
GGZ en illegale asielzoekers



Gerard Lohuis, *SPV*

Agnes Tromp

Anouk Seidel

Evelien Keizer

Gedifferentieerd verpleegkundigen

Inleiding

Uitgeprocedeerde asielzoekers verdwijnen doorgaans in de illegaliteit. Het is lang niet altijd mogelijk om hen terug te laten keren naar land van herkomst omdat het land van oorsprong niet meewerkt of dat er persoonlijke ervaringen spelen waardoor iemand niet terug kan keren. In beide gevallen hebben ze geen recht op verblijf, kunnen ze geen gebruik maken van voorzieningen en op geen enkele wijze participeren binnen de Nederlandse samenleving. Onder hen heeft een aantal dermate grote lichamelijke of psychische problemen dat ze hulp nodig hebben. In Groningen worden ze opgevangen door INLIA in samenwerking met de gemeente Groningen, om te voorkomen dat ze dakloos op straat belanden. Er is een huisarts aan verbonden die de hoogst noodzakelijk medische zorg verstrekt. Wanneer er ernstige psychische of psychiatrische problemen spelen, wordt er hulp geboden vanuit Lentis Ambulante zorg. Om de medewerkers van INLIA te ondersteunen en om het bieden van specialistische ggz-zorg van vaak ernstig getraumatiseerde en ontheemde mensen.

In dit artikel wordt beschreven hoe drie psychiatrisch verpleegkundigen en één SPV via een spreekuur op locatie proberen om minimale noodzakelijk ggz hulp te bieden. Met één psychiater op de achtergrond. Alle namen van betrokken zijn gefingeerd.

De Opvang

INLIA is een Internationaal Netwerk van Lokale Initiatieven ten behoeve van Asielzoekers en is voortgekomen uit de betrokkenheid van lokale geloofsgemeenschappen bij het lot van asielzoekers in nood, die zich geconfronteerd zien met de inhumane gevolgen van een rijksbeleid dat illegale en legale in Nederland verblijvende mensen op straat aan hun lot overlaat. Het gaat om mensen die door Justitie niet kunnen worden uitgezet naar hun land van herkomst, maar ook om mensen die rechtmatig verblijven in Nederland op grond van een nog lopende procedure, maar toch geen opvangvoorzieningen krijgen van het rijk. Momenteel zijn er twee opvangvoorzieningen. Een grote oude boot, treffend De Boot genoemd, ligt ergens in de nabijheid van het centrum, waar ook een voormalig F1 Hotel als opvanglocatie dient. De dagelijkse gang van zaken wordt gerund door enkele professionals, maatschappelijk werk en agogisch geschoolde medewerkers, in samenwerking met vrijwilligers. Zij ondersteunen de asielzoeker tijdens hun procedure, bij het vinden van steun op medisch en maatschappelijk gebied en zorgen voor het leefklimaat. Zij zijn de spin in een soms onontwarbaar web van betrokkenen. Zij laveren tussen wat wettelijk is toegestaan en wat humanitair gezien noodzakelijk is.

Of anders gezegd: ieder beschaving wordt gekenmerkt hoe er met de zwakste schakel wordt omgegaan. Mensen die in eigen land van alles hebben meegemaakt en uiteindelijk hebben besloten om de gok te wagen te vertrekken. Voor de duidelijkheid, het gaat hier niet om gelukzoekers of mensen die vanwege een economisch motief zijn vertrokken. Denk hierbij eerder aan mensen die vanwege eerwraak gevlucht zijn, die getraumatiseerd zijn door oorlogservaringen of in eigen land door het regime vervolgd zijn en bij terugkeer hun leven onzeker zijn. Mogelijk zelfs mensen die in eigen land terroristische activiteiten hebben uitgevoerd. Dan mag er juridisch gezien sprake zijn van een 'veilig land', maar tussen een papieren werkelijkheid en het individuele perspectief, gaapt een grijs gebied. De medewerker van INLIA of de huisarts bepalen wie er verwezen wordt naar het spreekuur dat wekelijks plaatsvindt in het F1 Hotel. In een klein kamertje dat 's nachts nog gebruikt is om er iemand te laten slapen, staat een tafel met enkele stoelen. Een basale voorziening voor de hoogst nodige basale zorg.

