

The background of the entire page is decorated with an abstract pattern of blue and red lines and dots. In the top section, there are several straight lines with dots. Below the title, there are concentric blue circles and several curved red lines, some of which have dots. The bottom section features more curved red lines and blue dots, creating a sense of movement and complexity.

Ethische dilemma's in de GGZ voor asielzoekers



JWS

Johannes Wier Stichting
voor gezondheidszorg
en mensenrechten

Colofon

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

Auteurs:

Dr. S.A. (Sander) Kramer, crosscultureel psycholoog, onderzoeker / docent USBO / Universiteit Utrecht; en GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen

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

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

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

Initiatiefnemer: Johannes Wier Stichting voor Gezondheidszorg en Mensenrechten.

Keizersgracht 177

1016 DR Amsterdam

info@johannes-wier.nl

www.johannes-wier.nl



Vormgever voor- en achterblad: Studio Casper Klaasse (www.studiocasperklaasse.nl)

Drukker: Amnesty International Nederland

Het onderzoek werd mogelijk gemaakt door



© 2015, Amsterdam, Johannes Wier Stichting voor Gezondheidszorg en Mensenrechten, 2015

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



Ethische dilemma's

in de GGZ

voor asielzoekers

Sander Kramer, Mariëtte Hoogsteder
Erik Olsman, Loes van Willigen

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	i
1. Inleiding	1
1.1 Doelstelling van het project	2
1.2 Methodiek.....	2
2 Het huidige asielbeleid	7
2.1 De asielprocedure	7
2.2 De werkwijze van het Bureau Medische Advisering	8
2.3 De opvang	9
2.4 De gezondheidszorg.....	10
3 Literatuurstudie	13
3.1 Inleiding.....	13
3.2 Ethiek en gezondheidszorg	13
3.3 Ethiek en mensenrechten	15
3.4 Ethiek in de zorg voor kwetsbare groepen	16
3.5 Ethische kwesties in de zorg voor asielzoekers	17
3.6 Ethische kwesties in de GGZ voor asielzoekers	20
3.7 Ideeën over oplossingen voor ethische dilemma's.....	21
3.8 Voorlopige conclusie	22
4 Ethische kwesties in de praktijk.....	23
4.1 Inleiding.....	23
4.2 De spreekkamer	24
4.3 De organisatorische context	31
4.4 Contacten met andere organisaties over de asielzoeker in behandeling.....	32
4.5 Sociaal- politieke context- de samenleving	38
4.6 Vele vragen – complexe situaties	40
4.7 Samenvatting	41
5 Het perspectief van asielzoekers.....	43
5.1 Betrokkenheid en afstand van de zorgverleners	43
5.2 Diagnostiek en behandeling.....	44
5.3 Beroepsgeheim en informatie delen	45
5.4 Pleitbezorging	46
5.5 Tot slot	47
6 Ter afsluiting	49
6.1 Beperkingen en kracht van het onderzoek	49
6.2 Conclusies	49
6.3 Aanbevelingen	50
Literatuurlijst.....	53
Bijlage – Samenstelling van de project- en klankbordgroep	57

VOORWOORD

Na de instelling van de gezinslocaties voor afgewezen asielzoekers met minderjarige kinderen werd door een GGZ professional aan de Johannes Wier Stichting een probleem voorgelegd dat alle kenmerken had van een ethisch dilemma. *“De kinderen van gezinnen uit AZC Katwijk, die uitgeprocedeerd zijn, leven veelal met veel stress. Zij ontwikkelen zich dan niet goed, en zijn ook niet goed behandelbaar door het ontbreken van steun van de ouders. {...} Ik twijfel welk standpunt ik nu moet innemen. Enerzijds wil ik een signaal afgeven dat in deze context niet te behandelen valt. Als ik wel behandel, krijg ik een verantwoordelijkheid voor de (geestelijke) gezondheid van kinderen die ik niet waar kan maken. Anderzijds wil ik natuurlijk deze kinderen niet uitsluiten van behandeling.*

Bij alleenstaande jongeren (met PTSS en/of depressie) speelt suïcidaliteit regelmatig op bij een ongunstige uitspraak in de asielprocedure. Ik kan deze suïcidaliteit vaak niet goed behandelen, omdat het zo situationeel gebonden is.”

Persoonlijke en professionele waarden als ‘goed doen’, ‘respect voor de autonomie (van de ouders)’ en ‘rechtvaardige verdeling van zorg’ lijken hier met elkaar in conflict.

De ethische dilemma’s in de GGZ voor asielzoekers zijn niet nieuw. In de jaren negentig van de vorige eeuw is daar ook aandacht voor gevraagd. Tot nu toe ontbraken echter praktische handvatten hoe daar mee om te gaan. Met enige professionals van de Stichting Centrum ’45 hebben wij het vraagstuk verkend en gepeild in hoeverre er behoefte was aan een handreiking voor de ethische dilemma’s in de GGZ voor asielzoekers. Deze behoefte bleek te bestaan en vormde de reden om het projectvoorstel ‘Ontwikkeling van een handreiking voor ethische dilemma’s in de GGZ voor asielzoekers’ in te dienen bij ZonMw. Wij zijn ZonMw erkentelijk voor de honorering van ons voorstel. Verder zijn wij dank verschuldigd aan de adviseurs van het project, Dick Willems, Inez de Beaufort en Ruud Jongedijk en de overige leden van de projectgroep, Alies Struijs, Evert Bloemen en Douwe van der Heide. Evenzeer gaat onze dank uit naar de andere leden van de klankbordgroep, Polli Hagenaars, Annematt Collot d’Escury, Jessica Hendriks, Wim Thijs en Jan Piebe Tjepkema. Allen hebben, vanuit hun eigen professie en expertise, waardevolle input geleverd bij het onderzoek en de ontwikkeling van de handreiking. Daarnaast willen wij Sander Kramer, de projectleider, en Mariëtte Hoogsteder en Erik Olsman, de twee andere uitvoerders van het project, alle lof toezwaaien voor hun inzet en toewijding om het project tot een goed einde te brengen. Wij danken hen voor de vruchtbare en plezierige samenwerking.

In dit onderzoeksverslag komen veel aspecten van het bovengeciteerde probleem terug. Echter, het dilemma dat de respondenten in het onderzoek het meeste noemden was de omgang met het verzoek om medische informatie van het Bureau Medische Advisering van de Immigratie en Naturalisatie Dienst (IND). Wij zijn er van overtuigd dat al veel van de ‘pijn’ bij professionals in de GGZ voor asielzoekers kan worden weggenomen, als het Bureau zelfstandig wordt en voor de medische advisering aan de IND zelf medisch (en psychiatrisch) onderzoek verricht. Wij hebben dat dan ook als aanbeveling in dit verslag opgenomen.

Loes van Willigen

Voorzitter Johannes Wier Stichting voor gezondheidszorg en mensenrechten

1. INLEIDING

In de politiek beladen arena van het Nederlandse asielbeleid vallen biomedische ethiek, mensenrechten en gezondheidszorg samen. Een relatief hoog percentage asielzoekers vertoont geestelijke gezondheidsproblemen ten gevolge van een opeenvolging van schendingen van mensenrechten en andere schokkende ervaringen voor, gedurende of na hun migratie (Laban & Gernaat, 2005; Gerritsen, e.a., 2006; Bean e.a., 2007; Toar e.a., 2009). In vergelijking met de Nederlandse bevolking, bestaat er een hogere incidentie van suïcide en suïcidaal gedrag onder asielzoekers (Goosen e.a., 2011). De psychische problemen onder asielzoekers kunnen optreden of toenemen door de langdurige, stressvolle leefsituatie in de opvangcentra voor asielzoekers en of door de dreigende afwijzing van het asielverzoek en gedwongen terugkeer naar het land van herkomst. Sommige afgewezen asielzoekers met (ernstige) gezondheidsproblemen krijgen een vergunning voor verblijf voor de duur van hun behandeling.

De internationale literatuur wijst uit dat de universeel geaccepteerde principebenadering in de biomedische ethiek, zoals oorspronkelijk uitgewerkt door Beauchamp en Childress (1977/2009), niet eenvoudig is toe te passen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor asielzoekers. Zo heeft (respect voor) het zelfbeschikkingsrecht in verschillende niet-westerse culturen een andere betekenis of is niet bestaand (Brok, 1998; Westra e.a., 2009). Daarnaast blijken verschillende auteurs van mening te zijn dat om asielzoekers 'recht te doen' (niet in de zin van rechtvaardige verdeling van middelen) zorgprofessionals zich zouden moeten opwerpen als hun pleitbezorgers (Kinzie & Boehnlein, 1993; Brok, 1998; Silove e.a., 2000; Richters, 2002). In Nederland is het echter niet gebruikelijk dat professionals in de GGZ voor hun cliënten optreden als pleitbezorgers.

Professionals in de GGZ kunnen diverse ethische vragen hebben bij de zorg voor asielzoekers. De impact van de problemen van asielzoekers op de zorgverleners kan groot en verwarrend zijn. De onzekerheid over de verblijfsduur in Nederland roept vaak vragen op over de continuïteit van de zorg. Veel zorgverleners vinden het lastig te bepalen hoe zij anderen moeten informeren over de psychische problemen en behandeling van de asielzoeker, zeker als die 'anderen' de advocaat en het Bureau Medische Advisering zijn, die medische informatie in de juridische context gebruiken. Het is overigens steeds lastiger geworden om vanwege medische redenen een verblijfsvergunning in Nederland te krijgen. In de diagnostiek en behandeling doen zich ethische dilemma's voor die rond de preventie van suïcide extra indringend zijn.

Hoewel in de jaren negentig van de vorige eeuw al aandacht was voor de ethische dilemma's in de GGZ voor asielzoekers (Willigen, 1998; Kleinlugtenbelt & Naaykens, 1998), heeft dit tot nu toe niet geleid tot de ontwikkeling van een praktische en professioneel geaccepteerde handreiking ter ondersteuning van professionals in de GGZ bij hun besluitvorming over hun handelen ten aanzien van ethische dilemma's in de zorg voor asielzoekers. In de dagelijkse praktijk leiden verschillende normen en waarden onder GGZ professionals en hun instellingen tot uiteenlopende beslissingen en handelingen in de zorg voor asielzoekers. Deze divergentie leidt niet alleen tot onzekerheid over het handelen op individueel niveau, maar ook tot onbegrip tussen GGZ instellingen en tussen de GGZ en het Bureau Medisch Advisering (BMA) van de Immigratie en Naturalisatie Dienst (IND) (Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken, 2012).

Een professioneel geaccepteerde handreiking kan niet alleen tot steun zijn bij de (individuele en institutionele) besluitvorming over het handelen bij ethische dilemma's, maar kan ook leiden tot meer consistentie in het handelen.

In juli 2013 is op initiatief van de Johannes Wier Stichting het project “Ontwikkeling van een handreiking voor ethische dilemma’s in de GGZ voor asielzoekers” van start gegaan. Het voorliggend verslag beschrijft de methodiek en de resultaten van het onderzoeksgedeelte van het project dat tot de ontwikkeling van de handreiking heeft geleid. De handreiking is separaat gepubliceerd.^a

1.1 DOELSTELLING VAN HET PROJECT

De doelstelling van het project was de ontwikkeling van een praktische, professioneel geaccepteerde handreiking als een ondersteunend instrument voor zorgprofessionals in de GGZ voor asielzoekers bij hun besluitvorming over hoe te handelen wanneer zij geconfronteerd worden met ethische dilemma’s in hun zorg voor asielzoekers. Globaal konden op basis van de literatuur (Kleinlugtenbelt & Naaykens, 1998; Richters, 2002; Commissie Medische Zorg, 2007) en dagelijkse praktijk twee morele casus worden onderscheiden die leiden tot uiteenlopende besluiten en handelen in de GGZ voor asielzoekers, namelijk:

- Hoe te handelen in de GGZ voor asielzoekers met geestelijke gezondheidsproblemen wanneer professionele standaarden en methoden in strijd lijken te zijn met de asielprocedure en/of de leefsituatie (bijvoorbeeld wel of niet optreden als pleitbezorger);
- Hoe te handelen wanneer andere belangen dan de geestelijke gezondheid zich lijken op te dringen (bijvoorbeeld wanneer er een verblijfsvergunning voor de duur van de behandeling is afgegeven).

De mogelijke oplossingen voor deze morele casus, en de rechten, plichten, belangen, doelen en normatieve basale veronderstellingen die tot deze oplossingen leiden zijn in dialoog met individuele en groepen professionals in de GGZ nader geëxploreerd.

1.2 METHODIEK

Het onderzoeksgedeelte van het project bestond uit drie stappen, namelijk een literatuuronderzoek, interviews met GGZ professionals en focusgroepen bestaande uit GGZ professionals betrokken bij de zorg voor asielzoekers. Ter aanvulling van de data werden daarnaast ook twee deskundigen op het terrein van ethische dilemma’s in de GGZ voor asielzoekers geïnterviewd. Twee van de zes focusgroepsbijeenkomsten werden (mede) aangegrepen om de validiteit van de handreiking te toetsen. Daarnaast werden de resultaten van het project besproken met een groep (ex)asielzoekers.

1.2.1 Literatuuronderzoek

Het project ging van start met een uitgebreide studie van de internationale literatuur die direct dan wel indirect de ethische dilemma’s in de (geestelijke) gezondheidszorg voor asielzoekers betrof. De vraagstelling die daarbij centraal staat, is tweeledig:

1. Welke ethische dilemma’s in de GGZ voor asielzoekers zijn tot nog toe beschreven en welke oplossingen komen daaruit naar voren?
2. Wat zijn parallele situaties of groepen waarin zorgverleners vergelijkbare ethische dilemma’s hebben? En welke oplossingen worden daar beschreven?

^a De publicatie kan in *hard copy*, worden opgevraagd bij de Johannes Wier Stichting, info@johannes-wier.nl, en worden gedownload via de website van de stichting, www.johannes-wier.nl.

De resultaten van het literatuuronderzoek bieden verschillende aanknopingspunten die relevant lijken voor de Nederlandse praktijk. Deze theoretische concepten zijn gebruikt als topics in de interviews en herschreven naar open vragen.

1.2.2 Interviews met individuele GGZ professionals

Na de theoretische verkenning van de internationale literatuur, zijn in de tweede fase interviews met zes zorgverleners gehouden. Deze interviews waren bedoeld als een verkenning van ethische aspecten in de uitvoering van de zorg aan asielzoekers in de dagelijkse praktijk.

De geïnterviewde zorgverleners zijn vier mannen en twee vrouwen. Twee van hen zijn arts, van wie één psychiater, twee zijn psycholoog en twee zijn verpleegkundigen (een sociaalpsychiatrische verpleegkundige en een verpleegkundig specialist).

De gemiddelde leeftijd van de geïnterviewden is 49 (met een range van 36-60 jaar); ze hebben gemiddeld 16 jaar ervaring in het werken met asielzoekers (met een range van 5 tot 28 jaar). Drie van hen werken voor de reguliere GGZ, twee in een specialistisch centrum voor de behandeling van mensen met complexe psychotraumaklachten die het gevolg zijn van vervolging, oorlog of geweld. Eén van hen werkt als 1^{ste} lijns GGZ consultant voor het Gezondheidscentrum voor Asielzoekers (GC A) op een Asielzoekers centrum (AZC).

De geïnterviewden zijn geselecteerd op professie, type zorg en enigszins op regio: twee in Amsterdam, twee in Utrecht, twee in Gelderland.

Op basis van het literatuur onderzoek werd een topiclijst opgesteld. De topics die in elk interview aan de orde zijn gesteld, zijn:

- Ethiek in algemene zin en ethische kwesties in de GGZ voor asielzoekers;
- Van reflectie over ethische kwesties naar handelingsopties;
- Medische informatie delen met anderen;
- Reactie op psychische klachten van asielzoekers;
- Houding en emoties van de zorgverlener;
- Pleitbezorging;
- Ethische beroepscode.

Deze topiclijst is gebruikt in de semigestructureerde, individuele interviews met de zes zorgverleners, met wie telkens met twee onderzoekers op locatie werd gesproken. Alle interviews zijn opgenomen en volledig getranscribeerd.

1.2.3 Focusgroepen en aanvullende interviews

Analyse van de resultaten van de zes interviews wees uit dat ethische dilemma's in de GGZ voor asielzoekers gegroepeerd kunnen worden in vijf thema's. Deze thema's zijn vervolgens voorgelegd aan vier focusgroepen en met de deelnemers nader geëxploreerd. Daarbij zijn ook de handelingsopties besproken. Vervolgens zijn de ethische dilemma's die in het eerste concept van de handreiking werden opgenomen ter toetsing van de validiteit daarvan voorgelegd aan twee focusgroepen, waarna de handreiking nader kon worden aangescherpt.

De 44 deelnemers aan de focusgroepen zijn 15 mannen en 29 vrouwen. Vijftien van hen zijn (gz) psycholoog / psychotherapeut, vijf zijn psychiaters en de overige hebben uiteenlopende professionele achtergronden. Eén focusgroep werd geheel gevormd door sociaalpsychiatrische verpleegkundigen van het GC A. Twee focusgroepen werden samengesteld uit GGZ professionals

van de vier specialistische centra in het land. De drie andere focusgroepen betroffen GGZ professionals van verschillende reguliere GGZ instellingen. Het aantal jaren ervaring in de GGZ en het werken met asielzoekers van alle deelnemers aan de focusgroepen varieert van een paar maanden tot 34 jaar. De grootte van de focusgroepen varieert van 6 tot 9 deelnemers.

Ter aanvulling van de databronnen is een deskundige die veelvuldig door collega's voor ethische dilemma's wordt geconsulteerd geïnterviewd. Tevens is de voorzitter van een medisch ethische commissie van een gespecialiseerde GGZ instelling voor asielzoekers geïnterviewd. Daarbij is de aandacht vooral gegaan naar handelingsopties bij de meest voorkomende ethische dilemma's. Ten slotte zijn resultaten van het project besproken met een panel van (ex)asielzoekers.

1.2.4 Analyse

Twee van de onderzoekers hebben los van elkaar de data gecodeerd. Na de vergelijking van deze open codering werd in het onderzoeksteam een eerste ordening gemaakt, een axiale codering, waarin thema's tot een bepaald niveau van de zorg voor asielzoekers werden samengevoegd. Na deze eerste ordening is gezocht naar spanningen die zorgverleners ervaren als gevolg van tegengestelde waarden of belangen. Deze spanningen zijn breed opgevat en niet direct ingekaderd naar ethische aspecten, omdat de tegenstellingen niet altijd direct herkenbaar waren als ethische dilemma's.

De vijf thema's geselecteerd om de data mee te beschrijven zijn persoonlijke betrokkenheid, diagnostiek en behandeling, beroepsgeheim en het delen van informatie, pleitbezorging en suicide(dreiging). Voor iedere focusgroep zijn vragen en stellingen voorbereid voor een of enkele van deze thema's. Diagnostiek en behandeling zijn in iedere groep aan de orde gesteld.

Van de interviews met de focusgroepen zijn verslagen gemaakt en de deelnemers kregen per stelling soms het verzoek om een schriftelijke reactie te geven. Ook dat materiaal is bij de analyse betrokken. De reacties op de stellingen zijn geanalyseerd naar argumenten voor of tegen de stelling en naar mogelijke positieve en mogelijke negatieve gevolgen.

De twee later toegevoegde interviews zijn volledig getranscribeerd en geanalyseerd op de handelingsopties die daarin naar voren komen. Voor de beschrijving van de resultaten en ter illustratie van ethische vragen in de handreiking, zijn citaten uit zowel de interviews met de individuele GGZ professionals als uit de focusgroepen gebruikt.

1.2.5 De handreiking

De handreiking voor het omgaan met ethische vragen in de GGZ voor asielzoekers is op basis van dit onderzoek ontwikkeld en apart gepubliceerd. Per thema is in de handreiking uitgewerkt welke ethische vraag centraal staat en welke argumenten betrokken (kunnen) worden in de reflectie op de vraag. Daarna volgen per vraag een handreiking in de vorm van handelingsopties. De beschrijving van de ethische vragen in de handreiking is diverse keren voorgelegd en besproken met de adviseurs en de klankbordgroep. Daarbij is zowel gediscussieerd over de inhoud van ethische dilemma's, bijvoorbeeld over de vraag of hier eigenlijk wel sprake is van een ethisch dan wel professioneel dilemma, of over de vraag welke waarde-tegenstelling zich hier voordoet. Ook de vorm, het opdelen van de vraag, argumenten en handreiking is telkens voorgelegd aan de adviseurs en klankbordgroep om tot een zo concreet mogelijke versie te komen.

De handreiking is in twee focusgroepen van GGZ professionals getoetst op herkenbaarheid, de mate van concreetheid en bruikbaarheid. Aan de hand van casuïstiek van de deelnemers kon

nagegaan worden dat de handreiking de belangrijkste thema's bestrijkt en het specificeren van argumenten, onderliggende waarden en handelingsopties bleek zeer behulpzaam.

1.2.6 Uitvoering

Het project is onder de bestuurlijke verantwoordelijkheid van de Johannes Wier Stichting voor Gezondheidszorg en Mensenrechten uitgevoerd in een samenwerkingsverband tussen de Universiteit Utrecht, de Stichting Diversiteit en Inclusie in zorg en welzijn (de rechtspersoon achter Mikado kenniscentrum interculturele zorg), het Academisch Medisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam en Stichting Centrum '45. De uitvoerders werden op verschillende momenten gedurende de duur van het project geadviseerd door de projectadviseurs die individueel dan wel gezamenlijk werden geconsulteerd. De resultaten van de verschillende fasen van het project werden voorgelegd aan leden van de klankbordgroep die werd samengesteld uit enige leden van de projectgroep en vertegenwoordigers van enkele betrokken beroepsgroepen en gespecialiseerde GGZ instellingen. De samenstelling van de projectgroep en de klankbordgroep is te vinden in de Bijlage op blz.57.

2 HET HUIDIGE ASIELBELEID

In de afgelopen jaren vroegen jaarlijks rond 14.000 personen in Nederland asiel, van wie de meesten afkomstig zijn uit Somalië, Afghanistan en Irak (Immigratie en Naturalisatiedienst, 2012; COA, 2014). In 2014 is het aantal nieuwe asielverzoeken gestegen tot 30.023 (IND, 2015). Die stijging ten opzichte van 2013 en vorige jaren wordt verklaard door een toename van het aantal asielzoekers uit Syrië en Eritrea (COA, 2014).

