

“Medisch beperkt” in asiel

Medische en psychische problemen in de asielprocedure en de mogelijkheden van werkinstructie 2010/13

Veel asielzoekers kampen met medische en psychische problemen die ertoe kunnen leiden dat zij niet goed in staat zijn hun asielrelaas te doen. De aandacht hiervoor groeit, maar onderzoek en praktijk wijzen uit dat er nog het nodige valt te verbeteren.

1. Inleiding

‘De Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) wordt in asielprocedures regelmatig geconfronteerd met asielzoekers die in meer of mindere mate te kampen hebben met psychische en/of medische problemen. Dergelijke problemen kunnen gevolgen hebben voor diverse fases van de behandeling van de asielaanvraag, zoals het (nader) gehoor en/of het beoordelen van het asielrelaas’, zo luiden de eerste twee zinnen van IND-werkinstructie 2010/13, getiteld ‘behandeling van medisch advies-zaken’.¹ Deze werkinstructie 2010/13 is de opvolger van werkinstructie 2008/6 (behandeling van asielzaken van personen met psychische problemen).

In de periode 1 maart 2010 tot 1 maart 2011 heeft het Centrum voor Migratierecht (CMR) in samenwerking met het Instituut voor Rechtssociologie van de Radboud Universiteit Nijmegen onderzoek gedaan naar de effecten van IND-werkinstructie 2008/6. Karin Zwaan, een van de auteurs van dit artikel, heeft aan dat onderzoek bijgedragen en is tevens co-auteur van het op basis daarvan verschenen rapport ‘Gehoor geven’.² Dit artikel zal allereerst ingaan op de medische problemen die de asielzoeker kunnen beperken in zijn vermogen om tijdens

de asielprocedure goed zijn verhaal te doen. De erkenning van die problematiek heeft geleid tot beide werkinstructies. Vervolgens komt aan de orde het medisch advies in de vernieuwde asielprocedure. Op basis van het CMR-onderzoek trekken we de lijn door naar de nieuwe IND-werkinstructie 2010/13 en de mogelijkheden die deze werkinstructie voor de praktijk biedt om met medische aspecten rekening te houden. We belichten die mogelijkheden zoveel mogelijk vanuit verschillende invalshoeken (arts, IND, wetenschap, rechtspraak). Deze bijdrage richt zich voornamelijk op de eerdergenoemde beperkingen, en bespreekt zijdelings ook de rol van medisch steunbewijs.

2. Medische problemen en het asielrelaas

Asielzoekers hebben gemiddeld meer medische problematiek dan de algemene Nederlandse populatie. Meer dan de helft van de asielzoekers beschouwen hun gezondheid als slecht.³ Vooral psychische en psychiatrische aandoeningen komen frequent voor.

Onderzoek onder Iraakse asielzoekers laat een hoge prevalentie (42 procent) van psychiatrische stoornissen zien bij de

1 Te vinden op de site www.ind.nl, zoekterm 2010/13.

2 Krista van Mourik, Karin Zwaan en Ashley Terlouw, Gehoor geven. Een onderzoek naar de toepassing van IND-werkinstructie 2008/6 omtrent asielzoekers met psychische problemen, Nijmegen; WLP 2011.

3 Gerritsen, A.A.M., Bramsen, I., Devillé, W. e.a., Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 41, 2006, 1: 18-26.

groep asielzoekers die kort in Nederland is.⁴ Van deze groep heeft 31 procent een posttraumatische stress stoornis (PTSS) en 25 procent een depressieve stoornis. Gezien het korte tijdsbestek na aankomst in Nederland (gemiddeld 2,5 maand) geven deze cijfers een indicatie voor de psychische problemen van deze groep bij aankomst in Nederland. Ander onderzoek bevestigt de psychische en psychiatrische problematiek van asielzoekers.⁵ Deze psychische problemen zijn in veel gevallen ook aanwezig tijdens de gehoren met de IND en leiden tot functionele beperkingen die asielzoekers kunnen hinderen bij het doen van hun asielrelaas.⁶

