

HONGER NAAR RECHT

HONGER ALS WAPEN

**handleiding voor de medische en verpleegkundige
begeleiding van hongerstakingen**

Derde, geheel herziene druk 2000

**JOHANNES WIER STICHTING
voor mensenrechten en gezondheidszorg**

redactie:

**A. van Es
C.C.J.M. van Ojen
A.M.C. Raat**

© Copyright Johannes Wier Stichting, Amersfoort

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Honger naar recht, honger als wapen. Handleiding voor de medische en verpleegkundige begeleiding van hongerstakingen / Johannes Wier Stichting. - Amersfoort: Johannes Wier Stichting. ISBN 90-73550-17-3
Trefw.: hongerstaking; hulpverlening.

Deze handleiding is verkrijgbaar door storting van f15,00 / euro 7,00 op girorekening 53353 ten name van de Johannes Wier Stichting o.v.v. "Handleiding hongerstaking".

Auteurs: drs. W. Amptmeijer, arts
 drs. A. van Es, huisarts
 drs. P. Falke, huisarts
 prof. mr. J.K.M. Gevers, hoogleraar gezondheidsrecht
 drs. R. Koene, sociaal geneeskundige
 drs. C.C.J.M. van Ojen, huisarts
 mr. H.R.T.M. van Ojen, advocaat
 drs. J.J. den Otter, huisarts-epidemioloog
 drs. A.M.C. Raat, huisarts
 drs. B. Schaap, sociaal geneeskundige
 dr. J. Smeulers, internist

Vormgeving: Printing Amersfoort

Omslagfoto:

Witte Illegalen in hongerstaking, december 1998

Agneskerk Den Haag

Foto: Chris Pennart/Hollandse Hoogte

Ondanks alle aan de samenstelling van deze handleiding bestede zorg kunnen noch de redactie, noch de auteurs, noch de uitgever aansprakelijkheid aanvaarden voor schade die het gevolg is van enige fout in deze uitgave.

Vanwege de leesbaarheid is er van afgezien in de tekst het onderscheid mannelijk-vrouwelijk aan te geven. Gelieve overal waar 'hij' of 'hem' of 'zijn' staat, tevens 'zij' of 'haar' te lezen.

Inhoud:		pagina
I	Inleiding	5
II	Medische aspecten van een hongerstaking	7
III	Juridische aspecten van een hongerstaking	17
IV	De hongerstaker en zijn patiëntenrechten	24
V	De rol van een begeleidend/vertrouwensarts	30
VI	Omgaan met de media	36
VII	Massale hongerstaking	39
VIII	Hongerstaking en verpleeghuis	43
IX	Richtlijnen voor de medische en verpleegkundige begeleiding	46
	Appendices	51
A	Internationale regels inzake hongerstaking en gedwongen voeding	
	- Declaration of Tokyo WMA 1975	51
	- Declaration of Malta WMA 1991, Marbella 1993	53
B	Model van een schriftelijke wilsverklaring	56
C	Voorbeeld van gegevensregistratie bij medische begeleiding	58
D	Voorbeeld van een informatiebrief voor hongerstakers	60
E	Richtlijnen vertrouwensarts ZRA	62
F	Adressen en telefoonnummers	64

I. Inleiding

Voedselweigerings als machtsmiddel wordt ook in Nederland overwegend gebruikt door mensen in een afhankelijke positie, zoals vluchtelingen en gedetineerden. Vaak duurt de hongerstaking kort, enkele dagen tot weken. Met name bij asielzoekers, illegalen en gevangenen gebeurt het nogal eens dat de actie lang genoeg duurt om tot ernstige medische, ethische en maatschappelijke problemen te leiden.

Het is vaak moeilijk om een vertrouwensarts te vinden voor een hongerstaker. Het blijkt dat veel artsen en verpleegkundigen onbekend zijn met deze problematiek en, mede hierdoor, ervoor terugschrikken om hongerstakers te begeleiden. De Johannes Wier Stichting is vaak benaderd met de vraag om een vertrouwensarts te "leveren". De stichting acht dit onmogelijk vanwege de geografische spreiding, en onwenselijk omdat zij het een taak vindt die thuishoort in de reguliere zorg. De begeleiding van hongerstakingen is echter wél een collectieve verantwoordelijkheid van de medische beroepsgroep, die daarop dan ook moet kunnen worden aangesproken.

De 7 regionale MOA stichtingen (Medische Opvang Asielzoekers), die sinds 1 januari 2000 verantwoordelijk zijn voor een deel van de medische en verpleegkundige zorg in de asielzoekerscentra (AZC's), hebben het plan opgevat om voldoende vertrouwensartsen te scholen en beschikbaar te stellen. Asielzoekers gaan echter steeds meer buiten de centra wonen of zijn, door de Koppelingswet van 1998, gedwongen om in de illegaliteit te leven. De begeleiding van hongerstakers zal dus verschuiven naar buiten de instellingen.

Sinds enkele jaren bestaat er binnen de Johannes Wier Stichting een netwerk van consultants die vertrouwensartsen kunnen bijstaan op basis van intercollegiaal overleg, bij vragen van allerlei aard omtrent hongerstakingen of gewoon voor een bemoedigend woord. In februari 2000 organiseerde een werkgroep een druk bezochte studiedag over hulpverlening bij hongerstaking. De ruime vertegenwoordiging van penitentiair medewerkers gaf aan dat er een omvangrijk probleem van hongerstakende gedetineerden bestaat. Mede naar aanleiding van de discussies van die dag en de ervaringen met massale groepshongerstakingen in 1998 en 1999 werd deze handleiding herschreven.

Het hoofdstuk over medische aspecten, oorspronkelijk geschreven door mw. dr. J. Smeulers, internist, werd aangepast en aangevuld met gegevens uit de inleiding van prof. dr. J.A. Romein, gehouden op de studiedag. Een hoofdstuk over patiëntenrechten in Nederland, gezamenlijk geschreven door een ervaren vertrouwensarts en een Bopz-advocaat (Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen), werd toegevoegd. Onvermijdelijk overlapt dit gedeeltelijk de inhoud van het hoofdstuk over juridische aspecten van de hand van prof. mr. J.K.M. Gevers. Het hoofdstuk over de rol van een vertrouwensarts werd grondig herschreven en aangepast op grond van ervaringen van de laatste jaren. Er wordt uiteraard belang gehecht aan het opstellen van een wilsverklaring, maar er is meer nadruk komen te liggen op het evalueren van deze verklaring, de plaats ervan binnen het beroepsgeheim en het noteren van afspraken met de hongerstaker in het medisch dossier. De hoofdstukken over omgaan met de media, massale hongerstakingen en verpleeghuisopname zijn helemaal nieuw. De bijlagen zijn aangevuld met een voorbeeld van een informatiestencil en met de richtlijnen en voorwaarden voor vergoeding van een vertrouwensarts door de ziektekostenverzekeraar. Tenslotte werd een uitgebreide adressenlijst samengesteld.

De vorige uitgaven van deze handleiding hebben inmiddels hun weg gevonden naar de meeste opvangcentra voor asielzoekers, GGD'en en penitentiaire inrichtingen in Nederland. Een Engelse en Franse vertaling voldoen in een grote behoefte van collega's in het buitenland. Op verzoek van het Internationale Rode Kruis is de brochure ook in het Russisch vertaald voor de begeleiding van hongerstakers in de Kaukasus. Ook deze nieuwe herziene uitgave zal worden verspreid onder artsen die met asielzoekers en gedetineerden werken. Voor de buitenlandse relaties zal deze handleiding in het Engels worden vertaald.

II. Medische aspecten van een hongerstaking

Elke arts die met een hongerstaking wordt geconfronteerd staat voor een aantal moeilijke beslissingen en dilemma's, waarvoor helaas geen echt bevredigende oplossingen bestaan. Het is wel mogelijk om, alles zorgvuldig overwegend, tot een zo redelijk mogelijke en een ethisch verantwoorde opstelling en handelwijze te komen.

Eén van de eerste dingen die opvalt is de paniek van de omgeving¹ tegenover de rust en heldere beslotenheid van degene die voedsel weigert. Alle denkbare variaties van reacties zijn voorgekomen en komen nog steeds voor: volkomen negeren (ook door artsen); de gevangene op transport zetten, tijdens dit transport slechts meedelen "hier zijn geen hongerstakers" en "wij erkennen zoiets niet"; artsen verplichten tot het geven van dwangvoeding; artsen die dit vrijwillig doen; arresteren en martelen van artsen die ertegen protesteren; laten sterven zonder enige concessie van de zijde van de overheid; in de gevangenis stoppen; krankzinnig verklaren; in het geheim een video maken tijdens het lichamelijk onderzoek en de wereld insturen om te suggereren dat de verbannen hongerstaker goed gezond is; het weigeren van artsen om gevangenen te adviseren bij het optreden van klachten omdat ze in hongerstaking zijn; door de overheid ontslaan van hongerstakenden uit de gevangenis en ze opnieuw arresteren als ze net een beetje hersteld zijn (suffragettes in Engeland in 1913, volgens de zogenaamde "Cat and Mouse Act"); het geven van injecties door artsen; vastbinden en uitlachen van de gevangene door omstanders; het weigeren van artsen een hongerstaker in een ziekenhuis of verpleeghuis op te nemen.

¹Dat was al zo aan het begin van onze jaartelling in het Romeinse Keizerrijk tijdens de regering van keizer Tiberius. De staat was toen in verval, moord en marteling waren algemeen geworden. Nerva, bekend rechtsgeleerde en vriend van de keizer, besloot in hongerstaking te gaan omdat hij de ellende om zich heen niet meer kon aanzien. Hij wilde een ervolle dood vóór er tegen hem zou kunnen worden opgetreden. Zodra Tiberius ervan hoorde kwam hij aan zijn sponde zitten en smeekte hem ermee op te houden. Zijn argumenten hiervoor zijn interessant: "dat het hem zwaar zou drukken, dat hij ervan had geweten, dat het een zware schade zou toebrengen aan zijn reputatie, indien zijn intiemste vriend zonder enig motief om te sterven het leven zou ontvluchten", aldus Tacitus. Paniek toen en sindsdien. Ook de argumentatie van keizer Tiberius komt ons bekend voor, al zal het tegenwoordig niet vaak voorkomen dat de overheid deze reden zo openlijk en duidelijk verwoordt. In de recente geschiedenis heeft M.K. Gandhi het middel hongerstaking enkele malen in zijn leven gebruikt onder het motto "Ik heb niets nieuws voor de wereld. Waarheid en Vredelievendheid zijn zo oud als de wereld".

Wat moet en wil de hongerstaker van de arts weten?

De hongerstaker moet geïnformeerd worden over de rol van de vertrouwensarts, diens opvattingen en persoonlijke en professionele grenzen, zodat hij een besluit kan nemen of hij deze arts als begeleider wil. Kan de arts voldoende professionele distantie behouden ten opzichte van het (politieke) conflict? Beschouwt hij de hongerstaker als zijn patiënt, onafhankelijk van instituut en overheid? Heeft hij volledige onafhankelijkheid van handelen? Is hij medisch-ethisch in staat hem te begeleiden? Wat zijn de ethische principes in zijn land; volgt hij die? Respecteert hij de onschendbaarheid van de persoon? Beschouwt hij een hongerstaking als een suïcidepoging? Zal hij hem krankzinnig verklaren en laten opnemen in een psychiatrische instelling? Zal hij hem omgeven met alle noodzakelijke medische en verpleegkundige zorg? Zal hij hem informeren over het verloop?

Wat moet en wil de arts weten van de hongerstaker?

De arts moet zich adequaat informeren omtrent de hongerstaking alvorens hij een beslissing neemt of hij de betreffende persoon of groep wil en kan begeleiden.

Het motief

Gaat het bij deze hongerstaking om een beperkte duur of tot de dood toe? Is het alleen het weigeren van voedsel of ook vocht? Is er sprake van een groep of een eenling? Vertrouwt de hongerstaker hem de begeleiding toe?

Gezondheidstoestand

Huidige gezondheidstoestand en gewicht, medische voorgeschiedenis, medicatiegebruik, zwangerschap, vorige hongerstakingen en verloop daarvan.

Begeleiding

De medische begeleiding maakt het nodig dat de hongerstaker op gezette tijden onderzocht wordt. Staat de hongerstakende lichamelijk onderzoek, laboratorium onderzoek van bloed en urine, meten van gewicht, bloeddruk en pols toe? Is de hongerstaker het er mee eens

dat de arts hem regelmatig bezoekt en informeert over het verloop? Begrijpt hij c.q. staat hij toe dat hij naar een ziekenhuis of verpleeghuis zal moeten worden overgeplaatst als zijn toestand dit noodzakelijk maakt (bijvoorbeeld in geval van bedlegerigheid, verlaagd bewustzijn, noodzaak tot intensieve verpleging)? Mag de familie geïnformeerd worden? Hoe staat hij tegenover ingrijpen als hij in coma geraakt? Is hij bereid suppletie te nemen? Indien relevant: staat hij de hulp van een tolk toe, wil hij die zelf aanwijzen?

Risicogroepen

Er zijn personen die het risico lopen tijdens een hongerstaking in een vroeg stadium complicaties te krijgen, waardoor zij de hongerstaking minder lang kunnen volhouden. Het gaat om mensen die voordien bepaalde ziekten hadden of nog steeds hebben, zoals hart- en vaatziekten, nierziekten, diabetes mellitus, epilepsie, maag- of darmbloedingen, medicijngebruik. Onbekende nierziekten kunnen in een vroeg stadium manifest worden, of tot ernstige complicaties leiden inclusief een onverwacht snelle dood. Zwangeren vormen een bijzondere risicogroep waarbij het soms nuttig kan zijn een aparte vertrouwensarts aan te stellen om de belangen van het ongeboren kind te behartigen.

Hongerstaking

Duur

In de literatuur wordt een periode variërend van 42-79 dagen beschreven vóór de dood intreedt. Als grens kan men 60 dagen, dus 2 maanden, aanhouden. Mits zich geen complicaties voordoen.

De normaal gevoede man heeft voldoende brandstof voor 80 dagen, zelfs als er 2000 Calorieën per dag zouden worden verbruikt. Uit het feit dat hongerstakingen meestal vele dagen eerder tot de dood leiden, is de conclusie te trekken dat het adaptatiemechanisme uiteindelijk tekort schiet.

Gewichtsverlies

Bij een hongerstaking is er volgens de literatuur een gemiddeld gewichtsverlies van 10 kg per maand. De mate van gewichtsverlies is niet afhankelijk van het uitgangsgewicht. De snelle gewichtsval in het begin wordt voornamelijk veroorzaakt door water- en zoutverlies. De mate van gewichtsverlies is mede afhankelijk van de vochtopname en het gebruik van zout.

Vochttoevoer

Te adviseren is de opname van 1 tot 2 liter water of thee per dag. Toevoeging van zout, suiker, ORS en multi-vitamines kan een hongerstaker lange tijd in een redelijke conditie houden alvorens bloedwaarden pathologisch gaan worden. In de loop van de hongerstaking kan het steeds meer problemen opleveren om deze hoeveelheid vocht in te nemen. Dan moet besproken worden of het voor de hongerstaker acceptabel is om een vochtinfuus of maagsonde te krijgen.

Dorststaking

Deze kan niet langer dan enkele dagen, hooguit een week, worden volgehouden. Er is sprake van een snelle lichamelijke achteruitgang en het is uiterst moeilijk om vochtonthouding vol te houden. Zeer helder heeft Mrs. Emmeline Pankhurst haar ervaringen in 1913 beschreven².

