



Protestant Theological University

Het leven als losgeld

Kramer, Sander A.; Hoogsteder, Mariëtte H. H.; Olsman, E.; van Willigen, Loes H. M.

Published in:
Mens en Maatschappij

Published: 01/01/2017

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Kramer, S. A., Hoogsteder, M. H. H., Olsman, E., & van Willigen, L. H. M. (2017). Het leven als losgeld: ethische dilemma's in de GGZ voor asielzoekers. *Mens en Maatschappij*, 92(4), 469-491. https://www.aup-online.com/docserver/fulltext/00259454/92/4/06_MEM2017.4.KRAM.pdf?expires=1662740288&id=id&accname=guest&checksum=2FC3D4D9EDBC412AACC88254681633D9

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons). You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

This publication might have been made available through the PThU Research Portal under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the PThU website: <https://www.pthu.nl/over-ptthu/bibliotheek-ptthu/diensten/article-25fa-taverne-amendement-end-user-agreement.pdf>

Takedown policy

If you believe that this document breaches copyright, please contact us providing details, and we will investigate your claim and remove access to the work if necessary: bibliotheek@pthu.nl.

Downloaded from the PThU Research Portal (Pure): <https://pure.pthu.nl>.

Het leven als losgeld

Ethische dilemma's in de GGZ voor asielzoekers

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

MEM 92 (4): 469–491

DOI: 10.5117/MEM2017.4.KRAM

Abstract

Life as Ransom

Health care professionals experience ethical dilemmas in the treatment of asylum seekers. Political discussions, depiction and the intertwining of medical and judicial parameters play a role. From a theoretical position on ethics and human rights, we discuss the ethical dilemmas within mental health care where health care professionals find themselves at odds in finding viable solutions for underlying conflicts in fundamental values. This article is based on interviews and focus groups with health care professionals in mental health care about ethical dilemmas with and concerning asylum seekers. The data are analyzed with a discourse analysis on three (3) themes, namely the conditions in which asylum seekers find themselves, the sharing of information with other institutions and the role of advocacy.

Keywords: ethical dilemmas, asylum seekers, mental health, advocacy, discourse analysis

1 Inleiding

Asielzoekers met psychische problemen kunnen in Nederland een beroep doen op de Geestelijke Gezondheids Zorg (GGZ). Voor deze zorg zijn ze collectief verzekerd en, net als andere burgers in Nederland, hebben zij een indicatie voor de GGZ nodig via de huisarts. Zorgverleners in de GGZ richten zich over het algemeen op de individuele klachten van hun patiënten maar realiseren zich dat bij asielzoekers ook vaak sociale en politieke factoren

een rol spelen. Om te illustreren welke ethische dilemma's dit met zich mee kan brengen, beginnen we met een casus.

1.1 De casus van Armeense vluchtelingen

Op 9 september 2014 verscheen het volgende artikel in *de Volkskrant*, dat hier ingekort wordt weergegeven (Tromp, 2014).

Golf van zelfmoordpogingen onder Armeense vluchtelingen

Onder Armeense vluchtelingen in Den Bosch en omgeving is een golf van zelfmoordpogingen en dreigende suïcides gaande. Burgemeester Rombouts van Den Bosch heeft alarmbrieven gestuurd naar de staatssecretaris van Justitie en de minister van Volksgezondheid. Hij vraagt uitzetting van Armeense asielzoekers onmiddellijk stop te zetten.

Van de 45 Armeniërs die onder behandeling zijn van het psychotraumacentrum Zuid-Nederland – mannen, vrouwen en kinderen – zijn 22 volwassenen ernstig suïcidaal. Het gaat om mensen van wie de asielaanvraag is afgewezen. Zij moeten het land verlaten. De behandelaars menen dat sprake is van 'een medische noodsituatie'. Als die wordt erkend, zouden de vluchtelingen mogen blijven. Het Bureau Medische Advisering (BMA) van het ministerie van Justitie meent dat van een 'medische noodsituatie' geen sprake is, omdat de getraumatiseerde Armeniërs in Armenië zelf 'adequaat' kunnen worden behandeld. 'Wegens de suïcidaliteit', schreef eind juli een medewerker van de IND, 'wordt tijdens de reis medische begeleiding door een psychiatrische verpleegkundige geadviseerd.'

'Het is alsof we tegen een muur praten'

Psycholoog drs. Agnes Moyene-Jansen van het psychotraumacentrum: 'Onze medische verklaringen met ernstig psychiatrische diagnoses – denk aan trauma's als gevolg van systematische mishandeling in Armenië, verkrachting en moord – worden door de Dienst Terugkeer & Vertrek nauwelijks in hun beleid meegenomen. Het is alsof we tegen een muur praten.'

Burgemeester Ton Rombouts van 's-Hertogenbosch: 'meer dan twintig mensen in mijn stad hebben serieuze zelfmoordplannen. Ik ben hier achttien jaar burgemeester, niet eerder heb ik zoiets meegemaakt. Dit moet stoppen. Staatssecretaris, hier is echt iets aan de hand.'

In zijn brief aan de minister van VWS vraagt Rombouts onderzoek in te stellen naar de ernst van de signalen. Van de staatssecretaris van Justitie verwacht hij dat in afwachting van de resultaten de uitzetting van Armeense vluchtelingen wordt opgeschort. 'Het is in ieders belang dat we de humanitaire aspecten van een zeer ingewikkeld asielbeleid niet uit het oog verliezen', schrijft de burgemeester.

Overeenkomst Dolmatov

De medische adviseurs van het ministerie hebben een beperkte opdracht. Een woordvoester van de Immigratie- en Naturalisatiedienst IND: 'Behoort individuele invoeling tot de opdracht van een BMA-arts? De BMA-arts kan in het medisch advies reisvoorwaarden opnemen, bijvoorbeeld dat de vreemdeling fysiek moet worden overgedragen aan een kliniek in het land van herkomst. Maar als vaststaat dat iemand met voldoende waarborgen kan worden uitgezet, wordt het uitzetproces in gang gezet.'

Psycholoog Moyene: 'Eerlijk gezegd bereiden wij ons voor op de eerste geslaagde suïcide van een patiënt.' Twee weken geleden kon een arrestatieteam van de politie ternauwernood een Armeniër redden van het dak van een therapeutisch centrum in Den Bosch. Moyene ziet een zekere mate van overeenkomst met de zelfmoord van de Russische activist en asielzoeker Aleksandr Dolmatov, die zich in 2013 in een cel in een Rotterdams terugkeercentrum ophing. Zijn psychische problemen zouden zijn genegeerd door justitie.

