

---

# MEDIAAN

## Het syndroom van Diogenes; wel of niet behandelen?

**Mira Rook** is assistent in opleiding GGZ Verpleegkundig Specialist en momenteel werkzaam bij een afdeling voor ouderenzorg van Altrecht te Utrecht.

In de vierde eeuw voor Christus leefde de Griekse filosoof Diogenes in een regenton en hij leidde een teruggetrokken en eenzaam bestaan. Clark, Mankikar & Gray beschreven in 1975 een syndroom dat ze hebben vernoemd naar deze filosoof. Het belangrijkste kenmerk van het syndroom is verzamelzucht. Opvallend is dat dat niet overeenkomt met de levenswijze van Diogenes. De enige bezittingen die Diogenes had waren een mantel, een kom om uit te eten en een nap om uit te drinken. Nadat hij iemand op een marktplein een stuk brood zag gebruiken als bord en zijn handen als nap, ontdeed Diogenes zich ook van zijn kom en zijn nap ([http://nl.wikipedia.org/wiki/Diogenes\\_van\\_Sinope](http://nl.wikipedia.org/wiki/Diogenes_van_Sinope)). Het syndroom van Diogenes is relatief onbekend, tot nu toe is er weinig geschreven over de oorzaak, de behandeling en het verloop. Dit syndroom kenmerkt zich onder andere door sociale terugtrekking, achterdocht, persoonlijke verwaarlozing, verwaarlozing van de leefomgeving, een slechte voedingstoestand en het verzamelen van ogenschijnlijk waardeloos materiaal.

Het belangrijkste en het meest in het oog springende kenmerk is verzamelzucht, de oorzaak hiervan wordt aan verschillende factoren toegeschreven, zoals de jongste zijn uit een gezin met veel kinderen, veel verzamelen op jonge leeftijd, de Tweede Wereldoorlog meegemaakt hebben en een bepaalde vorm van dementie of een psychiatrische stoornis.

Momenteel bestaat er nog geen effectieve behandeling voor het syndroom van Diogenes. Koeck, Bouckaert & Peuskens (2007) schrijven dat er weinig gegevens over de prognose van het verloop van het syndroom van Diogenes beschikbaar zijn. De cijfers die zij publiceren liegen er niet om; slechts in 15% van de gevallen is er na interventies sprake van verbetering.

Welke interventie het beste resultaat oplevert is niet bekend. Dit artikel beschrijft als eerste een casus uit de praktijk over een man met het syndroom van Diogenes. Daarna volgt er een beschrijving van het syndroom zelf. Vervolgens wordt er ingegaan op de interventies die bekend zijn en beschreven staan in de literatuur. Als laatste wordt de vraag welke interventies het beste kunnen worden ingezet om het syndroom van Diogenes te behandelen beantwoord.

### Casusbeschrijving

De heer Loos is 74 en woont in een eengezinswoning in een groene wijk in Utrecht. Hij woont daar al van kinds af aan, eerst met zijn ouders en later met zijn vrouw en kinderen. Zijn kinderen wonen al jaren niet meer bij hem in huis en zijn vrouw is een aantal jaren geleden bij hem weggegaan. Ze zijn nu gescheiden. Na herhaaldelijk klachten over rotzooi rondom het huis van de heer Loos is de woningbouwvereniging bij hem poolshoogte gaan nemen. Zij troffen daar een zeer vervuilde woning aan. De woning en de voor- en achtertuin waren volledig volgebouwd met spullen waardoor grote delen van de woning onbegaanbaar waren. Nadat de heer Loos herhaaldelijk de kans had gehad om zelf de woning op te ruimen is er een schoonmaakkploeg van de GG&GD aan de slag gegaan om de woning leeg te ruimen.

Zij zijn in totaal een week bezig geweest waarbij de containers met vuil af en aan reden.

De openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) was in die periode al ingeschakeld voor extra begeleiding en het opstarten van een behandeling, zij hebben de thuiszorg ingeschakeld. De thuiszorg dient ter ondersteuning van het huishouden en voor extra hulp bij de persoonlijke verzorging. Inmiddels is de zorg overgedragen van de OGGZ naar de ambulante afdeling voor ouderenpsychiatrie en komt de thuiszorg nog wekelijks bij de heer Loos thuis. De heer Loos imponeert als een intelligente man, is georiënteerd in tijd, plaats en persoon, hij oogt jonger dan zijn kalenderleeftijd. Echter, zijn kleding lijkt lange tijd niet verschoond. Opvallend is dat de heer Loos niet begrijpt waarom zijn woning is leeggehaald. Hij voelt zich bestolen, hiervoor is hij al bij de politie geweest, maar deze kan niets voor hem doen. Hij begrijpt niet waarom de spullen weg zijn gehaald, want volgens hem waren de spullen bruikbaar. Hij erkent wel dat het veel spullen waren, maar bijvoorbeeld het brandgevaar dat werd genoemd (h)erkent hij niet. De heer Loos heeft nog nooit bemoëienis gehad met de psychiatrie en heeft daardoor een blanco psychiatrisch verleden. Tijdens gesprekken met de heer geeft hij geen problemen aan en heeft hij geen hulpvraag. Hij vindt het wel goed dat hulpverleners langskomen en vindt het wel gezellig om wat aanspraak te hebben, maar verder wil hij niet dat ze zich ergens mee bemoeien.

Nu, een half jaar na de ontruiming komt de woning weer voller te staan. Het lijkt erop dat de heer Loos weer begonnen is met het verzamelen van spullen. Wanneer hij daarmee wordt geconfronteerd ontkent hij het niet, maar geeft wel een reden voor de verzamelde spullen. Namelijk het meemaken van de oorlog op jonge leeftijd. In die tijd mocht niets weg gooien. Als er wordt gesproken over de ontruiming van een half jaar geleden, lijkt de heer Loos de oorzaak en het gevolg daarvan niet te zien.

### **Het syndroom van Diogenes**

Het syndroom van Diogenes lijkt vooral voor te komen bij ouderen. Het syndroom komt onder mannen en vrouwen ongeveer even vaak voor, waarbij meer dan de helft alleen woont (Reyes-Ortiz, 2001). Cole, Gillett & Fairbairn (1992) beschrijven een geval van Diogenes à deux, in dit geval een echtpaar dat samen de symptomen van Diogenes vertoont. Zoals in de inleiding staat beschreven is verzamelzucht het belangrijkste kenmerk van het syndroom van Diogenes. Verzamelzucht wordt daarnaast ook genoemd als een mogelijk symptoom van een obsessieve compulsieve stoornis (American Psychiatric Association, 2006).

Koecq et al (2007) beschrijven dat er vooral nieuwsbladen, verpakkingen, flessen, etenswaren en afval van derden wordt verzameld, waarbij de huiskamer, keuken en slaapkamer de plaatsen zijn waar de meeste spullen worden verzameld. In 70% van alle bekende gevallen kan er geen gebruik meer gemaakt worden van het meubilair in de woning en vaak kan de woning enkel nog betreden worden door een smal pad.

Een opvallende overeenkomst tussen de gevallen waarin verzamelzucht als symptoom voorkomt is dat als een zinvolle dagbesteding wordt gezien, een enkeling noemt het een iets uit de hand gelopen bezigheid (Fouwels & Appelhof, 2001). Buiten het verzamelen wordt verwaarlozing, een slechte voedingstoestand en slechte persoonlijke verzorging genoemd. Het lijkt alsof de persoon al lange tijd dezelfde kleding aan heeft zonder dat deze wordt vervangen of gewassen. Door de hoeveelheid spullen in de woning is het vaak niet mogelijk om eten te bereiden, om die reden wordt er vaak slecht gegeten (Clark, 1975).

Sociale isolatie wordt ook in de meeste van de gevallen als symptoom van het syndroom van Diogenes genoemd. De personen leven vaak teruggetrokken en hebben weinig contact met familie. Het contact met de buitenwereld is minimaal (Abdelgabar, 2003).

Personen met het syndroom van Diogenes weigeren vaak pertinent alle geboden hulp. De omgeving ziet de noodzaak in van het opruimen of schoonmaken van de woning, de persoon zelf echter niet. Zij zien juist het nut en de waarde in van de verzamelde spullen. Het feit dat een woning voor een groot deel niet meer begaanbaar is, wordt niet als belemmering ervaren. Daarnaast bestaat er bij deze personen vaak geen schaamte over de toestand van de woning.

