregels. Beroepscodes voor professionals zijn een voorbeeld: zij gaan terug op centrale waarden, zoals weldoen, respect voor autonomie van patiënten of deskundigheid en op grond daarvan zijn voorschriften en gedragsregels afgeleid, waarop sancties staan zodra ze overschreden worden. Ethiek kan in die zin be-

schouwd worden als onderdeel van de professionaliteit van beroepsbeoefenaren. Een ethisch dilemma in de beroepspraktijk is dan tevens een professioneel dilemma.

Niet alle professionele dilemma's zijn echter ook meteen ethisch. Gevoelens van machteloosheid wanneer een patiënt traumatische ervaringen met je deelt, zijn een professioneel dilemma, maar niet per se ethisch. Het wordt een ethisch dilemma wanneer je eigen machteloosheid schade aan de patiënt berokkent en je in conflict komt met je deskundigheid of beroepsgeheim, omdat je bijvoorbeeld informatie met derden deelt zonder toestemming van de patiënt. Zorgvuldig anoniem een collega consulteren over je machteloosheid is wel weer een goede manier om hiermee om te gaan en valt zelfs aan te moedigen.

Een ethisch dilemma is vaak als vraag te formuleren die begint met 'moet of mag ik...'. In deze handreiking zijn de ethische dilemma's, waarbij verschillende ethische of morele waarden in conflict komen, op die wijze geformuleerd.

Bij de beschrijving van de betrokken waarden en botsingen daartussen, wordt gebruik gemaakt van ethische theorieën. In de eerste plaats de principe ethiek (Beauchamp & Childress, 2006) met vier richtinggevende principes voor het handelen van professionals in de gezondheidszorg:

- 1 *respect voor autonomie*: professionals respecteren de patiënt's recht op zelfbeschikking over het leven en op zelfstandige beslissingen volgens diens waarden;
- 2 *niet schaden*: geen lichamelijke of psychische schade toebrengen aan iemand welzijn en belangen;
- 3 *weldoen*: goed doen, waarbij schadelijke en helpende effecten van professioneel handelen tegen elkaar worden afgewogen;
- 4 *rechtvaardigheid*: gelijke behandeling van ieder mens, en eerlijke of faire verdeling van middelen, zoals financiën of tijd.

Naast de principe-ethiek bestaan andere ethische kaders, zoals zorgethiek, narratieve ethiek en discoursethiek. Vanuit de zorgethiek wordt benadrukt dat alle mensen – inclusief patiënten en professionals – fundamenteel kwetsbaar zijn en afhankelijk van anderen. Daarmee worden waarden belangrijker die uitdrukking geven aan relationele verbondenheid, zoals *afhankelijkheid, vertrouwen* en *wederzijds respect*.

Rechtvaardigheid wordt soms ook beschouwd als 'recht doen' aan asielzoekers die door machthebbers grof onrecht is aangedaan (Brok, 1998; Silove e.a. 2000).

Achter de verschillende benaderingen in de ethiek zitten verschillende mensbeelden. De principebenadering spreekt bijvoorbeeld mensen sneller aan als autonome wezens, die zelfstandig beslissingen (moeten) nemen, terwijl de zorgethiek bijvoorbeeld de relationele verbondenheid en wederzijdse afhankelijkheid van mensen vaker agendeert. In deze handreiking komen waarden vanuit diverse benaderingen aan bod.

Beroepsethiek

Beroepsgroepen zoals artsen (KNMG 2010; 2013), psychiaters (NVvP, 2010) en psychologen (NIP, 2015) baseren zich voor hun beroepsethiek op vier ethische uitgangspunten: *verantwoor-*

delijkheid, integriteit, respect en deskundigheid. Uitgewerkte regels en richtlijnen zijn gebaseerd op één van de vier uitgangspunten. Verpleegkundigen en verzorgenden hanteren een iets andere indeling (V&VN, 2015), maar ook daar zijn verantwoordelijkheid, respect en deskundigheid uitgangspunten, naast bijvoorbeeld betrouwbaarheid, rechtvaardigheid, veiligheid en samenwerking. Bij psychologen is verantwoordelijkheid het meest algemene en eerste uitgangspunt. Onder verantwoordelijkheid verstaat het NIP:

‘Psychologen onderkennen hun professionele en wetenschappelijke verantwoordelijkheid ten opzichte van betrokkenen, hun omgeving en de maatschappij. Psychologen zijn verantwoordelijk voor hun beroepsmatig handelen. Voor zover dat in hun vermogen ligt zorgen zij ervoor dat hun diensten en de resultaten van hun handelen niet worden misbruikt.’

Ook hanteren psychologen (NIP, 2015) en psychiaters (NVvP, 2010) algemene uitgangspunten, waarvan er twee specifiek relevant zijn voor de GGZ aan asielzoekers:

- In de beroepsuitoefening zijn veel relaties in aanleg ongelijk en kunnen daardoor gemakkelijk leiden tot afhankelijkheid van de betrokkenen.
- Het kan voorkomen dat psychologen/psychiaters tegelijkertijd of kort na elkaar verschillende rollen vervullen ten opzichte van patiënten of andere betrokkenen. Daarbij bestaat het risico dat deze rollen zich ten opzichte van elkaar niet verdragen of dat er verwarring ontstaat bij betrokkenen.

In de context van zorg aan asielzoekers kan dit risico groter zijn (denk bijvoorbeeld aan de rol als behandelaar én die van verstrekker van medische informatie).

Bij ethische vragen is het van belang eerst de algemene gedragsregels in ogenschouw te nemen. Vandaar dat een selectie uit de gedragscodes van psychiaters en psychologen als bijlage (C) is opgenomen. Het raadplegen van die codes – of die van andere beroepsgroepen – kan een goede eerste stap zijn om ethische dilemma’s in de zorg voor asielzoekers te analyseren.

Kennis over de asielprocedure en medische zorg

Asielzoekers hebben wegens hun (juridische) asielprocedure met het Bureau Medische Adviesering (BMA) te maken. Deze dient medische informatie over de psychische problematiek van asielzoekers te betrekken bij hun advisering aan de Immigratie en Naturalisatie Dienst (IND) en vraagt deze informatie op bij de behandelaar. Dit kan bij die zorgverleners zowel handelingsverlegenheid als dilemma’s teweeg brengen. Kennis over instanties als het IND, het BMA en anderen, is dus nodig om met dilemma’s om te gaan. Bijlagen A en B bieden daarom achtergrondkennis over medische zorg in de asielprocedure en het BMA.

Uit de werkwijze van het BMA blijkt dat hun beoordeling van een ‘medische noodsituatie’ afwijkt van de inschatting van zorgverleners daarover. In de GGZ wordt gewerkt met indicaties voor zorg, dus na toewijzing is de noodzaak van de geboden zorg aanwezig. Dit komt echter niet altijd overeen met wat BMA onder een ‘medische noodsituatie’ verstaat. Inzicht in het referentiekader van het BMA kan helpen bij afwegingen over het delen van professionele informatie met het BMA.

De respondenten in ons onderzoek vonden hun contacten met het BMA en de keuze om wel of

niet informatie met het BMA te delen erg lastig en dat leverde voor hen de meeste dilemma's op. Een behandelaar heeft bijvoorbeeld kennis over traumatische gebeurtenissen van zijn patiënt, maar deze wil die gebeurtenissen absoluut geheim houden. Als de advocaat of het BMA deze informatie niet heeft, kan dat leiden tot de afwijzing van het asielverzoek. Tegelijkertijd wil de behandelaar het vertrouwen van de patiënt behouden. Mag de behandelaar informatie aan de advocaat of het BMA verstrekken omdat dat (mogelijk) goed is voor zijn patiënt, ondanks dat dit het vertrouwen met zijn patiënt kan schaden? In de behandeling van kinderen jonger dan 12 jaar zal de behandelaar ook nog eerst de ouders moeten informeren en bij kinderen tussen de 12 en 16 zal hij zeer zorgvuldig om moeten gaan met het dilemma dat kinderen vertrouwelijke informatie niet altijd met hun ouders willen delen. Welk belang prevaleert en is er een duidelijke keuze in te maken? Deze dilemma's en de vragen die dat oproept komen verder uitgebreid aan bod.

Perspectief van kinderen en jeugdigen

De afweging van ethische principes in de behandeling van jonge kinderen is complex omdat ouders juridisch gezien autonomie hebben. Er kunnen specifieke ethische dilemma's spelen wanneer kinderen in het geding zijn. Denk aan asielzoekers die ook vader of moeder zijn en bij wie behandeling (of een klinische opname) rechtstreekse gevolgen heeft voor de eigen kinderen. Kan een asielzoeker nog adequaat als ouder functioneren? Wie kan dat beoordelen? Als het kind (tijdelijk) door anderen moet worden opgevoed is een gezin in het netwerk van ouders meestal geen optie.

Ook kan de zorg voor kinderen tot specifieke ethische dilemma's leiden, bijvoorbeeld bij een ziekte of stoornis van een kind op grond waarvan ouders een status kunnen krijgen. Toestemming vragen voor de behandeling van kinderen aan ouders is soms extra moeilijk, omdat kinderen en ouders door dezelfde ervaringen getraumatiseerd kunnen zijn. De diagnostiek is bij kinderen vaak extra moeilijk. Hoe moet bijvoorbeeld een lage score op een intelligentietest, gecombineerd met observaties waaruit veel meer cognitieve vermogens blijken, tot een goed schooladvies leiden?

Een kinder- en jeugdperspectief op ethische dilemma's in de GGZ is dus relevant. In het onderzoek is dit perspectief niet apart aan bod gekomen, maar in de handreiking worden waar mogelijk specifieke afwegingen rondom kinderen benoemd.