Allereerst zijn er geheugenproblemen. Traumatisering beïnvloedt het opslaan én ophalen van herinneringen. Depressie en PTSS leiden tot veranderingen in het autobiografische geheugen.⁷ Hersendelen en neurotransmitters die betrokken zijn bij het geheugen veranderen. Dit kan enerzijds leiden tot onuitwisbare en zich opdringende herinneringen in de vorm

maat zijn voor geloofwaardigheid. Het gaat dan bijvoorbeeld over ruimten, data, tijdstippen, duur van reis of verblijf, aantal aanwezigen en kledij van bewakers of vliegtuigpersoneel. Het niet kunnen noemen van deze details of daarover incoherent, incompleet of inconsistent verklaren kan dus terug te voeren zijn op psychische problematiek die de geheugenfunctie negatief beïnvloedt. Dit slechts zien als uiting van ongeloofwaardigheid is te beperkt.¹²

Verder is bekend dat herhaalde ondervragingen vaak leiden tot meer correcte traumatische geheugendetails, waardoor er een betere herinnering ontstaat. Deze zogenaamde hypermnésie leidt tot een completer asielrelaas maar automatisch ook tot inconsistenties. Dit duiden als ongeloofwaardig is strijdig met de hier aangehaalde wetenschappelijke kennis.¹³

Niet onbelangrijk zijn verder de concentratieproblemen, die een gevolg kunnen zijn van zowel PTSS als depressie. Hierdoor kan een asielzoeker tijdens zijn gehoor minder de aandacht

Traumatisering beïnvloedt het opslaan én ophalen van herinneringen.

van herbelevingen en anderzijds tot een fragmentatie of het geheel wegvallen (amnesie) van een herinnering aan een traumatische gebeurtenis.⁸ Beide uitersten (levendige versus afwezige herinneringen) komen voor, maar vooral alle gradaties er tussenin.

Bij asielzoekers is het meestal niet mogelijk te bepalen of het verhaal dat zij vertellen ter onderbouwing van hun asielverzoek werkelijk heeft plaatsgevonden zoals zij dat vertellen. Er zijn geen andere getuigen en externe evidentie ontbreekt. Dus kan niet worden bepaald of een herinnering accuraat of volledig is.⁹ Bij het oordeel over de kwaliteit van de herinnering van de asielzoeker valt de IND terug op consistentie (herinnering is dezelfde op verschillende momenten) als maat voor geloofwaardigheid. En juist bij traumatische herinneringen komen inconsistenties frequent voor.¹⁰ Hierbij kan tunnelgeheugen een rol spelen, waarbij het geheugen voor de centrale details van een bedreigende gebeurtenis goed is, maar voor de perifere details slecht.¹¹ Het bestaan van deze wetenschappelijk onderbouwde beperking betekent dat herinneringen over perifere details van traumatische herinneringen een slechte

richten en vasthouden, waardoor het lastiger kan zijn om herinneringen op te halen uit het geheugen.

Ook vertellen asielzoekers regelmatig over klappen op het hoofd, hoofdwonden, ontploffingen en verlies van bewustzijn. Dit kan gepaard gaan met hersenletsel dat op zijn beurt kan leiden tot problemen met geheugen, gedrag en concentratie.¹⁴ Veel overlevenden van mishandeling en marteling spreken liever niet over wat ze hebben meegemaakt.¹⁵ Het ophalen van herinneringen haalt de pijnlijke gevoelens naar boven die tijdens de mishandeling werden beleefd. Bovendien is zwijgen een veel gebruikte psychologische overlevingsstrategie. Dit kan nog eens worden versterkt onder repressieve regimes waar niemand te vertrouwen is.