Armenië 'beleidsmatig geen veilig land'

Nederland beschouwt Armenië 'beleidsmatig niet als een veilig land', zegt een woordvoester van de IND. Het land is sinds 1990 zelfstandig; daarvoor maakte het deel uit van de Sovjet-Unie. Corruptie en armoede tieren welig. In een rapport van het ministerie van Buitenlandse Zaken wordt een aantal ernstige zaken opgesomd: rechtbanken staan onder politieke druk, omstandigheden in de gevangnissen zijn hard en soms levensbedreigend, Armeense vrouwen en meisjes worden voor seksuele doeleinden verhandeld, leden van oppositiepartijen worden door de politie bedreigd. Zeker één miljoen mensen zijn vertrokken naar het buitenland. Toch worden veruit de meeste asielaanvragen van gevluchte Armeniërs afgewezen. De IND kon geen recente Nederlandse cijfers leveren. Maar in de EU-landen zijn in het eerste kwartaal van dit jaar op 1.115 asielaanvragen van Armeniërs 990 verzoeken verworpen.

Angst voor gedwongen terugkeer

Psycholoog J. Rodenburg: 'Ze komen uit een maatschappij die op verraad is gebaseerd. Daardoor vertrouwen ze niemand en zwijgen ze langdurig over wat hen is aangedaan. Dan wordt hun asielverzoek niet gehonoreerd. Ook de Armeniërs die wij zien, worden afgewezen: de zeer zieke en getraumatiseerde gevallen, meestal professioneel gemarteld door een variant van de KGB of gewoon door schimmige overheidsfunctionarissen of de politie.'

Deze casus illustreert drie thema's waar we uitgebreid op in zullen gaan en die ieder eigen ethische dilemma's voor hulpverleners met zich mee

brenge. Ten eerste de politieke discussie over het asielbeleid en de beeldvorming over asielzoekers, waar hulpverleners niet of nauwelijks invloed op kunnen uitoefenen, maar die het leven en de psychische gezondheid van asielzoekers diepgaand beïnvloeden. Ten tweede de juridische en medische context waarin de hulpverleners opereren. En ten derde de schreeuw om hulp in de vorm van collectieve pleitbezorging, verwoord door de burgemeester en twee psychologen die hun verhaal doen voor de krant.

1.2 Politieke discussies en beeldvorming

Met enige regelmaat staat de opvang van asielzoekers in Nederland op de politieke agenda. De komst van relatief grote aantallen asielzoekers in 2015 en de verwachtingen over nog veel meer mensen op de vlucht naar Europa die daarop volgden, leidden tot grote maatschappelijke spanningen en tweedeling. De discussies spelen zich af op verschillende niveaus, in internationale politieke arena's, in wijken waar mogelijk asielzoekers opgevangen gaan worden en in zorginstellingen waar asielzoekers behandeld worden.

1.2.1 *Internationale en nationale context*

De politieke discussie gaat vooral over het beheersen van de instroom van asielzoekers waarbij zowel op nationaal als Europees niveau gezocht wordt naar maatregelen om hen zoveel mogelijk buiten Europa te houden en daar op te vangen. Een recent voorbeeld is de Turkije deal, die de EU met Turkije sloot om vluchtelingen te ontmoedigen de oversteek naar Griekenland te maken (Piri, 2016).

Een bedreigend beeld in die discussie is dat van 'vermomde terroristen', aanhangers van IS, die onopgemerkt met asielzoekers naar Europa vluchten en zich schuil houden om hier aanslagen te plegen: asielzoekers als potentiële daders. Beeldvorming speelt ook een rol bij incidenten zoals de aanrandingen van vrouwen in Keulen rond de jaarwisseling 2015 / 2016. In eerste instantie werd gesproken over de daders als asielzoekers en vluchtelingen. Later bleek het een groep Noord-Afrikaanse mannen te zijn, een bij de politie bekende criminele bende. Deze mannen wilden zoveel mogelijk mensen beroven en gebruikten daarbij onder andere aanrandingen als middel (Lover, 2016; Brenner & Ohlendorf, 2016). Politici als Wilders deelden pepperspray uit aan vrouwen in Spijkenisse om zich te kunnen beschermen tegen 'mannen uit de barbaarse, vrouwonvriendelijke islamitische cultuur' (RTV Rijnmond, 2016). In Duitsland ontstond meer kritiek op het beleid van Merkel dat naïef en te ruimhartig voor asielzoekers zou zijn. Er kwam een restrictiever asielbeleid, lokaal werden soms groepen

vluchtelingen geweigerd in sportcentra of uitgaansgelegenheden, en het aantal brandstichtingen en intimidaties tegen vluchtelingen steeg (Brenner & Ohlendorf, 2016). Het lijkt erop dat asielzoekers vaak verbeeld worden als de Anderen, met andere normen en waarden, waarbij ze soms ook nog als potentiële daders worden gezien.

1.2.2 *Niet in mijn achtertuin*

Dat burgers asielzoekers zien als gevaarlijk, blijkt ook geregeld uit protesten bij een nieuwe locatie voor een AZC (van den Bovenkamp, 2015). Eind 2016 was er overlast van enkele asielzoekers in Ter Apel, waar de dagelijkse komst van asielzoekers naar het aldaar gevestigde Aanmeldcentrum jarenlang zonder noemenswaardige incidenten verliep (Bolle, 2016). De gemeente reageerde met maatregelen om de onrust onder de inwoners van Ter Apel weg te nemen.

In Kampen stelde de burgemeester voor een avondklok in te stellen voor bewoners van het AZC naar aanleiding van een asielzoeker die verdacht wordt van verkrachting en bedreiging met de dood van een meisje van 17 jaar. Gewelddadig en crimineel gedrag van een enkele asielzoeker leidt snel tot grote maatschappelijke onrust. Politici zijn zich zeer bewust van het wegvallen van draagvlak onder de bevolking na ieder incident. De incidenten blijken echter geenszins een afspiegeling van het gedrag van een hele groep. Onderzoekers tonen bij herhaling aan dat crimineel gedrag van asielzoekers een lagere frequentie heeft dan onder de rest van de bevolking (De Boom, Snel & Engbersen, 2010). De voorgestelde maatregelen, zoals de avondklok, zijn dan ook niet uitgevoerd.

Nadat een AZC eenmaal geopend is, vinden bovendien zelden incidenten plaats. Sterker nog, gemeenten en omwonenden zijn vaak niet blij met een sluiting, onder andere omdat het mensen hun baan kost, winkeliers inkomsten missen, vrijwilligers hun activiteiten en scholen leerlingen (NRC, 2017).