Leeswijzer

Deze handreiking is gebaseerd op literatuuronderzoek, interviews en focusgroeps gesprekken. De dilemma's die respondenten in interviews en focusgroepen noemden, zijn als volgt geclusterd:

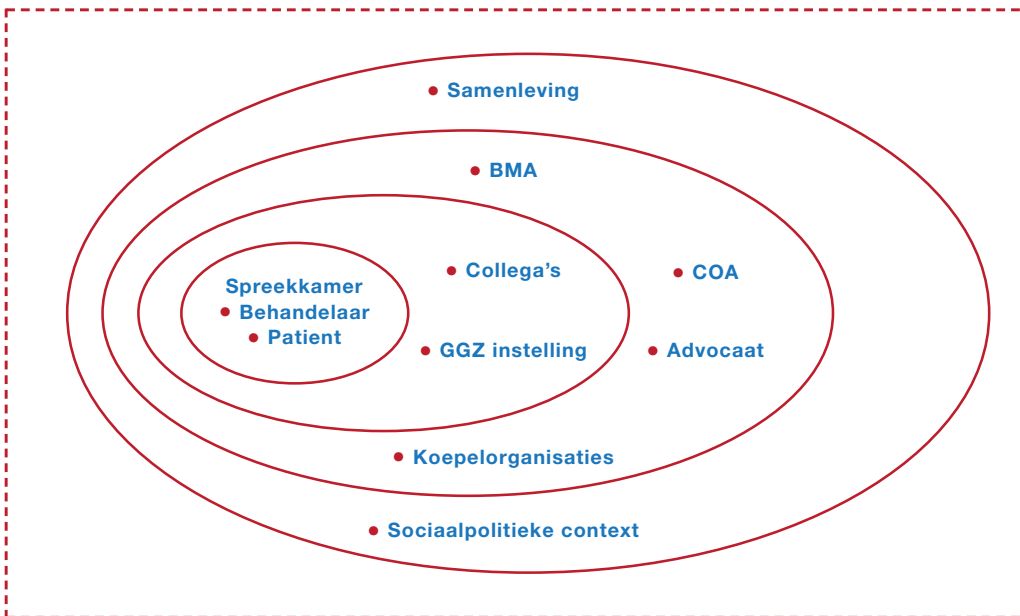
- Persoonlijke betrokkenheid
- Diagnostiek en behandeling
- Beroepsgeheim en delen van informatie
- Pleitbezorging
- Suïcide(dreiging): preventie en communicatie.

Per thema zijn ethische vragen beschreven, met een analyse van argumenten die kan helpen bij

afwegingen van handelingsopties. Per vraag worden ook handreikingen aan professionals gedaan. De volgorde van de thema's en de ethische vragen zegt overigens niets over de ernst van een dilemma of de frequentie waarmee zorgverleners ermee in aanraking komen.

De thema's spelen zich af op verschillende niveaus:

- De spreekkamer: individueel contact met asielzoekers en eventueel hun gezinsleden als patiënt
- De organisatie: contact met collega's en leidinggevenden over de patiënt of naar aanleiding van de zorg voor de patiënt
- Andere organisaties in de keten: contact over en naar aanleiding van de asielzoeker in behandeling
- De samenleving: de wetgeving, sociaal-politieke context van zorg- en asielbeleid, media en publieke opinie.



Deze vier niveaus zijn als ellipsen te zien, met de spreekkamer in het midden en de andere niveaus in steeds groter wordende ellips erom heen. Een individuele zorgverlener begeeft zich op alle niveaus. De ellipsen werken als een ordening: het helpt om ethische vragen, kwesties en dilemma's te positioneren in één van de ellipsen, zodat de zorgverlener zich ervan bewust is op welk niveau het dilemma zich (vooral) bevindt.

Met deze handreiking willen we de ethische reflectie van professionals in de GGZ ondersteunen. De publicatie kan ook bruikbaar zijn voor zorgverleners in andere sectoren (zoals huisartsen) en voor professionals in het onderwijs.

Ethische dilemma's rond vijf thema's

De resultaten van het onderzoek worden beschreven in vijf thema's. De zorgverlener kan dilemma's rond persoonlijke betrokkenheid ervaren in de spreekkamer, maar de dilemma's kunnen ook betrekking hebben op de rol van een zorgverlener en diens positie binnen de instelling, of op de politieke en maatschappelijke context. Het thema diagnostiek en behandeling speelt in het individuele contact van de zorgverlener met de asielzoeker als patiënt, maar kan gevolgen hebben voor het contact met andere instellingen. Het thema delen van informatie is verdeeld naar het delen van informatie met de advocaat en naar het BMA.

Het thema pleitbezorging is gereserveerd voor de collectieve pleitbezorging voor deze groep patiënten. In dat thema heeft de zorgverlener ook met andere instellingen en de samenleving als geheel te maken. Het vijfde thema 'suicide' is weer van een andere orde, omdat alle thema's en niveaus daarin samenvallen. De thema's kunnen dus vaak op meerdere niveaus gelokaliseerd zijn.

Elk thema wordt eerst ingeleid met een korte beschrijving van resultaten uit het onderzoek dat aan deze handreiking ten grondslag ligt en wordt afgesloten met een of meerdere ethische vragen. Ter illustratie zijn citaten uit interviews en focusgroepen toegevoegd.

Thema (1) Persoonlijke betrokkenheid en afstand

De verhalen van asielzoekers brengen het leed in deze wereld in de spreekkamer van zorgverleners en dat laat hen niet onberoerd. Reacties erop kunnen variëren van zich meer dan 'normaal' betrokken voelen bij patiënten, tot juist meer afstand nemen, omdat de zorgverlener anders zelf te veel last krijgt. Zorg aan asielzoekers doet dus een sterk beroep op (leren) omgaan met overdracht en tegenoverdracht. De begrippen overdracht en tegenoverdracht komen oorspronkelijk uit de psychoanalyse. Ze zijn inmiddels alom in gebruik als duiding van behandelrelaties. Daarbij betreft 'overdracht' alle gevoelens (wensen, angsten e.d.) van de patiënt jegens de behandelaar, voortkomend uit relaties met andere belangrijke personen in het (vroegere) leven. 'Tegenoverdracht' betreffen alle bewuste en onbewuste reacties op en gevoelens van de behandelaar over de patiënt. De waarden die kunnen botsen zijn *compassie* enerzijds en *professionele objectiviteit* anderzijds. Als compassie tot meer 'sympathie' dan 'empathie' leidt, raakt de zorgverlener te veel betrokken. Aan de andere kant, als zorgverlener wil je 'overeind blijven' en dat kan door afstand te bewaren tot de asielzoeker. Dat kan natuurlijk doorslaan in te grote reserve en cynisme. Volgens zorgverleners is tegenoverdracht hoe dan ook sterk in de zorg aan asielzoekers.

'Dat appèl, die hulpeloosheid en hopeloosheid maakt dat wij gaan zoeken naar allerlei oplossingen om de pijn te stoppen. Dat kan onder je huid gaan kruipen als therapeut. Je wil redder worden en hen uit de pijn halen, en dat is niet te doen. Het is belangrijk te accepteren dat dit een machteloos makende situatie is voor de patiënt. En dat je binnen de therapie toch naar hulpbronnen gaat zoeken.'

Teveel of juist te weinig betrokkenheid kan tot diverse (grote) problemen leiden. Een belangrijke beschermende factor om te voorkomen dat een professioneel thema een ethisch dilemma wordt, is onderlinge intervisie en supervisie. Dat helpt eigen reacties te begrijpen, relativëren en zo nodig bij te stellen.

'Ik heb altijd pijn in mijn buik als ik op een AZC kom'

Persoonlijke betrokkenheid kan neigen tot voyeurisme als de zorgverlener geïntrigeerd raakt door de ervaringen van asielzoekers en hen aanspoort details van hun gruwelijke ervaringen te vertellen. Dit vraagt om uiterst zorgvuldig balanceren tussen bewustwording van ingrijpende ervaringen en meegaan met vermijdingsgedrag dat kenmerkend is voor veel traumaslachtoffers. Dit zijn uiterst lastige kwesties, maar deze vormen niet per se een ethisch dilemma.

'Je machtspositie in de behandelrelatie is erg uitgesproken. Je hebt veel macht over de patiënt, of je nu wilt of niet.'

Een machts- en afhankelijkheidsdynamiek in de behandeling van asielzoekers is onvermijdelijk. Een patiënt vraagt van de zorgverlener hem te vertrouwen. Wanneer de zorgverlener twijfelt aan zijn verhaal kan dat tot een dilemma leiden. De zorgverlener hoeft niet aan waarheidsvinding te doen, want hij dient zorg te verlenen. Toch kan hij de patiënt niet zeggen dat hij hem niet gelooft. En het is uitermate lastig om hulp te verlenen, als de zorgverlener – terecht of niet – denkt dat de patiënt niet de waarheid vertelt.

Soms verwachten patiënten dat de zorgverlener opkomt voor hun belangen als asielzoekers in de juridische procedure. Dit kan leiden tot een te grote afhankelijkheid. Ook dit probleem vraagt om het nauwkeurig observeren en analyseren van de eigen (tegenoverdracht-)reacties; het hoeft geen ethisch dilemma te worden, maar kan dat wel.

Betrokkenheid en afstand spelen verder een rol wanneer de patiënt ook dader is van (georganiseerde) gewelds- of oorlogsdelicten en de zorgverlener hier botsende waarden ervaart. Daders, die soms ook slachtoffer zijn, kunnen gewetenswroeging krijgen en daarvan nachtmerries hebben. De behandelaar kan dat – bewust of onbewust – een terechte 'straf' vinden en aarzelen een patiënt daarvan af te helpen. Dit is een uiterst lastige kwestie, maar geen ethisch dilemma: ook daders, moordenaars en verkrachters hebben recht op zorg. De zorgverlener is geen rechter en moet diens stoel ook niet ambiëren.

Persoonlijke betrokkenheid kan tot ethische dilemma's leiden als de wens tot compassie en empathie op gespannen voet komt te staan met een professionele deskundige opstelling.

Ethische vraag (1)

Mag ik vanuit mijn persoonlijke, politieke of levensbeschouwelijke visie meer doen voor de patiënt dan wat de professionele zorgplicht van mij vraagt?

Analyse van argumenten

- (Collectieve) problemen in de leefomstandigheden en asielprocedure maken vaak onderdeel uit van de klachten van de patiënt. Er is dan een sterk appèl op de zorgverlener om zich in te zetten voor een verbetering van de omstandigheden, zoals opvang en begeleiding.
- Voor het opbouwen en versterken van een vertrouwensrelatie is het belangrijk dat de patiënt (opnieuw) gaat geloven dat iemand met hem meedenkt en zich betrokken toont.
- Door actief belangen te gaan behartigen kan de autonomie van de patiënt in het gedrang komen, waardoor afhankelijkheid en mogelijk passiviteit ontstaat.

Handreiking

- ★ Maak een onderscheid tussen de individuele klachten van de patiënt en de – collectieve – problemen van asielzoekers.
- ★ Ga na of je handelen als zorgverlener nog in verhouding staat tot de klachten van de patiënt.
- ★ Bespreek de balans tussen persoonlijke betrokkenheid, professionele zorg verlenen en respecteren van autonomie in intervisie en supervisie.

De tegenhanger van dit dilemma is dat zorgverleners professionele afstand laten prevaleren boven betrokkenheid. De waarde die dan bedreigd wordt is het welzijn van de patiënt.

‘In beide gevallen, je afsluiten of willen redden, schaadt die houding je therapeutische vaardigheden. De therapeutische ruimte wordt kleiner, de therapie stagneert. Patiënten voelen dat, ook al kunnen zij dat niet onder woorden brengen.’