De illegale asielzoeker

Ahmed schuifelt de kamer binnen en kijkt ons met grote ogen aan. Het duurt even voordat hij tegenover ons plaatsneemt en niet voordat hij de planten heeft onderzocht op mogelijk onraad. Hij is afkomstig uit Afrika en spreekt enige woorden Engels. Hij vertelt dat er een slang in zijn kamer zit die ook in zijn darmen kronkelt. In de rapportage van de huisarts staat dat hij epilepsie heeft en regelmatig last heeft van insulden. Hij heeft daarnaast diabetes. Hij heeft geen contact met zijn familie en heeft vreselijke dingen meegemaakt door rebellen die vanuit een etnische strijd dorpen hebben platgebrand. Hij is gemarteld en is er uiteindelijk in geslaagd om te vluchten, zijn broer en moeder achterlatend. Als homoseksueel zou hij sowieso geen bestaan hebben en zijn moeder heeft hem opgedragen om te vluchten. Zoals velen in het F1 Hotel heeft hij slaapproblemen, heeft lichamelijk pijn en door het taalprobleem kan hij zich ternauwernood uitdrukken. Het culturele probleem maakt het er niet gemakkelijker op om zijn klachten te duiden.

De illegale asielzoekers komen grotendeels uit Afrikaanse en Aziatische landen, uiteenlopend van Syrië, Pakistan, Armenië, Rusland, Sierra Leone, Nigeria tot Afghanistan. Diagnostisch loopt het uiteen van (vermoeden van) schizofrenie/psychosen, stemmingsproblematiek en bovenal post traumatische stress-stoornis. Vaak gaat het gepaard met middelengebruik en spelen er meerdere diagnostische problemen door elkaar heen. Ze zijn beland in een cultuur waarvan ze ideale beelden hadden bij vertrek en hebben gemerkt dat het overleven hier voortgezet wordt. Een cultuur waarvan ze de gewoontes onvoldoende kennen en die niet zo gastvrij blijkt te zijn als men had gehoopt. Een Westerse cultuur met Westerse opvattingen en duidingen van problemen, die door betrokkenen soms geheel anders worden beleefd. Een leven tussen hoop en vrees omdat de meesten nog bezig zijn met een herziening van de procedure om alsnog verblijf in Nederland te krijgen. Tegelijkertijd moeten ze beschikken over een enorme veerkracht en overlevingsdrang om binnen een dergelijke context overeind te blijven. Bijna iedereen is geliefden verloren of heeft ze achter moeten laten. Het zal niet verbazen dat ze zich zorgen over hun familie maken en zich schuldig voelen dat deze niet mee konden komen.

Fatah komt huilend binnen en kan geen woord uitbrengen. De telefonische Syrische tolk moet regelmatig wachten voordat ze kan vertellen wat haar zo verdrietig heeft gemaakt. Het Journaal blijkt beelden van haar woonwijk te hebben vertoond en alle huizen in haar straat zijn plat gebombardeerd. Ze weet zeker dat haar familieleden zijn omgekomen. Ze wil alleen maar dood.

Alle bezoekers van het spreekuur hebben contact met de huisarts of de medewerker van INLIA die hen hebben verwezen vanwege de psychische problemen.

Niet alle bewoners van de Boot of het F1 Hotel komen langs. Zo lang het enigszins op te vangen is door de medewerkers, blijven ze buiten beeld. Het is relativerend om te zien hoe mensen onder erbarmelijke omstandigheden en de nodige traumatische ervaringen in staat zijn om met minimale middelen iets van hun leven te maken. De positieve gezondheidsgedachte zoals Machteld Huber die heeft verwoord en concepten uit de positieve psychologie zijn belangrijke pijlers om te kunnen overleven, waarbij het vooral draait om zingeving en betekenisgeving. Wanneer je van alles verloren hebt, waardeer je mogelijk des te meer wat er nog wel is of wat je nog wel kunt realiseren. In deze omstandigheden realiseer je des te meer waar het om draait in het leven. Ruut Veenhoven (Veenhoven 1998) formuleerde een soort van top drie van geluk, waarbij het draait om een gevoel van autonomie, betekenisvolle relaties en zingeving. Hoe doe je dat in een vreemd land, met alle psychische problemen en het idee dat je verblijf op losse schroeven staat? Als je dan niet beschikt over een zekere mate van mentale veerkracht, redt je het niet.