Schaamte kan ook een rol spelen. Schaamte is een emotie die sterk is ingebed in de culturele context. In veel culturen is schaamte, in samenhang met eer, een sterke factor in het sociale verkeer.¹⁶ De culturele norm is dan dat er wordt gezwegen over moeilijke en emotionele zaken. Dit maakt het delen van deze zaken bijna onmogelijk. Bij asielzoekers speelt dit vooral bij seksueel geweld en martelingen. De kracht van schaamte en eerverlies kan zo groot zijn dat een asielzoeker soms zal kiezen om te zwijgen over ervaringen, omdat hij zich dan veiliger voelt voor de eigen toekomst en in de familie of gemeenschap.¹⁷ Het komt regelmatig voor dat dit zwijgen pas doorbroken wordt in een medische behandeling. Uit onderzoek blijkt dat asielzoekers die te maken hebben gehad met seksueel geweld grote moeite hebben met het vertellen over het geweld in de

4 Laban, C.J., Gernaat, H.B.P.E., Komprou, I.H. e.a., Invloed van de duur van de asielprocedure op de prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Iraakse asielzoekers in Nederland. Tijdschrift voor Psychiatrie 2005, 47: 743-752.

5 Zie 3; Fazel, M., Wheeler J. & Danesh J., Prevalence of serious mental disorders in 7000 refugees resettled in western countries; a systematic review. The Lancet 2005, 365: 1309-1314.

6 Bloemen E., Vloeberghs E & Smits C., Psychological and psychiatric aspects of recounting traumatic events by asylum seekers. In: R.Bruin, M. Reneman & E. Bloemen (eds). Care Full. Medico-legal reports and the Istanbul Protocol in asylum procedures. Utrecht/Amsterdam: Pharos/Amnesty 2006. International/Vluchtelingenwerk, p. 42-85.

7 Mc Nally, R., Remembering Trauma. Cambridge: Harvard University Press 2003.

8 Jelinek, L & Jacobsen D e.a., Verbal and Nonverbal Memory Functioning in Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology 2007, 28 (6), 940-948.

9 Cohen, J., Questions of Credibility: omissions, discrepancies and errors in the testimony of asylum seekers. International Journal of Refugee Law 2001, 13, 3: 293-309.

10 Hepp, U., Gamma, A., Milos, G., e.a., Inconsistency in reporting potentially traumatic events. British Journal of Psychiatry 2006, 18: 278-283.

11 Candel, I. & Merckelbach, H., Het geheugen voor negatieve gebeurtenissen. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie 2002, 57: 1-9.

12 Herlihy, J. & Turner, S., Should discrepant accounts given by asylum seekers be taken as proof of deceit? Torture 2006, 16: 81-91.

13 Herlihy, J. & Turner, S.W., The psychology of seeking protection. International Journal of Refugee Law 2009, 21, 2: 171-192.

14 MacDonald, B., C. Mummery & D. Heaney, Health needs of asylum seekers and refugees. Head injury needs to be taken in to consideration in survivors of torture (letter). British Medical Journal 2001, 323, 230.

15 Gangsei D. & Deutsch, A., Psychological evaluation of asylum seekers as a therapeutic process. Torture 2007, 17: 79-87.

16 Groen, M., De samenhang van schaamte en geweld. Tijdschrift voor Psychotherapie, 29: 255-269.

17 Tankink M. (2009). Over zwijgen gesproken... Utrecht: Pharos 2003.

gehoren en dit in veel gevallen niet of onvolledig doen.¹⁸ Vermijding als kernsymptoom van traumatisering versterkt bij asielzoekers nog eens de schaamte en de 'zwijgkracht.'

Tot slot speelt wantrouwen vaak een rol. Traumatisering tast immers het gevoel anderen te kunnen vertrouwen aan.¹⁹ Daarnaast is in veel landen wantrouwen jegens een onderdrukken-overheid een normaal verschijnsel. Asielzoekers zien soms medewerkers van de IND als moeilijk te vertrouwen overheidsdienaren.