De woning van een persoon die leidt aan het syndroom van Diogenes is vaak aan de buitenkant al te herkennen. Aan de voorkant bij de woning staan woekerende planten, de gordijnen zijn gesloten en smoezelig. Voor de deur staat ogenschijnlijke rotzooi, ruiten of dakpannen kunnen kapot of verdwenen zijn. Zodra een woning wordt betreden vallen vuil, afgebladderde verf en grote hoeveelheden verzameld materiaal op, variërend van kranten tot fietswrakken (Clark, 1975).

### **Bekende interventies**

In de literatuur staan verschillende interventies over de behandeling van het syndroom van Diogenes beschreven, waarbij de behandeling zich dan voornamelijk richt op het bestrijden van de verzamelzucht. Zo beschrijven Koeck et al (2007) dat farmacologische behandeling met selectieve serotonine-heropnameremmers (SSRI) of antipsychotica gangbare methodes zijn ter bestrijding van de verzamelzucht, afhankelijk van de onderliggende etiologie. Fouwels et al (2001) schrijven echter dat slechts bij één van de achttien cliënten die hebben deelgenomen aan één of meerdere SSRI-trials een redelijke verbetering van de verzamelzucht optrad. Eén gevalsbeschrijving waarin wordt gesproken over een behandeling met antipsychotica (in dit geval Risperidon) naast een gedragstherapeutisch programma leverde goede resultaten op. Een nadeel van behandeling met antipsychotica was wel dat de cognitieve functies achteruit gingen (Herrán & Vázquez-Barquero, 1999). Het gebrek aan ziekte-inzicht bij de cliënt, maakt medicamenteuze behandeling moeilijk. Wanneer iemand vindt dat hij niet ziek is zal het moeilijk zijn om hem te overtuigen van het nut van medicatie. Een andere interventie die genoemd wordt is uithuisplaatsing. Door het beperken of minimaliseren van de levensruimte, zou er theoretisch gezien minder verzameld kunnen worden. Echter in de praktijk is gebleken dat de kleinere ruimte ook in een kort tijdsbestek uitpuilt met verzamelde spullen.

Uithuisplaatsing kan een drastisch gevolg zijn van de verzamelzucht. Bijvoorbeeld indien de overlast voor de omgeving te groot wordt, kan een huurder besluiten de huurovereenkomst op te zeggen. In dat geval is opname in een intramurale voorziening vaak niet te voorkomen. Ervaring heeft uitgewezen dat het verzamelen in die gevallen wel gewoon doorgaat. Reyes-Ortiz (2001) schrijft echter dat opname in een zorginstelling leidt tot een snelle achteruitgang en dat zelfs 50% van de ouderen met het syndroom van Diogenes kort na de uithuisplaatsing is komen te overlijden. Terwijl een ander onderzoek noemt dat drie van de 25 ouderen kort na de een uithuisplaatsing zijn overleden (Roe 1977). Cooney en Hamid (1995) merken dus terecht op dat een verplichte behandeling of opname de laatste optie zou moeten zijn waarvoor gekozen wordt. Ambulante behandeling of dagbehandeling kunnen de sociale contacten vergroten, maar ook het algemene gevoel van welbevinden (Reyes-Ortiz, 2001). Daarnaast kan de gezondheid van de cliënt gemonitord worden. Bij veel patiënten wordt immers een slechte voedingstoestand geconstateerd (Popovich 2005). Een onderdeel van de ambulante behandeling zou cognitieve gedragstherapie of psychotherapie kunnen zijn.

Doordat veel literatuur over het syndroom van Diogenes bestaat uit gevalsbeschrijvingen is er geen informatie voorhanden over de effecten van de hiervoor genoemde therapieën. Het lijkt alsof het syndroom van Diogenes resistent is tegen behandeling (Popovich, 2005).

Een van de kenmerken van Diogenes is het gebrek aan ziekte-inzicht en het ontbreken van schaamte rondom de vervuiling in het huis. Veelvuldig spreken over de verwaarlozing van persoonlijke hygiëne en de woning zal leiden tot het verbreken van het contact met de hulpverlening. Het lijkt er dus op dat geen enkele interventie werkt om de Diogenes te behandelen.