Te weinig betrokkenheid kan het gevolg zijn van machteloosheid, een parallel proces bij zorgverlening aan asielzoekers. De extreme omstandigheden, de onvoorspelbaarheid van het verblijf in Nederland, de duur van het verblijf op een bepaalde locatie en het ontbreken van een rustige, veilige omgeving kunnen allemaal meespelen in de aarzeling van zorgverleners om een behandeling vorm te geven. Ook de moeilijkheid van behandeling en de geringe veranderbaarheid van klachten, grotendeels als gevolg van de omstandigheden, geeft machteloosheid.

Ethische vraag (2)

Mag ik een asielzoeker zorg onthouden op grond van de vrees dat de behandeling niet zal helpen en/of om negatieve aspecten van een niet-geslaagde behandeling te voorkomen?

Analyse van argumenten

- Belastende maatschappelijke omstandigheden en onvoorspelbaarheid van het slagen van de behandeling gelden ook vaak voor andere patiënten in de GGZ, zij het in andere vorm of in geringere mate.

→ Adequate behandeling van de klachten kan meer tijd of expertise vragen dan wat jij kan bieden.

Handreiking

- ★ Ga na of je besluit, om af te zien van de behandeling, gebaseerd is op de inschatting van de individuele draagkracht van de patiënt.
- ★ Ga na of behandelwinst te behalen valt; bijvoorbeeld door de situatie te stabiliseren, een luisterend oor te bieden, te zorgen voor meer rust en ruimte om te reflecteren.
- ★ Bespreek in intervisie en supervisie waar je vrees over het niet slagen van de behandeling uit voortkomt: is die vrees objectief, subjectief, cynisch, weloverwogen? Is er sprake van overdracht en tegenoverdracht?

Zorgverleners hebben behoefte aan succes-ervaringen en die zijn met de behandeling van asielzoekers lastiger te bereiken dan bij andere doelgroepen. De ‘beroepseer’ kan geschaad worden als je niet over geslaagde behandelingen kunt vertellen of publiceren. Voor sommigen zal dit leiden tot afstand, voor anderen kan dit juist leiden tot extra motivatie en inzet om succesvol te behandelen.

Theorie, achtergronden, reflecties en methodische handvatten bij professionele kwesties rond afstand en nabijheid, overdracht en tegenoverdracht in de zorg aan vluchtelingen zijn onder meer te vinden bij Haans (1998), van Waning (1999) en van Bekkum & Sevinç (2005).

Thema (2) Diagnostiek en behandeling

Een psychiatrische stoornis of een mens in nood?

Veel zorgverleners ervaren diagnostiek van psychische en psychiatrische problemen bij asielzoekers als zeer complex, complexer dan bij andere patiënten. Het onzekere toekomstperspectief dringt diep door in diagnostiek en behandeling. Bovendien zijn de diagnostische instrumenten beperkt en vaak niet geschikt, want minder valide en betrouwbaar. De zorgverlener moet op veel terreinen onderzoek doen, zoals naar de gevolgen van traumatische ervaringen, stagnatie van ontwikkeling bij kinderen, gedwongen migratie, de juridische context en culturele aspecten in de beleving van psychische klachten. Daarbij gelden bijna altijd beperkingen; moeilijk met de patiënt kunnen communiceren als gevolg van taalverschillen, culturele aspecten en verschil in uitingsvormen.

De invloed van maatschappelijke omstandigheden op psychiatrische problemen wegen is een professioneel waagstuk. Dat kan ook bij reguliere patiënten al lastig zijn. Contextuele diagnostiek is bij kinderen meer gebruikelijk, bijvoorbeeld bij de diagnostiek van ADHD wordt de ernst van de stoornis afgewogen tegen de vraag in welke situatie klachten (sterker) tot uiting komen.

Als er vanwege de omstandigheden bij asielzoekers wel of juist geen diagnose wordt gesteld, leidt dit tot een spanningsveld. Aan de ene kant drukt een diagnose erkenning van lijden uit. Als de diagnose echter niet louter gebaseerd is op medisch-psychische klachten, maar ook op de stresserende omstandigheden, ondergraaft die diagnose mogelijk de kracht van een individu; iemand wordt dan ten onrechte als ‘ziek’ bestempeld.

'Het dilemma van wel of geen etiketten plakken, wel of geen psychiatrische diagnose stellen, is groot. Zowel met als zonder diagnose kun je de patiënt schaden. Hoe interpretere je bijvoorbeeld 'normale' verschijnselen zoals slapeloosheid na een traumatische gebeurtenis? Wil je die medicaliseren? En wat levert dat de patiënt op? Moet je ziekte winst wel of niet noemen?'

Een diagnose waar eigenlijk te weinig grond voor is, leidt tot medicalisering en stigmatisering. Het risico bestaat dat de asielzoeker zich steeds meer als patiënt gaat gedragen. Een behandeling starten op die gronden, heeft grote kans niet tot resultaat te leiden, omdat er eigenlijk geen stoornis is. Zorgverleners denken niet lichtzinnig over een diagnosestelling en realiseren zich dat een diagnose een eigen leven kan gaan leiden. De respondenten zeiden nooit een diagnose te stellen die zij niet kunnen onderbouwen. Tegelijk blijft het vaak uiterst lastig om – gezien de beperkte diagnostische middelen – een adequate diagnose te stellen.

Ethische vraag (3)

Moet ik/mag ik de bijzondere leefomstandigheden van de patiënt mee laten wegen bij diagnostiek en indicatiestelling, als die op grond van (uitsluitend) symptominventarisatie niet aan de orde lijken?

Analyse van de argumenten

- De situatie van een asielzoeker is per definitie complex: bredere diagnostiek dan alleen DSM-classificatie is nodig. Denk aan de invloed van traumatische ervaringen, gedwongen migratie, de juridische asielcontext en culturele aspecten. Al deze factoren zijn van invloed op de diagnostiek en het beloop van de klachten.
- Uitsluitend symptomen en klachten signaleren en de diagnose PTSS stellen, voldoet niet; daarin mist de dynamiek van trauma's.
- De lijdensdruk kan hoger zijn dan je op grond van eerste indrukken verwacht.
- Een diagnose biedt de mogelijkheid tot indicatie van zorg, die de patiënt hopelijk ten goede komt.
- Als de diagnose niet gebaseerd is op daadwerkelijke psychopathologie, zal een behandeling niet aanslaan, maar een mogelijk negatief gevolg is dan dat de patiënt zich zeker gaat gedragen dan hij is.
- Een diagnose niet goed kunnen onderbouwen, is in strijd met beroepswaarden.

Handreiking

- ★ Realiseer je dat een diagnose de mogelijkheid biedt tot zorg. Juist een asielzoeker kan meer nodig hebben dan een andere patiënt met dezelfde klachten, gezien zijn maatschappelijke en medische kwetsbaarheid en hoge lijdensdruk.
- ★ Maak jezelf en de patiënt bewust van de omstandigheden en betrek deze in de beschrijvende diagnose. Diagnosticeer procesmatig of handelingsgericht.
- ★ Weeg de draagkracht en draaglast van een patiënt mee.
- ★ Zoek uit of er sprake is van meerdere diagnoses. Bespreking en toetsing van diagnostiek zijn dan essentieel.

Het risico van medicalisering en stigmatisering van asielzoekers wordt versterkt door de protocollering en *routine outcome monitoring* (ROM), die de ziekte en stoornis van een patiënt benadrukken in plaats van de dynamiek en de omstandigheden. Het gebrek aan cultuursensitieve instrumenten maakt de diagnostiek van asielzoekers sterk afhankelijk van de individuele zorgverlener. Dit gebrek aan valide en betrouwbare diagnostische instrumenten is professioneel uiterst lastig, maar op zichzelf beschouwd geen ethisch dilemma. Maar als de psychiatrische problematiek niet wordt herkend en de asielzoeker langer dan nodig verstoken blijft van een adequate behandeling, is er sprake van een ethische kwestie.

'Ik zie de zorg soms ernstig tekort schieten. Mensen die ernstig ziek zijn, worden niet serieus genomen. Ze krijgen steeds paracetamol en alle klachten worden geduid als 'stress'.'

Een psychiatrische diagnose kan ertoe leiden dat instanties gaan twijfelen aan het functioneren van de patiënt, bijvoorbeeld aan het adequaat vervullen van de ouderrol. Omdat plaatsing van kinderen in een gezin in het eigen netwerk van ouders meestal niet mogelijk is, is dat extra risikant. Het risico op medicalisering is dus groot; medische, sociale en politieke interpretaties van klachten kunnen met elkaar op gespannen voet staan (Summerfield, 1999).

Ethische vraag (4)

Mag ik om medicalisering tegen te gaan, terughoudend zijn in classificatie, en daarmee het risico nemen om geen of te weinig zorg aan te bieden?

Analyse van de argumenten

- De diagnostiek bij asielzoekers is zeer complex. De meeste reguliere instrumenten in de GGZ hebben een zeer beperkte validiteit en betrouwbaarheid voor deze doelgroep.
- Zijn er aanwijzingen dat de patiënt klachten fingeert?
- Sommige klachten zijn normaal gezien de omstandigheden, maar kan behandeling verergering van de klachten voorkomen? Dat kinderen bang zijn is normaal, maar kan behandeling voorkomen dat een kind een angststoornis ontwikkelt?
- Zonder diagnose kan niet behandeld worden, en mist de patiënt de zorg die hij mogelijk wel nodig heeft.
- Neem je als zorgverlener te veel verantwoordelijkheid van de patiënt over, dan creëer je hulpeloosheid.
- Wordt de indicatie tot behandeling als een strategisch instrument in de juridische procedure gebruikt?

Handreiking

- ★ Zoek de minst belastende behandeling ter voorkoming van schade aan patiënt en zijn of haar gezinssysteem, dat wil zeggen een lichte vorm van behandeling die tevens meer zicht geeft op de toestand van de patiënt.
- ★ Ga na of er risico's voor de patiënt zijn bij een diagnose, bijvoorbeeld met consequenties voor de rol als ouder, of als het een kind betreft, de kans om niet naar een reguliere school te gaan.

Zorg als vluchthaven?

De vraag is of behandeling alleen een medisch of psychosociaal doel dient, of ook (ongewenste) neveneffecten heeft. De waarden bescherming bieden en verantwoordelijkheid versterken kunnen botsen. Ambulante behandelingen en zeker klinische opnames kunnen als een tijdelijke vluchthaven dienen. Asielzoekers voelen zich even veilig, veiliger dan op het AZC.

‘In de wachtkamer vallen patiënten soms in slaap, pas daar voelen ze zich veilig’

Enmaal in de kliniek kan een patiënt echter volledig passief worden en niet meer actief aan de behandeling deelnemen. Soms bestaat de indruk dat patiënten de behandeling als vluchthaven gebruiken. Dit kan ook bij een ambulante behandeling, wanneer deze als argument geldt in de juridische procedure. Respondenten zien dat als nadelig: het risico op hospitalisatie is groot en patiënten zijn vaak slecht te motiveren.

