
EEN SPV WERKZAAM IN DE INTERNATIONALE HULPVERLENING

Jos Kox

Jos Kox is vanaf mei 1995 als health delegate werkzaam geweest voor het Nederlandse Rode Kruis en het Internationale Comité van het Rode Kruis. De werkzaamheden vonden voornamelijk plaats in oorlog, conflict en noodhulp gebieden zoals Rwanda, Joegoslavië, Afghanistan, Albanië, Sri Lanka en Israël en de Palestijnse gebieden. Daarnaast heeft hij ook in andere ontwikkelingsgebieden gewerkt, zoals Jemen en Tibet. In deze bijdrage wordt er een kort verslag gedaan van opgedane ervaringen.

Inleiding

In 1994 was ik werkzaam als SPV-er bij de afdeling jeugd van Riagg Eindhoven en de Kempen. Ik had al langer een grote affiniteit met ontwikkelingswerk en daarom was de stap niet groot om, nadat ik mijn SPV opleiding had afgerond, een nieuwe opleiding te volgen, die me zou voorbereiden op het werk in ontwikkelingsgebieden. De keuze om de post HBO opleiding 'Community Health Officer' te volgen aan de Hogeschool Leiden was dan ook snel gemaakt.

Na de opleiding 'Community Health Officer' afgerond te hebben, solliciteerde ik bij Artsen zonder Grenzen en het Nederlandse Rode Kruis. Beide organisaties hadden me in hun register opgenomen en eind april 1995 werd ik door het Nederlandse Rode Kruis gevraagd om naar Rwanda te vertrekken. Hier voltrok zich op dat moment een genocide. Na een korte aarzeling besloot ik om de stap te maken.

Dit betoog schetst enkele van mijn ervaringen die ik in de afgelopen jaren heb opgedaan als ontwikkelingswerker. Lang niet alle uitzendingen hadden raakvlakken met het SPV beroep, maar er waren wel uitzendingen waar mijn SPV achtergrond mij goed van pas kwam. Ik zal enkele missies wat nader bespreken. Ik zal voornamelijk wat verder ingaan op de projecten waar ik bij betrokken was, die raakvlakken hebben met het beroep van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige.

Verpleegkundige in Rwanda

Mijn eerste ervaring met het ontwikkelingswerk was voor het Internationale Comité van het Rode Kruis (ICRC) begin mei 1995 in Rwanda. Dit was de post-genocide periode, waarin zo'n tweeduizend vluchtelingen, grotendeels vrouwen en kinderen, uit het Kibeho vluchtelingenkamp door het regeringsleger waren afgeslacht. Mijn taken daar bestonden uit het verzorgen van pre- en postoperatieve zorg voor overlevenden van dit bloedbad. Veel patiënten hadden dagen of weken met vervuilde en ontstoken wonden in de wildernis geleefd. Veel wonden moesten operatief schoongemaakt worden, maar ook veel ledematen moesten geamputeerd worden. De slachtoffers waren ernstig getraumatiseerd en wat mij het meeste is bijgebleven is het feit dat deze mensen – ondanks de enorme fysieke pijn die ze moesten hebben – geen kik gaven. Op een verpleegzaal waar zo'n 40 patiënten werden verpleegd (mannen, vrouwen en kinderen door elkaar heen) was het muisstil. Erg indrukwekkend! Deze uitzending duurde maar 2 maanden, maar heeft een enorme indruk achter gelaten.