Fatah praat een tijdje tegen de telefoon en durft ons niet aan te kijken. Wanneer de tolk haar woorden vertaald, kijkt ze wanhopig voor zich uit. We vertellen tegen de tolk hoe zeer het ons raakt wat haar overkomt en dat we de komende week een extra afspraak met haar willen maken. Even een flauwe glimlach, iets van dankbaarheid. Ze geeft aan dat ze het tot die tijd wel gaat redden en graag verder met ons wil praten.

De GGZ Zorg

1. Organisatie en proces

Drie GGZ-verpleegkundigen en één SPV ondersteunen de medewerkers van INLIA door het wekelijkse spreekuur op de maandagochtend. Op de achtergrond denkt en kijkt een psychiater mee. INLIA-medewerkers of de huisarts geven de namen van mensen door waar zij zich zorgen over maken en daarnaast zijn er vervolgsafspraken. Gezien de illegaliteit is het niet mogelijk om een breed, regulier aanbod te bieden. Met de zorgverzekeraar zijn afspraken gemaakt over hoogst noodzakelijke zorg met een dwingend en spoedeisend karakter. In de praktijk kan dat ook tot een opname leiden wanneer de onderliggende psychiatrische problematiek hier om vraagt. Dat laatste betekent praktisch dat het gaat om ernstige suïcidepogingen of psychotisch gedrag dat niet op andere wijze te verhelpen is. Dit komt niet vaak voor. Er zijn in het Formule 1 Hotel voor het uitvoeren van het spreekuur twee kamertjes in een barak beschikbaar, die 's nachts in geval van nood, ook als slaapplek wordt gebruikt. Voor het spreekuur wordt met de medewerk(st)er van INLIA kort de cliënten besproken, en na afloop krijgen ze de hoogst noodzakelijke feedback om er voor te zorgen dat de medewerk(st)er weet wat er verwacht kan worden. Het komt regelmatig voor dat er vanuit INLIA naderhand op wordt toegezien dat de medicatie op tijd wordt gehaald en wanneer iemand er niet goed mee weet om te gaan, vaak vanwege taalproblemen of niet begrijpen hoe medicatie ingenomen moet worden, daar in begeleid wordt. De spreekuurcontacten zijn vermoedelijk vergelijkbaar met de manier waarop de POH deze bij de huisarts uitvoert. Binnen een half uur moet het doorgaans afgehandeld zijn, waarbij de intake soms een kwartier extra vraagt. Hier dient zich een eerste spanningsveld aan. De illegale asielzoeker heeft al de nodige ervaringen opgedaan met Nederlandse autoriteiten en deze zijn doorgaans niet positief. Men is op de hoede, waarbij de verpleegkundigen proberen om binnen zo kort mogelijke tijd dat vertrouwen te krijgen. De cliënt krijgt korte uitleg van de medische functie van het spreekuur en dat er geen enkele informatie gedeeld wordt zonder instemming. Tegelijkertijd weet de illegale asielzoeker dat de tijd beperkt is waardoor er 'snel zaken gedaan moeten worden'. Hierdoor krijgt het gesprek al snel een probleem-georiënteerd karakter waarbij de aandacht voornamelijk uitgaat naar symptoomreductie.

De basisgedachte hier achter is om iemand 'holding' te bieden. Wat is er het meest noodzakelijk om er voor te zorgen dat iemand binnen deze context overeind blijft? De pijlers van positieve gezondheid en de krachten uit de positieve psychologie worden hierbij aangesproken, naast het inschatten wat er diagnostisch speelt. Het gaat om een contextuele benadering van de problemen, waar een sociaal psychiatrische visie aan ten grondslag ligt. De wisselwerking tussen de maatschappelijke omstandigheden en de symptomatologie vormt de focus van beoordeling en plan van aanpak. Er is aandacht voor transculturele verschillen en vaak wordt er bij betrokkenen uitvoerig navraag gedaan hoe de problematiek in eigen cultuur wordt beoordeeld.