Ethische vraag (5)

Moet ik/mag ik de patiënt indiceren voor behandeling of opname om hem een (tijdelijke) vluchthaven te bieden?

Analyse van de argumenten

- Heeft de opname vooral te maken met de ernst van de psychische problematiek of dient deze ook een ander doel, bijvoorbeeld de leefsituatie van de patiënt tijdelijk verbeteren?
- Als traumabehandeling nodig is maar de ontregeling die daarbij komt kijken niet of onvoldoende wordt opgevangen door het gezin of een ander leefsysteem, kan opname geïndiceerd zijn. Ga ook na wat opname van een gezinslid voor de achtergebleven gezinsleden betekent.
- Bij de start van de behandeling kan de zorgverlener proberen de continuïteit van de zorg in te schatten.
- (Gedwongen) opname heeft mogelijk negatieve associaties met een gevangenis of andere institutie in het land van herkomst, met het risico op ernstige ontregeling en schade voor de patiënt.

Handreiking

- ★ Weeg uitstel van ambulante zorg of opname af tegen ernst van de klachten en bespreek dit met de patiënt.
- ★ Denk na over welke betekenis de behandeling voor de asielzoeker zou kunnen hebben: een actieve vlucht van de patiënt uit onmacht over zijn situatie; een vlucht in hulpeloosheid gecreëerd door de GGZ; of een strategische vlucht uit juridische motieven.

‘Dat heb ik altijd hoog in het vaandel gehouden: als ik denk dat die behandeling meerwaarde heeft, dan meld ik zo iemand aan. Ook al is er het risico dat iemand te horen krijgt: ‘Je moet dit land verlaten!’

Continuïteit van de zorg houdt veel behandelaars bezig. Ze ervaren de inbreuk op de continuïteit

van zorg voor de patiënt als een belangrijk dilemma. Een zorgverlener is verantwoordelijk voor die continuïteit, maar deze wordt ondermijnd als een patiënt zonder mededeling verhuist, wordt opgepakt en uitgezet, of verdwijnt in de illegaliteit als gevolg van een negatief (voornemen van) besluit van de IND. De zorgverlener vraagt zich af waar de patiënt is, hoe het met hem of haar gaat, welke informatie en toegang tot de GGZ deze nog heeft? Er volgt meestal geen antwoord op deze vragen.

Traumabehandelingen of stabiliseren?

Onder zorgverleners leven verschillende ideeën over welk type behandeling bij asielzoekers ingezet kunnen worden: een traumabehandeling of stabiliseren? Er zijn altijd meerdere opties. In het geval van een PTSS kan men EMDR, schrijftherapie, narratieve exposure therapie en cognitieve gedragstherapie voorschrijven (Jongedijk, 2014; Droždek, 2015). Soms zijn de verschillen institutioneel bepaald, bijvoorbeeld als het beleid is om asielzoekers niet naar de angstpoli te verwijzen, maar naar de sociale psychiatrie. Volgens de richtlijnen is bij PTSS een traumabehandeling in de vorm van cognitieve gedragstherapie (CGT)/imaginaire exposure (IE) of EMDR de eerste keuze. Bij asielzoekers worden deze behandelvormen vaak niet gekozen.

'Ik zet geen EMDR in of een inzicht gevende therapie, want je wil dat mensen in zo'n [nadruk:] instabiele situatie het leven gewoon kunnen volhouden. Trauma's verwerken vergt veel te veel stress.'

Soms kiest men alleen stabiliserende methodieken, bijvoorbeeld uit vrees dat continuïteit van zorg niet gewaarborgd is. Het gaat hier om professionele kwesties waar wetenschappelijk onderzoek nog geen uitsluitsel over geeft, vermomd als ethische dilemma's: de patiënt zou schade worden berokkend omdat hij te veel of juist te weinig zorg krijgt.

Ethische vraag (6)

Mag ik asielzoekers anders behandelen dan reguliere patiënten met dezelfde diagnose en indicatie voor GGZ?

Analyse van de argumenten

- Traumabehandeling kan asielzoekers overweldigen, maar te weinig zorg heeft onvoldoende effect.
- Is stabiliseren voldoende voor deze patiënt in deze situatie?
- Gaat het om professionele kwesties, die als ethische dilemma's worden vertaald, maar dat feitelijk niet zijn?
- Protocollaire behandeling (bij PTSS -> CGT/IE of EMDR) kan schade berokkenen, omdat deze niet passend is bij de (problematiek of omstandigheden van de) patiënt.
- Zijn de inzichten en vaardigheden opgedaan in de behandeling niet alleen in Nederland maar ook in het land van herkomst van toegevoegde waarde, mocht een patiënt (kind of volwassene) terug gaan naar het land van herkomst?

Handreiking

- ★ Handel zo veel mogelijk zoals je altijd zou doen bij deze klachten. Vraag je voortdurend af

welke keuze je bij een reguliere patiënt zou maken, en of het gerechtvaardigd is bij deze patiënt er van af te wijken.

- ★ Overweeg een behandeling op maat, in het tempo dat de patiënt aan kan. Dit zal diens welzijn bevorderen.

Wanneer kan ik de behandeling afsluiten?

Als er geen indicatie voor behandeling meer is, kan de beëindiging juridische (verblijfsrechtelijke) consequenties hebben. Dit is zeer ingewikkeld omdat het goed voorstelbaar is dat een patiënt, geconfronteerd met mogelijke uitzetting, weer meer psychische klachten krijgt. Soms zal de advocaat of de asielzoeker om verlenging van behandeling vragen om de periode van medisch noodzakelijk verblijf te verlengen. Overigens is het verlengen van behandelingen geen duurzame ‘oplossing’ om een verblijfsvergunning te krijgen. Als na een jaar de behandeling te weinig effect sorteert, dan komt het BMA regelmatig tot een negatief advies voor verblijf. De redenatie is, volgens de respondenten, dat als een behandeling in het afgelopen jaar geen succes heeft gehad, dit in de komende periode ook niet zal gebeuren.

‘Vroeger duurden behandelingen soms eindeloos. Was dat in belang van de patiënt? Behandelingen zijn nu kortdurender, maar dit geeft nieuwe dilemma’s.’

Wanneer een behandeling stopt, wil je er vertrouwen in hebben dat je patiënt niet terugvalt. Tegelijkertijd leidt een voortdurende behandeling tot een probleem aan de voordeur en kunnen andere patiënten niet in zorg komen.

Ethische vraag (7)

Mag ik een behandeling, die niet meer geïndiceerd is, afsluiten als de gevolgen voor de patiënt mogelijk schadelijk zijn?

Analyse van de argumenten

- Zorg gaat ook over een rechtvaardige verdeling van middelen: nieuwe patiënten op de wachtlijst kunnen in behandeling als de zorg van een andere patiënt is afgesloten.
- Is er perspectief op veranderde omstandigheden (betere woonsituatie, verblijfsvergunning), die de patiënt in behandeling weer een stap verder kan brengen?
- Ga het gelijkheidsprincipe na: zou je bij reguliere patiënten ook stoppen met de behandeling?
- Er komt weer lucht in het team; patiënten die (te) lang in behandeling zijn kunnen het team uitputten.
- Het einde van een behandeling kan de zelfredzaamheid van de patiënt ten goede komen, maar de klachten kunnen ook toenemen, met als gevolg grotere psychische schade bij de patiënt.
- In het ernstigste geval leidt het afsluiten van de behandeling tot suïcide of een poging daartoe, met schade voor de patiënt, kinderen en andere nabestaanden en de zorgverlener. Bij een groot risico op suïcide is verdere behandeling wel geïndiceerd, maar dan met een andere reden of diagnose.

Handreiking

- ★ Neem pas een beslissing om de zorg af te sluiten, na zorgvuldige afweging van de resultaten van de behandeling en te verwachten gevolgen voor de patiënt.
- ★ Behandel niet eindeloos lang mensen bij een status quo die niet meer tot verbetering leidt.

Thema (3) Beroepsgeheim en informatie delen

Het beroepsgeheim en het delen van medische gegevens kunnen tot ethische dilemma's leiden. Deze dilemma's spelen in de spreekkamer, en in het contact met andere zorgverleners, advocaten en het BMA.

Respect voor de autonomie van de patiënt

De WGBO beschrijft de rechten en plichten van patiënten in de zorg, zoals het recht op begrijpelijke informatie over de diagnose en behandeling, de toestemming voor een behandeling en recht op inzage in het dossier. Informatie in het dossier zoals brieven aan de verwijzer, interne communicatie over de behandeling en voortgang, is echter in het Nederlands geschreven. Dit levert belemmeringen op voor het naleven van de WGBO.

Voor het geval dat de patiënt een kind of jongere is, zijn de belemmeringen mogelijk nog groter. Bij kinderen tussen de 12 en 16 jaar hebben zowel zij zelf als de ouders recht op inzage in het dossier.

Zorgverleners zoeken meestal oplossingen voor patiënten die de Nederlandse taal niet (volgende) machtig zijn door informatie over de behandeling mondeling door te nemen, eventueel met een tolk. Volgens de respondenten uit ons onderzoek wordt schriftelijke informatie uit het dossier vrijwel nooit vertaald voor asielzoekers. Dit is een evidente vorm van discriminatie en een schending van de WGBO. De kosten voor het vertalen van informatie uit het dossier wegen kennelijk zwaarder dan het naleven van de (geest van) de wet.

Aan de respondenten werd voorgelegd of er hierbij sprake is van een ethisch probleem. Dit leverde vooral ontwijkende antwoorden op, zoals 'mondelinge vertaling met tolken is echt wel goed genoeg' of 'dit lijkt me niet zo'n belangrijk punt.' Het is echter wel degelijk een ethisch knelpunt, omdat patiënten goed geïnformeerd moeten (kunnen) worden over hun behandeling. Net als bij Nederlandstalige patiënten zou deze informatie, al dan niet na een verzoek daartoe, ook schriftelijk beschikbaar moeten zijn.

Asielzoekers krijgen soms pas veel later informatie uit het dossier, bijvoorbeeld via de advocaat. Zo komt het voor dat zij van een ander horen welke diagnose destijds gesteld is.

Medische gegevens delen met anderen ten behoeve van de asielprocedure

Zorgverleners zijn op grond van hun beroepscode gebonden aan het vertrouwelijk omgaan met gegevens uit het dossier. De patiënt dient altijd toestemming te geven voor het delen van informatie met anderen. In de zorg aan asielzoekers krijgen zorgverleners veel met andere beroepsgroepen te maken, die vanuit een ander (professioneel) kader redeneren. Vaak zijn dit de advocaat en het BMA. Hun denkkaders kunnen op gespannen voet staan met dat van een professional in de GGZ.