1.2.3 *Medeleven*

Asielzoekers komen ook in de media als er grote menselijke drama's plaats vinden. De verschrikkingen in Syrië en de grote risico's om de Middellandse Zee over te steken met ieder jaar weer meer verdronken slachtoffers doen een appèl op medeleven. Asielzoekers zijn dan slachtoffers die zo goed mogelijk opgevangen moeten worden. Schokkende beelden, zoals van het dood aangespoelde jongetje op een Turks strand, riepen bij een deel van het publiek golven van medeleven en compassie op. Daarnaast meldden in Nederland met de komst van het grote aantal asielzoekers in 2015, en mogelijk ook als tegenwicht tegen de negatieve reacties in diverse gemeenten,

zich duizenden vrijwilligers aan bij o.a. het Rode Kruis en Vluchtelingenwerk Nederland om taallessen te geven aan volwassenen, te helpen met het onderwijs aan kinderen, in een winkel voor tweedehandskleding te staan, of activiteiten met asielzoekers te organiseren. Ook hielpen sommige vrijwilligers met het invullen van ingewikkelde formulieren. Naast het Rode Kruis en Vluchtelingenwerk werden ook veel kerken en moskeeën actief in en rond AZC's (NRC, 2016). We zien in de media dus zowel negatieve als positieve beelden over asielzoekers en die hebben betrekking op de internationale context maar ook op lokale situaties.

1.2.4 Zorg

Professionals in de ggz in Nederland bekijken de zorg voor asielzoekers overwegend vanuit een medisch-psychologisch kader. Uiteraard kennen en zien zij de maatschappelijke context van hun patiënten, in het bijzonder qua huisvesting, onderwijs en werk. Betekent dit dat zorgverleners die asielzoekers als patiënt behandelen, het ook tot hun taak rekenen om op te komen voor hun maatschappelijke belangen, individueel of collectief? Belastende post-migratie stress heeft immers een negatief effect op de gevolgen van voorgaande traumatische ervaringen en kan leiden tot of bijdragen aan posttraumatische stress of andere psychiatrische symptomen (Silove, Steel & Watters, 2000). Hebben zij daarom een rol in het informeren van overheid en burgers over het potentiële risico van restrictief beleid inzake immigratie en opvang op de geestelijke gezondheid van asielzoekers?

De centrale vraag in de rest van dit artikel is op welke manier de sociale en politieke context van asielzoekers een rol speelt in de praktijk van zorgverleners in de GGZ en hun reflecties daarop. Welke ethische dilemma's ervaren zij, hoe spelen onderliggende belangen en waarden een rol in hun zorg aan asielzoekers?

2 Ethiek, mensenrechten en asielzoekers

Waarden zijn idealen, die richting geven aan handelen. Voorbeelden zijn eerlijkheid, solidariteit, loyaliteit aan familie en compassie. Waarden voor zorgprofessionals en de daarvan afgeleide ethische beroepscode helpen om de interacties met patiënten goed te laten verlopen. Ethiek is dan ook een onderdeel van professionaliteit in de zorg.

Een belangrijk model in de medische ethiek is de principebenadering van Beauchamp en Childress (1977/2009) met 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). 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.

Het begrip 'autonomie' en het zelfbeschikkingsrecht komen ook tot uiting in de Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO), waarin geregeld is dat de arts de patiënt moet informeren over de behandeling en dat hij/zij toestemming moet geven voordat een eventuele behandeling kan worden uitgevoerd.

De nadruk op autonomie en de universele pretenties van de principebenadering hebben kritiek gekregen van andere ethici. Zij betogen dat menselijkheid ook wordt gekenmerkt door kwetsbaarheid en afhankelijkheid van medemensen. Een te grote nadruk op autonomie en individuele vrijheid doet te kort aan deze andere waarden die in het leven en de (gezondheids)zorg belangrijk zijn (Tronto, 1993/2009; Gilligan, 1982).

Andere stromingen in de ethiek proberen deze kritiek in hun benadering op te nemen (Lindemann, 1997; Lindemann, Verkerk & Urban Walker, 2009). Zij laten zien dat ethiek in de gezondheidszorg niet alleen klinische, maar ook politieke en juridische dimensies kent. Dit is van toepassing op dilemma's in de GGZ voor asielzoekers, want naast klinische dimensies (culturele gevoeligheid, goede afstemming) zijn de sociaal-politieke en juridische context van (zorg voor) asielzoekers van belang. Een mensenrechtenbenadering erkent deze dimensies.

Na de Tweede Wereldoorlog zijn fundamentele ethische principes vastgelegd in de Universele Rechten van de Mens. Mensenrechten die een directe relatie hebben met de medische ethiek zijn het recht op leven, de vrijwaardiging 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 wordt toegelicht dat de basisprincipes van het 'recht op gezondheid' betreffen: de toegankelijkheid, beschikbaarheid, aanvaardbaarheid en een goede kwaliteit van de gezondheidszorg voor een ieder (het zogenaamde AAAQ principe).

De Commissie medische zorg voor (dreigend) uitgediende asielzoekers en illegale vreemdelingen beschreef in 2007 de knelpunten en professionele dilemma's voor artsen en andere betrokkenen. 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 moeten signaleren en aandringen op verandering, of zich moeten verzetten tegen maatregelen waar zij geen verantwoordelijkheid voor kunnen dragen.

Een specifieke taak van artsen is het opstellen van medische informatie. Immigratieautoriteiten vragen daar bijvoorbeeld naar wanneer zij het risico op suïcide bij terugkeer willen inschatten (Pitman, 2010, Kramer et al. 2015a)). Veel behandelaars voelen zich daarover extreem ongemakkelijk. Ze ervaren bij het verzoek om medische informatie een conflict met hun primaire taak om het belang van de patiënt te dienen, één van de uitgangspunten van de medische ethiek. De zorgverlener krijgt vaak het verzoek van de asielzoeker of diens advocaat om medische informatie door te geven aan het BMA zodat deze gebruikt kan worden in de asielprocedure. Zelfs als een behandelaar het niet in het belang van een asielzoeker beschouwt om informatie aan het BMA te geven, ontstaat er een dilemma als de asielzoeker daar zelf wel op aandringt.

3 Methodologie

Ons onderzoek naar ethische dilemma's in de GGZ voor asielzoekers heeft een kritisch perspectief. In dit perspectief wordt wetenschap als een normatief systeem gezien, waarin theorieën en daarvan afgeleide opvattingen of handelingen, bestaande machtsstructuren in de samenleving representeren (Duberley et al., 2012). Bij het onderzoeken van sociale vraagstukken waarin ongelijkheid een rol speelt, proberen onderzoekers de machtsverschillen te ontrafelen en zijn zij zich ervan bewust dat macht zowel op expliciete manier wordt uitgeoefend als impliciet in taal en denkbeelden wordt doorgegeven. In het geval van asielzoekers kunnen twee typen machtsverschillen een rol spelen. In de eerste plaats vormen asielzoekers, op grond van hun juridische positie en het ontbreken van individuele en / of collectieve macht, een kwetsbare groep in de samenleving. In de tweede

plaats hebben zorgverleners te maken met een maatschappelijke omgeving waarin de zorg voor asielzoekers op grond van negatieve beeldvorming ‘omstreden’ zou kunnen raken. Opkomen voor belangen van asielzoekers of solidariteit tonen met hen, kan daardoor bij zorgverleners tot interne conflicten leiden. Vanuit een kritisch perspectief reflecteren onderzoekers op omstreden uitlatingen. Bovendien verbinden onderzoekers hun onderzoeksresultaten met belangen die de doelgroep, in dit geval vooral de zorgverleners, meer vrijheid van denken en handelen zou kunnen geven.