Als hulpverlener is het van belang om het vertrouwen te winnen en zo een werkrelatie op te bouwen. Doordat achterdocht regelmatig voorkomt als symptoom bij Diogenes is het belangrijk om de persoon niet met te veel verschillende mensen te bezoeken. Hierbij is het belangrijk om niet te veel over problemen te praten, maar vooral over de dagelijkse dingen. Het is hierbij belangrijk om aandacht te besteden aan de achtergrond of het verleden om zo een beeld te krijgen van het ontstaan van de verzamelzucht (Reyes-Ortiz, 2001).

### Conclusie

Uit de literatuur blijkt dat er geen effectieve behandeling bestaat voor het syndroom van Diogenes. Er bestaan verschillende methoden maar hiervan is de effectiviteit niet bewezen. Onderzoek naar interventies die effect sorteren lijkt dus wenselijk.

De hulpverlener die betrokken is bij de begeleiding van een persoon met Diogenes zal een lange adem moeten hebben en moet geen grote doelen stellen. De behandeling zal naar mijn mening stagneren als de cliënt te veel geconfronteerd wordt met de verzamelzucht en de daardoor ontstane rommel in de woning, aangezien de cliënt dit zelf niet als een probleem ziet. Het behandelen van de cliënt met medicatie of de behandeling in een ambulante setting zal dus veel overredingskracht vergen van de hulpverlener. Daarnaast moeten ook de voor- en nadelen van medicatie gebruik tegen elkaar afgewogen worden, vooral gezien de bijwerkingen van psychofarmaca en de noodzaak van therapietrouw.

De behandeling moet vooral gericht zijn op het opbouwen van een vertrouwensband. Het beste is om hierbij zo min mogelijk verschillende hulpverleners te betrekken. Het lijkt daarom ook wenselijk om een goede afweging te maken welke instanties worden ingeschakeld. Wanneer er meerdere instanties of hulpverleners betrokken zijn is het van belang dat deze nauw samenwerken zodat ze dezelfde benaderingswijze hanteren en werken aan dezelfde doelen. Zoals eerder beschreven moeten de doelen laag worden gehouden en niet gericht zijn op het opruimen. Dit lijkt tegenstrijdig omdat de verwaarlozing van de woning het meest in het oog springt. De regie rondom het opruimen of schoonmaken moet bij de persoon zelf liggen en niet opgelegd worden door de hulpverlener.

De begeleiding moet dus niet worden gericht op het behandelen van het syndroom. De begeleiding moet juist gericht zijn op het monitoren van de situatie. Zo wordt het mogelijk om bij dreigende escalatie tijdig in te grijpen waardoor de situatie niet verder kan escaleren. Een dreigende uithuisplaatsing kan op die manier worden voorkomen.

---

### Gebruikte en geraadpleegde literatuur

- Adelgabar, A, (2003). Diogenes syndrome: self neglect in older people, *Geriatric Medicine* 33: 4 p. 13-17
- American Psychiatric Association (2006). *beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*, Drukkerij Wilco - Amersfoort
- Cole AJ, Gillett T.P., Fairbairn AD. (1992). A case of self-neglect in a married couple; "Diogenes" à deux? *International Journal Geriatric Psychiatry* 7:839-41
- Clark, A.N (1975). The Diogenes Syndrome, *nursing times* 22, 800-804
- Clark, A.N., Mankikar, G.D., & Gray, I. (1975). *Diogenes syndrome. A clinical study of gross neglect in old age*. *Lancet*, 1, 366-368
- Cooney, C., Hamid, W. (1995). Review: *Diogenes Syndrome, Age and Ageing*, 24:451-453