'Mental health project manager' in Jemen

In Jemen deed de ICRC aan detentiebezoeken. Hier bleek dat er in de gevangenis een grote categorie gedetineerden bestond die alleen in de gevangenis terecht waren gekomen vanwege gedragsstoornissen. Jemen had in die tijd (1996) nog geen voorzieningen voor psychiatrische patiënten. Gevolg was dat iemand die overlast veroorzaakte vanwege bijvoorbeeld een psychose weggestopt werd in de gevangenis. Daar werd er vervolgens niet meer naar deze patiënten omgekeken. Vaak werden ze op een aparte afdeling geplaatst, ze kregen niet of nauwelijks bezoek en als ze maar enigszins storend gedrag vertoonden of geagiteerd waren, werden ze aan een ketting gelegd of nog erger aan de muur vastgeketend. Er was geen arts en ook geen verpleegkundige die enige zorg voor deze groep gedetineerden had. Door de detentiebezoeken van de ICRC kwam deze groep patiënten in de belangstelling te staan. Vanwege mijn (sociaal) psychiatrisch verpleegkundige achtergrond werd ik gevraagd om een psychiatrisch project in 3 gevangenis op te zetten. De projecten vonden plaats in de centrale gevangenis van Sana'a, Taiz en Ibb. Ik moest de psychiatrische projecten opzetten, controleren, evalueren en verder ontwikkelen. Daarnaast was ik betrokken bij het selecteren, trainen en begeleiden van lokale staf medewerkers (psychiaters, verpleegkundigen en vrijwilligers van de Jemen Rode Halve Maan Vereniging). Training en voorlichting over begeleiding aan psychiatrische patiënten bleek erg noodzakelijk aangezien de meeste vrijwilligers in het project in eerste instantie de patiënten benaderden met een monddoekje voor en een stok in de hand uit angst voor mogelijke besmetting van de psychiatrische ziekte. Gelukkig was dit gedrag goed te corrigeren. Verder was ik verantwoordelijk voor het bijhouden van de gehele administratie en boekhouding van het project. Ik werd ook geacht om de contacten met de betrokken autoriteiten (zoals de Jeministische regering en de Jemen Rode Halve Maan) te onderhouden en deze te houden aan gemaakte afspraken met de ICRC betreffende het project.

Het doel van het project was om de basis behoeften van de patiënten (voedsel, persoonlijke hygiëne, kleding en een schone leefomgeving) te garanderen. Daarnaast moesten alle patiënten in de gelegenheid gesteld worden om medisch onderzoek te worden door een arts (psychiater) en een verpleegkundige, waarbij tevens de sociale, familie en professionele achtergrond van de patiënt in acht genomen werd. Verder kregen de medewerkers aan het project de taak om een professionele relatie met de patiënten aan te knopen en vertrouwen te winnen. Ook moest er een gestructureerd dagprogramma gemaakt worden, met fysieke, arbeid- en ontspanningsactiviteiten.



Op praktisch niveau betekende dit dat er van elke patiënt een persoonlijk medisch dossier werd gemaakt, dat er een algemene behandelingsstrategie werd uitgezet, uitgaande van het holistisch model, waarbij de mens en zijn omgeving beschouwd wordt als een georganiseerd geheel, op psychologisch, sociaal, lichamelijk en spiritueel gebied. De programma's vanuit het holistisch perspectief zijn gebaseerd op herstel van het zogenaamde bio-psycho-socio systeem.

Het psychiatrie project in de Jeminitische gevangenissen had goede resultaten. Vanwege de aanstelling van psychiaters en verpleegkundigen, kregen de patiënten betere zorg, een dagprogramma en medicijnen. Er werden therapieën aangeboden, er waren ontspannings activiteiten en patiënten kregen scholing (lezen, schrijven en koran lessen). Het Rode Kruis zorgde voor de verbouwing van de afdeling, zodat er een betere leefomgeving voor de patiënten gecreëerd werd. Ook werden er medicijnen verstrekt aan de patiënten. Via de Jemen Rode Halve Maan Vereniging, gingen vrijwilligers op zoek naar familieleden. Hierdoor kwam de familie weer op bezoek en konden enkele patiënten, wier gezondheidstoestand verbeterd was, ontslagen worden. De nazorg vond plaats door de psychiater in de gevangenis. Huisbezoeken werden afgelegd door vrijwilligers van de Jemen Rode Halve Maan Vereniging.

Eind 1997 bleek de situatie verslechtert, toen ik tijdens een bezoek aan de centrale gevangenis van Taiz zag dat dertig van de 85 patiënten ijzeren kettingen om hun benen hadden. Het aantal patiënten die geketend werd, scheen met de dag te groeien. Veel patiënten klaagden hierover. De psychiater van de psychiatrische afdeling had (samen met de Jemen Rode Halve Maan Beweging) al verschillende malen geklaagd bij het hoofd van de veiligheidsdienst van de stad Taiz, die verantwoordelijk was voor deze gevangenis. Er werd echter niets tegen gedaan. Bij navraag van de oorzaak voor de toename van de ketens bij de patiënten, werd er door de autoriteiten gezegd dat er verschillende patiënten hadden geprobeerd te ontsnappen en er waren niet voldoende bewaarders om de psychiatrische afdeling te bewaken. De ketens zouden volgens een van de bewaarders een beter effect op patiënten hebben dan medicijnen of therapieën. De autoriteiten verzochten mij als afgevaardigde van het Rode Kruis om de gevangensmuren te verhogen. Hier ben ik niet op in gegaan. Er ontstonden verhitte discussies over het gebruik van ijzeren ketens bij patiënten en over de noodzaak van een medische behandeling. Feit bleef dat het - ondanks allerlei beloften - in Taiz moeilijk was om de patiënten van hun ketens te verlossen.