² The hungerstrike I have described is a dreadful ordeal, but it is a mild experience compared with the thirststrike, which is from beginning to end simple an unmitigated torture. Hungerstriking reduces a prisoner's weight very quickly, but thirststriking reduces weight so alarmingly fast that prison doctors were at first thrown into absolute panic of fright. Later they became somewhat hardened, but even now they regard the thirst strike with terror. I am not sure that I can convey to the reader the effect of days spent without a single drop of water taken into the system. The body cannot endure loss of moisture. It cries out in protest with every nerve. The muscle waste, the skin becomes shrunken and flabby, the facial appearance alters horribly, all these outwards symptoms being eloquent of the acute suffering of the entire physical being. Every natural function is, of course, suspended, and the poisons which are unable to pass out of the body are retained and sometimes there is fever. The mouth and tongue become coated and swollen, the throat thickens, and the voice sinks to a thready whisper.

Een dorststaking staat als middel om een doel te bereiken, door de grote snelheid van lichamelijke achteruitgang, nauwelijks in verhouding tot het te bereiken doel. Het is zeer belangrijk dat de vertrouwensarts dit aan een dorststaker uitlegt.

Metabole veranderingen

Hersenweefsel kan in de normale situatie alleen glucose gebruiken voor de energievoorziening. De voorraad lichaamsglucose (lever) is bij vasten na 3 dagen uitgeput, hetgeen dus snel fataal zou zijn voor het voortbestaan. Er treedt een breed adaptatiemechanisme in werking, gericht op het optimaal gebruik van energie om zo lang mogelijk het hersenmetabolisme in stand te houden en spierweefsel te sparen:

- neo-glucogenese uit vetweefsel en aminozuren uit spieren (alanine). Een hongerstaker houdt het vooral lang vol door zijn vetvoorraad, magere mensen komen dan ook gemiddeld veel eerder in de problemen;
- daling extra-cerebraal glucosegebruik. Dit heeft een daling van de bloedsuiker in de eerste dagen tot gevolg; daarna blijft deze stabiel;
- de nieren spelen een belangrijke rol bij de glucoseproductie en bij het sparen van stikstof: niet ureum wordt het eindproduct maar ammoniak. Daardoor gaat er minder water en stikstof verloren;
- het hersenweefsel blijkt in staat naast glucose ook ketonlichamen voor de energievoorziening te gebruiken. Insuline speelt hierbij een rol, want bij een onregelde diabetes mellitus patiënt treedt deze adaptatie niet op. Diabetici in hongerstaking komen dan ook snel in grote problemen;
- de TSH-spiegel halveert, de stofwisseling daalt 15%, de eiwitafbraak daalt met 60% waardoor de stikstofuitscheiding 40% daalt;
- de spierkracht wordt na 10 dagen aanmerkelijk minder;
- bij meer dan 20% gewichtsverlies worden velen apathisch;
- de hartfunctie daalt door bradycardie, hypotensie, daling van het hartminuutvolume en veranderingen aan de hartspier zelf;
- de longfunctie neemt af door afname van spierkracht, afname van de zogenaamde ventilatory drive (automatische reactie op veranderingen in de zuurstof- en kooldioxidespiegels), histologische veranderingen van het longweefsel en veranderingen van het ademhalingspatroon (kleine oppervlakkige teugjes). Een pneumonie kan ongemerkt blijven door het ontbreken van dyspnoe;

- de maagdarmpunctie verandert door vlokatrofie, verminderde galproductie en lokale afweerfunctie;
- de afweer in het algemeen verslechtert door verminderde cytokinen en cellulaire immuniteit, koortsreactie kan uitblijven bij een infectie!

De mate van adaptatie is niet te voorspellen en dus ook niet het aantal dagen dat de hongerstaking kan worden volgehouden. Er is geen betrouwbaar onderzoek naar de medische gevolgen van een hongerstaking, de meeste hier geschetste processen zijn afkomstig uit onderzoek bij patiënten met een eetstoornis of een andere ernstige ziekte.

Het is verder van belang als begeleidend arts op te hoogte te zijn van de verschillen tussen marasmus en kwashiorkor. Marasmus ontstaat door onvoldoende inname, zoals bijvoorbeeld bij een hongerstaking of darmziekte; het serumalbuminegehalte blijft normaal. De patiënt ziet er uitgemergeld uit. Kwashiorkor ontstaat door een onderliggend lijden, zoals bij een infectie of brandwonden; het serumalbuminegehalte is verlaagd. De patiënt kan, door oedeemvorming, er op het eerste gezicht normaal uit zien.

Verloop van een hongerstaking

De eerste week

De hongerstaking wordt doorgaans goed verdragen. Er is weinig risico mits voor voldoende vochtopname wordt gezorgd. De hongerpijn en maagkramp verdwijnen doorgaans na een paar dagen, soms pas na 1 of 2 weken. Het bloedsuikergehalte daalt aanvankelijk (0.6 - 0.8 mmol/l) en blijft daarna op dit lagere niveau stabiel. Lichaamsbeweging is mogelijk.

De eerste maand

Na de eerste week staan behalve bovengenoemd gewichtsverlies een aantal andere veranderingen op de voorgrond. Orthostatische hypotensie en bradycardie veroorzaken duizeligheid en eventueel hoofdpijn. Vermoeidheid en spierpijn bij geringe inspanning verminderen de mobiliteit. Moeilijkheden bij het lezen door de verminderde concentratie zijn vaak erg hinderlijk voor de hongerstaker. De lichaamstemperatuur daalt door het verlaagde metabolisme.

Buikpijn kan optreden, soms hik.

Na drie weken kan de toestand al zó verslechterd zijn dat ziekenhuis- of verpleeghuisopname met de mogelijkheid van betere, meer toegespitste, zorg en verpleging moet worden overwogen. Uitputting bemoeilijkt de communicatie omdat praten erg vermoeiend is en alleen korte zinnen gefluisterd kunnen worden.

Na de eerste maand

De hongerstaker gaat zich nu echt ziek voelen en het keerpunt treedt bijna steeds op rond de 40ste dag³.

Het algemene ziektegevoel kan gepaard gaan met gehoorsverlies, slechter zien, dubbelzien, ataxie, dysartrie, misselijkheid en braken, icterus, een droge schilferige huid, decubitus, bloedingen in de tractus digestivus. Er is geen geestelijke achteruitgang, wel concentratiezwakte, apathie, en psychische labiliteit en zijn er moeilijkheden bij het formuleren. Deze symptomen worden zonder twijfel mede veroorzaakt door de extreme vermoeidheid.

De terminale fase

Deze is gekenmerkt door stemmingswisselingen (zelfs euforie), verwardheid, daarna coma en overlijden.

Dit alles gebeurt snel, zó snel dat men niet moet denken dat er dan nog onderhandelingen kunnen plaatsvinden of belangrijke beslissingen kunnen worden genomen of herzien. Het kan in enkele uren afgelopen zijn. Er is dus geen tijd meer te verliezen. De beslissing over al dan niet ingrijpen zal reeds genomen moeten zijn. Een team van specialisten zal, evenals ambulancevervoer, beschikbaar moeten zijn.

³ Opvallend is dat de schrijver Franz Kafka in zijn verhaal "Ein Hungerkünstler", geschreven in 1921-22, precies dezelfde termijn opgeeft. Het gaat in zijn verhaal om een beroepshongerkunstenaar, ingehuurd door een impresario. Hij vast en het publiek komt kijken. Na 40 dagen moet hij gaan eten van de impresario want het publiek verliest na die dag de interesse in hem. Kafka was in zijn verhaal opmerkelijk juist: nu weten we dat na de 40ste dag een hongerstakende zich duidelijk ziek gaat voelen. Het wordt dus steeds gênanter voor het publiek 'er naar te kijken'

Diagnostiek tijdens hongerstaking

Deze is er vooral op gericht om complicaties zoals achteruitgang van de nierfunctie, maagbloeding, hypokaliëmie, convulsies en delirium op te sporen, en om de risico's van de individuele hongerstaker adequaat in te kunnen schatten. Deze gegevens zijn belangrijk om de hongerstaker gegrond te adviseren.

Dagelijks

Metten van lichaamsgewicht, bloeddruk en pols. Lichamelijk onderzoek op geleide van verschijnselen.

Wekelijks

Wekelijks dan wel op geleide van gevonden afwijkingen en symptomen: bloedonderzoek (glucose, natrium, kalium, kreatinine) en urine-onderzoek (volume, reductie, eventueel 24-uurs excretie van bijvoorbeeld natrium. Zonodig moet, met toestemming van de patiënt, met een specialist overlegd worden voor een juiste interpretatie van de uitslagen.

Kunstmatige voeding

Kunstmatige voeding (parenteraal) is alleen geoorloofd indien de hongerstaker daarin toestemt, hetzij mondeling (vastgelegd in het medisch dossier), hetzij schriftelijk middels een wilsverklaring. Wanneer men geconfronteerd wordt met een comateuze hongerstaker van wie geen wilsverklaring bekend is, dient overgegaan te worden op parenterale voeding en alle gebruikelijke therapeutische interventies.

Wanneer er wèl sprake is van een behandelverbod, dan wordt parenterale voeding gezien als dwangvoeding, hetgeen bij wilsbekwame personen niet geoorloofd is en kan worden beschouwd als een vorm van onmenselijke behandeling⁴.

⁴ Onveranderd vanaf de suffragettes in het begin van deze eeuw tot de recente gevangenen in Marokko toe wordt dit door hen zelf als een marteling ervaren en als zodanig beschreven. Dit geldt ook voor de omstanders, bijv. de correspondenten van de Daily Mail in 1909. Ze dienden hun ontslag in want ze waren het niet eens met het beleid van de krant. "We cannot denounce torture in Russia and support it in England", schreven ze aan de Times.

Het geldt eveneens voor de betrokken artsen. In 1912 kwamen artsen in Engeland zelf in verzet tegen hun rol bij het onder dwang geven van kunstmatige voeding aan

Herstelperiode

Als de hongerstaking wordt beëindigd treedt er een periode van herstel in die, afhankelijk van de duur van de hongerstaking, kort zal zijn (bijvoorbeeld na slechts één week van voedselweigering) of maanden zal duren indien de periode van voedselonthouding veel langer is geweest. Bij een duur van meer dan 3 weken moet men rekenen op een herstelperiode van ongeveer 3 maanden. Pas dan is 85-95% van het oorspronkelijke gewicht bereikt.

Doorgaans kunnen ernstig ondervoede mensen vrij snel weer oraal voedsel tot zich nemen, soms reeds na een paar dagen. Na beëindiging van de hongerstaking ligt echter het hervoeding-syndroom op de loer met gevaren die zo mogelijk nog groter zijn dan van de hongerstaking zelf. Door te snelle voedselinname kunnen symptomen ontstaan als oedeem, sterk verlaagd fosfaatgehalte, verminderde spierkracht, longfunctie en hartfunctie. Ook kunnen neurologische verschijnselen optreden. Ter voorkoming van dit syndroom (het *refeeding syndrome*), dat soms een dodelijke afloop heeft, is het noodzakelijk de eerste paar dagen de voedselinname tot één derde van normaal te beperken en vervolgens langzaam op te voeren. Verder is bepalen van Mg, P en K vóór en tijdens voeding alsmede dagelijks meten van pols, tensie en gewicht en een vochtbalans raadzaam.

De taak van de arts eindigt niet bij het beëindigen van de hongerstaking. De begeleiding moet nog enkele maanden doorgaan, niet meer dagelijks, maar bijvoorbeeld wekelijks. Het gaat niet alleen om het lichamenlijk herstel, maar vooral ook om de psychosociale begeleiding. Deze blijft nodig, net als tijdens de hongerstaking⁵.

de hongerstakende suffragettes in de gevangenissen; in 1974 deden ze hetzelfde toen het ging om de dwangvoeding bij 4 Ierse gevangenen, waaronder de zusters Price. In beide gevallen publiceerden zij over de gevaren. Ze werden gesteund door de British Medical Association en in 1975 ook door de World Medical Association (de Verklaring van Tokio). Het opvallende is dat de motieven van de artsen in 1912 niet anders waren dan in 1974, ook de tijdschriften waarin werd gepubliceerd waren dezelfde (The Lancet en British Medical Journal). Artsen schreven aan de British Medical Association dat de methoden van dwangvoeden in 1912 en 1974 niet verschilden.

⁵ In de recente literatuur is hierover niets te vinden, omdat ex-hongerstakers daar, om begrijpelijke redenen, niet over schrijven. Een beschrijving uit het verleden is die van Vera Fichner uit tsaristisch Rusland, eind eervorige eeuw. Omdat niet iedereen van de groep gevangenen het er mee eens was werd de hongerstaking afgebroken, waarna Fichner volledig inklapte: "But though my system did not succumb to the great test during the actual fast, the after-effects were terrible. In addition to my mental depression, my nerves were completely disorganised; every controlling centre refused to act. In many ways my willpower seemed not to have become weakened, but to have disappeared entirely."

Hopelijk kan elke arts, die erbij betrokken wordt, uit dit overzicht enkele gegevens halen die noodzakelijk zijn om professioneel te handelen zowel in praktisch medisch opzicht als psychosociaal, niet alleen tijdens maar ook in de periode na de hongerstaking, als deze, wat toch elke arts hoopt, kan worden beëindigd op een voor de persoon in kwestie acceptabele wijze.



*Eén van de hongerstakers uit de Agneskerk collabeert, december 1998
Foto: Joost van den Broek*

III. Juridische aspecten van een hongerstaking

Recht op zelfbeschikking

Hongerstaking is een onderwerp dat veel ethische en maatschappelijke vragen oproept, maar ook rechtsvragen spelen een rol. Die worden – net zoals de ethische aspecten - steeds meer zichtbaar als een hongerstaking langer gaat duren, zodanig dat zij voor de betrokkene ernstige of zelfs fatale gevolgen kan hebben. De meest essentiële vragen rond hongerstaking betreffen het conflict tussen enerzijds de verantwoordelijkheid van overheid respectievelijk van hulpverleners voor de gezondheid van personen die aan hun zorg zijn toevertrouwd (of zich aan hun zorg toevertrouwen) en anderzijds de individuele rechten van de hongerstaker voortvloeiend uit fundamentele waarden als menselijke waardigheid en zelfbeschikking. Ook juridisch ligt hier het meest basale spanningsveld. Tegen die achtergrond wordt hieronder achtereenvolgens aandacht besteed aan de vraag of een langdurige voedselweigering doorbroken mag worden door gedwongen toediening van voedsel, en de vraag wat moet gelden als de hongerstaker als gevolg van voedselweigering niet meer tot weloverwogen beslissingen in staat is, en tenslotte aan de situatie als er twijfel is of de betrokkene in vrijheid over (voortzetting van) de hongerstaking kan beslissen.

Dwangvoeding

Hoever behoort het respecteren van voedselweigering te gaan? Is er een moment waarop dwangvoeding is toegestaan? In Nederland wordt dwang - zowel in het overheidsbeleid, als door hulpverleners, als in de literatuur - vrij algemeen van de hand gewezen.

Dit is echter zeker niet in alle landen zo. De zorgplicht van de overheid voor leven en gezondheid van gedetineerden, of van de arts voor zijn patiënt wordt als het erop aankomt regelmatig van groter gewicht geacht

dan het recht van de betrokkene over eigen lichaam te beschikken⁶. Als men kijkt naar internationale verklaringen is het vertrekpunt in elk geval: respect voor de beslissing tot voedselweigering; de verklaringen verschillen echter als het gaat om de vraag, hoe consequent dit uitgangspunt moet worden doorgetrokken.

Het verst gaat de in dit verband vaak aangehaalde Verklaring van Tokio (aanvaard door de World Medical Association in 1975) over de rol van artsen in verband met martelingen en andere onmenselijke of vernederende behandeling van gedetineerden: als een gevangene voedsel weigert, daarbij tot een weloverwogen oordeel in staat is, en de gevolgen hem zijn uitgelegd en hij deze overziet, mag niet tot dwangvoeding worden overgegaan. Deze verklaring zegt echter niet expliciet, wat geldt als bijvoorbeeld door verwardheid of verminderd bewustzijn het oordeelsvermogen bij de hongerstaker gaat ontbreken.

