



Vreemdelingendetentie en gezondheid
Kennisdocument

Oktober 2013

PHAROS

Colofon

Vreemdelingendetentie en gezondheid. Kennisdocument

Auteur Erick Vloeberghs

Pharos

Postbus 13318, 3507 LH Utrecht

Telefoon 030 234 98 00

E-mail info@pharos.nl

Website www.pharos.nl

Voor eerder verschenen publicaties van Pharos zie www.pharos.nl

© 2013, Stichting Pharos, Utrecht

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

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Hoofdstuk 1 Over detentie	6
Hoofdstuk 2 De praktijk van detentie	12
Hoofdstuk 3 Achtergrond en cijfers	16
Hoofdstuk 4 Detentie en gezondheid	21
Hoofdstuk 5 Zorg in Nederland aan vreemdelingen in detentie	35
Hoofdstuk 6 Alternatieven voor detentie	41
Nawoord	51
Literatuurlijst	53

Voorwoord

Met enige regelmaat valt in de krant te lezen over illegale vreemdelingen. Bijvoorbeeld wanneer ze op een plein in een stad een tentenkamp opzetten en belangenorganisaties de betreffende gemeente en de Nederlandse Staat onder druk zetten om ‘iets te doen aan hun hopeloze situatie’. Of omdat een van hen zich tijdens detentie, soms een dag voor hij op het vliegtuig gezet zou worden, van het leven berooft. Dit roept meestal heftige reacties op. Ook is de maatschappelijke polarisatie groot: een deel van de Nederlanders is verontwaardigd, terwijl een ander deel refereert aan de vastgestelde lijn dat deze mensen hier niet thuishoren en dat detentie geoorloofd is om deze illegalen de toegang tot Nederland te ontfemen.

Detentie van vreemdelingen is een controversieel thema – het gaat immers om een problematische categorie ingezetenen, namelijk mensen die in juridische zin niet in Nederland (mogen) zijn, maar in de praktijk hier wonen en om precies die reden opgesloten worden. Ook illegale vreemdelingen worden ziek – of ze waren dat al op het moment dat ze in een tram, op straat of tijdens het werk opgepakt werden. In dit kennisdocument wordt ingezoomd op gezondheidsaspecten van vreemdelingen in detentie. Onder gezondheidsaspecten wordt verstaan: de gezondheid van de gedetineerde vreemdeling voor en na detentie, het effect van detentie op diens gezondheid, en hoe de zorg aan gedetineerde vreemdelingen georganiseerd is en geleverd wordt. Aan bod komen vragen als: wat is vreemdelingendetentie; wat weten we over de gezondheid van deze categorie gedetineerden; in hoeverre heeft detentie op zich invloed op hun gezondheid; welke gezondheidsproblemen en klachten doen zich voor als gevolg van detentie; wie biedt zorg aan deze gedetineerden; is die zorg anders dan die gegeven wordt aan ‘gewone’ gevangenen; zijn er realiseerbare alternatieven en wat weten we over het effect daarvan op de gezondheid?

Dit kennisdocument is gebaseerd op de beschikbare literatuur uit binnen- en buitenland (Engelstalig). Diverse rapporten, verslagen, onderzoeken en artikelen, via PubMed, Google en andere websites gevonden, zijn geraadpleegd. Voor zover bekend zijn harde cijfers en gegevens vergeleken met elkaar en, waar mogelijk, met de situatie in Nederland. Een opmerking vooraf is op zijn plaats: gezien het gesloten karakter van vreemdelingendetentie is weinig cijfermatig materiaal over gezondheidsaspecten van gedetineerde vreemdelingen te vinden.

Dit kennisdocument richt zich op volwassen gedetineerden en in mindere mate op kinderen en alleenstaande minderjarige (ex)asielzoekers. Detentie van minderjarige kinderen is de afgelopen jaren fors beperkt en teruggebracht tot in beginsel maximaal veertien dagen. Sinds 2011 worden gezinnen met kinderen in een Gezinslocatie (GL) geplaatst, dit is een vrijheidsbeperkende locatie (VBL) speciaal voor gezinnen met kinderen. De situatie in een Gezinslocatie of VBL is anders dan die in een detentiecentrum: mensen zitten niet opgesloten maar hebben dagelijkse meldplicht en mogen bezoek ontvangen. Dat de focus van dit document ligt op de gezondheidsaspecten van volwassen vreemdelingen in detentie houdt echter niet in dat niet dezelfde gezondheidsklachten of problemen zich (kunnen) voordoen in een GL en een VBL. Wat van belang is, zeker nu staatssecretaris Teeven het voornemen te kennen gegeven heeft (september 2013) om de meeste illegale vreemdelingen in de toekomst in een vrijheidsbeperkende locatie onder te brengen. Ook over andere alternatieven voor detentie wordt op het moment van schrijven nagedacht. Met het oog op de

gezondheidsaspecten is de informatie in dit kennisdocument relevant bij het maken van keuzes over mogelijke alternatieven. Daarnaast kan met kennis uit dit document nader invulling worden gegeven aan het regime in detentie zelf. De staatssecretaris wil namelijk een onderscheid maken in een verblijfsregime en beheersregime, waarbij in de eerste de vreemdeling meer vrijheden zal kennen dan in de tweede.

De opbouw van het document is als volgt: hoofdstuk 1 behandelt in grote lijnen wat detentie inhoudt, hoeveel mensen, waar en welke groepen vreemdelingen zoal in detentie gezet worden. Hoofdstuk 2 en 3 gaan dieper in op de praktijk van detentie. Hoofdstuk 2 beschrijft in het kort hoe een dag in een detentiecentrum eruitziet en hoelang vreemdelingen er verblijven, terwijl in hoofdstuk 3 ingaan wordt op het doel van vreemdelingendetentie en de vraag of detentie leidt tot meer terugkeerbereidheid. In hoofdstuk 4 wordt de gezondheid van illegale vreemdelingen voor, tijdens en na detentie voor het voetlicht gebracht aan de hand van gegevens uit binnen- en buitenlands onderzoek. Tevens wordt in dit hoofdstuk aangegeven welke aspecten van detentie als stressvol ervaren worden en daarmee effect hebben op de (ervaren) gezondheid. Daaropvolgend, in hoofdstuk 5, komt aan de orde hoe de medische en psychische zorg in detentie geregeld is – voor zover daarover gegevens te vinden zijn. Het kennisdocument sluit af met een hoofdstuk over de praktijk van alternatieven voor detentie in enkele landen, inclusief over de pilots die sinds 2010 in Nederland lopen.

Mijn dank gaat uit naar mijn collega's Evert Bloemen en Freya Haker voor het gezamenlijke denkwerk en de commentaren op eerdere versies van dit document. Daarnaast waren de gesprekken met en tips van Annemarie Busser (Amnesty International), Margreet Kroesen (Dokters van de Wereld) en Ariëtte Reijersen van Buuren (Meldpunt Vreemdelingendetentie) zeer nuttig en prettig.

Erick Vloeberghs

Onderzoeker / methodiekontwikkelaar

Hoofdstuk 1 Over detentie

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op wat detentie is en waarin vreemdelingendetentie verschilt van de reguliere detentie oftewel gevangenis. Daarnaast worden cijfers gepresenteerd over het aantallen vreemdelingen in detentie en een kort overzicht van de locaties waar zij gedetineerd worden. Ook de vragen wie zijn deze vreemdelingen, wat kwamen ze hier doen en waar komen ze vandaan komen in dit hoofdstuk aan bod.

1.1 Wat is vreemdelingendetentie?

Tot twintig jaar terug werden illegaal verblijvende vreemdelingen zelden zonder meer gedetineerd. Er diende een directe aanleiding voor de detentie te zijn, meestal een gepleegd delict (strafrechtelijk). Een illegaal loste simpelweg op in de massa of verdween in de marginaliteit, kon werken, een huis huren, een sofinummer krijgen en zelfs een uitkering ontvangen. Vanaf 1993 veranderde deze situatie. De Wet op de Identificatie van dat jaar en later de Koppelingswet (1998) verbonden werk en sociale zekerheid aan een rechtmatige verblijfsstatus. Oftewel: de controle en het toezicht op in Nederland verblijvende vreemdelingen werd georganiseerd en nam stelselmatig toe, waarbij personen zonder verblijfsstatus steeds verder gemarginaliseerd werden. Het werd moeilijker om geld te verdienen, het huren van een woning lukte minder snel en deelname aan sociaal-maatschappelijke activiteiten (van de aanvraag van een NS-kortingkaart of museumjaarkaart tot het volgen van een studie) werd vrijwel onmogelijk gemaakt. Met het intensiveren van toezicht en identiteitscontroles liep ook het aantal beschikbare cellen voor gedetineerde vreemdelingen op: in 1980 had de overheid de beschikking over 45 cellen voor vijfhonderd te detineren vreemdelingen, terwijl in 2006 maar liefst 3.954 cellen beschikbaar waren voor 12.480 opgepakte illegaal hier verblijvende vreemdelingen (Stronks 2012).

In juridische termen heet het dat vreemdelingendetentie een bestuursrechtelijke en geen strafrechtelijke vrijheidsontneming is. Dit houdt in dat een vreemdeling niet gedetineerd wordt omdat hij een strafrechtelijk (= crimineel) feit gepleegd heeft, maar omdat hem geen verblijfsrecht is toegekend door de Nederlandse staat. Wat een bestuurlijke, in feite ambtelijke aangelegenheid is. Als dus iemand zonder wettig verblijfsdocument wordt aangetroffen is die persoon ‘ongedocumenteerd’ in Nederland en kan hij op grond van dat feit vastgezet worden. Het Europees Migratienetwerk (EMN) noemt vreemdelingenbewaring ‘formeel een administratieve maatregel’ (EMN 2012, p. 55).

Detentie dient in officiële termen ‘het tegengaan van illegale toegangsverschaffing tot Nederland’. Daarnaast kan een vreemdeling van wie verwacht wordt dat hij het land verlaat of zich daarop voorbereidt, in bewaring worden gesteld oftewel gedetineerd. Detentie zorgt er in dat geval voor dat ‘de vreemdeling beschikbaar is voor vertrek en [het] voorkomt dat iemand uit het zicht verdwijnt’ (Rijksoverheid 2012, p. 43). Het opleggen van vreemdelingendetentie vindt plaats ofwel direct na aankomst op Schiphol (de asielaanvraag is afgewezen), na

aanhouding in transit, trein, tram of op straat (geen of verlopen identiteitsbewijs) of kort voor gedwongen vertrek uit Nederland (het gaat dan om plaatsing in een Uitzetcentrum).

1.2 Aantallen en locaties

Illegalen zijn kortom gaandeweg minder zichtbaar gemaakt, vooral administratief. Dit betekent niet dat ze er niet zijn, maar wel dat moeilijker is vast te stellen om hoeveel mensen het precies gaat. Alleen hier legaal verblijvende personen staan geboekstaafd in de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA). Wel is na te gaan wie (tijdelijk) op Nederlands grondgebied verbleef. Daarvoor wordt geput uit de gegevens van de IND en het COA over asielzoekers, en – wanneer mensen op een andere manier hier gewoond hebben dan in de asielopvang –, via gegevens van politie, gemeente en andere instanties. Het CBS en het WODC doen regelmatig onderzoek naar illegalen; op Europees niveau neemt Eurostat, het EU Bureau voor de Statistiek te Luxemburg, dat op zich.

De schattingen van het aantal in Nederland verblijvende illegalen lopen (al jaren) sterk uiteen. Tabel 1 laat de cijfers van het aantal illegalen zien. De tabel laat een sterke daling zien vanaf 2003. Het strenger wordende Nederlands migratiebeleid van de laatste jaren, inspanningen op Europees niveau en het feit dat veel landen waarvandaan (voorheen) illegale vreemdelingen naar Nederland kwamen nu onderdeel uitmaken van de Europese Unie, liggen aan deze daling ten grondslag.

Tabel 1: Schatting aantal illegalen

Jaar	Schatting	95% BI*
2000	162.788	(134.911, 190.665)
2001	192.373	(144.788, 239.958)
2002	211.990	(172.965, 251.015)
2003	159.077	(136.499, 181.655)
2005	128.907	(74.320, 183.912)
2009	97.145	(60.667, 133.624)

Cijfers: Van der Heyden e.a. 2011 (WODC)

* 95% BI geeft de onder- (eerste cijfer) en bovenschatting (tweede cijfer) weer, het minimaal en maximaal aantal geschatte illegalen in Nederland in dat jaar.

Deze cijfers betreffen in Nederland illegaal verblijvende personen uit Oost- en West-Europese landen (IJsland, Kroatië, etc.) alsook vreemdelingen van daarbuiten. Wanneer de illegalen uit bovengenoemde niet-EU-lidstaten niet meegenomen worden, spreekt men van ‘derdelanders’¹. Een deel van deze derdelanders komt in contact met politie of marechaussee en belandt in vreemdelingendetentie; in officiële documenten heten ze ‘illegaal aangetroffen derdelanders’.

¹ Er hebben, afhankelijk van de context waarin ze gebruikt worden, meerdere termen betrekking op personen die niet rechtmatig in Nederland verblijven, die min of meer dezelfde lading dekken: de illegaal, ongedocumenteerde migrant, irreguliere migrant, illegaal aangetroffen derdelander en illegaal verblijvende vreemdeling.

De totale instroom in het gevangeniswezen in 2011 was 39.866 personen (CBS 2012). De instroom van vreemdelingen die op grond van artikel 59 van de Vreemdelingenwet 2000 (Vw 2000) in bewaring worden gesteld lag voor 2007 nog rond de 10.000 maar vertoont sinds 2010 een dalende lijn. In 2010 lag het instroomcijfer van in Nederland illegaal aangetroffen derdelanders (oftewel vreemdelingen van buiten de EU) in detentie op 7.547, waarna het daalde naar 5.844 in 2011 en vervolgens naar 5.012 in 2012. Ook de bezettingscijfers van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van vreemdelingen die op grond van artikel 59 Vw 2000 in bewaring zijn gesteld dalen sinds 2007, van 1.610 op 30 september 2007 naar 1.503 op 30 september 2010, waarna een scherpe daling volgde naar 660 op 1 maart 2013 (ACVZ 2013, p. 33). De gemiddelde bewaringsduur bij uitstroom is in de periode 2009-2011 redelijk stabiel en ligt rond de 75 dagen.

Illegaal aangetroffen derdelanders komen na arrestatie door politie of marechaussee eerst terecht in een arrestantencel van de politie en belanden na een tot enkele dagen in een detentiecentrum (DC).

- Een vreemdelingendetentiecentrum is een gevangenis, een bewoner kan een DC niet verlaten. Wie een negatieve beschikking van de IND gekregen heeft, krijgt nog vier weken opvang om zelfstandig aan de terugkeer te werken. Daarna volgt, indien men opgepakt wordt, detentie in een van de hierna aangegeven detentiecentra.
- Enige tijd voor het vrijwillig of gedwongen vertrek uit Nederland wordt een vreemdeling overgebracht naar de Uitzetafdeling in detentiecentrum Schiphol of Rotterdam voor de laatste checks en handelingen. Alleenstaande minderjarige vreemdelingen (AMV's) die terug naar het land van herkomst moesten en in detentie geplaatst werden, kwamen voorheen in een Justitiële Jeugdinstelling terecht. De inbewaringstelling van deze categorie asielzoekers is sinds maart 2011 sterk aan banden gelegd en wordt steeds minder toegepast – in de eerste helft van 2012 ging het om in totaal twintig AMV's (Rijksoverheid 2012, 44).

Sinds 2010 zijn de detentieboten in Rotterdam, Zaandam en Dordrecht, alsook de oude Schiphol-locatie Oude Meer gesloten, terwijl de detentiecentra Rotterdam en Alphen aan den Rijn ingrijpende veranderingen hebben ondergaan – in alle gevallen na kritiek op de voorzieningen en de te krappe behuizing. Gedetineerde vreemdelingen worden op dit moment gehuisvest op een van de volgende locaties:

- Detentiecentrum Alphen aan den Rijn (september 2012 heropend – 400 plaatsen voor gedetineerde vreemdelingen). In dit detentiecentrum verblijven preventief gehechte vreemdelingen, strafrechtelijk gedetineerde vreemdelingen (zogenaamde VRIS – staat voor Vreemdeling In de Strafrechtsketen) en illegale vreemdelingen op grond van artikel 59 van de Vreemdelingenwet 2000.
- Detentiecentrum Rotterdam, gelegen naast Rotterdam The Hague Airport (600 plaatsen). Idem als DC Alphen, maar er worden geen 'VRIS'ers' gehuisvest. In Rotterdam worden ook vreemdelingen geplaatst via de Zeehavenpolitie. Het gaat daarbij vooral om Surinamers, Chinezen en Nigerianen (EMN 2012, p. 74). Detentiecentrum Rotterdam heeft een uitzetcentrum.

- Detentiecentrum Zeist, gelegen naast het Militaire Luchtvaart Museum in Soesterberg (450 plaatsen). In Detentiecentrum Zeist verblijven met name vrouwen en vreemdelingen die extra zorg nodig hebben.
- Justitieel Complex Schiphol. Dit complex, in gebruik sinds eind 2012 en gelegen in Schiphol Noord-West, biedt plaats aan het detentie- en uitzetcentrum Noord-Holland van DJI, aanmeldcentrum Schiphol van de IND en een nevenvestiging van Rechtbank Haarlem. Het detentiecentrum met ruim 450 (merendeels tweepersoons)cellen biedt plaats aan asielzoekers in de procedure, bolletjesslikkers en illegale of uitgeprocedeerde vreemdelingen.

Mannelijke VRIS'ers worden behalve in DC Alphen aan den Rijn ook in de Penitentiaire Inrichting (PI) de Esserheem (Veenhuizen) geplaatst. Illegale vrouwen die een misdrijf pleegden of daarvan verdacht worden komen in de PI Ter Peel (Evertsoord) terecht. VRIS'ers worden in de regel, als het land van herkomst medewerking verleent, tijdens hun straf of zodra die uitgezeten is, onder begeleiding van de marechaussee teruggevlogen. Wanneer de maatregel tbs is opgelegd aan illegale vreemdelingen worden ze geplaatst in het Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) Veldzicht in Balkbrug. Daarnaast kunnen illegale vreemdelingen met psychische problemen in penitentiair psychiatrische centra ondergebracht worden (PPC). Penitentiair psychiatrische centra zijn speciale afdelingen in gewone gevangenissen, waaronder in Vught.

1.3 Een bont gezelschap

Er zijn verschillende groepen illegale vreemdelingen te onderscheiden, afhankelijk van de reden waarom men naar Nederland kwam. Het kan gaan om familieredenen (bijvoorbeeld bij ziekte of overlijden van een familielid of om gezinshereniging), studie, om arbeid te verrichten of een asielaanvraag in te dienen. Soms besluiten mensen in Nederland te blijven ondanks dat hun (voorlopige of tijdelijke) verblijfsvergunning is verlopen. Zo zijn er au pairs die na hun contract besluiten zich in Nederland te vestigen. Of asielzoekers die geen verblijfsstatus hebben gekregen en niet terug willen naar hun land van herkomst, duiken onder in de illegaliteit. Verder verblijven in Nederland vreemdelingen die nooit een verblijfsvergunning aangevraagd hebben. Hieronder vallen ook slachtoffers van mensenhandel, vaak vrouwen of mannen die in de prostitutie werkzaam waren maar zich wisten los te weken uit het milieu of een geslaagde vluchtpoging ondernamen – vaak met achterlating van hun identiteitsbewijs.

Op enig moment kan zo'n illegale vreemdeling die besloot in Nederland te blijven in aanraking komen met de politie en/of de marechaussee en in detentie gezet worden. Indien men dan geen identiteitspapieren kan of wil tonen staat men in de statistieken geboekstaafd als 'nationaliteit onbekend'.

Het totaal aantal vreemdelingen dat wordt opgepakt en aangezegd Nederland te verlaten schommelt al jaren rond de 30.000 per jaar. Het gaat vooral om Turken en Marokkanen (in 2010 respectievelijk 2.924 en 1.685 personen) en om asielaanvragers uit Irak, Somalië en Afghanistan (in 2010 respectievelijk 2.828, 2.713 en 1.804 personen). In 2010 verbleven in

totaal 8.460 migranten op grond van artikel 59 Vw 2000 in vreemdelingendetentie. Tabel 2 toont de Top 10 van illegale vreemdelingen die in 2009 gedetineerd werden en hun herkomstland. De tabel laat ook zien dat het om heel verschillende categorieën mensen gaat: uitgeprocedeerde asielzoekers uit Somalië, Irak en Afghanistan; familieleden van grote in Nederland wonende migrantengroepen (Marokkanen, Turken en Surinamers); studenten en/of kennismigranten uit India en Nigeria die besloten niet terug te keren naar hun land van herkomst; Chinezen, Georgiërs en Algerijnen die mogelijk voor werk en/of gezinshereniging hiernaartoe kwamen maar opgepakt werden en in detentie geplaatst.