In de GGZ is het inschatten van een 'medische noodsituatie', zoals het BMA doet, ongebruikelijk. Bij een indicatie tot zorg, is er per definitie reden om te behandelen, ofwel een medische

noodzaak. Het BMA ziet een medische noodsituatie als een situatie waarbij schade optreedt bij een patiënt als er op korte termijn geen behandeling plaats vindt. De dood als gevolg van afzien van behandeling is daarin het grootste risico. Zelfs met een voorgeschiedenis van suïcidepogingen (zie p. 26), is het voor zorgverleners erg vreemd om argumenten voor de medische noodzaak tot behandeling in de GGZ op een dergelijke manier te verantwoorden.

Medische informatie delen met het BMA

Het BMA adviseert de IND over de medische noodzaak tot behandeling van een asielzoeker en de mogelijkheden voor het verkrijgen of voortzetten van deze behandeling in het land van herkomst. Alleen ter onderbouwing van het eerste deel van dit advies vraagt het BMA eventueel informatie aan de zorgverlener bij de GGZ. De zorgverlener realiseert zich dat zijn formulering en informatie over de psychische klachten van de patiënt verstreckende gevolgen in de juridische procedure kunnen hebben. Daarmee kan een behandelaar het gevoel krijgen in een juridische rol gedrongen te worden.

‘Je krijgt dan een soort catch-22 situatie. Zou de gezondheid van de patiënt verbeteren, wat natuurlijk de bedoeling is, dan zegt het BMA: ‘de klachten zijn verminderd, dus nu kunnen we actie ondernemen; je op straat zetten of terugsturen naar het land van herkomst.’ En als de gezondheid niet verbetert, dan zegt het BMA: ‘de behandeling slaat niet aan, dus meer behandelen heeft waarschijnlijk geen zin. Dus kunnen we die artikel 64 procedure stoppen en mag je uit de opvang gezet worden.’

Respondenten bleken onzeker over wat het BMA met de informatie doet, of hadden kritiek op wat het BMA er mee deed. Dit leidde vaak tot frustratie. Sommigen bieden daarom zo weinig mogelijk informatie, en delen alleen de diagnose en de reden voor behandeling. Anderen informeren het BMA juist zo uitvoerig mogelijk, om hen te betrekken bij de klachten en het lijden van de patiënt. In ieder geval riepen de contacten met het BMA vaak onzekerheid en spanning op. Kennis over het werk van het BMA zou een deel van deze spanning bij zorgverleners weg kunnen nemen. Dat betekent overigens niet dat zorgverleners geen kritiek zouden mogen hebben op de uitvoering van het asielbeleid in Nederland.

Ethische vraag (8)

Moet ik zo uitgebreid mogelijk de achtergrond en het verloop van de behandeling van de patiënt beschrijven in een brief aan het BMA?

Analyse van de argumenten

- Het BMA en de GGZ werken vanuit verschillende paradigma's en dezelfde 'feiten' kunnen verschillend beoordeeld worden.
- Als de zorgverlener – naar de mening van het BMA – niet objectief informeert, kan het BMA de informatie als pleitbezorging opvatten, de zorgverlener als vooringenomen zien en diens professionele deskundigheid in twijfel trekken.

Handreiking

- ★ Als de zorgverlener zo neutraal mogelijk de reden van aanmelding beschrijft, de psychische

klachten, de veronderstelde psychiatrische diagnose, het behandelaanbod en eventueel –verloop, is het vervolgens aan het BMA om uit deze informatie argumenten te destilleren voor (of tegen) een medische noodzaak tot behandelen in Nederland.

Het BMA onderzoekt zelf de vraag of een behandeling in het land van herkomst geboden kan worden. De respondenten wisten dat een antwoord hierop de verantwoordelijkheid van het BMA is, maar hadden daar vaak zelf ook een mening over. Sommigen zijn verontwaardigd over het oordeel van het BMA, bijvoorbeeld omdat er een grote kloof is tussen de formele beschikbaarheid en feitelijke toegankelijkheid van GGZ in het land van herkomst.

Het advies van het BMA over de medische situatie van de asielzoeker en de noodzaak tot behandeling in Nederland, wordt voorgelegd aan de advocaat en de asielzoeker voordat het naar de IND gaat. Het is mogelijk dat de advocaat, die slechts 14 dagen de tijd krijgt voor een reactie op het BMA-advies, de zorgverlener om een reactie vraagt. De enige ruimte die een zorgverlener hier heeft is om feitelijke fouten te corrigeren, niet om op de inhoud van het advies in te gaan. Dat zou de advocaat kunnen of moeten doen.

Medische informatie delen met de advocaat

De KNMG (2010) stelt dat de advocaat die de belangen van de patiënt behartigt kan worden gezien als een verlengstuk van de patiënt. Met toestemming en een machtiging van de patiënt mag de advocaat dan ook rechtstreeks medische informatie ontvangen.

Informatie vanuit de GGZ kan de advocaat helpen bij het zicht krijgen op de achtergrond en redenen voor de asielaanvraag. Of deze informatie als bewijs kan dienen voor martelingen of ander geweld is controversieel en per situatie verschillend.

‘De advocaat is de vertegenwoordiger van de patiënt. Maar ja, dat zijn geen artsen. Dat is voor hen gemakkelijk om te denken: ‘Depressief? Posttraumatische stressstoornis? Dat zou wel eens een bewijs kunnen zijn voor wat de patiënt vertelt, dat hij toen daar mishandeld is.’

De GGZ doet niet aan waarheidsvinding. Traumabehandelingen zijn gericht op de integratie van ingrijpende ervaringen en deze waar mogelijk onder ogen leren zien, te benoemen en te bespreken. De informatie die in de behandeling naar voren komt, wordt niet getoetst, maar de inhoud zou door de advocaat gebruikt kunnen worden in de juridische procedure. Dit leidt in de praktijk tot een spanningsveld, waarin de waarde om het welzijn van de patiënt te bevorderen aangetast kan worden door het streven naar objectiviteit of transparantie.

Het is ook goed denkbaar dat de asielzoeker in vertrouwen aan de zorgverlener vertelt wat hij heeft meegemaakt en de behandelaar inschat dat deze informatie waardevol is voor de asielaanvraag, of die van andere asielzoekers. De patiënt moet hier dan wel toestemming voor geven, anders handel je als zorgverlener in strijd met het beroepsgeheim. De zorgverlener kan wel proberen de patiënt te overtuigen de informatie toch te willen delen met de advocaat omdat er andere belangen op het spel staan.

Ethische vraag (9)

Moet ik/mag ik de advocaat, al dan niet op diens verzoek, informatie verschaffen omtrent de behandeling inclusief feitelijke inhoud van ervaringen die patiënt met mij heeft gedeeld?

Analyse van de argumenten

- Mocht de patiënt als gevolg van de behandeling in staat zijn stil te staan bij de schendingen van mensenrechten of andere geweldservaringen die hij heeft ondergaan, dan kan hij deze mogelijk zelf ook met de advocaat bespreken.
- Overweeg om de patiënt te adviseren de betreffende informatie zelf met de advocaat te bespreken.

Handreiking

- ★ Ga er vanuit dat de advocaat in het belang van de asielzoeker handelt en verstrek deze de benodigde informatie, met zorgvuldige in achtname van de (gedrags)regels en beroepscoëdes.

Gekrenkt in de beroepsopvatting

Zorgverleners zijn soms geïrriteerd door verzoeken van advocaten om informatie of om hun formuleringen rond de diagnose en voortgang van de behandeling aan te passen. Zij zijn zich uiteraard bewust van de juridische consequenties van een behandeling, maar willen zich niet laten gebruiken in de juridische procedure.

‘Nog voordat ik de eerste afspraak had met de patiënt, lag de brief van de advocaat op de mat met het verzoek om te bevestigen dat deze in behandeling is.’

Ethische vraag (10)

Mag ik formuleringen aanpassen omdat dit ten goede komt aan de juridische procedure van mijn patiënt?

Analyse van de argumenten

- De behandelaar kan zich geïrriteerd voelen door het verzoek van de advocaat. Er kan bovendien sprake zijn van een parallel proces waarin de zorgverlener de druk voelt, waaronder zijn patiënt staat.

Handreiking

- ★ Vraag de advocaat om goed uit te leggen welke informatie nodig is om aan te sluiten bij de juridische kaders waarmee dit beoordeeld gaat worden.
- ★ Overweeg de suggesties van de advocaat, maar weersta de druk om formuleringen aan te passen die niet in je repertoire passen en die je niet volledig kunt verantwoorden.

Thema (4) Pleitbezorging ten behoeve van het collectief

Soms vragen zorgverleners zich af of zij niet beter op collectief, structureel niveau de positie van asielzoekers in Nederland kunnen verbeteren, waar ook individuele patiënten beter van worden. Het gaat dan om collectieve belangenbehartiging of pleitbezorging, met diverse vormen: denk aan signalering van misstanden in de opvang en medische zorg, aandacht vragen voor politieke besluiten die de juridische procedure van asielzoekers beïnvloeden, het vergroten van maatschappelijk draagvlak om asielzoekers in Nederland op te vangen. Of het in eigen organisatie of in de beroepsvereniging agenderen, bespreken en reflecteren van zaken.

‘Ik denk dat er een grote rol voor de behandelaar is weggelegd, zij hebben er op de werkvloer mee te maken, niet de managers. Er zou sterke feedback van beneden naar boven moeten gaan door problemen en ethische dilemma’s aan te kaarten. Alle therapeuten oefenen vanuit rechtvaardigheid dit vak uit, maar zij kunnen dit vaak niet vertalen in concreet handelen. Ik heb wel eens het AZC gebeld en geklaagd dat er zo weinig faciliteiten en ontspanningsmogelijkheden zijn voor bewoners. En ooit een brief geschreven met de vraag of mijn patiënt een andere kamer kon krijgen. Dat is een beetje omstredden, maar verder heb ik niets aangekaart. Bijna alle patiëntengroepen hebben een collectieve vertegenwoordiging, asielzoekers met psychische klachten niet. We missen een groep die voor de GGZ dit soort problemen aankaart.’

Het risico hiervan is dat het individuele perspectief uit het oog verloren wordt en dit ten koste gaat van de individuele patiënt. Daar tegenover staat dat de patiënt zich beter begrepen en gesteund voelt als hij ziet dat de behandelaar ook buiten de spreekkamer voor belangen van asielzoekers opkomt.

Pleitbezorging is meestal effectiever als zorgverleners hun krachten bundelen en signalen gezamenlijk naar buiten brengen. Er zijn organisaties voor wie pleitbezorging een (primaire) taak is; individuele of groepjes zorgverleners kunnen hen op de hoogte brengen of met hen samenwerken.

Streven naar rechtvaardigheid of loyaal blijven?