Naar aanleiding van het overlijden in 2013 van de Russische asielzoeker Dolmatov, die ten onrechte in vreemdelingendetentie was geplaatst, verrichte de Onderzoeksraad voor Veiligheid (2014) een onderzoek naar de veiligheid van vreemdelingen die zich onder verantwoordelijkheid van de Nederlandse overheid in een verblijfslocatie voor vreemdelingen bevinden. De conclusie van de Onderzoeksraad was dat vreemdelingen - afhankelijk van onder andere het beloop van de asielprocedure, behoefte aan medische zorg, de sociale veiligheid in de verblijfslocatie en/of maatregelen en middelen die de vrijheid van de asielzoeker inperken – lichamelijke en geestelijke gezondheidsrisico's lopen. *“Hoe langer vreemdelingen in de vreemdelingenketen doorbrengen, hoe groter de kans is dat zij te maken krijgen met een opeenstapeling of samenloop van gebeurtenissen en omstandigheden die hun lichamelijke of geestelijke gezondheid kunnen schaden.”* (Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2014, blz. 7).

2.1 DE ASIELPROCEDURE

Om een asielaanvraag te kunnen indienen, moet een asielzoeker^b (en zijn eventuele gezin) zich melden bij de Vreemdelingenpolitie in Ter Apel. Deze stelt de identiteit vast en registreert persoonlijke gegevens. Na de aanmelding in Ter Apel start een rust- en voorbereidingstermijn van minimaal 6 dagen, waarin de asielzoeker onder andere informatie krijgt over de asielprocedure van een medewerker van VluchtelingenWerk Nederland en een medisch onderzoek krijgt aangeboden door een medisch adviesbureau dat onderzoekt of er medische problemen bestaan die het gehoor door de Immigratie en Naturalisatie Dienst (IND) kunnen beïnvloeden. Na afloop van de rust- en voorbereidingstermijn start de algemene asielprocedure met het indienen van een asielaanvraag in één van de aanmeldcentra in Nederland. De algemene asielprocedure duurt in de meeste gevallen maximaal 8 dagen, maar kan in bijzondere gevallen maximaal veertien dagen duren. Eerst vindt het eerste gehoor plaats dat bedoeld is om de identiteit, nationaliteit en reisroute van de asielzoeker vast te stellen. Vervolgens vindt na een aantal dagen het nader gehoor plaats waarin de asielzoeker de reden waarom het zijn land van herkomst heeft verlaten uitvoerig moet toelichten.

Bij de gehoren is een tolk aanwezig en desgewenst ook de rechtshulpverlener van de asielzoeker.

Hierna neemt de IND óf een besluit over het asielverzoek óf komt tot de conclusie dat meer tijd nodig is voor verder onderzoek. In dat laatste geval start de zogenaamde verlengde asielprocedure.

De verlengde asielprocedure duurt maximaal zes maanden, maar kan met nog eens zes maanden verlengd worden.

^b Een asielzoeker kan zowel een vrouw of man betreffen. Voor *hij* en *zijn* leze men ook *zij* en *haar*.

Bij inwilliging van het asielverzoek krijgt de asielzoeker een verblijfsvergunning asiel voor bepaalde tijd, namelijk voor vijf jaar. Deze wordt na vijf jaar omgezet in een verblijfsvergunning voor onbepaalde tijd indien de situatie in het land van herkomst onveranderd is gebleven.

Rond 50 procent van de asielverzoeken wordt ingewilligd, maar de helft daarvan pas na een beroepsprocedure, of herhaalde procedure (Immigratie en Naturalisatiedienst, 2012; IND, 2014). Tegen een afwijzend besluit op het asielverzoek kan de asielzoeker in beroep gaan bij de rechter. Daarna staat de gang naar de Raad van State open. Ook kan een asielzoeker een herhaald asielverzoek indienen indien hij over nieuwe gegevens beschikt die zijn asielverzoek onderbouwen.

In principe dient een asielzoeker na afwijzing van zijn asielverzoek het land binnen vier weken te verlaten. De Dienst Terugkeer & Vertrek begeleidt afgewezen asielzoekers bij hun (vrijwillige of onvrijwillige) terugkeer naar het land van herkomst.

Indien de asielzoeker ernstige medische problemen heeft kan verblijf op grond van artikel 64 van de Vreemdelingenwet worden aangevraagd, dat wil zeggen uitstel van vertrek op medische gronden. In dat geval vraagt de IND meestal aan het Bureau Medische Advisering (BMA) advies, die daarvoor contact opneemt met de behandelaar(s) van betreffende asielzoeker. Sinds april 2014 is het ook mogelijk dat BMA de asielzoeker vraagt zelf de medische informatie te verzamelen en aan het BMA te overleggen. Daarbij krijgt de asielzoeker informatie mee voor diens behandelaar, waarin uitleg wordt gegeven over deze (nieuwe) procedure, welke medische informatie van de behandelaar verwacht wordt, en de wijze waarop de kosten voor het opstellen van de medische informatie gedeclareerd kan worden.

Het BMA moet vervolgens op basis van de verkregen medische informatie beoordelen of er zich bij terugkeer naar het land van herkomst een 'medische noodsituatie op korte termijn' zal voordoen en of medische zorg voor de aandoening van de asielzoeker aldaar beschikbaar is. Het BMA adviseert de IND daarover, die vervolgens een besluit neemt of artikel 64 van toepassing is. Het BMA adviseert ook de Dienst Terugkeer & Vertrek (DT&V) over de eventuele voorwaarden waarop een zieke asielzoeker kan terugkeren naar het land van herkomst. Zo nodig zorgt DT&V voor medische escorte.

De uitvoering van het werk van het BMA wordt met grote regelmaat bekritiseerd, vooral om de interpretatie van de medische informatie van behandelaars en de schijn van afhankelijkheid van de IND (ACVZ, 2012; NJCM, 2013; Onderzoeksraad voor veiligheid, 2014, blz. 32).

2.2 DE WERKWIJZE VAN HET BUREAU MEDISCHE ADVISERING ^c

De taak van het BMA is neergelegd in de Vreemdelingenwet en de daarop gebaseerde regelgeving, alsmede de Algemene wet bestuursrecht. Het BMA is onderdeel van het Ministerie van Veiligheid en Justitie.

De BMA-arts adviseert de IND op basis van vragen die de IND hem heeft voorgelegd. Indien de BMA-arts het hiervoor noodzakelijk acht de vreemdeling te zien, kan hij de vreemdeling oproepen op het spreekuur. In de praktijk lijkt dat echter weinig voor te komen.

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

^c Bron: Nederlands juristen Comité voor de Mensenrechten (NJCM), 2013. Het Bureau Medische Advisering nader beschouwd. Zorgpunten en aanbevelingen. www.njcm.nl/site/uploads/download/521. [Geraadpleegd op 5-12-2014]

van het BMA. Wat betreft de houdbaarheid van de informatie geldt een termijn van maximaal een jaar, tenzij de situatie in het land van herkomst erg onrustig is. Voor stabiele landen kan oudere informatie gebruikt worden.

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

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

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

2.3 DE OPVANG

De opvang van asielzoekers en enkele categorieën uitgeprocedeerde asielzoekers, inclusief de geboden medische zorg, valt onder de verantwoordelijkheid van het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers (COA). Op pagina 11 is de opvang in relatie tot de asielprocedure in schema weergegeven^d.

Bij de aanmelding in Ter Apel verblijft een asielzoeker (en zijn eventuele gezin) enkele dagen in een Centrale Ontvangst Locatie (COL). Vervolgens verhuist de asielzoeker naar een Proces Opvang Locatie (POL) waar hij gedurende de rust en voorbereidingstijd en de algemene asielprocedure verblijft.

Indien het asielverzoek in de algemene asielprocedure is ingewilligd of een verlengde asielprocedure is gestart, verhuist de asielzoeker naar een asielzoekerscentrum. De asielzoeker ontvangt zakgeld en kan zelf voor zijn maaltijden zorgen. Ook hebben asielzoekers na zes maanden verblijf in Nederland (formeel) het recht om te werken of een stage te lopen. In de praktijk is die mogelijkheid echter beperkt (ACVZ, 2013). Het COA biedt asielzoekers in de opvang begeleiding gericht op de toekomst. Daarnaast biedt VluchtelingenWerk Nederland in alle opvangcentra rechtshulpverlening en organiseert de Stichting de Vrolijkheid creatieve activiteiten voor de asielzoekerkinderen en –jongeren.

Afgewezen asielzoekers en uitgeprocedeerde gezinnen met minderjarige kinderen kunnen in een vrijheid beperkende locatie worden geplaatst, in het geval van gezinnen ‘gezinslocaties’ genoemd. In deze locaties is de begeleiding gericht op terugkeer naar het land van herkomst, is de wijze van opvang soberder en moeten de asielzoekers zich op werkdagen dagelijks melden.

Afgezien van de verhuizingen die gerelateerd zijn aan de fase van de asielprocedure, kunnen asielzoekers ook gedwongen worden te verhuizen door de regelmatige sluitingen van opvangcentra. Studie heeft uitgewezen dat het frequent verhuizen schadelijk is voor de geestelijke gezondheid van asielzoekerskinderen (Goosen, Stronks, Kunst, 2014).

^d Bron: <http://www.coa.nl/nl/over-coa/opvanglocaties/soorten-opvanglocaties> [27-7-14]

Hoewel met de invoering van de huidige asielprocedure, deze voor een deel van de asielzoekers een stuk sneller is geworden, is het aantal asielzoekers dat langdurig in de opvang verblijft nog steeds substantieel. Op 1 januari 2013 verbleven er rond 1400 personen in gezinslocaties, waarvan 7 procent langer dan vijf jaar.

In 2013 heeft de Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken (ACVZ) zich in haar rapport 'Verloren tijd' (2013) kritisch geuit over de mogelijkheid van asielzoekers om zinvolle activiteiten in de opvang te ondernemen. De commissie wijst op de passiviteit onder asielzoekers die toeneemt met de duur van de opvang. *"Het ontbreken van mogelijkheden om activiteiten in de opvang te ondernemen, met name in de vrijheidsbeperkende locatie en de gezinslocaties, ondermijnt de gezondheid van de bewoners en bemoeilijkt het werk van betrokken organisaties."* (ACVZ, 2013, brief aan de Staatssecretaris). Het COA is in 2014 gestart met de ontwikkeling van activeringsactiviteiten.

2.4 DE GEZONDHEIDSZORG

Volgens de Wet Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers, van 1994, en de daaraan gerelateerde Regeling Verstrekkingen asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen (RVA) van 2005, zorgt het COA voor de dekking van de kosten van medische verstrekkingen in overeenstemming met een daartoe te treffen ziektekostenregeling (art. 9 RVA, 2009). Het COA heeft voor de curatieve zorg sinds 1 januari 2009 de zorgverzekeraar Menzis gecontracteerd die de curatieve zorg voor asielzoekers inkoopt en zorgt voor het financieel beheer. Daartoe is een apart bureau bij Menzis ingericht, namelijk de Menzis COA Administratie (MCA). Volgens de Regeling Zorg Asielzoekers (RZA, 2009) hebben asielzoekers recht op de zorg zoals die is opgenomen in de Zorgverzekeringswet, de AWBZ^e en de subsidieregelingen Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv). Behandeling van transseksualiteit en in-vitro fertilisatie (IVF) en daaraan gerelateerde behandelingen vallen daarbuiten. De publieke gezondheidszorg voor asielzoekers wordt door lokale GGD 'en geboden.

Om de toegang tot de curatieve zorg, waaronder de toegang tot de huisarts, te organiseren is het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A) ingericht. Indien een asielzoeker een arts wil consulteren moet deze de praktijklijn van de GC A bellen, of naar het inloopspreekuur van de praktijkverpleegkundige gaan. De praktijklijn van de GC A is een soort callcenter die bezet wordt door doktersassistenten. Onder hen zijn medewerkers die verschillende talen spreken. Het GC A is op werkdagen bereikbaar van 8.30 tot 17.00 u.; op andere tijden slechts voor spoed. Voor spoedeisende hulp kan ook het alarmnummer worden gebeld. De beveiliging in de centra speelt daarbij een intermediaire rol. De doktersassistenten van het GC A maken, indien zij dit geïndiceerd achten, een afspraak met de huisarts. Vaak zijn meerdere huisartsen voor een opvangcentrum waar de asielzoeker is gehuisvest, gecontracteerd.

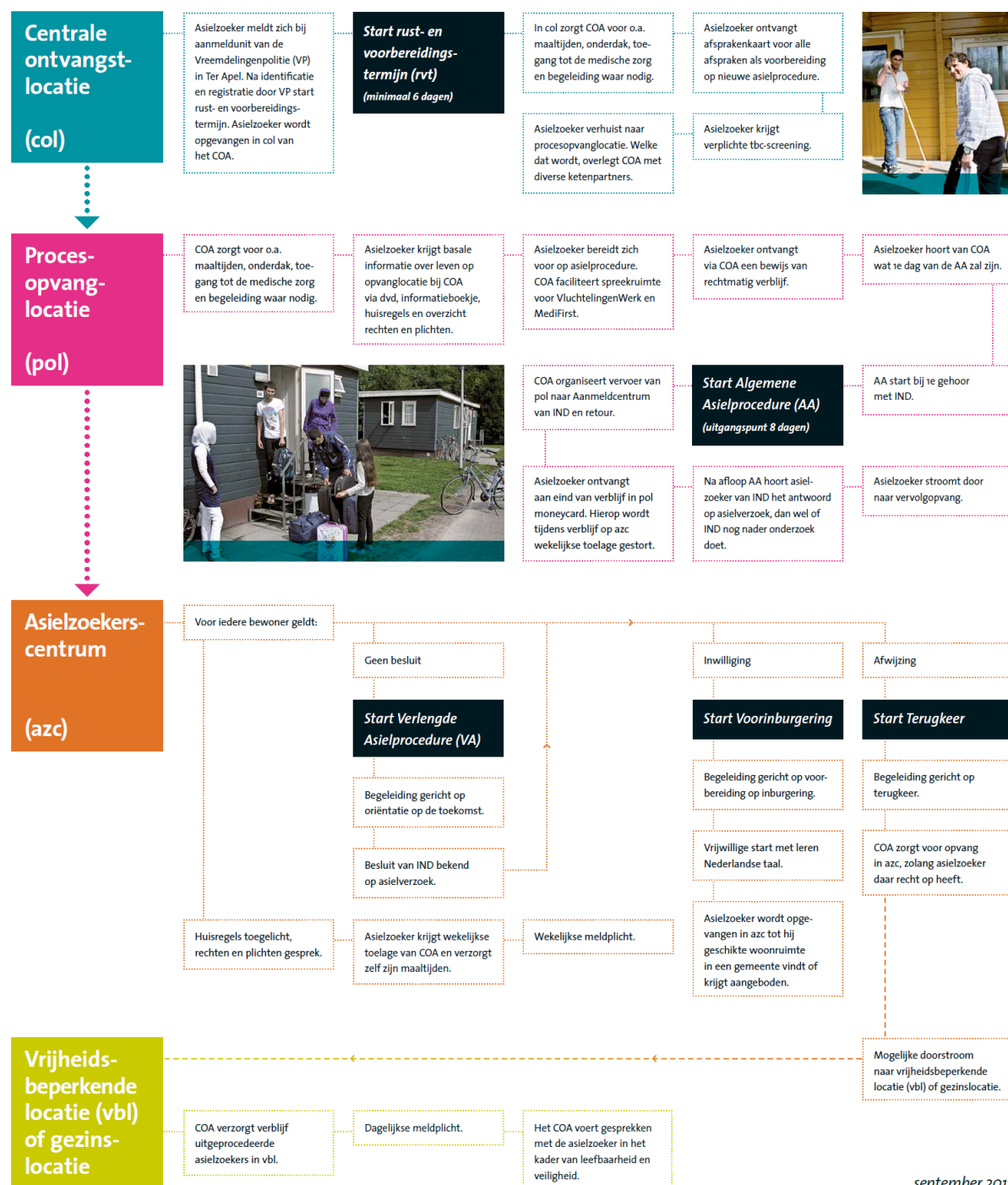
De huisartsen worden in de praktijk ondersteund door praktijkondersteuners voor asielzoekers (POH A) (COA, 2008). Deze POH A's zorgen voor inloopsprekken in of nabij de opvangcentra. In plaats van POH A's kunnen ook doktersassistenten de inloopsprekken verzorgen. De POH A's en/of doktersassistenten verwijzen zo nodig naar de huisarts. Verder verrichten de POH A's zo snel mogelijk na aankomst in de opvangcentra van het COA een eerste intake van volwassenen

^e Per 1 januari 2015 is de AWBZ afgeschaft en zijn delen daarvan, evenals de Jeugdzorg, gedecentraliseerd. Zware, langdurige zorg valt nu onder de Wet langdurige zorg. De onderdelen van de AWBZ en de jeugdzorg die vanaf 1 januari 2015 tot de taken van gemeenten vallen, zijn voor asielzoekers grotendeels opgenomen in de RZA en worden beheerd door het MCA (<http://www.rzasielzoekers.nl/page/945/hlz-en-jeugdzorg.html> [24-2-15]).

en kinderen. Op basis daarvan stelt de POH A een zorgplan op en verwijst zo nodig door naar de huisarts.

De opvang: stap voor stap

vanaf 1 juli 2010



september 2012

Figuur 1: Asielprocedure en opvang in schema. Bron: www.coa.nl [27-7-14]

De huisarts kan voor psychosociale en geestelijke gezondheidsproblemen verwijzen naar de eerstelijnszorg consulenten van het GC A, of het maatschappelijk werk en GGZ instellingen, voor zover deze een contract hebben met Menzis. In 2014 had Menzis voor de GGZ voor asielzoekers een contract met ongeveer 40 GGZ instellingen, waaronder de vier gespecialiseerde GGZ instellingen voor vluchtelingen en asielzoekers, namelijk Stichting Centrum '45, de Evenaar van GGZ Drenthe, het psychotraumacentrum Zuid Nederland van de Reinier van Arkelgroep in Den Bosch en de afdeling 'de Phoenix' van de Gelderse Roos te Wolfheze.

In tegenstelling tot de vergoeding van kosten van tolken van personen die vallen onder de Nederlandse zorgverzekeringswet worden de tolkenkosten in de zorg voor asielzoekers vergoed. Medewerkers van het COA in de centra hebben een zogenaamde niet-medische gidsfunctie. Zij lichten de asielzoekers in over het gezondheidszorgsysteem in Nederland en wijzen bijvoorbeeld asielzoekers die klachten hebben over de geboden zorg op het klachtenformulier.

Formeel hebben de bewoners van de vrijheid beperkende locaties, zoals gezinslocaties, recht op 'medisch noodzakelijke zorg', d.w.z. passende, adequate zorg overeenkomstig de basisverzekering in de zorg. In principe is er dus geen verschil in het zorgaanbod in de verschillende opvangcentra^f. In de praktijk blijkt echter dat de toegankelijkheid van de zorg in de gezinslocaties en de mogelijkheden om doorverwezen te worden naar de GGZ te wensen overlaat (Onderzoeksraad voor veiligheid, 2014).

In tegenstelling tot voorheen worden er nauwelijks meer preventieve en gezondheid bevorderende activiteiten voor en met de asielzoekers geboden (ACVZ, 2013).

^f In een mondeling gesprek met het MCA en GC A werd beaamd dat er in principe geen onderscheid dient te worden gemaakt in de zorg voor asielzoekers in de verschillende soorten opvangcentra. De verwachte duur van verblijf in betreffend centrum speelt wel een rol.

3 LITERATUURSTUDIE

3.1 INLEIDING

De literatuurstudie diende als verkenning van het onderwerp. De Nederlandse literatuur op het gebied van ethische dilemma's van asielzoekers in de zorg is beperkt en volledig geïncorporeerd. Voor het zoeken naar internationale literatuur is gebruik gemaakt van een selectie die in overleg met de adviseurs is gecompleteerd. Dat heeft geleid tot een totaal van 63 publicaties.

De literatuur is geïnterpreteerd op basis van de volgende vragen:

1. Welke ethische dilemma's in de GGZ voor asielzoekers zijn tot nog toe beschreven en welke oplossingen komen daaruit naar voren?
2. Wat zijn parallelle situaties of groepen waarin zorgverleners vergelijkbare ethische dilemma's hebben? En welke oplossingen worden daar beschreven?

In de studie van de literatuur is allereerst aandacht besteed aan een algemeen kader over ethiek en gezondheidszorg dat toegepast wordt op situaties waarin mensenrechten op het spel staan, of waar ethiek in de gezondheidszorg te maken heeft met slachtoffers van schendingen van mensenrechten. Daarna is de literatuur verder afgebakend tot ethiek en de gezondheidszorg voor kwetsbare groepen en asielzoekers, met specifieke aandacht voor de GGZ. Tot slot is in de literatuur gezocht naar oplossingen in het omgaan met ethische dilemma's in het algemeen en in de GGZ voor asielzoekers in het bijzonder. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een aantal concrete kwesties die uit de internationale literatuur konden worden gedistilleerd en mogelijk in Nederland in de GGZ relevant zijn.

3.2 ETHIEK EN GEZONDHEIDSZORG

Waarden geven een kader om te reflecteren op het handelen van zorgprofessionals en de daarvan afgeleide ethische beroepscode helpen om de interacties tussen artsen en patiënten goed te laten verlopen. Deze waarden en normen worden overgedragen via onderwijs en opleiding aan aankomende artsen en ze kunnen zelfregulerend werken voor artsen die in situaties komen waarin die ethische normen uitgedaagd worden (*British Medical Association*, 2002).

Een belangrijk model in medische ethiek is de principebenadering, oorspronkelijk uitgewerkt door Beauchamp en Childress (1977/2009). Deze benadering heeft vier principes: *beneficence* (goed doen), *non-maleficence* (niet schaden), respect voor autonomie (informatie geven zodat patiënt weloverwogen tot eigen keuzes kan komen) en rechtvaardigheid (rechtvaardige verdeling van middelen). Deze indeling is behulpzaam voor mensen die in de praktijk – vaak snel – een keuze moeten maken in een ethisch dilemma.

In de toepassing van ethiek op situaties waarin mensenrechten geschonden zijn, kwam de *British Medical Association* samen met andere medische organisaties in 1994 met een aanvulling van negen kernwaarden op de vier hierboven genoemde ethische principes. Die waarden zijn: verbondenheid, zorgen, compassie, integriteit, competentie, onderzoeksmatige nieuwsgierigheid, vertrouwelijkheid, verantwoordelijkheid en pleitbezorging.