Andere verklaringen laten mogelijk meer ruimte voor dwangvoeding. Volgens de VN - Beginselen van Medische Ethiek van 1982 mogen hulpverleners niet deelnemen aan maatregelen ter oplegging van fysieke dwang, tenzij noodzakelijk voor de bescherming van de gezondheid van de gedetineerde, mits toepassing van die maatregelen geen risico's oplevert voor de gezondheid. Niet duidelijk wordt gemaakt of gedwongen voeding als zo riskant moet worden beschouwd, dat het niet meer valt onder noodzakelijke beschermingsmaatregelen bedoeld in dit artikel.

Het meest recent is de uitvoerige Verklaring van de World Medical Association aangenomen te Malta (1991) welke geheel op hongerstaking betrekking heeft. Daarin staan veel behartenswaardige regels betreffende zorgvuldige begeleiding en respectvolle bejegening van hongerstakers. Maar als de hongerstaker niet meer tot een eigen beslissing in staat is, is de arts gerechtigd te doen wat hij in het beste belang van de patient acht, aldus de Verklaring. Wel moet hij van te voren duidelijk maken of hij in de uiterste omstandigheden van interventie zal afzien, zodat de betrokkene als de arts daartoe niet bereid is desnoods een andere arts kan kiezen.

⁶ Typerend voor deze gedachtengang is bijvoorbeeld de beschouwing van Miller over hongerstaking in gevangenissen in de V.S.

Als motief voor dwangvoeding wordt door hem o.a. de orde in de gevangenis naar voren gebracht: gedetineerden moeten niet in staat worden gesteld het systeem door dit protestmiddel te manipuleren.

Voor Europa is juridisch van groot belang het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens, dat in art. 3 het recht bevat gevrijwaard te worden van onmenselijke of vernederende behandeling⁷. De uitspraken van de Europese Commissie betreffende art. 3 EVRM, zo zou men kunnen zeggen, dwingen weliswaar niet tot, maar laten in elk geval ruimte voor het standpunt dat de beslissing tot voedselweigering ook bij ernstige gevolgen door overheid en hulpverleners moet worden gerespecteerd. Dit laatste standpunt wordt vrij algemeen in Nederland gehuldigd. Belangrijk is dat het blijkt Richtlijnen van de Staatssecretaris van Justitie uit 1985 betreffende gedetineerden in hongerstaking ook door de overheid wordt onderschreven. Juridisch kan men de norm dat geen dwangvoeding behoort te worden toegepast, baseren op art. 11 van de Grondwet waarin het recht op onaantastbaarheid van het lichaam is neergelegd.⁸

⁷ Blijkens uitspraken van de Europese Commissie kan daar niet zonder meer het recht uit worden afgeleid gevrijwaard te blijven van dwangvoeding in geval van een hongerstaking. In een uitspraak uit 1985 betreffende gedwongen voeding van een gedetineerde in Duitsland stelt de Commissie, dat dwangvoeding weliswaar aspecten heeft van een vernederende behandeling, verboden in art. 3, maar dat anderzijds art. 2 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) de Staat verplicht het recht op leven van eenieder te beschermen. Bij botsing van dit recht op leven en het recht op lichamelijke integriteit laat het Verdrag toe dat men binnen het recht van een Staat het eerste laat prevaleren, aldus de Commissie, mits er sprake is van zorgvuldige besluitvorming en niet meer dwang wordt toegepast dan nodig (zie over een en ander ook M. de Blois, Het recht op persoonlijke integriteit in het internationale recht, Thesis, Amsterdam 1988, p.229-235). In een andere uitspraak van de Europese Commissie uit 1977, inzake uitlevering van een hongerstaker door Nederland aan Ierland, blijkt dat een Staat tenminste verplicht is zichzelf van daden te onthouden waardoor de toestand van de hongerstaker verslechtert. Zij is echter niet gehouden de gevolgen van de zelfgekozen voedselweigering bijvoorbeeld door dwangvoeding tegen te gaan (NJ 1978, 381).

⁸ Weliswaar laat de Grondwet de mogelijkheid, dat de wetgever het recht op lichamelijke integriteit inperkt, maar wetgeving waarin fysieke dwang wordt toegelaten op het gebied van gezondheidszorg is er bijna niet en dat is niet toevallig. Het recht over het eigen lichaam te beschikken wordt in onze rechtsorde als een fundamentele norm beschouwd, die bijna altijd behoort te prevaleren. Dit blijkt ook uit de regels die gelden in andere situaties dan hongerstaking, maar die daarmee overeenkomen in de zin dat iemand zelf zijn leven op het spel zet; zo erkennen wij het recht van de patiënt een levensverlengende behandeling te weigeren; ook respecteren wij in beginsel de weigering van een levensreddende interventie na een poging tot zelfdoding.

Geldt dat nu ook in een situatie waarin de overheid nadrukkelijk de plicht heeft gezondheid en leven te beschermen, zoals bij gedetineerden? Volgens Miller, naar wiens beschouwing eerder verwezen werd, houdt detentie per definitie in dat gedetineerden minder rechten hebben dan andere burgers; dan kan dwangvoeding er ook nog wel bij, zegt hij bijna letterlijk. De opvatting in ons land is daarentegen juist, dat de strafrechtelijke veroordeling aan de gedetineerde geen andere beperking op zijn zelfbeschikkingsrecht oplegt dan aan vrijheidsbeneming inherent is; zo bezien is er in de detentiesituatie niet méér rechtvaardiging voor dwangvoeding, dan daarbuiten.

Niet alleen erkenning van zelfbeschikking is belangrijk, maar minstens evenzeer hoe men daaraan vervolgens gestalte geeft op allerlei voor de begeleiding van hongerstakers belangrijke zaken, zoals de wijze waarop men hen bejegt, de mogelijkheid van begeleiding door een hulpverlener in wie men vertrouwen stelt, voorkomen van indirecte dwang enzovoorts. Voor een deel zijn die zaken subtiel en niet in juridische regels te vangen; zij zijn daarom niet minder belangrijk voor de arts die met hongerstaking geconfronteerd wordt. Zie hierover uitvoerig de eerder genoemde Verklaring van Malta (zie appendix A). Of de beslissing tot voedselweigeren en de persoon van de hongerstaker werkelijk gerespecteerd worden, is niet alleen afhankelijk van afzien van dwangvoeding, maar ook van een zorgvuldige en respectvolle begeleiding.

Onbekwaamheid ten gevolge van voedselweigeren

Is interventie door kunstmatige voeding ook niet geoorloofd als de hongerstaker door zijn actie verward of zelfs in coma raakt, en zijn oordeelsvermogen verliest? Zoals gezegd laten de internationale verklaringen hier bescherming van leven of gezondheid prevaleren of zij laten daar althans ruimte toe. Enige bescherming voor de zelfbeschikking van de hongerstaker biedt nog de Verklaring van Malta, die van de arts vraagt zijn gedragslijn in deze situatie van te voren duidelijk te maken, zodat de hongerstaker voor begeleiding door een andere arts kan kiezen. In ons land wordt ook op dit punt doorgaans vastgehouden aan respect voor de wens tot non-interventie, zij het dat hier met de grootste zorgvuldigheid moet worden gehandeld.

In die zin spreken bijvoorbeeld de al genoemde Richtlijnen van de Staatssecretaris van Justitie, waarbij overigens ook gewezen wordt op de risico's van kunstmatige voeding van een comateuze persoon.

Schriftelijke wilsverklaring

Des te groter is het belang, dat zo groot mogelijke duidelijkheid bestaat over de wil van de hongerstaker toen hij nog wel kon oordelen. Noodzakelijk hiervoor, steunend op de Richtlijnen van 1985 betreffende gedetineerden en op de Verklaring van Malta van 1991 – is regelmatige en stapsgewijze voorlichting van de hongerstaker en het geven van ruimte voor een beslissing (inclusief de mogelijkheid op een beslissing terug te komen). Belangrijk is het vastleggen in een schriftelijke wilsverklaring of in het medisch dossier van de beslissing van de hongerstaker die wil vasthouden aan de weigering van interventie als hij door de voedselweigering zijn oordeelsvermogen verliest. Die blijvende wens tot non-interventie kan ook blijken uit een eigen schriftelijke verklaring van de betrokkene. Juridisch gesproken is zo'n schriftelijke wilsverklaring niet strikt noodzakelijk. Een schriftelijke verklaring behoort ook niet in de plaats te komen van stapsgewijze voorlichting en overleg. Men moet er voor oppassen dat men de betrokkene te vroeg als het ware vastlegt op zijn besluit. Een schriftelijke wilsverklaring kan anderzijds dienen om duidelijkheid te scheppen; de betrokkene kan er in eigen woorden aangeven wat hij wel of niet weigert. Zo'n verklaring moet in beginsel als rechtsgeldig beschouwd worden, evenals bijvoorbeeld de rechtsgeldigheid van een levenstestament of zelfs een euthanasieverklaring erkend wordt. In de rechtspraak is bijvoorbeeld ook aanvaard, dat een schriftelijke non-reanimatieverklaring, aangetroffen bij iemand die een suicide-poging had gedaan, in principe moet worden gerespecteerd. De geldigheid (in beginsel) van een schriftelijk behandelverbod is inmiddels ook vastgelegd in de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), art. 7:450 lid 3 BW.⁹

⁹ In literatuur en rechtspraak worden aan dergelijke documenten wel eisen gesteld: ze moeten bijvoorbeeld niet voor meerdere uitleg vatbaar zijn en toepasbaar zijn op de concrete situatie. Waar verder voorbehoud gemaakt wordt ten aanzien van de geldigheid van een schriftelijke wilsbeschikking heeft dat vooral betrekking op de situatie dat men in de medische praktijk (bijvoorbeeld bij ongevalspatiënten) alleen maar zo'n verklaring ter beschikking heeft. In situaties van hongerstaking is er echter juist wel de mogelijkheid (en de noodzaak) van voorafgaande informatie en overleg, en kan gevraagd worden om een mondelinge bevestiging van de verklaring, zo nodig buiten aanwezigheid van anderen die de wilsuiting van de hongerstaker zou kunnen beïnvloeden.

Een eigen, in vrijheid genomen beslissing

Ook zonder dat de gevolgen van voedselweigerings leiden tot gebreken in oordeelsvermogen kan er twijfel zijn aan de wilsuiving van de hongerstaking, bijvoorbeeld in verband met veronderstelde onbekwaamheid of sterke beïnvloeding door groepsleden of medehongerstakers. Als men bereid is in naam van het beginsel van zelfbeschikking verreikende gevolgen te aanvaarden dan moet, als daar aanleiding toe is, ook onder ogen worden gezien of de hongerstaker ten aanzien van een beslissing tot volhouden van voedselweigerings tot een eigen, vrije keuze in staat moet worden geacht.

Uitgangspunt in het recht is dat mensen als bekwaam beschouwd dienen te worden, tenzij het tegendeel kan worden aangetoond. Dit geldt ook als men beslissingen neemt die in de ogen van anderen onwenselijk zijn. In het recht is de laatste jaren sprake van een sterk toenemende aandacht voor de criteria te hanteren bij een onbekwaamheidsbeslissing (en de rechtsbescherming bij zo'n verstrekkende beslissing). In dat verband is wel voorgesteld voor vaststelling van bekwaamheid als basiscriterium te hanteren of de betrokkene in staat is de voor het nemen van zo'n beslissing relevante informatie te begrijpen en de voorzienbare gevolgen van zijn beslissing te beoordelen. Zo'n benadering lijkt ook in dit geval verdedigbaar.

Het zal niet snel voorkomen dat die bekwaamheidseisen als onvervuld moeten worden beschouwd. Is dat wel zo, dan is, ook volgens de Verklaring van Tokio, interventie niet uitgesloten in de noodsituatie die door voortdurende voedselweigerings ontstaat. Het behoeft geen betoog dat interventie ook in die situatie problematisch blijft, al was het alleen maar vanwege de risico's die aan gedwongen voeding verbonden zijn. Vaker zal twijfel mogelijk zijn over de vrijheid van beslissen in verband met druk van groepsleden. Het is duidelijk: degene die kiest voor (voortzetting van) voedselweigerings mag daarbij niet het slachtoffer worden van groepsdwang. De vraag is of dit in de praktijk wel altijd gemakkelijk te onderscheiden zal zijn van (op zichzelf legitieme) groepssteun en solidariteit.¹⁰

¹⁰ Vergelijk de twijfel die kan ontstaan bij weigerings van een levensreddende bloedtransfusie door een Jehova-getuige. Dit moeilijke punt zal ons inziens in de praktijk naar beste bevinden moeten worden opgelost. Soms zijn er - althans juridisch - mogelijkheden om de betrokkenen van de groep af te zonderen door hem apart te zetten, met name in de detentiesituatie. Voor het overige zal men naar wegen moeten zoeken om de eigen beslissingsruimte voor de deelnemers te waarborgen, bijvoorbeeld door hen voor overleg apart te nemen en de wens tot voedselweigerings te laten bevestigen buiten aanwezigheid van anderen (zie ook de Verklaring van Malta).

Kinderen

Jongere kinderen worden vertegenwoordigd door hun ouders. Als deze voeding weigeren ligt vanwege de dreigende lichamelijke ondergang van het kind een kindbeschermingsmaatregel voor de hand. Bij oudere minderjarigen (in de WGBO wordt de grens bij 12 jaar gelegd) speelt de eigen wil van het kind een rol. Als een kind van 12 jaar of ouder voeding wenst kan aan de weigering van ouders worden voorbijgegaan. Het moeilijkst is de situatie als de oudere minderjarige zelf voedsel weigert. Het is mogelijk dat ook die weigering moet worden gerespecteerd. Er zal echter veel van de concrete omstandigheden moeten afhangen: wat is bijvoorbeeld de opvatting van de ouders, hoezeer moet het kind tot een eigen beslissing in staat worden geacht, hoe ernstig is het gevaar?



*Ook kinderen kunnen betrokken zijn bij hongerstakingen.
Foto: Joost van den Broek*

IV. De hongerstaker en zijn patiëntenrechten.

Op verschillende momenten tijdens een hongerstaking kan de wilsbekwaamheid van de hongerstaker ter discussie staan. Tijdens zijn gesprekken kan de vertrouwensarts gaan twijfelen: begrijpt de hongerstaker wel waar hij mee bezig is? Realiseert hij zich aan welke gevaren hij zich blootstelt? De voorgeschiedenis van de hongerstaker kan een psychiatrische diagnose en/of opname vermelden waardoor hulpverleners mogelijk overwegen de actie als gestoord gedrag of zelfs als een vertraagde suicidepoging te beschouwen. Zeker naarmate de hongerstaking vordert kunnen er momenten van verwardheid en incoherent gedrag optreden bij de patiënt. Autoriteiten kunnen aandringen op gedwongen opname of behandeling ‘voor zijn eigen bestwil’. Het is belangrijk dat de vertrouwensarts hierop is voorbereid.

Wilsbekwaamheid

Bij hulpverlening aan patiënten moet de autonomie van de patiënt altijd zoveel mogelijk worden gerespecteerd. Volgens de WGBO is in principe voor elke medische handeling, diagnostisch dan wel therapeutisch, toestemming nodig van de patiënt, het ‘informed consent’. Hierbij geldt als uitgangspunt dat iemand wilsbekwaam is tenzij het tegendeel aangetoond wordt (vooronderstelling wilsbekwaamheid).