Vanuit dit perspectief hanteren we de vaak gebruikte methode, discourse analyse (Foucault in Symon & Cassell, 2012), voor analyse van de data. In de data is gezocht naar specifieke interpretaties, woordgebruik en controversiële opvattingen in de beschrijving van de ethische dilemma's in de GGZ voor asielzoekers.

De analyse is uitgevoerd met data die zijn verzameld in een project voor de ontwikkeling van een handreiking voor de GGZ aan asielzoekers, een initiatief van de Johannes Wier Stichting (Kramer et al., 2015b). Voor dit project zijn zes experts geïnterviewd en werden vijf focusgroepen over specifieke thema's georganiseerd met 38 GGZ professionals, dat wil zeggen 44 professionals in totaal. Hun achtergrond varieerde van sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen, GGZ consultants van het Gezondheidscentrum voor Asielzoekers (GC A), tot GGZ-psychologen en psychiaters. Ze werken in eerstelijns instellingen (GC A), reguliere instellingen voor ambulante GGZ en specialistische instellingen in de tweede of derde lijn die uitsluitend asielzoekers en vluchtelingen behandelen. De data zijn geanalyseerd door open, axiaal en selectief te coderen (Boeije, 2014). Dat heeft geleid tot een aantal thema's die in de handreiking beschreven zijn in dertien ethische dilemma's met argumenten voor handelingsopties (Kramer et al., 2015b). Voor dit artikel zijn alleen de thema's opgenomen waarin verwezen wordt naar sociale en politieke factoren die de zorg voor asielzoekers mogelijk beïnvloeden en ethische dilemma's veroorzaken. In de presentatie van de resultaten wordt gebruik gemaakt van citaten uit de interviews (Inr) en focusgroepen (Fnr), die anoniem weergegeven worden.

4 Resultaten: sociale en politieke aspecten van ethische dilemma's

De discourse analyse laat drie thema's zien. Allereerst de omstandigheden waarin asielzoekers leven, die kunnen leiden tot (aanvullende) stress en psychische klachten. Als tweede thema het feit dat de GGZ voor

asielzoekers onderdeel is van een institutioneel arrangement met instellingen die vanuit verschillende paradigma's te werk gaan: sociaal, medisch en juridisch. Dat leidt bij veel zorgverleners tot vragen en zorgen over verzoeken van de medische adviseurs van de IND om medische informatie te verstrekken. Het derde thema is de (on)wenselijkheid van individuele en collectieve pleitbezorging.

4.1 Zorgen over de sociale omgeving van asielzoekers

In de periode waarin de asielaanvraag loopt, verblijven asielzoekers in de centrale opvang. Het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers (COA) is verantwoordelijk voor het inrichten en (laten)beveiligen van de asielzoekers centra (AZC 's). AZC's kunnen bestaande gebouwen en snel op te zetten prefab eenheden zijn. In veel gevallen delen bewoners sanitaire ruimtes en keukens en zijn de slaapruides klein en gehorig. Sinds de jaren '80 zijn AZC's steeds vaker buiten de bebouwde kom gevestigd, omdat zij als bedreiging voor burgers worden gezien (Zonneveld, 2013).

Asielzoekers mogen niet of nauwelijks werken of (als volwassene) onderwijs volgen, omdat integratie op de arbeidsmarkt het restrictieve toelatingsbeleid zou doorkruisen (Lange et al., 2017).

De Advies Commissie voor Vreemdelingenzaken schreef in 2013 een advies om de verloren tijd, die asielzoekers in de opvang doorbrengen, beter te gaan benutten.

Het gevolg van een langdurig verblijf in de opvang en de daarmee gepaard gaande verveling is dat vreemdelingen steeds passiever worden. De neiging om zelf initiatief te nemen verdwijnt er min of meer vanzelf. Bewoners trekken zich terug, leiden een steeds geïsoleerder bestaan en beschouwen hun situatie na verloop van tijd als uitzichtloos. Ze ervaren hun verblijf in de opvang als verloren tijd en zijn op een gegeven moment niet langer in staat na te denken over mogelijkheden om verandering in hun situatie te brengen. Sommigen van hen raken volledig gehospitaliseerd. Zowel de mensen die in de opvang werken als de bewoners zien naast het lange wachten en de daarmee samenhangende voortdurende verblijfsonzekerheid het nietsdoen als belangrijkste oorzaak of versterkende factor voor de constante stress die wordt ervaren (ACVZ, 2013).

Inmiddels zijn er veranderingen ingezet. Op de eerste plaats wordt getracht de asielpprocedure te verkorten, met succes want eind 2015 waren de meeste asielzoekers korter dan 6 maanden in procedure (Lange et al., 2017). Het verblijf in een AZC kan echter langer duren omdat plaatsing van asielzoekers in gemeenten stagneert.

Op de tweede plaats verandert het denken over arbeidsintegratie. Het huidige overheidsbeleid is dat hoe eerder kansrijke asielzoekers beginnen met taalles en vrijwilligerswerk als kennismaking met de Nederlandse samenleving, hoe beter (Lange et al., 2017, p. 2). In de eerste zes maanden van verblijf in het AZC mag de asielzoeker echter nog steeds geen betaalde arbeid verrichten, ook niet als hij kwaliteiten of ervaring heeft waaraan behoefte bestaat op de Nederlandse arbeidsmarkt. Daarna kan een werkgever voor een asielzoeker een tewerkstellingsvergunning krijgen voor maximaal 24 weken.

De meeste zorgverleners zijn zich bewust van de omstandigheden waaronder hun patiënten moeten leven en uiten hun zorgen daarover. Zij vragen zich af in hoeverre deze omstandigheden direct van invloed zijn op de ernst van de klachten, de diagnostiek en keuze voor een behandeling. Bovendien is de vraag of er onder die omstandigheden wel een therapeutisch effect is te verwachten.

‘Ik heb altijd pijn in mijn buik als ik op een AZC kom’. (F4)

‘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. (...)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.’ (I1)

De invloed van de omstandigheden op psychische klachten versterkt als het verblijf in AZC 's lang duurt (Laban & Gernaat, 2005), als asielzoekers vaak verplaatst worden en als GGZ of andere hulp niet goed toegankelijk is. Ook worden asielzoekers, in afwachting van een gedwongen terugkeer naar het land van herkomst, soms in een detentiecentrum geplaatst. De zorgverlener moet dan bij het COA of bijvoorbeeld de advocaat informeren waar de patiënt gebleven is. Volgens sommige GGZ professionals getuigen de leefomstandigheden en de uitvoering van de asielprocedure van een gebrek aan compassie en empathie. Er lijkt weinig aandacht te zijn voor een veilige en stabiele situatie, die als voorwaarde voor iedere behandeling geldt en voor een traumabehandeling noodzakelijk is.