Het signaleren van maatschappelijke misstanden staat niet op gespannen voet met de rol van zorgverlener. Sterker, de meeste beroepscodes hebben bepalingen opgenomen over je rol en verantwoordelijkheid jegens de samenleving. Het lijkt logisch om eerst intern in de beroepsvereniging of eigen GGZ-organisatie na te gaan hoe collega’s, managers en bestuur hierin staan en afspraken te maken naar aanleiding van incidenten of voorgenomen acties. Er ontstaat een ethisch dilemma als zorgverleners aan pleitbezorging willen doen, maar zij niet ondersteund worden door management of bestuur, of zelfs belemmerd. Hier komen de waarden rechtvaardigheid en loyaliteit of verbondenheid met de organisatie met elkaar in conflict.

Ethische vraag (11)

Moet ik misstanden in de situatie van asielzoekers naar buiten brengen als ik onverschilligheid of tegenstand ondervind vanuit management of bestuur?

Analyse van argumenten

- Betrokkenheid bij maatschappelijke problematiek van de patiënt of bij asielzoekers als groep, kan zowel positieve als negatieve gevolgen hebben voor behandeling.
- De behoefte om politici, (sociale) media of het Nederlandse publiek te laten weten wat er speelt, is legitiem. Het is echter lastig te overzien wat concrete acties teweeg gaan brengen, zeker na contacten met de media.
- De zorgverlener kan in een isolement terecht komen, of dreigt niet meer serieus genomen te worden omdat hij niet 'objectief' zou zijn. De eigen positie/aanstelling kan in gevaar komen.

Handreiking

- ★ Bespreek mogelijke acties altijd eerst met professionals van wie je reflectie en steun mag verwachten: collega's, teamleden, leidinggevenden, beroepsvereniging.
- ★ Creëer een netwerk van collega's in eigen of andere GGZ-organisaties en beroepsverenigingen, en met pleitbezorgers en belangenbehartigers. In bijlage D zijn suggesties hiervoor opgenomen. Bouw eventueel eigen contacten op met de pers.
- ★ Wees je bewust van mogelijke positieve of negatieve gevolgen van pleitbezorging, bespreek met anderen de juiste balans tussen nabijheid en professionele distantie.
- ★ Overweeg om je eigen ervaringen en observaties, met inachtneming van je beroepsgeheim, op te schrijven en bedenk een geschikt (intern) publicatiemedium (vakblad, blog, nieuwsbrief, tijdschrift, intranet, krant, enz.).

Thema (5) Suicide(dreiging): preventie en communicatie

Preventie van en communicatie over suïcide is als het ware een vergrootglas van bijna alle bovenstaande dilemma's in alle cirkels. Een suïcide(poging) heeft direct gevolgen voor de relatie die de patiënt heeft met naasten en zorgverleners. En zo'n gebeurtenis kan het nieuws halen of zelfs in de Tweede Kamer worden besproken, wat vervolgens weer invloed heeft op de beeldvorming rondom asielzoekersbeleid en de rol van politici, BMA en IND daarin. Kortom, suïcide confronteert direct betrokkenen niet alleen met een (dreigend) verlies, maar maakt ook de sociale en politieke dimensies van het asielbeleid extra zichtbaar.

Ethische dilemma's rond suïcide hebben dus te maken met alle hierboven genoemde thema's. Daarbij komt nog de onvoorspelbaarheid van veranderingen in de asielprocedure. Patiënten vertellen hun zorgverlener vaak dat zij zich van het leven zullen gaan beroven als zij terug moeten naar een land van herkomst. En die dreiging kan verschillend ervaren worden, als manipulatief of agerend, als een noodkreet of nog anders.

'Mensen zijn vaak vreselijk wanhopig. De suïcidale gedachten en uitingen zijn er bijna permanent. En het dilemma is: hoe beoordeel je dat? Dat is best ingewikkeld als mensen zeggen: 'Ik dood mezelf en mijn kind als ik teruggestuurd wordt..' [stilte] Hoe goed je ook bent opgeleid in suïcidepreventie; welk risico kun je nemen en hoe ga je daarmee om?'

De wanhoop van asielzoekers die suïcide overwegen is voor zorgverleners goed invoelbaar en drukt zwaar op het spanningsveld tussen *persoonlijke betrokkenheid* en *afstand*. Hoe kun je zo objectief mogelijk de risico's afwegen bij een dreiging met mogelijk dodelijke afloop? Kun je je werkelijk voorstellen wat terugkeer naar het land van herkomst betekent en inschatten welke risico's daar aan verbonden zijn? Een dergelijke inschatting is altijd lastig, maar vaak zijn er bij reguliere patiënten meer aanknopingspunten (zie ook ethische vraag 1).

In diagnostiek is het voor zorgverleners schier onmogelijk om onderscheid te maken tussen suïcidaal gedrag passend bij een stoornis en suïcidaal gedrag als reactie op uitzetting. Dat zij dit onderscheid toch moeten maken, komt omdat het BMA dit eist. Volgens de multidisciplinaire richtlijn (2012) vergroot een eerdere suïcidepoging de kans op een volgende poging of geslaagde suïcide. Dat geeft de zorgverlener echter nog niet altijd houvast voor de beoordeling van het risico bij een individuele patiënt. De verantwoordelijkheid voor een zorgvuldige inschatting drukt hier extra zwaar (zie ethische vragen 3, 4 en 5).

Ook zonder eerdere pogingen, kan iemand zo wanhopig zijn dat hij zich van het leven berooft. Dat zorgverleners eerdere pogingen voor het BMA moeten documenteren en dus in het kader van *informatie delen* moeten bewijzen dat een patiënt suïcidaal zou zijn of kunnen worden, stuit veel zorgverleners tegen de borst; 'het BMA ziet het leven zelf als losgeld.' (zie ethische vragen 8 en 10).

Wanneer een patiënt laat merken suïcide te overwegen voelen veel zorgverleners compassie en willen zij in de vorm van pleitbezorging de patiënt helpen. Als je besluit dit te doen, vergewis je dan van de steun vanuit je team en schakel (extra) intervisie of supervisie in om met deze bestaande lasting om te gaan (zie ook ethische vraag 11).

De vraag is of protocollen en richtlijnen voor de preventie van suïcide anders toegepast moeten worden bij asielzoekers; een dilemma tussen gelijkwaardigheid en gelijkheid. Met andere woorden, moeten zorgverleners in de GGZ, anders met suïciderisico's van asielzoekers omgaan dan bij reguliere patiënten? In ieder geval zijn er aanwijzingen dat de incidentie van zowel suïcides als suïcidepogingen hoog zijn. In de periode 2002-2007 kwam suïcide onder asielzoekers twee keer zo vaak voor als onder inwoners in Nederland met verblijfsvergunning. Het betrof vrijwel alleen mannelijke asielzoekers (Goosen e.a., 2011).

Ethische vraag (12)

Moet ik gezien de aanwezige risicofactoren (trauma, weinig steun in de directe omgeving) meer dan bij andere patiënten aandacht vragen voor het risico op suïcide?

Analyse van argumenten

- De prevalentiecijfers geven aan dat suïcidepogingen onder asielzoekers vaker voorkomen dan onder reguliere patiënten.
- Als er veel op het spel staat (verblijf in Nederland; voorkomen van uitzetting) zal iedereen alles uit de kast halen om te beargumenteren dat uitzetten onmenselijk is. Dreigen met suïcide is dan niet zo vreemd, maar is het reëel?

Handreiking

- ★ Besef dat suïcide een reëel risico is voor asielzoekers en volg de reguliere protocollen.

Aanbevelingen

Het onderzoek, waarop deze handreiking is gebaseerd, leidt tot enkele beleidsaanbevelingen om zorgverleners, teams en organisaties te ondersteunen in het omgaan met ethische dilemma's in de zorg voor asielzoekers.

Aanbeveling voor de individuele zorgverlener

- 1** Zorg als individuele behandelaar dat je ervaringen met de zorg aan asielzoekers professioneel kunt delen. Dat kan in de vorm van supervisie en intervisie.

Aanbevelingen voor de organisatie

- 2** Stel in de organisatie een vertrouwenspersoon aan en geef deze specifieke training en uitrusting om zorgverleners te ondersteunen bij de belasting die zij ervaren.
- 3** Faciliteer een ethisch beraad of ethische commissie over de zorg aan asielzoekers, waar casuïstiek en gevolgen van beleid besproken kunnen worden. Zo'n beraad of commissie helpt individuele behandelaars bij het omgaan met ethische dilemma's.
- 4** Organiseer discussiebijeenkomsten met collega's van andere instellingen om de expertise op dit specifieke terrein te vergroten.
- 5** Overweeg overleg met het BMA om te bespreken welke medische informatie van zorgverleners gevraagd en verwacht kan worden.

Aanbeveling voor koepelorganisaties

- 6** Ontwikkel een digitaal forum waar zorgverleners van verschillende instellingen met elkaar de knelpunten en oplossingen met betrekking tot ethische dilemma's van asielzoekers kunnen delen.
- 7** Zorg dat zorgverleners organisaties kennen, die advies, consultatie of pleitbezorging voor (de zorg aan) asielzoekers bieden.

Literatuur

- Beauchamp, T.L. & Childress J.F. (2006). *Principles of biomedical ethics*, 5th edition. Oxford University Press, New York.
- Bekkum, D. & Sevinç, F. (2005). Cultuur in overdracht. Interculturele ontmoetingen in de behandelkamer en (tegen)overdracht. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 2 (4), 2-11.
- Brok, B. den (1998) Ethics without borders – a literature study. In: L. van Willigen (Ed.) *Medical ethical standards in mental health care for victims of organized violence, refugees and displaced persons*. Amsterdam: Royal Tropical Institute & Pharos, 17-52
- Droždek, B. (2015). Challenges in treatment of posttraumatic stress disorder in refugees: towards integration of evidence-based treatments with contextual and culture-sensitive perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 6. doi:10.3402/ejpt.v6.24750
- Goosen, S., Kunst, A.E., Stronks, K. e.a. (2011). Suicide death and hospital-treated suicidal behavior in asylum seekers in the Netherlands: an national registry-based study. *BMC Public Health*, 11: 484.
- Haans, T. (1998). *Het labyrint van Ares. Werkbelasting door hulpverlening aan geweldsoverlevenden*. Utrecht: Pharos.
- Jongedijk, R.A. & Hoekstra, M.J. (2006). GGZ voor asielzoekers: teveel, voldoende of te weinig? *Cultuur Migratie Gezondheid* 3,3, 148-159
- Jongedijk, R.A. (2014). *Levensverhalen en psychotrauma. Narratieve exposure therapie in theorie en praktijk*. Amsterdam: Boom.
- KNMG (2010). *Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens*. Utrecht: KNMG/knmg.nl
- KNMG (2013). *Gedragsregels voor artsen*. Utrecht: KNMG/knmg.nl
- NIP (2015). *Beroepscode voor psychologen*. Utrecht/psynip.nl
- Nederlands Juristen Comité voor de Mensenrechten (NJCM) (2013). *Het Bureau Medische Advisering nader beschouwd. Zorgpunten en aanbevelingen*. www.njcm.nl/site/uploads/download/521. [Geraadpleegd op 5-12-2014]
- NVMW (2010). *Beroepscode voor de maatschappelijk werker. Collectieve beroepsnormen van het beroep maatschappelijk werker*. Utrecht: NVMW/nvmw.nl
- NVO (2008). *Beroepscode van de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen*. Utrecht: NIP /nvo.nl
- NVvP (2010). *Beroepscode voor psychiaters*. Utrecht: NVvP/nvvp.net
- NVvP (2012). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: NVvP, NIP en V&VN.
- V&VN (2015). *Beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden. Leidraad voor je handelen als professional*. Utrecht: V&VN/venvn.nl
- Silove, D., Steel, Z., & Watters, C. (2000). Policies of deterrence and the mental health of asylum seekers. *Jama The Journal Of The American Medical Association*, 284(5), 604–611.
- Summerfield, D. (1999). A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-reflected areas. *Social Science & Medicine* 48: 1449-1462.
- Waning, A. van (1999). *Multiculturele samenleving en psychoanalyse*. Assen: Van Gorcum.