Voor de nadruk op autonomie en universele pretenties van de principebenadering heeft kritiek gekregen van andere ethici. Zij stellen bijvoorbeeld dat mensen allereerst relationeel en contextueel zijn ingebed (Tronto, 1993/2009; Gilligan, 1982). Ook ethiek zelf is contextueel ingebed (Richters, 2002; Malkki, 2007). Andere stromingen binnen de gezondheidszorgethiek (Widdershoven,

2000/2007), zoals narratieve benaderingen, proberen deze kritische noten in hun benadering op te nemen (Lindemann, 1997; Lindemann, Verkerk & Urban Walker, 2009). Zij spreken liever over bio-ethiek dan medische ethiek, omdat daarmee onder andere zichtbaar wordt dat ethiek in de gezondheidszorg niet alleen klinische, maar ook politieke en juridische dimensies kent.

Ook al delen mensen schijnbaar dezelfde ethische principes, in de praktijk kunnen er verschillende of zelfs tegenstrijdige interpretaties bestaan, afhankelijk van levensbeschouwing, belangen en sociale context. 'Geen kwaad doen' kan voor een kinderarts betekenen dat de behandeling van een pasgeboren baby zou moeten stoppen, terwijl voor ouders, vanuit religieus perspectief, de waarde van leven zo hoog staat, dat iedere dag extra leven iets toevoegt (Westra e.a. 2009). Een behandeling die het leven verlengt, is vanuit het principe 'goed doen' en 'respect voor leven' voor hen dan de enige optie.

Ook over autonomie kunnen tegenstrijdige interpretaties bestaan. Betekent dit dat een persoon (patiënt, ouders, arts) zelf een keuze over leven of dood kan maken, met *informed consent* als ultiem symbool? Voor sommige religieuze patiënten beslist God over leven en dood; autonomie is ingebed in verantwoordelijkheid jegens God en de familie / gemeenschap. Autonomie is dan ondergeschikt aan 'goed doen' en/of 'respect voor het leven'.

Toegepast op de gezondheidszorg voor vluchtelingen en asielzoekers zijn een aantal universele aannames te ontwaren. Malkki (2007) belicht er twee. De eerste is dat er een waarheid is die mensen die geweldservaringen hebben mee gemaakt kunnen vertellen, en die betrouwbaarder geacht wordt wanneer er lichamelijke of psychologische bewijzen zijn. Malkki brengt hier tegen in dat dit produceren van de waarheid (her)traumatiserend kan zijn. De tweede aanname is dat het diep-menselijk is om over ervaringen te willen vertellen. Volgens Malkki moeten we echter in overweging nemen dat asielzoekers en immigranten gedwongen worden de psychische gevolgen van armoede en hopeloosheid te vertalen in psychologische trauma's en gevolgen van politiek geweld (Malkki, 2007).

Deze kritiek – op de principebenadering en eventuele universele pretenties – is meegenomen in het onderzoek. In het bepalen van internationale richtlijnen voor zorg en onderzoek onder vluchtelingen is de erkenning van diversiteit in morele perspectieven van belang (Willigen, 1998). Bij het formuleren van handreikingen is het vervolgens de vraag of consensus het doel zou moeten zijn. In een postmoderne ethiek worden meerdere perspectieven juist gewaardeerd.

Voor zorgverleners die werken in de GGZ voor asielzoekers betekent dit dat zij ethiek op verschillende niveaus kunnen tegenkomen (Joshi, Dalton & O'Donnell 2008): de politieke en juridische dimensie van het (juridische) proces dat asielzoekers doorlopen, de culturele dimensies zoals hiërarchische en familiale structuren van asielzoekers, religieuze of persoonlijke waarden, en professionele waarden die mede door beroepsstandaarden worden vormgegeven, en in het bijzonder die van de psychiatrie.

De politieke en culturele niveaus hangen vaak samen, maar kunnen door elkaar gaan lopen wanneer het bijvoorbeeld gaat om de beoordeling van traumatische herinneringen. De waarde van vertrouwelijkheid speelt verder een rol wanneer een medische rapportage zowel een beschrijvend doel heeft, als ook een rol speelt in het juridische proces dat asielzoekers doorlopen (Joshi, Dalton & O'Donnell 2008).

De vraag is wat de verantwoordelijkheden zijn van zorgverleners die zorg bieden aan asielzoekers en vluchtelingen. Zij vervullen verschillende rollen die met elkaar kunnen (gaan) conflicteren (Richman, 1995). Daar komt bij dat over en weer bepaalde verwachtingen een rol spelen. Zo kunnen zorgverleners veronderstellen dat patiënten niet over hun traumatische ervaringen willen praten, terwijl patiënten daaruit concluderen dat het niet passend is er zelf over te beginnen. Omgekeerd kunnen zorgverleners in het land van herkomst tot de schenders van rechten behoren, waardoor de beelden die asielzoekers van zorgverleners hebben, gekleurd zijn (Crosby, 2013).

Een neutrale positie lijkt een illusie of een constructie. Wat zorgverleners wel kunnen doen is tot een herkenning van de verschillende ethische dimensies, niveaus en rollen komen. Een afweging daarvan kan hen vervolgens helpen tot goed handelen over te gaan.

3.3 ETHIEK EN MENSENRECHTEN

Ethiek is een integraal onderdeel van de gezondheidszorg sinds Hippocrates een ethische code voor de toenmalige artsen opstelde. Ethiek is echter pluralistisch, zoals hierboven is beschreven. Cultuur en religie kunnen bijvoorbeeld bepalend zijn voor ethisch handelen.

Na de Tweede Wereldoorlog zijn fundamentele ethische principes vastgelegd in de Universele Rechten van de Mens. Mensenrechten vooral van belang voor de medische ethiek zijn het recht op leven, de vrijwaardig van discriminatie en martelingen en ander vernederend en onmenselijke geweld, de vrijheid van meningsuiting en de gelijkwaardige toegang tot de openbare dienstverlening, waaronder de gezondheidszorg (Williams, 2005). Dit laatste is vastgelegd in artikel 12 van het Internationaal Verdrag inzake de Economische, Sociale en Culturele Rechten van de Mens, het 'recht op de hoogst haalbare standaard van gezondheid' (*right to health*), verder uitgewerkt in *General Comment* nr. 14. Daarin staat een toegankelijke, beschikbare, aanvaardbare en kwalitatief goede gezondheidszorg voor een ieder centraal (het zogenaamde AAAQ principe). Het 'recht op gezondheid(szorg)' heeft tevens een directe relatie met andere mensenrechten. Volgens de WHO (2002) hangen deze op drie wijzen samen:

1. Schendingen van mensenrechten of het gebrek aan aandacht daarvoor kan ernstige gevolgen hebben voor de gezondheid (bijvoorbeeld schadelijke traditionele praktijken, slavernij, martelingen en andere onmenselijke en vernederende behandelingen, geweld tegen vrouwen).
2. Gezondheidsbeleid en programma's kunnen door hun ontwerp of implementatie mensenrechten bevorderen en schenden (bijvoorbeeld door discriminatie, het uitsluiten van bepaalde groepen van deelname, en het respecteren van privacy en informatie).
3. Kwetsbaarheid voor een slechte gezondheid kan worden gereduceerd door stappen te nemen om [ook andere, red.] mensenrechten te respecteren, te beschermen en te vervullen.

In de GGZ kunnen zorgverleners te maken krijgen met patiënten die schendingen van hun mensenrechten hebben meegemaakt. Schending van mensenrechten kan voortkomen uit extreme situaties en politieke constellaties waarin die rechten niet de hoogste prioriteit hebben. Het betreft vaak een ideologie van nationale vernieuwing, waarbij de rechten van burgers ondergeschikt raken aan de staatsbelangen; een afwijzende houding van militaire regimes ten opzichte van mensenrechten; het bestaan van onderdrukkende organisaties; de keuze voor terreur als strategie

om macht te behouden; en de invloed van angst als een psychosociaal fenomeen, met repercussies op het dagelijks leven van burgers als gevolg (*British Medical Association*, 2002, p. 45).

Slachtoffers van mensenrechtenschendingen zijn niet alleen asielzoekers en vluchtelingen, maar bijvoorbeeld ook sommige gedetineerden, etnische minderheden of mensen met sociaaleconomische achterstanden. Deze groepen zijn vaak al beland in de marges van de samenleving en lopen risico op ernstige en doelbewuste schending van hun rechten of op verslechtering van hun omstandigheden (*British Medical Association*, 2002).

Hoewel zorgverleners in de GGZ te maken krijgen met (geschonden) rechten van asielzoekers, zijn 'de rechten van de mens' te algemeen gesteld om antwoord te geven op specifieke ethische vragen in de dagelijkse praktijk (Williams, 2005). Wel bieden ethiek en mensenrechten een kader waarbinnen de morele dilemma's van deze zorgverleners verder kunnen worden onderzocht.

3.4 ETHIEK IN DE ZORG VOOR KWETSBARE GROEPEN

Afhankelijk van hoe dominant bepaalde groepen in een samenleving zijn, kunnen meisjes en vrouwen, etnische minderheden, mensen met alternatieve seksuele oriëntaties of gedragingen, mensen van een bepaalde leeftijd of behorend tot een bepaalde sociale dan wel culturele klasse tot kwetsbare groepen worden gerekend. Pacquiao (2008) redeneert vanuit de kwetsbaarheid van migranten in een nieuwe samenleving. Migranten in een nieuwe samenleving krijgen vaak als eerste te maken met gezondheidswerkers, die daarmee de eerste vertegenwoordigers van de nieuwe samenleving zijn. Het is daarom belangrijk dat gezondheidswerkers over voldoende culturele competenties beschikken, zoals vaardigheden van wereldburgerschap (Nussbaum, 1997 in Pacquiao, 2008). Daarmee kunnen zij namelijk culturecongruente, ondersteunende zorg bieden en de autonomie en gelijke positie van de patiënt – en zijn of haar groep – respecteren of bevorderen. Dat laatste impliceert sociale rechtvaardigheid, waarbij de nadruk ligt op *compassionate care* en zorgverleners tot handelen moeten overgaan, als zij het lijden en de problemen van anderen erkennen (Pacquiao, 2008).

De rol van medische beroepsbeoefenaren als (mede)beschermers van mensenrechten, krijgt steeds meer belangstelling (*British Medical Association*, 2002). Artsen kunnen betrokken raken bij schendingen van mensenrechten wanneer zij ingeschakeld worden bij ondervragingen en martelingen. Door hun symbolische functie kunnen ze bovendien inhumane praktijken vergoelijken en politiek verzet neutraliseren. Een belangrijke historische markering is de Verklaring van Tokyo van de *World Medical Association* uit 1975, waarin staat dat artsen niet mogen deelnemen aan martelingen. Een tweede markering is het Istanbul protocol, gepubliceerd door de Hoge Commissaris voor de Rechten van de Mens (Verenigde Naties, 2001). Dit protocol toont hoe zorgverleners slachtoffers van martelingen en ander inhumain en vernederend geweld kunnen onderzoeken en hoe zij deze mensenrechtenschendingen moeten documenteren.

Belangrijke ethische dimensies van de zorg voor slachtoffers van mensenrechtenschendingen zijn *informed consent* (het geven van toestemming voor onderzoek en behandeling op basis van adequate informatie), geheimhouding van medische gegevens, de vertrouwelijkheid van de arts-patiënt relatie en het verzamelen en documenteren van bewijs van mishandelingen of onjuiste behandelingen. Artsen kunnen in dergelijke gevallen bewijs identificeren dat eventueel in juridische

procedures wordt gebruikt om de daders van schendingen van mensenrechten te bestraffen, evenals bewustwordingsprocessen bevorderen, slachtoffers rehabiliteren en signaleringssystemen ontwikkelen (*British Medical Association*, 2002, p. 52)

3.5 ETHISCHE KWESTIES IN DE ZORG VOOR ASIELZOEKERS

In de literatuur komen telkens twee thema's naar voren, die helpen bij een ethische reflectie op de zorg voor asielzoekers: de individuele, persoonlijke problemen van asielzoekers en de invloed van de omstandigheden waarin asielzoekers verblijven. Beide kunnen uiteraard met elkaar samenhangen.

3.5.1 De problemen van asielzoekers

Het College van de Rechten van de Mens en de Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken stellen dat, door de steeds striktere wet- en regelgeving, de grenzen van de mensenrechten in het vreemdelingenbeleid in Nederland bereikt zijn (jaarverslagen 2012). Het gaat bijvoorbeeld om uitgeprocedeerde asielzoekers in vreemdelingendetentie, de aangescherpte regelgeving rond gezinshereniging en de [destijds aangekondigde, red.] strafbaarstelling van illegaliteit (College voor de Rechten van de Mens, jaarverslag 2012). Door de toegenomen controle op de immigratie en xenofobie in Europa zijn asielzoekers bovendien belast met de moeilijke taak de weinig toeschietelijke immigratieautoriteiten ervan te overtuigen dat zij recht hebben op asiel (Park & Oomen, 2010).

De positie van asielzoekers in Nederland brengt bepaalde taken en uitdagingen met zich mee voor artsen en andere zorgverleners, onder andere in de GGZ.

Eén van de taken voor de artsen van de Medische Onderzoeks Groep (MOG) van Amnesty International Nederland was het identificeren en documenteren van bewijzen van martelingen en andere vernederende en inhumane geweldservaringen. Het gebruik van foto's van littekens kan daarin een belangrijke en overtuigende bron van bewijs zijn (Park & Oomen, 2010). Deze rol van de MOG is nu overgenomen door het Instituut voor Mensenrechten en Medisch Onderzoek (iMMO).

Een andere taak voor artsen is onderzoek naar de leeftijd van jeugdige asielzoekers. Hier kunnen medisch-technische vraagtekens bij gezet worden (Keunen, Roscam Abbing, Schumacher, 2013), en spelen verschillende ethische kwesties met betrekking tot de gebruikte methoden. Het belang van de patiënt wordt ernstig geschaad, wanneer artsen exacte leeftijden op basis van skelet- of kaakonderzoek doorgeven aan immigratieautoriteiten, zonder dat ze de geringe betrouwbaarheid van dergelijk onderzoek vermelden. Dat is des te meer verwerpelijk als ze dit doen vanuit financieel belang of een bepaalde politieke agenda (Hjern, 2012). Het is verder de vraag tot op welke hoogte een asielzoeker vrijheid heeft om niet deel te nemen aan een dergelijk onderzoek.

Een derde taak van artsen is het opstellen van medische informatie. Immigratie autoriteiten vragen daar bijvoorbeeld naar wanneer zij het risico op suïcide bij terugkeer willen inschatten (Pitman, 2010). Veel behandelaars voelen zich daarover extreem ongemakkelijk, omdat zij daarmee veel macht (kunnen) hebben om over het lot van hun patiënt te beslissen. Ze ervaren bij het verzoek om medische informatie een conflict met hun primaire taak om het belang van de patiënt te dienen. Voorafgaand hieraan speelt de (ethische) vraag of de arts de asielzoeker opnieuw moet oproepen. Daarbij speelt de kwaliteit van het contact een belangrijke rol. Volgens Pitman (2010) zijn sommige

asielzoekers bijvoorbeeld wantrouwend geworden als gevolg van institutioneel racisme. Om de asielzoeker te 'sparen' kan de behandelaar ervoor kiezen om zoveel mogelijk tijd te steken in het raadplegen van eerdere rapportages, inclusief die van vrijwilligers.

Wanneer de behandelaar besluit de patiënt op te roepen, is de vraag of er een onafhankelijke tolk voorhanden is (Pitman 2010). Bovendien is training in interculturele competenties noodzakelijk voor zorgverleners, omdat deze effect hebben op de communicatie, het adequaat in kaart brengen van een traumageschiedenis, en het vaststellen van het niveau van somatisch en psychisch functioneren.

Andere thema's die zorgverleners voor dilemma's stellen zijn bijvoorbeeld de loyaliteit van artsen ten opzichte van het eigen land, professionele verplichtingen van artsen ten opzichte van andere organisaties en de dreiging van een juridische claim. Een ander conflict ontstaat wanneer asielzoekers symptomen fingeren of de ernst ervan overdrijven omdat zij de juridische consequenties ervan kennen (Pitman, 2010). Dit geheel aan thema's maakt goede diagnostiek, risicotaxaties, en inschatting van de effecten op de gezondheid van de asielzoekers bij terugkeer naar het land van herkomst lastig.

3.5.2 Invloed van omstandigheden

De *British Medical Association* signaleerde en betreurde in 2001 een toename van asielzoekers in detentiecentra. Zij zouden nooit gevangen gezet mogen worden, zeker niet samen met criminelen. De *British Medical Association* pleit voor richtlijnen voor de gezondheidszorg in detentiecentra. Australische auteurs (Zion, Briskman & Loff, 2009) stellen dat zorgverleners hun handelen moeten aanpassen wanneer zij in vreemdelingendetentiecentra werken. De thema's verantwoordelijkheid en loyaliteit spelen hierin een belangrijke rol.

De waarde verantwoordelijkheid voor het ontwikkelen van een vertrouwensrelatie is belangrijk. Dit is de kern van de ethiek van verpleegkundigen (Fry & Storch in Zion et al., 2009). In die vertrouwensrelatie kan de autonomie van de patiënt versterkt worden door emotionele ondersteuning en begeleiding. Dit weegt extra zwaar, omdat de beperkingen van detentie het gevoel van individualiteit en autonomie onder asielzoekers beperken (Zion et al., 2009). Daarnaast is er de verantwoordelijkheid om misstanden aan de kaak te stellen. Onrechtvaardige behandeling en geweld ter sprake brengen, kan aanzetten tot solidariteit en (internationale) druk om veranderingen te bewerkstelligen (Robertson, in Zion et al., 2009).

In Nederland beschreef de Commissie medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen in 2007 de knelpunten en professionele dilemma's voor artsen en andere betrokkenen. De organisatie van het vreemdelingenbeleid belemmert soms de taken en verantwoordelijkheden van artsen. Artsen constateren ziekmakende omgevingsfactoren in asielzoekerscentra, zoals gebrekkige hygiëne en veiligheid, evenals overplaatsingen die bijdragen aan gezondheidsproblemen of ziekte. In detentiecentra verblijven patiënten, voor wie het verblijf in detentie medisch onverantwoord is, of die uit het centrum worden verwijderd voordat de continuïteit van zorg geregeld is (Commissie medische zorg, 2007, p. 32; Werkgroep Medische Zorg in Vreemdelingendetentie, 2014). Het dilemma voor artsen is of zij gezondheidsrisico's moet signaleren en aandringen op verandering, of zich moet verzetten tegen maatregelen waar zij geen verantwoordelijkheid voor kunnen dragen.

De medische advisering in het kader van het vreemdelingenbeleid ligt in handen van het Bureau Medische Advisering (BMA) van de IND. Medische adviseurs moeten een oordeel geven over de beschikbaarheid van medische zorg in het land van herkomst, een medische noodsituatie vaststellen en de verantwoordelijkheid voor continuïteit en overdracht van zorg regelen (Commissie medische zorg, 2007, p. 33). Soms blijkt er een spanningsveld tussen zorgplicht en de financiële aspecten van zorg. Ook de te verwachten verblijfsduur kan een rol spelen in de afweging van de arts of een behandeling gestart kan worden.

De verantwoordelijkheid van zorgverleners kan ook benaderd worden als 'dubbele loyaliteit'. Loyaliteiten jegens de patiënt en anderen (instanties of personen) kunnen met elkaar botsen. Zo leidt loyaliteit aan de staat of organisatie boven die aan de patiënt gemakkelijk tot schending van mensenrechten (Zion, Briskman & Loff, 2012). Net als bij verantwoordelijkheid geldt de vraag tot waar de loyaliteit van zorgverleners reikt.

Het uitgangspunt van geheimhouding maakt het moeilijk om misstanden aan de kaak te stellen (Zion, Briskman & Loff, 2012). Verschillende verpleegkundigen rapporteerden dat werken in een detentiecentrum –*op zichzelf*– hen al in een rolconflict brengt. Daarbij valt te denken aan een verpleegkundige die wordt verzocht om een hoogzwangere vrouw te begeleiden naar een andere locatie, waar zij alleen zal zijn, zonder partner of familie. Andere voorbeelden zijn een verpleegkundige die wordt gevraagd injecties te geven om iemand te kalmeren, of een verpleegkundige die moet inschatten of een asielzoeker een isoleercel (nog langer) kan verdragen.

In deze situaties van botsende loyaliteiten of botsende verantwoordelijkheden, ofwel situaties met '*problems of dirty hands*' (De Wijze, 2002), staat de behandelrelatie tussen asielzoeker en zorgverlener zwaar onder druk. Bovendien worden het recht op *privacy* en de waarden 'vertrouwelijkheid' en 'autonomie' vaak geschonden.

De eerder genoemde Commissie Medische zorg (2007) onderkent dat dubbele loyaliteit in de zorg voor vreemdelingen in vreemdelingendetentie een rol kan spelen, en beveelt artsen aan te kiezen voor een werksetting waarbij de professionele autonomie is gewaarborgd (Commissie medische zorg, 2007, p. 36). Zij ondersteunt die aanbeveling met een aantal concrete adviezen over signalering, overleg, ontwikkeling van handreikingen en richtlijnen, en scholing.

Samengevat kunnen we stellen dat zorgverleners conflicten in verantwoordelijkheden of loyaliteiten kunnen ervaren in hun relatie met:

- Patiënt vis-à-vis migratieautoriteiten. Dit komt bijvoorbeeld tot uitdrukking in a) het opstellen van medische informatie, b) de bijdrage van zorgverleners aan bewijs over mensenrechtenschendingen, c) autonomie en vrijheid van asielzoekers om behandeling of onderzoek te weigeren, en d) de mogelijke consequenties van a t/m c.
- Patiënt vis-à-vis de omgeving. Zo kan het opbouwen van een vertrouwensrelatie in een voor de asielzoeker onsympathieke omgeving moeilijk zijn.
- Professie vis-à-vis de omgeving. Zo zijn er verschillende beperkingen op de beroepsuitoefening (loyaliteit aan eigen beroepsstandaarden) in detentiecentra of vergelijkbare instellingen.