‘COA medewerkers liepen 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.’(12)

Hoewel asielzoekers met psychische problemen recht hebben op behandeling in de GGZ, is het de vraag of ze er ook gebruik van kunnen maken wanneer nodig. Er zijn aanwijzingen dat de informatie over wat GGZ is en wanneer je een behandeling nodig hebt, niet voldoende is en dat het lastig is om een verwijzing te krijgen (Kramer, 2010). Niet onderkende gevoelens van schaamte of zich bezwaard voelen om hulp te vragen, kunnen eveneens een belemmering vormen.

‘De vraag is of een persoon die zorg nodig heeft ook de zorg krijgt, gesteld dat die zorg beschikbaar is. In iedere samenleving zijn er groepen die weinig toegang hebben tot zorg omdat zij er geen recht op hebben of omdat zij, als een groep, denken dat die zorg niet voor hen bedoeld is.’ (14)

‘Ik zie de zorg soms ernstig tekort schieten. Mensen die ernstig ziek zijn, worden niet serieus genomen. Ze krijgen steeds paracetamol en alle klachten worden geïgnoreerd als stress.’ (12)

Asielzoekers behandelen gaat zorgverleners vaak niet in de koude kleren zitten. Hun bezorgdheid over de situatie van hun patiënten en de sociale omstandigheden, kan leiden tot een te grote betrokkenheid en zich uiten in het gevoel hun patiënten te moeten redden. Dat leidt tot specifieke dilemma's.

‘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.’ (F4)

Deze reacties van hulpverleners op gruwelijke ervaringen die asielzoekers hebben ondergaan, staan bekend als secundaire traumatisering (de Haan,

1999) en kunnen het therapeutisch proces negatief beïnvloeden. De patiënt kan zich – bewust of onbewust – gaan afsluiten om de therapeut niet te veel te belasten. Of de therapeut kan vanuit de ‘redderspositie’ de regie overnemen en de zelfredzaamheid van de patiënt onderschatten. Die ervaring zou een asielzoeker te afhankelijk van een hulpverlener kunnen maken.

‘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 gechoqueerd 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.’ (F4)

Omdat de lengte van het verblijf in een AZC onzeker is, kunnen zorgverleners lastig inschatten of en wanneer psychotherapie of een andere vorm van traumaverwerking ingezet kan worden. Daarbij is het vrijwel onmogelijk om realistische behandeldoelen te stellen.

‘Ik zet geen EMDR¹ 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.’ (16)

‘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.’ (13)

Samengevat zien we dat zorgen over de invloed van sociale omstandigheden van asielzoekers niet alleen het denken over diagnostiek en behandeling beïnvloeden, maar ook een wissel trekken op de zorgverleners zelf.

4.2 Zorgen over het delen van informatie met derde partijen

Uit ons onderzoek bleek dat alle respondenten de meeste spanning, twijfels en dilemma’s ervaren in het contact met de organisaties die asielverzoeken in behandeling nemen en erover besluiten. Zorgverleners ervaren dan een vermenging van medische en juridische belangen (Kramer et al., 2015a). Om hun ethische dilemma’s hierbij te begrijpen, staat in het kader informatie over de asielprocedure.

In Nederland wordt ongeveer 50% van de asielaanvragen gehonoreerd. Ongeveer de helft hiervan is in eerste instantie afgewezen (IND, 2012). Bij afwijzing moet de asielzoeker binnen vier weken Nederland verlaten. Bij ernstige medische problemen is het mogelijk een beroep te doen op Artikel 64 van de Vreemdelingenwet. Via dat verzoek vraagt de asielzoeker dan om uitstel van repatriëring op medische gronden. De IND neemt een dergelijk verzoek in behandeling door hun eigen medische adviseurs, het Bureau Medische Advisering (BMA), te vragen onderzoek te doen gebaseerd op medische informatie van de behandelende zorgverlener(s). Het BMA moet op basis van deze informatie beoordelen of er zich bij terugkeer een 'medische noodsituatie op korte termijn' zal voordoen en of medische zorg in het land van herkomst beschikbaar is. Die zorg hoeft niet voor de betrokkene toegankelijk te zijn, maar alleen beschikbaar in het land waar de asielzoeker naar terugkeert. Het BMA legt het advies voor aan de IND, die op basis van artikel 64 een besluit neemt.

Als gevolg van deze procedure komt het regelmatig voor dat het BMA een GGZ-professional om informatie vraagt over een specifieke patiënt. Wat en hoe men deze medische informatie moet bieden is bron van grote onzekerheid voor alle professionals die wij geïnterviewd hebben. De informatie die zij verstrekken kan van invloed zijn op de besluitvorming in de asielaanvraag.

Zeker wanneer zorgverleners zich realiseren dat de IND en het BMA de informatie over hun patiënt beoordelen aan de hand van strikte immigratiewetgeving, ontstaat een ethisch dilemma; de uitkomst van die beoordeling hoeft namelijk niet in het belang van de patiënt te zijn. Het principe van 'het goede doen voor de patiënt' is dan in het geding.

In deze context informatie delen, leidt dan ook tot grote aarzelingen bij de zorgverleners. Als de resultaten van een behandeling positief zijn en een zorgverlener meldt dit, zou het BMA tot het advies kunnen komen dat behandeling niet langer nodig is. Als de behandeling geen of weinig resultaten laat zien, kan de medische adviseur tot het advies komen dat verdere behandeling zinloos is. In beide gevallen zou een dergelijk advies kunnen leiden tot de afwijzing van het verzoek om artikel 64 toe te passen of te continueren.

'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.' (I)

Zorgverleners hebben geen idee of de informatie die zij de medische adviseur verschaffen in het belang van hun patiënt gebruikt zal worden. Als gevolg daarvan zijn sommige zorgverleners terughoudend in het geven van informatie.

'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 zes jaar geleden zin, 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.'(I6)

Een vraag van het BMA of er adequate zorg voor hun cliënt in het land van herkomst beschikbaar is, is voor zorgverleners veelal niet te beantwoorden. Ze ervaren veel spanning bij zo'n vraag en zijn daar ook verontwaardigd over. De behandelaar kan inschatten dat de medische informatie bijdraagt aan het verkrijgen van artikel 64 en zou daarom geneigd zijn die informatie te delen. Asielzoekers en hun advocaten kunnen hierop aandringen. Mocht de behandelaar eraan twijfelen of de informatie wel in het belang is van de asielprocedure, dan ontstaat alsnog een ethisch dilemma, namelijk professioneel handelen tegenover handelen volgens de wens van de patiënt en diens advocaat.