Veel asielzoekers zijn in eerste instantie bezig met vragen als: "Is die IND-medewerker of advocaat wel te vertrouwen...?"

Al deze verschijnselen verhouden zich slecht tot de eis om in de asielprocedure meteen alles te moeten vertellen. Veel asielzoekers zijn in eerste instantie bezig met vragen als: "Is die IND-medewerker of advocaat wel te vertrouwen...?" of "Is het wel veilig om hier alles te bespreken...?" Asielzoekers vertellen dat er in de asielprocedure weinig tijd en ruimte is voor het ontstaan van een sfeer waarin schaamte en wantrouwen kunnen afnemen.²⁰

Ook aan de zijde van de IND is sprake van wantrouwen. Het speelt een centrale rol in haar onderzoekstaak. Een wantrouwende houding moet IND medewerkers helpen om liegende asielzoekers op te sporen. Het gebrek aan vertrouwen van twee kanten kan elkaar versterken ("zie je wel dat hij liegt en niet te vertrouwen is" versus "zie je wel dat hij me niet gelooft en niet te vertrouwen is..."). Dit zichzelf versterkende communicatieproces kan de kwaliteit van de asielbeoordeling ondermijnen. Kennis van de psychologische mechanismen die hierbij een rol spelen kan dit voorkomen.²¹

3. Kritiek op negeren medische aspecten

De snelle Nederlandse asielprocedure kreeg het afgelopen decennium veel kritiek. Internationale organisaties zoals Human Rights Watch, het VN Comité tegen foltering en UNHCR wezen op de gevaren van een te snelle asielbeoordeling als het gaat om groepen kwetsbare asielzoekers, zoals martelingslachtoffers en getraumatiseerde asielzoekers.

De geloofwaardigheid van de asielzoeker speelt bij de beslissing omtrent het verlenen van een verblijfsvergunning asiel een cruciale rol. De stelplicht inzake het asielrelaas ligt in beginsel bij de asielzoeker.²² Bij de beoordeling van een asielaanvraag spelen de medische aspecten in beginsel geen rol, aangezien er medisch gezien (meestal) geen zekere uitspraken zijn te doen over de oorzaken van medische klachten en/of littekens, zo luidt de door IND gehanteerde beleidsregel.²³

In 2004 constateerde de Commissie Smeets dat medische problemen van de asielzoeker helemaal niet, of pas laat in de asielprocedure aan de orde komen.²⁴ In 2006 werd het Meldpunt Asielzoekers met Psychische Problemen (MAPP) actief, dat zich richtte op het mogelijk maken van snel en deskundig psychologisch onderzoek van asielzoekers, gericht op de vraagstelling of de psychische problematiek interfereert met het vermogen om een coherent en consistent asielrelaas te doen.²⁵

De Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken constateerde

in 2007 en 2008 dat het niet onderkennen van medische problemen later in de procedure voor problemen zorgt en leidt tot aanvragen op basis van artikel 64 Vw en reguliere medische aanvragen.²⁶

Al deze signalen en de jurisprudentie op basis van rapporten van het MAPP hebben uiteindelijk geleid tot een bewustwording bij de Nederlandse overheid en de IND dat gerichte aandacht voor medische aspecten kan leiden tot een hogere kwaliteit van asielbeoordeling en tot minder vervolgaanvragen.

Dit is aldus verwoord door de voormalige staatssecretaris van Justitie Albayrak in een brief van oktober 2009: 'De inzet van dit kabinet is om daar waar sprake is van vreemdelingrechtelijk relevante medische problematiek deze zo snel mogelijk aan de orde te laten komen en te toetsen aan de desbetreffende vreemdelingrechtelijke kaders.'²⁷

Wel handhaaft de overheid ten aanzien van medisch steunbevijs het uitgangspunt dat nooit met zekerheid uitspraken zijn te doen over het verband tussen enerzijds de lichamelijke en psychische toestand van de asielzoeker en anderzijds de grondslag daarvan.²⁸

De verschillende adviezen hebben – deels – weerklank gevonden in de gewijzigde asielprocedure, waarin standaard een medisch advies wordt aangeboden in de rust- en voorbereidings-termijn.