3.6 ETHISCHE KWESTIES IN DE GGZ VOOR ASIELZOEKERS

De Europese Consultatie over medisch ethische standaarden in de GGZ voor vluchtelingen en ontheemden in 1995 vroeg aandacht voor de morele dilemma's waar behandelaars in de GGZ voor asielzoekers mee te maken krijgen (Willigen, 1998). Die dilemma's overlappen met de hierboven geschetste ethische kwesties in de gezondheidszorg, maar de aard van de behandeling in de GGZ kan deze net een andere inhoud geven. Is het adequaat voor een therapeut om woede en afgrijzen te laten blijken als slachtoffers vertellen over gruwelijke ervaringen? Is een vertrouwensrelatie met een patiënt erbij gebaat als de therapeut zijn of haar politieke overtuigingen kenbaar maakt? Wat betekent het als die politieke overtuiging niet (geheel) overeenkomt met die van de patiënt? Zou de therapeut de patiënt moeten stimuleren om politiek actief te worden of te blijven? Hoe moeten therapeuten omgaan met de frustraties en het cynisme van hun patiënten zonder de hoop en een gevoel van optimisme te verliezen? Hoe gaan zorgverleners om met hun eigen gevoelens van frustratie, woede en verzet? (Kinzie & Boehnlein 1993: 90-91). Volgens deze auteurs zouden zorgverleners hun emoties zoals boosheid en afschuw, als tegenoverdrachtsreacties op de ervaringen van slachtoffers van schendingen van mensenrechten moeten beheersen. Daarnaast zijn zij van mening dat waarden als 'betrouwbaarheid', 'eerlijkheid' en 'consistentie' van even groot belang zijn in de GGZ voor asielzoekers als de vier medisch ethische principes. Zij pleitten voor actie in de politiek om de eigen gevoelens van frustratie en wanhoop in de zorg voor vluchtelingen en asielzoekers tegen te gaan.

Hovens, destijds psychiater bij Stichting Centrum '45, observeerde bij psychiaters de tendens om over- dan wel onder-betrokken te raken bij hun patiënten (Richters, 2002). Overbetrokkenheid kan de betrouwbaarheid en geloofwaardigheid van de medische informatie over individuele asielzoekers in gevaar brengen en onder-betrokkenheid kan leiden tot helemaal geen medische informatie geven, wat ook schadelijk kan zijn voor de patiënt.

De extra kwetsbaarheid van asielzoekers wegens hun ervaringen met georganiseerd geweld en de verantwoordelijkheid van zorgverleners om het vertrouwen van patiënten in de mensheid te herstellen zijn terugkerende thema's (Brok, 1998). Zorgverleners zouden zich op moeten stellen als pleitbezorgers om daarmee te voldoen aan het principe van rechtvaardigheid (Kinzie & Boehnlein, 1993; Brok, 1998; Silove e.a., 2000; Richters, 2002).

Richters (2002) schetst vier typen van morele casus:

- Wat moet een behandelaar doen als verwacht wordt dat de asielaanvraag afgewezen zal worden: behandeling stoppen, patiënt voorbereiden op terugkeer, terugkeer aanvechten, behandelstrategie aanpassen of gewoon doorgaan en de bureaucratische beslissing accepteren?
- Wat als een behandeling vanuit psychiatrisch perspectief niet echt noodzakelijk is, maar wel het recht op (langer) verblijf biedt?
- Wat als informatie van een patiënt, verkregen tijdens een behandeling, zou kunnen bijdragen aan de onderbouwing van een asielaanvraag, maar de patiënt geeft geen toestemming tot openbaarmaking?
- Wat als geconstateerd wordt dat existentieel lijden vertaald wordt in medische diagnoses?

In de interpretatie van klachten kunnen medische, sociale en politieke modellen met elkaar op gespannen voet staan (Bracken et al. 1995; Summerfield, 1999). Vanuit een medisch paradigma zijn asielzoekers gemakkelijk te classificeren als patiënten met een (post) traumatische stressstoornis. De sociale en politieke context waarin zij betekenis geven aan hun herinneringen en psychische

klachten, verdwijnt zo naar de achtergrond. Overlevenden van geweld- en vluchtervaringen die als getuigen een aanklacht zouden kunnen indienen over de schendingen van mensenrechten, worden zo al snel gezien als patiënten die een behandelaar nodig hebben om van hun traumatische herinneringen af te komen.

3.7 IDEEËN OVER OPLOSSINGEN VOOR ETHISCHE DILEMMA'S

Ethiek leidt tot reflectie op de zorg. Afwegingen ordenen, diverse perspectieven identificeren en diverse belangen onderkennen die op het spel staan, helpen bij het nemen van ethische beslissingen. De benadering van DuBois (2008) biedt inzicht in hoe ethische reflectie toegepast kan worden op beslissingen in gezondheidsonderzoek. Beslissingen vallen in het ethische domein als ze betrekking hebben op zaken die te maken hebben met respect tonen aan mensen. Reflectie op ethische problemen kan volgens DuBois betrekking hebben op drie dimensies. De intentionele dimensie betreft een bepaalde intentie vasthouden: 'Houdt de onderzoeker vast aan wat goed is voor een individu, ook als er tegenstrijdige belangen spelen?' De cognitieve dimensie heeft betrekking op de onzekerheid of iemand benadeeld gaat worden door de beslissing en de sociale dimensie gaat over onenigheid tussen belanghebbenden, terwijl duidelijk is dat de beslissing in het belang van het individu gunstig uitvalt.

Voor reflectie op ethische dilemma's in de zorg wordt vaak gebruik gemaakt van een stappenplan. Een voorbeeld daarvan is het Utrechtse model van het Moreel Beraad, ontwikkeld aan het Ethiek Instituut van de Universiteit Utrecht. Het stappenplan bestaat uit vijf fasen: verkenning, explicitering, analyse, afweging en aanpak (Bolt et al., 2003, pp 17 – 32).

Een ander voorbeeld is de 'Rotterdamse routekaart', met vier etappes: (1) in kaart brengen en focussen op de morele vraag, (2) routes beschrijven, (3) argumenten uitwisselen en uitpluizen, en (4) besluiten nemen (Beaufort et al., 2011, pp. 69 – 70).

Kleinlugtenbelt en Naaykens (1998) beschreven morele dilemma's bij psychiatrische hulpverlening aan asielzoekers die nog steeds herkenbaar zijn. Een ethische commissie besprak met zorgverleners casuïstiek aan de hand van een zes-stappen model:

- Geef intuïtief aan wat het morele kernprobleem is in de casus.
- Wat zijn de moreel relevante onderwerpen of onderdelen in de casus?
- Wat is de morele vraag in de casus?
- Welke informatie heb ik nodig om tot een conclusie te komen over de morele vraag?
- Welke handelingsalternatieven zijn er en welke argumenten zijn er voor de verschillende handelingsalternatieven?
- Wat is mijn conclusie? Wat is de conclusie van de ethische commissie?

De Commissie medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen (2007) wijst vooral op het blijven afbakenen van de medische en zorginhoudelijke aspecten door artsen. Niet-medisch betrokkenen dienen de adviezen en richtlijnen voor artsen te respecteren en daarmee de ruimte te bieden om overeenkomstig die adviezen te handelen.

3.8 VOORLOPIGE CONCLUSIE

Voor ethische kwesties en een handreiking in de zorg voor asielzoekers biedt de internationale literatuur verschillende aanknopingspunten. Daarbij moet de relevantie van specifieke situaties en oplossingen voor de zorg in Nederland goed bekeken worden.

Een aantal thema's komt uit de literatuur naar voren. Voor de verdere exploratie van ethische dilemma's in de GGZ voor asielzoekers en mogelijke oplossingen zijn op basis van de literatuur deze vragen geformuleerd voor de volgende fase van het onderzoek:

- Brengt de vraag naar medische informatie over asielzoekers de zorgverleners in de Nederlandse GGZ tot ethische dilemma's? En welke dan precies?
- Welke ethische aspecten zijn herkenbaar in het in kaart brengen van de voorgeschiedenis en klachten van de asielzoeker, inclusief zijn of haar ingrijpende ervaringen?
- Komen zorgverleners in de GGZ in contact met asielzoekers waarbij een vermoeden is dat zij psychische klachten fingeren en tot welke ethische dilemma's leidt dat?
- Is er in het opbouwen van een vertrouwensrelatie of in andere aspecten van de zorg sprake van een dubbele loyaliteit? Voelen zorgverleners deze dubbele loyaliteit als een ethisch dilemma?
- Hoe gaan zorgverleners om met de wettelijk vastgelegde instemming over de behandelovereenkomst?
- Is er sprake van ethische dilemma's in het inschatten van effecten van de omstandigheden op de geestelijke gezondheid van asielzoekers, en specifiek van terugkeer naar het ontvluchte land?
- Brengt het inschatten van risico op suïcide, eventueel gekoppeld aan dreigende terugkeer, de zorgverlener in een ethisch conflict?
- Zien zorgverleners in de GGZ het als hun taak misstanden in de opvang of vreemdelingendetentie te signaleren en tot welke ethische dilemma's leidt dat dan?
- Hoe gaan zorgverleners om met de situatie dat een behandeling vanuit psychiatrisch perspectief niet echt noodzakelijk is, maar wel het recht op (langer) verblijf biedt?

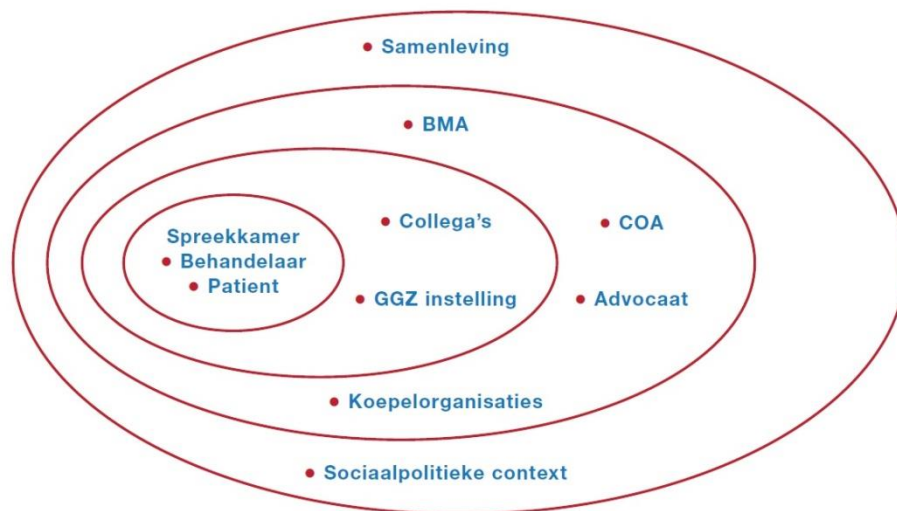
4 ETHISCHE KWESTIES IN DE PRAKTIJK

4.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk worden de empirische gegevens verkregen uit zowel de interviews met de zes individuele zorgverleners als de zes focusgroepen samengevoegd weergegeven. Bij de interviews waren de vragen uit de literatuurstudie leidend voor een topiclijst (zie paragraaf 1.2.2 op blz. 3.) Analyse van deze interviews leidde tot een indeling van niveaus waarop ethische dilemma's en knelpunten in de GGZ voor asielzoekers zich kunnen voordoen, namelijk:

- De spreekkamer: individueel contact met de asielzoeker als patiënt.
- De organisatie: contact met collega's over de patiënt en het beleid van de organisatie.
- Andere organisaties, zoals het Bureau Medische Advisering (BMA) en de advocatuur: contact over de asielzoeker in behandeling.
- De sociaal-politieke context en de samenleving.

Deze vier niveaus zijn als ellipsen te zien, met de spreekkamer in de binnenste ellips en de andere niveaus in steeds groter wordende ellipsen erom heen. Een individuele zorgverlener beweegt zich op alle niveaus.



Daarnaast zijn vijf thema's onderscheiden die in de interviews voortdurend terug kwamen, namelijk persoonlijke betrokkenheid en afstand, diagnostiek en behandeling, (dreiging met) suïcide, medische informatie delen en beroepsgeheim, en pleitbezorging. Deze thema's stonden centraal in de focusgroepen.

In de volgende paragrafen wordt per niveau beschreven welke spanningen in de GGZ voor asielzoekers de respondenten zeggen te ervaren. Daarbij worden ook spanningen en dilemma's weergegeven die zich afspelen op het snijvlak van twee of meer niveaus, bijvoorbeeld omdat in de spreekkamer andere belangen spelen dan in het contact met organisaties die informatie vragen over de patiënt.

Op het eerste niveau, in de spreekkamer, gaat het over de vraag of 'goed zorgverlenerschap' mogelijk is, gespecificeerd naar diagnostiek en behandeling. Ook de persoonlijke betrokkenheid van zorgverleners bij asielzoekers komt hier aan de orde. Op het tweede niveau, de GGZ

instelling, gaat het over het contact met collega's en de spanning tussen de individuele zorgverlener en het beleid van de organisatie. Het contact met andere organisaties zoals advocaten en het BMA zit op het derde niveau, met thema's als het delen van medische informatie en het beroepsgeheim. Ten slotte speelt dit zich allemaal af in de sociaal politieke context van het Nederlandse asiel- en zorgbeleid, waarbij het thema pleitbezorging wordt besproken.

Ter illustratie van de verschillende dilemma's en spanningen die zorgverleners ervaren zijn citaten gebruikt afkomstig uit de interviews met de zes individuele zorgverleners en uit de focusgroepen. Is het citaat afkomstig van een zorgverlener dan wordt 'Z' en een nummer gebruikt; is het citaat afkomstig uit een focusgroep dan wordt 'F' en een nummer gebruikt.

4.2 DE SPREEKKAMER

4.2.1 Is de asielzoeker een reguliere patiënt?

Respondenten zeggen dat de zorg voor asielzoekers hen uitdaagt de bestaande reguliere methoden, routines, kaders of richtlijnen in hun beroep ter discussie te stellen. In hun streven goed zorgverlener te zijn, komen ze diverse uitdagingen tegen. Sommigen benadrukken een gelijke behandeling van asielzoekers en reguliere patiënten.

"Als meneer X uit Armenië komt is dat niet anders dan meneer Jansen. (...)Het is een andere problematiek, zoals PTSS, mishandeling, geweld, oorlogsgeweld en dat soort zaken (...). Maar mijn hypothese was altijd: door dezelfde bril kijken zoals ik nu naar jou kijk. Maak het niet anders, omdat iemand een andere huidskleur heeft of uit een ander gebied komt. Dat was mijn ervaring en dat is het nu nog. Dat wordt geaccepteerd, dan heb je begrip en respect, en je laat de klant in zijn waarde."(Z2)

Veel zorgverleners benadrukken echter dat de GGZ voor asielzoekers zich onderscheidt van de GGZ voor reguliere patiënten met verblijfsstatus (al dan niet met een migratieachtergrond). De juridische context, het onzekere toekomstperspectief, de machts- en vertrouwenspositie van de zorgverlener en de problematiek, die bijna altijd meervoudige stoornissen betreft, worden als belangrijkste factoren genoemd die de zorg voor asielzoekers anders maakt dan de zorg voor reguliere patiënten.

4.2.2 Betrokkenheid bij asielzoekers

De zorgverleners vertellen dat werken met getraumatiseerde patiënten bij hen zelf kan leiden tot traumareacties, ook wel secundaire traumatisering genoemd. Dit hoeft niet direct tot een ethisch dilemma te leiden, maar kan wel een andere (ethische) kleuring van het wereldbeeld tot gevolg hebben.

"Toen ik in het begin met deze mensen werkte, werd ik gewaarschuwd voor secundaire PTSS kenmerken. Die heb ik zelf zeker doorgemaakt. Dan werd ik 's nachts wakker en dacht 'hé, wat is dat, dat ben ik niet gewend' (...). Herbelevingen kunnen een gevolg zijn van gruwelijke ervaringen aanhoren, waardoor de zorgverlener zelf ook het eigen wereldbeeld bij moet stellen."(Z2)

De geïnterviewden vertelden hoe zij betrokken zijn geraakt bij de zorg voor asielzoekers. Bijvoorbeeld vanuit de eigen (vluchtelingen)achtergrond of uit een idealistische keuze. Zij

vertalen hun persoonlijke betrokkenheid naar wat zij professioneel voor asielzoekers kunnen doen.

“Een bepaald idealisme of het idee dat je de wereld kunt verbeteren of veranderen, dat is er bij mij wel uit. Maar dat wil dus niet zeggen dat ik minder geëngageerd ben. Je moet het dichtbij zoeken, met de mensen met wie je contact hebt, dáár kun je wat veranderen of bereiken. Maar het grote geheel, daar geloof ik niet meer in.”(Z1)

Voor zorgverleners met weinig ervaring blijkt de GGZ aan asielzoekers soms een schokkende *eyeopener*. De verhalen over de situatie van asielzoekers voor hun vlucht of over de situatie in Nederland laten hen niet koud, ook niet als zij meer ervaring hebben.

“Ik heb altijd pijn in mijn buik als ik op een AZC kom.”(F 4)

“Je hoort soms zulke beestachtige dingen die mensen zijn overkomen. Die gebeuren gewoon, maar staan totaal buiten je eigen wereld, je eigen normen, je eigen bewustwording. Dat kan persoonlijk tot twee soorten reacties leiden: je afsluiten, dan word je cynisch. Of je wilt mensen gaan ‘redden’. “(F 3)

Veel zorgverleners herkennen deze twee typen reacties, waarbij de ervaringen van asielzoekers en de ervaren onmacht om iets aan hun omstandigheden te kunnen verbeteren, kunnen leiden tot over-betrokkenheid maar ook tot een te afstandelijke houding. Beide reacties kunnen spanningen in de therapeutische relatie tot gevolg hebben.

“In beide gevallen schaadt die houding je therapeutische vaardigheden. De therapeutische ruimte wordt kleiner, de therapie stagneert. De patiënt voelt dat, ook al kan hij of zij dat niet onder woorden brengen. Op het moment dat ik geshockeerd ben, kan ik niet meer helder denken. Daarnaast ga je soms ‘reddend’ psychosociale hulp bieden, terwijl je bent opgeleid om psychiatrische en psychotherapeutische hulp te bieden. Je onthoudt de patiënt daarmee je deskundigheid.” (F 4)

De behandeling van asielzoekers roept bij zorgverleners allerlei reacties op. Als zij zien dat mensen nauwelijks geld hebben om eten te kopen of reiskosten te betalen om naar de GGZ te komen, wil men graag iets doen. Sommigen kiezen ervoor eten en spullen te geven.

“Ik hanteer strikte regels. Ik geef bijvoorbeeld nooit geld. Maar wel een banaan of boterham uit mijn eigen lunchpakket, als ik weet dat de patiënt met honger weer terug moet. Of ik geef hem een jas.”(F 4)

Zorgverleners zijn zich ervan bewust dat de gesprekken met asielzoekers een ‘overdracht- en tegenoverdracht’-dynamiek oproept. Zij proberen de reacties op individuele cliënten van belangenbehartiging te scheiden.

“Bij mij leidt persoonlijke betrokkenheid soms tot nog meer (ongewenste) overdracht en tegenoverdracht, vanwege mijn eigen migratieachtergrond als vluchteling. Ik maak dat dan bespreekbaar. Maar het levert soms ook onbespreekbare schuldgevoelens op: we komen uit hetzelfde land, maar ik zit in een totaal andere situatie hier in Nederland als mijn patiënt. Je moet oppassen geen dingen te doen om je eigen onmacht te bestrijden. Mijn oplossing is dat ik niet op individueel niveau belangen van patiënten ga behartigen, alleen collectief.” (F 4)

Hun eigen emoties overvallen zorgverleners soms. In de opleiding is te weinig aandacht voor deze doelgroep en de specifieke reacties die dit op kan roepen.

De grote betrokkenheid bij asielzoekers die alle respondenten gemeen hebben en mogelijke veranderingen van het wereldbeeld, kunnen tot gevolg hebben dat zorgverleners de zorg voor asielzoekers niet kunnen volhouden. Het kan tot psychische overbelasting leiden, waardoor de patiënt moet worden overgedragen en zowel het belang van de zorgverlener als van de patiënt in het geding zijn.

4.2.3 Diagnostiek

Een gelijke behandeling van patiënten neemt niet weg dat er bij asielzoekers soms afgeweken moet worden van richtlijnen, omdat richtlijnen niet toepasbaar zijn en omdat het belang van de patiënt in het geding is. Dat levert echter voor verschillende respondenten twijfel op over de diagnostiek.

“Een heleboel van je diagnostische instrumenten kun je niet inzetten, want die zijn niet valide als je ze via een tolk zou moeten vertalen. Het komt dan aan op het klinisch psychiatrisch onderzoek (...). Niemand wil ten opzichte van zijn collega's laten zien: 'Ik kan het niet.' Je wilt uiteindelijk toch met een diagnose komen. Dus daar spelen allerlei facetten: wel of niet behandelen, kans op succes zien, of behandelmogelijkheden vinden.”(Z1)

De respondenten denken niet lichtzinnig over een diagnose stellen bij asielzoekers. Ze realiseren zich dat een diagnose niet alleen bij hun cliënt, maar ook bij andere partijen een eigen leven kan gaan leiden. Zorgverleners zijn zich er van bewust dat een diagnose consequenties kan hebben in de juridische procedure. Geen enkele zorgverlener was bereid een diagnose te stellen die hij niet geheel kon onderbouwen. Men heeft het gevoel onder een vergrootglas te liggen: als men later de diagnose niet zou kunnen onderbouwen, zou dit negatieve consequenties kunnen hebben voor de zorgverlener en mogelijk ook voor de asielzoeker in kwestie.

Een diagnose is meer dan bij reguliere patiënten uiterst lastig, omdat er vrijwel altijd sprake is van een gemengd beeld: psychopathologie en omgevingsfactoren die de psychische klachten (deels) zouden kunnen verklaren.

Het onderkennen van culturele aspecten in de classificaties van de DSM⁸ is eveneens ingewikkeld. Voor sommige zorgverleners is dat reden om alleen een beschrijvende diagnose te gebruiken.

Het inschatten van suïciderisico's is één van de ethische aspecten die geïnterviewden uitgebreid naar voren brengen. Ook dit is bij asielzoekers complexer dan bij reguliere patiënten in de GGZ. De wanhoop van asielzoekers kan ineens acuut worden als er iets in hun asielprocedure of verblijf verandert.