Djilnaz schuifelt de spreekkamer binnen, kijkt argwanend om zich heen en wil in eerste instantie niet gaan zitten. In het gesprek blijkt dat hij een week eerder een gesprek met de Dienst Terugkeer en Vertrek (DTV) heeft gehad. Hij weet niet of wij mogelijk onderdeel uitmaken van de DTV. Het is duidelijk dat hij een reële angst heeft en dat al zijn coping om te overleven in werking wordt gesteld. Het gesprek eindigt met de afspraak dat we met zijn advocaat in overleg gaan om de advocaat te vragen om artikel 64 aan te vragen zodat hij eerst een medisch, psychiatrische behandeling kan ondergaan en gedurende die tijd, met rust wordt gelaten.

Bij Djilnaz speelt de onduidelijkheid over zijn verblijf een intermitterende factor bij het optreden van achterdocht en angst. Zoals wel vaker blijkt, is de onduidelijkheid en angst over het al dan niet in Nederland mogen verblijven, mede een oorzaak voor het verergeren van klachten. De procedure op zich is dan een iatrogene factor. In geval van Djilnaz, op basis van het verhaal wat hij vertelt, wordt duidelijk dat hij hulp nodig heeft, maar dat het weinig zin heeft om hier mee te starten zo lang hij geen zekerheid heeft over zijn (tijdelijk) verblijf. In zo'n situatie kan er een beroep worden gedaan op artikel 64. Via de advocaat wordt een verzoek ingediend om medisch noodzakelijk hulp te verlenen en gedurende deze periode geen acties te ondernemen om iemand uit te zetten. In dit verzoek wordt alleen de noodzaak voor medische hulp aangegeven en is het aan de IND of DTV om hier een beslissing over te nemen. We doen hier geen uitspraken over en scheiden hierdoor het medische en juridische deel.

Een aspect wat de hulpverlening beïnvloedt is het gebruik van de tolkentelefoon. Er wordt regelmatig een beroep gedaan op de tolkentelefoon om basale communicatie mogelijk te maken. Ook hierbij blijkt dat iemand niet alles durft te vertellen omdat iemand niet weet wat de tolk aan de andere kant van de lijn, met de persoonlijke informatie doet. Soms komt het voor dat een tolk tot een andere rivaliserende stam of clan behoort uit het land van herkomst, waardoor een gesprek niet mogelijk is. In Afghanistan zijn er de nodige conflicten tussen landheren en hun achterban, Hutu's en Tutsi's verdragen elkaar niet op voorhand, in Somalië is het erg afhankelijk vanuit welke achterban iemand spreekt en zo zijn er talloze voorbeelden te noemen waardoor communiceren via een tolkentelefoon gecompliceerd kan zijn. Daarnaast is het bespreken van emoties via een tolkentelefoon voor mensen niet gemakkelijk. Het blijft behelpen. Hierbij betrekken we informatie die vanuit INLIA wordt aangedragen omdat zij de mensen overdag meemaken.

2. Inhoud van zorg

Mensen komen vanuit verschillende culturen naar Nederland. Wij zijn gewend op een Westerse manier te kijken en denken waarbij met name de DSM wordt gehanteerd om problemen te duiden. Bij interculturele hulpverlening spelen meerdere verklaringsmodellen een rol en uiten de mensen hun klachten vanuit hun eigen culturele patroon. Frank Kortman spreekt hierbij over uiteenlopende *explanatory models* (Kortman, 2016). Een bekend voorbeeld is opvattingen over homoseksualiteit, dat in sommige culturen als een ziekte wordt gezien.

Of het uiten van spanningsklachten door het beschrijven van een lichamelijke ziekte. Het is van belang daar bewust van te zijn en te proberen om zo veel mogelijk de beleving en verklaring van de ander te leren kennen. Gezien de beperkte tijd om onderzoek te doen, gaan we uit van de pragmatische aanpak door ons bewust naïef op te stellen en de betrokkene dat te laten vertellen. Dat gaat meestal goed en het komt ongetwijfeld voor dat iemand vanuit het "niet tegen mogen spreken van de dokter" zich onbegrepen aanpast, zonder dat wij dat in de gaten hebben.