In de hoedanigheid van projectmanager onderhield ik eveneens contacten met lokale, nationale en internationale autoriteiten, betreffende de voortgang van het project. In deze periode had ik intensieve contacten met de Nederlandse ambassade in Sana'a, omdat de Nederlandse Overheid een groot deel van dit project financierde. Door deze contacten, werd ik betrokken bij een evacuatie

van een Nederlandse schizofrene toerist (met een rijk psychiatrisch verleden), die veel problemen veroorzaakte bij de Nederlandse ambassade en in het hotel waar deze persoon verbleef. Toen ik gevraagd werd deze persoon te beoordelen, kwamen duidelijk de psychose en achterdocht naar voren. Het was duidelijk dat een opname onvermijdelijk was. De patiënt moest geëvacueerd worden naar Nederland. Vanwege de ernst van de situatie moest de evacuatie snel plaatsvinden en werd ik gevraagd deze patiënt terug naar Nederland te begeleiden. Terug op Schiphol werd deze patiënt beoordeeld en met een IBS opgenomen.

'Assessment Officer' in Afghanistan

Toen ik na 1½ jaar Jemen terug kwam in Nederland, werd ik door het Nederlandse Rode Kruis gevraagd om een assessment te gaan doen in Afghanistan. Ik zou voor 1 maand een onderzoek doen naar het functioneren van een sociaal project in Afghanistan met als doel te beoordelen of dit project door het Nederlandse Rode Kruis gefinancierd en uitgevoerd moest worden.

Het project betrof de zogenaamde 'marastoon' in Afghanistan die opgezet waren voor de meest kwetsbare bevolking in de Afghaanse maatschappij; wezen, ouderen en families zonder sociaal netwerk, bedelaars, mentaal en fysiek gehandicapt en psychiatrische patiënten. Het concept 'marastoon' ('plaats voor assistentie') was in de jaren 30 opgezet door de toenmalige Afghaanse regering. In 1964 werden deze 'marastoons' geïntegreerd binnen de organisatie van de Afghaanse Rode Halve Maan Beweging.



In de structuur van een 'marastoon' konden de hulpbehoevenden, armen en daklozen door middel van het opnemen van een actieve rol in de 'marastoon' gemeenschap weer een normaal en nuttig leven opbouwen. De criteria voor hulpbehoevenden om in een 'marastoon' gemeenschap opgenomen te worden, waren gebaseerd op humanitaire gronden. Mensen die geen familie of verwanten hadden en geen steun van de overheid of andere instanties konden krijgen, konden hier terecht voor hulp. In de 'marastoon' gemeenschap kregen de hulpbehoevenden onderdak en eten in ruil voor deelname aan activiteiten.

Deze activiteiten bestonden uit handwerk (tapijt weven, kleding maken, metaal bewerken, houtbewerking, etc) en trainen van vaardigheden voor de veehouderij (koeien en kippen, voor de verkoop van melk en eieren) en landbouw (verbouwen van groenten en fruit voor de verkoop).

Vanwege de oorlogen die er in Afghanistan plaatsvonden was de situatie in de 'marastoons' zeer verslechterd. Tijdens de assessment bleken 4 van de 5 'marastoons' niet meer volgens de gebruikelijke doelstellingen te functioneren. Eén van de basisprincipes van een Afghaanse 'marastoon' was dat er geen psychiatrische en zwakbegaafde patiënten in konden worden opgevangen, omdat een 'marastoon' geen psychiatrische instelling was. Probleem was echter dat er vanwege de oorlogen geen toezicht was op de gemeenschap in de 'marastoon'. Tijdens mijn bezoek aan de 'marastoons' van Kabul, Herat, Jalalabad en Kandahar,



bleken er in de meeste 'marastoons' psychiatrische patiënten en zwakzinnigen opgenomen te zijn. De meeste patiënten waren met ijzeren ketenen aan de muur vastgeketend. Alleen de 'marastoon' van Kabul was redelijk functioneel volgens de originele basisprincipes.