“Mensen zijn vaak vreselijk wanhopig. Suïcidale gedachten en uitingen zijn er bijna permanent Dat is altijd een dilemma: hoe beoordeel je dat? Heel ingewikkeld hoor, als mensen zeggen: 'Ik dood mezelf en mijn kind als ik teruggestuurd word naar land X.' [korte stilte] Die afweging is heel erg ingewikkeld. Hoe goed je ook bent opgeleid in

⁸ DSM: de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders beschrijft de classificaties die in de GGZ worden gebruikt.

suïcidepreventie, welk risico kun je nemen en hoe ga je daarmee om? Gewoon een hele ingewikkelde afweging.”(Z2)

Zorgverleners zijn zich er terdege van bewust dat de registratie van en communicatie over het risico op suïcide effect kan hebben op de asielprocedure (zie ook paragraaf 4.4.4 op blz.36). De asielzoeker zou in kunnen spelen op dat effect en om die reden suïcidale uitspraken doen. Dat maakt het doorgaans toch al complexe vraagstuk van suïciderisico's nog moeilijker.

“De afweging of een suïcidale uiting meer agerend is, dus bedoeld om iets te bereiken, dan daadwerkelijk een doodswens, die afweging geldt bij andere patiënten ook. Maar die angst om teruggestuurd te worden, die komt natuurlijk in deze doelgroep heel veel voor. En is ook voorstelbaar. Als je nu naar Syrië wordt teruggestuurd, word je niet blij. Afghanistan is ook niet echt het paradijs op aarde. Dat kun je je allemaal heel goed voorstellen. Soms is het irrationele angst, dat mensen het idee hebben dat die en die dader daar nog rond loopt. Dan is de angst voor die ene dader voldoende om niet terug te durven.”(Z1)

4.2.4 Behandeling

Het werken met niet-gevalideerde instrumenten voor diagnostiek en behandeling wordt verder bemoeilijkt door de onrust en onzekerheid van de (situatie van de) asielzoeker. Voor trauma- of depressiebehandeling mag een patiënt bijvoorbeeld niet in een crisissituatie verkeren, maar dit is bij asielzoekers bijna altijd wel het geval. Eén van de zorgverleners vergelijkt het ontbreken van stabiliteit met het niet voldoende rust kunnen nemen na een blessure. Wat is dan het belang van de patiënt?.

“Zolang de asielzoeker in de asielprocedure zit, is daarvan [stabiliteit, ondersteuning van naasten, afleiding, red] geen sprake. Want hij woont in een asielzoekerscentrum, heeft heel weinig privacy, heeft niks te doen. En inherent aan de asielprocedure is een voortdurende stress. (...) Ik geef de asielzoeker wel vaker het voorbeeld: ‘Stel je bent een voetballer. Je krijgt een enorme trap tegen je enkel en die is kapot. Dan ga je naar een behandelaar en die zegt: ‘Het komt wel goed met die enkel. Een tijdje rust, die en die oefeningen, deze medicijnen, die therapie. Na een paar maanden is jouw enkel een stuk beter.’ Maar als jouw coach vervolgens zegt: ‘Ik wil tóch dat je weer gaat spelen.’ En je gaat meteen weer het veld in en je krijgt telkens weer een nieuwe trap tegen die enkel. Dan kan die behandelaar behandelen wat-ie wil, maar dan komt het met jouw enkel niet goed. Je ziet zelden een patiënt die gedurende de asielprocedure klachtenvrij is.”(Z1)

Of een behandeling effect heeft is niet altijd duidelijk en soms kan het belang van de patiënt wel gediend worden met behandeling.

“Ik zou niet weten waarom je iemand twee of drie jaar in een asielprocedure zou laten zitten en geen traumabehandeling opstarten. Dat heb ik dus altijd hoog in het vaandel gehouden: als ik denk dat zou goed kunnen zijn en meerwaarde hebben, dan meld ik zo iemand aan. Met de wetenschap dat iemand misschien te horen krijgt: ‘Je moet dit land verlaten!’.”(Z2)

Zorgverleners worden in de behandeling van asielzoekers geconfronteerd met klachten die niet gemakkelijk te verhelpen zijn. Ze zien als effect daarvan dat de asielzoekers langdurig last

houden van bepaalde klachten en steeds meer hospitaliseren en zich als 'zieke' gaan gedragen. Dat zij over een sterk overlevingsmechanisme kunnen beschikken, kan dan naar de achtergrond verdwijnen.

"Hoe langer ze in procedure zijn, hoe meer hun eigen identiteit achter de ziekte verdwijnt."(F2)

Een geïnterviewde vertelt dat het soms in het belang van de patiënt kan zijn om geen standaard traumabehandeling aan te bieden maar (slechts) stabiliteit te bieden.

"Ik zet geen EMDR in of een ander inzicht gevende therapie, want je wilt dat mensen in zo'n instabiele situatie het leven gewoon kunnen volhouden. Trauma's verwerken vergt veel te veel stress."(Z6)

Kortdurende behandelprogramma's kunnen een oplossing bieden. Asielzoekers moeten soms op heel korte termijn verhuizen, maar zo kan toch zorg worden geboden die ze nodig hebben.

"Op dit moment zijn we bezig kortdurende behandelprogramma's te ontwikkelen omdat asielzoekers te vaak van woonplaats verwisselen, gedetineerd of uitgezet worden. Dat heeft consequenties voor de behandeling. We merken vaak dat de behandeling eigenlijk nog op gang moet komen als de patiënt al weer weg is, tegen zijn wil natuurlijk."(Z3)

De plotselinge en onvrijwillige beëindiging van een behandelcontact, laat zorgverleners niet onberoerd. Zij willen niet alleen zorg blijven bieden als patiënten dat nodig hebben, maar voelen zich geraakt door dergelijke gebeurtenissen. Dat laatste laat een persoonlijke betrokkenheid zien en veronderstelt wederzijdsheid in het contact, waarmee de zorgverlener als mens niet buiten schot blijft.

"Ik vind het uiteraard zeer moeilijk te verteren dat mensen die ik heb leren kennen in de behandeling, altijd als oprecht heb ervaren, en ik intens zie lijden, dat dat die inééns niet meer terugkomen op mijn spreekuur. Dan hoor ik dat ze in de boeien geslagen zijn en waarschijnlijk al terug zijn naar het land van herkomst. En dat zijn niet de fijnste landen. Dat vind ik verschrikkelijk en doet me vaak heel veel pijn. Daar ben ik soms wel bang voor, [volume neemt toe:] o god, wordt die straks teruggestuurd? Hoe kunnen ze dat doen! [normaal volume:] Wat staat hem te wachten daar? Dan komt dat asielbeleid gewoon heel dichtbij. Op een gegeven moment is die patiënt weg [met nadruk:] maar dat wil niet zeggen dat jouw zorg om die patiënt ook in een keer ophoudt. [normaal:] Er zijn misschien maar weinig mensen die de patiënt zo goed kennen als ik."(Z1)

In het laatste citaat valt een rollendynamiek op van slachtoffer, aanklager en redder, die doet denken aan de dramadriehoek (Karpman, 1968). De wanhoop en hulpeloosheid van de asielzoeker kan door een zorgverlener zo gevoeld worden, dat deze zijn patiënt wil redden. Deze rollen zijn niet waardevrij en sturen interacties met asielzoekers. Verschillende respondenten zeggen expliciet dat asielzoekers reddersfantasieën bij hen kunnen opwekken en zij beoordelen die doorgaans als ongewenst. Die zouden immers de eigen kracht, zelfstandigheid en zelfredzaamheid van patiënten kunnen ondermijnen.

"Dat appèl, die hulpeloosheid en de hopeloosheid maakt dat wij gaan zoeken naar allerlei oplossingen om de pijn te stoppen. Dat kan onder je huid gaan kruipen als therapeut. Je wil redder worden en hen uit de pijn te halen, en dat is niet te doen. Het is

belangrijk te accepteren dat dit een machteloos makende situatie is voor de cliënt en dat jij ook die machteloosheid voelt. En dat je binnen de therapie toch naar hulpbronnen van de cliënt gaat zoeken.” (Z6)

Slachtoffer- en daderproblematiek komt op een andere manier aan de orde bij asielzoekers die zowel slachtoffer als dader van geweld zijn. Dit thema is vergelijkbaar met bijvoorbeeld de situatie van patiënten die zedendelicten hebben begaan, maar het krijgt in de zorg voor asielzoekers soms een speciale of sterkere betekenis, zoals bij kindsoldaten, oorlogsgeweld en verkrachting. Het belang van de asielzoeker kan zijn om een bepaalde behandeling te volgen, maar dat kan strijden met het rechtvaardigheidsgevoel van de zorgverlener.

“Een dilemma is het slachtoffer- en daderschap ineen. [...]Hoe ga je daar mee om? Lukt het je om dat dader-deel even apart te zetten, en je te focussen op dat slachtoffer-deel? Zo werkt dat natuurlijk in de praktijk niet. Je bent je toch altijd bewust van iemands verhaal. Mensen noemen bij de intake vaak dat daderstuk helemaal niet. Dan kom je er pas tijdens de behandeling achter. Nou, dat is best lastig. [...] Ik ken talloze voorbeelden. Je wil iemand van zijn klachten afhelpen, maar daar zit ergens een limiet aan, ethisch. Die dader zit dan voor je! Wat ga je dan doen? Ga je dan EMDR doen, want dan heeft-ie geen nachtmerries meer? [stilte] Dat weet ik niet.” (Z5)

4.2.5 Evaluatie van de behandeling

De evaluatie van de (effecten van een) behandeling roept ook ethische dilemma's op. Allereerst is er de verzuchting dat behandelen soms dweilen is met de kraan open.

“Vaak zei men: ach daar kun je toch niks mee, allemaal verloren tijd.”(Z2)

“Ik heb me daarna te vaak machteloos gevoeld omdat je merkt dat zelfs kleine verbeteringen teniet gedaan worden door slecht nieuws.”(Z3)

Een gevolg hiervan was dat sommige (collega's van geïnterviewde) zorgverleners gedemotiveerd werden, juist omdat het effect als tijdelijk of minimaal werd ervaren. Anderen vertellen dat klachten konden verminderen, maar dat het naar buiten brengen daarvan strijdig met het belang van de patiënt zou kunnen zijn, wat weer een aantasting van de beroepseer kon zijn.

“Het is een bijzondere situatie. Je wil graag eens de successen groot neerzetten. [...] Het is natuurlijk toch je eer als behandelaar. Je schrijft graag over wat er bereikt en verbeterd is, als je mensen een tijd lang in behandeling hebt. Dat is toch je bestaansreden als behandelaar. Dus bij asielzoekers meet je je grote bescheidenheid aan, door daar weinig woorden aan vuil te maken. Dat lijkt mij in dit geval een ethische manier van doen. Maar daarvoor zet je ook iets opzij.” (Z4)

De vraag of behandeling zinvol is, of dat de omstandigheden van de asielzoekers behandeling juist in de weg staan, is in meerdere focusgroepen aan bod geweest. Zorgverleners zien weinig problemen met een ondersteunend, coachend en stabiliserend contact, maar voelen vaak meer twijfel bij het aanbieden van een behandeling. De belangrijkste redenen daarvoor zijn de onzekerheid over het kunnen voortzetten van die behandeling en de inschatting dat de psychische gezondheid van patiënten bij de start of gedurende de eerste fase van een

behandeling vaak verslechtert. Een andere reden om terughoudend te zijn, vormen de slechte omstandigheden en beperkte middelen, zodat bepaalde interventies niet reëel zijn.

De complexe afwegingen rond behandelingen werden vaak genoemd en soms hebben zorgverleners zelf ook twijfels over de eigen rol en competenties. Is maatwerk mogelijk en wat betekent het niet kunnen loslaten van patiënten?

Ook de vermenging van het medische en het juridische traject levert spanningen op. Asielzoekers weten doorgaans dat medische klachten invloed op de asielprocedure kunnen hebben en sommige zorgverleners bespreken dat expliciet. Als een behandeling vanuit medisch perspectief zinloos is, kan deze beter beëindigd worden – om anderen een kans te geven behandeld te worden. Vanuit juridisch perspectief echter, kan een behandeling soms beter worden voortgezet, omdat het langer verblijf kan inhouden.

“Verblijf op medische gronden, dat is altijd een hoofdpijndossier (lacht). Ik zeg soms tegen patiënten die dat overwegen: ‘besef je dat je eigenlijk nooit beter moet worden want dan verlies je je verblijfsrecht.’ Dan word ik gerust gesteld, want ze willen wel beter worden. Het creëert heel veel weerstand in de behandeling. Ik begrijp het ook, als persoon en als behandelaar. Zelfs als mensen niet die intentie hebben, is het heel logisch dat ze bewust of onbewust niet de juiste voorwaarden creëren om beter te worden. Op grond van medische redenen kunnen mensen een jaar extra verblijfsduur krijgen. (...) Op het moment dat je geen herstel ziet, dan beëindig je de behandeling, omdat het gewoon zonde is van jouw tijd en die van de patiënt. Dat heeft consequenties. Ik heb één keer meegemaakt dat iemand zo’n verblijfsvergunning wilde aanvragen op advies van zijn advocaat. Er was helemaal geen vooruitgang in de behandeling. Toen heb ik voorgesteld: je hebt helemaal geen baat bij de behandeling, zullen we die beëindigen? Hij was het er mee eens. [...] We hebben die behandeling beëindigd omdat het niet ethisch is naar mensen op de wachtlijst die wel misschien vooruit kunnen gaan. Heel ingewikkeld.”(Z3)

Geen van de respondenten gaat er vanuit dat asielzoekers klachten fingeren. Als asielzoekers dat al zouden doen, komen ze daar als behandelaars vrij snel achter.

“Mensen houden dat toch niet zo heel lang vol, is mijn ervaring. Wij zijn natuurlijk heel erg door de wol geverfd hier. Bij de tweede lijn hoor je het veel vaker. Het zou me verbazen als die asielzoekers hier niet door de mand vallen. Er wordt toch ook veel psychodiagnostiek op losgelaten. Maar ja, alles kan. We hebben wel eens mensen gehad met eh, waar we dan de diagnose ‘nagebootste stoornis’ van hebben gemaakt. Dus dat bestaat wel, ook bij ons. Ik kan me twee gevallen herinneren in al die jaren, in de hele tent, niet alleen bij mijn eigen cliënten.”(Z5)

In één focusgroep komt echter meer twijfel naar voren. Een deelnemer vertelt dat een asielzoeker na een verblijfsstatus zijn medicijnen bij haar komt inleveren en zegt: “Zo, die heb ik niet meer nodig”. Of er was de observatie dat sommige asielzoekers op het spreekuur nog wanhopig zijn, maar dat zij later op de markt ‘ontspannen’ rond lopen.

Een eventuele verlenging van verblijf op medische gronden is tijdelijk. Als de behandeling niet binnen afzienbare termijn van een jaar tot verbetering leidt, zal, volgens respondenten, het BMA

besluiten dat verlenging van die behandeling niet nodig is. De spanningen tussen het medische en juridische kader komen verder in paragraaf 4.4 aan bod.

4.3 DE ORGANISATORISCHE CONTEXT

4.3.1 Werken in teamverband: vertrouwen en erkenning

Het tweede niveau waarop spanningen of dilemma's zich kunnen afspelen, is in het contact met collega's of met leidinggevenden.

Sommige zorgverleners werken in een team waarin iedereen asielzoekers behandelt. In het team kunnen zij twijfels en ethische vragen met elkaar delen. Soms is er in de instelling een ethische commissie waar dilemma's voorgelegd kunnen worden. In andere instellingen zijn behandelaars van asielzoekers eenlingen. Het ontbreken van overleg en samenwerking kan tot spanningen leiden, die de kwaliteit van zorg beïnvloeden.

In beide organisatorische contexten kan de waarde 'vertrouwen' onder druk (komen te) staan.

"In het begin wilde ik dingen veranderen. Maar het kost zoveel energie, ik heb het opgegeven. Mijn collega's hebben een hele andere opleiding gehad en die GZ-opleiding is heel goed gedefinieerd, heel strak. Maar zij zeggen: ik zou die complexe dingen die jij doet, niet kunnen doen. Collega's doen dat helemaal niet... Ik zat een tijdje in een traumateam, daar kenden we elkaar heel erg goed en daar deden we de asielzoekerfamilies samen. Je moet wel collega's om je heen hebben. Ja."(Z6)

Eén zorgverlener heeft zich jaren actief ingezet om de toegankelijkheid van de eigen organisatie voor asielzoekers te verbeteren. Hij merkt nu dat bij nieuwe aanmeldingen direct en uitsluitend naar hem wordt verwezen. Hij probeert nu vaker andere collega's bij asielzoekers te betrekken. Zorgverleners noemen intervisie als noodzakelijk moment om spanningen in en over de behandeling te bespreken.

"Wat heeft mij geholpen om daar mee om te gaan?. In ieder geval melden en bespreken met collega's wat het met me doet, wat die patiënt met me doet. Of het gedragen wordt weet ik niet, maar ik heb het in ieder geval kunnen delen.."(Z2)

Beroepscodes van beroepsverenigingen kunnen behulpzaam zijn bij ethische dilemma's in de zorg voor asielzoekers. Aan alle respondenten is gevraagd of er in hun beroepsgroep dergelijke codes zijn waaraan zij handvatten ontleen voor de zorg aan asielzoekers. Allemaal moesten ze daar eerst over nadenken.

"Nee, ik kan niet zo één, twee, drie iets opnoemen."(Z1)

"Met asielzoekers? Nee, je moet gewoon niets doen wat niet mag (...) maar niet specifiek voor asielzoekers. Ik kan er niet eentje bedenken."(Z6)

Blijkbaar zien zorgverleners de beroepscodes niet als handreiking voor de zorg aan asielzoekers.

4.3.2 Organisatorische setting: efficiëntie en economische belangen

De zorg voor asielzoekers wordt ingekocht door Menzis, afdeling MCA, die met een kleine 40 GGZ instellingen afspraken heeft gemaakt. Op basis van die regeling kunnen instellingen de zorg

voor asielzoekers declareren. Onderdeel van die afspraken zijn bepaalde tarieven voor behandeling en het opstellen van rapportages. Hier zien we spanningen tussen wat de zorgverlener als belang voor zijn patiënt ziet en wat de manager als economisch belang (nog) gerechtvaardigd vindt. Brieven of andere schriftelijke informatie over de behandeling van een asielzoeker vergen bijvoorbeeld veel tijd en zorgvuldigheid. Dit wordt niet (voldoende) financieel vergoed. Mogelijk is daar ook een vermenging met juridische belangen te zien.

“Ik merkte spanning met mijn leidinggevende die vindt dat dit soort informatie door ons eigenlijk niet gegeven kan worden. Dat is een voorbeeld van een ethisch dilemma. Houd ik me aan de strikte definitie van mijn rol als behandelaar of neem ik het wat ruimer? Je wordt als behandelaar geacht een oordeel te geven over de consequenties voor de patiënt. Dat is een grijs gebied. Ik heb mijn leidinggevende gezegd dat het mij te ver gaat om het niet te zeggen. Dat is mijn professionele oordeel en ik kan het onderbouwen. Maar het was bij ons destijds niet gangbaar om die informatie te geven, dus dat heeft de nodige spanningen opgeleverd.”(Z3)

4.3.3 De organisatie vreest reputatieschade

Diverse zorgverleners stelden het imago van hun organisatie aan de orde. Het kan de positie van individuele zorgverleners aantasten, als zij meer dan anderen geneigd zijn asielzoekers in hun juridische procedure bij te staan door de advocaat of het BMA te informeren over de behandeling van psychische klachten.

“Waarom andere instellingen misschien terughoudender zijn om brieven te schrijven? Misschien dat ze denken dat ze dan te boek staan als instelling die dat soort dingen doet. Dat dat aanzuigende kracht heeft en patiënten alleen voor dat doel komen. Ik weet niet in hoeverre dat terecht is, maar ik denk dat je altijd brieven kunt schrijven die meer kansen bieden voor de patiënt, terwijl je dat professioneel kunt onderbouwen. Je moet dat willen. Het duurt soms wel meer dan een uur om alles goed door te nemen en te bespreken. Dat is een investering die volgens mij hoort bij het werk van een therapeut.”(Z3)

Een ander risico is dat bij teruglopende aantallen asielzoekers, de instelling haar formatie aan zou moeten passen. Om die reden kan het verstandig zijn andere doelgroepen aan te spreken. Het is uit de interviews niet duidelijk geworden of aan een dergelijke ontwikkeling ethische dilemma's zijn verbonden.

“Als je je als organisatie alleen maar toelegt op vluchtelingen en opeens is er een beleid gericht op het aantal asielzoekers te reduceren, ja, dan ben je in je voortbestaan bedreigd. (...) Dus daar doet [naam instelling] heel verstandig aan om (...) te spreiden en te verdunnen.” (Z4)

4.4 CONTACTEN MET ANDERE ORGANISATIES OVER DE ASIELZOEKER IN BEHANDELING

4.4.1 Botsende belangen en waarden

In contacten met andere organisaties ervaren veel respondenten een botsing van belangen, rollen en onderliggende waarden. Zo wordt medische informatie door niet-zorgverleners bijvoorbeeld buiten de medische praktijk geduid en gebruikt. Deze spanning tussen verschillende

waardepatronen uit zich vooral in een spanning tussen het juridisch traject (asielprocedure) en het medisch traject (diagnose, behandeling, medische informatie, et cetera). Sommige respondenten proberen deze twee discoursen, praktijken en waardepatronen zoveel mogelijk uit elkaar te halen en zich zoveel mogelijk tot het medische traject te beperken. Anderen benadrukken juist dat dit niet mogelijk is. Zij vertellen dat je als zorgverlener wel degelijk invloed hebt op de juridische procedure en die procedure kan op zijn beurt ook weer invloed op (klachten van) cliënten hebben.

“Eén van de belangrijkste of lastigste ethische kwesties is het feit dat veel asielzoekers de GGZ gebruiken binnen hun juridische procedure. Het gaat dus niet alleen maar om het verbeteren van hun gezondheid, maar er valt ook ziekte winst te halen. Dat maakt het enorm complex. Ik schat dat 70 of 80 procent van al mijn patiënten hun behandeling gebruikt in hun asielprocedure. Soms terwijl de asielprocedure nog loopt. Maar het kan zijn dat ze al een negatieve beschikking hebben gekregen en vragen om een artikel 64 procedure. Dat wil zeggen dat ze eigenlijk op straat gezet moeten worden of het land uit, maar dat ze daar een periode respijt voor kunnen krijgen, op basis van een medische behandeling die nog loopt.” (Z1)

“Dat is een grijs gebied. Volgens mij moet de bewoner altijd toestemming geven. (...) En dan moet het allemaal protocollair aangevraagd worden, dus via een geclausuleerd verzoek door bijvoorbeeld COA. En dan met een toestemmingsverklaring van de patiënt erbij, dan zou ik wat kunnen doen. Dan zou ik ook op bepaalde heel gerichte vragen antwoord mogen geven.” (Z1)

Het is goed denkbaar dat hier een ethisch dilemma speelt omdat de patiënt niet tot in detail geïnformeerd wordt over welke informatie de zorgverlener aan andere actoren geeft (*privacy*; *informed consent*). De ethische dilemma's die het opvragen van medische informatie over de behandeling bij de zorgverleners oproept, lijken per actor te verschillen. Dat geldt met name voor de contacten met de advocaat en het Bureau Medische Advisering (BMA), ook al raken sommige dilemma's elkaar.