4. Samenvatting van het rapport 'Gehoor geven'²⁹

Het doel van werkinstructie 2008/6 was het bieden van handvatten voor het omgaan binnen de asielprocedure met asielzoekers met psychische problemen. De werkinstructie beschreef daartoe de te volgen werkwijze en verschillende opties en speciale voorzieningen die mogelijk zijn. In het onderzoek naar de effecten van werkinstructie 2008/6 was de centrale vraag of deze de betrokkenen inderdaad voldoende handvatten had geboden. Er werden 25 dossiers geanalyseerd, die waren gese-

18 Bögner D., Herlihy, J., Brewin, C.R., Impact of sexual violence on disclosure and long-term psychopathology in post traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 2007, 10: 37-49.

19 Kolk B van der, Roth, S., Pelcovitz, D. e.a., Disorder of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress* 2005, 18: 389-39.9.

20 Doornbos, N., Op verhaal komen. Institutionele communicatie in de asielprocedure. Nijmegen: wolf Legal Publishers 2006.

21 Herlihy, J., Gleeson, K. & Turner, S., What assumptions about human behavior underlie asylum judgments? *International Journal of Refugee Law* 2010, 22: 351-366; Busser, A. (2001), Een vertrouwelijk gesprek, in: Amnesty International, *Wederzijds wantrouwen. De asielzoeker, de staat en de waarheid*, Amsterdam, p. 19-25.

22 Artikel 29 jo 31 Vw.

23 Vc 2000 C 14/4.4.2.

24 Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid, zie ook hun rapport *Medische aspecten van het vreemdelingenbeleid*, Ministerie van VWS 2004, p. 28.

25 Meldpunt Asielzoekers met Psychische Problematiek (MAPP). *Goed gehoord?* Amsterdam: ASKV/Steunpunt Vluchtelingen 2009.

26 Adviescommissie voor vreemdelingenzaken, *Secuur en snel. Voorstel voor een nieuwe asielprocedure*, Den Haag 2007; Adviescommissie voor vreemdelingenzaken, *Briefadvies april 2008 over medische aspecten*, ACVZ/ADV/2008/002, ve08000764.

27 *Kamerstukken II* 2009-2010, nr. 19637, nr. 1305, ve09001412.

28 Vc 2000 C 14/4.4.2.

29 Deze paragraaf is grotendeels ontleend aan het rapport van Krista van Mourik, Karin Zwaan en Ashley Terlouw, 'Gehoor geven'. Een onderzoek naar de toepassing van IND-werkinstructie 2008/6 omtrent asielzoekers met psychische problemen, Nijmegen; WLP 2011.

lecteerd door middel van een steekproef uit de registratie van het MAPP en de IND van zaken waarin psychische problemen bij asielzoekers waren gesignaleerd. Tevens werden interviews afgenomen met diverse actoren binnen de asielprocedure.

Uit het onderzoek bleek dat er wel degelijk veranderingen zichtbaar waren die aan de werkinstructie en aan het overleg over de totstandkoming daarvan konden worden toegeschreven. Het grote belang van de werkinstructie was dan ook dat daarmee de noodzaak van aandacht voor psychische problemen in de asielprocedure is erkend en dat is erkend dat deze problemen van invloed kunnen zijn op die procedure. Bovendien heeft de werkinstructie eraan bijgedragen dat betrokkenen zich van de problematiek en mogelijke oplossingen bewust werden.

De werkinstructie ging uit van een onderzoeksplicht en een actieve houding bij de IND. Waar de communicatie tussen advocatuur en IND voorheen sterk polariserend was, is gezocht naar een meer constructieve discussie. Het feit dat nu overleg plaatsvindt tussen de verschillende actoren kan worden beschouwd als een belangrijke stap voorwaarts.