- Fouwels, A.J., Appelhof, B.C., (2001). Verzamelzucht een gevalsbeschrijving, *Tijdschrift voor de psychiatrie* 43: 5, 355-359
- Herrán A.; Vázquez-Barquero J.L. (1999). Treatment of Diogenes Syndrome with Risperidone, Aging, Neuropsychology, and Cognition (*Neuropsychology, Development and Cognition*), Volume 6, Number 2, 96-98
- [http://nl.wikipedia.org/wiki/Diogenes\\_van\\_Sinope](http://nl.wikipedia.org/wiki/Diogenes_van_Sinope), bezocht op 07-08-2008, 11:00u.
- Koeck, A., Bouckaert, F. & Peuskens, J., (2007). Verzamelzucht als hoofdsymptoom van het diogenessyndroom, *Tijdschrift voor de psychiatrie*, 49, 3 195-199
- Popovich, W.F. (2005). [http://www.geocities.com/cchospitalist/Presentations/diogenes\\_syndrome.ppt](http://www.geocities.com/cchospitalist/Presentations/diogenes_syndrome.ppt) Bezocht op: 31-08-2008
- Reyes-Ortiz, C.A. (2001). *Diogenes syndrome, the self neglect elderly. Comprehensive therapy*, 27: 117-121
- Roe, PF, (1977). *Self-neglect, Age Ageing*, 6: 192-194

## Illegale behandeling of een illegaal in behandeling

**Marjan Mensinga**, SPV, Indigo, Altrecht, Medisch Antropoloog, trainer/adviseur Pharos (Kennis en adviescentrum Vluchtelingen, Nieuwkomers en gezondheid) SPV, Symforagroep, asielzoekerscentrum Crailo.

*De heer Akbari is 24 jaar en sinds enige tijd in behandeling bij een SPV van een GGZ instelling. Hij heeft ernstig depressieve klachten waarvoor hij medicatie en ondersteunende gesprekken krijgt. De heer Akbari is afkomstig uit Iran. Hij is op zijn 17e als Alleenstaande Minderjarige Asielzoeker (AMA) naar Nederland gevlucht. Sinds een jaar is hij 'illegaal' in Nederland omdat hij uitgeprocedeerd is. Hij heeft geen paspoort, geen verzekeringsbewijs (hij kan en mag zich niet verzekeren) en geen inkomen. Een vriend van zijn vader biedt hem onderdak in de flat waar hij met zijn vrouw en kind woont. Deze vriend geeft hem eten en stopt hem af en toe wat geld toe.*

*De SPV besluit na een aantal gesprekken de behandeling te beëindigen omdat de 'sociale omstandigheden en het gebrek aan perspectief de behandeling frustreren'. Hij blijft wel medicatie behouden. De huisarts van de heer maakt zich echter zorgen en via via komt hij bij mij terecht. De heer heeft PTSS klachten, hij is bang voor de politie alhoewel hij geen strafbaar feit heeft gepleegd. Zijn angst blijkt terecht. Na twee gesprekken belt hij op uit Kamp Zeist (Vreemdelingendetentie). Tijdens een politiecontrole in de binnenstad is hij aangehouden. Zelf denkt hij vanwege zijn buitenlandse uiterlijk. Hij kan geen identificatiepapieren laten zien en wordt meegenomen naar het politiebureau. Na twee dagen in de politiecel te hebben gezeten wordt hij overgebracht naar Kamp Zeist. Hij deelt zijn cel met een Surinamer die vast zit vanwege drugsmokkel en uitgezet wordt. De depressieve klachten van de heer Akbari verergeren. Hij geeft aan dat hij medicijnen gebruikt. De medische dienst van het detentiecentrum wil dit echter eerst uitzoeken. Dit duurt enige weken. De heer wordt suïcidaal. Om die reden wordt hij zes dagen in een isolatiecel geplaatst. Uiteindelijk wordt een psycholoog (in dienst van het ministerie van Justitie) ingeschakeld. Deze neemt contact met mij op. Daarna krijgt de heer Akbari zijn medicatie. De advocaat van de heer is druk bezig hem weer uit Kamp Zeist te krijgen. Na vier maanden lukt het, hij mag weg. In het jargon van justitie wordt de heer 'geklinderd'. Zijn opsluiting bleek op een misverstand te berusten. Hij gaat terug naar de vriend van zijn vader. Een angst rijker.*

*De gesprekken die ik daarna met hem heb gaan alleen maar over zijn periode in detentie en de angst om naar buiten te gaan. Een stap terug in zijn behandeling.*