4.4.2 Advocaat: medische informatie als juridisch bewijs

Bij de meeste respondenten roept contact met de advocaat geen of nauwelijks ethische dilemma's op. De redenering is dat zowel de behandelaar als de advocaat proberen het belang van de cliënt te dienen en diens autonomie te respecteren, bijvoorbeeld door de cliënt te betrekken in de informatieoverdracht op basis van een toestemmingsformulier.

“De advocaat is mijn cliënt dus die heeft recht op inzage in de medische procedure. Het is in de GGZ ten goede van de cliënt, dus daarom zorg je dat je een toestemmingsformulier hebt in jouw dossier” (Z6).

Tegelijk kan een advocaat, als vertegenwoordiger van de asielzoeker, informatie gaan gebruiken buiten het medische terrein, bijvoorbeeld als bewijs voor geweldservaringen. Nuances in diagnose en behandeling, die binnen het medische discours gelden, dreigen dan verloren te gaan.

“De advocaat is de vertegenwoordiger van de bewoner, maar geen arts of GGZ-deskundige. Het is voor hun gemakkelijk om te denken: ‘wel of niet depressief? Wel of geen posttraumatische stress stoornis? Wel? Dan heeft de patiënt iets ernstigs meegemaakt en dat zou wel eens bewijs kunnen zijn voor dat hij toen en toen daar mishandeld is.’”(Z1)

Het informeren van de advocaat kan zo zorgen voor een ethisch dilemma over de rolopvatting van de zorgverlener, die vast wil houden aan de eigen professionele standaarden.

4.4.3 Bureau Medische Advisering: latent en openlijk wantrouwen

Waar het contact met de advocaat meestal niet zo’n groot probleem is, is dat wel zo in de contacten met het BMA. Hierbij speelt een rol dat respondenten niet precies weten wat er gebeurt met informatie die zij geven. De relatie met het BMA wordt gekenmerkt door een latent dan wel openlijk wantrouwen.

Voor zover bekend is er geen rechtstreeks contact tussen de IND en zorgverleners, maar opvallend is dat diverse respondenten zeggen dat het IND hen om informatie vraagt. Blijkbaar beschouwen deze respondenten het BMA als (onderdeel van) de IND, ofwel zien zij geen verschil tussen beide diensten.

“De IND hoeft niet van A tot Z alles te weten. Het BMA vertrouw ik meer, dat is het laatste traject vóór de IND, daar zit een artsengroep en daar heb ik geen moeite mee om informatie aan te verstrekken, maar dan nog ga ik niet uitgebreid het hele EPD [patiëntendossier, red] doorsturen.”(Z2)

De argwaan over wat het BMA met de informatie gaat doen en of die informatie het belang van de patiënt zou kunnen schaden, vormt een dilemma. Als een asielzoeker bijvoorbeeld om medische reden een langer verblijf is toegekend, kan te positieve rapportage over de behandeling gevolgen hebben voor de juridische procedure.

“Je krijgt dan een soort catch-22 situatie. Zou de gezondheid van de patiënt verbeteren, wat natuurlijk de bedoeling is, dan zegt het BMA: ‘de klachten zijn verminderd, dus nu kunnen we actie ondernemen; je op straat zetten of terugsturen naar het land van herkomst.’ En als de gezondheid niet verbetert, dan zegt het BMA: ‘de behandeling slaat niet aan, dus meer behandelen heeft waarschijnlijk geen zin. Dus kunnen we die artikel 64 procedure stoppen en mag je uit de opvang gezet worden. Daarmee zit de asielzoeker in een hele paradoxale situatie, waarbij hij natuurlijk wel graag van zijn klachten wil afkomen, maar daarmee het risico loopt dat de artikel 64 procedure wordt opgeheven en hij dus op straat komt te staan. dat levert zoveel stress op, dat je kan zeggen dat dat een onderhoudende factor voor hun problemen is.” (Z1)

Een ander dilemma is dat de zorgverlener geen idee heeft op welke manier de informatie geïnterpreteerd en gebruikt zou kunnen worden. Het kan er toe leiden dat de zorgverlener terughoudend wordt om informatie te geven, ter voorkoming van een belangenconflict of schade aan de patiënt schade.

“Ik vind dat je je op heel glad ijs begeeft, als je dit via een omweg probeert te bereiken. Want ik weet helemaal niet of die patiënt récht heeft op asiel, of niet. Om dat op zo’n manier te beïnvloeden, dat vind ik niet mijn taak. Mijn taak is gewoon om de klachten

van de patiënt te duiden, daar een beschrijvende diagnose aan te hangen en een behandeling op te plannen.”(Z2)

Een andere zorgverlener benadert hetzelfde dilemma net iets anders. Hij wil niet als onafhankelijke beoordelaar gezien worden, maar ‘kiest’ voor het opkomen voor het belang van de patiënt vanuit zijn professionele rol, zonder klachten of diagnoses anders te beschrijven dan hij kan onderbouwen.

“Ik heb niet de illusie dat ik onafhankelijk ben. Natuurlijk sta ik aan de kant van mijn patiënt, zo veel mogelijk als de taakopvatting mij toestaat. Maar om iets te verzinnen waar ik zelf niet helemaal in geloof, dat gaat me te ver. Als ik echt vind dat iemand geen PTSS heeft, doe ik het niet. Dat is een ander dilemma; wil je fraude plegen om een patiënt te helpen en zo ja, is dat de juiste manier om iemand te helpen?”(Z3)

Zorgverleners zijn zich ervan bewust dat al te positieve rapportage het belang van hun patiënt kan schaden en dat willen zij niet, maar ze zijn niet bereid daarover te liegen.

“Dus schrijf je dat het met iemand beter gaat dan een jaar geleden, dan weet je dat dit tot gevolg heeft dat de procedure mogelijk negatief voor de cliënt eindigt. Maar we mogen niet liegen. Dus je hebt twee conflicterende situaties. Je wil de waarheid schrijven, maar je wilt ook de cliënt geen schade berokkenen. Dus wat dan?”(Z5)

Een ander denkt dat brieven schrijven überhaupt weinig zin meer heeft. Zij wil de patiënt bovendien geen valse hoop geven en vermoedt dat brieven in de huidige sociaal-politieke context geen enkel effect zullen hebben.

“Je moet niet als redder denken dat het jouw verantwoordelijkheid is en dat jij die persoon gaat redden. Dat is gewoon niet te doen. Het is belangrijk om te weten wat de politieke en sociale situatie is van de tijd want je wordt uitgelokt om brieven te schrijven. Dat had inderdaad zin zes jaar geleden, maar nu niet meer. Als ik nu een brief zou schrijven, beloof ik iets en geef ik hoop. Maar het zit er niet meer in dat de IND of het BMA zegt: ‘we kijken nog een keer.’ Ik heb veel minder invloed.”(Z6)

De spanning tussen het medische en juridische traject heeft voor de zorgverleners dus diverse ethische consequenties, waarin het niet willen schaden van de belangen van de patiënt strijdig kan zijn met andere belangen, zoals de norm van de professional om betrouwbare informatie te geven die men ook kan onderbouwen. Bij instellingen waar het contact met het BMA veelvuldig voorkomt, is men in de afgelopen periode gaan overleggen met het BMA over de communicatie over de behandeling van asielzoekers, waarbij is besproken welk type vragen de zorgverlener wel en niet zou kunnen beantwoorden.

“Daar ben ik zelf altijd een expliciet pleitbezorger van geweest: ja, je moet aan relatiemanagement doen. Want je bent eigenlijk voortdurend met elkaar aan het strijden. Ook heel expliciet: ‘Wat zijn nou de argumenten voor de partijen om dit of dat te doen?’ En dat is een ongoing struggle over het belang van een als veilig ervaren behandelomgeving bijvoorbeeld. Dat hebben wij op een gegeven moment heel prominent in onze brief gezet. Nu is er in 2010 een protocol BMA verschenen, waarbij expliciet geadresseerd wordt wat speculatief of subjectief is, of weet ik het. BMA zoekt naar allerlei simplistische categorieën, bijvoorbeeld objectief-subjectief, waarbij

subjectief dan meteen speculatief is. Nou ja, goed, óm maar een positie in dit veld in te nemen, als het ware. Ja, daar ben ik het vaak natuurlijk gewoon mee óneens. En dat vind ik soms niet ethisch. Soms duren behandelingen lang en hebben ze minder succes omdat er zulke slepende factoren in zijn.”(Z4)

Respondenten vertellen dat zij de vraag van het BMA of adequate zorg voor hun cliënt in het land van herkomst voorhanden is veelal niet beantwoorden. Zij ervaren veel spanning bij die vraag en zijn daar ook verontwaardigd over. Het is verbazend dat respondenten dit ter sprake brachten, omdat volgens de protocollen de vraag over beschikbaarheid van zorg in het land van herkomst niet aan zorgverleners voorgelegd wordt. In de reacties valt bovendien op dat het belang van de cliënt dan opgevat wordt als “zo lang mogelijk in Nederland verblijven”.

4.4.4 Communicatie over suïcide: spanningen tussen het juridische en medische traject op zijn scherpst

Het BMA kan de zorgverlener informatie vragen over het risico op suïcidaliteit. Dat risico zou een rol kunnen spelen in een besluit over het asielverzoek met vrijwillige of gedwongen terugkeer naar het land van herkomst tot gevolg of op straat belanden. Suïcide (pogingen) vormen een risico voor de IND, zo denken respondenten, al gissen zij waarom dit het geval is. In elk geval laat de IND vaak via het BMA uitzoeken of dit risico reëel aanwezig is. Ook de Dienst Terugkeer en Vertrek (DT&V) kan via het COA het GC A vragen in te schatten hoe de bewoner van het AZC zou kunnen reageren op een aankondiging van vertrek.

“Ze weten wel dat ik beroepsgeheim heb, maar daar proberen ze toch altijd doorheen te prikken. Ze proberen altijd meer te weten te komen. Zij [het COA, red.] kennen de bewoner, zij maken zich ook bezorgd om hem en willen hem daarom eigenlijk nog niet op straat zetten. Ook vanwege de angst voor wat er gebeuren gaat, of de schade aan de organisatie. Dus dan willen ze het liefst de beslissing onderbouwen: we houden de bewoner nog een paar weken in het asielzoekerscentrum. Zodat ze kunnen zeggen: ‘De zorgverlener maakt zich ook enorme zorgen.’ Of: ‘De zorgverlener geeft toe dat de patiënt suïcidaal is.’ Ik probeer dat zo zorgvuldig mogelijk te doen.” (Z1)

Sommige zorgverleners verwijzen naar de zaak Dolmatov en beschrijven dat het BMA steeds meer nadruk legt op het inschatten van suïcidaliteit. Het BMA wil enerzijds medische informatie over het risico op suïcide, dat gekoppeld is aan de uitzichtloze situatie, die weer gekoppeld is aan de asielprocedure. Anderzijds spreekt zij zorgverleners aan op hun medische achtergrond met de vraag waarom zij de suïcidewens niet kunnen opheffen.

“De IND wordt steeds spastischer. Ze willen natuurlijk helemaal geen suïcide in de hand werken, dus willen de druk niet al te hoog opvoeren. Ze sturen regelmatig rapportages naar mij en vragen: ‘Hoe zit het met de suïcidaliteit van de patiënt?’ Wij hebben natuurlijk ons beroepsgeheim. Maar de vraag is bijvoorbeeld: ‘Hoe is de prognose? Verwachten jullie op korte tijd nog verbeteringen?’ En dan kom je in het dilemma dat je niet anders kan zeggen dan: ‘Ja, de patiënt zou wellicht beter worden als het perspectief van de patiënt beter zou worden. Met dit perspectief verwacht ik niet dat hij opknapt.’ Dan zie je dat de IND toch iets van mij verwacht: ‘Jij bent toch de behandelaar? Jij zou de patiënt hier toch verder in moeten kunnen helpen.”(Z1)

In paragraaf 4.2.3 is al besproken hoe complex de inschatting van suïcidale uitingen bij asielzoekers is. Net als bij reguliere patiënten voelen zorgverleners de verantwoordelijkheid voor het tijdig inschatten van een suïciderisico, zodat zij niet achteraf ter verantwoording worden geroepen omdat zij bepaalde ‘signalen’ hebben gemist.

“[BMA vraagt:] ‘Lopen we gevaar als iemand teruggestuurd wordt?’ Daar kan ik geen uitspraken over doen, want als ik dat zou doen en er zou iets gebeuren dan kan de IND of het BMA zeggen: ‘Meneer, u heeft dit toen in die brief gezet dus u bent verantwoordelijk’.”(Z2)

Het inschatten van het risico op suïcidaliteit moet wel onderbouwd worden en dat betekent dat de zorgverlener hier onderzoek naar moet doen, ook als de patiënt dit zelf niet naar voren heeft gebracht. In de richtlijnen voor suïcidepreventie worden zorgverleners aangespoord om proactief het suïciderisico ter sprake te brengen bij signalen van de patiënt. Dat doet men door die risico’s concreet te maken en eventueel een non-suïcide afspraak te maken. In dat geval hoeft er geen signaal van de asielzoeker te zijn gekomen om toch de vraag over het risico op suïcide te kunnen beantwoorden. Dat brengt de zorgverlener wel in het dilemma of het wel in het belang van de patiënt is om zonder directe aanleiding vaker over dit risico te beginnen.

Soms moeten zorgverleners een aparte afspraak maken om het onderwerp te bespreken.

“Het zijn gewoon de standaardvragen van het Bureau Medische Advisering. Waarbij je weet: het woord suïcidaliteit is daarin buitengewoon belangrijk. Meer dan alleen het woord. Je gaat heel goed na: wat heeft zich voorgedaan aan suïcidepogingen? En voor zover die er niet zijn geweest is, in hoeverre speelt dat toch een rol in het hoofd van de cliënt? Dat doe je normaal beroepsmatig ook, maar nu weet je dat het hier nog een ander belang heeft. Vanuit het besef dat het Bureau Medische Advisering vooral daaraan denkt. Ze hebben de logica dat als er nooit een TS is geweest, dat het ook nooit zal komen. Wat natuurlijk niet klopt. Maar daar houd je rekening mee, dat dat bijzonder overtuigend is richting het BMA. Als er geen TS is, ga je dat er natuurlijk niet bij fantaseren. Je moet dan sterker aanzetten wat er aan gedachten en plannen rondom suïcide ter sprake is gekomen. En als het nog niet zo was, dan breng je het ter sprake. Vanuit het idee dat hier over geschreven moet gaan worden.”(F2)

Bij suïciderisico’s rapporteren zien we het meest scherpe dilemma in de spanning tussen het medische en juridische traject. De zorgverleners benadrukken dat zij vooral vanuit hun professionele rol met dit risico omgaan en zo zorgvuldig mogelijk documenteren welke argumenten zij gebruiken voor een bepaalde conclusie.

“Ik merk dat in vrijwel alle gevallen waarin ik iets op papier zet waaruit blijkt dat de patiënt heel kwetsbaar is en zich mogelijk niet kan handhaven in het land van herkomst, dat dat wel zijn zaak ten goede komt. Maar als ik dat niet goed kan beoordelen en met enig vertrouwen kan zeggen dat het waarschijnlijk is, dan doe ik het niet.”(Z3)

Zij kunnen daarbij de spanning voelen tussen professionele inschattingen en interpretaties van klachten enerzijds en het belang van de patiënt om met een extra argument in Nederland te mogen blijven.

4.5 SOCIAAL- POLITIEKE CONTEXT- DE SAMENLEVING

4.5.1 Democratie vis-à-vis humaniteit

Volgens de respondenten is het asielbeleid restrictiever en de opvang (te) sober geworden. Soms verwijzen zij naar de politieke achtergrond van het asielbeleid en denken ze dat Nederlandse burgers niet goed weten tot welke schrijnende situaties het asielbeleid leidt, waardoor de waarden van humaniteit en volwaardigheid (van mensen) onder druk zijn komen te staan. Anderen stellen dat dit nu eenmaal is waar we in Nederland democratisch voor gekozen hebben. In de loop der jaren is het aantal asielzoekers afgenomen en lijkt het een politiek taboe geworden om te pleiten voor betere omstandigheden voor asielzoekers.

“In de jaren ‘90 heb ik met veel asielzoekers te maken gehad. Dat is beduidend minder geworden. Ik denk ook dat vijftien jaar geleden meer mogelijk was politiek en maatschappelijk gezien. De organisaties die dat nu zouden kunnen doen, zijn wegbezuinigd (lacht) en het is politiek taboe om problemen van asielzoekers aan te kaarten.”(Z3)

De omstandigheden in de opvang en de bejegening van asielzoekers worden echter als inhumain betiteld. Enkele respondenten denken dat burgers vaak niet weten hoe er met asielzoekers wordt omgegaan.

“Toen ik een aantal jaren geleden voor het laatst op een AZC kwam, liepen COA medewerkers in zwarte uniformen rond met een dikke sleutelbos en een walkie talkie. Dan lopen ze door die gebouwen heen te banjeren. (...) Ik vind dat asielzoekers als volwaardige mensen gezien moeten worden en niet dat ze met z’n allen in zo’n gebouw... Ze wonen hier wel in een vrij land, hoewel ik vraag me wel eens af of wij hier echt vrij zijn..., maar ze worden in zo’n gebouw gedumpt, in een kamer, 4 bij 4 met kinderen en, nou ja, vul maar in. Ik vind het slecht, echt heel slecht, hier in Nederland met het asielbeleid. Volgens mij kunnen wij van andere landen nog iets leren. Nederland heeft al twee of drie keer de gele kaart gekregen met betrekking tot de opvang van asielzoekers. Dan denk ik het wordt hoog tijd dat ze de rode kaart krijgen.”(Z2)

“Ik denk dat sommige PVV stemmers zich niet realiseren wat hun houding..., ik hoop bijna dat ze zich dat niet realiseren. Hoe de politiek en het vreemdelingenbeleid, tot wat voor schrijnende situaties dat aanleiding kan geven.”(Z4)

“De consequenties van het asielbeleid, wat dat doet met de asielzoeker? Er wordt hier alleen maar vanuit efficiency gedacht en het beheersen van de toestroom. En het zo kórt mogelijk houden van het verblijf in de AZC’ s. Het zijn allemaal kwantitatieve normen, waar zij zich door laten leiden. De kwaliteit van het asielbeleid voor mensen die hier om hulp komen vragen, daar is geen parameter voor.”(Z2)

De complexiteit van de opvang en de ethische consequenties daarvan heeft ook effect op hoe de zorgverleners zelf in het nieuws komen. Zij vinden dat er vaak geen recht wordt gedaan aan hun moeilijke positie.

“Er zou meer aandacht moeten komen voor de complexiteit waarin wij werken. En de ethische dilemma’s waar wij mee te maken hebben. Het zou goed zijn als daar wat meer begrip voor komt, van alle partijen waar wij mee te maken hebben. Want wij zeggen als collega’s vaak tegen elkaar: ‘Als wij in het nieuws komen, dan is het altijd negatief!’ Het wordt het ál-tijd negatief gelabeld: we schieten tekort, we doen te weinig, we zeggen níks, het is gehéimzinnig! Allemaal negatieve oordelen bij voorbaat. Onze organisatie is niet proactief hierin, je zou willen dat ze dat wel waren [toon wordt feller:]: ‘Wij doen dit en dit en dit. En we hier hebben we mee te maken. En wij zien deze moeilijke factoren als gevolg van het asielbeleid.’ [rustige toon:] Maar nee, wij zijn altijd defensie of afwachtend. Stel dat dit onderzoek onder de aandacht komt, dan kan dat ook andere mensen eens aan het denken zetten: [lacht zacht] het is ook allemaal niet zo makkelijk.”(Z1)

Deze zorgverlener hoopt op meer begrip en belangstelling van de Nederlandse bevolking, maar is ook nuchter en realiseert zich dat het beleid een gevolg is van democratische politieke keuzes.

“Ik ben niet politiek actief. In gesprekken met collega’s die hetzelfde werk doen, word je er wel nuchter onder: dit is wat je kunt verwachten als je dit werk doet. En je moet dat ook van je af zetten, je moet dat accepteren. Je relativeert het: zo is nou eenmaal het Nederlandse asielbeleid, daar heeft de meerderheid van de Nederlandse bevolking voor gekozen. Je moet het op de een of andere manier in de hand houden, iedereen doet zijn best.”(Z1)

Als gevolg van de confrontatie met schrijnende situaties zetten sommige zorgverleners zich actiever in voor hun patiënten, maar daarmee ondervinden ze andere ethische dilemma’s op het gebied van pleitbezorging.

4.5.2 Pleitbezorging

De meningen van zorgverleners over pleitbezorging, individueel of collectief, lopen uiteen. Zij vragen zich af of dit bij hun rol als behandelaar past. Ook hoeven waarden als rechtvaardigheid niet automatisch in handelen te worden vertaald.