Het grote belang van de werkinstructie is dat daarmee de noodzaak van aandacht voor psychische problemen in de asielprocedure is erkend.

De werkinstructie was gebaseerd op het uitgangspunt dat bijna iedereen kan worden gehoord, maar dat aanpassingen nodig kunnen zijn met betrekking tot de vraag hoe, waar en wanneer dat gehoor plaatsvindt, en dat nuancering nodig kan zijn wat betreft de waarde die aan de afgelegde verklaring moet worden gehecht. Uit het onderzoek blijkt dat er in een aantal gevallen inderdaad gebruik is gemaakt van extra voorzieningen die in werkinstructie 2008/6 waren opgenomen. In de praktijk bleek echter dat meestal voor zwart-wit oplossingen was gekozen: wel horen of niet horen, en dat minder vaak was gestreefd naar aanpassingen. Voor zover voor aanpassingen was gekozen, bleek uit de 25 onderzochte dossiers dat steeds dezelfde soorten waren gebruikt, te weten langere pauzes en het horen door een vrouw, terwijl de werkinstructie veel meer mogelijkheden bood.

Van de vereiste terugkoppeling of melding van extra voorzieningen of aandachtspunten in het nader gehoor, de minuut (professionele samenvatting), het voornemen en de beschikking was in de 25 onderzochte zaken niet of nauwelijks iets terug te vinden. Dat is zorgelijk, omdat het daardoor achteraf bijvoorbeeld moeilijk voor een rechter is om uit de beschikking op te maken of een extra voorziening is getroffen en waaruit die bestond. Uit de onderzochte rechtspraak bleek dat voor de vaststelling van psychische problemen en de gevolgen die deze zouden kunnen hebben voor de waardering van het relaas, sterk werd geleund op de weergave in het rapport van nader gehoor. Uit het onderzoek bleek dat de werkinstructie 2008/6 nu juist op het punt van die verslaglegging slecht werd nageleefd.³⁰

30 De Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State (ABRvS) heeft in de afgelopen jaren geen expliciet oordeel gegeven over de toepassing van werkinstructie 2008/6. In geen enkele uitspraak is een directe referentie te vinden naar deze werkinstructie. Wel heeft de Afdeling in hoger beroep uitspraken

Medische rapportages/adviezen hebben, op grond van het internationale recht, een functie als (steun)bewijs als daarmee kan worden aangetoond dat er in het verleden martelingen, wrede, vernederende of onmenselijke behandeling heeft plaatsgevonden en/of geen volledige nauwkeurigheid ten aanzien van het asielrelaas mag worden verwacht. Op de overheid rust in dit kader een onderzoeksplicht. In het nationale recht is nog geen sprake van een complete verwezenlijking van de door Nederland aangegane internationale verplichtingen³¹ als het gaat om de signalering van asielzoekers met psychische problemen en de gevolgen die daaraan moeten worden verbonden in de asielprocedure en de uiteindelijke asielbeslissing. Voor de overheid blijft het uitgangspunt dat nooit met zekerheid uitspraken zijn te doen over het verband tussen de lichamelijke en/of psychische toestand van de asielzoeker en de grondslag daarvan. De werkinstructie 2008/6 gaf dus slechts ten dele inhoud aan de verplichtingen van de Nederlandse overheid die bestonden en bestaan op grond van het internationale recht.