We komen vaak mensen tegen die in een andere cultuur en met een andere perceptie zijn opgegroeid. De Westerse samenleving is "ik-gericht" waarbij er veel aandacht uitgaat naar het ontwikkelen van een eigen identiteit. Het ontwikkelen van eigen autonomie, onafhankelijkheid en persoonlijke psychologische ontwikkeling zijn belangrijke waarden. Mensen uit andere culturen die meer "wij-gericht" zijn, zijn opgegroeid in verbondenheid waarbij het groepsbelang en sociale banden voorop staan. Het is van invloed op de manier waarop we vragen stellen want bij de Westerse opvatting gaat het er vooral om "wat wil je", "wat voel je" en "wat betekenen de klachten voor jou". In tegenstelling tot mensen die afkomstig zijn uit een "wij-cultuur". Voor hen zijn vragen van contextuele aard aan de orde zoals "Wie weet er van je klachten", "wie doet er wat" en "wat zijn de gevolgen van de klachten voor jou en jouw familie". We gaan hier niet uitvoerig op in maar proberen dit bij de manier van communiceren te betrekken zoals dat door Hoffman is beschreven in het Topoi-model (Hoffmann, 2002).

Voor het spreekuur is het van belang om naast de presentatie van de klachten, vooral te kijken naar wat er nog wel is en wat nog wel goed gaat. Het gaat om 'holding'. Wat is er nu nodig zodat iemand zich staande kan houden. Dan is het goed om te beseffen wat iemand helpt om zichzelf overeind te houden. Mensen beschikken over mogelijkheden die we bij een probleem-georiënteerde benadering niet snel zouden vermoeden. Om die reden proberen we globaal een inschatting te maken van de volgende functies die Machteld Huber in haar opvatting over positieve gezondheid in een spinnenweb-diagram uitwerkt (Huber, 2015). Daarmee brengt ze visueel in kaart hoe de gezondheidsbeleving van iemand er uit ziet. Het gaat hierbij om:

1. lichaamsfuncties: medische feiten en fysiek functioneren;
2. mentale feiten: cognitief functioneren. Emoties, (zelf)respect, controle hebben over eigen functioneren;
3. existentieel: zingeving, toekomstperspectief;
4. kwaliteit van leven: levenslust, nog kunnen genieten;
5. sociaal maatschappelijke participatie: betekenisvolle relaties, sociale contacten, dag invulling;
6. dagelijks functioneren: basale (zelf)zorg.

Waja, afkomstig uit Congo is op vierjarige leeftijd verkracht en heeft vervolgens tien jaar met moeder, broertjes en zusjes diverse kampen overleefd. In de kampen zijn verschrikkelijke dingen gebeurd en de klachten laten zien dat ze ernstig getraumatiseerd is. Ze heeft zich suïcidaal uitgelaten en komt naar het spreekuur. Ze vertelt dat ze niet voldoet aan de verwachtingen van haar moeder, die eveneens in Groningen verblijft, omdat ze al jaren volgens haar eigen cultuur, getrouwd had moeten zijn en kinderen zou moeten hebben. Dit blijkt de trigger voor haar onmacht en suïcidale gedachten te zijn. Ze durft hier niet met moeder over te praten omdat moeder depressief thuis zit en Waja wil haar niet belasten. In de gesprekken die volgen, benadrukken we haar positie als dochter die het goed wil doen naar haar familie en dat ze daarbij ondanks alle problemen en klachten vanuit haar verleden, op zoek is naar een beter leven. In het gesprek erop neemt ze moeder mee en wordt er aandacht besteed aan beide percepties en de wil om het goed met elkaar te hebben.

Op ons verlanglijstjes staat nog de mogelijkheid om Waja te verwijzen voor een traumabehandeling, wanneer ze weer voldoende 'holding' ervaart.