Informatie delen in een juridische context wordt nog complexer als het BMA vraagt naar een inschatting op het suïciderisico van een asielzoeker. Te moeten bewijzen dat een patiënt suïcidaal is of zou kunnen worden, stuit veel zorgverleners tegen de borst. 'Het BMA ziet het leven als losgeld', aldus een respondent. Zorgverleners realiseren zich dat de aankondiging, dat een asielzoeker het land moet verlaten, tot wanhoopsdaden kan leiden. De casus over de Armeniërs in Den Bosch illustreert dit. De zorgverleners voelden zich als professional niet serieus genomen en merkten dat

hun medische verklaringen over ernstige traumatisering en psychiatrische klachten nauwelijks een rol speelden in beslissingen. In ons onderzoek bleek iets soortgelijks:

‘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 suïcidepreventie, welk risico kun je nemen en hoe ga je daarmee om? Gewoon een hele ingewikkelde afweging.’(I₂)

Professionals zijn zich zeer bewust van de noodzaak om zorgvuldig te formuleren en alle argumenten goed te onderbouwen. Op die manier hopen zij dat de medische adviseur voldoende informatie heeft om een advies te kunnen geven aan de IND. Suïcidepogingen moeten dan in elk geval in het BMA-dossier van de patiënt terug te vinden zijn.

‘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.’(I₃)

Bij het opstellen van een medisch advies in het kader van een beroep op artikel 64 zijn alle partijen kwetsbaar. De medische adviseur is verantwoordelijk voor een inschatting van het suïciderisico en het opmerken van aanwijzingen daarvoor. Een zorgverlener kan signalen gemist hebben. Incidenten waarbij asielzoekers zichzelf iets aandoen of een einde aan hun leven maken, hebben in het verleden tot politieke discussie geleid. Een spraakmakend voorbeeld was de zaak Dolmatov (*Trouw*, 2013), maar ook de ‘golf van zelfmoordpogingen onder Armeniërs’ leidde tot veel ophef.

4.3 Twijfels over pleitbezorging

Veel GGZ zorgverleners in ons onderzoek voelen compassie met asielzoekers en overwegen om op te komen voor hun belangen, waar zowel individuele patiënten als een grotere groep baat bij kan hebben. Het gaat dan om bijvoorbeeld misstanden in de opvang aan te kaarten of onrechtvaardigheden in de asielprocedure of medische zorg bij een breder publiek bekend te maken. Dit is wat de zorgverleners van het Psychotraumacentrum Zuid in de casus deden toen zij contact zochten met de burgemeester en met de pers.

De vraag of zij aan pleitbezorging moeten doen, verdeelde de zorgverleners in ons onderzoek. Weliswaar kennen functiebeschrijvingen en beroeps- of gedragscodes van professionals in de GGZ verwijzingen naar een maatschappelijke rol (Kramer et al., 2015b), zorgverleners twijfelen toch of dit wel bij hun functie hoort, hoe en in welke mate. Zo staat in de beroepscode voor psychiaters (NVVP, 2010, VII.2): ‘een psychiater stelt zich actief op in het signaleren van gezondheidsbedreigende factoren, [...] bijvoorbeeld maatschappelijke ontwikkelingen of slechte woonomstandigheden.’

Sommigen denken dat het goed is als de samenleving meer weet over hoe het asielzoekers in Nederland vergaat.

‘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 weleens 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 omstreken, 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.’(I3)

Sommige professionals weten dat er organisaties zijn die pleitbezorging van asielzoekers, inclusief recht op gezondheidszorg, in hun missie hebben opgenomen. Dat geldt voor VluchtelingenWerk, de Johannes Wier Stichting en het College voor de Rechten van de Mens. Pleitbezorging op zichzelf leidt niet tot ethische dilemma’s, maar gebrek aan steun door het management van de GGZ-instelling en/of de beroepsvereniging zou een zorgverlener wel in een belangen- of waardenconflict kunnen plaatsen. De waarde om op te komen voor de belangen en rechten van de patiënt kan dan conflicteren met de loyaliteit ten opzichte van de instelling of beroepsvereniging.

De meeste zorgverleners uit ons onderzoek aarzelden over hun rol bij pleitbezorging. Zij leken beducht om het imago te krijgen van een (over) sympathiserende hulpverlener die als onprofessioneel gezien zou kunnen worden. In die gedachte zou de dominante beeldvorming over de asielzoeker als een bedreiger van de Nederlandse veiligheid een rol kunnen spelen.

Het nadenken over pleitbezorging treft zorgverleners ook op persoonlijk vlak. Sommigen merken op dat zij hun idealistische geloof in een goed functionerende multiculturele samenleving zijn kwijt geraakt.

'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 relateert het: zo is nou eenmaal het Nederlandse asielbeleid, daar heeft de meerderheid van de Nederlandse bevolking voor gekozen. Maar de samenleving is minder open geworden. Op verjaarspartijtjes vertel ik niet dat ik met asielzoekers werk omdat zij misschien niet hetzelfde idealisme voelen als ik.'⁽¹⁾

Samenvattend zien we dat de kwetsbaarheid, existentiële onzekerheid en belastende sociale condities van asielzoekers als patiënt, bij GGZ professionals tot grote twijfels over hun rol en taakopvatting leiden. Vooral als hun professionele handelen gewicht krijgt in een juridisch kader en zij informatie moeten delen met het BMA, of in hun mogelijke rol als pleitbezorger. Deze twijfels en dilemma's komen ook naar voren in verhalen van vrijwilligers werkzaam bij een AZC (Larruina & Ghorashi, 2016).

5 Discussie

De drie thema's die zowel in de casus als uit ons onderzoek naar voren kwamen, behoeven verdieping op twee punten, namelijk de verwevenheid van het medische en juridische paradigma en de twijfels over individuele en collectieve pleitbezorging.

5.1 Verwevenheid medische en juridische paradigma

Bij asielzoekers die in de GGZ terecht komen, zijn het medische en juridische paradigma met elkaar verweven geraakt. Zorgverleners willen de scheiding tussen het medische en juridische in stand houden maar raken erin beknelde. Dat speelt sterk bij de dilemma's rond medische informatie delen met het BMA. De asielprocedure is een concrete uitwerking van het juridische paradigma. Als zorgverleners menen dat de vreemdelingenwet te restrictief geworden is of de toepassing ervan vooral leidt tot uitsluiting van asielzoekers in plaats van hen te beschermen, komen zij in een beknelde positie terecht. Ze zijn bang dat medische informatie 'tegen hen' of om z'n minst tegen de belangen van hun patiënt zou kunnen worden gebruikt. Hulpverleners kunnen zich overweldigd en ongemakkelijk voelen over de (on)bedoelde gevolgen van hun handelen, omdat zij wegens de inbedding van zorg in een juridische context niet kunnen overzien welk 'losgeld' nodig is om het leven van een asielzoeker te sparen.