Wilsbekwaamheid (besluitvaardigheid, competentie) is het vermogen van de patiënt om op basis van voldoende informatie een beslissing te nemen over een onderzoek of behandeling. Geeft de patiënt er blijk van de op zijn bevattingsvermogen afgestemde informatie te begrijpen naar de mate die voor de aard en reikwijdte van de te nemen beslissing noodzakelijk is? De noodzaak zich een oordeel te vormen over iemands wilsbekwaamheid is niet slechts aan artsen voorbehouden maar in bepaalde situaties (waarin een beslissing genomen moet worden) bijvoorbeeld ook aan andere hulpverleners, de curator, de mentor, de wettelijk vertegenwoordiger of een notaris. De beoordeling van de wilsbekwaamheid dient primair gericht te zijn op het besluitvormingsvermogen en niet op de uitkomst van die beslissing. Hierbij dienen de waarden en normen van de patiënt centraal te staan en niet die van de beoordelaar. Van belang hierbij is met name of er sprake is van interne consistentie.

Voor een kind van de leeftijd van 12 tot 16 jaar geldt dat als hij niet in staat wordt geacht zijn belangen redelijk te waarderen, toestemming verkregen moet worden van gezagdragende ouders of voogd.

Er kan sprake zijn van tijdelijke wilsonbekwaamheid, het is dan verstandig om beslissingen uit te stellen. Er kan ook sprake zijn van partiële wilsonbekwaamheid: sommige beslissingen kan een patiënt niet nemen, andere weer wel.

Gedwongen opname in het kader van de Wet Bopz

Sinds 1994 is de oude Krankzinnigenwet uit 1884 vervangen door de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz). De interne rechtspositie van de patiënt is nu uitvoerig geregeld. Ook heeft de positie van de patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) een wettelijke basis gekregen.

De Wet Bopz is alleen van toepassing op een persoon bij wie sprake is van een (ernstig vermoeden van een) 'stoornis van de geestvermogens'. Het betreft de vermogens tot denken, voelen, willen, oordelen en doelgericht handelen. Deze worden beïnvloed door biologische, psychische en sociale factoren. De Wet Bopz biedt mogelijkheden (inbewaringstelling, voorlopige machtiging en dwangbehandeling) in te grijpen wanneer de stoornis van de geestvermogens gevaar veroorzaakt. Ook een persoonlijkheidsstoornis kan onder het begrip stoornis van de geestvermogens in de zin van de wet vallen.

Het gevaarscriterium houdt in: gevaar voor zichzelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen en goederen. Ook het gevaar om sociaal en maatschappelijk te gronde te gaan (bijvoorbeeld door zelfverwaarlozing) kan onder het gevaarsbegrip van de Wet Bopz vallen. Een bijzondere vorm van zelfverwaarlozing is die waarbij de patiënt een somatische aandoening niet behandelt cq. doet behandelen. Dit kan gevaar voor zichzelf opleveren en een dwangopneming binnen de Wet Bopz rechtvaardigen. Er moet dan echter wel een causaal verband zijn tussen de stoornis van de geestvermogens en het gevaar.

De burgemeester (of bevoegd wethouder) kan een last tot inbewaringstelling (ibs) afgeven. Om dit te doen moet hij van oordeel zijn dat:

- de betrokkene gevaar veroorzaakt;
- het ernstig vermoeden bestaat dat een stoornis van de geestvermogens van de betrokkene dat gevaar doet veroorzaken;
- het gevaar zo onmiddellijk dreigend is dat het wachten op een voorlopige machtiging niet kan worden afgewacht;
- het gevaar niet op andere wijze kan worden afgewend.

De burgemeester is verantwoordelijk voor de openbare orde, die rond een hongerstaking in het geding kan zijn. Niet uitgesloten kan worden dat de burgemeester gemakkelijk in de verleiding kan komen gebruik te maken van de bevoegdheden die de Wet Bopz hem biedt. Men moet hier alert op zijn.

In dit verband wordt er nogmaals op gewezen dat het vermoeden van het bestaan van een stoornis van de geestvermogens voor de afgifte van een ibs voldoende is. Het voeren van een hongerstaking wordt in zijn algemeenheid niet als normaal gedrag gezien. Een hongerstaker heeft wat dat betreft de schijn dus al tegen. Daarbij komt dat zich bij een langdurige hongerstaking op een bepaald moment psychiatrische verschijnselen zullen manifesteren of zelfs wilsonbekwaamheid. Aan de eis dat er voor een ibs vermoedelijk sprake moet zijn van een stoornis van de geestvermogens, wordt dus al snel voldaan. Een ibs zou in het geval van een hongerstaking echter niet aan de orde mogen zijn. Het gevaar ter afwending waarvan de ibs wordt afgegeven, zal in het geval van een hongerstaking zelden onmiddellijk dreigend zijn, terwijl bovendien dit gevaar niet voortvloeit uit de stoornis van de geestvermogens waarvan vermoedelijk sprake is. Het gevaar vloeit voort uit de beslissing van de betrokkene een hongerstaking te starten; een beslissing die genomen is op een moment dat er geen sprake was van een stoornis van de geestvermogens en betrokkene in ieder geval wilsbekwaam was.

Gegeven het vorenstaande is het, wanneer dat aan de orde zou zijn, zuiverder wanneer een eventuele gedwongen opname op grond van een voorlopige machtiging zou plaatsvinden. Het is in dat geval immers de rechter die over de gedwongen opname beslist. Daarnaast biedt de procedure van de voorlopige machtiging meer waarborgen.

Voordat de machtiging wordt afgegeven is er in ieder geval een hoor en wederhoor en heeft de betrokkene reeds bijstand van een advocaat. Overigens zal zich uiteraard ook in deze procedure de discussie voordoen of er sprake is van een geestesstoornis (een vermoeden is dan niet genoeg), of er gevaar is en of dit gevaar uit die stoornis voortvloeit.

Voorlopige machtiging (voorheen Rechterlijke Machtiging)

Deze wordt, voor personen van 12 jaar of ouder, aangevraagd door de Officier van Justitie bij de rechter. Er moet sprake zijn van:

- een geestesstoornis in de zin van de wet (een vermoeden is onvoldoende);
- al gemanifesteerd gevaar dat niet anders afgewend kan worden;
- het geen blijk geven van de nodige bereidheid van betrokkene tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis of afdeling; of
- blijk geven van verzet tegen opname in verpleeghuis- of zwakzinnigeninstelling;

De aanvraag dient gepaard te gaan met een geneeskundige verklaring volgens het wettelijk voorgeschreven model, van een psychiater. Indien de patiënt al is opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis is de verklaring afkomstig van de geneesheer-directeur en wordt deze samen met het behandelplan ingediend.

De rechter is verplicht de patiënt te horen. De machtiging geldt voor maximaal 6 maanden. Zodra de geneesheer-directeur meent dat de gronden waarop de voorlopige machtiging werd gegeven niet meer bestaan, dient hij de machtiging op te heffen.

Dwangbehandeling

Voor de ambulante of vrijwillig opgenomen patiënt geldt de eis van de WGBO van informed consent: voor iedere behandeling is toestemming van de patiënt nodig. Bij ontbreken van toestemming voor een voorgestelde behandeling dient de wilsbekwaamheid beoordeeld te worden (art. 7:465 lid 2 BW). In geval van vastgestelde wilsonbekwaamheid kan medicatietoediening plaatsvinden zonder toestemming van de patiënt indien curator, mentor, gezagdragende ouder, gemachtigde of naasten daarmee instemmen (art. 7:465 lid 2 t/m 5 BW).

In geval van verzet van de patiënt echter kan (ondanks vervangende toestemming) de verrichting slechts worden uitgevoerd indien deze kennelijk nodig is om 'ernstig nadeel' voor de patiënt te voorkomen (art. 7:465 lid 6 BW).

Onvrijwillige opname in het kader van de Wet Bopz (ibs of voorlopige machtiging) rechtvaardigt nog geen dwangbehandeling. Dwangbehandeling betekent het tegen de wil van de betrokkene toepassen van therapeutische middelen uit het behandelingsplan. Dit plan moet gericht zijn op het verminderen van het gevaar, voortkomende uit de stoornis van de geestvermogens, en waarvoor juist dwangopname heeft plaatsgevonden. De patiënt kan akkoord gaan met het behandelingsplan. Als de patiënt zich verzet tegen behandeling kan tot dwangbehandeling worden overgegaan als dit als volstrekt noodzakelijk geacht wordt om ernstig gevaar voor patiënt of anderen af te wenden en de weigering geacht wordt voort te vloeien uit de stoornis van de geestvermogens.

Het gebruik van de zogeheten middelen en maatregelen heeft vooral betrekking op de handhaving van de orde in de instelling. Het dient te gaan om een tijdelijke noodsituatie die door het gebruik van middelen en maatregelen wordt overbrugd. De wetgever heeft bepaald welke middelen en maatregelen zijn toegestaan: afzondering, separatie, fixatie, medicatie en toediening van vocht of voedsel.

Zowel dwangbehandeling als de toepassing van middelen en maatregelen moeten proportioneel (in verhouding tot de ernst van het gevaar), subsidiair (minst ingrijpend) en doelmatig zijn. In de regel biedt de Wet Bopz geen rechtsbasis voor dwangbehandeling bij een somatische aandoening. Ook is het van belang er op te wijzen dat gedwongen opname op een somatische afdeling niet binnen de Wet Bopz geregeld is.

Aanbevelingen

- Bij de geringste twijfel bij de arts zelf, of bij discussie bij anderen, over het bestaan van een psychiatrische stoornis of wilsonbekwaamheid is het van belang zèlf, in overleg met de hongerstaker, tijdig een beoordeling hiervan te regelen. Bij uitstel wordt de kans groter dat de hongerstaker minder coöperatief wordt, minder lang een gesprek volhoudt of dat er op korte termijn geen tolk beschikbaar is. Men kan hiervoor steeds vaker het RIAGG bereid vinden of anders bijvoorbeeld een districtspychiater inschakelen.

- Bespreek een beoordeling na met de psychiater, informeer naar zijn standpunten in de situatie dat, bij een langdurige hongerstaking, de patiënt alsnog verward zou worden.
- Wat zijn de standpunten binnen de huisartsenwaarneemgroep; maak zo nodig afspraken over het te volgen beleid.
- Wees voorbereid op een RIAGG-beoordeling op verzoek van de burgemeester; dit kan buiten de arts om geschieden. Laat daarom bijvoorbeeld medeondertekende kopieën van de wilsverklaring in beheer van de hongerstaker achter. De hulpverlenend arts heeft de gelegenheid gehad zich over een langere tijd een oordeel te vormen over de wilsbekwaamheid en beweegredenen van de hongerstaker en kan dus aan de beoordelend psychiater vragen contact met hem op te nemen. Blijf bereikbaar voor het RIAGG.
- Bespreek een en ander tijdig met de advocaat en pols zijn bereidheid zich te verweren tegen een dwangopname. Nota bene: een asieladvocaat is doorgaans niet ook een Bopz-advocaat.
- Bij opname kan het van nut zijn om de patiëntenvertrouwenspersoon in te schakelen, bijvoorbeeld om dwangbehandeling te voorkomen.
- Als er een psychiatrisch beeld bestaat maar geen wilsonbekwaamheid, overweeg dan het nut van een medische rapportage voor de asielprocedure of onderzoek de mogelijkheden binnen het traumabeleid; hiermee heeft men in het verleden meerdere hongerstakers kunnen overtuigen dat het beter was om te stoppen. Een aantal heeft zodoende ook wel degelijk een verblijfstitel gekregen.
- Overweeg het door de hongerstaker aanstellen van een gevolmachtigde. Bij wilsonbekwaamheid beslist in principe deze persoon. Een modelverklaring is bij de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie te krijgen.



Gedwongen voeding voor hongerstakende suffragettes, begin 20^e eeuw

V. De rol van een begeleidend/vertrouwensarts

Inleiding

De rol van de arts, betrokken bij een hongerstaking, zal meestal niet beperkt blijven tot zijn specifieke deskundigheid. De afhankelijke positie waarin hongerstakers zich veelal bevinden, zoals asielzoekers en gedetineerden, brengt met zich mee dat er geen vanzelfsprekende vertrouwensrelatie hoeft te bestaan tussen de hongerstaker en zijn behandelend arts, die soms in dienst is van de instantie tegen wie de hongerstaking zich richt. De belangentegenstelling tussen zijn patiënt en zijn werkgever kan voor de betrokken arts eveneens tot botsingen leiden (zie ook de vorige hoofdstukken).

Het zal duidelijk zijn dat hongerstakers behoefte hebben aan medische begeleiding. Deze kan gegeven worden door de huisarts die de reguliere curatieve zorg verleent. Vaak zal het de voorkeur verdienen om naast de behandelend arts tevens een aparte vertrouwensarts aan te wijzen die van buiten de organisatie komt en strikt onafhankelijk is. De hongerstaker en/of de behandelend arts zal moeten bepalen of hij een vertrouwensarts nodig acht. Het zal van de situatie afhangen voor welke mogelijkheid wordt gekozen. In sommige situaties kan de rol van vertrouwensarts en behandelend arts gecombineerd worden. Een behandelend arts die tevens vertrouwensarts wil zijn moet zich ervan vergewissen of hij de onafhankelijke positie die voor het optreden als vertrouwensarts noodzakelijk is waar kan maken, ook in een latere fase van de hongerstaking.

Als vertrouwensarts kunnen optreden:

- 1- een arts, voorgedragen door de hongerstaker;
- 2- een huisarts;
- 3- een GGD- arts;
- 4- een MOA-arts van een ander centrum;
- 5- een arts, aangewezen door de Inspecteur voor de Gezondheidszorg (als 1 t/m 4 falen).

Voorwaarden voor het functioneren als vertrouwensarts zijn

1. Volledige medische onafhankelijkheid

Dit houdt in: vrijheid van handelen ten behoeve van de hongerstaker(s);

organisatorische en informatieve vrijheid, ook ten opzichte van de directie en andere medewerkers van de organisatie waar de arts in dienstverband werkzaam is.

Geen financieel - of gezagsafhankelijke relatie met de instanties waarvan de hongerstaker afhankelijk is.

Dat over die onafhankelijkheid geen twijfel mogelijk is zal zeker van belang zijn wanneer deze organisatie (ook) een andere en potentieel conflicterende relatie heeft met de hongerstaker.

2. De hongerstaker moet zijn vertrouwen aan deze arts willen geven

De positie van de vertrouwensarts moet duidelijk zijn, evenals zijn loyaliteit. De vertrouwensarts moet tijdens een hongerstaking altijd bereikbaar zijn en het is gewenst dat hij deze verantwoordelijkheid niet overdraagt zoals bij een wachtdienst.

3. Bereidheid met ethische dilemma's geconfronteerd te worden

De vertrouwensarts moet zich ervan bewust zijn dat hij een taak op zich neemt die moeilijk kan zijn en tijd en emoties kan kosten. Het oplossen van ethische dilemma's, het vinden van een evenwicht tussen empathische betrokkenheid en (politieke) identificatie met de hongerstaker horen er vaak bij. Contacten met advocaten, autoriteiten en de pers vergen tact en inventiviteit.

4. Onafhankelijkheid ten opzichte van de politieke doeleinden van de hongerstaking

Het is niet noodzakelijk om het als vertrouwensarts eens te zijn met het doel van de hongerstaking. De vertrouwensarts neemt een neutrale positie in. Wèl treedt deze arts op als behartiger van de medische en sociale belangen. Dit houdt ook in dat hij een goede communicatie bevorderen zal: open lijnen naar directie van asielzoekerscentrum of penitentiaire inrichting en eventueel naar de media, ontvangen van bezoek en post, goede contacten met juridische vertegenwoordigers. Ook moet de vertrouwensarts erop toezien dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg wordt ingelicht (het kan nuttig zijn dat hij dat zelf doet).