Tabel 2: Top 10 herkomstlanden van gedetineerde vreemdelingen (2008, 2009 en 2010)

2008			2009			2010		
1	China	605	1	Somalië	850	1	Somalië	760
2	Irak	605	2	Irak	535	2	Irak	685
3	Marokko	580	3	Marokko	520	3	Onbekend	470
4	Turkije	510	4	Onbekend	410	4	Marokko	460
5	Somalië	295	5	Turkije	360	5	Turkije	335
6	Algerije	260	6	Afghanistan	350	6	Afghanistan	310
7	Suriname	250	7	Nigeria	275	7	China	305
8	Nigeria	240	8	China	255	8	Georgië	280
9	India	220	9	Algerije	250	9	Algerije	235
10	Sierra Leone	185	10	India	225	10	Nigeria	235

Bron: EMN 2012, 71

Wanneer we deze cijfers met elkaar vergelijken vallen enkele dingen op: ten eerste de forse daling van het aantal Chinezen dat in vreemdelingenbewaring werd geplaatst; ten tweede de stijging van het aantal Somaliërs; en ten derde het toenemende aantal waarvan de nationaliteit niet bekend is. De oorzaak van de daling van het aantal Chinezen is wellicht dat de Raad van State in 2008 bepaalde dat er geen Chinezen zonder reisdocumenten teruggestuurd konden worden, omdat er geen zicht meer was op uitzetting. De stijging van het aantal Somaliërs heeft waarschijnlijk te maken met de wijziging van het tijdelijk moratorium op het terugsturen van Somaliërs: voor bepaalde delen van Somalië geldt dat het gebied veilig genoeg verklaard is om ernaar terug te keren. Uitgeprocedeerde asielzoekers uit die ‘veilige gebieden’ van Somalië moeten dus terug en worden in de aanloop van de uitzetting gedetineerd. Het toenemende aantal personen in detentie met een onbekende nationaliteit heeft mogelijk te maken met het verscherpte toezicht de laatste jaren en betreft waarschijnlijk vreemdelingen zonder identiteitspapieren die opgepakt werden.

Daarnaast weigert de marechaussee personen aan de grens soms de toegang tot Nederland, vooral op Schiphol en in Rotterdam (vliegveld en haven). De instroomcijfers van de ‘artikel 6 vreemdelingen’ kunnen vanaf 2010 niet meer vergeleken worden met die van de voorgaande jaren omdat deze vreemdelingen – die in de passantencellen van de Koninklijke Marechaussee (KMar) geplaatst worden – vanaf 2009 geen onderdeel meer uitmaken van het instroomcijfer bij DJI. In 2009 nam de instroom van de aan de grens geweigerde vreemdelingen met een asielaanvraag toe (de zogenaamde gesloten AC-procedure). Deze stabiliseerde zich in 2010 om vervolgens in de daaropvolgende twee jaren licht te dalen tot 230 personen (DJI 2013). Suriname, Nigeria en Brazilië zijn hierbij de meest voorkomende herkomstlanden.

In tabel 3 wordt, tot slot, de verhouding mannen – vrouwen in detentie aangegeven. De tabel maakt duidelijk dat vooral jonge mannen in detentie gezet worden (meer dan 80%!). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat vrouwen eerder thuisblijven om op de kinderen te passen, terwijl mannen de straat op moeten op zoek naar werk, onderkomen of eten en dus meer risico lopen opgepakt te worden.

Tabel 3: Gedetineerde vreemdelingen naar leeftijdscategorie en geslacht (2009)

Leeftijd						Geslacht	
	Totaal	0-13 jr	14-17 jr	18-34 jr	35 jr+	Mannen	Vrouwen
Totaal	7.565	25	325	4.874	2.340	6.590	975
Onbekend	410	5	20	250	135	365	50

Bron: EMN, statistisch jaaroverzicht 2009, p. 51

Puntsgewijs de belangrijkste zaken:

- Detentie van illegale vreemdelingen is een bestuursrechtelijke vrijheidsontneming met als doel de terugkeer van de illegale vreemdeling naar het herkomstland.
- De laatste jaren worden jaarlijks ongeveer 7.500 illegale vreemdelingen in detentie geplaatst in Nederland.
- Er zijn vier detentiecentra in Nederland (Schiphol, Rotterdam, Alphen a/d Rijn en Zeist). Een detentiecentrum is een gesloten inrichting. Daarnaast is er een aantal vrijheidsbeperkende locaties (VBL's) met een minder gesloten karakter.
- Gedetineerde vreemdelingen met psychische problemen kunnen in een forensisch psychiatrisch centrum of een penitentiaal psychiatrisch centrum geplaatst worden.
- Er zijn verschillende groepen gedetineerde vreemdelingen te onderscheiden. De grootste groepen zijn uitgeprocedeerde asielzoekers en gezinsherenigers.
- Veruit de meeste vreemdelingen in detentie zijn man en tussen de 18 en 35 jaar.

Hoofdstuk 2 De praktijk van detentie

Op enig moment kan een illegale vreemdeling in Nederland in aanraking komen met de politie of een andere bevoegde instantie. Dat kan zijn tijdens een controle op de werkplek, in de tram, op straat of omdat de persoon in kwestie een strafrechtelijk feit pleegde. Daarnaast kan een asielzoeker wiens aanvraag tot verblijf niet is toegekend, maar die nog steeds in een azc verblijft, door de politie of marechaussee van zijn bed gelicht en opgepakt worden, met als doel uitzetting naar het land van herkomst. De illegale vreemdeling wordt dan eerst in een cel in een arrestantencomplex geplaatst – in veel gevallen gedurende een aantal dagen – om daarna naar een detentiecentrum te worden overgeplaatst. In dit hoofdstuk wordt beschreven welke voorzieningen een detentiecentrum voor illegale vreemdelingen heeft, hoe een dag in het centrum eruitziet en hoe lang men in detentie geplaatst kan worden.

2.1 Aankomst in het detentiecentrum

Een illegale vreemdeling die in detentie moet, gaat eerst naar de BAD-afdeling (binnenkomstafdeling delinquenten). Voorheen was dit een afgesloten celruimte met een klein luikje en aan de muur verankerde houten bankjes. Tegenwoordig ziet de BAD-ruimte er vriendelijker uit en is er een flatscreen waarop informatie te zien is over het vreemdelingendetentiecentrum. Nadat de gedetineerde gevisiteerd is (een visuele inspectie van de lichaamsholtes – zie verder paragraaf 4.4) en diens kleding gefouilleerd is op verstopte goederen, worden foto's en vingerafdrukken genomen en de persoonlijke bezittingen in bewaring genomen. Daarna gaat hij naar de zogeheten 'inkomstenafdeling'. Op de inkomstenafdeling wordt bekeken om wat voor persoon het gaat (papieren, identiteit, taal en achtergrond), met wie deze het beste op een kamer geplaatst kan worden en of er sprake is van iemand die zorg behoeft.

In dit kader wordt bij iedereen die een detentiecentrum binnenkomt – en in principe binnen 24 uur – een medische intake gedaan door de verpleegkundige van dienst. Bij medische problemen komt men op de afdeling Extra Zorg terecht en wordt een arts ingeschakeld. In alle andere gevallen wordt men binnen veertien dagen van de inkomstenafdeling naar de verblijfsafdeling overgeplaatst. Een verblijfsafdeling is meestal een cellenblok waar veertig personen verblijven in tweepersoonscellen van 2 bij 5 meter – met daarin een stapelbed, een kast, stoelen, een tv, radio, toilet en douche.

Elke verblijfsafdeling heeft een gemeenschappelijke ruimte waar de gedetineerden overdag van gebruik kunnen maken. Daarnaast heeft elk detentiecentrum een Medische Dienst, sportzalen, een bibliotheek en een recreatieruimte, met daarin in een aantal gevallen een computer met beperkte internetverbinding. Er is altijd een luchtruimte en daarnaast in de meeste gevallen een winkeltje, een gebedsruimte en een ontvangstzaal voor het bezoek. Verder telt elk detentiecentrum enkele advocatenkamers. De detentiecentra in Rotterdam en Schiphol hebben ook zalen waar rechtbankzittingen plaatsvinden.

2.2 Dagbesteding en voorzieningen in detentie

Een dag in vreemdelingendetentie ziet er als volgt uit: het dagprogramma duurt van 08.00 tot 12.00 uur en van 13.00 tot 16.30 uur. De deuren van de kamers zijn op die momenten open en de gedetineerde kan naar een van de gemeenschappelijke ruimtes gaan om te sporten, een gesprek te voeren of bezoek te ontvangen. De rest van de tijd brengt hij door in een tweepersoonscel op de verblijfsafdeling. Alle maaltijden dient men op de kamer te nuttigen. Vreemdelingen in detentie zitten dus van 16.30 uur tot 08.00 uur de volgende ochtend, en ook tijdens de lunch, opgesloten in de cel. In totaal zit men gemiddeld 13-16 uur per etmaal samen met iemand anders in een kleine ruimte, zonder enige privacy. Humanistische raadsliden gaven in een gesprek met de auteur van dit document aan dat er in de avonduren regelmatig ruzies zijn in de cellen tussen beide gedetineerden over welk tv-programma bekeken zal worden.

Volgens de regels van de Penitentiaire beginselenwet heeft elke gedetineerde *minimaal* 18 uur per week recht op deelname aan activiteiten. In de praktijk van vreemdelingendetentie komt de gedetineerde daar echter lang niet aan toe. Volgens de Nationale Ombudsman (2012, p. 21) hebben ze ‘feitelijk maar een of twee uur een gerichte activiteit op een dag. Hierdoor is er maar weinig afleiding en van een zinvolle dagbesteding is helemaal geen sprake. Het verblijf heeft daarom een overheersend geestdodend effect.’

Tijdens het verblijf in de detentie- en uitzetcentra staat alles in dienst om het vertrek van de gedetineerde te bespoedigen en/of te regelen. De Dienst Terugkeer en Vertrek (DT&V) voert daarbij de regie. DT&V regelt formele zaken en voert gesprekken met de gedetineerde waarbij bekeken wordt wat er gedaan kan worden om de vreemdeling te laten terugkeren. Van de gedetineerde wordt verwacht dat hij zelf actief een aantal zaken regelt (de zogenaamde Notie van eigen verantwoordelijkheid). Het verblijf in detentie draait dan ook helemaal om het regelen van vertrek c.q. verwijdering uit Nederland.

Dit is zichtbaar in hoe de dagen er voor deze categorie gedetineerden uitzien. Anders dan in ‘gewone’ gevangenissen krijgen mensen in vreemdelingendetentie geen op resocialisatie gerichte activiteiten zoals scholing en arbeid aangeboden. Daarnaast hebben zij slechts beperkt toegang tot internet. Zo kan men bijvoorbeeld niet e-mailen of contact maken via sociale media. Verder is er alleen in de nieuwere detentiecentra een openbare telefoon en krijgen vreemdelingen in detentie alleen incidenteel verlof, onder strikte voorwaarden, en altijd onder begeleiding.

Een detentiecentrum is een gesloten faciliteit met meerdere veiligheidsmaatregelen. Zo wordt een gedetineerde in principe altijd geboeid als hij naar de rechtbank, een ambassade of het ziekenhuis gaat. In voorkomende gevallen wordt een ‘broekstok’ gebruikt. Met een leren riem om de middel en een leren riem om de enkel wordt een stok langs het been bevestigd. Dat zorgt ervoor dat de gedetineerde onmogelijk kan vluchten (zie figuur 1).



Figuur 1: De broekstok

Elk detentiecentrum heeft ook een of meerdere isoleercellen. Een isoleercel heeft dezelfde afmeting als de verblijfs cel maar is kaal, op een zitkubus (overdag) of matras ('s nachts) na. Een aantal isoleercellen heeft permanente camerabewaking.

Voorafgaand aan bezoek van buitenaf of een afspraak buiten het centrum (bijvoorbeeld aan een ambassade), en ook later terug in het detentiecentrum, wordt een vreemdeling gefouilleerd en kan hij ook gevisiteerd worden. Recentelijk is er veel kritiek op het veelvuldig en onnodig visiteren van vreemdelingen in detentie. Over het gebruik van isolatie en andere veiligheidsmaatregelen, zie paragraaf 4.4.

2.3 De duur van vreemdelingendetentie in Nederland

Sinds de inwerkingtreding van de Europese Terugkeerrichtlijn op 24 december 2010 is de duur van vreemdelingendetentie vastgesteld op maximaal zes maanden. De detentie in Nederland duurde de laatste jaren gemiddeld rond de honderd dagen (rapport Nationale Ombudsman 2012). In 2011 was dit gedaald naar gemiddeld 76 dagen. Uit beschikbare cijfers blijkt echter ook dat 18,4% van de vreemdelingen in 2011 langer dan zes maanden in detentie zat. In de eerste helft van 2012 verbleef meer dan 30% van de (op grond van artikel 59) gedetineerden langer dan drie maanden in detentie (Rijksoverheid 2012). Daarbij komt het regelmatig voor dat vreemdelingen niet uitgezet kunnen worden en op grond daarvan en vaak op last van de rechter per direct weer op straat belanden (het zogeheten 'klinkeren'). Om een tijd later toch weer opgepakt te worden. Een illegale vreemdeling kan dus in een jaar tijd een aantal maal in detentie belanden. Zo heeft 27% van de in 2010 gedetineerde vreemdelingen al eerder een periode in vreemdelingendetentie doorgebracht (Van der Linden 2013a, p. 28). In vergelijking met België (23 dagen), Duitsland (42 dagen) en Frankrijk (45 dagen) is de gemiddelde verblijfsduur in detentie in Nederland al met al vrij hoog.

Puntsgewijs de belangrijkste zaken:

- Na arrestatie en een kort verblijf in een arrestantencel plaatst men illegale vreemdelingen in een detentiecentrum.
- Op de 'inkomstenafdeling' wordt de identiteit vastgesteld, aan de hand waarvan besloten wordt met wie de gedetineerde op de 'verblijfsafdeling' in een tweepersoons cel terecht komt.
- De voorzieningen in vreemdelingendetentie komen overeen met die in een gewone

gevangenis. Het dagprogramma is echter sober; het verblijf draait om het regelen van het vertrek van de gedetineerde naar diens herkomstland. Er is beperkt toegang tot internet en gebruik van mobiele telefoons is verboden.

- Het regime is streng. Veiligheidsmaatregelen (waaronder visitatie, isolatie en het gebruik van beenklem en broekstok) worden veelvuldig toegepast.
- Vreemdelingendetentie duurt gemiddeld twee à drie maanden, en in een derde van de gevallen langer. Wanneer iemand niet uitgezet kan worden, wordt hij weer op straat gezet ('klinkeren'), al dan niet op last van de rechter.
- Gedetineerde vreemdelingen hebben vaak eerder al een tijd in detentie doorgebracht – in 2010 in 27% van de gevallen.

Hoofdstuk 3 Achtergrond en cijfers

Vreemdelingen in detentie vallen in principe onder hetzelfde regime als de strafrechtelijk gedetineerden. Toch worden ze, meer dan ‘gewone’ gevangenen, beperkt in deelname aan gemeenschappelijke activiteiten. Het sobere detentieregime heeft als doel de gedetineerde vreemdeling te stimuleren mee te werken aan zijn terugkeer naar het land van herkomst. In hoeverre iemands gezondheid van invloed is op de beslissing van de gedetineerde om terug te keren wordt in dit hoofdstuk behandeld.

3.1 Waartoe dient vreemdelingendetentie?

Het terugkeerbeleid voor illegalen stoelt op twee poten: enerzijds wordt de vreemdeling door toepassing van verschillende instrumenten aangespoord vrijwillig terug te keren (hij ontvangt bijvoorbeeld een financiële tegemoetkoming), anderzijds is er de *policy of deterrence*, het zo onaantrekkelijk mogelijk maken van verder verblijf in Nederland (Leerkes e.a. 2011).

Detentie is een van de instrumenten die vallen onder de laatste categorie.

Detentie wordt opgelegd op twee verschillende juridische gronden:

- 1 Grensdetentie zoals geregeld in artikel 6 van de Vreemdelingenwet 2000. In dit geval wordt men vastgezet omdat bij binnenkomst de toegang tot Nederland geweigerd wordt, dus ter *voorkoming* van illegale binnenkomst. Vaak gaat het om mensen die naar Nederland kwamen omdat ze bescherming nodig hebben, maar dat niet duidelijk hebben kunnen maken. In veel gevallen hebben ze geen of valse reisdocumenten. Of het gaat om mensen die eerder in een ander Europees land zijn gearriveerd. Zij moeten op grond van de Dublinverordening in dat eerste land hun asielaanvraag afwachten.
- 2 Vreemdelingenbewaring volgens artikel 59 van de Vreemdelingenwet 2000. In dit geval gaat het om personen die geen ‘rechtmatig verblijf’ (meer) hebben. Deze categorie personen heeft dus wel op Nederlandse grondgebied gewoond, maar in het geval ze een tijdelijke verblijfsvergunning hadden, is deze verlopen. Een andere groep personen die op grond van dit artikel in detentie geplaatst kan worden zijn hier verblijvende vreemdelingen die nooit een verblijfsvergunning aangevraagd hebben. Onder deze groep vallen zowel voorheen hier illegaal verblijvende gezinsherenigers als slachtoffers van mensenhandel. Veruit de meeste gedetineerden (meer dan 90%) zijn in vreemdelingenbewaring geplaatst op grond van artikel 59.

Detentie dient conform diverse richtlijnen als *ultimum remedium* (met als doel uitzetting), dus als uiterste middel. Internationale mensenrechtenverdragen alsook Europese richtlijnen geven aan dat alle andere middelen eerst gebruikt moeten worden voor tot detentie overgegaan kan worden².

² Waaronder: Richtlijn 6 van de *Twenty guidelines on forced return* (Raad van Europa 2005); Artikel 15 lid 1 van de Terugkeerrichtlijn 2008/115/EG (EU Parlement en Raad 2008); A.A. versus Griekenland, nr. 12186/08 (Europees Hof van de Rechten van de Mens, 22 juli 2010).

Dit document gaat in op de medische aspecten van detentie, niet op de politiek-juridische achtergrond ervan. Maar twee recente ontwikkelingen zijn te belangrijk om ze niet te noemen. Ten eerste besloot de minister van Justitie in 2010 tot een Heroriëntatie vreemdelingenbewing. Het gevolg hiervan was een aantal aanpassingen aan het detentieregime, zoals de uitbreiding van bezoektijden en activiteitenprogramma's en de instelling van een serviceloket en van een juridisch loket. Daarnaast werden enkele locaties gesloten of heringericht vanwege de felle kritiek op de inrichting en de slechte staat van onderhoud (met name Alphen aan den Rijn en de detentieboot in Rotterdam). Ten tweede ligt er een wetsvoorstel in de Tweede Kamer aangaande strafbaarstelling van illegaal verblijf van vreemdelingen³. Bij een eerste overtreding kan een geldboete opgelegd worden die, bij niet-betalen, kan leiden tot detentie. Indien men twee keer of meer opgepakt wordt, volgt een inreisverbod van maximaal vijf jaar. Wanneer men hier in die periode toch aangetroffen wordt, riskeert men een gevangenisstraf van maximaal zes maanden. Wat inhoudt dat een illegale vreemdeling in Nederland die vanwege bepaalde redenen niet naar zijn herkomstland terug kan of wil permanent risico loopt om beboet of in hechtenis genomen te worden. Overigens staat in de brief van staatssecretaris Teeven van Justitie en Veiligheid dat zodra iemand bereid is terug te keren naar zijn herkomstland, zijn verblijf in detentie stopt op het moment dat hij vertrekt; 'vertrek gaat voor straf' (Teeven 2012). Verder besloot de staatssecretaris recentelijk dat alleen criminele en agressieve illegale vreemdelingen alsook asielzoekers die arriveren op Schiphol of Rotterdam voortaan nog terechtkomen in detentie. Teeven: 'De rest van de asielzoekers krijgt een licht regime: een meldplicht of een verblijf in een vrijheidsbeperkende locatie. Daar hebben de asielzoekers veel vrijheid en kunnen ze ook naar buiten' (*de Volkskrant* 2013b). Tegelijkertijd besloot de staatssecretaris het aantal bedden in detentiecentra te laten krimpen van 2.081 naar 933. Of deze plannen doorgaan en op welke termijn is vooralsnog onduidelijk.

3.2 Werkt detentie?

De vraag of detentie werkt kan ook geformuleerd worden als: heeft detentie effect op het aantal illegale vreemdelingen dat terugkeert naar het land van herkomst, aangezien dat het uiteindelijke doel ervan is. Beschikbare cijfers daarover geven een eerste indicatie. In 2010 kregen 29.868 illegale vreemdelingen de aanzegging om Nederland te verlaten. In datzelfde jaar lag het instroomcijfer (het aantal personen dat opgepakt en in vreemdelingendetentie gezet wordt) op 7.547, waarna het daalde naar 5.844 in 2011 en naar 5.012 in 2012. Er is dus sprake van een sterke afname in het aantal vreemdelingen in detentie. Ook de bezettingscijfers (het aantal personen dat op enig moment in detentie is) van DJI aangaande vreemdelingen die op grond van artikel 59 Vw 2000 in bewaring zijn gesteld dalen de laatste jaren. Zo zaten in 2007 op 30 september 1.610 mensen in vreemdelingendetentie, op 30 september 2010 waren dat er 1.503, 'waarna een scherpe daling volgde naar 660 op 1 maart 2013' (ACVZ 2013, pp.

³ De maatregel veroorzaakt veel kritiek, zowel in Nederland (o.a. door de Raad van State) als daarbuiten (de European Committee for the Prevention of Torture). De vraag is of het wetsvoorstel aangenomen zal worden.

33-34). Dit komt waarschijnlijk door ‘de grotere terughoudendheid met de inzet van de maatregel in vergelijking met enkele jaren geleden.’

Wat terugkeer naar het land van herkomst betreft blijkt uit tabel 4 dat vreemdelingendetentie (op grond van artikel 59 Vw 2000) in 2012 in 59% van de gevallen leidde tot gedwongen vertrek (*forced return*) en in 6% tot vrijwillige terugkeer. In 35% van de gevallen echter leidde detentie niet tot het gewenste resultaat; de detentie werd beëindigd zonder dat de vreemdeling zelfstandig en aantoonbaar vertrok: men verdween met onbekende bestemming (MOB). Wat betekent dat eenderde van de illegale vreemdelingen die Nederland dienen te verlaten en daarvoor in detentie hebben gezeten, om diverse redenen nog steeds in Nederland of elders in de Europese Unie verblijft. De tabel maakt verder duidelijk dat 83% van de vreemdelingen die zes maanden of langer in detentie verbleven uiteindelijk niet kiest voor terugkeer naar het land van herkomst.