Een belangrijk probleem bleek de toedeling en het nemen van de verantwoordelijkheid. Wie is waarvoor verantwoordelijk,

waar begint en eindigt die verantwoordelijkheid, en wordt die verantwoordelijkheid ook genomen? Het onderzoek liet zien dat het vaak (19 keer) de advocaat/gemachtigde van de asielzoeker in de asielprocedure was die de melding van psychische problemen maakte. In drie van de 25 zaken werd de melding gedaan door een medewerker van de IND. Zowel IND-medewerkers als advocaten hadden de neiging vervolgens de verantwoordelijkheid bij de ander te leggen of te miskennen dat er een stap moest worden gezet. Een voorbeeld is de situatie waarbij het nader gehoor wegens psychische klachten moet worden afgebroken. De IND wacht vervolgens op een bericht van de advocaat over een zodanig afname van de problematiek dat een gehoor haalbaar zou zijn, terwijl de advocaat wacht op een vraag van de IND alvorens actie te ondernemen. Dit maakt dat er onnodig lang wordt gewacht.

Alle partijen moeten zich ervan bewust zijn dat het voor de asielzoeker en ook voor de IND van het grootste belang is dat het asielrelaas - zo mogelijk - in zijn volle omvang op tafel komt en dat de beslissing op het asielverzoek uiteraard in het licht van de situatie in het land van herkomst daarop wordt gebaseerd, rekening houdend met lichamelijke en psychische problemen van de betrokken asielzoeker.

Geconcludeerd kan worden dat de mogelijkheden die werkinstructie 2008/6 bood niet ten volle werden benut, en dat de werkinstructie niet ten volle werd nageleefd. Dezelfde mogelijkheden zijn grotendeels ook te vinden in werkinstructie

bevestigd waarin door rechtbanken uitgebreid werd ingegaan op de werkinstructie.

31 In het onderzoek is met name ingegaan op de bepalingen en verplichtingen uit het Het Istanbul Protocol, het Anti-folterverdrag, het Verdrag inzake de uitbanning van alle vormen van discriminatie van vrouwen, het Vluchtelingenverdrag, het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden en de Richtlijn betreffende minimumnormen voor de procedures in de lidstaten voor toekenning of intrekking van de vluchtelingenstatus.

2010/13. Er is op het gebied van de uitvoering van deze werkinstructie 2010/13 alertheid op genoemde factoren nodig van de betrokken partijen om een optimaal effect te bewerkstelligen.

5. Medisch advies in de asielprocedure

In juli 2010 wordt er een begin gemaakt met een vernieuwde en verbeterde asielprocedure. Er wordt iets meer tijd uitgetrokken voor de asielprocedure, acht werkdagen in plaats van 48 uur, en er wordt voor de start van de asielprocedure een rust- en voorbereidingsperiode ingevoerd. Asielzoekers verblijven gedurende beide processen in een aparte opvanglocatie, de zogenaamde POL (Proces Opvang Locatie) op een paar plekken in het land.

Een van de onderdelen van de vernieuwde procedure is het Medisch Advies Horen en Beslissen dat alle nieuwe asielzoekers aangeboden krijgen voor de feitelijke aanvang van hun asielprocedure en de gehoren door de IND. De uitvoering hiervan is in handen van MediFirst, een onafhankelijke medisch-adviesorganisatie die dit onderzoek doet met verpleegkundigen en artsen (medisch adviseurs).

van. Deze vorm van medische advisering over beperkingen als integraal onderdeel van de asielprocedure gebeurt nergens anders in Europa. Wel zijn er een aantal landen waar medisch onderzoek als steunbewijs wordt toegelaten. Zo krijgt in het Verenigd Koninkrijk de *Medical Foundation for the Victims of Torture* ruimte om forensisch medisch onderzoek te doen. Dit gebeurt bij een klein deel van de asielzoekers. Omdat de Nederlandse aanpak uniek is, kan niet voortgebouwd worden op ervaringen in andere landen. Daarom spreekt men in het Pakket van eisen voor dit medisch advies van een groeimodel: aan de hand van de ervaring wordt de werkwijze aangepast.³⁵ Dit voorjaar werden al wijzigingen in het protocol en het formulier van het medisch advies doorgevoerd.