Als er, zoals in een AZC, een crisiscomité wordt ingesteld hoort er tussen dat comité en de vertrouwensarts regelmatig overleg plaats te vinden. Door daadwerkelijk deelnemen aan een crisiscomité kan de schijn van afhankelijkheid ontstaan.

5 Tolken

De vertrouwensarts moet zo nodig gebruik kunnen maken van een door de hongerstaker geaccepteerde tolk waarvoor eventuele kosten te verhalen zijn op derden.

Taken van de vertrouwensarts

Deze taken zijn niet obligaats en hangen van de omstandigheden af:

- voorlichten hongerstaker en de omgeving;
- toezien op een correcte medische begeleiding;
- dossiervorming;
- een schriftelijke wilsverklaring regelen en beheren, dit is ook mogelijk door vastleggen in het medisch dossier;
- regelmatig evalueren en, indien nodig, bijstellen of wijzigen van de schriftelijke wilsverklaring;
- toezien op naleving van de schriftelijke wilsverklaring;
- Inspectie voor de Gezondheidszorg op de hoogte houden;
- overleggen met crisiscomité;
- overleggen met gemeentelijke autoriteiten zoals de GGD (medische aspecten) en burgemeester (openbare orde aspecten);
- escalatie voorkomen door bevorderen van goed overleg tussen de betrokken partijen.

Van de ongeveer 1000 hongerstakingen die per jaar in Nederland plaatsvinden wordt de overgrote meerderheid reeds na een aantal dagen beëindigd. Slechts een klein aantal hongerstakers zet de actie voort. In de praktijk blijkt dat artsen, die gevraagd worden om op te treden als vertrouwensarts, terugschrikken voor de te investeren tijd, emoties en voor de onbekendheid met de materie. Hoewel zorgvuldige en deskundige begeleiding - die overigens in het geval van asielzoekers te declareren is bij de zorgverzekeraar – zeker tijdsintensief en emotioneel belastend kan zijn, moet dit zeker in het begin niet overdreven worden. Op welk tijdstip een vertrouwensarts bij een hongerstaking betrokken moet worden hangt af van de gegeven omstandigheden. Een vroege inschakeling, binnen een week, kan wenselijk zijn vanwege de onafhankelijke positie van de vertrouwensarts; anderzijds kan een (medisch niet noodzakelijke) vroege inschakeling een anders kortdurende hongerstaking een te zwaar gewicht geven.

Zoals bij alle medische calamiteiten wordt het door de Inspectie voor de Gezondheidszorg op prijs gesteld als ze op de hoogte gehouden wordt. Het is verstandig om twee weken na aanvang van een hongerstaking, of na twee dagen dorststaking, een melding te doen. Als een hongerstaking wordt beëindigd dient dit uiteraard ook weer te worden gemeld. Bij twijfel over het te volgen beleid kan met de Inspectie overlegd worden.

Vaak treden sociaal geneeskundigen van GGD'en op als vertrouwensarts. De GGD heeft een vangnetfunctie in de maatschappij en is een onafhankelijke instantie. De aldaar werkende artsen zijn vaak bereid de taak van vertrouwensarts op zich te nemen.

Het is wel van belang dat de GGD-arts die als vertrouwensarts gaat optreden geen andere functie binnen de GGD heeft die zijn onafhankelijkheid als vertrouwensarts aantast (bijvoorbeeld adviseren van gemeente-autoriteiten en optreden als adviseur van politie of justitie). Deze taken moeten dan door een andere arts worden behartigd. De GGD-arts moet van zijn directeur de vrije hand hebben om loyaal naar de hongerstaker te zijn.

AZC's hebben vaak een vaste afspraak met de lokale GGD over het beschikbaar stellen van een vertrouwensarts bij hongerstaking. In de nieuwe opzet van de medische zorg in AZC's zullen er afspraken zijn met de desbetreffende regionale MOA-netwerken.

Een aparte schriftelijke wilsverklaring is juridisch niet strikt noodzakelijk (zie eerder in hoofdstuk III). Het in het medisch dossier vastleggen van gemaakte afspraken over het te volgen beleid bij bewustzijnsverlies en dit regelmatig weer ter sprake brengen en vastleggen kan soms voldoende zijn. Er kan echter een conflict ontstaan met de wettelijk vertegenwoordigers van een in coma geraakte hongerstaker en dan is het wel wenselijk te beschikken over een schriftelijke wilsverklaring. Het is voorgekomen, en komt wellicht nog weleens voor, dat er op een wilsverklaring méér nadruk werd gelegd dan op de bovengenoemde zorgvuldige evaluatie van gemaakte afspraken binnen de vertrouwelijke relatie tussen de vertrouwensarts en de hongerstaker. Bovendien hebben de wilsverklaringen nogal eens een functie vervuld als wapen in de strijd van de hongerstaker door deze in de openbaarheid te (laten) brengen. Het is gebleken dat dit een ongewenst neveneffect kan hebben; door de zwaarte die dit daardoor kreeg was het voor sommige hongerstakers vaak moeilijk om op hun beslissing terug te komen. Een schriftelijke wilsverklaring hoort in principe dan ook thuis in het domein van het beroepsgeheim.

Het is gewenst dat de vertrouwensarts daarop toeziet en ook daarop aandringt bij de hongerstaker (die uiteraard wel het recht heeft op openbaarmaking van zijn wensen).

De vertrouwensarts moet zelf bepalen hoever hij gaat in de dienstverlening naar de hongerstaker. Men moet er voor oppassen niet voor alles en nog wat gebruikt te worden. Schoenmaker blijf bij je leest! De medisch-adviseurs-rol naar de hongerstaker blijft de kerntaak.

Ondersteuning en rekrutering

Ter ondersteuning en advisering van vertrouwensartsen heeft de Johannes Wier Stichting een netwerk van consulenten opgericht, dat bestaat uit collega's die reeds eerder met een hongerstaking te maken hebben gehad. Gegevens over, en adressen van dit netwerk zijn op te vragen bij het bureau van de stichting.

Met dit netwerk van consulenten zal het hopelijk voor artsen gemakkelijker worden om positief in te gaan op verzoeken om op te treden als vertrouwensarts. Tot op heden komt het helaas regelmatig voor dat het moeilijk of onmogelijk is om een vertrouwensarts te vinden omdat de aanvragende instantie (vaak de Medische Opvang) steeds op een weigering stuit. In de nabije toekomst zal er vanuit de 7 regionale MOA-netwerken een netwerk van vertrouwensartsen geformeerd worden en zullen hongerstakers in de centra hopelijk verzekerd zijn van een vertrouwensarts.

Als arts kan men uiteraard individueel moverende redenen hebben om een verzoek om als vertrouwensarts op te treden af te wijzen; collectief kan de beroepsgroep dit echter niet, en zijn Districts Huisartsen Verenigingen (DHV's) en GGD'en hiervoor aanspreekbaar. In uiterste gevallen zal de Inspectie voor de Gezondheidszorg hierin moeten bemiddelen of zelfs een arts aanwijzen.

Financiën

De collectieve ziektekostenverzekering voor asielzoekers (ZRA) vergoedt de kosten van een vertrouwensarts. Deze zijn gebaseerd op een verrichtingentarief (zie appendix E). Dit tarief is al jaren niet geïndexeerd en voorziet niet in de zo noodzakelijk geachte nazorg.

De Stichting Koppeling, die in het leven is geroepen voor de financiering van een deel van de eerstelijnszorg aan illegalen, heeft toegezegd het honorarium van vertrouwensartsen bij hongerstakingende illegalen te vergoeden.



*“We gaan liever dood dan terug”; massale hongerstaking van Vietnamese asielzoekers in 1991
Foto: Rob Huiberts*

VI. Omgaan met de media

De afgelopen jaren heeft een aantal hongerstakingen zeer veel aandacht van de media gekregen. Het is verstandig om als hulpverlener van tevoren te bedenken hoe daar mee om te gaan zodat men niet voor verrassingen komt te staan. Een aantal overwegingen:

1. Zorg vanaf het begin dat duidelijk is dat de hongerstaker zelf verantwoordelijk is voor de contacten met de media. Hij kan zelf bijvoorbeeld een landgenoot vragen, soms is er een ondersteunend actiecomité. Hoe zijn zijn contacten bereikbaar? Vluchtelingenwerk heeft in het verleden wel fax en kopieermachine ter beschikking gesteld.
2. Maak afspraken met de directie van AZC of gevangenis of en hoe de media worden toegelaten. Daarbij dient het recht op vrije meningsuiting en contact met media voorop te staan. Het is voorgekomen dat de directie van een AZC alle journalisten de toegang verbodt, met de onrust bij andere bewoners als excuus. Het kan dan helpen de hongerstaker aan te bieden om voor de poort met journalisten te praten.
3. Het kan verstandig zijn de media er zo lang mogelijk buiten te houden. Als er eenmaal landelijke aandacht is worden compromissen en afspraken veel moeilijker. De autoriteiten zijn bang voor de precedentwerking en in de politiek is het not-done om toe te geven aan een hongerstaking. Voor de hongerstaker is het in het licht van de media-aandacht vaak moeilijker om een stap terug te doen als hij dat zou willen.
Soms is echter een klein artikeltje in een regionale krant voldoende voor een hongerstaker om te stoppen zonder gezichtsverlies.
4. Als een hongerstaking eenmaal veel media-aandacht trekt, willen journalisten heel graag het commentaar van de dokter. Dat is logisch want de inzet van de actie is juist iemands gezondheid. Als de arts alle commentaar weigert gaat men het elders halen. Bovendien begrijpt de hongerstaker daar meestal niets van en kan het aanleiding zijn voor een vertrouwensbreuk.

5. Vanzelfsprekend dient met de hongerstaker besproken te worden wat hij vindt dat de arts kan zeggen. Veelal staat hij erop dat de pers te woord gestaan wordt. Vaak is er medisch (nog) niet veel aan de hand en kan worden volstaan met algemeen commentaar als "een dorststaking van 7 dagen is erg lang en zorgwekkend".

Ook met verkregen toestemming om informatie te geven moet men zorgvuldig omgaan. De mededeling, bijvoorbeeld, dat er geen behandelverbod is zou de hongerstaker kunnen schaden.

De arts dient van tevoren te bedenken in welke hoedanigheid hij door het publiek gezien wil worden: als deskundige, belangenbehartiger, actievoerder, verontruste burger, etc. Dit kan hem tijdens een interview helpen om niet door handige vragen meegesleept te worden. De rol die feitelijk vervuld wordt is die van professioneel begeleider, en dat verplicht tot een zekere professionele afstand en terughoudendheid.

6. Indien te gast bent bij een live-uitzending, bedenk dan twee of drie statements om aan de pers kwijt te willen.

Ga ook niet op alles in wat de interviewer of tegenspeler zegt maar probeer vooral het eigen verhaal kwijt te kunnen. Soms kan het doelmatig zijn om een persverklaring rond te sturen of een persconferentie te beleggen.

7. Wees voorzichtig met telefoonnummer en thuisadres. Tijdens het hoogtepunt van een bepaalde hongerstaking kwamen bij een vertrouwensarts 20 telefoontjes per uur binnen en zijn er twee televisieteams ongevraagd voor de deur verschenen.

8. Bij uitgebreide achtergrondinterviews kan men correctierecht eisen (dit geldt niet voor de koppen). Probeer journalisten niet te zien als 'persmusketen'. Zij doen gewoon hun werk en zijn er niet op uit de arts te pakken. Zoals met andere hulpverleners een relatie opgebouwd wordt, is het een uitdaging dat ook met hen te doen.

9. Er bestaan verschillende cursussen over omgaan met de media.



*Hongerstaking ex-diplomaat voor ingang ministerie.
Foto: Serge Ligtenberg*

VII. Massale hongerstaking

Het begeleiden van één of enkele hongerstakers vraagt veel van betrokken artsen en verpleegkundigen; medisch is het ingewikkeld en emotioneel belastend. Het begeleiden van grote groepen hongerstakers is vele malen meer complex en kan makkelijk eindigen in een regelrechte ramp voor alle betrokkenen. Terwijl bij een kleine groep de kans op onverwachte medische complicaties tijdens de eerste maand klein is, is de kans hierop bij bijvoorbeeld honderd hongerstakers zeer groot. De zwakkeren zullen het eerst risico lopen en dit geeft een bijzondere verantwoordelijkheid aan de hele groep. Tegelijkertijd kan de druk vanuit de groep zeer groot worden terwijl de hongerstaking voortduurt. De ervaring met de hongerstaking in de Agneskerk te Den Haag in 1998, waarbij 132 zogenaamde witte illegale mannen gedurende 18 dagen hun actie wisten vol te houden, leert dat het welhaast onmogelijk is eensgezindheid te behouden en dat wantrouwen en individueel verschillende belangen een grote rol kunnen gaan spelen¹¹. Tijdens deze actie bestond het medisch begeleidend team uit 50 personen, werden er 4 talen gesproken met een veelvoud aan culturele achtergronden, waren er contacten met 30 verschillende instanties en was er een zeer grote medische consumptie, vooral tengevolge van de psychosomatische stress. Vertrouwen winnen van individuele hongerstakers en van vertegenwoordigende comités was te vergelijken met een koorddanser die onverwacht tomaten naar zich krijgt toegeworpen. Een open, luisterende houding, engagement met mensen aan de rand van de maatschappij en daarnaast ook organisatietalent bleken onontbeerlijk. Om toch een zo verantwoord mogelijke zorg te waarborgen volgen hieronder een aantal aandachtspunten.

Hongerstaker s

Wie gaan er mee doen? Zitten er zwangeren, kinderen of andere risicopatiënten tussen? Wees daarbij alert dat een belaste medische voorgeschiedenis verzwegen kan worden uit schaamte of uit angst uitgesloten te worden. Iemand met bijvoorbeeld een posttraumatische stressstoornis kan dit bewust niet melden terwijl het risico op decompensatie tijdens een massale hongerstaking levensgroot is.

¹¹ "De valstrik van de hoop. Witte illegalen in hongerstaking". Hans Krikke; 1999; ISBN 90-5515-229-3/NUGI 661

Is er al een vertegenwoordigend comité? Is er een solidariteitscomité? Wat is de precieze reden voor de hongerstaking? Hoe lang denkt men de actie vol te houden? Is men bereid een huishoudelijk reglement te maken? Dit is noodzaak als zoveel mensen gedurende langere tijd het leven delen. Hierin kan bijvoorbeeld ook staan dat mensen met besmettelijke ziektes dienen te stoppen (keelontsteking). Is men bereid te wachten tot het medisch team compleet is?

Gastplaats

Wat kan men in geval van bijvoorbeeld kerkasiel verwachten van het kerkbestuur? Is het ook nog bereid gastvrijheid te verlenen als de situatie kritiek wordt?

Hoe is het gesteld met de hygiëne? Zijn er voldoende toiletten (1 per 15 hongerstakers), is er voldoende wasgelegenheid (mannen en vrouwen gescheiden?), kan er geventileerd worden? Is er ruimte om te slapen, te vergaderen, te ontspannen, gasten te ontvangen of een medisch onderzoek te doen? Is er voldoende beddengoed? Kan dit misschien van het ziekenhuis betrokken worden?

Het medisch team

- Vrijwilligers van bijvoorbeeld het Rode Kruis kunnen gevraagd worden voor het signaleren van medische problemen, gewicht- en eventueel bloeddrukcontroles, het bemannen van een EHBO-post en voor het leveren van materiaal zoals stretchers, verbandmateriaal etc.
- Verpleegkundigen kunnen ingezet worden voor het monitoren en signaleren van medische problemen, gewicht-, bloeddruk- en urinecontroles en het aanleggen van medische dossiers (medische voorgeschiedenis eventueel door de eigen huisarts laten invullen).
- Basisartsen kunnen dienen als voorwacht en als vraagbaak voor verpleegkundigen en vrijwilligers.
- Huisartsen verzorgen 24-uurs achterwacht bij problemen gerelateerd aan het hongeren of dorsten. Gewone huisartsgeneeskundige problemen dienen zoveel mogelijk naar de eigen huisarts verwezen te worden. De Regionale of Districts Huisartsenvereniging kan gevraagd worden te helpen huisartsen te vinden.