Bijlagen

(A) De opvang en medische zorg nader toegelicht

Asielzoekers in Nederland kunnen op diverse locaties van het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers (COA) en onder diverse voorwaarden worden opgevangen. In alle locaties is medische zorg beschikbaar. De grootste groep asielzoekers verblijft in een AZC, waar zij voor medische zorg terecht kunnen bij het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A). Het GC A is een landelijk gezondheidscentrum dat werkt vanuit zorglocaties dicht bij of op asielzoekerscentra. Hier kunnen asielzoekers terecht voor een consult met een huisarts, een praktijkverpleegkundige, een doktersassistent of een eerstelijnsconsulent GGZ. Kosten van tolken in de zorg voor asielzoekers worden vergoed.

Voor geestelijke gezondheidszorg kunnen asielzoekers terecht bij de eerstelijnsconsulent GGZ of na verwijzing bij de reguliere GGZ instelling in de regio dan wel bij één van de vier gespecialiseerde (tweede- en derdelijns) GGZ instellingen voor vluchtelingen en asielzoekers: Centrum '45 in Amsterdam en Oegstgeest, de Evenaar van GGZ Drenthe, het psychotrauma-centrum Zuid Nederland van de Reinier van Arkelgroep in Den Bosch en de afdeling 'Phoenix' van Pro Persona te Wolfheze. Voor de vergoeding hebben de GGZ-instellingen overeenkomsten gesloten met Menzis, die de zorg voor asielzoekers contracteert.

Asielzoekers hebben recht op reguliere zorg uit het basispakket (behalve IVF en transgender-operaties). In principe is er geen verschil in het zorgaanbod in de verschillende opvangcentra. Er zijn echter signalen dat de toegankelijkheid van de zorg in de gezinslocaties en de mogelijkheden om doorverwezen te worden naar de GGZ te wensen overlaat.

Medische aspecten in de asielprocedure

Op diverse momenten en met uiteenlopende doelen kunnen medische aspecten in de asielprocedure een rol spelen. Na het indienen van een asielverzoek start een rust- en voorbereidings-termijn van minimaal 6 dagen, waarin de asielzoeker een medisch onderzoek krijgt aangeboden door een medisch adviesbureau die onderzoekt of er medische problemen bestaan die het gehoor door de IND kunnen beïnvloeden. Het medisch advies wordt uitgebracht aan de IND.

Tijdens de asielprocedure kan de advocaat van de asielzoeker medische informatie verzamelen en opvragen bij de behandelaar ter aanvulling of onderbouwing van de asielaanvraag. De medische informatie wordt cruciaal als de advocaat een procedure start op grond van artikel 64 van de Vreemdelingenwet (2000) dat voorziet in het achterwege blijven van uitzetting zolang het gelet op de gezondheidstoestand van de vreemdeling of van een van zijn gezinsleden niet verantwoord is om te reizen.

De IND kan het BMA opdragen een advies te formuleren over de medische toestand van de asielzoeker. Het BMA vraagt de behandelaar dan om informatie over de actuele geconstateerde klachten en (differentiaal) diagnose, de medische voorgeschiedenis, de aarde van de ingezette/in te zetten behandeling en –indien van toepassing- de voorgeschreven medicatie, het beloop tot nu toe en de te verwachten duur van de behandeling. Het BMA adviseert de IND vervolgens over de medische noodzaak tot behandeling en geeft een inschatting van de mogelijkheid deze behandeling in het land van herkomst te vervolgen of te ondergaan.

(B) De werkwijze van het bureau medische advisering (BMA)

Voor het toekennen van een verblijfsvergunning aan vreemdelingen laat de IND zich adviseren door haar eigen adviesbureau, het BMA (NJCM, 2013). De taak van het BMA is neergelegd in de Vreemdelingenwet en de daarop gebaseerde regelgeving, alsmede de Algemene wet bestuursrecht.

Wanneer de IND een verzoek doet tot medische advisering door het BMA, neemt deze allereerst schriftelijk contact op met de behandelaars van de desbetreffende vreemdeling met het verzoek de medische gegevens van betrokkene te verstrekken. De BMA-arts adviseert de IND op basis van de vragen die de IND aan hem heeft voorgelegd. Indien de BMA-arts het noodzakelijk acht de vreemdeling te zien, kan hij deze oproepen op het spreekuur.

Vervolgens onderzoekt de BMA-arts (indien noodzakelijk) of de behandeling in het land van herkomst beschikbaar is. Hierbij gebruikt hij informatie van ter plaatse werkzame vertrouwensartsen en International SOS. De informatie van deze bronnen wordt in het individuele adviesdossier gebruikt en wordt opgenomen in het landeninformatiesysteem van het BMA.

De BMA-arts doet geen uitspraken over de feitelijke mogelijkheid om toegang te krijgen tot een behandeling in land van herkomst. Het is niet aan de BMA-arts om te beoordelen of verblijf van de vreemdeling moet worden toegestaan.

Om te beoordelen of bij het uitblijven van een medische behandeling een medische noodsituatie zal ontstaan, gaat de BMA-arts uit van de omschrijving in de Vreemdelingencirculaire 2000. Volgens het protocol van het BMA wordt onder een medische noodsituatie verstaan: 'Het achterwege blijven van de medische behandeling zal naar alle waarschijnlijkheid op korte termijn leiden tot betrokkene overlijden, dan wel een (vrijwel) volledig verlies van ADL-zelfstandigheid (activiteiten dagelijks leven) of gedwongen opname in een psychiatrische kliniek in het kader van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ).'

Op basis van de door de behandelaars verstrekte medische informatie wordt vastgesteld of een medische noodsituatie zal ontstaan.

(C) Relevante gedragscodes in de GGZ

Hieronder volgt een selectie van regels en richtlijnen uit de beroepscode van psychiaters en psychologen die specifiek relevant (kunnen) zijn voor de GGZ voor asielzoekers. Andere relevante codes zijn die van verpleegkundigen en verzorgenden (V&VN, 2015), van maatschappelijk werkers (NVMW, 2010) en van pedagogen en onderwijskundigen (NVO, 2008). De selectie hieronder is een handreiking, het is ten sterkste aan te raden de gehele beroepscode te raadplegen.

Beroepscode voor psychiaters

Een selectie uit de beroepscode voor psychiaters van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (mei 2010).

I.5 De psychiater neemt de grenzen van zijn beroepsuitoefening in acht. Hij onthoudt zich van handelingen en uitspraken die gelegen zijn buiten het terrein van zijn eigen kennen en kunnen.

II.3 De psychiater stemt de hulpverlening af op de reële individuele behoefte van de patiënt.

II.4 De psychiater is zich bewust van de moeilijkheden die kunnen ontstaan doordat er binnen het kader waarin de behandeling van de patiënt plaatsvindt sprake kan zijn van conflicterende belangen.

De psychiater zal in een dergelijk belangenconflict moeten afwegen welke positie hij inneemt of wil innemen. Hij zal eigen keuzes moeten kunnen onderbouwen met argumenten en zijn positiebepaling expliciet duidelijk kunnen maken.

II.6 De psychiater is verantwoordelijk voor het verzekeren van de continuïteit van de hulpverlening en voor goede bereikbaarheid daarvan, dit alles redelijkerwijs en onverlet de verantwoordelijkheid die hiervoor bij de instelling ligt waar hij werkzaam is.

II.10 De psychiater informeert de patiënt op duidelijke wijze en desgevraagd schriftelijk over diens gezondheidstoestand en hulpverlening die de psychiater voorstelt. De psychiater besteedt daarbij aandacht aan:

- de aard, de omvang en het doel van het onderzoek, de behandeling, de begeleiding of de keuring;
- de eventuele gevolgen en risico's voor de patiënt;
- de mogelijke alternatieven;
- de autonomie en zelfbeschikking van de patiënt.

II.20 De psychiater heeft de plicht te zwijgen over alles wat hem bekend wordt in het kader van de behandeling. Hij is ontheven van de plicht tot zwijgen als de patiënt toestemming geeft tot het verstrekken van informatie, hetgeen niet betekent dat de psychiater de plicht heeft om te spreken.

V.2 In het publieke debat neemt de psychiater de grenzen van zijn professie in acht. Hij beroept zich niet op zijn professie om uitspraken te doen die niet op dat terrein liggen. De psychiater doet in het publieke debat geen uitspraken over niet anonieme casuïstiek, maar beperkt zich tot het geven van algemene informatie over psychiatrische ziektebeelden en theorieën.

VII.2 De psychiater stelt zich actief op in het signaleren van gezondheidsbedreigende factoren. Daarbij kan gedacht worden aan gezondheidsbedreigende maatschappelijke ontwikkelingen, milieuverontreiniging, slechte woonomstandigheden en pesten op school.

Beroepscode voor psychologen

Een selectie uit de Beroepscode voor psychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (2015). De NIP code is vernieuwd en komt pas definitief uit na de afronding van deze handreiking. Zie voor definitieve formuleringen www.psynip.nl

Artikel 28 *Voorkomen onbedoeld gebruik en misbruik van rapportage*. De psycholoog treft maatregelen om te voorkomen dat een rapportage wordt gebruikt voor een ander doel dan waarvoor deze is opgesteld. [...] Bovendien wordt vermeld dat de conclusies alleen betrekking hebben op de aan de rapportage ten grondslag liggende doel- of vraagstelling en niet zonder meer kunnen dienen voor de beantwoording van andere vragen.