Bovenstaande casus is niet verzonden en komt helaas vaker voor. Mensen die 'illegaal' in Nederland zijn en geen identificatiebewijs hebben, lopen het risico om bij controles opgepakt te worden en in vreemdelingenbewaring te komen. Zij hebben geen misdrijf begaan (illegaal in Nederland zijn is niet strafbaar), maar worden in detentie gezet zodat ze 'beschikbaar' zijn voor de Immigratie en Naturalisatie Dienst (IND) om terug gestuurd te kunnen worden naar het land van herkomst. Zonder tussenkomst van een rechter kunnen ze maximaal negen maanden in vreemdelingenbewaring gehouden worden. Na die negen maanden, als er geen zicht op terugkeer is, wordt iemand 'geklinkerd' ofwel op straat gezet. Meestal zonder geld. Als een medische dienst van de gevangenis weet dat iemand die medicijnen gebruikt op straat gezet wordt, proberen ze wel een recept te regelen.

### **Mogelijkheden en belemmeringen bij behandelingen aan 'illegale' cliënten**

In Nederland leven ongeveer tussen de 110.000 en 225.000 mensen in illegaliteit. De meeste illegalen zijn mannen (75 %) tussen de 20 en 40 jaar en uit Turkije, Noord-Afrika, Suriname, Oost-Europa en Azië, om economische redenen, naar Nederland gekomen. Ook jonge vrouwen uit Latijns-Amerika, Oost-Europa en Azië die geronseld zijn voor bordelen komen vanwege economische motieven. Ongeveer 20.000 illegalen zijn kinderen. Jaarlijks worden er tussen de 1000 en 1200 baby's van illegale moeders geboren. Ongeveer een kwart van de 'illegalen' zijn uitgeprocedeerde asielzoekers. Onder hen zijn relatief veel gezinnen met kinderen (Van den Muijsenbergh, 2004:7).

Volgens de vreemdelingenwet hebben 'illegalen' recht op juridische hulpverlening, medisch noodzakelijke zorg en kinderen tot 18 jaar hebben recht op onderwijs. Zo ook de heer Akbari. Hij heeft dan wel geen recht meer op onderwijs, maar hem moet wel 'medisch noodzakelijke zorg' of 'passende en verantwoorde medische zorg' verleent worden. In december 2007 is het Rapport Arts en Vreemdeling van de commissie 'Medische zorg aan (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen' verschenen. In dit rapport staat (onder andere) dat zowel juridische, politieke als financiële kaders op gespannen voet kunnen staan met het medische ethische principe om zorg te verlenen aan een ieder die dat nodig heeft. De commissie spreekt liever over passende en verantwoorde medische zorg in plaats van 'medisch noodzakelijke zorg'. Het laatste zien ze als een politiek begrip. Het rapport wordt door diverse artsenorganisaties als Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP) (Klazinga, 2007).

Zorg aan 'illegalen' wordt tot 1 januari 2009 gefinancierd door het Koppelingsfonds. Dit fonds is in 1998 ontstaan nadat in dat jaar de Koppelingswet in werking trad. 'Illegalen' werden uitgesloten van het recht op sociale voorzieningen als huisvesting en ziektekostenverzekering. Een uitzondering werd (en wordt) gemaakt voor 'medisch noodzakelijke zorg'. In principe moet iedereen voor gezondheidszorg betalen, ook 'illegalen'. De laatste groep kan en mag zich echter niet verzekeren.

Vanaf 1 januari 2009 gaat de financiering veranderen. Het Waarborgfonds voor illegalen neemt de plaats in van het Koppelingsfonds en wordt uitgevoerd door het CvZ. 'Illegalen' zijn uiteraard nog steeds verplicht om voor zorg te betalen, maar de structuur wordt anders. Het CvZ kent twee soorten zorg:

1. acute zorg: ieder ziekenhuis, GGz instelling of huisarts moet dit leveren en wordt voor 80% vergoed.
2. 'Planbare' zorg, deze wordt voor 100% vergoed. Als een 'illegaal' een knie operatie nodig heeft, is dit 'planbaar'. De zorg wordt aanbesteed bij ongeveer 150 ziekenhuizen door heel Nederland.