- Het RIAGG, AMW en andere hulpverleners binnen de GGZ kunnen een rol spelen bij het monitoren, signaleren en begeleiden van psychosociale problemen, individueel of groepsgebonden. Zo mogelijk worden ook afspraken gemaakt over consultatie door en begeleiding van leden van het solidariteitscomité of het medisch team zelf. Na afloop van de hongerstaking kunnen dezelfde hulpverleners een taak krijgen bij de nazorg. Een groot aantal hongerstakers zal depressieve klachten krijgen.
- De coördinatie kan het beste in handen zijn van de vertrouwensarts. Hij is het gezicht van het team naar de hongerstakers, het solidariteitscomité, de media, etc. Alleen door combinatie van de vertrouwensartsfunctie en de coördinatie kan er sprake zijn van consistent beleid in de complexiteit van de situatie.

Verantwoorde zorg

- Er moeten sluitende afspraken gemaakt worden over bereikbaarheid, aanwezigheid, taakverdeling, dagelijks en wekelijks overleg, dossieraanleg, gebruik van tolken en verstrekken van informatie aan hongerstakers en buitenwereld. Het aanstellen van een perschef, faxen van persberichten naar het ANP of het beleggen van een persconferentie kan noodzakelijk zijn.
- Zo spoedig mogelijk moeten diverse formulieren gemaakt worden zoals journaalbladen, wilsverklaringen, telefoonlijsten en dergelijke.
- Vooral aan vrijwilligers zal duidelijk gemaakt moeten worden wat de grenzen zijn van medisch ingrijpen.
- De vertrouwenspositie en onafhankelijkheid van het medisch team c.q. vertrouwensarts moeten voortdurend bewaakt worden. De verschillende groeperingen zullen moeten accepteren dat de geboden humanitaire hulp kan variëren van politiek neutraal tot politieke actie.
- Met het actiecomité moeten afspraken gemaakt worden over het voorkómen van blijvende schade, wát geaccepteerd wordt aan vocht of voeding, wannéér er gestopt wordt. Het helpt vaak als duidelijk gemaakt wordt dat het zien van een doodzieke mede-hongerstaker sterk demotiverend kan zijn.
- Eventuele wilsverklaringen moeten individueel besproken en regelmatig geëvalueerd worden. Staat het actiecomité dit toe? Welke artsen doen dit ?

Financiën

Om het werk van het medisch team mogelijk te maken zal er financiering gevonden moeten worden voor kantoorartikelen, medicijnen, urinestrips, telefoonkosten, koffie en thee etc. Waar mogelijk is het verstandig het honorarium te declareren, de coördinerend vertrouwensarts moet wellicht waarneming regelen, vrijwilligers maken reiskosten, etc.

Diversen

Het is verstandig met de politie of burgemeester afspraken te maken dat er niet ingegrepen zal worden. Zo'n garantie werkt de-escalierend en kan het starten van bijvoorbeeld een dorststaking of zelfverbranding helpen voorkomen. In veel steden is de GGD het oog en oor van de burgemeester. Goede communicatie met de GGD kan dan ook ongewenste maatregelen in het kader van de openbare orde helpen voorkomen.

Het is ook verstandig om uitvoerig overleg te hebben met de Inspectie

voor de Gezondheidszorg om de geboden medische zorg te toetsen.

Er moeten afspraken gemaakt worden met de Centrale Post

Ambulancevervoer over ziekenvervoer en wie hierom kan vragen. Het is prettiger en efficiënter steeds met dezelfde specialisten te overleggen, zijn deze ook thuis bereikbaar?

Het medisch team heeft genoeg werk te doen, het is beter niet betrokken te raken bij bemiddeling, juridische bijstand en dergelijke.

Het is noodzaak na afloop de hele gang van zaken grondig te evalueren. Net als de hongerstakers kunnen ook veel hulpverleners een terugklap krijgen, misschien biedt het organiseren van een informele avond deels uitkomst?



*Massale hongerstaking in Agneskerk 1998
Foto: Joost van den Broek*

VIII. Hongerstaking en verpleeghuis

Asielzoekers wonen in de centra min of meer zelfstandig. Buiten kantooruren is er hoogstens beveiligingspersoneel aanwezig. Dit kan bij een lang durende hongerstaking problemen geven, zeker als er geen of weinig mantelzorg aanwezig is. Wie helpt de zwakker wordende hongerstaker met de lichamelijke verzorging als hij dat zelf niet goed meer kan? Wie houdt een oogje in het zeil en let op alarmsymptomen? Zijn er mogelijkheden de lokale thuiszorgorganisatie in te schakelen? Landgenoten kunnen in een verwarrende positie komen: ze delen dezelfde benarde situatie die geleid heeft tot de hongerstaking, voelen zich zodoende solidair maar kunnen ook niet accepteren dat hulpverleners niet kunnen of willen ingrijpen als de toestand van de hongerstaker achteruitgaat. Er kan veel commotie ontstaan die steeds moeilijker hanteerbaar wordt. De directie zal het liefst de hongerstaker willen overplaatsen naar een verpleeghuis. Het Centraal Orgaan Asielzoekers (COA) heeft hiertoe afspraken gemaakt met een aantal verpleeginstellingen in het land. Financieel hoeft er geen belemmering te zijn voor een verpleeghuisopname. Voor asielzoekers uit de centra wordt deze AWBZ-voorziening geregeld door de Ziektekostenregeling Asielzoekers (ZRA, een samenwerkingsverband van VGZ en IZA). Voor illegalen is dit geregeld met de Stichting Koppeling en de Regionale platforms voor medische hulp aan illegalen.

Het is verstandig op tijd een eventuele verpleeghuisopname met de hongerstaker te bespreken, bijvoorbeeld als de hongerstaking een maand duurt. Daarbij moeten de voors en tegens eerlijk en zorgvuldig afgewogen worden, waarbij het gebruikelijke verpleegkundige criterium - tekortschietende faciliteiten in de thuissituatie- als leidraad dient. Wegen de betere zorgfaciliteiten op tegen het afgesneden worden van de eigen groep? Of wil de hongerstaker juist minder druk vanuit de eigen groep? Worden de contacten met de media niet te zeer bemoeilijkt? Is er garantie dat de asielzoeker weer terug kan naar het centrum? Ook is het van belang tijdig een verpleeghuis in- en voor te lichten over de eventuele komst van een hongerstakende asielzoeker. Dan kan het verpleeghuis zich daarop voorbereiden.

In principe kan een verpleeghuisopname bij de wilsbekwame hongerstaker alleen op basis van vrijwilligheid plaatsvinden. Het is echter niet ondenkbaar dat de situatie in het centrum dusdanig mensoeterend is geworden dat iemand tegen zijn eerder uitgesproken wil elders verpleegd en verzorgd moet worden. Men mag veronderstellen dat de vertrouwensrelatie tussen hongerstaker en vertrouwensarts dusdanig is dat de hongerstaker met zwaarwegende medische en verpleegkundige argumenten zal willen instemmen. Overleg met de Regionale Inspectie voor de Gezondheidszorg is hierbij op zijn plaats. Om niet afhankelijk te zijn van de waarschijnlijk veraf gelegen verpleeghuizen waar afspraken mee zijn gemaakt, kan vroegtijdig een indicatie gevraagd worden van het Regionale Indicatie Orgaan. Zowel de vertrouwensarts als de huisarts of arts Medische Opvang kan hiertoe het initiatief nemen, al of niet namens de hongerstaker. Er vindt een gesprek plaats met de hongerstaker die ook kan aangeven welk verpleeghuis zijn voorkeur heeft. Na een positieve beslissing is het goed om concrete afspraken te maken met de verpleeghuisarts en de instellingsdirectie:

1. Hoe verloopt de communicatie als een opname acuut noodzakelijk wordt? Is er plaats in het verpleeghuis? Een éénpersoonskamer heeft de voorkeur in verband met de media, bezoek en de te verwachten verslechtering van de gezondheidstoestand.
2. Wat zijn de wensen van de hongerstaker over wel of niet behandelen? Zijn er twijfels over iemands wilsbekwaamheid, heeft er een psychiatrisch onderzoek plaatsgevonden? Is er een schriftelijk behandelverbod en voelt de verpleeghuisarts zich daar aan gebonden? Hoe zien de vertrouwensarts en verpleeghuisarts hun verantwoordelijkheden en samenwerking na een opname?
3. Welke afspraken kunnen er gemaakt worden over de media, bezoektijden en het aantal bezoekers?

De verpleeghuisarts zal zich ervan moeten vergewissen dat zijn medewerkers en de directie akkoord gaan met het niet behandelen van de hongerstaker indien dit de afspraak met de hongerstaker is. Intern worden afspraken gemaakt over contacten met de pers, welke hulpverleners verantwoordelijk zijn voor welke zorg en de rol van de vertrouwensarts hierin. Het kan goed zijn dat de vertrouwensarts of een medewerker van het asielzoekerscentrum voorlichting komt geven over asielzoekers, hun culturele achtergronden, de asielprocedure en het fenomeen hongerstaking.

Voor een aantal verzorgenden kan het nuttig zijn bij een vertrouwenspersoon terecht te kunnen met hun vragen, emoties en eventuele religieuze bezwaren die zich voor kunnen doen bij het begeleiden van een zelfgekozen lijdensweg.

Dagelijks zal de verpleeghuisarts of vertrouwensarts nagaan of de hongerstaker nog steeds geen behandeling wil. Dit dient door iedere medewerker van de instelling gerespecteerd te worden. Bij beëindiging van de hongerstaking zal de verpleeghuisarts als eerst verantwoordelijke behandelend arts beslissen of hervoeding in het verpleeghuis of ziekenhuis kan plaatsvinden. Uiteraard zal hij hierbij overleg blijven houden met de vertrouwensarts. Bij overlijden dient de gemeentelijk lijkschouwer geïnformeerd te worden door de verpleeghuisarts. Na afloop van de opname zal er intern zoals gebruikelijk een evaluatie plaatsvinden. Hierbij kunnen indien gewenst ook de vertrouwensarts en medewerkers van het asielzoekerscentrum worden uitgenodigd. Zeker na overlijden zal er ook aandacht moeten zijn voor nazorg aan alle betrokkenen, vanuit het verpleeghuis dan wel het asielzoekerscentrum.

IX. Richtlijnen voor de medische en verpleegkundige begeleiding

1. Zorg voor een optimale communicatie met de hongerstaker. Schakel zo nodig een onafhankelijke tolk in (bijvoorbeeld van het tolkencentrum) als er geen vriend(in), familielid of vertrouweling van de hongerstaker kan tolken.

2. Bepaal of er behoefte is aan een vertrouwensarts, wiens onafhankelijke positie, ook financieel, benadrukt dient te worden.

3. Tracht een duidelijk beeld te krijgen van de oorzaak van de hongerstaking en van het doel dat wordt nagestreefd. Wordt er ook vocht geweigerd? Hoe lang wil men doorgaan? Is men al eerder in hongerstaking geweest, bijvoorbeeld in het land van herkomst, en zo ja, had dat succes? Is er een psychiatrische voorgeschiedenis?

4. Wordt er in groepsverband gestaakt? Zo ja, is er een woordvoerder? Zijn er familieleden? Zijn er minderjarigen of zwangere vrouwen bij? Beïnvloedt het groepsverband de hongerstaker zodanig dat van een eigen keuze geen sprake is? (Belangrijk om met ieder afzonderlijk te spreken).

5. Laat de niet- medische belangen door een aparte vertrouwenspersoon behartigen: de advocaat, of een vertegenwoordiger van een belangenorganisatie, bijvoorbeeld Vluchtelingenwerk. Als er niemand is kan eventueel ook de vertrouwensarts als belangenbehartiger optreden, mits deze de nodige professionele distantie in acht neemt.

6. Stel voor dat deze vertrouwenspersoon aanwezig is bij de gesprekken met de instanties waartegen de actie zich richt en bij de contacten naar buiten (media). Een advocaat kan, indien hij dit nodig acht, een kort geding aanspannen tijdens de hongerstaking. Leg tevoren vast dat indien de hongerstaker niet meer handelingsbekwaam is, deze persoon namens hem kan optreden. Dit kan ook de vertrouwensarts zijn.

7. De hongerstaker moet zo snel mogelijk, maar uiterlijk de vijfde dag, uitleg krijgen over de lichamelijke en geestelijke gevolgen van een hongerstaking. Bij een dorststaking moet dit reeds op de eerste dag gebeuren gezien het extreem snelle verloop. Deze termijnen zijn ook van belang voor het moment waarop een vertrouwensarts wordt aangewezen. Bij afwezigheid van de huisarts dan wel de inrichtingsarts dient de medische dienst van de instelling (verpleegkundige of andere) zo nodig een vervanger in te schakelen. Dit geldt vooral indien er risicofactoren aanwezig zijn (zie 8) en in geval van dorststaking. Het belang van voldoende vochtopname (2 l/dag) en een goede lichamelijke verzorging moet worden benadrukt.

8. Bepaal of er risicofactoren aanwezig zijn zoals diabetes, nierziekten, hart- en vaatziekten, epilepsie, maag- of darmproblemen. Let op de risico's van medicatie. Ook zwangerschap en het nog in-de-groei zijn kunnen aanleiding zijn de hongerstaking op strikt medische gronden af te raden.

9. Wijs op het belang van een goede medische en verpleegkundige begeleiding en maak daar met de hongerstaker duidelijke afspraken over. Dit geldt bijvoorbeeld voor lichamelijk onderzoek, laboratorium onderzoek, het accepteren van medicijnen, gebruik van vitamines. Wordt een infuus met alleen vocht wel geaccepteerd, maar sondevoeding niet?

10. Het is verstandig in een vroeg stadium afspraken te maken over wat er moet gebeuren als de toestand in medisch opzicht verslechtert of als de hongerstaker in coma raakt. De vertrouwensarts kan behulpzaam zijn bij het zoeken naar een zieken-/verpleeghuis dat bereid is de hongerstaker op te nemen, ook als behandeling geweigerd wordt. Deze afspraken dienen bij voorkeur in het medisch dossier vastgelegd te worden. Dit gebeurt meestal door de vertrouwensarts. Mocht de vertrouwensarts onverhoopt in de kritieke fase niet zelf aanwezig kunnen zijn, dan dient hij voor de continuïteit van deze informatie zorg te dragen. Indien de hongerstaker te kennen geeft kunstmatige voeding - ook onder dwang - of andere medische behandeling niet te zullen accepteren voordat het doel is bereikt, is het noodzakelijk om duidelijk te maken dat u zo'n belangrijke beslissing niet alleen kunt nemen. Conform de richtlijnen hiervoor (Verklaring van Tokio) dient u aan te dringen op een second-opinion van een onafhankelijke arts.

In situaties van twijfel aan de wilsbekwaamheid van de hongerstaker zou in een vroeg stadium het oordeel van een psychiater gevraagd moeten worden in overleg met de vertrouwensarts.

Het is verstandig afspraken te maken met de RIAGG over het beschikbaar stellen van een psychiater voor een beoordeling of medische verklaring. Denk er om dat er vaak een tolk nodig is en dat deze ook beschikbaar is.

Indien geen psychiater bereid is te komen kan eventueel een beroep gedaan worden op de districtspsychiater die via het Ministerie van Justitie altijd te bereiken is. Normaal gesproken moet echter een beroep gedaan kunnen worden op de psychiater van de RIAGG-crisisdienst. Het is dan verstandig om de tussenkomst van de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige voorwacht te vermijden en meteen naar de dienstdoende psychiater te vragen.