Tabel 4: Vreemdelingen in 2012 vertrokken uit bewaring art. 59 Vw, naar verblijfsduur en uitstroomcategorie

Uitstroomcategorie	totaal	%	< 3 maanden	%	3-6 maanden	%	> 6 maanden	%
Alle vertrekken	4.370	100	3.140	72	530	12	700	16
Gedwongen vertrek	2.590	59	2.310	74	170	32	110	16
Zelfstandig aantoonbaar vertrek	250	6	220	7	30	6	< 10	0
MOB	1.520	35	610	19	330	62	590	83
		100		100		100		100

Cijfers: DT&V (Bron: ACVZ 2013, p. 72)

Dertig procent van de in 2010 gedetineerde vreemdelingen zat al twee- of driemaal eerder in detentie en 9% zelfs vier keer of vaker (Van der Linde 2013a, p. 28).

Eind november 2011 verscheen een rapport van de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) over een kwalitatief onderzoek naar de invloed van detentie op de beslissing van de gedetineerden om terug te keren naar hun herkomstland (Kox 2011). Achtentachtig gedetineerden werden geïnterviewd aan de hand van een vragenlijst in diverse talen. De interviews duurden tot drie uur en leverden veel materiaal op waaruit op te maken valt dat detentie het welzijn van gedetineerde vreemdelingen in negatieve zin beïnvloedt – waarover in het volgende hoofdstuk meer. De auteur van het rapport, Kox, onderscheidt drie groepen gedetineerde vreemdelingen. Eén groep is indertijd het herkomstland ontvlucht vanwege veiligheidsredenen, de tweede groep migreerde om economische redenen, en de derde groep om sociale en familiale redenen. Alle respondenten werd gevraagd hoe ze vroeger dachten over terugkeer naar het herkomstland, en ook nu ze in detentie zitten. Voor alle drie groepen geldt dat de bereidheid om terug te keren bij minder dan een op de drie gedetineerden veranderde door hun verblijf in detentie (zie tabel 5). Eerder kiest men ervoor om Nederland te verlaten en elders in Europa een andere woonplek te vinden.

Tabel 5: Bereidheid tot vertrek uit Nederland

Bereidheid (in percentages)	Voor detentie	Tijdens detentie
Geen bereidheid om Nederland te verlaten	79	56
Bereidheid Nederland te verlaten, maar niet om naar herkomstland terug te keren	10	19
Bereidheid om terug te keren naar herkomstland	6	15
Twijfels over het al of niet verlaten van Nederland	4	11
Niet van toepassing	1	
Totalen	100	100

Bron: Kox 2011, 61, 63

Een van de uitkomsten van het IOM-onderzoek was dat de volgende categorieën vreemdelingen vrijwel niet van mening veranderden (en dus niet weg willen): mensen die hiernaartoe kwamen om veiligheidsredenen, die in Nederland een beter perspectief voor zichzelf zagen, die een partner en/of kinderen hebben, of die gezondheidsproblemen hebben. Terwijl gedetineerden die hier niet als asielzoeker kwamen, hier geen partner of kinderen hebben en die zich gezond voelen wel meer bereidheid toonden om terugkeer te overwegen. De conclusie van het onderzoek is dat ‘a majority of the research group is not deterred [afgeschrikt, EV] by the detainment’ (Kox 2011, p. 91).

Andere onderzoekers komen tot soortgelijke conclusies. Zo concluderen Van Kalmthout e.a. (2004) na onderzoek onder vierhonderd vreemdelingen in detentie in Ter Apel en Tilburg naar de ‘verhinderende, bemoeilijkende of vergemakkelijkende factoren’ van terugkeer: ‘De inbewaringstelling lijkt weinig invloed te hebben op de attitude van de vreemdeling ten aanzien van zijn terugkeer. (...) De belangrijkste factor in het terugkeerproces is de bereidheid van de vreemdeling om aan zijn terugkeer mee te werken’ (Van Kalmthout e.a. 2004, pp. vii, xiv). En dat ‘uitzetten van vreemdelingen niet betekent dat de persoon definitief uit Nederland is vertrokken. Van de door de KMar via Schiphol uit te zetten personen bleek bijna 12% al eerder Nederland te zijn uitgezet’ (ibid, p. viii). Volgens een WODC-rapport over ‘blijf- en terugkeerintenties onder (bijna) uitgeprocedeerde asielmigranten’ is de ingeschatte veiligheid in het land van herkomst de belangrijkste variabele, daarna volgt de gezondheid van de gedetineerde. De WODC-onderzoekers concluderen dat de kans van de gedetineerden om meer open te staan voor terugkeer ‘toeneemt met 31% voor elke verbetering van de gezondheid met een punt (bijvoorbeeld van ‘slecht’ naar ‘matig’ of van ‘matig’ naar ‘goed’)’ (Leerkes e.a. 2011, p. 48).

Ter afsluiting van dit hoofdstuk publiceerde het WODC het rapport *Van bejegening tot vertrek* (2013), een verslag van een recent onderzoek onder toezichthouders (deel 1) en ingesloten vreemdelingen (deel 2) naar de relatie bejegening – ontwikkeling van terugkeerbereidheid. Terugkeerbereidheid was in het onderzoek de onafhankelijke variabele terwijl de omgang met toezichthouders (DHT’er), de dagbesteding, gezondheid, autonomie en veiligheid als afhankelijke variabelen genomen werden. Ook uit dit onderzoek blijkt dat de afschrikkende werking van detentie niet van invloed is op de terugkeerbereidheid, naast dat de duur van verblijf in detentie de bereidheid niet groter maakte. Opvallend is de bevinding dat herhaalde detentie wel kan werken maar dat de bereidheid na te denken over terugkeer weer afnam als men 5 keer of vaker gedetineerd werd. De onderzoekers veronderstellen dat de

gedetineerde in die gevallen “detentie ziet als een onderdeel van het leven als illegale migrant” (p.18). Wat gezondheid betreft vinden gedetineerden dat hun gezondheid achteruit gaat in detentie, met name door hun gebrek aan vrijheid (p.81). De onderzoekers noemen de relatie gezondheid – terugkeerbereidheid ‘complex’: psychisch gezonde gedetineerden bleken gaandeweg de detentie positiever dan voorheen over terugkeer maar sommige gedetineerden met een slechte gezondheid vonden ook dat hun terugkeerbereidheid toenam. Volgens de onderzoekers zijn zij mogelijk bang dat hun gezondheid nog verder achteruitgaat in detentie en besluiten uit angst daarvoor alsnog mee te werken aan terugkeer: “*The only thing that could make it better (de gezondheid E.V.) is to release me*’ [V18]. Ook DTH’ers bevestigen dit beeld: ‘*Wij noemen dat dan detentie-moeheid*” (Alphen van e.a. 2013, pp.116; 121).

Een goede gezondheid van de gedetineerde vreemdeling is dus een belangrijke en positieve determinant voor meer bereidheid tot terugkeer. Om detentie tot een instrument te maken dat aanzet tot vrijwillige terugkeer, moet kortom aandacht besteed worden aan de gezondheid van de gedetineerde. Of dat inderdaad gebeurt, komt in het volgende hoofdstuk aan bod.

Puntsgewijs de belangrijkste zaken:

- Vreemdelingendetentie geldt internationaal als een *ultimum remedium* (laatste redmiddel) en wordt opgelegd op verschillende juridische gronden: ter voorkoming van illegaal verblijf in Nederland (artikel 6 Vw 2000) of om verblijf in Nederland onaantrekkelijk te maken (afschrikking) en illegale vreemdelingen die hier wonen aan te zetten tot terugkeer naar het herkomstland (artikel 59 Vw 2000).
- De laatste jaren verandert het beleid ten aanzien van detentie regelmatig. Recentelijk speelt de vraag of illegale vreemdelingen niet beter in een meer open setting geplaatst dienen te worden.
- Het effect van vreemdelingendetentie blijkt niet echt afdoende te zijn; slechts twee op de drie gedetineerden vertrekt daadwerkelijk uit Nederland. De rest verdwijnt weer in de illegaliteit in Nederland dan wel in een andere Europese lidstaat.
- Uit onderzoek blijkt dat de ervaren gezondheid van grote invloed is op de beslissing om terug te keren; een verbetering van zijn gezondheid kan een gedetineerde ertoe aanzetten om mee te werken aan zijn terugkeer.

Hoofdstuk 4 Detentie en gezondheid

De gezondheid van de gedetineerde vreemdeling is van invloed op zijn beslissing om mee te werken aan terugkeer naar het land van herkomst. Zijn gezondheid is daarmee belangrijk voor de gedetineerde, maar in zekere zin ook voor medewerkers en beleidsmakers in de detentiecentra. In dit hoofdstuk wordt beschreven wat uit onderzoek in binnen- en buitenland naar voren komt over de invloed van detentie op de gezondheid van de gedetineerden, te beginnen bij de gezondheid van vreemdelingen op het moment dat ze in detentie gezet worden. Het hoofdstuk eindigt met een overzicht van de stressfactoren gerelateerd aan vreemdelingendetentie.

4.1 De gezondheid van vreemdelingen op het moment van detentie

Lichamelijke gezondheid

Gedetineerde vreemdelingen zijn korte dan wel langere tijd illegaal in Nederland. Uit onderzoek in Nederland en daarbuiten blijkt dat de lichamelijke gezondheid van illegalen beduidend slechter is dan die van hier legaal verblijvende personen. Uit een landelijk onderzoek onder huisartsen en spoedeisende-hulpafdelingen (Van Oort e.a. 2001) komt naar voren dat naast psychische klachten, vooral klachten over spijsverteringsorganen, de luchtwegen, het bewegingsapparaat en huidaandoeningen significant vaker voorkomen bij illegalen dan bij ‘reguliere huisartsbezoekers’. In 17% van de gevallen werd de aandoening als ‘mogelijk levensbedreigend’ bestempeld, terwijl dat bij de reguliere bezoekers slechts 8% was. Daarnaast werden de afdelingen spoedeisende hulp bij de intake van illegalen vaker geconfronteerd met ‘niet-classificeerbare contactredenen’ oftewel somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten (SOLK; bij 22% van de illegale patiënten ten opzichte van 9% bij reguliere contacten).

Een andere indicatie is het aantal opnames van onverzekerden, vaak illegalen, in het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam. In 2000 telde het AMC 340 ‘onverzekerde’ opnames, in 2003 ging het al om 580 opnames⁴. Bovenstaande cijfers maken duidelijk dat zieke illegalen ook langer wachten voor ze om zorg vragen. Een rapport van Dokters van de Wereld – die in veel EU-landen outreachende medische zorg verlenen aan illegalen – rapporteert dat ‘between 22% and 36% of patients had given up seeking medical care or treatment for themselves in the last 12 months’ (Médecins du Monde 2013, p. 20). Dit ondanks het grote aantal chronische aandoeningen waar ze onder lijden, zoals: hypertensie, diabetes, rugklachten, COPD, etc. Bij een kwart van de consultaties door Dokters van de Wereld in Amsterdam bleek het te gaan om medisch urgente zorg (ibid, p. 23).

Onderzoek naar de contacten tussen illegalen en huisartsen in Utrecht komt tot dezelfde conclusies (Toet e.a.2006). Ondanks het grote aantal lichamelijke klachten en de ernst en chroniciteit ervan gaan illegalen beduidend minder vaak naar een huisarts. Als de

⁴ Volgens het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) kostte de zorg aan ‘onverzekerbare vreemdelingen’ in 2012 €21,5 miljoen (CVZ 2013).

gezondheidsklachten ernstiger en urgenter worden, kloppen ze aan bij de spoedeisende-hulpdiensten. Hierbij speelt mee dat de toegankelijkheid van zorg voor ongedocumenteerden in de praktijk niet altijd makkelijk is te realiseren.

In het NIVEL-rapport *Toegankelijkheid van gezondheidszorg voor 'illegalen' in Nederland: een update* staat onder meer dat veel zorgverleners nog steeds niet op de hoogte zijn van de vergoedingen die gelden bij zorg aan illegalen; dat 'hoewel minder dan in 1999, doorverwijzing door de eerste lijn naar de tweede lijn vaak zorgelijk is omwille van financiële eisen die worden gesteld (en dat) illegale patiënten zelf gaan afzien van verdere hulpverlening omwille van de problemen die ze verwachten of ervaren hebben in verband met de financiering van de nodige zorg' (Veenema e.a. 2009, pp. 9-10).

Overigens wordt in de eerdergenoemde en andere onderzoeken aangegeven dat veel van de klachten die illegalen presenteren een psychosociale oorzaak hebben. Zo beschrijven Yosofi & Van den Muijsenbergh (2009) naar aanleiding van twintig interviews de trauma's bij ongedocumenteerden van achtereenvolgens: gedwongen migratie, langdurige gedwongen inactiviteit, inwoning, frequente verhuizingen, armoede, uitzettingsangst en drempels in de zorg. De voornaamste klachten van deze mensen zijn volgens de onderzoekers: vermoeidheid, slapeloosheid, nachtmerries, angst, nervositeit, hoofdpijn, duizeligheid, rugklachten en kiespijn.

Psychische en psychosociale gezondheid

Eerder is aangegeven dat de populatie in vreemdelingendetentie divers is; het gaat om personen afkomstig uit zowel veilige landen als conflictgebieden, die om persoonlijke redenen besluiten de overstap te maken en in Nederland te blijven wonen. Ook is al aangegeven dat veruit de meeste gedetineerden vastgezet worden op grond van artikel 59. Hieronder vallen slachtoffers van mensenhandel, ex-asielzoekers en asielzoekers van wie de tijdelijke status werd ontnomen. Van asielzoekers is bekend dat ze vaak in een slechte conditie in het migratieland aankomen. Een *systematic review* (overzicht van bestaand onderzoek) onder asielzoekers en vluchtelingen wereldwijd toont aan dat zij vaker dan normaal psychische klachten hebben, waaronder posttraumatische stressstoornis (PTSS, 9%) of een depressie (5%), waarbij een deel overigens zowel getraumatiseerd is als depressief (Fazel e.a. 2005).

Ook onderzoek in Nederland laat zien dat de gezondheid van vluchtelingen slecht is in vergelijking met die van andere nieuwkomers en autochtone Nederlanders (Gerritsen e.a. 2005; Dourleijn & Dagevos 2011). Daarbij geldt dat 'asielzoekers meer psychische klachten presenteren dan vluchtelingen (respectievelijk 13,5% en 5,8% van alle klachten)' (Goosen & Gerritsen 2007, p. 8). Bovendien is er een aanzienlijk aantal (ex)asielzoekers die door de jarenlange procedure veel van hun eigen kracht verloren hebben en een slechter wordende gezondheid ontwikkelen dan ze voorheen hadden (Laban e.a. 2004). Daarnaast lopen illegale vreemdelingen die niet naar hun land van herkomst terug kunnen (de onuitzetbaren) continu het risico om weer opgepakt en in detentie geplaatst te worden. In veel gevallen is dan ook sprake van in beginsel kwetsbare personen.

Het Rooms-Katholiek Justitiepastoraat schrijft in het rapport *Humaniteit in vreemdelingenbewaring*: 'Veel mensen die naar Europa komen zijn afkomstig uit gebieden

waar de kans op een menswaardig leven door onrechtvaardige sociale en economische verhoudingen en geweld zeer gering is' (Justitia et Pax 2010, p. 5). Pastores en humanistische raadslieden in detentiecentra, leken op medisch gebied, zien en spreken mensen die zij 'kenmerken als kwetsbaar: geestelijk en lichamelijk zieken, zwangere vrouwen, kinderen (hoewel minder en voor kortere tijd dan voorheen) en ook slachtoffers van mensenhandel. Ook zijn er mensen wiens verantwoordelijkheid voor het gezin niet gemist kan worden: een groot deel van de gedetineerde migranten is vader van een gezin in Nederland' (ibid, p. 2). Veel gedetineerde vreemdelingen hebben een 'rugzak' vol problemen. Bij sommigen wordt die rugzak niet alleen zwaarder, maar deze mensen dreigen ook dat wat ze in Nederland opgebouwd hebben nog te verliezen. Dat zo'n opeenvolging van tegenslagen impact heeft op de gezondheid van de gedetineerde lijkt vrij logisch. Toch is niet veel bekend over de gezondheid van in Nederland gedetineerde vreemdelingen vanaf het moment dat zij in detentie gezet worden.

Hier zijn twee redenen voor:

- 1 Gedetineerde vreemdelingen zijn (soms geruime tijd) hier illegaal en hebben vaak geen vaste huisarts en geen actueel medisch dossier. Daarnaast kunnen ongedocumenteerden geen ziektekostenverzekering afsluiten bij gebrek aan de juiste papieren. Van veel gedetineerden is daardoor onbekend welke (chronische) aandoeningen ze voorheen hadden noch welke medicijnen gebruikt zijn of welke verwijzingen in het verleden plaatsvonden.
- 2 Een detentiecentrum is een gesloten instelling. Medewerkers – in feite iedereen die beroepshalve te maken heeft met gedetineerden – zijn gehouden aan zwijgplicht, een voorwaarde om daar te kunnen werken. Wat zich in het centrum afspeelt komt dus veelal niet in de openbaarheid. De justitiepastores, die uit de aard van hun betrokkenheid vaak in gesprek zijn over de problemen die gedetineerden hebben 'ervaren een druk om datgene wat ze in vreemdelingenbewaring horen en zien geheim te houden, terwijl ze eigenlijk van mening zijn dat het publiek goed geïnformeerd moet worden over de gang van zaken in vreemdelingenbewaring' (Justitia et Pax 2010, p. 2). Een spagaat die ook voor medische medewerkers in vreemdelingendetentie herkenbaar is.

Wat zich precies afspeelt in vreemdelingendetentie in Nederland en in hoeverre dit invloed heeft op de medische en psychische conditie van de gedetineerde blijft dus in het ongewisse. Datzelfde geldt niet voor Australië, waar de laatste tien jaar veel onderzoek gedaan is in detentiecentra. Een verkenning van de situatie in Australische en vervolgens Engelse detentiecentra maakt het mogelijk meer inzicht te krijgen op de mogelijke medische en psychische gevolgen van vreemdelingendetentie in Nederland.

4.2 Detentie in Australië

Toen de eerste Vietnamese bootvluchtelingen in april 1976 aan de Australische noordkust opdoemden, was het beleid nog ruimhartig en kregen alle vluchtelingen een permanente verblijfsstatus. Dat veranderde in de jaren tachtig met de komst van vluchtelingen uit Cambodja. Enerzijds werd vanaf dat moment flink ingezet op de opvang van hervestigde

vluchtelingen – in 2011 werden 13.750 personen via het UNHCR-hervestigingsprogramma in Australië herhuisvest. Anderzijds werd in 1992 in de wet opgenomen dat asielzoekers verplicht in detentie gezet dienden te worden en werd daarvoor een *time limit* ingesteld van 273 dagen. De regel gold ook voor kwetsbare groepen (alleenstaande minderjarigen, ongehuwde moeders en slachtoffers van marteling en ander geweld). In 1994 werd de beperking in tijd losgelaten. In de praktijk zaten sommige gedetineerden zeven jaar later nog steeds in detentie. De wet hield verder in dat asielzoekers *off-shore* geplaatst werden, dus op eilanden, of anders op verafgelegen plekken. De inmiddels meest beruchte locaties zijn Christmas Island en Nauru, beide op meer dan 1000 km afstand van het Australische vasteland. Tot eind 2010 heerste bovendien een heel strak regime. Uit protest vonden regelmatig vechtpartijen plaats, zowel onderling als met bewakers. Met soms doden als gevolg. Dat veranderde met de komst van een nieuwe premier, mevrouw Gillard, en door aanhoudende internationale kritiek op de Australische ‘indefinite mandatory detention’ (Silove e.a. 2007).

Ook kennis over de medische en psychische gevolgen van detentie droeg bij aan de verandering van het beleid. Een jaar na het verplicht worden van detentie voor asielzoekers, in 1993, verschenen de eerste artikelen over de psychische gevolgen van detentie in Australië. Psychiater Derrick Silove en collegae beschrijven daarin de casuïstiek van ‘detainees who showed marked deterioration in their psychiatric status’ (Silove e.a. 2007, p. 364). Later volgde onderzoek door parlementaire commissies, de Ombudsman en mensenrechtenorganisaties. De HREOC (Human Rights and Equal Opportunity Commission) monitorde de situatie tussen 1998 en 2004 en constateerde onder meer dat ‘depression is the most common health problem among the residents in the centre’ (in Silove e.a. 2007, p. 366). Met name de situatie onder kinderen was zeer onrustbarend: automutilaties en zelfmoordpogingen deden zich voor bij kinderen van 7 jaar!

Daarnaast getuigden psychologen en artsen in kranten en andere media over wat zich in de centra afspeelde. In wetenschappelijke vakbladen verschenen artikelen en systematische reviews waaruit bleek dat detentie gepaard ging met de ontwikkeling van ernstige PTSS, depressie, angst- en ontwikkelingsstoornissen. Zo had de helft van de gedetineerde kinderen (5 tot 12 jaar) last van bedplassen en/of een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (Silove e.a. 2007, p. 381). Andere onderzoeken onder verschillende groepen (ex)gedetineerden – die een korte dan wel langere periode in detentie zaten – tonen de correlatie aan tussen detentie, de duur ervan en chronisch psychisch lijden (Steel e.a. 2006; Momartin e.a. 2006; Coffey e.a. 2010; Green & Eagar 2010). Drie jaar na hun detentie heeft de groep die langer dan zes maanden vastzat veel hogere waarden voor depressie (54%) en PTSS (49%) dan mensen die minder lang in detentie verbleven (25% voor zowel depressie als PTSS) en mensen die niet gedetineerd waren geweest (depressie 23%; PTSS 11%) (Steel e.a. 2006).