Ik heb diverse project plaatsen bezocht en het project bediscussieerd met lokale project medewerkers en (Taliban) autoriteiten. Ook moest ik beoordelen wat er tot nu toe binnen het project bereikt was, wat de toekomstplannen waren en wat het Nederlandse Rode Kruis eraan toe kon voegen. De verschillende 'marastoons' waren in het verleden geheel onafhankelijk. Ze hadden hun eigen bron van inkomsten via diverse projecten. Daar was tijdens mijn bezoek niet veel meer van over. De Afghaanse Rode Halve Maan beweging was volledig afhankelijk van de ICRC voor financiële hulp om de 'marastoons' te kunnen laten functioneren. De meeste 'marastoons' hadden geen projecten meer om inkomsten te genereren. Hoewel er goede projectvoorstellen waren om een goed duurzaam project te maken, was de implementatie ervan kostbaar en de opbrengst onzeker. Er zijn nog veel barrières te slechten voordat de 'marastoons' weer kunnen functioneren zoals ze dat in het verleden hebben gedaan.

'Researcher' in Cambodja

In 2001 heb ik de master opleiding in 'Community Health' aan de universiteit van Liverpool, school for Tropical Medicine, gevolgd. Deze opleiding heeft als doel studenten uit te rusten met een scala aan kennis en praktische vaardigheden voor werkzaamheden op leidinggevend en beleidsniveau binnen de internationale maatschappelijke gezondheidszorg. Beleid, planning en management zijn belangrijke aspecten binnen deze opleiding. Een verplicht onderdeel van de opleiding is het doen van onderzoek in een ontwikkelingsland. Vanwege mijn SPV-achtergrond, besloot ik onderzoek te doen naar psychiatrische hulpverlening in een ontwikkelingsland. Via mijn eerdere contacten in het buitenland, kreeg ik de gelegenheid om een kwalitatief evaluatieonderzoek te verrichten bij de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) in Cambodja. Het onderzoek vond plaats tussen juli en september 2001. Het doel van dit veldonderzoek was het in kaart brengen van de aanpak van bestaande gezondheidszorgvoorzieningen aan

psychiatrische patiënten in twee provincies van Cambodja. Het achterliggende doel was gericht op het maken van strategische keuzes ten aanzien van de zorg en gericht op het vergroten van bewustzijn en de acceptatie van mensen met psychiatrische problemen onder de gemeenschap en de gezondheidswerkers. Hiervoor werd er specifiek naar de volgende onderwerpen gekeken:

- Het beschrijven van de uitvoering van het beleid op het gebied van psychiatrische zorg in 2 provincies (Battambang en Kampong Cham)
- Het identificeren van veranderingen in de benadering van psychiatrische hulpverlening in de poliklinieken sinds het begin van het "Cambodian Mental Health Development Programme" in 1994, gezien vanuit de gemeenschap, verpleegkundigen en vanuit de patiënten en/of hun familie.
- Het verkennen van de behoeften aan psychiatrische hulpverlening, ook weer gezien vanuit de gemeenschap, verpleegkundigen en vanuit de patiënten en/of hun familie.
- Het identificeren van strategische mogelijkheden met betrekking tot de ontwikkeling van adequaat gezondheidszorgbeleid en scholing betreffende psychiatrische patiënten.

De methodiek van dataverzameling bestond uit focusgroep discussies, halfgestructureerde interviews, directe observatie en interviews met sleutelfiguren.



De onderzoekspopulatie bestond uit patiënten, verpleegkundigen en gemeenschapsleiders. In totaal deden 53 personen aan het onderzoek mee.

HHet onderzoek wees uit dat er nog steeds niet veel kennis en bewustzijn was met betrekking tot psychiatrie in de Cambodjaanse gemeenschap. De meeste patiënten horen alleen van de psychiatrische voorzieningen via andere patiënten die er al gebruik van maken. Er wordt op geen enkele wijze bekendheid aan gegeven van het bestaan van deze voorzieningen. Er wordt nog nauwelijks iets aan preventie gedaan. De promotie van geestelijke gezondheidszorg zou daarom meer tolerantie kunnen creëren bij burgers ten aanzien van psychiatrische patiënten in de gemeenschap.

De toegankelijkheid van de psychiatrische voorzieningen is erg beperkt. In de provincie Battambang was het beter dan in Kampong Cham, omdat daar de psychiatrische voorzieningen meer gedecentraliseerd waren. Maar ook daar moesten patiënten soms meer dan 2 uur reizen om op tijd bij de polikliniek te zijn. In Kampong Cham werden zelfs nieuwe patiënten naar huis gestuurd als er meer dan 2 nieuwe patiënten zich aanmeldden. Ongeacht hoe lang ze gereisd hadden om naar Kampong Cham te komen. De behandeling zou sterk verbeterd kunnen worden. De meeste patiënten die geïnterviewd zijn, gaven aan dat ze niet op de hoogte waren van de diagnose die de arts had gesteld. Ook konden ze niet aangeven welke medicijnen zij kregen voorgeschreven of waar deze voor dienden.