Artikel 41 *Onafhankelijkheid en objectiviteit*. De psycholoog zorgt ervoor dat hij in zijn beroepsmatig handelen onafhankelijk en objectief kan optreden. Hij laat zijn beroepsmatig handelen niet zodanig beïnvloeden dat hij zijn werkwijze en de resultaten daarvoor professioneel niet kan verantwoorden.

Artikel 58 *Respect voor eigenheid en diversiteit*. Psychologen houden rekening met de individuele eigenschappen en omstandigheden van elke patiënt. Zij onderkennen dat hun eigen waarden en normen en identiteit hun professioneel handelen kunnen beïnvloeden. Psychologen spannen zich ervoor in cultuur en diversiteit te verdisconteren in de professionele activiteiten. Zij maken geen ongerechtvaardigd onderscheid wegens ras, etniciteit, geslacht, leeftijd, levensovertuiging, godsdienst, politieke gezindheid, seksuele geaardheid of op welke grond dan ook.

Artikel 68 *Toegankelijkheid van het dossier*. De psycholoog richt het dossier naar vorm en inhoud zo in dat het voor de patiënt redelijkerwijs toegankelijk is.

Artikel 72 *Zorgvuldigheid in de communicatie*. De psycholoog neemt in redelijkheid alle voorzorgen dat er in de schriftelijke, telefonische of elektronische communicatie met de patiënt of met andere betrokkenen geen vertrouwelijke gegevens over de patiënt, zonder diens toestemming, ter kennis komen van derden.

Artikel 89 *Toestemmingsvereiste*. Voor rapportage aan derden is gerichte toestemming van de patiënt noodzakelijk.

Artikel 98 *Noodzaak van kritische bezinning*. De psycholoog denkt kritisch na over zijn beroepsmatig handelen en over zijn persoonlijke waarden en motieven die bij dat handelen een rol spelen. Hij stelt zijn beroepsmatig handelen met enige regelmaat aan de orde in (inter)collegiaal overleg, zoals bijvoorbeeld intervisie. Hij volgt de ethische discussie binnen zijn beroepsgroep.

Artikel 100 *Instandhouden en verder ontwikkelen van de professionele deskundigheid*. De psycholoog houdt zijn professionele deskundigheid in stand en ontwikkelt deze in overeenstemming met de recente ontwikkelingen in de psychologie. Hij volgt de voor hem relevante vakliteratuur en neemt deel aan relevante bij- en nascholing.

Artikel 101 *Gebruik van doeltreffende en doelmatige methoden*. De psycholoog kiest methoden die doeltreffend en doelmatig zijn en geeft zich rekenschap van de beperkingen van die methoden.

Artikel 102 *Professionele en persoonlijke beperkingen*. De psycholoog onderkent zijn professionele en persoonlijke beperkingen en is daar open over. Waar nodig roept hij deskundig advies en ondersteuning in, en verwijst zo nodig door.

Artikel 103 *Grenzen van de eigen deskundigheid*. De psycholoog neemt in zijn beroepsmatig handelen de grenzen van zijn deskundigheid in acht en aanvaardt geen opdrachten waarvoor hij deskundigheid mist.

(D) Bij wie kun je terecht?

Hieronder enige organisaties die zich bezig houden met (geestelijke)gezondheidszorg voor asielzoekers en daarmee verbonden thema's.

Amnesty International

AI is een onafhankelijke wereldwijde beweging die zich inzet voor slachtoffers van schendingen van mensenrechten. Vanuit het Amnesty-huis in Amsterdam voert de landelijke organisatie actie en ondersteunt acties van lokale groepen in het land. Amnesty doet o.a. mediawerk, educatie, lobby. Houdt op de website actuele dossiers bij en biedt uitgebreide landeninformatie over landen waar mensenrechten systematisch worden geschonden. Website: www.amnesty.nl

ASKV

Het Amsterdamse steunpunt vluchtelingen ASKV steunt en begeleidt afgewezen vluchtelingen, die niet kunnen terugkeren naar hun land van herkomst. Een beperkte groep begeleiden ze door te bemiddelen in rechtsbijstand, levensonderhoud, onderdak, medische zorg, Nederlandse les en psychosociale hulp. Het project Medisch Opvangproject Ongedocumenteerden (MOO) in Amsterdam Nieuw-West biedt onderdak aan ruim 25 ongedocumenteerden met ernstig psychische problemen. De begeleiding richt zich op toeleiding naar behandeling, stabilisatie en juridisch perspectief. Website: www.askv.nl

Defence for Children

Defence for Children bevordert kinderrechten in Nederland en daarbuiten op basis van het VN-Kinderrechtenverdrag. Ze doen dit door lobby, onderzoek, advisering, informatievoorziening, scholing en actie. Is onder andere actief voor alleenstaande minderjarige asielzoekers en kinderen zonder verblijfsvergunning. Website: www.defenceforchildren.nl

Dokters van de Wereld

Dokters van de Wereld is onderdeel van het internationale Médecins du Monde- netwerk. Ze komen in binnen- en buitenland op voor het universele recht op gezondheid, met als belangrijkste speerpunt, toegang tot gezondheidszorg voor mensen die hiervan uitgesloten zijn. Sinds 2005 bieden ze migranten zonder verblijfspapieren via het Medoc-project informatie, begeleiding en bemiddeling naar de reguliere zorg, houden spreekuren (in Amsterdam en Den Haag) en geven voorlichting. Website: www.doktersvandewereld.org

Gespecialiseerde 2de en 3e lijns GGZ-instellingen, betrokken bij de zorg voor asielzoekers

- Centrum '45. Stichting Centrum '45 is een landelijk behandel- en expertisecentrum voor psychotrauma en behandelt mensen met complexe psychotraumaklachten die het gevolg zijn van vervolging, oorlog en geweld. Biedt behandelingen poliklinisch, dagklinisch en klinisch, voor volwassenen, kinderen en gezinnen. Voor professionals bieden ze onderwijs en opleidingen aan op het gebied van traumabehandeling. Website: www.centrum45.nl
- De Evenaar, GGZ Drenthe. Centrum voor Transculturele Psychiatrie Noord-Nederland 'De Evenaar' helpt mensen met psychische problemen én een andere culturele achtergrond, zoals arbeidsmigranten, (oorlogs)vluchtelingen en asielzoekers. Website: www.ggzdrenthe.nl/centrum/de-evenaar/

- Phoenix, Pro Persona. Kliniek voor vluchtelingen en asielzoekers met psychische problemen. Specialistische zorg en plaatsen langdurige zorg. Website: www.propersona.nl > zoek op Phoenix
- Psychotraumacentrum Zuid-Nederland, Reinier van Arkel groep. PTC ZN behandelt kinderen, adolescenten en volwassenen die het slachtoffer zijn geweest van oorlog, foltering, politiek geweld en seksueel misbruik. Biedt tevens consultatie en advies, second opinion en collegiaal overleg voor verwijzers en behandelaars in 1e, 2e en 3e lijnszorg. Website: www.rvagroep.nl/specialismen/psychotraumacentrum-zuid-nederland

Instituut voor mensenrechten en medisch onderzoek iMMO

Het iMMO levert een bijdrage aan de bescherming van mensenrechten, in het bijzonder door het uitvoeren van (forensisch-medische) onderzoeken van vermoede slachtoffers van marteling en inhumane behandeling en de overdracht van expertise daarover, in de context van de asielprocedure. Het iMMO biedt ook consultatie en advies. Website: www.stichtingimmo.nl

Johannes Wier Stichting voor gezondheidszorg en mensenrechten

JWS stimuleert en mobiliseert professionals in de zorg om de eerbiediging van het recht van een ieder op een zo goed mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid te bevorderen. Website: www.johannes-wier.nl

Lampion

Landelijk informatie- en adviespunt over zorg aan ongedocumenteerden/illegalen. Website: www.lampion.info

NIP, werkgroep mensenrechten

Het Nederlands Instituut van psychologen kent een werkgroep mensenrechten en psychologie. Website: www.psynip.nl > zoek op mensenrechten

Pharos

Pharos is het expertisecentrum gezondheidsverschillen. Werkt voor organisaties en overheden. Biedt voor professionals o.a. trainingen (in-company en open inschrijving). Website: www.pharos.nl

Vluchtelingenwerk

Vluchtelingenwerk behartigt – via 12 regionale stichtingen – de belangen van vluchtelingen en asielzoekers in Nederland, vanaf het moment van binnenkomst tot en met de integratie in de Nederlandse samenleving. Begeleidt asielzoekers en vluchtelingen, doet aan belangenbehartiging en voert campagnes. Website: www.vluchtelingenwerk.nl

Werkgroep Kind in het AZC

De Werkgroep Kind in het AZC is een coalitie van UNICEF Nederland, Defence for Children International, VluchtelingenWerk Nederland, Stichting Kinderpostzegels Nederland en Kerk in Actie. De werkgroep stelt zich tot doel om – via beleidsbeïnvloeding, belangenbehartiging, onderzoek, kennisverspreiding en concrete verbetervoorstellen – de situatie van kinderen (gezinnen) in AZC's te verbeteren. Website: www.kind-in-azc.nl

(E) Leden project- en klankbordgroep

Projectadviseurs

Prof. dr. D. L. (Dick) Willems, hoogleraar medische ethiek, AMC/UvA

Drs. R.A. (Ruud) Jongedijk, psychiater en directeur Zorg & Innovatie Stichting Centrum '45 en Arq Psychotrauma Expert Groep

Prof dr. I. D. (Inez) de Beaufort, hoogleraar medische ethiek en filosofie, Erasmus Universiteit Rotterdam

Overige projectgroepleden, tevens leden van de klankbordgroep

Drs. E. (Evert) Bloemen, arts, senior adviseur/trainer, Stichting Pharos; en Instituut voor Mensenrechten en Medisch Onderzoek iMMO

Dr. A.J. (Alies) Struijs, coördinator Centrum voor Ethiek en Gezondheidszorg (CEG); en senior adviseur Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RV&S)

Drs. D.H. (Douwe) van der Heide, psychiater GGZ Centraal; en Johannes Wier Stichting voor gezondheidszorg en mensenrechten

Klankbordgroep

Drs. P. (Polli) Hagenaars, psycholoog, namens het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

Dr. A.M.L. (Annematt) Collot d'Escury-Koenigs, namens het NIP, sector jeugd

J. (Jessica) Hendriks MSc, medisch antropoloog, namens het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A)

Drs. W. (Wim) Thijs, psychiater, Centrum voor transculturele psychiatrie De Evenaar, GGZ Drenthe

Drs. J.P. (Jan Piebe) Tjepkema, psycholoog en ethicus, Phoenix, Pro Persona



Universiteit Utrecht



Academisch Medisch Centrum
Universiteit van Amsterdam



Stichting **Centrum '45**