Zulke cijfers maken duidelijk dat detentie niet in de koude kleren gaat zitten en vooral veel impact heeft op de psychische gezondheid. In ieder geval in Australië. Maar de situatie in Nederland is anders, althans voor asielzoekers; die worden hier in open centra geplaatst waar

een minder hard regime heerst dan in Australië⁵. Wat vreemdelingendetentie betreft is dat niet per se het geval. Gedetineerden hebben ook hier weinig tot geen contactmogelijkheden, hun vooruitzichten zijn onduidelijk en het regime is volgens de Nationale Ombudsman in bepaalde opzichten strenger dan in gewone gevangenissen. En ook in Nederland zat in 2011 18,4% van de vreemdelingen langer dan zes maanden in detentie.

4.3 Detentie in het Verenigd Koninkrijk

Voor ingegaan wordt op (wat bekend is over) de gezondheidsaspecten van vreemdelingendetentie in Nederland wordt kort ingegaan op wat in het Verenigd Koninkrijk bekend is over de medische en psychische gevolgen van detentie. De situatie in de Immigration Removal Centres (IRC's) heeft parallellen met de vreemdelingendetentiecentra in Nederland. (Voor meer info zie:

<http://www.ukba.homeoffice.gov.uk/aboutus/organisation/immigrationremovalcentres>)

Groot-Brittannië zet jaarlijks ongeveer 30.000 vreemdelingen in detentie. Zij verblijven in een van de tien IRC's verspreid over het land. Tien procent van de gedetineerden heeft ooit langer dan twaalf maanden vastgezet. In het Verenigd Koninkrijk worden gedetineerde vreemdelingen bij gebrek aan uitzetmogelijkheden weer op straat gezet, met de kans dat ze daarna opnieuw opgepakt worden.

Ondanks de verschillen in de aard van detentie komen de ervaringen van gedetineerde vreemdelingen in Groot-Brittannië in grote lijnen overeen met wat we eerder zagen over Australië. Tijdens een onderzoek in 2010 onder vijftig gedetineerden naar in hoeverre rekening gehouden wordt met *Rule 35*, die bepaalt dat slachtoffers van marteling slechts onder zeer uitzonderlijke omstandigheden opgesloten mogen worden, zegt een van hen: 'My detention was hell... I wouldn't wish that on any person. It made me feel worthless, useless and that I had no future, which is why I attempted suicide on 4 occasions during my detention' (Tsangarides 2012)⁶. Drieënveertig van de vijftig geïnterviewden noemden marteling en/of seksueel geweld als reden voor hen om asiel aan te vragen. Drieëntachtig procent vond dat hun gezondheid sterk achteruitging, 23% ging in hongerstaking, waarvan de helft na verloop van tijd met spoed opgenomen diende te worden, 34% vertelde zelfmoordgedachten te hebben of zichzelf te hebben verwond en een op de zeven had een zelfmoordpoging gedaan. Voor deze categorie kwetsbare personen was detentie 'the second torture', zoals de titel van het rapport luidt.

Een ander onderzoek onder vreemdelingen (N=9) en vrijwilligers (N=11) in IRC Brook House gaat dieper in op wat de problemen in detentie dan wel zijn. Gebrek aan activiteiten, het gescheiden zijn van familieleden (zes gedetineerden hadden familie in Groot-Brittannië), onzekerheid over of en wanneer ze weer vrijkwamen, gevoelens van onmacht en

⁵ Dit geldt niet voor asielzoekers die in grensdetentie gezet zijn (artikel 6 Vw 2000). Zulke asielzoekers komen terecht in de 'gesloten asielprocedure en kunnen veertien dagen en eventueel langer opgesloten worden'.

⁶ In een meer filosofisch artikel over het verloop van depressiviteit in detentie in Australië stellen de auteurs over de veelvuldige mutilaties en suicides dat: 'In the absence of any other means of resistance, asylum seekers are forced to use their bodies as symbolic instruments of revolt' (McLoughlin & Warin 2008, 262).

onrechtvaardigheid, en de niet-aflatende psychische klachten waar ze voorheen al mee worstelden werden daarbij genoemd (Neale 2012).

De gedetineerden zagen detentie als een strafmaatregel en voelden zich onzeker, machteloos en leeg – aspecten die in een eerder onderzoek (Pourgourides 1997) ook genoemd werden. Er is kennelijk in vijftien jaar weinig veranderd in het Verenigd Koninkrijk. Toen al was duidelijk dat ‘detention recreates the oppression from which people have fled’, oftewel: veel vreemdelingen in detentie ondergaan opnieuw datgene waar voor ze gevlucht zijn (Pourgourides 1997, p. 674). Dat vooral slachtoffers van marteling veel te lijden hebben van detentie blijkt ook uit het enige kwantitatieve onderzoek naar vreemdelingendetentie in Groot-Brittannië. Voor dat onderzoek (Robjant e.a. 2009b) werden drie verschillende groepen benaderd: asielzoekers die in dorpen hun aanvraag afwachten (N=49), criminelen in de gevangenis (N=30) en vreemdelingen in detentie (N=67). Behalve dat de gedetineerde vreemdelingen meer depressie en angstklachten bleken te hebben dan alle anderen was er een correlatie tussen het hebben ervaren van een persoonlijk trauma (zoals marteling of verkrachting), de duur van de detentie en psychische klachten. Traumaslachtoffers die langer dan een maand in detentie zaten, scoorden significant hoger op zowel angstklachten als depressie. Dezelfde onderzoeker deed een systematische review van wetenschappelijke artikelen over de psychische gevolgen van detentie bij zowel asielzoekers (Australische onderzoeken) als illegale vreemdelingen. Daaruit bleek dat angst, depressie en traumagerelateerde klachten evenals automutilatie en suïcidale gedachten gerelateerd waren aan het verblijf in detentie. En dat ‘time in detention was positively associated with severity of distress (...). Longitudinal results have shown that the negative impact of detention persists’ (Robjant e.a. 2009a, p. 306). De psychopathologische gevolgen van langdurig verblijf in detentie zijn kennelijk nog lange tijd nadien aanwezig⁷.

Onderzoekers van de situatie van vreemdelingen in detentie in het Verenigd Koninkrijk ervaren dezelfde problemen als in Nederland: er is geen of heel beperkte toegang tot de locaties en de gegevens van de ingeslotenen. Dat ondervond ook Cohen tijdens haar onderzoek naar suïcide en *self-harm*⁸ onder vreemdelingen in detentie (Cohen 2008). Bij gebrek aan verslaglegging en openheid nam zij contact op met de betrokken lijkschouwers en doorzocht de wel beschikbare gegevens over automutilatie in gewone gevangenissen en detentiecentra. Wat het zichzelf verwonden betreft kwam zij op een percentage van 12,7% van de populatie gedetineerde vreemdelingen – in gevangenissen schommelt dat tussen de 5 en 10%. Terwijl het gemiddelde aantal geslaagde suïcides in gevangenissen 9 per 100.000 is, gaat het in vreemdelingendetentiecentra om 122 per 100.000. Twee categorieën bleken daarbij bijzonder kwetsbaar, namelijk ex-asielzoekers en jonge mannen die eerder al psychische problemen hadden. Tweeëntachtig procent van diegenen die zelfmoord hadden gepleegd bleek een psychiatrische voorgeschiedenis te hebben; in veel gevallen ging het om ex-asielzoekers. De onderzoekster pleit voor een meer gedegen opsporing en betere signalering

⁷ Ook in de Verenigde Staten blijkt uit onderzoek dat psychische klachten (met name PTSS en depressie) als gevolg van langdurige detentie significant toenemen – zie onder andere Keller e.a. (2003). Terwijl recent onderzoek in Canada aantoont dat ook kortdurende detentie (een maand) PTSS, depressie en angstsymptomen veroorzaakt (Cleveland & Rousseau 2013).

⁸ *Self-harm* wordt in dit document vertaald als automutilatie en houdt alle vormen van zelfpijniging in.

van psychische problematiek meteen na aankomst van een vreemdeling in een detentiecentrum (Cohen 2008, p. 241).

In hoeverre de situatie in Nederland verschilt van die in Groot-Brittannië wat betreft de identificatie van psychische problematiek en zorgverlening, komt later aan bod. In de nu volgende paragraaf kijken we eerst naar wat we weten over de medische en psychische problemen die zich voordoen bij vreemdelingendetentie in Nederland.

4.4 Vreemdelingendetentie in Nederland en medische en psychische problematiek

In hoeverre doet de problematiek – zoals bekend uit eerdergenoemde artikelen en rapporten – zich ook in Nederland voor? Wat weten we over de invloed van detentie op de gezondheid? Zoals eerder aangegeven is het doen van onafhankelijk gezondheidsonderzoek in de locaties voor vreemdelingendetentie lastig. Dit wordt versterkt door de geringe transparantie van processen, het ontbreken van cijfers over de medische zorg en de zwijgplicht voor medewerkers werkzaam in detentie. Een en ander houdt in dat veel onderzoek naar de gevolgen van detentie in Nederland ‘grijs’ is. Het wordt vaak door belangenorganisaties uitgevoerd onder kleine aantallen respondenten, waarbij het eerder om persoonlijke ervaringen en meningen gaat (kwalitatief onderzoek) dan om onderbouwde cijfers (kwantitatief onderzoek). Het is al met al moeilijk om precieze en harde gegevens te vinden over de medische en psychische gevolgen van wat zich in de Nederlandse vreemdelingendetentie afspeelt⁹.

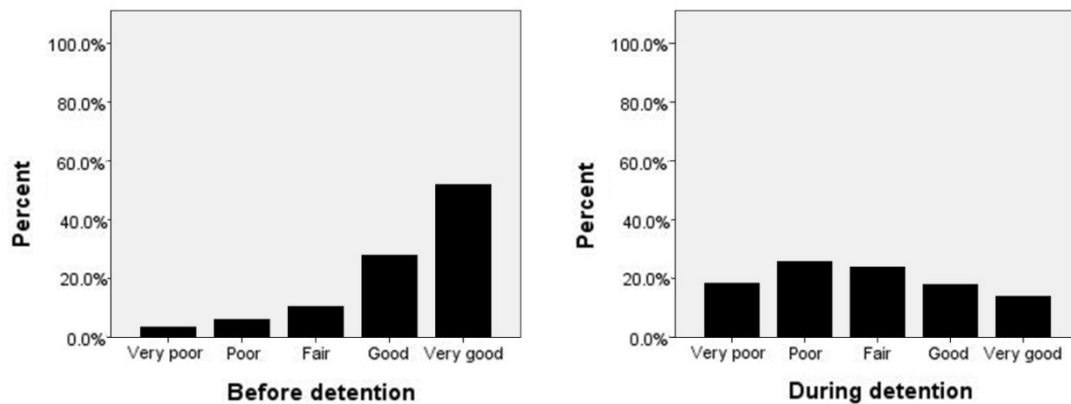
Een onderzoek dat hiervan afwijkt is het DEVAS-project (zie kader) van de Jesuit Refugee Service (Amaral 2010). De onderzoekers gebruikten in dit Europese onderzoek naast vragenlijsten waar statistische berekeningen op losgelaten konden worden (Likert-schalen) ook gegevens uit semi-gestructureerde interviews met gedetineerde vreemdelingen (uitgeprocedeerde asielzoekers en illegalen).

Het DEVAS-onderzoek vond plaats in 23 EU-landen onder 685 respondenten. De onderzoekers concludeerden uit de cijfers op Europees niveau dat 78% van de gedetineerden vond dat hun gezondheid voor ze in detentie gezet werden goed was. Terwijl op het moment dat ze geïnterviewd werden, in detentie, nog slecht een kwart van hen datzelfde zei. Hoge bloeddruk, ademhalingsproblemen (benauwdheid) en huidklachten werden het meest gerapporteerd. Voor een derde van de gedetineerde vreemdelingen hebben hun fysieke klachten te maken met: ‘the psychological stress they experience in detention. Detainees frequently describe being ‘nervous’ and having ‘headaches’ as a result of stress, or as they call it: ‘thinking too much’. This is a recurrent theme in detainees’ statements’ (Amaral 2010, p. 63).

⁹ Naar aanleiding van de zaak Dolmatov onderzocht Van der Linde de jaarverslagen van de vreemdelingendetentiecentra (april 2013). Alleen het centrum in Alphen aan den Rijn bleek het aantal (pogingen en geslaagde) suicides en honger- en dorststakingen te melden. Tot 2010, daarna niet meer. De auteur concludeert: ‘Er is geen meldplicht, geen onafhankelijk onderzoek en geen duidelijkheid over zelfmoorden en zelfmoordpogingen in vreemdelingendetentie’ (Van der Linde 2013b, 12-13).

Hoe gedetineerden zich psychisch voelen na verloop van tijd maakt de grafiek in figuur 2 in een oogopslag duidelijk.

Figuur 2: Geestelijke gezondheid voor en tijdens detentie



Bron: Amaral 2010, p. 67

De onderzoekers concludeerden dat de psychische gesteldheid van de gedetineerden verslechterde als gevolg van de detentie op zich, de leefomstandigheden, door stress en medische klachten, eerdere traumatiserende ervaringen en de verwachte problemen in de toekomst. Daarbij bleek het voor gedetineerden moeilijk om precies aan te geven waarom detentie hun psyche zo belastte. Sommigen voelden zich moe, anderen triest, nerveus of onzeker. Sommigen waren wanhopig, boos of snel geïrriteerd, anderen hadden geen eetlust, sliepen slecht of voelden zich bedreigd ('my life is in danger'). Een medische professional herkent hierin de symptomen van angst, depressie en traumagerelateerde klachten.

In Nederland werden, in samenwerking met VluchtelingenWerk, in het kader van het DEVAS-project in 2009 in totaal 21 gedetineerden benaderd (waarvan de helft al uit detentie was). Ook interviewden de onderzoekers vier stafmedewerkers van de detentiecentra en enkele belangenbehartigers. Hoewel de meeste informatie in het rapport de juridische aspecten betreft, wordt, zij het kort, ook aandacht besteed aan de medische en psychische gevolgen. Waardeerden de gedetineerden hun fysieke gesteldheid vóór ze in detentie gezet werden met een 7.2 op een schaal van 10, na vier weken zakte hun waardering naar 5.7. Wat de psychische gezondheid aangaat ging dat cijfer van 7, voorafgaand aan detentie, naar 3.5 na vier weken detentie. Stress, piekeren en zorgen om hun toekomst maakte dat 'almost 80% of the interviewed detainees report sleeping problems' (Amaral 2010, p. 293). Ook bleken stress en gezondheidsproblemen voor veel gedetineerden de reden te zijn om niet aan activiteiten in het centrum deel te nemen.

Niet in Nederland maar wel daarbuiten zijn ook gegevens verzameld over gedetineerden die veel langer vastzaten. Zij waardeerden hun gezondheid met de maand slechter: zei slechts 10% van de gedetineerden dat ze zich slecht voelden voordat ze in detentie kwamen, na vier maanden steeg dit percentage naar 72%. Van de groep illegale vreemdelingen die 121 tot 150 dagen in detentie zaten zei 85% dat het hun gezondheid aantast (Amaral 2010, p. 64). Verder van belang is de bevinding van de onderzoekers dat hoe jonger de gedetineerde is, hoe

negatiever de impact van detentie volgens de betrokkenen op hun gezondheid is (Amaral 2010, p. 65).

Eerder is gesteld dat in Nederland weinig onderbouwde cijfers en gegevens beschikbaar zijn over het effect van detentie op de gezondheid van illegale vreemdelingen. In rapporten en nieuwsbrieven van belangenorganisaties wordt wel casuïstiek aangedragen waaruit valt op te maken dat het verblijf in detentie niet in de koude kleren gaat zitten. Datzelfde blijkt uit de filmopnames die gemaakt zijn in het kader van het Amnesty International-symposium over vreemdelingendetentie in 2010. Daarin zei een zwangere gedetineerde dat ze geboeid en met broekstok naar de gynaecoloog vervoerd werd, en beweerde een mannelijke gedetineerde dat de epileptische klachten die hij had verband houden met het geweld dat tegen hem gebruikt werd bij de in bewaringstelling. Een andere gedetineerde zei: 'Je merkt aan het agressief gedrag dat mensen psychische problemen hebben... (dat) de stress alsmaar erger en erger wordt. De enige man waarop ik dat (de stress, EV) kan laten varen is mijn celgenoot' (Amnesty 2010b, citaat op 20'5').

Mogelijk moet een van de conclusies uit het rapport van de Dienst Justitiële Inrichtingen in dat kader gezien worden. Volgens dat rapport is 'de plaats die door de vreemdelingen het vaakst wordt genoemd als onveilige plek (is) de eigen cel' (DJI 2008, p. 6). Ook tijdens het IOM-onderzoek naar de invloed van detentie op de terugkeerbeslissing (Kox 2011) vertelden illegale vreemdelingen over hun ervaringen. Een man uit het Midden-Oosten vond het bijvoorbeeld *disgusting* dat hij zich moest douchen in aanwezigheid van anderen. Een andere gedetineerde zei: 'Since my detainment, I got several diseases... I'm not happy in the prison. I think my situation is pretty sad: my life was in danger in my country and that's why I came here. And then I come in prison: it is really surprising and it makes my heart bleeding.' De meeste gezondheidsproblemen ondervonden gedetineerden die om veiligheidsredenen naar Nederland kwamen en hier asiel aanvroegen. Zo beweerde Kox in navolging van andere onderzoekers: 'Their well-being decreased relatively greatly and they often felt harmed by the stay in immigration detention' (Kox 2011, p. 58). In hoeverre detentie de gezondheid van de illegale vreemdelingen aantast was geen onderzoeksvraag, desondanks concludeerde de onderzoeker dat 'a majority of the interviewed migrants' meende dat hun gezondheid verslechterde door de detentie (*ibid*, p. 95).

4.5 Stress in detentie

In deze paragraaf zetten we op een rij wat uit de eerdergenoemde onderzoeken, rapporten en andere verslagen en informatie naar boven komt over wat gedetineerden als vernederend of stressvol ervaren. Het gaat om factoren die horen bij vreemdelingendetentie in binnen- en buitenland en die waarschijnlijk van invloed zijn op de gezondheid van de gedetineerde. Waar mogelijk wordt ingegaan op waar deze factoren uiteindelijk toe kunnen leiden. Het gaat om de volgende zaken:

- 1 Het als crimineel behandeld worden (waaronder geboeid worden bij afspraken)
- 2 Dilemma's en twijfels over de toekomst
- 3 Met meerdere personen in een cel zitten gedurende het grootste deel van de dag

- 4 Strafmaatregelen waaronder isolatie (eenzame opsluiting)
- 5 Veiligheidsmaatregelen waaronder visitaties (bij bezoek of afspraak binnen of buiten het centrum)
- 6 De machteloosheid van de gedetineerde
- 7 Het gescheiden zijn van de familie.

Ad 1) Het als crimineel behandeld worden. Eerder is het voorbeeld gegeven van een zwangere vrouw die erover klaagde dat ze geboeid en met broekstok naar de gynaecoloog gebracht werd. Het gevoel op zo'n manier, als crimineel, behandeld te worden valt de gedetineerde vreemdelingen erg zwaar. Ze vinden het onrechtvaardig, vooral omdat ze in hun ogen geen misdadig feit pleegden. Ook "de beperkingen die detentie met zich meebrengt (zoals gebrek aan vrijheid en autonomie) merkten zij aan als onrechtvaardig. Dit werkt volgens personeel en vreemdelingen het zogenoemde systeemvechten in de hand, waarbij vreemdelingen hun vertrek actief gaan tegenwerken" schrijft het WODC in haar laatste rapport (Alphen van e.a. 2013, p.18 - zie verder p.80). Verder blijkt ook uit onderzoek in Australië onder zeventien gedetineerde vreemdelingen dat de meeste gedetineerden hun verblijf in detentie associëren met gevoelens van onveiligheid en onrechtvaardigheid. Lange tijd nadat men uit detentie gezet is hebben velen zulke gevoelens nog steeds, naast moeilijkheden met relaties, een verstoord zelfbeeld en psychische problemen als depressies, angst en concentratie- en geheugenstoornissen (Coffey e.a. 2010).

Ad 2) Dilemma's en twijfels over de toekomst. Het feit dat men in een situatie beland is waarin gedwongen gekozen dient te worden tussen als illegaal in Nederland wonen, met het risico dat men om de haverklap vastgezet wordt, en teruggaan naar het herkomstland maakt dat veel gedetineerden enorm veel piekeren. Een Oekraïner in detentie in Tsjechië noemde zichzelf politieke vluchteling, en zei: 'To go back to Ukraine where I think they could kill me – these are very hard thoughts' (Amaral 2010, p. 68). In verslagen en nieuwsbrieven valt herhaaldelijk te lezen dat gedetineerden zich nachtenlang bezighouden met het dilemma waar ze voor geplaatst zijn. Van Kalmthout zei hierover tijdens een lezing voor het NIP (Nederlands Instituut van Psychologen): 'Wat hun situatie nog kwetsbaarder maakt is de onzekerheid en vaak ook angst over de toekomst, gevoelens van schuld en schaamte om als mislukking terug te moeten' (Van Kalmthout 2012, p. 16). Sommige gedetineerden zeggen dan ook alles te doen om dat te vermijden. Zo zegt een man uit het Midden-Oosten tijdens het IOM-onderzoek: 'I really do not want to return, because I'll be imprisoned for eight years because of I fled my country without a stamp. I'll commit suicide if they force me to return' (Kox 2011, p. 58).