11. De schriftelijke wilsverklaring¹² valt onder het beroepsgeheim. Indien men als arts deze verklaring naar buiten wil brengen, dan moet hiervoor toestemming gegeven worden door de hongerstaker. Vooral bij contacten met de media dient men hierop bedacht te zijn (zie 5: contacten naar buiten door een niet medisch vertrouwenspersoon). Aangezien de verklaring echter juist bedoeld is voor situaties waarin de hongerstaker zichzelf niet meer kan uiten, is het inherent aan deze verklaring dat deze, voor zover nodig, door de vertrouwensarts aan anderen bekend kan worden gemaakt. Dit is immers onontbeerlijk om het door de hongerstaker met de verklaring beoogde doel te realiseren.

12. Bezoek de hongerstaker dagelijks en let daarbij ook op de psychische toestand. Een aantal parameters, zoals gewicht, vochtbalans en bloeddruk, kunnen door een verpleegkundige worden vastgelegd. Wanneer en welk laboratoriumonderzoek verricht moet worden hangt onder andere af van de uitgangssituatie en eventueel aanwezige pathologie vóórdát de hongerstaking begon (vooral nierfunctie stoornissen).

Het medisch dossier dient zeer zorgvuldig te worden bijgehouden, evenals de verpleegkundige registratie.

¹² Een model voor een schriftelijke wilsverklaring vindt u in appendix B.

13. Als de hongerstaking langer dan bijvoorbeeld twee weken duurt, stel dan uw collega's op de hoogte van de hongerstaking: de waarneemgroep van huisartsen, het plaatselijk ziekenhuis (internisten).

14. Als de vertrouwensarts een andere is dan de eigen huisarts: stel deze laatste - met toestemming van de hongerstaker - op de hoogte van het verloop van de hongerstaking.

Opname indicaties

15. Vooropgesteld dient te worden dat al dan niet opnemen in een ziekenhuis of verpleeghuis in overeenstemming dient te zijn met de wens van de hongerstaker en dat dit dus tijdig moet worden besproken. Het COA heeft een lijst van verpleegtehuizen die bereid zijn hongerstakers op te nemen die hiervoor zelf toestemming geven.

De volgende parameters zijn te onderzoeken in een niet-klinische setting en kunnen ieder op zich een reden vormen tot opname:

- gewichtsval van meer dan 10 % van het uitgangsgewicht (méér bij personen met meer reserves)
- bewustzijnsstoornissen/psychische decompensatie
- tekenen van hartfalen (dyspnoe, oedeem)
- tekenen van ernstige uitdroging en nierinsufficiëntie
- ernstige hypothermie: minder dan 35,5 °C
- ernstige bradycardie: minder dan 35/min, of irregulaire pols
- bedlegerigheid en geen kracht meer hebben om zichzelf te wassen of naar het toilet te gaan.

Hoe te handelen na afloop van de hongerstaking

16. Adviseer over de hervoeding: frequente kleine porties licht verteerbaar voedsel, ongeveer 3000 kcal per dag. Bij een langer durende hongerstaking eerst gedurende enkele dagen 1000 kcal per dag. Overweeg hierbij een opname, zeker als supervisie noodzakelijk geacht wordt.

17. Evalueer in een gesprek de hongerstaking met de hongerstaker. Herhaal dit na bijvoorbeeld een week nog eens, afhankelijk van de psychische gesteldheid en ook van de "uitkomst" van de hongerstaking. De psychische gevolgen van een hongerstaking kunnen ook nog lang na het beëindigen van de actie merkbaar zijn; vooral depressies komen daarbij voor. De behoefte aan nazorg kan derhalve nog onverwacht lange tijd duren.

18. Indien een hongerstaker overlijdt is er sprake van een niet-natuurlijke dood. Er moet dus een lijkschouwing plaats vinden door een gemeentelijk lijkschouwer. Indien de medische gegevens goed zijn gedocumenteerd zal een gerechtelijke sectie niet noodzakelijk zijn.

APPENDICES

A. Internationale regels inzake hongerstaking

VERKLARING VAN TOKIO

World Medical Association Declaration Guidelines for Medical Doctors Concerning Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment

Adopted by the 29th World Medical Assembly
Tokyo, Japan, October 1975

Preamble

It is the privilege of the medical doctor to practise medicine in the service of humanity, to preserve and restore bodily and mental health without distinction as to persons, to comfort and to ease the suffering of his or her patients. The utmost respect for human life is to be maintained even under threat, and no use made of any medical knowledge contrary to the laws of humanity.

For the purpose of this Declaration, torture is defined as the deliberate, systematic or wanton infliction of physical or mental suffering by one or more persons acting alone or on the orders of any authority, to force another person to yield information, to make a confession, or for any other reason.

Declaration

1. The doctor shall not countenance, condone or participate in the practice of torture or other forms of cruel, inhuman or degrading procedures, whatever the offense of which the victim of such procedures is suspected, accused or guilty, and whatever the victim's beliefs or motives, and in all situations, including armed conflict and civil strife.

2. The doctor shall not provide any premises, instruments, substances or knowledge to facilitate the practice of torture or other forms of cruel, inhuman or degrading treatment or to diminish the ability of the victim to resist such treatment.
3. The doctor shall not be present during any procedure during which torture or other forms of cruel, inhuman or degrading treatment is used or threatened.
4. A doctor must have complete clinical independence in deciding upon the care of a person for whom he or she is medically responsible. The doctor's fundamental role is to alleviate the distress of his or her fellow men, and no motive whether personal, collective or political shall prevail against this higher purpose.
5. Where a prisoner refuses nourishment and is considered by the doctor as capable of forming an unimpaired and rational judgment concerning the consequences of such a voluntary refusal of nourishment, he or she shall not be fed artificially. The decision as to the capacity of the prisoner to form such a judgment as to the capacity of the prisoner to form such a judgment should be confirmed by at least one other independent doctor. The consequences of the refusal of nourishment shall be explained by the doctor to the prisoner.
6. The World Medical Association will support, and should encourage the international community, the national medical associations and fellow doctors to support the doctor and his or her family in the face of threats or reprisals resulting from a refusal to condone the use of torture or other forms of cruel, inhuman or degrading treatment.

VERKLARING VAN MALTA/MARBELLA

World Medical Association Declaration on Hunger Strikers

adopted by the 43rd World Medical Assembly
Malta, November 1991 / Marbella, September 1993

Preamble

1. The doctor treating hunger strikers is faced with the following conflicting values:

1.1 There is a moral obligation on every human being to respect the sanctity of life. This is especially evident in the case of a doctor, who exercises his skills to save life and also acts in the best interests of his patients (Beneficence).

1.2 It is the duty of the doctor to respect the autonomy which the patient has over his person. A doctor requires informed consent from his patients before applying any of his skills to assist them, unless emergency circumstances have arisen in which case the doctor has to act in what is perceived to be the patient's best interests.

2. This conflict is apparent where a hunger striker who has issued clear instructions not to be resuscitated lapses into a coma and is about to die. Moral obligation urges the doctor to resuscitate the patient even though it is against the patient's wishes. On the other hand, duty urges the doctor to respect the autonomy of the patient.

2.1 Ruling in favour of intervention may undermine the autonomy which the patient has over himself. Ruling in favour of non-intervention may result in a doctor having to face the tragedy of an avoidable death.

3. A doctor/patient relationship is said to be in existence whenever a doctor is duty bound, by virtue of his obligation to the patient, to apply his skills to any person, be it in the form of advice or treatment. This relationship can exist in spite of the fact that the patient might not consent certain forms of treatment or intervention.

Once the doctor agrees to attend to a hunger striker, that person becomes the doctor's patient. This has all the implications and responsibilities inherent in the doctor/patient relationship, including consent and confidentiality.

4. The ultimate decision on intervention or non-intervention should be left with the individual doctor without the intervention of third parties whose primary interest is not the patient's welfare. However, the doctor should clearly state to the patient whether or not he is able to accept the patient's decision to refuse treatment or, in case of coma, artificial feeding, thereby risking death. If the doctor cannot accept the patient's decision to refuse such aid, the patient would then be entitled to be attended by another physician.

Guidelines for the Management of Hunger Strikers

1. Definition

A hunger striker is a mentally competent person who has indicated that he has decided to embark on a hunger strike and has refused to take food and/or fluids for a significant interval.

2. Ethical Behaviour

2.1 A doctor should acquire a detailed medical history of the patient where possible.

2.2 A doctor should carry out a thorough examination of the patient at the onset of the hunger strike.

2.3 Doctors or other health care personnel may not apply undue pressure of any sort on the hunger striker to suspend the strike. Treatment or care of the hunger striker must not be conditional upon him suspending his hunger strike.

2.4 The hunger striker must be professionally informed by the doctor of the clinical consequences of a hunger strike, and of any specific danger to his own particular case. An informed decision can only be made on the basis of clear communication. An interpreter should be used if indicated.

2.5 Should a hunger striker wish to have a second medical opinion, this should be granted. Should a hunger striker prefer his treatment to be continued by the second doctor, this should be permitted. In the case of the hunger striker being a prisoner, this should be permitted by arrangement and consultation with the appointed prison doctor.

2.6 Treating infections or advising the patient to increase his oral intake of fluid (or accept intravenous saline solutions) is often acceptable to a hunger striker. A refusal to accept such intervention must not prejudice any other aspect of the patients health care. Any treatment administered to the patient must be with his approval.

3. Clear Instructions

The doctor should ascertain on a daily basis whether or not the patient wishes to continue with his hunger strike. The doctor should also ascertain on a daily basis what the patient's wishes are with regard to treatment should he become unable to make an informed decision. These findings must be recorded in the doctors personal medical records and kept confidential.

4. Artificial Feeding

When the hunger striker has become confused and is therefore unable to make an unimpaired decision or has lapsed into a coma, the doctor shall be free to make the decision for his patient as to further treatment which he considers to be in the best interest of that patient, always taking into account the decision he has arrived at during his preceding care of the patient during his hunger strike, and reaffirming article 4 of the preamble of this declaration.

5. Coercion

Hunger strikers should be protected from coercive participation. This may require removal from the presence of fellow strikers.

6. Family

The doctor has a responsibility to inform the family of the patient that the patient has embarked on a hunger strike, unless this is specifically prohibited by the patient.

B. Model van een schriftelijke wilsverklaring

Datum:

Heden verklaar ik, ondergetekende,(naam, geb. datum), dat ik sinds.....(datum) weiger voedsel/vocht tot mij te nemen.

De reden, die ik hiervoor heb is de volgende:(benoemen van motief en wegen die reeds bewandeld zijn).

Van mijn beslissing heb ik mijn(familie) en advocaat op de hoogte gesteld.

Ik verklaar, dat ik deze verklaring volledig uit vrije wil onderteken, en dat ik mij bewust ben van de gevolgen, die de voedsel/vochtweigering voor mijn gezondheid heeft.

In het geval, dat ik het bewustzijn verlies als gevolg van de voedsel/vochtweigering, wens ik het volgende kenbaar te maken aan de mij behandelende artsen:

[*] A. Ik wens, dat men wèl alle middelen zal aanwenden om mijn gezondheidstoestand te doen herstellen. Dat betekent, dat mijn voedselweigering beëindigd is.

[*] B. Ik wens ter observatie en verpleging in een ziekenhuis/verpleeghuis te worden opgenomen, maar geen kunstvoeding te ontvangen. Mijn voedselweigering wens ik ook in die situatie voort te zetten.

- Ik ga wel / niet akkoord met het toedienen van vocht per infuus of maagslang.

- Ik ga wel / niet akkoord met het toedienen van medisch noodzakelijke geneesmiddelen.

[*] C. Ik wens onder géén beding in een ziekenhuis te worden opgenomen. Daarbij wens ik wel verpleegkundige en medische begeleiding, inclusief kunstmatige voeding.

[*] D. Ik wens onder géén beding in een ziekenhuis te worden opgenomen. Daarbij weiger ik ook kunstvoeding toegediend te krijgen.

- Ik ga daarbij wel / niet akkoord met het toedienen van vocht per infuus of maagslang.

- Ik ga daarbij wel / niet akkoord met het toedienen van medisch noodzakelijke geneesmiddelen.

Ik ga ermee akkoord dat mijn arts regelmatig met mij bespreekt of deze verklaring nog mijn actuele mening weergeeft.

Ik geef mijn arts wel / geen toestemming om, indien ik niet meer in staat ben zelf mijn mening kenbaar te maken, deze verklaring aan anderen bekend te maken voor zover dit nodig is om het door mij met deze verklaring beoogde doel te bereiken.

Handtekening:

Hongerstaker

vertrouwensarts/onafhankelijke arts
eventueel psychiater

Evaluatie van deze verklaring:

datum bevestiging/wijziging

datum bevestiging/wijziging

[*]: aankruisen, wat van toepassing is

C. Voorbeeld van registratie van gegevens bij medische begeleiding

Naam :
geb. datum :
land :
taal :
tolk nodig :

In hongerstaking sinds:

Reden:

Doelstelling:

Mee-stakende familieleden: / nvt

woordvoerder groep: / nvt

advocaat/vertrouwenspersoon:

Medische voorgeschiedenis / psychiatrische voorgeschiedenis/
risicofactoren / medicijngebruik / eerder
in hongerstaking:

Bevindingen lichamelijk onderzoek:

Voorlichting gegeven over gevolgen hongerstaking d.d.:
Afspraken met betrekking tot begeleiding schriftelijk vastgelegd d.d.:

Dagelijks te noteren door verpleegkundige:

gewicht
RR
pols
temp.
vochtopname hoeveel/wat
toevoegingen aan het vocht

algemene indruk
klachten
psychische gesteldheid

Aan te bevelen laboratoriumonderzoek 1 week na het begin van de
hongerstaking: Hb, Ht, MCV, leuco's, glucose, albumine, kreatinine,
kalium, natrium, urinestatus. TSH (bij langdurige hongerstaking).
De bepalingen dienen op geleide van de klachten herhaald te worden.

D. Voorbeeld van een informatiebrief voor hongerstakingers

Informatie over gezondheid bij een hongerstaking

Normale reacties bij een hongerstaking:

- gewichtsverlies
- hoofdpijn
- zwakte
- zich ziek voelen
- maagpijn
- zich koud voelen
- interesseverlies in alles, maar ook overgevoeligheid en snel geïrriteerd zijn.

Het is belangrijk veel te drinken om deze reacties te verminderen en het lichaam in een redelijke conditie te houden. Minimaal 2 liter per dag is noodzakelijk, bij warm weer echter meer: water, thee, bouillon of ORS (dit is een oplossing van suiker en zout in water). Dit houdt u fit.

Vruchtensap zorgt er ook voor dat uw hersenen beter functioneren. Naast het genoemde is het belangrijk voor een goede lichamelijke verzorging te zorgen: tanden poetsen, wassen en scheren.

Het is belangrijk contact op te nemen met uw huisarts of vertrouwensarts als u aan bepaalde ziekten lijdt of medicijnen gebruikt.

De volgende symptomen kunnen alarmsignalen zijn, en zijn een reden om een dokter te raadplegen:

- dikke voeten/enkels
- moeilijkheden met de ademhaling
- weinig urineren terwijl u genoeg drinkt
- onregelmatige hartslag
- flauwvallen
- te lage lichaamstemperatuur
- niet meer weten waar u bent, vreemd gedrag
- andere klachten waar u zich zorgen over maakt.

Wanneer u de hongerstaking wilt beëindigen is het goed met licht verteerbaar voedsel te beginnen. U kunt dit zo nodig met een verpleegkundige of arts bespreken.