AWBZ gerelateerde zorg, zoals GGZ instellingen, krijgen vanaf 1 januari 2009 de zorg voor een 'illegaal' wel vergoed. Zoals het er nu uit ziet wordt GGZ zorg niet aanbesteed, maar krijgt de instelling per cliënt een contract aangeboden. Mijns inziens blijven hulpverleners dan wel met het probleem zitten waar je met een cliënt naar toe moet als hij uitbehandeld is. Moet hij zonder dak boven zijn hoofd en zonder geld voor levensonderhoud weer op straat komen te staan? Dit lijkt me niet bevorderlijk voor zijn zojuist verworven gezondheid.

Het niet hebben van een verzekering kan voor sommige GGZ instellingen reden zijn om de hulp te stoppen of zelfs te weigeren. Bij Lampion zijn hierover de afgelopen jaren diverse meldingen binnen gekomen. Lampion is het Landelijk informatie en adviespunt Illegalen en de toegang tot gezondheidszorg. Op de website [www.lampion.info](http://www.lampion.info) staat informatie over financiering van de zorg aan illegalen, toegang tot zorg, verblijfsrecht, huisvesting, landeninformatie (ook handig wanneer je asielzoekers in behandeling hebt) en actuele zaken betreffende 'illegalen'. Als de website geen antwoord biedt op de vraag kan informatie worden gevraagd via de helpdesk of via e-mail. Lampion brengt ieder jaar een verslag uit waarin de vragen en meldingen over het weigeren van medische zorg beschreven staan.

### **Noodzakelijke zorg**

Mensen die 'illegaal' zijn hebben veel lichamelijke en psychische problemen. Van den Muijssenbergh (2004) schrijft dat depressie de meest voorkomende psychische klacht is. Ze verkeren in onzekerheid over huisvesting, inkomsten en gezondheid. Veel 'illegalen' durven niet naar de huisarts te gaan omdat ze bang zijn dat een dokter hen aangeeft bij de politie. Als ze gaan, zijn de klachten vaak ernstig en worden ze doorverwezen naar specialistische zorg.

Ik vind de depressie van de heer Akbari dermate ernstig dat ik hem in behandeling neem (en houd) ondanks dat hij niet kan betalen. Hij doet een beroep op 'passende en verantwoorde medische zorg'. In zijn geval is dat medicatie en gesprekken waarin hij handvatten krijgt aangeboden om te overleven. Voor hem niet zo eenvoudig omdat hij met recht en reden bang is voor de Nederlandse politie. We bespreken dan ook wat hij nu kan doen. Ik stel hem voor om in ieder geval te helpen in het huishouden van zijn vriend. Misschien kan hij klusjes doen of weet zijn vriend wel een ander privé adres waar hij iets kan doen. Daarnaast opper ik om in het park in de buurt wandelingetje te maken. Desnoods in de avond als hij overdag bang voor politie is. We bespreken dat hij drukke situaties in de stad vermijdt en in het openbaar vervoer altijd een geldig plaatsbewijs heeft. Hij moet zijn brommer niet op voeren en als voornaamste: zorgen dat hij onzichtbaar is. De heer heeft lange tijd Nederlandse les gehad (hij spreekt het ook goed). Wat mij betreft gaat hij iedere ochtend, wanneer er nog niet zoveel mensen zijn, naar de bibliotheek om de krant te lezen. De gesprekken benut hij verder om over zijn angsten en slapeloosheid te vertellen. Hij weet dat ik er niet veel aan kan veranderen, maar door zijn hart te luchten voelt hij zich voor even weer iets beter. Mijn behandeling bestaat dus uit luisteren en kleine tips en adviezen geven. Voor mensen die 'illegaal' zijn bestaan er geen grote stappen in de behandeling. De hulpverlener moet leren om met kleine vooruitgang tevreden te zijn. Na ieder gesprek zegt de heer Akbari 'dank je wel' en verschijnt er een glimlach om zijn mond. Voor mij weer genoeg.

---

### **Literatuur**

- Klazinga, N.S. (2007) *Arts en Vreemdeling*. Utrecht: Pharos
- Muijssenbergh, van den M. (2004) *Ziek en geen papieren*. Utrecht: Pharos
- Voogt, W. (2008) *Jaarverslag Lampion 2007*. Utrecht: Pharos