Dit spanningsveld zien we terug in de beeldvorming over asielzoekers. Dat zij de sociale orde zouden bedreigen of alleen een verblijfsvergunning willen krijgen, leidde bij enkele zorgverleners tot de verzuchting dat Nederlanders geen idee hebben van de manier waarop asielzoekers in Nederland worden behandeld. Zij ervaren dagelijks dat de geestelijke gezondheid van asielzoekers negatief beïnvloed wordt door het leven in Nederland, vanwege de lange periode van onzekerheid en de sobere opvang die allesbehalve ideaal is voor herstel. Dit wordt ondersteund door onderzoek waaruit een relatie blijkt tussen psychische klachten enerzijds en de lengte van de asielprocedure en frequente verplaatsingen anderzijds (Hallas, 2007; Laban & Gernaat 2005; Goosen et al., 2014).

Aan de andere kant zijn zorgverleners beducht voor partijdigheid. Ze houden het voor mogelijk dat asielzoekers een GGZ-behandeling als laatste strohalm zien in het krijgen van een verblijfsvergunning. Ze vinden het ongepast als asielzoekers alleen daarvoor een beroep op zorg zouden doen. Een respondent kreeg ooit het verzoek van een advocaat om informatie over de behandeling, terwijl de asielzoeker nog niet eens een intake had gehad. Dit toont temeer de juridisering van de GGZ voor asielzoekers. De betrokken zorgverlener vond dit zeer ongepast.

5.2 Aarzelingen over pleitbezorging

Zorgverleners zien het primair als hun taak psychische problemen van asielzoekers te diagnosticeren en te behandelen. Daarnaast maken zij zich wel degelijk zorgen over de sociale en politieke omstandigheden waaronder asielzoekers leven. In de beroepscode van de meeste zorgverleners (in ieder geval die van psychiaters, psychologen en verpleegkundigen) staan bepalingen over rol en verantwoordelijkheden jegens de samenleving. Maar deze zijn algemeen en multi-interpretabel. Professionals vinden het lastig hier invulling aan te geven. Zij krijgen in hun opleiding weinig kennis of vaardigheden op dit punt aangereikt en ook de beroepsorganisaties onder wiens verantwoordelijkheid de beroepscode vallen, bieden daarbij weinig houvast. Twijfels van zorgverleners betreffen bijvoorbeeld individuele pleitbezorging die verder gaat dan diagnostiek en behandeling. Hoeveel reikt psychosociale begeleiding? Valt het nog onder professionele verantwoordelijkheid om bijvoorbeeld te zoeken naar zinvolle dagbesteding voor een patiënt of te pleiten voor een rustiger plek in de opvang bij het COA?

Daarnaast aarzelen velen over de collectieve pleitbezorging. We zagen in de casus dat de situatie van een specifieke groep, in dit geval Armeniërs, een appèl doet op zorgverleners. Het kan ook gaan om asielzoekers uit een ander land of gebied, om kinderen, of om minderjarigen zonder ouders of

begeleiders. De aarzeling van zorgverleners om voluit te sympathiseren met asielzoekers zou een gevolg kunnen zijn van de verscherpte politieke en publieke discussie, zoals we die in de inleiding beschreven. Een respondent vertelde dat hij in zijn persoonlijke omgeving terughoudend is geworden met vertellen dat hij met asielzoekers werkt. Zorgverleners willen in ieder geval te boek staan als professioneel en objectief, en zorgen daarom voor een grondige onderbouwing van medische informatie die zij naar buiten brengen. Slechts in uitzonderlijke gevallen, zoals de casus over de Armeniërs laat zien, zoeken zij actief de politiek en media om naar buiten te brengen hoe en waardoor hun patiënten bedreigd worden.

5.3 Sterkte en zwakte van het onderzoek

Een mogelijke beperking van het onderzoek waar dit artikel op gebaseerd is, is de eenzijdige visie ervan, omdat alleen GGZ-professionals gesproken zijn en niet bijv. advocaten of medewerkers van het BMA. Daar staat tegenover dat de kracht van het onderzoek zit in het selecteren van een diverse groep van zorgverleners, die zowel in de eerste lijn als in specialistische centra werken. De multidisciplinaire achtergrond van de onderzoekers heeft bijgedragen aan een genuanceerd en afgewogen beeld over de ethische dilemma's in de zorg voor asielzoekers.

6 Conclusie

Zorgverleners beseffen dat politieke discussies, beeldvorming en sociale omstandigheden een negatieve invloed hebben op de geestelijke gezondheid van asielzoekers. Dat klimaat heeft tevens invloed op het functioneren van de zorgverleners zelf. De verwevenheid van het medische en juridische paradigma in de GGZ voor asielzoekers leidt bij professionals tot veel ethische dilemma's. Het opkomen voor de belangen en rechten van asielzoekers wordt al snel gezien als het overschrijden van de professionele grenzen. In die zin hebben het klimaat en de ervaren dilemma's gevolgen voor hoe professionals hun beroep zien: er is minder ruimte voor compassie en rechtvaardigheid als kernwaarden van het beroep van zorgverlener.

Een oplossing hiervoor zou zijn om medisch onderzoek in het kader van de asielprocedure onafhankelijk te laten plaatsvinden, en niet meer (uitsluitend) af laten hangen van medische informatie van behandelaars in de GGZ. Dat zou zorgverleners in de GGZ meer zelfvertrouwen geven om asielzoekers te helpen psychische klachten te overwinnen en een nieuw bestaan op te bouwen in Nederland of hun land van herkomst. Zorgverleners

hoeven dan niet op de stoel van de rechter te gaan zitten of een verbond met de advocaat te sluiten, maar kunnen zich vanuit hun professionele verantwoordelijkheid inzetten voor individuele en collectieve pleitbezorging.

De ontwikkeling van de handreiking ethische dilemma's in de GGZ voor asielzoekers is mogelijk gemaakt door subsidie van ZonMw.

Voor een vergelijking van de hier beschreven resultaten met de situatie in de jaren '90, zie Kramer et al. (2017). Sleepless nights: Ethical dilemmas in mental health care for asylum seekers. Ter publicatie aangeboden aan het Journal for Refugee Studies.