De verpleegkundigen waren niet betrokken bij behandelbesprekingen en er waren geen teamvergaderingen. Alternatieve behandelingen (buiten het voorschrijven van medicijnen) zouden meer aandacht moeten krijgen.

De komst van de psychiatrische voorzieningen had wel tot gevolg dat er minder patiënten naar de traditionele genezers en privé klinieken gingen en dat er minder 'gekke' mensen door de straten zwierven. Veel patiënten gingen nog steeds naar traditionele genezers. Er werd algemeen erkend dat traditionele genezers de situatie van de psychiatrische patiënt zou kunnen verslechteren. Het zou daarom goed zijn dat er meer samenwerking zou bestaan tussen de psychiatrische voorzieningen en de traditionele genezers. Beide voorzieningen zouden elkaar kunnen aanvullen.

Uit het onderzoek bleek ook dat er meer vrouwen risico lopen op een psychiatrische aandoening dan mannen. Hier werden tijdens het onderzoek veel redenen voor aangedragen. Speciale focus op de behoeften en problemen van vrouwen zou de last op hun psychische gesteldheid kunnen verlichten.

Uit het onderzoek zijn de volgende aanbevelingen gekomen:

Op Nationaal niveau

- Er moet een Nationaal GGZ beleid gemaakt worden
- De psychiatrische voorzieningen moeten uitgebreid en meer gedecentraliseerd worden
- Er moeten meer financiën aan de ontwikkeling van GGZ toegekend worden
- Er moet verder onderzoek plaatsvinden

Op organisatorisch niveau:

- Verpleegkundigen en artsen moeten meer bijgeschoold worden op het gebied van psychiatrische hulpverlening
- Er moet meer samenwerking komen tussen de algemene gezondheidszorgvoorzieningen en de psychiatrische voorzieningen
- Er moet meer bewustzijn gecreëerd worden door de promotie van GGZ, door preventieve maatregelen en door educatie

Op team niveau

- Betere samenwerking tussen de medewerkers die werkzaam zijn in de psychiatrische voorzieningen (bijvoorbeeld door het organiseren van teamvergaderingen)
- Het treffen van maatregelen om de informatievoorziening en voorlichting aan patiënten en hun familie (oa met betrekking tot diagnoses en behandeling) te verbeteren
- Onderzoeken of er andere geschikte behandelingen zijn die toegepast kunnen worden bij patiënten met psychiatrische stoornissen in Cambodja en het betrekken van andere disciplines hierbij.

Huidige situatie

Sinds augustus 2003 ben ik werkzaam als Verpleegkunde docent aan de Hogeschool Rotterdam.

Hier ben ik - naast het lesgeven en coachen van studenten - ook bezig met de ontwikkeling van onderwijsvernieuingsprojecten op het gebied van geestelijke gezondheidszorg onderwijs. Onderdelen hiervan zijn de nieuwe minor differentiaties 'Samenwerken in de GGZ' en 'Sociale Psychiatrie'. De Hogeschool Rotterdam is bezig met het opzetten van een nieuwe minor differentiatie die zich richt op studenten die geïnteresseerd zijn om na hun studie te gaan werken in het buitenland. Binnen de differentiatie 'International Aid and Development' ben ik betrokken bij de ontwikkeling van onderwijs.

Tot slot

Het werken in ontwikkelingslanden heeft overweldigende indrukken bij mij achter gelaten. Ik ben dan ook blij dat ik deze ervaringen heb kunnen opdoen. Ik probeer in mijn huidige werk deze ervaringen aan studenten over te brengen, zodat deze mogelijk ook gemotiveerd raken zich te verdiepen in de wereld om zich heen. Wat dat betreft ben ik blij dat de Hogeschool Rotterdam de differentiatie 'International Aid and Development' heeft opgezet, die studenten bagage geeft voor het werken in ontwikkelingslanden in de brede zin van het woord. Ik hoop daar ook mijn steentje aan te kunnen bijdragen.



Het werk wat ik voor het Rode Kruis heb verricht heeft mij veel bewuster doen worden van wat er in de wereld gaande is. Ook voor mensen met een SPV achtergrond blijft er nog veel werk te verzetten. Denk aan alle getraumatiseerde oorlogsslachtoffers of slachtoffers van natuurrampen zoals de Tsunami of nog recenter de aardbeving in Pakistan.