Datum:

Ondertekening

E. Richtlijnen vertrouwensarts ZRA

ZRA

ZIEKTEKOSTENREGELING

ASIELZOEKERS

Ziektekostenregeling Asielzoekers
Postbus 6505 6503GA Nijmegen

Richtlijnen vertrouwensarts

Melding hulp door een vertrouwensarts voor asielzoekers binnen een Asielzoekerscentrum (AZC), Opvangcentrum (OC), Aanvullende Opvang (AVO) en Verwijdercentrum (VC), verder te noemen centrum

In situaties die levensbedreigend zijn en 'vrijwillig' gecreëerd door de asielzoeker, die binnen een centrum verblijft, is het mogelijk om onder voorwaarden de kosten van de vertrouwensarts in rekening te brengen bij ZRA.

Voorwaarden

- De asielzoeker is verzekerd bij ZRA;
- Bij het invoeren van een vertrouwensarts wordt, door de arts of verpleegkundige die zorg verleent in het centrum, het protocol hongerstaking gevolgd;
- De vertrouwensarts is onafhankelijk van het centrum en is niet de eigen huisarts van de verzekerde;
- Er wordt door het centrum aan ZRA schriftelijk melding gemaakt van hulp door de vertrouwensarts;
- Het centrum meldt tevens schriftelijk wanneer de hongerstaking ten einde is;
- De rekening kan door ofwel het centrum, ofwel de vertrouwensarts worden ingediend bij ZRA, Postbus 5002, 2600 GA in Delft;
- Op deze rekening staan de volgende gegevens:
 1. naam, naam/adres en woonplaats (centrum) en geboortedatum van verzekerde;
 2. polisnummer van verzekerde;
 3. behandeldatum, tarief van de behandeling;
 4. bankrekeningnummer
- Het maximumtarief van de hulpverlening is fl 180,- per uur.

Het is toegestaan maximaal 1 uur dienstverlening per 24 uur bij ZRA in rekening te brengen.

Procedure bij aanvragen

- Er wordt door het centrum melding gemaakt van hulp door een vertrouwensarts. Dat kan, binnen 24 uur, per fax 015-2607300 of schriftelijk aan ZRA postbus 5002, 2600 GA Delft.
- Op de melding staan minimaal de volgende gegevens:
 1. naam, adres, postcode en plaats centrum;
 2. naam en geboortedatum van de verzekerde;
 3. polisnummer van verzekerde;
 4. begindatum van de hongerstaking;
 5. naam van de arts die aanvraagt;
 6. naam, adres, postcode en plaats van de vertrouwensarts.
- Op basis van de melding van begindatum en einddatum van de hongerstaking worden de ingediende declaraties vergoed.

De regeling wordt uitgevoerd door de zorgverzekeraars VGZ en IZA

D. Adressen en telefoonnummers

Beroepsorganisaties

**Koninklijke Nederlandsche
Maatschappij tot bevordering der
Geneeskunst (KNMG)**
Postbus 20051, 3502 LB Utrecht
030 - 2823911
Website: www.artsennet.nl

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
Postbus 20056, 3502 LB Utrecht
030 - 2823723 fax 030 - 2890400
e-mail lhv@lhv.nl

**Landelijke Vereniging van Sociaal-
Geneeskundigen (LVSG)**
Postbus 20051, 3502 LB Utrecht
030 - 2823208

**Nederlandse Vereniging van Verpleeghuis
Artsen (NVVA)**
Postbus 20069, 3502 LB Utrecht
030 - 2802844

District Huisartsen Verenigingen (DHV)

DHV I Amsterdam
Arlandaweg 28, 1043 EW Amsterdam
020 - 6810491 fax 020 - 6845811

DHV II Kennemerland, Haarlem
Wilhelminastraat 43A, 2011 VK Haarlem
023 - 5422473 fax 023 - 5314724

DHV III Holland Noord
Noorderkade 2H, 1823 CJ Alkmaar
072 - 5120602 fax 072 - 5110458

DHV IV 's-Gravenhage e.o.
President Kennedylaan 15,
2517 JK Den Haag
070 - 3823071 fax 070 - 3584529

DHV XIII Gooi/Eemland/NW-Veluwe
Grote Spui 13A, 3811 GA Amersfoort
033 - 4229080 fax 033 - 4229085

DHV XIV Groot Gelre
Korstverloren 12, 6661 DZ Elst
0481 - 366466 fax 0481 - 366460

DHV XV Stedendriehoek
Lage Bergweg 10, 7361 GT Beekbergen
055 - 5052435 fax 055 - 5052684

DHV XVI Zwolle/Flevoland
Burg. Van Roijensingel 12,
8011 CT Zwolle
038 - 4250120 fax 038 - 4250121

DHV V Rijnland en Midden-Holland

Doezastraat 2A, 2311 HB Leiden
071 - 5661818 fax 071 - 5160420

DHV VI Rotterdam e.o.

Barbizonlaan 45,
2908 ME Capelle a/d IJssel
010 - 4558030 fax 010 - 2201456

DHV VII Zuid-Holland-Zuid

Postbus 96, 3330 AB Zwijndrecht
078 - 6193068 fax 078 - 6197169

DHV VIII Zeeland

Postbus 50, 4420 AC Kapelle
0113 - 344057 fax 0113 - 506080

DHV IX West-Brabant

Postbus 4799, 4803 ET Breda
076 - 5224885 fax 076 - 5225199

DHV X Noord-Brabant Noord-Oost

Postbus 1359, 5200 BK Den Bosch
073 - 6125345 fax 073 - 6123772

DHV XI Limburg

Postbus 532, 6130 AM Sittard
046 - 4527181 fax 046 - 4580311

DHV XII Utrecht

Kaaphoorndreef 62, 3563 AV Utrecht
030 - 2644510 fax 030 - 2644519

DHV XVII Twente

Emmastraat 210, 7513 BH Enschede
053 - 4333128 fax 053 - 4339895

DHV XVIII Drenthe

Europaweg Zuid 1, 9401 RK Assen
0592 - 313008 fax 0592 - 311401

DHV XIX Friesland

'Het Grietmanshuis', Grote Kerkstraat 22A,
8911 EC Leeuwarden
058 - 2125520 fax 058 - 2150578

DHV XX Groningen

Schoolpad 41, 9751 RG Haren
050 - 5340666 fax 050 - 5342181

DHV XXI Westland/Schieland

Postbus 3133, 3130 CC Vlaardingen
010 - 4271007 fax 010 - 4271005

DHV XXII Midden-Brabant

Dr. Deelenlaan 5, 5042 AD Tilburg
013 - 4677534 fax 013 - 4677258

DHV XXIII Zuidoost Brabant

Postbus 197, 5600 AD Eindhoven
040 - 2128989 fax 040 - 2128577

Hoofdingspectie v oor de Gezondheidszor g (IGZ)

Postbus 16119, 2500 BC Den Haag

070 - 3407911 fax 070 - 3405140

website: www.minvws.nl

Houdt toezicht op de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

Valt onder het Ministerie van VWS.

Regionale Inspecties v oor de Gezondheidszor g

Groningen, Friesland en Drenthe

Postbus 30019, 9700 RM Groningen

050 - 5992600 fax 050 - 5992601

Zuid-Holland

Postbus 5837, 2280 HV Rijswijk

070 - 3723100 fax 070 - 3406876

Gelderland en Overijssel

Postbus 9013, 6800 DR Arnhem

026 - 3528250 fax 026 - 3528246

Noord-Brabant en Zeeland

Postbus 90137, 5200 MA Den Bosch

073 - 6207300 fax 073 - 6207330

Utrecht en Flevoland

Postbus 2680, 3500 GR Utrecht

030 - 2338787 fax 030 - 2321912

Limburg

Postbus 44, 6200 AA Maastricht

043 - 3514200 fax 043 - 3514232

Noord-Holland

Postbus 6160, 2001 HD Haarlem

023 - 5160330 fax 023 - 5327236

Tolkencentra

Bieden gratis tolkdiensten aan hulpverleners.

Noord-Holland

Postbus 15533, 1001 NA Amsterdam

020 - 5511666 fax: 020 - 6277686

Zuid-Holland

Postbus 22156, 3003 DD Rotterdam

010 - 2822800

Noord- en Oost-Nederland

Steenbakkersweg 25, 7553 EH Hengelo

074 - 2555222

Zuid-Nederland

Pastoriestraat 147, 5612 EK Eindhoven

040 - 2433554

Gelderland

Postbus 155, 6880 AD Velp

026 - 3843843

Utrecht

Postbus 1214, 3500 BE Utrecht

030 - 2399399

Vluchteling en Werk Nederland, Landelijk Bureau

Postbus 2894, 1000 CW Amsterdam

020 - 3467200 fax 020 - 6178155

e-mail: info@vluchtelingenwerk.nl

website: www.vluchtelingenwerk.nl

Plaatselijke werkgroepen ondersteunen en begeleiden vluchtelingen en asielzoekers.

Juridische medewerkers zijn vaak goed op de hoogte van de juridische situatie en mogelijkheden van een asielzoeker.

Regiokantoren:

Noord

Haddingestraat 2, 9711 KD Groningen

050 - 3681010 fax 050 - 3681019

Oost

Geert Grootestraat 1, 7411 GS Deventer

0570 - 645454 fax 0570 - 645353

West-Noord

Jacques Veltmanstraat 29,

1065 EG Amsterdam

020 - 3467285 fax 020 - 6178240

West-Zuid

Noordsingel 185-3, 3035 ER Rotterdam

010 - 4651422 fax 010 - 4652649

Zuid

Boschveldweg 23B, 5211 VG Den Bosch

073 - 6137513 fax 073 - 6143827

GGD Nederland - LSB

Postbus 85300, 3508 AH Utrecht

030 - 2523004 fax 030 - 2511869

e-mail MOA: moa@ggd.nl

MOA-website: www.moa.ggd.nl

GGD Nederland behartigt de collectieve belangen van de 53 GGD'en. Per 1 januari 2000 verzorgen 7 regionale MOA-stichtingen de niet-curatieve zorg aan asielzoekers in de centra.

Regionale MO A-stichtingen:

Noord-Nederland

p/a HVD Groningen, Postbus 584,
9700 AN Groningen

050 - 3674381 fax 050 - 3674384

e-mail:

hulpverleningsdienst@hvd.groningen.nl

Oost-Nederland

p/a GGD West-Veluwe/Vallei, Postbus 233,
6710 BE Ede

0318 - 684911 fax 0318 - 684305

Limburg

p/a GGD Oostelijk Zuid-Limburg, Postbus
155, 6400 AD Heerlen

045 - 5732300 fax 045 - 5718474

e-mail: ggdozl@worldonline.nl

Brabant en Zeeland

p/a GGD Midden-Brabant, Postbus 3024,
5003 DA Tilburg

013 - 4643338 fax 013 - 4643392

e-mail: moa.benz@tip.nl

Noord-Holland/Fle voland

p/a GGD Flevoland, Postbus 1120,
8200 BC Lelystad

0320 - 276211 fax 0320 - 276322

Utrecht

p/a GG&GD Utrecht, Postbus 2423,
3500 GK Utrecht

030 - 2863333 fax 030 - 2863344

Zuid-Holland

p/a GGD Zuidhollandse Eilanden,
Postbus 742, 3200 AR Spijkenisse

0181 - 652400 fax 0181 - 652401

e-mail: moazh@dub.tip.nl

Ministeries

Ministerie van Justitie

Directie Vreemdelingenbeleid
Postbus 20301, 2500 EH Den Haag
070 - 3707497 fax 070 - 3707972
website: www.justitie.nl

De directie Vreemdelingenbeleid (DVB) ontwikkelt het beleid t.a.v. immigratie, naturalisatie en opvang van asielzoekers.

Immigratie en Naturalisatie Dienst (IND)

Postbus 30125, 2500 EH Den Haag
070 - 3707911 fax 070 - 3703402
website: www.justitie.nl
Onderdeel van het Ministerie van Justitie. Behandelt aanvragen voor verblijfsvergunningen. Ook een aantal regiokantoren.

Diverse organisaties

Centrale Opvang Vluchtelingen (COV)

Loolaan 32, 7315 AC Apeldoorn
055 - 5779900 fax 055 - 5779909
e-mail: cov@wxs.nl
Draagt zorg voor de opvang van uitgenodigde vluchtelingen.

Stichting Vluchteling-Studenten (UAF)

Wilhelminapark 38
3581 NJ Utrecht
030 - 2520835 fax 030 - 2521899
e-mail: secretariaat@uaf.nl
website: www.uaf.nl
Biedt vluchtelingen en asielzoekers in Nederland mogelijkheden om te studeren.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Postbus 20350, 2500 EJ Den Haag
070 - 3407911 fax 070 - 3407834
website: www.minvws.nl

Centraal Organ van opvang Asielzoekers (COA)

Bureau Gezondheidszorg Asielzoekers (BGA)

Postbus 3002, 2280 ME Rijswijk
070 - 3369902 fax 070 - 3369925
website: www.justitie.nl
Het COA is een Zelfstandig Bestuursorgaan dat in opdracht van het Ministerie van Justitie de opvang van asielzoekers verzorgt.

Stichting Pharos

Postbus 13318, 3507 LH Utrecht
030 - 2349800 fax 030 - 2364560
e-mail: pharos@pharos.nl
Steunpunt gezondheidszorg vluchtelingen. Scholing hulpverleners, voorlichtingsmateriaal, etc.

Vluchtelingen Organisaties Nederland (VON)

Merelstraat 2 bis, 3514 CN Utrecht
030 - 2714505 fax 030 - 5733844
website: www.dds.nl/~mcp/vluchtelingen
Landelijk platform van zelforganisaties van vluchtelingen

Stichting Centrum '45

Rijnzichtweg 35, 2342 AX Oegstgeest

071 - 5155242 fax 071 - 5157232

e-mail: mail@centrum45.nl

website: www.centrum45.nl

Klinische, poliklinische en ambulante therapie oorlogs- en geweldsslachtoffers.

Onderzoek en onderwijs

psychotraumatologie.

Johannes Wier Stichting

Postbus 1551, 3800 BN Amersfoort

033 - 4614812 fax 033 - 4615048

e-mail: johannes.wier.stg@wxs.nl

website: www.johannes-wier.nl

Mensenrechtenorganisatie van en voor artsen, verpleegkundigen en paramedici.

Het netwerk consulenten vertrouwensartsen geeft desgevraagd advies.

Nederlands Juristen Comité voor de Mensenrechten (NJCM)

Hugo de Grootstraat 27, 2311 XK Leiden

071 - 5277748 fax 071 - 5277748

e-mail: njcm@law.leidenuniv.nl

Nederlandse afdeling van de International Commission of Jurists.

VGZ-Ziektekostenregeling Asielzoekers (ZRA)

Postbus 6506, 6503 GA Nijmegen

024 - 3436140 fax 024 - 3436141

Ziektekostenverzekeraar voor alle asielzoekers in de centrale opvang.

Stichting de Opbouw

Stadhouderslaan 57, 3583 JD Utrecht

030 - 2516016 fax 030 - 2545333

Fungeert als voogdijvereniging voor minderjarige vluchtelingen en asielzoekers.

Amnesty International Nederland

Postbus 1968, 1000 BC Amsterdam

020 - 6264436 fax 020 - 6240889

e-mail: amnesty@amnesty.nl

website: www.amnesty.nl

Mensenrechtenorganisatie. Heeft veel landeninformatie, Afdeling Vluchtelingen en Medische Onderzoeksgroepen..

Stichting Koppeling

p/a ZAO Zorgverzekeringen

Postbus 13605, 1100 KB Amsterdam

020 - 567151 fax 020 - 6976512

e-mail: zao12@xs4ll.nl

website: www.ggd.nl

Beheert het illegalenfonds voor vergoeding van een deel van de gezondheidszorg aan illegalen.