“Ik denk dat er een grote rol voor de behandelaar is weggelegd, zij hebben er op de werkvloer mee te maken, niet de managers. Er zou sterke feedback van beneden naar boven moeten gaan door problemen en ethische dilemma’s aan te kaarten. Alle therapeuten oefenen vanuit rechtvaardigheid dit vak uit, maar zij kunnen dit vaak niet vertalen in concreet handelen. Ik heb wel eens het AZC gebeld en geklaagd dat er zo weinig faciliteiten en ontspanningsmogelijkheden zijn voor bewoners. En ooit een brief geschreven met de vraag of mijn patiënt een andere kamer kon krijgen. Dat is een beetje omstreden, maar verder heb ik niets aangekaart. Bijna alle patiëntengroepen hebben een collectieve vertegenwoordiging, asielzoekers met psychische klachten niet. We missen een groep die voor de GGZ dit soort problemen aankaart.”(Z3)

Een voorbeeld van pleitbezorging ontstond tijdens één van de focusgroepen. Een deelnemer vertelde dat er in de regio Den Bosch veel onrust was ontstaan onder Armeense vluchtelingen naar aanleiding van een wijziging in het besluit van de IND over de veiligheid in Armenië. Daardoor zou terugkeer een reële dreiging worden en veel Armeense vluchtelingen hadden een

brief gekregen van een organisatie die hen zou begeleiden bij hun terugkeer. Een groot deel van hen is in behandeling in de GGZ en zorgverleners zien een verontrustende toename van suïcidale gedachten. Eén zorgverlener heeft contact met de gemeente en samen hebben zij de media opgezocht om in de Volkskrant (7-9-2014) alarm te slaan over een 'golf aan suïcidepogingen onder Armenen'. In de focusgroep een week voor dat krantenartikel wilde de zorgverlener deze ervaring delen en nagaan of anderen dergelijke signalen ook hadden opgevangen.

Zorgverleners verwijzen ook naar andere organisaties die de belangen van asielzoekers zouden kunnen behartigen, waarbij de Johannes Wier Stichting, het IMMO en Pharos expliciet worden genoemd. Eén geïnterviewde voelde zich een stille getuige en ervoer een moreel appèl.

"Het feit dat de Johannes Wier Stichting er is. Acht jaar geleden was dat minder uitgewerkt. Toen was het meer een eenzame strijd van een team of een behandelaar met weinig weerklank. Dan voel je je soms een zwijgende getuige, of een medeplichtige aan bepaalde situaties. [...] Nu heb je dus het IMMO, en die doet dat. Ik ben blij dat zo'n organisatie er is. Daarmee is ons leven echt een stuk lichter geworden."(Z4)

Ethische conflicten in de pleitbezorging kunnen het gevolg zijn van verschillende opvattingen over de taak van de behandelaar. De behandelaar zelf zou kunnen denken dat hij meer kan en wil doen dan wat zijn of haar organisatie wenselijk vindt of in strijd is met de professionele gedragscodes.

"Er zit spanning omdat de organisatie denkt dat zij een andere rol voor jou hebben gedefinieerd. Het is niet helemaal duidelijk, het is een groot grijs gebied, maar het kan zo zijn dat het soort informatie dat je aan de IND of de advocaat geeft, dat er verschil van interpretatie is. Hoort dat in een brief of niet. Ga je als behandelaar je boekje te buiten als je dit soort informatie verschaft? Het kan in het belang van de patiënt zijn als je dit soort informatie beschrijft en je hebt wel wat speelruimte, maar ik wil niet alles opschrijven wat misschien in het belang van de patiënt is, je moet het kunnen onderbouwen en er in geloven. Maar ook kun je botsen met de grenzen van de organisatie en de mogelijkheden...."(Z3)

4.6 VELE VRAGEN – COMPLEXE SITUATIES

De ethische aspecten op de verschillende niveaus van het contact tussen zorgverleners en asielzoekers beïnvloeden elkaar. In het onderkennen van ethische dilemma's is het uit elkaar halen van diverse posities en belangen vaak een eerste stap om tot afwegingen en handelingen te komen. Maar in de concrete praktijk van de zorg voor asielzoekers hebben zorgverleners met de onderlinge beïnvloeding van partijen, rollen en niveaus te maken. Dat zorgt voor complexe situaties, waarin wat goed is voor een patiënt niet meer zo eenduidig te formuleren valt.

"Wat ik waarschijnlijk het belangrijkste dilemma in mijn werk vind: hoe je omgaat met problemen met de IND en de verblijfsvergunning. Wat voor rol verwacht je om te spelen? Welke rol verwacht jouw patiënt dat je zult spelen en welke rol verwacht jouw werkgever? Die rollen kunnen met elkaar botsen. De patiënt heeft – heel logisch gezien – in het begin misschien niet helemaal door wat jouw rol is. Dat kun je oplossen door informatie te geven. En je professionele kaders, als je dat heel strikt wilt opvatten, die schrijven voor dat als je informatie geeft aan bijv. de IND, dat je je dan houdt aan de objectieve weergave van de klachten en de behandelingen. Advocaten hebben vaak

behoefte aan nog meer informatie of ondersteuning en informatie bijv. over: wat er zou gebeuren bij uitzetting? Wat is het risico op suïcide of verergering van klachten? En ze willen weten of er vergelijkbare hulp beschikbaar is in het land van herkomst. Ik kan dat niet beoordelen. Er zijn andere instanties die dat kunnen. Maar een groot punt is wat voor informatie kun je of wil je geven over de consequenties van uitzetting voor jouw patiënt.”(Z3)

Een gevolg van het zich realiseren dat de ethische vragen divers zijn en dat andere partijen tot een andere afweging kunnen komen over wat goed zorgverlenerschap is, leidt er toe dat zorgverleners zorgvuldiger nagaan of zij wel aan alle voorwaarden of eisen van goed zorgverlenerschap voldoen. Op sommige aspecten hebben zij misschien niet veel controle, maar op het op orde hebben van het dossier wel. Dat daar extra naar gekeken wordt, is mede ingegeven door de te verwachten strenge controles.

“Voor mijzelf is dat heel belangrijk. Want als ik weet dat ik héél zorgvuldig gewerkt heb, en ik weet dat ik alles gedaan heb wat ik kon doen, ook al werkt de patiënt misschien niet altijd mee op de manier zoals ik zou willen, ik heb dan in elk geval gedaan wat ik kon doen. Dat is voor mij een geruststelling.

Ik vind dat je altijd zorgvuldig moet blijven, dat heb ik wel geleerd. Je moet uitermate zorgvuldig zijn. Je moet de patiënt altijd heel goed informeren, overal over. Je moet ook je eigen twijfels met de patiënt bespreken. Alles rapporteren. Het nog eens een keer nabespreken met collega's, of binnen intervisie: heb ik alles wel gehad en alles wel bedacht? Heb ik alles besproken? Dat is voor mij een voortdurende prikkel: ál die verschillende kanten om ÉXTRA zorgvuldig te zijn. En ÉXTRA compleet in mijn rapportage. Vorige week bleek dat ook nog, kwam de inspectie langs, voor een onderzoek naar de GGZ aan asielzoekers op aanvraag van de zorgautoriteiten. Dan wordt het weer helemaal doorgelicht. Dus voortdurend sta je onder de aandacht van óf de inspectie, óf de media, óf de politiek. En van de advocaten, én het Bureau Medische Advisering, én de IND. Dus er is altijd heel veel focus op. Ik móet het meenemen want ik kán het mezelf niet veroorloven daar onzeker over te zijn. Als ik dáár onzeker over word, dan kan ik mijn werk niet meer doen. Snap je?” (Z1)

4.7 SAMENVATTING

De standaarden die goed zorgverlenerschap (in de GGZ) doorgaans definiëren – zoals het gebruik van gevalideerde instrumenten, het bieden van behandelingen met bewezen effect, continuïteit van zorg, het risico op suïcide kunnen inschatten, het kunnen omgaan met slachtoffer- en daderproblematiek, en het beëindigen van zinloos medisch handelen – zijn voor verschillende zorgverleners moeilijk(er) uit te voeren in de GGZ voor asielzoekers.

Dat betekent dat respondenten zich in de marges begeven waar het moeilijk is om goed zorgverlenerschap te definiëren en daarnaar te handelen. Hun denken over de eigen (normatieve) professionaliteit staat onder druk, aangezien er onvoldoende (professionele of morele) kaders zijn waarbinnen zij hun handelen in relatie tot asielzoekers kunnen duiden. Moeten de richtlijnen en kaders opgerekt worden? Professionaliteit onder druk kan niet alleen leiden tot een gebrek aan erkenning voor hun handelen, maar zelfs op weerstand stuiten binnen en buiten de organisatie.

In contact met collega's is vertrouwen een belangrijke waarde. Dat voorkomt een eenzame positie van de zorgverlener en zorgt voor een gedeeld gevoel van verantwoordelijkheid. In organisaties waar een zorgverlener als (bijna) enige persoon asielzoekers behandelt, kunnen dergelijke waarden onder druk komen te staan. Op organisatorisch niveau spelen vooral economische waarden een rol die het voortbestaan van een organisatie garanderen. Respondenten moeten soms onderhandelen over hun rol waarin het belang van de cliënt kan strijden met efficiëntie en rechtvaardige verdeling van middelen. Verder is beeldvorming van de organisatie een belangrijk thema: volgens respondenten willen organisaties doorgaans niet bekend staan als een instelling waar veel asielzoekers terecht kunnen.

De grootste spanning die respondenten ervaren in contact met andere organisaties, en met name met het BMA, is die tussen het juridische en medische traject waardoor belangen, waarden en rollen door elkaar lopen en de waarde van vertrouwen moeizaam te realiseren is. Enerzijds voelen respondenten zich aangesproken op hun medische achtergrond, door hen zelf of door anderen, en proberen ze binnen de medische kaders te werken. Anderzijds ervaren zij een voortdurende vermenging van medische en juridische belangen. Eén manier van omgaan met deze spanning is relatiemanagement met het BMA, waarin verschillende belangen, rollen en waarden geëxpliciteerd kunnen worden.

Zorgverleners zien dat de politieke context de positie van de zorgverleners zelf en de omstandigheden van asielzoekers negatief beïnvloeden. Zij zouden willen dat meer Nederlanders zich realiseren dat een restrictief beleid voor asielzoekers tot schrijnende situaties leidt en dat zij daarmee ook eens voor de dag kunnen komen. Dit leidt ertoe dat respondenten, die (indirect) getuige worden van dergelijke schrijnende situaties, weinig erkenning ervaren. Pleitbezorging en de vraag of dit individueel dan wel collectief zou moeten gebeuren, blijkt omstreden en hangt ook af van het bestaan van andere organisaties die dat als hun taak zien.

De ethische dilemma's die professionals in de GGZ voor asielzoekers ervaren beïnvloeden elkaar en zijn daardoor complex. Sommige respondenten hebben het gevoel dat hun werk wegens de toenemende restrictieve maatregelen in het asielbeleid onder een vergrootglas ligt. Zij ervaren daardoor veel spanningen.

5 HET PERSPECTIEF VAN ASIELZOEKERS

Om het perspectief van asielzoekers te verkennen is gesproken met een panel bestaande uit vluchtelingen die allen een verleden als asielzoeker hebben. Ze praten zowel over hun ervaringen met zorgverleners ten tijde van hun eigen asielperiode die zij geruime tijd geleden hebben doorgemaakt, als over asielzoekers die nu in opvang verblijven. Alle respondenten hebben namelijk contact gehouden met asielzoekers en zetten zich op verschillende manieren voor hen in. In de focusgroep zijn de vier thema's – betrokkenheid en afstand, diagnostiek en behandeling, beroepsgeheim en informatie delen, en pleitbezorging – met de belangrijkste dilemma's van zorgverleners voorgelegd met de vraag of zij deze herkenden.

5.1 BETROKKENHEID EN AFSTAND VAN DE ZORGVERLENERS

Volgens de respondenten is het lastig om hun problemen met zorgverleners te delen. Zij ervaren de meeste zorgverleners als afstandelijk en weinig meelevend. Het betreft vaak zorgverleners waar zij als eerste mee te maken krijgen, bijvoorbeeld in een AZC.

“Je zit in de problemen, leeft in een hele andere wereld (AZC) dan de zorgverlener, dan zijn menselijke emoties het enige dat je met elkaar verbindt, die je begrijpt. Je verwacht een emotie te zien bij de zorgverlener, maar die krijgt je niet, je ziet niets. Ik ervaar vaak veel afstand, terwijl die zorgverlener die je tegenover je hebt de enige is die jou nu kan helpen. Je hebt hun steun zó nodig. Het is al lastig in een vreemde taal in een nieuwe omgeving hulp te vragen. En te weten dat je recht hebt op een consult van de huisarts. Als de verpleegkundige je daar niet op wijst, kom je daar pas veel later achter. Terwijl je soms wel een dokter nodig hebt.”

Ze verklaren die als afstandelijk ervaren houding als een beschermend mechanisme.

“Ik denk dat die afstand zelfbescherming is, ze willen zichzelf erbuiten houden.”

Het contact met zorgverleners is extra lastig als men aanvankelijk niet toe wil geven dat men psychische problemen heeft. Bovendien zou hulp zoeken voor psychische problemen later door werkgevers tegen je gebruikt kunnen worden, zo denken veel asielzoekers volgens de respondenten. Eén positieve ervaring in de zorg kan dan enorm veel betekenen. Eén van de respondenten was verwezen naar een fysiotherapeut in verband met schouderklachten. Deze behandelde haar, ze kreeg vertrouwen in hem en hij legde haar geleidelijk aan het verband tussen stress en fysieke klachten uit. Via hem is ze vervolgens bij een psycholoog terecht gekomen, toen ze inmiddels een verblijfsstatus had. Als de huisarts haar direct naar een psycholoog had verwezen, was dat veel te confronterend voor haar geweest, in bovendien onzekere omstandigheden.

“Ik ben toch zeker niet gek, ik had me dan niet erkend gevoeld. Maar ik stond er later wel voor open en heb er veel aan gehad. De fysiotherapeut was heel betrokken, hij kon heel subtiel dingen bij mij aankaarten en het verband tussen klachten en stress uitleggen. Je wil eerst erkenning en goede zorg. Dan komt er vertrouwen en dan sta je open voor meer.”

Het is voor asielzoekers dus vaak niet gemakkelijk om psychologische hulp te accepteren. Daarnaast ervaren ze het hele zorgsysteem als afstandelijk. Zorgverleners komen in actie bij

ernstige lichamelijke en psychiatrische problemen maar als die eenmaal onder controle zijn, is er geen nazorg meer, tenzij de asielzoeker zelf weer terugkomt.

“Ik vind de zorg daarin te afstandelijk, mensen met psychische problemen worden te weinig begeleid, ze krijgen alleen antidepressiva of antipsychotica en verder niets. Ik denk dat dat komt omdat autonomie van de patiënt in het Nederlandse gezondheidssysteem veel waarde krijgt, maar door asielzoekers vaak niet begrepen wordt. De zorg is er dus wel als het medisch heel hard nodig is, dan toont de zorgverlener zich betrokken maar door het ontbreken van een follow-up of nazorg, is de betrokkenheid toch te gering.”

Alle respondenten brengen de rol van taal en communicatie in, die afstandelijkheid versterkt. Ze hebben de ervaring dat zorgverleners informele tolken inzetten (“neem maar iemand mee om te tolken”), ondanks het feit dat professionele tolken vergoed worden voor alle zorg aan asielzoekers met een COA-zorgnummer. Andersom hebben ze zelf ook regelmatig als informele tolk moeten optreden.

“Als je een kennis mee moet nemen, durft de patiënt niet zijn echte problemen te vertellen.”

“Als ik zelf moest tolken voor een familielid of kennis dacht ik vaak ‘dit wil ik helemaal niet horen!’”

Als er wel een professionele tolk kwam, sprak die lang niet altijd de goede landstaal of de moedertaal van de asielzoeker. Of er kwam een tolk die de taal maar matig beheerste.

“Dan word de patiënt boos, logisch!”

Door problemen in de taal en communicatie tussen asielzoeker en zorgverlener, weet een patiënt niet hoe hij zijn verhaal moet overbrengen. Daardoor zou hij sneller klachten overdrijven, uit angst niet over te komen of begrepen te worden.

5.2 DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

De respondenten herkennen dat het soms moeilijk is voor zorgverleners om een onderscheid te maken tussen psychische klachten en normale reacties op stressvolle omstandigheden. Veel mensen zijn beschadigd en hebben reële psychische problemen en de grens tussen die problemen en stress is dus dun. Erkenning van psychische problemen is alles behalve vanzelfsprekend en de angst om daarvoor hulp te zoeken groot.

Doen alsof je psychische problemen hebt, komt volgens de respondenten wel voor, maar dat interpreteren zij anders. De asielzoeker voelt zich wanhopig en schreeuwt om hulp.

“Maar dat heeft natuurlijk een reden! Dat doe je alleen als er anders niet naar je geluisterd wordt.”

Een verkeerde houding of verkeerde timing van zorg kan er volgens de respondenten ook toe leiden dat asielzoekers zich dwingend gaan opstellen ‘als je mij niet helpt, dan beroof ik me van het leven’. Ze zien dit vooral als een noodkreet, de enige manier die ze nog kunnen bedenken om zelf de juiste zorg of aandacht te krijgen of de eigen kinderen niet in gevaar te brengen.

“Mensen weten uit ervaring ‘als ik gek doe of een angstaanval voorwend, dan krijg ik misschien tijdelijk een kamer alleen.’

De respondenten denken dat asielzoekers niet zomaar klachten verzinnen en dat een zorgverlener die hen beter kent, niet voorgelogen wordt.

“Als je als asielzoeker ziet dat ‘gek’ doen iets oplevert, ga je dat kopiëren.’ Maar dat gaat niet zover dat je klachten verzint. Als je een goede band met een zorgverlener hebt opgebouwd, ga je hem niet voor de gek houden. Je gaat samen een oplossing zoeken. Het is gemakkelijker om klachten voor te wenden of erger te maken dan ze zijn, als je iemand niet kent en geen vertrouwensband hebt.”

De respondenten vinden dat zorgverleners in de GGZ vooral moeten vertellen wat ze wél kunnen doen en bieden, want dat is helemaal niet duidelijk voor veel asielzoekers. En dat het in het belang van asielzoekers is om het beste ervan te maken, daar komen ze verder mee. Vaak is daar psychoeducatie bij nodig, maar die wordt volgens hen zelden geboden.

“Er is vaak helemaal geen medicatie nodig, maar activiteiten! Het leven buiten langzaam leren opbouwen.”

“Je moet kijken naar wat goed voor iemand is. Is dat werk? Begeleiding? Therapie? Wat doet iemand groeien, wat kan iemand nu op dit moment verder helpen? Dus je moet niet alleen medisch kijken, maar multidisciplinair.”

“In de GGZ wordt alleen gepraat, dat lost de problemen vaak niet op. Asielzoekers moeten meer kunnen doen, dat helpt! De taal leren, sporten, muziek maken, werken. Je moet mensen in beweging krijgen, niet in een cirkel blijven ronddraaien, maar mensen uit de cirkel halen.”

Het hospitaliserend effect van een klinische opname wordt herkend. Dat asielzoekers daarna misschien passief lijken, zou niet komen omdat ze de boel voor de gek hebben gehouden, maar omdat ze gewoon even tijd nodig hebben.

“Je vraagt immers niet voor niks om hulp. Het is ook eng, misschien voel je je niet veilig of rustig genoeg om een behandeling aan te gaan. Als je – eindelijk – bent opgenomen, kom je tot rust. Het gaat ten slotte niet om patiënten die vrolijk denken, ‘oké, nu ben ik opgenomen, nu ga ik aan de slag.’ Apathie en niet mee willen (lijken te) werken, hoort bij het ziektebeeld. Is dat slecht, passiviteit? Soms heb je dat nodig als persoon.”

“Als je opgenomen bent, kan het je overweldigen dat je moet gaan praten, dat je open moet zijn. Je weet dat dat goed voor je is, maar dat betekent nog niet dat je het kan.”

5.3 BEROEPSGEHEIM EN INFORMATIE DELEN

Aan het thema beroepsgeheim en informatie delen hechten de asielzoekers een heel ander belang dan zorgverleners. Het lijkt niet erg bij hen te leven. Dat ze aan zorgverleners toestemming moeten geven om informatie over henzelf als cliënt te delen lijken ze niet zo

belangrijk te vinden. Zij vinden het logisch dat – als je problemen hebt – anderen beter in kunnen schatten wat ‘goed’ voor je is en welke informatie nodig is om met anderen te delen.

“Soms is het nodig dat iemand een beslissing voor je neemt, als je zo in de psychische problemen zit. Als je het zo moeilijk hebt, ben je niet altijd in staat zelf te beslissen. En als je het wel kunt, dan doe je dat niet altijd in het belang van jezelf. Een volwassen vrouw zal eerst aan haar familie, gezin en kinderen denken, en dan misschien pas aan haar zelf.”

Als voorbeeld vertelt één respondent over haar moeder, die aan de advocaat geen toestemming wilde geven om psychische redenen aan te voeren als reden om de asielprocedure te vertragen. Haar kinderen gaven die toestemming uiteindelijk wel. De behandelaar schreef een brief naar de advocaat (*“al wisten we natuurlijk niet wat daar in stond”*), waarmee deze een uitstel van het gehoor door de IND kon beargumenteren.

De uitspraak dat haar moeder en de familieleden niet wisten wat er precies in de brief stond, bevestigt de indruk dat het beroepsgeheim ver af staat van de respondenten. Informatie delen heeft voor hen een andere betekenis en gewicht: namelijk dat asielzoekers, al dan niet als cliënt, weinig informatie krijgen over wat er allemaal kan en niet kan in de zorg. Alle respondenten hebben ervaren dat je alles steeds zelf moet uitzoeken.

“Informatie geven of delen betekent ook dat je begeleid wordt bij de vraag ‘wat wil ik?’ Dat is zo’n grote vraag, zorgverleners of anderen gaan ervan uit dat iedereen dat weet. Maar zorgverleners moeten je daarbij helpen, je begeleiden om dit uit te zoeken.”

“Wat zijn je rechten, waar kun je hulp vragen, binnen of buiten het AZC. De meeste asielzoekers weten niet eens dat ze recht hebben om vragen te stellen!”

“Het gaat erom dat zorgverleners de patiënt, familie en advocaat goed informeren, maar ook dat ze overleg zoeken.”

5.4 PLEITBEZORGING

Dat zorgverleners soms de rol van pleitbezorger op zich (willen) nemen, lijkt de respondenten in eerste instantie te verrassen.

“Dat is toch geen taak voor de zorgverlener? Die moet (medische) zorg verlenen, de rest moet het COA doen of anderen.”

“Ik wist eerlijk gezegd niet dat zorgverleners die taak kunnen hebben. Hebben ze daar wel tijd voor?”

De respondenten denken wel dat de zorgverleners uitstekende pleitbezorgers zouden kunnen zijn omdat zij de situatie en problemen van asielzoekers kennen en beter dan andere burgers weten wat er in de opvang speelt. Het idee spreekt hen zeer aan en zij denken dat de overheid er ook belang bij heeft goed geïnformeerd te zijn over de situatie van asielzoekers.