Ad 3) Met meerdere personen in een cel zitten gedurende het grootste deel van de dag. Dat men met meerdere personen een kleine cel moet delen gedurende minimaal zeventien uur per dag veroorzaakt regelmatig zowel onderlinge conflicten als problemen met bewakers. In de gefilmde reportage van Amnesty (2010) wordt de sluier hierover een beetje opgelicht; een gedetineerde zei dat 'voortdurend ruzie gemaakt wordt om van alles en niets'. Zo waren er in zijn detentiecentrum vier kookpitten en twee magnetrons voor in totaal zestig (alleenstaande) mannen en was er altijd wel ergens, in een van de cellen, ruzie over naar welk tv-kanaal

gekeken ging worden die avond. Uit jaarverslagen van de detentiecentra blijkt dat 5% tot 10% van de gedetineerden problemen veroorzaakt. Uit die verslagen komt echter een andere reden naar boven dan het gebruik van huishoudelijke artikelen en apparaten, namelijk dat 'geweldsincidenten toenemen als het druk is'. Volle gebouwen en een hoge bezettingsgraad waren in kamp Zeist en detentiecentrum Noord-Holland (Zaandam) een belangrijke oorzaak van het 'grote aantal ordemaatregelen' in 2010 (Van der Linde 2013a, p. 28). Er zijn nu nog alleen tweepersoonscellen en de bezettingsgraad is de laatste jaren flink afgenomen. Desondanks blijkt uit recent onderzoek van WODC naar bejegening in vreemdelingendetentie dat met name de onderlinge omgang: "erg belangrijk (is EV) voor de veiligheid; zo vertellen sommige vreemdelingen hun doorgaans rustige gedrag te veranderen in agressief gedrag zodra zij op een verkeerde manier benaderd worden door een andere vreemdeling. Zo vertelt een vreemdeling: 'Give me respect, I give you respect, if he do bad with me, I'm more bad' [V8]" (Alphen van e.a. 2013, p.80).

Ad 4) Strafmaatregelen. Conflicten onderling of met personeel ontwaarden soms in verbaal en fysiek geweld: 'In 2012 meldde 67,7% van de medewerkers geweld door vreemdelingen (...). Fysieke agressie dat personeel ervoer door toedoen van vreemdelingen wordt in 2012 vaker gemeld dan in 2007 (stijging van 29,4% naar 35,3%)' (Van der Broek & Molleman 2012, pp. 7-8). Bij agressie, verzet of weigering (bijvoorbeeld van een tuberculosecontrole) volgen strafmaatregelen. Overplaatsing naar de beheersafdeling in een isoleercel – indien nodig met hulp van het Intern Bijstandsteam (IBT) – is zo'n sanctie. Isolatie of eenzame opsluiting dient als disciplinaire maatregel (bijvoorbeeld na een ruzie in de cel over welk tv-programma bekeken wordt) maar ook als ordemaatregel. In het laatste geval wordt isolatie opgelegd wanneer de gedetineerde 'een gevaar voor zichzelf is' en observatie gewenst is. Vreemdelingen die suïcidaal zijn, zich als zodanig uiten of in honger- of dorststaking zijn worden onder cameratoezicht in een isoleercel geplaatst¹⁰. Het veelvuldig gebruik van de isoleercel wordt in het rapport van de Ombudsman fel bekritiseerd¹¹. En ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg vindt dat er 'kanttekeningen gemaakt moeten worden' bij het plaatsen van psychiatrische patiënten in isoleercellen (IGZ 2009a, 20). Terwijl de Inspectie voor de Sanctietoepassing (Ist) in haar rapport schrijft dat 'het nodig is om de detentietoezichthouders aanvullend te trainen in het de-escaleren van conflicten' en zich kritisch uitlaat over het gebruik van de broekstok en andere veiligheidsmaatregelen bij het transport van vreemdelingen (Ist 2010, p. 11). Uit interviews met gedetineerden bleek namelijk dat 'sommigen vanwege het strikte veiligheidsbeleid afzien van ziekenhuisbezoek'. Op aanraden van de Ist is DJI met een heroriëntatie bezig, waarbij naast registratie van het gebruik van de isoleercel, een andere bejegening en preventieve maatregelen (zoals meer activiteiten en een boksbal) de voorkeur krijgen boven eerdergenoemde ingrijpende strafmaatregelen. Helaas kwam in de eerste helft van 2011 toch nog een op de drie gedetineerde vreemdelingen op een

¹⁰ Naar aanleiding van het grote aantal gedetineerde vreemdelingen dat in de loop van het voorjaar 2013 in dorst- of hongerstaking ging, is in mei 2013 tussen de Vereniging Asieladvocaten en -juristen Nederland (VAJN) en de directie van het detentiecentrum Rotterdam afgesproken dat zulke gedetineerden niet meer in de isoleercel geplaatst zullen worden (*de Volkskrant* 2013a).

¹¹ Ook internationaal bekritisieren medici het gebruik van isolatie (*solitary confinement*) op grond van diverse UN-verdragen en convenanten, met name vanwege: 'the mental suffering it inflicts' (Metzner & Fellner 2010, 105).

gegeven moment in de isoleercel terecht (Trouw 2013).

Ad 5) Veiligheidsmaatregelen. Naast strafmaatregelen geldt in detentiecentra ook het gebruik van veiligheidsmaatregelen; maatregelen ter voorkoming van een misdrijf. Zo zorgen handboeien en de broekstok ervoor dat de gedetineerde tijdens vervoer niet kan vluchten en voorkomt een visitatie smokkel van ongewenste artikelen (waaronder drugs). Een visitatie houdt in dat men zich geheel ontkleedt, waarna een visuele inspectie plaatsvindt waaronder: ‘het uitwendig schouwen van de openingen en holten van het lichaam... (waarbij men zich) naakt wijdbeens voorover dient te buigen.’ Van vrouwen wordt geëist dat ze tien kniebuigingen maken: ‘zodat eventueel in de vagina verborgen voorwerpen tevoorschijn komen’ (Reijersen van Buuren 2012, 332).

Bij elk bezoek van of naar ‘buiten’ kan een gedetineerde vreemdeling gevisiteerd worden. Voor iedereen, ook voor de vreemdeling in detentie, is een visitatie een vernederende en schaamtevolle ervaring. Veel gedetineerde vreemdelingen voelen zich door al die veiligheidsmaatregelen dan ook ‘vernederd en gecriminaliseerd’ (Nationale Ombudsman 2010, p. 25). Zo tekent Reijersen van Buuren (2012, p. 332) een ontluisterend verhaal op over een verkrachte vrouw die onder fysieke dwang en met beenklem gevisiteerd werd en uiteindelijk als strafmaatregel ook in de isolatie gezet werd, waar ze zich: ‘nog steeds naakt, onder het slijm en opgedroogd bloed, apathisch terugtrok in een hoek van de isoleercel.’ Behalve dat gedetineerden (en veel anderen) het visiteren als een inbreuk op hun integriteit zien, kan het bij gedetineerden die eerder traumatiserende ervaringen meemaakten, zoals in bovenstaand geval, herinneringen en gevoelens naar boven brengen die psychisch erg belastend en pijnlijk zijn. Datzelfde geldt overigens ook voor de isolatie. De kans dat isolatie of een visitatie als een herhaling, mogelijk zelfs een herbeleving, van een traumatisch gebeuren ervaren wordt, is dan ook reëel.

Dat een vreemdeling voor en na *elk* bezoek van familie of vrienden, aan een rechtbank, ambassade of ziekenhuis gevisiteerd wordt, zien sommigen dan ook als een flagrante schending van de mensenrechten¹². Diverse organisaties (o.a. Amnesty International, Ombudsman) pleiten al lang voor afschaffing dan wel sterke reductie in het gebruik van visitatie. Maar terwijl de ISt in haar rapport (2010, p. 11) stelt dat ‘het beleid om vreemdelingen standaard te visiteren als zij na transport in de inrichting terugkeren, aanpassing verdient’, blijkt uit berichten uit het veld dat dit nog steeds veelvuldig gebeurt – zie de nieuwsbrief van het Meldpunt Vreemdelingendetentie van december 2012 (<http://www.meldpuntvreemdelingendetentie.nl>).

Ad 6) De machteloosheid van de gedetineerde. Gevoelens van machteloosheid en onvermogen in combinatie met het detentieregime maken dat sommige gedetineerden hun vitaliteit verliezen. In een rapport over een onderzoek in Groot-Brittannië onder gedetineerden komt een aantal gedetineerden aan het woord. Een van hen zei: ‘They are destroying my life, they are destroying myself and when I come out of here I’ll come out like a zombie.’ En een andere gedetineerde: ‘I can’t see my future (...) It is like my life is over, finished’ (Neale

¹² Volgens Reijersen van Buuren (2012) is sprake van zowel een onmenselijke en vernederende behandeling (artikel 3 EVRM) als van schending van het recht op eerbiediging van het privéleven (artikel 8 EVRM).

2012, p. 8). Tijdens onderzoek in Australië werden ook zulke geluiden opgevangen: ‘The majority spoke of a mounting fatigue and loss of vitality, accompanied by a reduced ability to act purposefully’ (Coffey e.a. 2010, 2074). Daarnaast toont onderzoek aan dat een jonge leeftijd bij detentie in negatieve zin de gezondheid aantast (Amaral 2010; Robjant e.a. 2009b). Het feit dat detentie maakt dat mensen minder initiatief (durven) nemen is zorgwekkend omdat de meeste gedetineerden vrij jong zijn en een groot aantal onder hen getrouwd is en kinderen heeft (zie tabel 3 en Justitia et Pax 2010, p. 2). In zeker opzicht is detentie dan ook contraproductief: het maakt gedetineerde vreemdelingen apathisch, terwijl het de bedoeling is dat ze hun veerkracht aanwenden en actief meewerken aan terugkeer. Los van het feit dat ze, indien uitzetting lukt, al hun energie nodig hebben om de draad in hun herkomstland weer op te pakken.

Ad 7) Scheiding van familieleden. Het gescheiden zijn van familie wordt door gedetineerden als zeer pijnlijk ervaren. Voor een aantal speelt dat ze liever niet hebben dat de kinderen hen zien in de beschamende situatie waarin ze zich in bevinden, weer anderen zijn bang dat de partner hen verlaat vanwege de (langdurige) detentie (Neale 2012, p. 10). Voor anderen is het feit dat ze kinderen hebben een steun in de rug. Of zoals een gedetineerde zelf zei: ‘The only thing that’s keeping me going is that I’ve got kids. I think if I didn’t have kids, I dunno, would probably have committed suicide a time ago’ (ibid, p. 16).

In tabel 6 is aangegeven met welke psychische problemen langdurig gedetineerden kampen. De tabel is het resultaat van dossieronderzoek dat de *Commonwealth Ombudsman* deed in de periode 2005-2009. Het betreft 500 rapporten van vreemdelingen in detentie in het Verenigd Koninkrijk, Canada, Australië en Nieuw-Zeeland die langer dan een jaar vastzaten. De tabel maakt duidelijk dat depressie de meest voorkomende consequentie is van langdurige detentie, daarna volgen het hebben van suïcidale gedachten, angst, slaapstoornissen en het zichzelf verwonden.

Tabel 6: Frequentie van psychische problemen

	<i>China</i> (n = 123)	<i>Iran</i> (n = 48)	<i>Vietnam</i> (n = 34)	<i>Afghanistan</i> (n = 23)
Suicidal ideation	21,1%	35%	18%	39%
Sleep disorder	23,6%	10%	15%	13%
Self harm	17,9%	23%	9%	22%
PTSD	6,5%	44%	3%	17%
Depression	25,2%	54%	29%	61%
Anxiety	13,8%	15%	26%	26%
Other	12,2%	19%	3%	24%

Bron: Bull e.a. 2012

Puntsgewijs de belangrijkste zaken:

- Gezondheid is een van de belangrijkste factoren bij de keuze van gedetineerde vreemdelingen om al of niet terug te keren naar het herkomstland.
- De lichamelijke conditie van illegale vreemdelingen op het moment van detentie is om diverse redenen (waaronder uitputting, beperkte toegang tot zorgvoorzieningen en angst om opgepakt te worden) vaak slecht.
- Datzelfde geldt voor de psychische en psychosociale gezondheid. In veel gevallen zijn vreemdelingen die in detentie gezet worden kwetsbare personen met een traumatisch verleden die langdurig gedwongen inactief waren (tijdens de asielprocedure).
- De gegevens over de gezondheid van gedetineerde vreemdelingen in Nederland zijn schaars, bij gebrek aan een actueel medisch dossier en vanwege de geslotenheid van de detentiecentra (ook wat betreft informatieverstrekking).
- Uit divers onderzoek in Australië en het Verenigd Koninkrijk blijkt dat detentie een negatieve impact heeft op de gezondheid. Vooral de psychische gezondheid heeft te lijden onder vreemdelingendetentie.
- Depressie, angst en traumagerelateerde klachten nemen toe naarmate de detentie langer duurt. Bovendien blijft een aanzienlijk deel van de gedetineerden ook lange tijd nadat ze uit detentie gezet zijn deze klachten houden.
- Uit onderzoeken, rapporten en verslagen blijken de volgende factoren in detentie als vernederend of stressvol te worden ervaren:
 - 1 Het als crimineel behandeld worden (waaronder geboeid worden bij afspraken)
 - 2 Dilemma's en twijfels over de toekomst
 - 3 Met meerdere personen in een cel zitten gedurende het grootste deel van de dag
 - 4 Strafmaatregelen waaronder isolatie (eenzame opsluiting)
 - 5 Veiligheidsmaatregelen waaronder visitaties (bij bezoek of afspraak binnen of buiten het centrum)
 - 6 De machteloosheid van de gedetineerde
 - 7 Het gescheiden zijn van de familie.

Hoofdstuk 5 Zorg in Nederland aan vreemdelingen in detentie

Volgens internationale richtlijnen, waaronder de *Guidelines for Medical Doctors in relation to Detention and Imprisonment* (Declaration of Tokyo) en het *Istanbul Protocol*, dienen zorgverleners in vreemdelingendetentie erop toe te zien dat wanneer iemand medische of psychische klachten heeft, deze verlicht worden: ‘The doctor’s fundamental role is to alleviate the distress of his or her fellow men, and no motive whether personal, collective or political shall prevail against this higher purpose’ (1975 Declaration of Tokyo, rule 2). Ook bij het gebruik van disciplinaire maatregelen, waaronder isolatie, dienen zorgverleners ‘on request by the prisoner or by prison staff’ de gedetineerde te ondersteunen en een medische behandeling aan te bieden (Prison Rules, Recommendation R(98)7 nummer 66). Daarnaast verzekeren nationale richtlijnen, waaronder artikel 42 van de Penitentiaire beginselenwet (Pbw), alsook DJI het recht van een gedetineerde op medische verzorging ‘gelijkwaardig aan de gezondheidszorg in de vrije maatschappij’ (DJI-website – informatie over Zorg en begeleiding). In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de zorg geleverd in vreemdelingendetentie en hoe dit in de praktijk uitpakt in het licht van de bovenstaande richtlijnen. Voor zover mogelijk, want de beschikbaarheid van gegevens over wat zich in detentie afspeelt is beperkt.

5.1 De zorgstructuur algemeen

De medische dienst in detentiecentra valt onder de Dienst Bijzondere Voorzieningen (DBV) en is onderdeel van DJI. Volgens de gezondheidszorgvisie van DJI (2006) is de directeur van een detentiecentrum verantwoordelijk voor de medische zorg en draagt de medische dienst in haar inrichtingen ‘zorg voor een doeltreffende, doelmatige, en op de patiënt gerichte gezondheidszorg, waarvan de kwaliteit gelijkwaardig is aan de gezondheidszorg in de vrije maatschappij, rekening houdend met de bijzondere situatie van de vrijheidsbeneming. De bijzondere situatie waarnaar wordt verwezen is de detentiesetting die extra gezondheidsrisico’s met zich meebrengt. Een persoon kan in detentie te maken krijgen met stress, angst, depressie en soms suïcidaliteit, die behandeld moet worden om een veilige detentie te waarborgen.’ Daarnaast formuleert DJI in het beleidsdocument vijf aandachtsgebieden: een goed psychosociaal klimaat, zorg op maat, investeren in personeel, de infrastructuur van de zorg, en de continuïteit van de (na)zorg (DJI 2006, pp. 7-8). Bij de gezondheidszorg aan gedetineerde vreemdelingen hanteert de DBV het begrip noodzakelijke zorg, wat overeenkomt met het zorgpakket van de basisverzekering. Bepaalde verrichtingen echter vallen niet in het zorgpakket, waaronder tandheelkundige zorg, op grond van het criterium dat: ‘betreffende medische verrichting in redelijkheid uitstel kan verdragen tot het einde van de detentie zonder dat er gezondheidsschade optreedt’ (IGZ 2009b, p. 9). De Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) constateert in haar rapport *Medische diensten in detentiecentra: verantwoorde zorg, maar nog niet geborgd* (2009a) dat er geen knelpunten zijn wat betreft de verstrekking van noodzakelijke zorg. Maar ze signaleert wel een gebrek aan professionele visie op het totale zorgproces en aan continuïteit van zorg. De inspectie pleit onder meer voor kwaliteitsmanagement en meer systematiek, want de: ‘verbetering van

zorg is nog onvoldoende ontwikkeld.’ Zo is de zorg nadat men uit detentie gezet is ‘onvoldoende protocollair geregeld, zodat soms gedetineerden zonder noodzakelijke vervolgzorg op straat staan’ (ibid, p. 11). Andere aanbevelingen en concrete verbeteringen die voorgesteld zijn door de inspectie en andere instanties komen in de hiernavolgende paragrafen aan de orde.

5.2 Algemeen: welke zorg wordt gegeven en door wie?

In alle vreemdelingendetentiecentra zijn verpleegkundigen, huisartsen en psychologen werkzaam. Een aantal dagdelen in de week houdt een huisarts spreekuur, elke dag van ’s morgens vroeg tot 22.00 uur zijn er verpleegkundigen op locatie. Ook is er overdag altijd een psycholoog aanwezig. Een psychiater van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) kan op afroep ingeschakeld worden.

De medewerkers van de medische dienst zitten in een afgesloten gang aanpalend aan de verblijfsruimte. De toegang tot die ruimte verloopt altijd eerst via cameracontact met een toezichthouder; men kan niet zomaar naar binnen. Wanneer een gedetineerde de medische dienst wil spreken dient hij altijd een ‘spreekbriefje’ te maken en dat in de daarvoor bestemde brievenbus te deponeren. Op het spreekbriefje dient men zijn medische klacht of psychisch probleem te omschrijven. Dat kan in de eigen taal maar ook alleen een naam invullen volstaat. De verpleegkundige die men daarna spreekt bepaalt of de persoon in kwestie door de arts of psycholoog gezien moet worden.

De verpleegkundigen zitten in een aparte, afgesloten ruimte maar zijn frequent aanwezig op de verblijfsafdelingen en brengen ook vier keer per dag medicijnen langs. Inname van medicatie wordt nauwlettend in de gaten gehouden om het opsparen van medicijnen tegen te gaan. Twee keer per week houden de verpleegkundigen een spreekuur, waarbij een tolktelefoon gebruikt kan worden. Behalve op de locatie Schiphol, waar 24 uur per dag een verpleegkundige aanwezig is, worden in alle centra na 22.00 uur de medische of psychische klachten via de wachtcommandant aan de dienstdoende wachtarts gemeld.

Iedere vreemdeling krijgt binnen 24 uur na binnenkomst een medische intake volgens een intakeprotocol. Deze intake is een gewone medisch intake met vragen naar onder andere vroegere ziekten, contacten met hulpverleners, ziekenhuisopnames en medicatiegebruik. Verder worden bloeddruk, pols en gewicht gemeten. Ook worden klachten en hulpvragen geïnventariseerd. Deze *health check* wordt uitgevoerd door een verpleegkundige, moet worden geautoriseerd door een (huis)arts en wordt vervolgens in het medische dossier opgeslagen. Indien het gaat om een uitgeprocedeerde asielzoeker die eerder in een azc zat, wordt zijn dossier – na toestemming van de betrokkene – opgevraagd via de GCA Praktijklijn in Wageningen.

Het medisch dossier bevat rapportages van alle betrokken disciplines en is vergelijkbaar met het huisarts informatiesysteem (HIS) dat iedere huisarts in Nederland gebruikt. Het medisch dossier is niet in te zien door de toezichthouders, dus zij kennen de (medische) problemen van de persoon niet. Het dossier bevat naast de intake de volgende rapportages:

- 1 Verpleegkundige rapportage
- 2 Artsenrapport

- 3 Somatisch dossier
- 4 Psychiatrisch dossier
- 5 Externe correspondentie.

De behandelend arts (een huisarts) is verantwoordelijk voor de medische situatie alsook de voorgeschreven medicatie. Hij bepaalt de behandeling van de gedetineerde, maar wanneer medische handelingen door verpleegkundigen zijn verricht hoeft de arts deze achteraf niet te fiatteren. Het merendeel van de zorg komt op de schouders van de verpleegkundigen terecht. Verder is er een multidisciplinair overleg waarbij zowel management, bewaarders als zorgprofessionals aanwezig zijn. Dit overleg richt zich vooral op beheersaspecten, al dan niet in relatie tot medische aspecten.

Als een vreemdeling psychische problemen heeft, wordt hij besproken in het psychomedisch overleg (PMO), een wettelijk geregeld overleg waarin zorgprofessionals (psycholoog, huisarts, psychiater, verpleegkundige en hoofd medische dienst) met elkaar overleggen. Indien een verwijzing op grond van psychische problemen nodig is, wordt het NIFP ingeschakeld. Dit instituut verzorgt, op locatie of middels een overplaatsing, de verdere diagnostiek, zorg en behandeling (psychofarmacotherapie, steunende en structurende gesprekstherapie).