Noot

1. EMDR is een methode voor traumabehandeling, Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Literatuur

- Advies Commissie voor Vreemdelingenzaken (2013). *Verloren tijd: advies over dagbesteding in de opvang voor vreemdelingen*. Den Haag
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (1977/2009). *Principles of biomedical ethics, 6th edition*. Oxford University Press, New York.
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek, denken en doen*. Den Haag, Boom Lemma uitgevers.
- Bolle, J. (2016). Ter Apel neemt maatregelen tegen overlast asielzoekers. *NRC*, 29-11-2016.
- Boom, J. de, Snel, E., & Engbersen, G. (2010). Asielmigratie, verblijfsstatussen en criminaliteit. *Tijdschrift voor Criminologie*. Den Haag 52.2, p. 153-169.
- Bovenkamp, N. van den (2015). Onrust en hakenkruisen: incidenten rond asielzoekerscentra. *Elsevier*, 7-10-2015.
- Brenner, Y. & Ohlendorf, K. (2016). Honderd dagen na het nieuws over Keulen: de feiten. De Correspondent, april 2016 <https://decorrespondent.nl/4322/honderd-dagen-na-het-nieuws-over-keulen-de-feiten/460117228582-c1108cof>
- British Medical Association (2002). *The Medical Profession and Human Rights: Handbook for a Changing Agenda*. Zed Books Ltd. New York and London.
- Bryman, A. (2015). *Social Research Methods*. 5th Edition. Oxford University Press.
- Commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen (2007). *Arts en Vreemdeling*. Utrecht: KNMG, Pharos
- Duberley, J., Johnson, P., & Cassell, C. (2012). Philosophies Underpinning Qualitative Research. In: Symon, G. & Cassell, C. (eds). *Qualitative Organizational Research* (pp. 15-34). Los Angeles: Sage.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice. Psychological theory and women's development*. Harvard University, Cambridge.
- 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. *Int J Epidemiol*, 43(1), 94-104.

- Hallas, P., Hansen, A.R., Staehr, 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, 288.
- Huijink & Andriessen (2016). *Integratie in zicht?* Den Haag: SCP.
- Immigratie en Naturalisatie Dienst (2012). *De IND belicht. Jaarresultaten 2011*. Den Haag: IND.
- Isitman, E. (2017). Na brute verkrachting Kampen wil burgemeester avondklok voor asielzoekers. *Elsevier*, 22-4-2017.
- KNMG (2016). Richtlijn omgaan met medische gegevens. KNMG.
- Kramer, S.A. (2010). *Zorg voor asielzoekers met psychische problemen*. Het perspectief van de asielzoeker. Amsterdam: ASKV.
- Kramer, S.A. et al. (2015a). *Ethische dilemma's in de GGZ voor asielzoekers*. Onderzoeksverslag. Amsterdam: Johannes Wier Stichting.
- Kramer et al. (2015b). *Handreiking ethische dilemma's in de GGZ voor asielzoekers*. Amsterdam: Johannes Wier Stichting.
- 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.
- Lange, T., Besselen, E., Rahouti, S., & Rijken, C. (2017). *Van azc naar een baan. De Nederlandse regelgeving over en praktijk van arbeidsmarktintegratie van vluchtelingen*. Universiteit van Amsterdam.
- Larruina, R. & Ghorashi, H. (2016) The normality and materiality of the dominant discourse: Voluntary work inside a Dutch asylum seeker center. *Journal of Immigrant and Refugee studies*, 14(2): 220-237.
- Lover, redactie (2016). Een bitter gelijk: geen vluchtelingen onder ouders Keulen. *Tijdschrift Lover*, 12 feb 2016. http://www.tijdschriftlover.nl/politiek_en_maatschappij/een_bitter_gelijk_geen_vluchtelingen_onder_daders_keulen
- Lindemann, 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.
- NRC (2016) Sjoemelen politici met asielcijfers? En 62 andere vragen over asielzoekers. 7 maart 2016.
- NRC (2017) Azc van Oude Pekela staat in één week bij het oud vuil. Sluiting opvanglocaties asielzoekers, 1 mei 2017 [12-5-2017]
- Piri, K. (2016). De EU-Turkije deal: een dubieuze aanpak van het migratievraagstuk. www.clingendael.nl, 26-10-2016, [2-5-2017].
- Pitman, A. (2010). Medicolegal reports in asylum applications: a framework for addressing the practical and ethical challenges. *Journal of the Royal Society of Medicine*, Mar 103 (3): 93-97.
- 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.
- Rijnmond, RTV (2016). Wilders deelt nep-pepperspray uit in Spijkenisse. www.rijnmond.nl 14-1-2016, [2-5-2017]
- SER (2016). *Nieuwe wegen naar een meer succesvolle arbeidsmarktintegratie van vluchtelingen*. Ontwerpadvies.
- Symon, G. & Cassell, C. (2012). Assessing Qualitative Research. In: Symon, G. & Cassell, C. (eds). *Qualitative Organizational Research* (pp. 205-223). Los Angeles: Sage.
- Tromp, J. (2014). Golf van zelfmoordpogingen onder Armeense vluchtelingen. *de Volkskrant*, 9-9-2014.

- Tronto, J.C. (1993/2009). *Moral boundaries. A political argument for an ethic of care*, 2nd edition. Routledge, New York / London.
- Trouw (2013). Overheid handelde onzorgvuldig in zaak Dolmatov, 12-4-2013, [2-6-2017].
- VluchtelingenWerk Nederland (2014). *Integratiebarometer*.
- Werkgroep Medische Zorg in Vreemdelingendetentie (2014) *Geketende zorg. Gezondheidszorgen in vreemdelingendetentie*. Amsterdam, Utrecht: Amnesty International, Stichting Meldpunt Vreemdelingendetentie, Dokters van de Wereld.
- Widdershoven, G. (2000/2007). *Ethiek in de kliniek. Hedendaagse benaderingen in de gezondheids-ethiek*, 5th edition. Meppel: Boom.
- Williams, J.R. (2005). *Medical Ethics Manual*. World Medical Association.
- Willigen, L.H.M. van (1998). *Medical ethical standards in mental health care for victims of organized violence, refugees and displaced persons*. Amsterdam: Royal Tropical Institute & Pharos.
- Zonneveld, J. (2013). Laat asielzoekers zich ontplooiën. *Het Parool*, 26-10-2013.

Over de auteurs

Dr. S.A. (Sander) Kramer, S.A., departement Bestuurs- en Organisatiewetenschap, Universiteit Utrecht.
E-mail: s.a.kramer@uu.nl

Dr. M.H.H. (Mariëtte) Hoogsteder, coördinator Academische Werkplaats Jeugd en Gezondheid, VUmc – afdeling Sociale Geneeskunde / Amsterdam Public Health.
E-mail: m.hoogsteder@vumc.nl

Olsman, E. (Erik), PhD, MA. Sectie Ethiek & Recht van de Gezondheidszorg, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden. Sectie Medische Ethiek, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam.
E-mail: erik.olsman@amc.uva.nl

Dr. L.H.M. (Loes) van Willigen, voorzitter van de Johannes Wier stichting voor gezondheidszorg en mensenrechten.
E-mail: vwilligen@johannes-wier.nl