“Zorgverleners worden geloofwaardiger gevonden door het Nederlandse publiek dan die ‘zeurende asielzoekers’. Het is heel belangrijk dat die geluiden ook van hen komen, en niet alleen vanuit asielzoekers.”

Overigens vinden ze dat zorgverleners zich moeten realiseren dat de ene asielzoeker hoog opgeleid kan zijn en de andere analfabeet. Nu ervaren ze dat iedereen over één kam wordt geschoren met de type informatie die ze (niet) krijgen en de toon waarop die wordt gegeven.

Als algemene boodschap over pleitbezorging stellen de respondenten: “Wees mens. Zie je kans om te helpen, doe het dan!”

5.5 TOT SLOT

De respondenten kijken allen terug op een periode in hun leven waarin zij het niet gemakkelijk hadden en dat geldt voor andere asielzoekers destijds en nu nog steeds. Zij benadrukken dat asielzoekers niet alleen psychologische hulp nodig hebben, maar ook bezigheden, werk en informatie over hoe het in Nederland gaat. Daar zijn sommigen van hen zich ook voor in gaan zetten.

De respondenten herkennen de problemen en dilemma’s die zorgverleners ervaren, vooral op het vlak van betrokkenheid, diagnostiek en behandeling, maar geven er soms een andere interpretatie aan of kennen er een ander gewicht aan toe. In de periode dat zij zelf asielzoeker waren ontbrak het de respondenten aan goede informatie over de zorg. Zij hechten erg aan een goede relatie met een zorgverlener, die ze lang niet altijd hebben ervaren. Een taalbarrière speelt daarbij een rol, het niet gemakkelijk delen van emoties en een taboe op psychische problemen, maar ook de organisatie van het zorgsysteem en de nadruk op autonomie.

Het belang dat asielzoekers hechten aan een goede zorgrelatie, komt overeen met het belang van een goede zorgrelatie dat in de literatuur over zorgethiek wordt geschetst (Tronto, 1993/2009). Een bepaalde emotionele verbondenheid blijkt voor asielzoekers nodig om psychische klachten op een gegeven moment te bespreken. Het spanningsveld tussen beroepsgeheim en informatie delen lijkt voor asielzoekers van weinig gewicht, minder dan voor zorgverleners die hier mee worstelen en voor wie dit enkele ethische dilemma’s opleverde. Dit opmerkelijke verschil zou kunnen samenhangen met het verschil in waarde die ‘autonomie’ in westerse en andere culturen en zorgsystemen heeft.

6 TER AFSLUITING

6.1 BEPERKINGEN EN KRACHT VAN HET ONDERZOEK

Het onderzoeken van de ethische vragen in de zorg voor asielzoekers bleek gemakkelijker dan het inventariseren van de handelingsopties daarbij. In de open interviews kregen zorgverleners de ruimte hun ervaren knelpunten in de GGZ voor asielzoekers te bespreken en hier was duidelijk behoefte aan. In de focusgroepen zijn stellingen voorgelegd. Hierdoor ontstond er een discussie, maar werd niet altijd duidelijk wat een zorgverlener in concrete gevallen zou doen.

Een tweede beperking van het onderzoek was dat slechts één zorgverlener is geïnterviewd die met kinderen werkt. In de discussies met de klankbordgroep kwam het perspectief van kinderen wel vaak terug. Daarom is er voor gekozen om bij de ethische vragen en argumenten in de handreiking ook een kinder- en jeugdperspectief mee te nemen.

Een derde beperking is dat de keuze van respondenten voor de interviews en focusgroepen leidde tot een groep zorgverleners die met enige regelmaat of zelfs zeer frequent met asielzoekers te maken hebben. Mogelijk dat zorgverleners, die slechts incidenteel een asielzoeker zien, de ethische aspecten in de zorg voor asielzoekers anders interpreteren.

Verder hebben de respondenten van het panel asielzoekers mogelijk te maken gehad met minder geëngageerde zorgverleners dan de zorgverleners die geïnterviewd werden of deelnamen aan de focusgroepen.

De kracht van dit onderzoek is dat in de selectie van respondenten die betrokken zijn bij de GGZ voor asielzoekers ruime spreiding is aangebracht in regio's, disciplines en specifieke dan wel reguliere voorzieningen. Ook de combinatie van verschillende methodes - literatuuronderzoek, interviews en focusgroepen - verhoogt de betrouwbaarheid van het onderzoek. De veelvuldige besprekingen van de voorlopige resultaten met de adviseurs en de klankbordgroep heeft de validiteit van dit onderzoek vergroot.

6.2 CONCLUSIES

De resultaten van het onderzoek laten zien dat er veel ethische dilemma's zijn, op diverse niveaus, waar zorgverleners in de GGZ zich het hoofd over breken. In de dagelijkse praktijk is er lang niet altijd voldoende tijd om bij de afwegingen die zorgverleners (moeten) maken stil te staan. Veel respondenten lieten merken dat deelnemen aan het onderzoek hen ondersteunde in het reflecteren over ethische dilemma's. Dat was zeker het geval in de focusgroepen, waar diverse zorgverleners van verschillende instellingen met elkaar van gedachten wisselden.

Het structureel organiseren van intervisie en andere reflectiemomenten over ethische dilemma's in de GGZ is dan ook de meest voor de hand liggende aanbeveling.

Ethiek is een breed en voor velen een abstract domein. In de interviews en focusgroepen werden ethische dilemma's vaak geïntroduceerd als situaties of handelingen die een bepaalde spanning oproepen. Op ieder niveau, of het nou gaat om een diagnose stellen of de media benaderen om een ernstige situatie te signaleren, vragen zorgverleners zich af wat de negatieve en positieve gevolgen van een handeling kunnen zijn. Vaak is daar geen eenduidig antwoord op te verkrijgen.

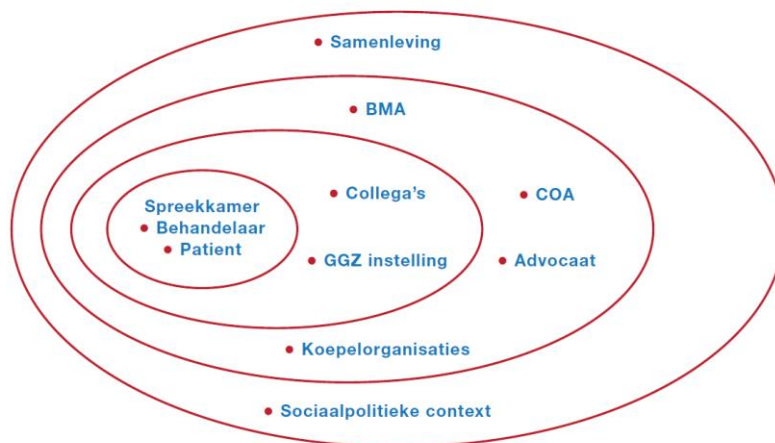
Ethische dilemma's zijn een conflict van waarden: je wilt de ene waarde nastreven, maar ziet tegelijk dat je een andere waarde daarmee tekort doet. Professionals in de GGZ voor asielzoekers blijken daar regelmatig mee te worden geconfronteerd. In de handreiking zijn de professionele en ethische

vragen die leefden bij de respondenten benaderd vanuit de waarden van de principe ethiek en de zorgethiek. In de (publicatie van de) handreiking is bij iedere ethische vraag een analyse van argumenten en een handreiking beschreven. De handreiking is separaat gepubliceerd en dient als ondersteuning aan professionals in de GGZ bij hun besluitvorming over hun handelen ten aanzien van ethische dilemma's in de zorg voor asielzoekers. Mogelijk is de handreiking ook bruikbaar voor andere zorgverleners en beroepsgroepen betrokken bij zorg voor, opvang van en onderwijs aan asielzoekers.

6.3 AANBEVELINGEN

Dit onderzoek en de handreiking dienen nadrukkelijk niet om op de stoel van de 'morele rechter' te gaan zitten; in de handreiking zijn dan ook geen oplossingen voor de ethische dilemma's geformuleerd. Een dilemma heeft immers als kenmerk dat een keuze zowel positieve als negatieve gevolgen heeft. Wel zijn er aanbevelingen te geven met betrekking tot de ondersteuning van zorgverleners in het omgaan met ethische dilemma's en op de faciliterende rol die GGZ instellingen intern, onderling en naar externe partijen hebben.

Daarbij geven de ellipsen de niveaus van de aanbevelingen weer.



De aanbevelingen in dit verslag zijn breder dan die in de handreiking, daar de handreiking zich beperkt tot mogelijke oplossingen voor ethische dilemma's in de zorg voor asielzoekers.

Aan professionals in de GGZ voor asielzoekers

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

Aan GGZ instellingen betrokken bij de zorg voor asielzoekers

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

- Overweeg overleg met het BMA om te bespreken welke medische informatie van zorgverleners gevraagd en verwacht kan worden.
- Bevorder pleitbezorging door kennis over en contacten met organisatie of instellingen, die pleitbezorging voor de zorg voor asielzoekers in hun missie hebben.

Aan GGZ Nederland en andere beroepsgroepen in de zorg betrokken bij de zorg voor asielzoekers

- Ontwikkel een digitaal forum waar zorgverleners van verschillende instellingen met elkaar de knelpunten en oplossingen met betrekking tot ethische dilemma's van asielzoekers kunnen delen.
- Bevorder dat GGZ zorgverleners medische informatie verstrekken die begrijpelijk is voor de lezer, zowel voor de cliënt als de advocaat.
- Bepleit, in navolging van de Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken (2012), dat het Bureau Medisch Advies een onafhankelijke positie krijgt, d.w.z. buiten de IND wordt gepositioneerd, en tevens dat voor het uitbrengen van medisch advies aan de IND zelfstandig medisch onderzoek verricht, zodat de medische advisering niet meer (uitsluitend) afhangt van de medische informatie van behandelaren. Dit zal al veel spanningen die GGZ professionals in de zorg voor asielzoekers ervaren wegnemen.

LITERATUURLIJST

- Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken (2013) *Verloren tijd*. Den Haag: ACVZ.
- Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken (2013). *Brief aan de Staatssecretaris van Justitie & Veiligheid bij het Advies 'Verloren tijd'*. Den Haag: ACVZ.
- Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken (2012). *Expertise getoetst*. Den Haag: ACVZ, 45 -56.
- Allotey, P. & Lazroo, C. (2004). The moral high ground: reflections on ethical dilemmas in unethical circumstances. *Monash Bioethical Review*, 23: 78-84.
- Arnold, F. W. (2008). Refused asylum seekers: Seeking medical justice. *BMJ* 336: 683-684.
- Ashcroft, R.E. (2005). Standing up for the medical rights of asylum seekers. *Journal of Medical Ethics*, 31: 125-126.
- Baier, A.C. (1991). 'Trust and Its Vulnerabilities' and 'Sustaining Trust'. *Tanner Lectures on Human Values*, Volume 13, Salt Lake City: University of Utah Press.
- Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E., & Spinhoven, P. (2007). Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(4), 288-297.
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (1977/2009). *Principles of biomedical ethics*, 6th edition. Oxford University Press, New York.
- Beaufort, I.D. de, Hilhorst, M.T., Vandamme, S., Vathorst, S. van de & Schermer, M. (2011). *De kwestie. Praktijkboek ethiek voor de gezondheidszorg*. Den Haag: Lemma (2^e druk).
- Bernard, H.R. (2000). *Social research methods: qualitative and quantitative approaches*. Sage Publications: London.
- Bloemen, E. (2005). *Een briefje van de dokter. Medische zaken in de asielprocedure*. Utrecht: Pharos.
- Bolt, L.L.E., Verwey, M.F. & Delden, J.J.M. van (2003) *Ethiek in de praktijk* (vierde geheel herziene druk). Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Bracken, P.J., Giller, J.E. & Summerfield, D. (1995). Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Social Science and Medicine*, vol. 40, no. 8: 1073-1082.
- British Medical Association (2002). *The Medical Profession and Human Rights: Handbook for a Changing Agenda*. Zed Books Ltd. New York and London.
- Brok, B. den (1998) Ethics without borders – a literature study. In: L. van Willigen (Ed.) *Medical ethical standards in mental health care for victims of organized violence, refugees and displaced persons*. Amsterdam: Royal Tropical Institute & Pharos, 17-52.
- CBO (2004). *Handleiding focusgroep onderzoek*. Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO.
- COA (2008). *Programma van eisen. Ziektekostenregeling voor asielzoekers 2009*. Rijswijk: COA.
- COA, <http://www.coa.nl/nl/over-coa/feiten-en-cijfers> [28-7-14]
- Commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen (2007). *Arts en Vreemdeling*. Utrecht: KNMG, Pharos
- Crosby, S.S. (2013). Primary care management of non-English-speaking refugees who have experienced trauma. A clinical review. *JAMA, Clinical Review & Education*, 310(5), 519-528.
- Daniels, N. (1979). Wide Reflective Equilibrium and Theory Acceptance in Ethics. *Journal of Philosophy*, 76(5): 256-282.
- DuBois, J.M. (2008). *Ethics in Mental Health Research. Principles, Guidance, and Cases*. New York: Oxford University Press.

- Gerritsen, A. M., Bramsen, I., Devillé, W., Van Willigen, L. H. M., Hovens, J. E., & Van der Ploeg, H. M. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(1), 18–26.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice. Psychological theory and women's development*. Harvard University, Cambridge.
- Gleadow Ware, S.H. (2009). Treating failed asylum seekers. Stick to our ethical principles. *BMJ* 338: b2192.
- Goosen S., Stronks K., Kunst A. E. (2014) Frequent relocations between asylum-seeker centres are associated with mental distress in asylum-seeking children: a longitudinal medical record study. *International Journal of Epidemiology*, 43, 94 – 104.
- Goosen, S., Kunst, A. E., Stronks, K., Van Oostrum, I. E. A., Uitenbroek, D. G., & Kerkhof, A. J. F. M. (2011). Suicide death and hospital-treated suicidal behaviour in asylum seekers in the Netherlands: a national registry-based study. *BMC public health*, 11, 484.
- Hallas, P., Hansen, A. R., Stæhr, M. A., Munk-Andersen, E., & Jorgensen, H. L. (2007). Length of stay in asylum centres and mental health in asylum seekers: a retrospective study from Denmark. *BMC Public Health*, 7(1), 6.
- Have, H.A.M.J. ten, Ter Meulen, R.H.J., Van Leeuwen, E. (1998/2009). *Medische ethiek*, 3rd edition. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hjern, A., Brednler-Lindqvist, M. & Norredam, M. (2012). Age assessment of Young asylum seekers. *Acta Paediatrica Jan*;101(1):4-7.
- Immigratie en Naturalisatie Dienst (2012) *De IND belicht. Jaarresultaten 2011*. Den Haag: IND.
- IND(2014). *De IND in 2013. Jaarrapportage*. Den Haag: IND.
- Instituut voor Mensenrechten en Medisch Onderzoek. [http://www.stichtingimmo.nl/\[2-3-2015\]](http://www.stichtingimmo.nl/[2-3-2015])
- Johannes Wier (2012). *Het recht op gezondheid: een "toolkit" voor professionals in de gezondheidszorg*. <http://www.johannes-wier.nl/userfiles/file/2%20Reader%20I%20Toolkit.pdf>
- Jonsen, A.R., Siegler, M., & Winslade, W.J. (2002). *Clinical ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine (5th ed.)*. New York: McGraw Hill.
- Joshi, P.T., Dalton, M.E., & O'Donnell, D.A. (2008). Ethical issues in local, national and international disaster psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17: 165-185.
- Karpman, S.B. (1968). Fairy tales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin*, 7 (26).
- Keunen A.M., Roscam Abbing, H.D.C., Schumacher J.H. (2013) *Age assessment of unaccompanied minor asylum seekers in the Netherlands*. Amsterdam: DA-AAR.
- Kinzie, J.D. & Boehnlein, J.K. (1993). Psychotherapy of the victims of massive violence: countertransference and ethical issues. *American Journal of Psychotherapy*, 47 (1): 90-102.
- Kleinlugtenbelt D. Naaykens A. (1998) Morele dilemma's bij de psychiatrische hulpverlening aan asielzoekers. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 6: 623 – 638.
- Laban, C., & Gernaat, H. (2005). Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *J Nerv Ment Dis*, 193(12), 825–832.
- Lindemann Nelson, H. (ed.) (1997). *Stories and their limits. Narrative approaches to bioethics*. Routledge, New York.
- Lindemann, H., Verkerk, M., & Urban Walker, M. (2009). *Naturalized bioethics. Toward responsible knowing and practice*. University Press, Cambridge.
- Malkki, L. (2007). Commentary: The Politics of Trauma and Asylum: Universals and their effects. *Ethos* Vol. 35, Issue 3, p 336-343.
- McNeill, P. M., (2003). Public health ethics: asylum seekers and the case for political action. *Bioethics*, 17, 487-502.
- Minister van Immigratie en Asiel aan de Tweede Kamer (2011). Brief, als antwoord op de Commissiebrief advisering BMA over zieke uitgeprocedeerde asielzoekers, 9 februari 2011.

- Mol, A. (2008). *The Logic of Care*. London: Routledge.
- NJCM (2013) Notitie: *Het Bureau Medische Advisering nader beschouwd. Zorgpunten en aanbevelingen*. Amsterdam: NJCM.
- Onderzoeksraad voor veiligheid (2014) *Veiligheid van vreemdelingen*. Den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid.
- Pacquiao, D.F. (2008). Nursing care of vulnerable populations using a framework of cultural competence, social justice and human rights. *Contemporary Nursing* (28), p. 189-197.
- Park, R. & Oomen, J. (2010). Context, evidence and attitude: the case for photography in medical examinations of asylum seekers in the Netherlands. *Social Science & Medicine* 71 (2010) 228-235.
- Pitman, A. (2010). Medicolegal reports in asylum applications: a framework for addressing the practical and ethical challenges. *J R Soc Med*, Mar 103 (3): 93-97.
- Regeling verstrekkingen asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen 2005 [geconsolideerde tekst, geldig op 27-7-09].
- Regeling Zorg Asielzoekers 2012 (Regulation Care Asylum Seekers 2012)
<http://www.rzasielzoekers.nl/web/RegelingZorgAsielzoekers/OverDeRZA1/RegelingZorgAsielzoekers.htm> [17-1-2013]
- Regeling Zorg Asielzoekers. Alles over de ziektekostenregeling voor asielzoekers in Nederland. Geldig vanaf 1 januari 2009. <http://www.rzasielzoekers.nl/> [27-07-09]
- Richman, N. (1995). Ethical issues in disaster and other extreme situations. In: Black, D. et al. *Psychological trauma: a development approach*. London, Gaskell / Royal College of Psychiatrists.
- Richters A. (2002). When Ethics, Healthcare, and Human Rights Conflict: Mental Health Care for Asylum Seekers. *Cambridge Quarterly of Health Care Ethics*, 11: 303 – 318.
- Silove, D., Steel, Z., & Watters, C. (2000). Policies of deterrence and the mental health of asylum seekers. *Jama The Journal Of The American Medical Association*, 284(5), 604–611. Retrieved from <http://kar.kent.ac.uk/16628/>
- Singer, R., 2004. Asylum seekers: an ethical response to their plight. *Lancet* 363: 1904.
- Stewart, D.W., Shamdasani, P.N., & Rook, D.W. (2007). *Focus groups: Theory and practice*, 2nd edition. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Summerfield, D. (1999). A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-reflected areas. *Social Science & Medicine* 48: 1449-1462.
- Taylor, K. (2009). Asylum seekers, refugees, and the politics of access to health care: A UK perspective. *British Journal of General Practice*, 59, 765-772.
- Toar, M., O'Brien, K. K., & Fahey, T. (2009). Comparison of self-reported health & healthcare utilisation between asylum seekers and refugees: an observational study. *BMC Public Health*, 9(1), 214.
- Tronto, J.C. (1993/2009). *Moral boundaries. A political argument for an ethic of care*, 2nd edition. Routledge, New York / London.
- Werkgroep Medische Zorg in Vreemdelingendetentie (2014) *Geketende zorg. Gezondheidszorgen in vreemdelingendetentie*. Amsterdam, Utrecht: Amnesty International, Stichting Meldpunt Vreemdelingendetentie, Dokters van de Wereld.
- Westra, A. E., Willems, D. L., & Smit, B. J. (2009). Communicating with Muslim parents: “the four principles” are not as culturally neutral as suggested. *European Journal of Pediatrics*, 168(11), 1383–7.
- Wet Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers (1994).
- Widdershoven, G. (2000/2007). *Ethiek in de kliniek. Hedendaagse benaderingen in de gezondheidsethiek*, 5th edition. Meppel: Boom
- Wijze, de S. (2002). Defining evil: insights from the problem of ‘dirty hands’. *Monist* 85, p 210-239.
- Willems, D.L. (2001). Balancing rationalities: gatekeeping in health care. *J. Med Ethics*, 27: 25-29.

LITERATUURLIJST

Williams J.R. (2005). *Medical Ethics Manual*. World Medical Association.

Williams, M.B., Sommer, J.F., Hudnall Stamm, B. & Harris, C.J. (1994). Ethical considerations in trauma, treatment, research, publication and training. In Williams, M.B. & Sommer, J.F. , *Handbook of post-traumatic therapy*. Westwood Ct. / London: Greenwood Press.

Willigen, L. H.M. van (2010). *Zorg voor asielzoekers met psychische problemen. Samenvatting en conclusies van drie studies*. Amsterdam: ASKV Steunpunt Vluchtelingen.

Willigen, L. van (Ed.) (1998). *Medical ethical standards in mental health care for victims of organized violence, refugees and displaced persons*. Amsterdam: Royal Tropical Institute & Pharos.

Zion, D., Briskman, L. & Loff, B. (2009). Nursing in asylum seeker detention in Australia: care, rights and witnessing. *J.Med.Ethics* 35: 546-551.

Zion, D., Briskmann, L. & Loff, B. (2012). Psychiatric ethics and a politics of compassion. The case of detained asylum seekers in Australia. *Bioethical Inquiry*, (9), 67-75.

BIJLAGE – SAMENSTELLING VAN DE PROJECT- EN KLANKBORDGROEP

Auteurs:

Dr. S.A. (Sander) Kramer, crosscultureel psycholoog, onderzoeker / docent USBO / Universiteit Utrecht; en GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen

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

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

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

Projectadviseurs:

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

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

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

Overige projectgroep leden, tevens leden van de klankbordgroep:

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

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

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

Klankbordgroep:

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

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

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

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

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