Alle zes functies van de positieve gezondheid passeren de revue en vanuit een meervoudige partijdigheid en interculturele optiek wordt geprobeerd de kracht van het systeem vanuit de "wij-gerichtheid" te herstellen. Waja wil haar moeder niet in de problemen brengen en voelt zich tegelijkertijd schuldig doordat ze niet voldoet aan de opvattingen van haar moeder. Ze heeft lichamelijke klachten, ervaart onvoldoende controle over haar emoties en worstelt met haar toekomstperceptief. Na enkele gesprekken met moeder erbij herstelt zich een nieuw evenwicht. De meervoudige partijdigheid is een begrip uit de systeemtheorie waarbij de hulpverlener in staat is om diverse tegenstrijdige gezichtspunten binnen een systeem, met elkaar in verbinding te brengen, met begrip voor de diverse belevingen. Het helpt wanneer iedereen in staat is om het eigen standpunt naar voren te brengen, waarbij de anderen hier naar luisteren. Voor moeder van Waja hielp het toen Waja haar uitlegde dat het in Nederland gebruikelijk is dat vrouwen op latere leeftijd kinderen krijgen. Toen dit was uitgesproken verdwenen de suïcidale gedachten en werden de klachten vanuit de post traumatische stress-stoornis minder heftig. Moeder begreep dat ze zich niet behoefde te schamen of schuldig behoefde te voelen over de positie van Waja, al had ze daar wel de nodige moeite mee. Voor Waja was het al helpend dat moeder dit vertelde. Ze bleef zich geaccepteerd voelen en had de familie niet te schande gemaakt.

Al eerder is aangegeven dat het spreekuur door de beperkte tijd en beperkte mogelijkheden om onderzoek te doen, een klachtgericht karakter heeft. Wanneer mensen worden verwezen, is er vaak sprake van ernstige symptomatologie. Hoe graag we ook aandacht besteden aan de aspecten uit de positieve gezondheid, de ernst van de ervaren klachten, vraagt nogal eens om een medicamenteuze ondersteuning. Dat heeft zeker te maken met de fysieke presentatie van de klachten en een andere beleving van de klachten door betrokkene. Wij zien eerder een verband tussen de fysiek gepresenteerde symptomen en de onderliggende mentale problematiek dan betrokkene zelf. Het blijft een kwestie van pragmatiek en interculturele aanpak om betrokkene tegemoet te komen in het terugdringen van de klachten door iets van buitenaf, meestal medicatie. De context voor de betrokkenen is er vaak niet naar om andere therapeutische inzet mogelijk te maken. We zoeken daarbij regelmatig naar steunsystemen of het vinden van een netwerk waar iemand baat bij kan hebben. Hierbij verwijzen we mensen vaak naar een kerk of moskee, zodat ze steun kunnen vinden bij geloofs- en soms landgenoten. Binnen INLIA kan iemand soms klusjes doen om de dag door te komen. Daarnaast geven we regelmatig tips over een gezonde levensstijl, het belang van beweging en een goed voedingspatroon.

Conclusie

In dit artikel hebben we geprobeerd een inzicht te geven hoe de GGZ met beperkte middelen en binnen een context met grote beperkingen, een bijdrage kan leveren aan de noodzakelijke zorg aan illegale asielzoekers. Dit gebeurt binnen een netwerk van opvangmogelijkheden waarbij de gemeente Groningen aan INLIA een sleutelpositie heeft toebedeeld om te voorkomen dat illegale asielzoekers op straat belanden. De zorg gaat uit van een insteek vanuit de positieve gezondheid, is sterk context, sociaal psychiatrisch gericht en in de praktijk op zoek om iemand 'holding' te bieden.

Literatuur

- Hoffman, E. (2002). Interculturele Gespreksvoering: theorie en praktijk van het TOPOI-model. Bohn Stafleu Van Loghum. (pagina's relevant?)
- Huber, M. presentatie Vilans In voor zorg 9 november 2015
- Kortman, F. (2016). Culturele competenties in psychiatrie en psychologie. Van Gorcum. (pagina's relevant?)
- Veenhoven, R. (1998). Vergelijken van geluk in landen. Sociale Wetenschappen, 41, pp. 58-84.