Gedetineerden met gedragsafwijkingen of psychiatrische aandoeningen kunnen op een Extra Zorg Afdeling (EZA – in Zeist en Rotterdam) terecht. Voordien wordt een gz-psycholoog geconsulteerd door het afdelingshoofd. Voor elke overplaatsing moet een selectiebeslissing worden opgesteld. Hiertegen kan de vreemdeling bezwaar maken bij de selectiefunctionaris. Bij vervoer naar een ziekenhuis of zorginstelling werd tot voor kort gebruikgemaakt van handboeien. Dit beleid is veranderd; op dit moment maakt de directeur van het centrum al of niet in overleg met de Dienst Vervoer en Ondersteuning (DV&O) de afweging of er sprake is van vluchtgevaar en of handboeien nodig zijn.

5.3 Kritische noten over de zorg in vreemdelingendetentie

Het onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2009 signaleerde een aantal knelpunten in de zorg. Zo hield het feit dat geen verpleegkundigen aanwezig zijn in de avond- en nachturen volgens de IGZ risico's in¹³. Uit haar onderzoek blijkt verder dat in de avond, nacht en weekend de triage door niet-medisch geschoold personeel, zoals door toezichthouders, gedaan wordt. Ook worden probleemlijsten in het medisch dossier en het MIP-formulier (Melding Incidenten Patiënten) niet of onvolledig ingevuld, waardoor het overzicht op het medisch handelen tekortschiet. Verder signaleert de inspectie dat de ervaring en opleiding van zowel de verpleegkundigen als van de psycholoog niet altijd voldoet aan de kwaliteitseisen die gesteld worden aan het werken in detentiecentra¹⁴. Daarnaast dient de

¹³ Een aantal kritieken kunnen verouderd zijn in die zin dat het beleid inmiddels aangepast is. Zo is volgens de Ombudsman (2012) in de avonduren (tot 22.00 uur) wel een verpleegkundige en een psycholoog aanwezig.

¹⁴ Inmiddels biedt het Julius Centrum (UMC Utrecht) de Basisopleiding tot Justitieel Geneeskundige aan en heeft de Hanzehogeschool Groningen de Module Toegeleiding (DJi) ontwikkeld voor justitieel verpleegkundigen werkzaam in vreemdelingendetentie.

toegeleidingsfunctie van de verpleegkundige naar de arts uitgewerkt te worden tot concrete werkafspraken. Andere maatregelen die de inspectie voorstelt zijn: het uitwerken van een visie op de psychologische zorg; meer aandacht aan preventie van gezondheidsklachten en meer zorgvuldigheid bij de verstrekking van geneesmiddelen. Tijdens het inspectieonderzoek bleek dat op één locatie: ‘medicatie door detentietoezichthouders gedeeld (werd), hoewel die daar onvoldoende voor geschoold waren’ (IGZ 2009b, p. 17).

De Inspectie voor Sanctietoepassing (ISt) noemt in haar rapporten andere aandachtspunten. In *De tenuitvoerlegging van de vreemdelingenbewaring* (2010) heeft de inspectie het over het gebrek aan spreekruimtes voor verpleegkundigen, waardoor: ‘zij ingesloten vreemdelingen noodgedwongen op hun meerpersoonscel spreken’ (ISt 2010, p. 42). Dit botst met het vertrouwelijk karakter van dit soort gesprekken¹⁵. Daarnaast meldt de ISt – ‘hoewel deze klachten buiten het toezichtsdomein van de ISt vallen’ – dat gedetineerden hun onvrede uiten over de medische dienst, en dan met name dat zij gezondheidsklachten ‘onderschatten’ en dat ‘medisch noodzakelijke ziekenhuisbehandelingen niet plaatsvinden of zijn stopgezet’ (ISt 2012, p. 7). Dat de ISt dit, ondanks dat het buiten haar mandaat valt, toch opmerkt is een teken aan de wand dat de medische zorg beter kan en moet – zoals overigens duidelijk werd in de debatten en media-aandacht naar aanleiding van de suïcide van de Rus Aleksander Dolmatov in april 2013.

Behalve door bovengenoemde officiële instanties en de Ombudsman (Nationale Ombudsman 2012, 22-23; 35-36) wordt door meerdere belangenorganisaties kritiek geuit op de medische zorg die geleverd wordt. Uit informatie van het Meldpunt Vreemdelingendetentie valt bijvoorbeeld op te maken dat gedetineerde vreemdelingen dagen, soms een week, moeten wachten voor ze bericht krijgen dat ze naar aanleiding van het spreekbriefje door de huisarts gezien kunnen worden (Kox 2007, p. 30). Een analyse door het Meldpunt Vreemdelingendetentie van de dossiers opgemaakt tussen februari 2010 en december 2011, meldde 229 klachten van vreemdelingen over het verblijf in detentie. Veruit de meeste klachten (20%) hadden direct te maken met de beschikbaarheid van zorg: de vraag om medische zorg werd niet serieus genomen of men moest lang wachten voor men op spreekuur kon komen en liep al die tijd met pijn of medische klachten rond. Daarnaast had 8% klachten over de in hun ogen inadequate behandeling: men voelde zich afgescheept met paracetamol, slaap- of kalmeringsmiddelen. Tekenend wat de beschikbaarheid betreft is het geval van iemand met rugpijnklachten die acht dagen moest wachten voor hij door een arts gezien werd. En wat de behandeling betreft is het geval van een hepatitis-B-infectie bij een Chinese gedetineerde, die kort nadat hij geklinkerd werd acuut opgenomen diende te worden in een ziekenhuis een goed voorbeeld. Ook het gegeven dat zwangere vrouwen en getraumatiseerde migranten (en tot voor kort ook kinderen) in detentie gezet worden levert veel kritiek op. Een laatste punt van kritiek betreft de continuïteit van zorg na detentie. Volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg worden ‘vreemdelingen met zorgbehoefte regelmatig in vrijheid gesteld zonder dat de medische dienst hierover tijdig was geïnformeerd’ (IGZ 2009, p. 17). Gedetineerde vreemdelingen met ernstige psychiatrische problemen kunnen van de ene dag op de andere op straat belanden, waarbij ze momenteel voor veertien dagen medicatie

¹⁵ Ook deze situatie is in de meeste gevallen sindsdien veranderd; gesprekken vinden momenteel plaats in afgesloten ruimtes met inachtneming van privacy regels.

mekrijgen. De inspectie verwacht echter van de detentiecentra 'een actief beleid om gedetineerden met een duidelijke zorgbehoefte aan vervolgzorg te helpen of in ieder geval de medische bescheiden mee te geven, zodat zij in staat zijn om zelf hun vervolgbehandelaar op de hoogte te stellen van de zorg tijdens hun detentieperiode' (ibid, p. 20). In haar rapport over een tussentijds toezicht (2012) schrijft de ISt dat de medische dienst volgens toezichthouders te terughoudend is met het geven van informatie aan de bewaarders over gedragsproblemen bij gedetineerden met psychische problemen of over het gebruik en bijwerkingen van bepaald medicijnen.

Ook de Commissie Integraal Toezicht Terugkeer (CITT) signaleert identieke problemen bij uitzettingen met een medische component. Deze commissie houdt toezicht op het terugkeerproces vanaf de bewaring in een politiecel tot en met de uitzetting door de Koninklijke Marechaussee (KMar), inclusief op de overdracht van de vreemdeling aan de autoriteiten in het land van herkomst. Uit het CITT Jaarverslag 2012 blijkt dat in dat jaar negen uitzettingen plaatsvonden van: 'in alle gevallen vreemdelingen met psychiatrische problemen' (CITT 2013, p. 12). In enkele gevallen werd de KMar geëscorteerd door een psychiater of een arts, in andere gevallen door een verpleegkundige van het medisch bedrijf Medicare – een bureau gespecialiseerd in internationaal patiëntenvervoer. In dat laatste geval werd de vraag vanuit Medicare om aanvullende medische informatie op grond van 'medisch geheim' niet verstrekt. 'Daarom is gesproken met Medicare en met een medische dienst van een Uitzetcentrum om na te gaan waarom zo weinig medisch inhoudelijke informatie wordt verstrekt. Volgens de commissie is het noodzakelijk dat de medische escort voorafgaande aan de uitzetting van een vreemdeling beschikt over de diagnose van de aandoening, de voorgeschreven medicatie, de therapietrouw van de uit te zetten persoon en de medische toestand op de dag van vertrek en enige dagen daarvoor (ibid, p. 12).

Voorgenoemde bevindingen tonen het grote belang aan van de overdracht van medische gegevens van kwetsbare personen, wanneer deze op straat belanden maar ook in die gevallen dat gedetineerden terugkeren naar het land van herkomst. In dat kader doen de IGZ en de Onderzoeksraad voor Veiligheid momenteel onderzoek naar de kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van de zorg aan kwetsbare gedetineerden.

In het algemeen zijn de rapporten waarin de zorg in vreemdelingendetentie aan de orde komt overwegend kritisch te noemen. Volgens de IGZ was de zorg op het moment van onderzoek (2009) 'zodanig geregeld dat het bieden van verantwoorde en veilige zorg mogelijk is' maar werden risico's en knelpunten gesignaleerd en mogelijkheden tot verbetering. Het IGZ-onderzoek was geïnstigeerd door het overlijden op 3 februari 2008 van een vreemdeling in het detentiecentrum in Rotterdam. Nu, vijf jaar later, doet zich in feite hetzelfde voor: de recente suïcide van de gedetineerde Rus Dolmatov in januari 2013 heeft geleid tot kritische vragen in de media en door politici. Naast aan het belang van vroegsignalering van psychische problematiek op het moment van arrestatie, psychomedisch onderzoek kort daaropvolgend bij kwetsbare personen en een gedegen medische overdracht bij ontslag uit detentie, zou volgens velen aandacht geschonken moeten worden aan, en wordt steeds vaker gepleit voor, alternatieven voor vreemdelingendetentie. Over zulke alternatieven gaat het volgende hoofdstuk.

Puntsgewijs de belangrijkste zaken:

- Volgens nationale en internationale richtlijnen alsook de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) dient de medische en psychische zorg in vreemdelingendetentie gelijkwaardig te zijn aan de zorg buiten de centra.
- Binnen veertien dagen na aankomst wordt elke gedetineerde medisch onderzocht.
- Elk detentiecentrum heeft een aparte afdeling Medische dienst, ressorterend onder de Dienst Bijzondere Voorzieningen (DBV). Daaronder vallen in ieder geval verpleegkundigen, een huisarts en een psycholoog. In de nachtelijke uren en tijdens weekenden dient een gedetineerde met gezondheidsklachten contact op te nemen met toezichthouders.
- Om de medische dienst te kunnen spreken dient de gedetineerde een ‘spreekbriefje’ in te vullen en in de daarvoor bestemde brievenbus te deponeren. Bezoek aan de huisarts is alleen mogelijk na een gesprek met de verpleegkundige van dienst.
- Qua voorzieningen lijkt de medische zorg in vreemdelingendetentie op orde te zijn. Ook de houding van zorgverleners in de centra is professioneel te noemen.
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de Ombudsman alsook belangengroeperingen signaleren echter verscheidene knelpunten en problemen wat betreft de organisatie, uitvoering en continuïteit van zorg. Waaronder:
 - over de verstrekking van medicatie (met name tijdens avond- en nachturen)
 - het onderschatten van gezondheidsklachten van gedetineerden
 - de mogelijkheid van zorg bij verwijzingen (naar de tweede lijn)
 - gebrek aan aandacht voor preventie van zorg en voor privacy aspecten
 - gebrek aan overleg tussen de medische dienst en de toezichthouders (zowel tijdens de detentie als bij ontslag van ernstig zieke gedetineerden)
 - het niet of onvolledig verstrekken van medische informatie aan belanghebbende derden tijdens overdrachtsmomenten (met name bij terugkeer naar het land van herkomst)
 - het niet meegeven aan de betrokken gedetineerde van de medische bescheiden bij ontslag.
- Recente voorvallen in detentiecentra gaven aanleiding tot kritische vragen aan de staatssecretaris van Justitie en Veiligheid. Verwacht wordt dat enkele nu lopende onderzoeken inzicht zullen geven over de kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van de zorg aan gedetineerden. Zo voert de IGZ een onderzoek uit naar de medische zorg in vreemdelingendetentie en doet de Onderzoeksraad voor de Veiligheid een onderzoek naar de schakels in de vreemdelingenketen en de samenwerking met de medische zorg.

Hoofdstuk 6 Alternatieven voor detentie

Dit hoofdstuk gaat over initiatieven die wereldwijd ingezet worden als alternatief voor vreemdelingendetentie. De laatste tien jaar wordt in Europa en daarbuiten ervaring opgedaan met alternatieve vormen. In Nederland is de vraag om alternatieven prominent aan de orde in het politieke debat sinds de zelfmoord van Aleksander Dolmatov in detentiecentrum Rotterdam. Op dit moment (medio 2013) volgt het ene na het andere beleidsvoornemen, waardoor de informatie over welke vorm in Nederland gebruikt gaat worden mogelijk achter de feiten aan loopt. Het hoofdstuk sluit af met een reactie op de laatste brief van staatssecretaris Teeven van Justitie en Veiligheid (2013b) over onder andere de plannen van de regering met betrekking tot alternatieve vormen van toezichthouding.

6.1 Waarom alternatieven?

Het zoeken naar alternatieven voor detentie werd gestimuleerd om de volgende redenen:

- 1 Vanuit verschillende kanten, zowel nationaal als internationaal, wordt stevige kritiek geuit op de detentie van vreemdelingen in zijn algemeenheid en op het vaak strenge regime dat opgelegd wordt in het bijzonder. Het betreft immers personen die geen strafbaar feit hebben gepleegd maar om diverse redenen hier op illegale basis verblijven.
- 2 Opsluiting in detentie is bovendien volgens Europese richtlijnen een uiterst middel (*ultimum remedium*), dat slechts bij uitzondering opgelegd zou mogen worden. Vreemdelingendetentie kan dan ook niet als ‘standaardoplossing’ ingezet worden.
- 3 Het feit dat (langdurige) detentie de psychische gezondheid van reeds kwetsbare mensen ernstig kan schaden, heeft beleidsmakers en belangenorganisaties in een aantal landen ervan overtuigd dat er andere manieren gevonden dienen te worden waarbij de gezondheid van betrokkenen minder schade ondervindt.
- 4 Zoals eerder aangegeven sorteert detentie ook niet het beoogde effect, namelijk een toename van het daadwerkelijke aantal terugkeerders, dan wel van de bereidheid van illegaal verblijvende vreemdelingen om terug te keren naar hun herkomstland. In haar recente advies aan de minister van Veiligheid (*Vreemdelingenbewaring of een lichter middel*) schrijft de Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken (ACVZ) onder meer: ‘Bij vreemdelingen die langer dan een half jaar in bewaring verblijven, slaagt de DT&V er nog slechts in 17% van de gevallen in de uitzetting daadwerkelijk te bewerkstelligen’ (2013, p. 60). Detentie langer dan 3-4 maanden lijkt dan ook als pressiemiddel zeer beperkt effectief.
- 5 Een laatste, niet onbelangrijke reden, is de kosteneffectiviteit van vreemdelingendetentie. Naast dat vreemdelingendetentie als stimulans om terug te keren naar het herkomstland niet effectief blijkt te zijn, is het ook een duur middel. Het bouwen en onderhouden van detentiecentra, de personele en beveiligingskosten, alle voorzieningen en bijkomende kosten maken vreemdelingendetentie tot een kostbare aangelegenheid. Het werkboek *There are alternatives* van de International Detention Coalition beschrijft de meest gangbare alternatieven en concludeert dat: ‘Community management programs described

in this report were much less expensive than detention to operate' (IDC 2011, p. 52). Ook het Belgische alternatief het Terugkeerhuis blijkt een enorme kostenbesparing te zijn: 'In België kosten de gesloten centra jaarlijks meer dan 25 miljoen. Zo kostte een persoon die in een gesloten centrum opgesloten zat in 2009 per dag 185 euro aan de Staat, terwijl iemand in een Terugkeerhuis 90 euro per dag kostte... In Australië zorgde het gebruik van alternatieven voor detentie in 2008 voor een grote daling van de kosten: van 125 naar minder dan 39 Australische dollar per dag en per persoon' (UNHCR 2011b, p. 10).

6.2 Welke alternatieven?

Binnen en buiten Europa wordt de laatste vijf jaar geëxperimenteerd met alternatieven. In het hiernavolgende staat eerst een kort overzicht van de alternatieven tot dusver. Daarna volgt een beschrijving van het CAP-model dat in Australië en Zweden gehanteerd wordt, waarna ook ingegaan wordt op het Belgische Terugkeerhuis. Afsluitend komen de pilots aan bod die in Nederland hebben gelopen en de plannen voor de toekomst zoals aangegeven in de brief van staatsecretaris Teeven (september 2013).

Een *kort overzicht* van alternatieven:

- 1 De plicht zich op een vooraf vastgestelde locatie te bevinden (bijv. bij kennissen, familie of een hotel). Vaak in combinatie met een meldplicht en/of een *guarantor*; iemand die zich (moreel) garant stelt dat de persoon in kwestie zich aan de gemaakte afspraken houdt. Ook het Terugkeerhuis in België valt in deze categorie.
- 2 Vrijlating onder borgsom. Vooralsnog zeldzaam in Europese lidstaten. In Canada worden goede resultaten geboekt met de vrijlating onder borgsom. In het geval iemand een *bonds person* heeft (iemand die bereid is de borgsom vooraf te betalen), wordt men onder voorwaarden vrijgelaten. *Compliance* oftewel zich schikken naar de gestelde voorwaarden (waaronder meldplicht, de inname van reis- en andere documenten) is een belangrijke voorwaarde voor deelname¹⁶. Dit alternatief is financieel aantrekkelijk en maakt dat men meer medewerking verleent: 'The program costs CA\$ 10-12 per person per day compared with CA\$ 179 for detention. In the 2009-2010 financial year, it maintained a 96.35% compliance rate' (IDC 2011, p. 44).
- 3 Verplichte supervisie. De persoon in kwestie meldt zich dan op een afgesproken tijd en locatie (bijvoorbeeld op een politiekantoor, bij asielautoriteiten), al of niet in combinatie met tussentijds telefonisch contact. Uit cijfers uit de VS blijkt dat ook dit alternatief goedkoop is (US\$ 12 per dag/persoon tegen US\$ 61 per dag/per persoon) en bovendien medewerking stimuleert: '69% of participants complying with the final order in comparison to 38% of a control group released on bond or parole' (IDC 2011, p. 39).
- 4 Gebruik van een casemanager. De casemanager begeleidt de illegale vreemdeling in het proces van terugkeer dan wel heropening van een asielaanvraag. In België zijn hier goede resultaten mee geboekt bij met name families – waarbij men zich eerder richt op terugkeer

¹⁶ In Canada kunnen de strikte voorwaarden worden versoepeld: 'as trust develops between the two parties and there are no lapses in reporting' (IDC 2011, 72)

en minder op heropening van de asielaanvraag. Australië begon met dit alternatief waarna het overgenomen werd door Zweden en België. Ook in Nederland wordt met dit alternatief geëxperimenteerd, zij het in afgezwakte vorm – zie verderop.

- 5 Elektronische monitoring (de enkelband). In dat geval wordt een strip om de enkel bevestigd, met een ingebouwde elektronische geleider die signaal maakt met de controlerende organisatie. In Denemarken, Portugal en Groot-Brittannië doet men momenteel ervaring op met de enkelband. De methode wordt door de European Union Agency for Fundamental Rights bestempeld als: ‘the most intrusive among the various forms of alternatives to detention’ (FRA 2010, p. 76). Onder andere komt dit doordat het geassocieerd wordt met criminelen (strafrechtelijk geïnteresseerden). Ook uit een onderzoek van de Jesuit Refugee Service (Amaral 2011) naar alternatieven voor vreemdelingendetentie blijkt dat de ervaringen in Groot-Brittannië met *electronic tagging* niet alleen positief zijn: de enkelband doet pijn, schaafde de huid en is vervelend, vooral ’s nachts (‘The tag is very irritating. It wakes you up at night’ – Amaral 2011, p. 34). Daarbij komt dat men zodra men een stap buiten de actieradius zet, meteen opgepakt en alsnog in detentie gezet wordt.
- 6 De verplichting om paspoort en reisdocumenten te overhandigen. Wordt meestal gedaan in combinatie met andere maatregelen, met name bij de meldplicht, de borgsom en de verplichte supervisie.

Tabel 7 geeft een overzicht van alternatieven voor vreemdelingendetentie zoals gebruikt in een aantal Europese lidstaten.

Tabel 7: Gebruik van alternatieven in enkele EU-lidstaten

	Overhandigen van papieren	Op vaste locatie	Borgsom	Casemanagement	Enkelband	Verplichte supervisie
Oostenrijk	X					X
België		X		X		
Zweden		X		X		X
Groot-Brittannië	X	X	X		X	X
Frankrijk	X	X	X			X
Denemarken	X	X	X		X	X
Nederland		X	X			X

Bronnen: 1. *Detention of third-country nationals in return procedures* (FRA 2010); 2. *There are alternatives. A handbook for preventing unnecessary immigration detention* (IDC 2011).

In de meeste Europese lidstaten is voornamelijk weinig ervaring opgedaan met alternatieven voor detentie. Oostenrijk is het verst; in 2009 werd in 30% van de gevallen gebruikgemaakt van een alternatief. In het Verenigd Koninkrijk worden vooral de enkelband en de borgsom gebruikt. De grootste veranderingen zijn zichtbaar in de detentiecentra zelf, op het terrein van informatievoorziening en het regime. Tegenwoordig mogen gedetineerden cursussen volgen, vrij bezoek ontvangen en internetten. Gedetineerden mogen ook in de avond- en nachturen vrij in de binnen- en buitenruimtes en hebben een eigen kamersleutel. Verder wordt er slechts zeer uitzonderlijk gevisiteerd.

In Frankrijk worden alternatieven voor detentie maar mondjesmaat gebruikt (in slechts 7,2% van de gevallen) en in Nederland zelfs in nog mindere mate. Nog in 2008 stond in het Advies Vreemdelingenbewaring door de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming dat: ‘the government is not actively looking for alternatives’ (FRA 2010, p. 78). Dat beleidsmakers in Nederland zich tot voor kort afzijdig hielden van alternatieven voor vreemdelingendetentie heeft vooral te maken met de angst dat de illegale vreemdelingen ‘zich onttrekken aan het toezicht’ oftewel met onbekende bestemming (MOB) vertrekken (Leers 2011). Deze vrees is echter niet gestoeld op ervaringen met de eerder genoemde alternatieven, integendeel, de ervaringen tot nog toe (in België, Zweden en Oostenrijk) tonen het tegendeel aan: in België bleef 79% van de gezinnen die in een Terugkehrhuis verbleven al die tijd in contact met de autoriteiten; in Oostenrijk verdween slechts 6% MOB: ‘whereas 67% of those not granted the right to stay departed voluntarily’ (FRA 2011, p. 78). Enigszins verrassend is dat precies hetzelfde percentage geldt voor Australië: ‘67% van de asielzoekers en migranten die geen permanent visum kregen vertrokken vrijwillig uit Australië zonder dat vreemdelingenbewaring nodig was’ (Justitia et Pax 2012, p. 29). Uit de ervaring met alternatieven voor vreemdelingendetentie valt dan ook eerder op te maken dat het gebruik ervan niet minder maar meer perspectief lijkt te bieden op vrijwillige terugkeer dan een verblijf in een detentiecentrum. En het is ook nog eens veel goedkoper dan het detineren van vreemdelingen.

6.3 Casemanagement als pilot

Na een moeizame start in de opvang van asielzoekers in Australië (zie paragraaf 4.2) wordt sinds het jaar 2000 een alternatief model gebruikt, dat in gewijzigde vorm toegepast wordt in Zweden, Groot-Brittannië, België en als pilot ook in Nederland. Behalve met casemanagement werd in Nederland in 2011-2012 geëxperimenteerd met plaatsing in een vrijheidsbeperkende locatie (VBL) en met de borgsom. Aangezien de VBL buiten de scope van dit kennisdocument valt en de vrijlating op borgsom slechts ‘zeer gering’ is gebruikt (ACVZ 2013, p. 66) – onduidelijk is om hoeveel personen het gaat – gaat het in dit document vooral over het casemanagementmodel als alternatief.

Het casemanagementmodel (*Community Assessment and Placement* oftewel CAP) werd in Australië ontwikkeld door Grant Mitchell. Het kenmerkt zich doordat bij elke asielaanvraag stapsgewijs nagegaan wordt hoe de begeleiding van de asielzoeker – en in een latere fase de uitgeprocedeerde asielzoeker – het best gedaan kan worden, zodat de procedures soepel verlopen, de asielzoeker actief bijdraagt aan elke stap, de uitkomst van de beslissing beter geaccepteerd wordt, de gezondheidsschade beperkt kan worden, alsook de kosten die gemaakt worden: ‘The focus is on assessing each case and ensuring that the community setting contains the necessary structures and conditions that will enable the individual to work towards a resolution of their migration status with authorities’ (IDC 2011, p. 4). Het gaat er om dat plaatsing in detentie zo veel mogelijk vermeden wordt, dat de persoon in kwestie alsook diens omgeving (familie, vrienden, kennissen) nauw betrokken wordt bij de aanvraag

en mogelijk ook de afronding van diens asielpcedure, en dat men zich in elke fase onderdeel weet van de samenleving.

Het CAP-model kent vijf stappen:

- 1 Veronderstel dat vreemdelingenbewaring niet nodig is – deze stap ligt vooral op het niveau van wetgeving, beleid en de praktische concretisering ervan.
- 2 Screen elk individueel geval – ga na wat de achtergrond, behoeftes, kwetsbaarheden en kracht van de persoon zijn in relatie tot zijn asielaanvraag, de familieomstandigheden en de situatie in het herkomstland.
- 3 Match de individu met de omgeving waarin hij geplaatst wordt – denk bij deze stap bijvoorbeeld aan clustering van personen met eenzelfde etniciteit of taal. En ook aan welk aandeel (bijvoorbeeld studie of werkervaring) de persoon in kwestie kan hebben ten gunste van de buurt waar hij terechtkomt.
- 4 Zoek manieren die de eigen betrokkenheid met de procesgang verhogen – waarbij op zoek gegaan wordt naar het voor deze persoon beste alternatief voor detentie. De verschillende alternatieven zoals eerder aangegeven passeren daarbij de revue. Bij de een ligt verblijf bij een familielid voor de hand, bij de ander een intensieve, verplichte supervisie of een borgsom.
- 5 Gebruik vreemdelingenbewaring als een laatste redmiddel – als alle andere opties besproken en uitgetoetst zijn, kan men – in een individueel geval en onder voorwaarden – overgaan tot inbewaringstelling. Onder de genoemde voorwaarden vallen onder meer het stellen van een tijdslimiet, het recht op informatie (inclusief gebruik van internet en Skype) en het recht op medische behandeling.

De uiteindelijke keuze en daarmee plaatsing van een (uitgeprocedeerde) asielzoeker wordt afhankelijk gemaakt van de resultaten bij het doorlopen van de verschillende stappen. Dat resultaat kan zijn: plaatsing in een open centrum of huis, voorwaardelijke vrijlating waarbij een van de alternatieven gebruikt wordt (zoals een borgsom, supervisie of monitoring) of, in exceptionele gevallen, plaatsing in een gesloten detentiecentrum. Binnen de detentiecentra geldt volgens het CAP-model bovendien een veel minder streng regime: er is vrij gebruik van (mobiele) telefoon, er geldt geen beperking met betrekking tot het ontvangen van bezoek, er worden cursussen gegeven en men mag op verzoek deelnemen aan activiteiten buiten het centrum.

6.4 Casemanagement in de Europese praktijk

Het CAP-model wordt behalve in Australië en Canada ook gebruikt in Zweden, en in gewijzigde vorm in België, en het is recentelijk (2010-2011) ook als pilot in Nederland uitgetoetst. Omdat het Zweedse model de meeste elementen omvat die bij het casemanagementmodel horen, wordt hier langer bij stilgestaan. De situatie in het Verenigd Koninkrijk en de Belgische invulling van het casemanagementmodel, het Terugkeerhuis, komt daarna aan de orde. Het hoofdstuk eindigt met de pilots in Nederland en de recente plannen van de staatssecretaris.

Zweden

Vanaf 2000 wordt in Zweden beduidend anders gewerkt dan daarvoor. Een belangrijk onderscheid met voorheen betreft allereerst dat er in de persoonlijke begeleiding van de asielzoeker geen onderscheid gemaakt wordt tussen zij bij wie de asielaanvraag nog lopende is en zij die te horen kregen dat hun asielaanvraag afgewezen is. Het traject wordt van begin tot einde (mogelijke terugkeer) in principe door dezelfde persoon, de casemanager, begeleid. Alle asielzoekers verblijven ten minste twee weken in het Carlslund Reception Centre om de initiële aanvraag in te vullen en eventuele gezondheids- of ondersteuningsbehoeften te kunnen laten beoordelen. Na die tijd gaat een asielzoeker naar een van de regionale asielzoekerscentra terwijl hij wacht op een beslissing. Indien de aanvrager familie of vrienden heeft in Zweden kan hij ervoor kiezen om daar de beslissing af te wachten, hetgeen meer dan de helft van alle aanvragers doet. Iedereen ontvangt een identiteitskaart. Regionale asielzoekerscentra zijn meestal appartementen in gemeenschappen in de buurt van een centraal receptiekantoor. Asielzoekers bezoeken dat kantoor maandelijks voor hun uitkering en voor nieuws over de asielprocedure. Ook kunnen ze er met hun vragen en (medische) problemen terecht. Aan elke asielzoeker is een casemanager verbonden die contact onderhoudt met de immigratiedienst en ook kan doorverwijzen voor medische zorg, begeleiding en andere diensten. Casemanagers doen verplicht aan ‘motiverende begeleiding’, een vorm van juridische oriëntatie waardoor de asielzoeker zich voorbereidt op alle mogelijke uitkomsten, inclusief een negatieve beslissing. De geïntegreerde benadering en het casemanagementsysteem in Zweden helpen beleidsmakers om geïnformeerde beslissingen te nemen over de asielaanvraag, en de asielaanvrager om zich beter voor te bereiden op verblijf in Zweden dan wel op terugkeer naar het herkomstland. Bij een negatieve beslissing en deportatie krijgt men aanvullende begeleiding: ‘generating 80% compliance rate’ (Lutheran Immigration and Refugee Service 2009, p. 19).

Een ander onderscheid met voorheen geldt de bewaking, beveiliging en begeleiding in de twee vreemdelingendetentiecentra in het land. Particuliere beveiligers hebben plaats gemaakt voor hoog opgeleid en gekwalificeerd personeel, in dienst van de Migratie Raad. Daarnaast zijn de meeste restricties opgeheven met betrekking tot vrijheid van informatie en bezoek. De Australische ontwikkelaars van het CAP-model bezochten Zweden en bestempelen het Zweedse model als een succes ‘not by increasing security and secrecy, but by: increasing consultation and access for NGOs, researchers and the media; the removal of companies running the detention centers, who don’t have the experience in the sensitive issues involved in working with asylum seekers; and by ensuring all detainees are treated with dignity and fairness, are aware of their rights and have the right to appeal’ (Refugee Council of Australia 2000, citaat uit Flynn & Cannon 2009, p. 13).

Verenigd Koninkrijk

In het Verenigd Koninkrijk zijn de laatste jaren veranderingen ingevoerd in het detentiebeleid, met name op het terrein van informatievoorziening en het regime. Tegenwoordig mag men cursussen volgen in vreemdelingendetentie, vrij bezoek ontvangen en internetten (ook sociale media). Verder heeft men een sleutel van de eigen kamer en mag men zich ook in de avond- en nachturen vrij in de binnen- en buitenruimtes bewegen. Er wordt slechts zeer uitzonderlijk gevisiteerd. De omstandigheden in de centra zijn daarmee beter dan in Nederland. Anderzijds

is het voor uitgeprocedeerde asielzoekers in Groot-Brittannië onmogelijk om te werken, waardoor ze, indien ze in vrijheid rondlopen en niet gedetineerd zijn, zonder inkomsten moeten zien te overleven. Ook klagen illegale vreemdelingen dat de autoriteiten niets of zeer weinig mededelen over de voortgang van de gesprekken met het land van herkomst (*readmission agreements*). Uitgeprocedeerde asielzoekers lopen daarmee het risico dat wanneer ze zich melden bij de autoriteiten, ze ter plekke opgepakt worden en in detentie geplaatst met het oog op hun (verplichte) terugkeer naar het herkomstland (Amaral 2011, p. 32).

Van casemanagement in het Verenigd Koninkrijk is sinds maart 2011 sprake bij gezinnen die niet langer het recht hebben om in het land te blijven. Men werkt dan volgens een vierstappenplan. Na het uitwisselen van informatie over en weer wordt eerst een plan gemaakt (stap 1). Stap 2 (begeleide terugkeer) is een gesprek met de familie over de verschillende terugkeeropties en hoe obstakels weggenomen kunnen worden. Stap 3 (vereiste terugkeer) houdt in dat de familie twee weken voor de datum van ‘verwijdering’ een brief thuis krijgt waarin aangegeven staat op welke dag men het land zal verlaten. Stap 4 (gewaarborgde terugkeer) komt in beeld als de familie op de gestelde datum nog steeds niet vertrokken is. Gedurende de eerste drie stappen krijgt het gezin alle hulp en uitleg die nodig is en ook medewerking van diverse partners. Bij stap 4 wordt toegewerkt naar gedwongen terugkeer. Het project wordt momenteel door de UNHCR geëvalueerd. Resultaten zijn dan ook nog niet voorhanden.

België

In België wordt, overigens alleen voor gezinnen met kinderen, sinds oktober 2009 gewerkt met Terugkeerhuizen. Het programma telt vijftien wooneenheden op twee locaties in zowel Vlaanderen als in Wallonië; het gaat om flats of eengezinswoningen die in alle opzichten ‘open’ zijn. De gezinnen worden bijgestaan door ‘coaches’, casemanagers in feite, die erop toezien dat het gezin zich houdt aan het contract dat men aangaat. In dat contract worden naast rechten en plichten ook afspraken gemaakt over het geval dat men met de noorderzon verdwijnt. De coach, de officiële bemiddelaar tussen de Belgische overheid en de andere actoren, zoekt samen met de familie naar de best mogelijke oplossing: terugkeer naar het herkomstland of verblijfsrecht. Het programma rust op wederzijds vertrouwen en coaches werken rond vrijwillige terugkeer nauw samen met IOM. Tussen de start in 2009 en mei 2013 hebben 468 gezinnen (met in totaal 871 kinderen) gebruikgemaakt van deze optie (Symposium Vreemdelingendetentie 2013). Waarbij volgens de UNHCR: ‘de praktijk heeft uitgewezen dat het vertrouwen van de gezinnen groter is wanneer de coach met hen alle mogelijke opties onderzoekt – verblijf en terugkeer – en hen helpt om een beslissing te nemen.’ (UNHCR 2011b, p. 14). Niet onbelangrijk is dat de gemiddelde verblijfsduur in een Terugkehrhuis slechts 24 dagen bedroeg. Minder positief is het feit dat een relatief groot percentage (een kwart) ervoor kiest om te vluchten. Ook de laatste cijfers wijzen uit dat een groot aantal gezinnen uiteindelijk toch met onbekende bestemming vertrekt, en er dus voor kiest niet terug te gaan naar het herkomstland. Longitudinaal onderzoek kan aantonen of de terugkeerhuizen echt tot hogere terugkeercijfers leiden. Dat gedetineerden er zich minder als gevangene en humaner behandeld voelen is daarentegen duidelijk, en het grote pluspunt.

Nederland

In april 2010 werd door minister Leers, de toenmalige minister voor Immigratie, Integratie en Asiel, toegezegd dat bekeken zou worden in hoeverre alternatieven voor detentie uit Australië ook in Nederland mogelijk zijn. In de ministeriële brief van 22 december 2011 noemt dezelfde minister ‘een viertal kleinschalige pilots’ die starten vanaf dat moment en doorlopend in 2012 uitgevoerd werden. Het gaat om:

- 1 Meldplicht (bij Vreemdelingenpolitie) in combinatie met facilitering bij terugkeer voor gezinnen en illegale vreemdelingen met medische problemen die verblijven ‘bij betrouwbaar te achten particulieren of instanties’.
- 2 Opvang in een vrijheidsbeperkende locatie (VBL). Dit alternatief richtte zich specifiek op vertrekplichtige ex-AMV’s.
- 3 Het betalen van een borgsom. Bij dit alternatief alsook het voorgaande denkt de minister aan ‘enkele tientallen zaken’.
- 4 Medefinanciering van terugkeerprojecten die door ngo’s uitgevoerd worden. Met name het Duurzame Terugkeer-project waarbij ook Pharos betrokken was, wordt in de brief genoemd.

Wat precies de resultaten zijn van de vier afzonderlijke pilots is vooralsnog niet duidelijk. De Adviescommissie Vreemdelingenzaken schrijft in een recent rapport dat ze het betreurt dat de pilotprojecten: ‘slechts op beperkte schaal en onder zeer beperkende criteria zijn uitgevoerd’ (ACVZ 2013, p. 61). Daarnaast vindt de ACVZ dat met name het risico dat illegale vreemdelingen zich *aan het toezicht zullen onttrekken* – zoals minister Leers een aantal maal in zijn brief schrijft – aanvaard moet worden. Zeker als daarmee de kans op onrechtmatige detentie van minderjarigen voorkomen kan worden¹⁷.

Een meer algemeen punt van kritiek is de vraag wat door beleidsmakers en autoriteiten als alternatief bestempeld wordt. Zo stelt staatssecretaris Teeven in zijn brief aan de Tweede Kamer (juli 2012) dat aan gezinnen met familie en vreemdelingen met afgewezen medische aanvragen de mogelijkheid geboden wordt om in pilot 1 (verplichte melddienst) te participeren. De vraag is echter of de vorm die deze pilot in Nederland heeft overeenkomt met de oorspronkelijke bedoeling. Volgens de justitiepastores start het alternatief ‘invrijheidstelling onder voorwaarden’ (pilot 1) in principe nog voor de illegale vreemdeling te horen heeft gekregen dat hij niet welkom is. In Nederland: ‘worden mensen vrijgelaten met een meldplicht maar meestal is dat pas na voor langere tijd gedetineerd te zijn geweest. In dat geval kan niet van een alternatief gesproken worden maar eerder van een aanvullende maatregel wanneer detentie tot niets heeft geleid’ (Justitia et Pax 2012, p. 21).

Hetzelfde geldt over hoe door beleidsmakers en officiële instanties over casemanagement gedacht wordt. Zo schrijft voormalig minister Leers in zijn brief aan de Kamer (22 december 2011) dat hij Australië gevraagd heeft om nadere informatie ‘over het gebruik van casemanagement’. Waarop enige tijd later de Dienst Terugkeer en Vertrek (DT&V) casemanagement op haar website noemt: ‘Casemanagement is maatwerk. Dit betekent dat de aanpak specifiek op desbetreffende persoon gericht is’

¹⁷ Tijdens het Symposium Vreemdelingendetentie anno 2013 vertelde Pieter Stockmans van Vluchtelingenwerk Vlaanderen dat de Belgische minister naar aanleiding van het grote aantal families dat uit de Terugkeerhuizen in de illegaliteit verdwijnt, zei: ‘Ik zie liever 20 procent verdwijnen dan dat ik kinderen moet opsluiten.’

<http://www.dienstterugkeerenvertrek.nl/organisatie/Werkwijze>). Het lijkt erop alsof de vierde pilot die genoemd wordt (Duurzame Terugkeer-programma's) door de minister en DT&V als uitvoerende partij als casemanagement bestempeld wordt. Het casemanagementmodel zoals in Australië, Zweden en België gebruikt wordt verschilt echter fundamenteel van de Nederlandse terugkeerprogramma's, omdat casemanagement in Nederland pas in zicht komt op het moment dat iemand uitgeprocedeerd is, oftewel als er geen zicht meer is op een verblijfsstatus. Bovendien is de DT&V een uitvoerende organisatie die zich richt op terugkeer. De 'dubbele pet' van de medewerker van de DT&V maakt het buitengewoon moeilijk om een vertrouwensrelatie met de illegale vreemdeling op te bouwen – hetgeen in praktijk de kern is van het CAP-model. Volgens de ACVZ ('de casemanager zou daadwerkelijk onafhankelijk van de DT&V en IND moeten opereren' – ACVZ 2013, p. 62) en de justitiepastores ('het succes van case management in Zweden en Australië is namelijk te verklaren vanuit het oogpunt dat asielzoekers en migranten vanaf het begin worden begeleid' – Justitia et Pax 2012, p. 29) is in Nederland – wat de pilots betreft – geen sprake van casemanagement.

Op 13 september 2013 publiceerde staatssecretaris Teeven een brief aan de Tweede Kamer waarin naast onderwerpen als tijdbesteding van asielzoekers in de opvang, de gesloten verlengde asielpcedure, buitenschuldbeleid en nareisbeleid ook vreemdelingenbewaring aan de orde komt. Over de alternatieven voor vreemdelingendetentie schrijft de staatssecretaris dat hij naar aanleiding van gesprekken met (inter)nationale ngo's en beleidmakers en de resultaten van de pilots in Nederland de volgende alternatieven voorstelt:

- 1 de meldplicht in combinatie met ('intense') begeleiding;
- 2 de borgsom (in principe €1750) in combinatie met een vertrektermijn van 28 dagen;
- 3 de inname van (reis)documenten in combinatie met meldplicht;
- 4 verblijf in een VBL in combinatie met meldplicht waarbij een maximale termijn geldt van 12 weken. De VBL zijn daardoor opengesteld voor ex-asielzoekers – zoals al enige tijd het geval was – maar ook voor: "andere vreemdelingen die bereid zijn aan terugkeer te werken" (p. 14). Tevens wordt een tweede vorm van vrijheidsbeperkende locatie opgezet; de VBL-plus waarbinnen een strenger regime geldt dan in de gewone VBL. In de VBL-plus zullen illegale vreemdelingen geplaatst worden die een 'extra toezichtsmaatregel opgelegd' kregen.
- 5 subsidies aan ngo's. Het gaat hierbij nadrukkelijk om terugkeerprojecten waarbij de staatssecretaris aangeeft dat sommige projecten volgens het case management model werken hetgeen, zoals eerder beschreven, niet geheel klopt met de opzet van CAP-model. Het valt op dat in de brief weinig aandacht besteed wordt aan gezondheid en zorg. Zo is gezondheid nog steeds geen factor die meegewogen wordt bij de vraag of een lichtere vorm van toezicht aangewezen is (p.8). En kan detentie van kwetsbare personen 'niet uitgesloten worden' (p. 9). De bereidheid tot medewerking aan vertrek lijkt cruciaal, en geldt in een groot aantal gevallen als voorwaarde om in aanmerking te komen voor een alternatieve toezichtsmaatregel. Oftewel psychische stoornissen of fysieke klachten op zich kunnen geen reden zijn om niet in vreemdelingendetentie gezet te worden. Wat zorg betreft wordt uit de brief niet duidelijk hoe de continuïteit van zorg gewaarborgd is, noch op het moment dat een gedetineerde vanuit detentie op straat gezet wordt noch bij terugkeer naar diens land van

herkomst. Een aantal maatregelen genoemd in de brief hebben wel een positief effect op gezondheid en welzijn. Bijvoorbeeld de plannen met betrekking tot activering. De staatssecretaris schrijft op korte termijn activiteiten te willen aanbieden aan gedetineerden in de VBL's en in gezinslocaties. Ook over een cursus opvoedingsondersteuning wordt gedacht (p.31). Verder komt er onderscheid in regime in vreemdelingendetentie. Naar aanleiding van gesprekken (met de persoon zelf en betrokken instanties) en observaties op de BAD-afdeling wordt na maximaal twee weken besloten onder welk regime men komt te vallen: het verblijfsregime of het beheersregime. In het laatste geval heeft men minder vrijheden. De staatssecretaris geeft aan dat over nadere invulling van het verblijfsregime nog nagedacht moet worden. De terugkeerbereidheid van vreemdelingen is vooralsnog niet van invloed op in welk regime men geplaatst wordt.

Welk gezondheidseffect de alternatieven voor detentie hebben vergeleken met gedwongen verblijf in een detentiecentrum is nog niet bekend. Vanuit het perspectief van gezondheid kan gedacht worden aan existentiële elementen als behoud van autonomie, respect en vrijheid. Maar ook aan zaken als meer mogelijkheden voor beweging en contact met familieleden en andere betrokkenen. Voor een aantal Australische psychiaters lijkt de keuze voor alternatieven een logisch gevolg van de eerdere slechte ervaringen met vreemdelingendetentie: 'Confinement, isolation, lack of freedom, perceptions of being arbitrarily punished, uncertainty about the future, and fear of being returned to situations of danger all converge to create a pattern of deteriorating mental health that does not appear to be evident in community-based alternatives (Steel e.a. 2011).

Puntsgewijs de belangrijkste zaken:

- Er zijn verschillende redenen om alternatieven voor vreemdelingendetentie te ontwikkelen, variërend van praktische overwegingen, de kosten, omwille van het effect op terugkeerbereidheid en vanuit mensenrechtelijk oogpunt.
- Binnen en buiten Europa wordt een zestal alternatieven uitgetoetst waaronder de borgsom en het gebruik van de enkelband.
- In Australië is een casemanagementmodel ontwikkeld dat nu ook gebruikt wordt in onder andere Zweden en België. Het model kent vijf stappen en zorgt ervoor dat detentie vermeden kan worden, terwijl de vreemdeling en diens gezin nauw betrokken zijn bij elke fase van de asielprocedure, inclusief terugkeer naar het herkomstland indien dat de uitkomst is.
- De ervaringen met casemanagement in Europa lijken vooralsnog veelbelovend maar zijn wisselend. Verder onderzoek is nodig. In Nederland lopen kleinschalige pilots naar alternatieven voor detentie. Een van de pilots wordt gepresenteerd als casemanagement maar het ontbreekt aan cruciale elementen van het basismodel.
- Binnen recente beleidskaders wordt een uitbreiding van alternatieven overwogen. De terugkeerbereidheid lijkt echter voorwaarde om hiervoor in aanmerking te komen; de factor gezondheid wordt nog steeds niet meegewogen bij de beslissing.

Nawoord

De zorg voor kwetsbare groepen, zoals asielzoekers en vreemdelingen in detentie, heeft veel aandacht gekregen in de periode waarin dit kennisdocument werd geschreven (september 2012 – september 2013). Zowel in de media als in de Tweede Kamer. Naar aanleiding van het overlijden van Aleksander Dolmatov en het vanuit vreemdelingendetentie terugsturen van een ernstig ziek Georgisch meisje, heeft de staatssecretaris van Justitie en Veiligheid recentelijk aangekondigd stappen te zetten om de kwetsbare overdrachtsmomenten in de vreemdelingenketen te verbeteren en de menselijke maat terug te brengen in deze keten. Terugblikkend op de informatie in dit kennisdocument zijn de volgende zaken daarbij van groot belang:

- De lichamelijke conditie van illegale vreemdelingen op het moment van detentie is vaak slecht. Datzelfde geldt voor de psychische en psychosociale gezondheid. In veel gevallen zijn vreemdelingen die in detentie gezet worden kwetsbare personen.
- Uit divers onderzoek blijkt dat detentie een negatieve impact heeft op de gezondheid. Depressie, angst en traumagerelateerde klachten nemen toe naarmate de detentie langer duurt. Bovendien blijft een aanzienlijk deel van de gedetineerden ook lange tijd nadat ze uit detentie gezet zijn deze klachten houden.
- Onderzoek maakt verder duidelijk dat de ervaren gezondheid van grote invloed is op de beslissing om terug te keren; een verbetering van zijn gezondheid kan een gedetineerde ertoe aanzetten om mee te werken aan zijn terugkeer – hetgeen ook de basis was voor het Pharos-werkboek *Bewogen Terugkeer* (Geraci, 2011).

Daarnaast blijkt uit het kennisdocument dat de medische zorg in vreemdelingendetentie op orde lijkt te zijn. Ook de houding van zorgverleners in de centra is professioneel te noemen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en anderen signaleren echter knelpunten en problemen wat betreft de organisatie, uitvoering en continuïteit van zorg. Waaronder:

- over de verstrekking van medicatie (met name tijdens avond- en nachturen)
- het onderschatten van gezondheidsklachten van gedetineerden
- de mogelijkheid van zorg bij verwijzingen (naar de tweede lijn)
- gebrek aan aandacht voor preventie van zorg en voor privacy aspecten
- gebrek aan overleg tussen de medische dienst en de toezichthouders (zowel tijdens de detentie als bij ontslag van ernstig zieke gedetineerden)
- het niet of onvolledig verstrekken van medische informatie aan belanghebbende derden tijdens overdrachtsmomenten (met name bij terugkeer naar het land van herkomst)
- het niet meegeven aan de betrokken gedetineerde van de medische bescheiden bij ontslag.

Bij de verder uitwerking van de plannen van de staatssecretaris Teeven is het dan ook raadzaam om gezondheid daarin mee te nemen en daarmee nog beter aan te sluiten bij

menselijke maat. De volgende mogelijkheden kunnen daarbij in overweging genomen worden:

- Naar aanleiding van de laatste brief van de staatssecretaris is het aan te bevelen om de gezondheid van de illegale vreemdeling een vaste plaats te geven als factor bij de vraag of “een lichter middel (van toezicht, EV) aangewezen is” (Teeven 2013b, p.8).
- Meer aandacht voor alternatieven voor detentie en het functioneren van de schakels in de zorgketen houdt tevens in dat er *op maat gezocht* wordt naar welke vorm van opvang het beste is voor kwetsbare individuen. Bij het maken van een keuze zou naast bereidheid om over de toekomst en terugkeer na te denken gekeken moeten worden naar welke condities meer mogelijkheden bieden voor empowerment, activering en gunstige effecten op gezondheid en welzijn.
- Rekening houdend met de psychische kwetsbaarheid van groepen illegale vreemdelingen is duidelijk dat de onderkenning van deze kwetsbaarheid en de signalering ervan op individueel niveau dient plaats te vinden. Deze onderkenning en signalering zou een plaats moeten krijgen op meerdere momenten gedurende het hele traject in de vreemdelingenketen. Van belang verder is dat zulke signalering door meerdere ketenpartners gedaan kan worden.
- De continuïteit van zorg bij psychische problematiek is een punt van zorg gebleken in de centra voor vreemdelingendetentie. De staatssecretaris geeft in zijn recente brief aan dat een samenwerkingsovereenkomst gesloten is met het GC A voor de overdracht van medische gegevens aan DJI. Dit is een positieve ontwikkeling. De volgende vraag dringt zich echter wel op: wat zijn de plannen met betrekking tot continuïteit van zorg wanneer een gedetineerde vanuit detentie, de VBL of de Gezinslocatie op straat gezet wordt? Het is in die gevallen aan te bevelen dat de medische dienst (DJI) of GCA aansluiting zoekt bij de opvangnetwerken voor opvang en zorg aan ongedocumenteerden; zij zijn immers op de hoogte van de lokale en regionale mogelijkheden voor zorg.

Literatuur

- ACVZ (2013). *Vreemdelingenbewaring of een lichter middel? Advies over de besluitvorming bij inbewaringstelling van vreemdelingen*. Den Haag: Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken.
- Amaral, P. (2011). *From Deprivation to Liberty. Alternatives to detention in Belgium, Germany and the United Kingdom*. Brussel: Jesuit Refugee Service – JRS.
- Amaral, P. (Ed.) (2010). *Becoming vulnerable in detention. Civil Society report on the detention of vulnerable asylum seekers and irregular migrants in the European Union*. Brussel: Jesuit Refugee Service – JRS.
- Amnesty International (2010a). *Vreemdelingendetentie: in strijd met mensenrechten*. Amsterdam.
- Amnesty International (2010b). Videofilm *Vreemdelingendetentie* (op dvd).
- Amnesty International (2011). *Vreemdelingendetentie in Nederland: het moet en kan anders. Alternatieven voor detentie*. Amsterdam.
- Alphen van, B., Molleman, T., Leerkes, A. & Hoek van, J. (2013). *Van bejegening tot vertrek. Een onderzoek naar de werking van vreemdelingenbewaring*. WODC-Cahier 308. Den Haag: WODC Onderzoek en beleid.
- Broek, T. van der & Molleman, T. (2012). *Personeel in de vreemdelingenbewaring: de arbeidssituatie, agressie en geweld*. WODC-Cahier 2012-7. Den Haag: WODC.
- Bull, M., Schindeler, E., Berkman, D. & Ransley, J. (2012). Sickness in the system of long-term immigration detention. *Journal of Refugee Studies*, 26(1): 47-68.
- CBS (2012). Criminaliteit en Rechtshandhaving 2011. Tabel 7.1. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- CITT (2013). *Jaarverslag 2012*. Commissie Integraal Toezicht Terugkeer. Den Haag: Ministerie Binnenlandse van Zaken.
- Cleveland, J. & Rousseau, C. (2013). Psychiatric symptoms associated with brief detention of adult asylum seekers in Canada. *Canadian Journal Psychiatry*, 58(7): 409-416.
- Coffey, G., Kaplan, I., Sampson, R. & Tucci, M. (2010). The meaning and mental health consequences of long-term immigration detention for people seeking asylum. *Social Science & Medicine*, 70: 2070-2079.
- Cohen, J. (2008). Safe in our hands? A study of suicide and self-harm in asylum seekers. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 15: 235-244.
- CVZ (2013). *7e Monitor Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.
- De Volkskrant* (2013a). Asielzoekers in hongerstaking niet meer naar isoleercel, 8 mei.
- De Volkskrant* (2013b). Teeven versoepelt vreemdelingenbeleid, 19 juni
- DJI (2006). *Gezondheidszorgvisie DJI*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen.
- DJI (2008). *Vreemdelingenbewaring in Nederland 2007. Survey onder vreemdelingen naar het verblijf binnen de inrichting*. Den Haag: CUB, Informatieanalyse en Documentatie.
- DJI (2013). *Vreemdelingenbewaring in getal*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Dourleijn, E. & Dagevos, J. (2011). *Vluchtelingengroepen in Nederland. Over de integratie van Afghaanse, Iraakse, Iraanse en Somalische migranten*. Den Haag: SCP.
- EMN (2009). *Statistisch jaaroverzicht. Migratie en internationale bescherming. Europees Migratie Netwerk*. Den Haag: Informatie- en analysecentrum van de Immigratie- en Naturalisatiedienst (INDIAC).

- EMN (2012). *Praktische maatregelen tegen illegale migranten in Nederland. Europees Migratie Netwerk*. Den Haag: Informatie- en analysecentrum van de Immigratie- en Naturalisatiedienst (INDIAC).
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365(9467): 1309-1314.
- Flynn, M. & Cannon, C. (2009). *The Privatization of Immigration Detention: Towards a Global View. A Global Detention Project Working Paper*. Genève.
- FRA (2010). *Detention of third-country nationals in return procedures*. Thematic Report by European Union Agency For Fundamental Rights. Vienna.
- Geraci, D. (2011). *Bewogen Terugkeer. Methodiek voor psychosociale begeleiding van (ex)asielzoekers en ongedocumenteerden* Utrecht: Pharos.
- Gerritsen, A., Ploeg, H. van der, Devillé, W. & Lamkaddem, M. (2005). *Gevlucht-Gezond? Een onderzoek naar de gezondheid van, en het zorggebruik door asielzoekers en vluchtelingen in Nederland*. Utrecht/Amsterdam: NIVEL/VUmc.
- Goosen, S. & Gerritsen, A. (2007). *Het onderzoek 'Gevlucht-Gezond?' vanuit preventieperspectief. Epidemiologische gegevens over de gezondheidstoestand en het zorggebruik van asielzoekers*. GGD Nederland.
- Green, J. & Eagar, K. (2010). The health of people in Australian immigration detention centres. *Medical Journal Australia*, 192(2): 65-70.
- Heyden, P. van der, Cruyff, M. & Gils, G. van (2011). *Schattingen illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen*. Den Haag: WODC.
- IDC (2011). *There are alternatives. A handbook for preventing unnecessary immigration detention*. Melbourne (Australië): International Detention Coalition.
- IGZ (2009a). *Medische diensten in detentiecentra: verantwoorde zorg, maar nog niet geborgd*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- IGZ (2009b). *Medische diensten in penitentiaire inrichtingen: achter tralies nu veiliger zorg, maar verbeteringen nog nodig*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- ISt (2010). *De tenuitvoerlegging van de vreemdelingenbewaring. Drie detentiecentra doorgelicht*. Den Haag: Inspectie voor de Sanctietoepassing.
- ISt (2012). *Tussentijds toezicht centra voor vreemdelingenbewaring*. Den Haag: Inspectie voor de Sanctietoepassing.
- Justitia et Pax (2010). *Humaniteit in vreemdelingenbewaring. Ervaringen van het r.-k. justitiepastoraat*. Den Haag: Justitia et Pax Nederland.
- Justitia et Pax (2012). *Effect door Respect. Alternatieven voor vreemdelingenbewaring in Nederland*. Den Haag: Justitia et Pax Nederland.
- Kalmthout, A. van (2012). *Mensenrechten en het effect van detentie op vreemdelingen*. State of the Art lezing sectie Interculturalisatie van het NIP.
- Kalmthout, A. van, Graft, A., Hansen, L. & Hadrouk, M. (2004). *Terugkeermogelijkheden van vreemdelingen in vreemdelingenbewaring*. Universiteit van Tilburg.
- Keller, A., Rosenfeld, B., Trinh-Shevrin, C., Meserve, C., Sachs, A., Leviss, J., Singer, E., Smith, H., Wilkinson, J., Kim, G., Alden, K. & Ford, D. (2003). Mental health of detained asylum seekers. *Lancet*, 362, Research letters Nov 22, 1721-1723.
- Kox, M. (2011). *Leaving Detention? A study on the influence of immigration detention on migrants' decision-making processes regarding return*. Den Haag: IOM.
- Laban, K., Gernaat, H., Komproe, I., Schreuders, B. & Jong, J. de (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 192(12): 843-851.

- Leerkes, A., Galloway, M. & Kromhout, M. (2011). *Kiezen tussen twee kwaden. Determinanten van blijf- en terugkeerintenties onder (bijna) uitgeprocedeerde asielmigranten*. WODC cahier 2010-5. Den Haag: WODC.
- Leers, G. (2011). *Alternatieven voor vreemdelingenbewaring*. Brief Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Kenmerk 2011-20000589542.
- Linde, I. van der (2013a). Vreemdelingendetentie. De laatste halte. *De Groene Amsterdammer*, 7 maart.
- Linde, I. van der (2013b). Nalatig, passief en onzorgvuldig. *De Groene Amsterdammer*, 25 april.
- Lutheran Immigration and Refugee Service (2009). *Alternatives to Detention Programs, an International Perspective*. VS.
- McLoughlin, P. & Warin, M. (2008). Corrosive places, inhuman spaces: Mental health in Australian immigration detention. *Health & Place*, 14(2): 254-264.
- Médecins du Monde (2013). *Acces to healthcare in Europe in times of crisis and rising xenophobia. An overview of the situation of people excluded from healthcare systems*. Parijs: Inserm/MDM.
- Meldpunt Vreemdelingendetentie (2012) Nieuwsbrief 25-10.
- Meldpunt Vreemdelingendetentie (2012). Nieuwsbrief 20-12.
- Meldpunt Vreemdelingendetentie Archief (<http://www.meldpuntvreemdelingendetentie.nl/?id=260>)
- Metzner, J. & Fellner, J. (2010). Solitary confinement and mental illness in U.S. Prisons: a challenge for medical ethics. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 38: 104-108.
- Momartin, S., Steel, Z., Coello, M., Aroche, J., Silove, D.M. & Brooks, R. (2006). A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *Medical Journal Australia*, 185 (7): 357-361.
- Nationale Ombudsman (2012). *Vreemdelingenbewaring: strafregime of maatregel om uit te zetten. Over respect voor mensenrechten bij vreemdelingenbewaring*. Rapport 2012/105. Den Haag.
- Neale, D. (2012). *'A prison in the mind': the mental health implications of detention in Brook House Immigration Removal Centre*. Gatwick (GB): Gatwick Detainees Welfare Group.
- Oort, M. van, Kulu Glasgow, I., Weide, M. & Bakker, D. de (2001). *Gezondheidsklachten van illegalen. Een landelijk onderzoek onder huisartsen en Spoedeisende Hulpafdelingen*. Utrecht: NIVEL.
- Pourgoirides, C. (1997). A second exile: the mental health implications of detention of asylum seekers in the UK. *Psychiatric Bulletin*, 21: 673-674.
- Reijersen van Buuren (2012). Visitatie in vreemdelingenbewaring. *A&MR*, 7: 330-336.
- Rijksoverheid (2012). *Rapportage Vreemdelingenketen*. Periode januari-juni 2012.
- Robjant, K., Hassan, R. & Katona, C. (2009a). Mental health implications of detaining asylum seekers: a systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 194: 306-312.
- Robjant, K., Robbins, I. & Senior, V. (2009b). Psychological distress amongst immigration detainees: A cross-sectional questionnaire study. *British Journal of Clinical Psychology*, 48: 275-286.
- Silove, D., Austin, P. & Steel, Z. (2007). No refuge from Terror: The impact of detention on the mental health of trauma-affected refugees seeking asylum in Australia. *Transcultural Psychiatry*, 44(3): 359-393.
- Steel, Z., Lidell, B., Bateman-Steel, C. & Zwi, A. (2011). Global protection and the health impact of migration interception. *PLoS Medicine*, 8(6): e1001038.
- Steel, Z., Silove, D., Brooks, R., Momartin, S., AlZuhairi, B. & Susljik, I. (2006). Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *British Journal of Psychiatry*, 188: 58-64.
- Stronks, M. (2012). De paradox van de zichtbare illegaal. *De Groene Amsterdammer* 06-12.
- Symposium Vreemdelingendetentie anno 2013. Verslag/Report. Amnesty International.

- Teeven, F. (2012). Brief aan de Tweede Kamer, 21 december.
<http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2012/12/21/illegaal-verblijf-van-vreemdelingen-straftbaar.html>
- Teeven, F. (2013a). Vreemdelingenbewaring. Brief Ministerie van Veiligheid en Justitie. Reactie op brief van de Nationale Ombudsman. Kenmerk 2013-00001210197.
- Teeven, F. (2013b). Toezeggingen op Rapporten en adviezen vreemdelingenbeleid. Brief aan de Tweede Kamer. Kenmerk 414078.
- Toet, J., Haks, K., Mazurkiewicz, E., Vries, R de., Dolman, M., Roelofs, J., Smit, R., Ameijden, E. van & Reinking, D. *Themarapport zorg voor sociaal kwetsbaren. Volksgezondheidsmonitor Utrecht 2005*. Utrecht: GGD.
- Trouw (2013). Honderden vreemdelingen in isoleercel, 23 januari.
- Tsangarides, N. (2012). *“The second torture”: The immigration detention of torture survivors*. Londen: Medical Justice.
- UNHCR (2011a). Samenvattend rapport. Regionale conferentie over alternatieven voor de detentie van asielzoekers, vluchtelingen en staatlozen Regionale vertegenwoordiging voor West-Europa. Brussel: Office of the United Nations High Commissioner for Refugees.
- UNHCR (2011b). *Naar alternatieven voor detentie van asielzoekers in België*. Brussel: Office of the United Nations High Commissioner for Refugees.
- Veenema, T. Wieggers, T. & Devillé, W. (2009). *Toegankelijkheid van gezondheidszorg voor ‘illegalen’ in Nederland: een update*. Utrecht: NIVEL.
- Yosofi, T. & Muijsenbergh, M. van den (2009). Gezondheidsklachten van ongedocumenteerde mannen en hun ervaringen met huisartsenzorg. Nijmegen: UMC St Radboud, afdeling Eerstelijns geneeskunde.

Richtlijnen uit:

- Council of Europe (1998). The Prison Rules. Recommendation No. R (98)7 of the Committee of Ministers to Member States concerning the Ethical and Organisational Aspects of Health Care in Prison states. Download via <http://tinyurl.com/auj3ghu>
- The Declaration of Tokyo (1975). Guidelines for Medical Doctors concerning Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in relation to Detention and Imprisonment (adopted by the 29th World Medical Assembly in Tokyo/Japan).
- UN (1999). Istanbul Protocol. Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Geneva.