Het eerste jaar (juli 2010 – juni 2011) heeft MediFirst bijna tienduizend adviezen afgegeven aan de IND. Bij ongeveer een kwart was er sprake van medische beperkingen in het kader van horen en beslissen, veelal van psychische aard. Bij ruim een derde verwees MediFirst asielzoekers naar het Gezondheidscentrum asielzoekers (GCA) voor medische zorg.³⁶ Met name vanuit de advocatuur is sprake van kritiek. Een be-

Een belangrijk knelpunt is dat het medisch advies plaatsvindt voordat de asielzoeker heeft moeten spreken over de vaak emotionele herinneringen.

Dit medisch advies dient in de eerste plaats om eventuele functionele beperkingen bij asielzoekers vast te stellen die voortkomen uit medische problematiek en die kunnen leiden tot het niet goed kunnen vertellen en verklaren over het asielrelaas en tot hiaten, incoherenties en inconsistenties in het asielrelaas. Ten tweede dient het advies om de IND te adviseren over deze beperkingen bij de gehoren en bij het beslissen voordat de asielprocedure van start gaat.³²

De IND moet met de geconstateerde beperkingen rekening houden door waar nodig bij de gehoren aanpassingen toe te passen, de beperkingen mee te wegen in de beoordeling van de verklaringen en deze weer te geven in de beschikking. Het uitgangspunt is dat de asielzoeker gehoord wordt rekening houdend met de beperking. Slechts bij een klein aantal asielzoekers zullen de beperkingen dermate ernstig zijn dat een asielzoeker medisch gezien niet in staat is om op dat moment een gehoor van de IND te ondergaan. Gezien de tijdelijkheid hiervan is een herbeoordeling na enige tijd noodzakelijk.³³ De opdracht die MediFirst van de IND heeft gekregen omvat niet het doorverwijzen voor medische zorg, maar de medisch adviseurs doen dit vanuit hun professionele verantwoordelijkheid. Dit geldt ook voor het benoemen van littekens waar de asielzoeker melding van maakt. De medisch adviseur maakt geen forensisch medische beoordeling van het litteken omdat de IND dit expliciet buiten de opdracht heeft gehouden.³⁴ Opmerkingen over doorverwijzing en littekens komen in het medisch advies terecht onder het kopje 'overige opmerkingen'. In Nederland krijgen alle asielzoekers het medisch advies aangeboden, en zij maken daar ook (bijna) allemaal gebruik

langrijk knelpunt is dat het medisch advies plaatsvindt voordat de asielzoeker heeft moeten spreken over de vaak emotionele herinneringen. Het zijn juist die herinneringen die psychische problematiek zichtbaar kunnen maken die tot dan toe nog weggedrukt of gemaskeerd werd. Het kan dan gaan om heftige emoties, grote angst, verwardheid en flauwvallen: zaken die een goed gehoor in de weg staan, juist als het over de cruciale onderdelen van het gehoor gaat. Het kan zijn dat dit niet aan de orde was tijdens het medisch advies waar niet of zeer beperkt over deze herinneringen wordt gesproken. Dit leidt dan tot een medisch advies waarin geen problematiek en beperkingen zijn geconstateerd. Dit onvermijdbare fenomeen is overigens van tevoren onderkend door de IND door in dergelijke gevallen de mogelijkheid van een nieuw medisch advies te bieden. Advocaten kunnen hier ook op aandringen als zij niet eerder gesignaleerde problematiek waarnemen. Of het dan daadwerkelijk komt tot een nieuw medisch advies is in handen van de zaakverantwoordelijke van de IND. Het helpt als er een goede onderbouwing ligt van de noodzaak van een nieuw medisch advies.

Een ander punt van kritiek is dat het medisch advies in een aantal gevallen geen beperkingen benoemt terwijl er onder het kopje 'overige opmerkingen' zaken staan die wel degelijk als beperking gezien zouden kunnen worden.³⁷ Het gaat dan om zaken als 'is erg emotioneel', 'kan zich niet goed concentreren' of 'is soms wat vergeetachtig'. Onduidelijk is dan hoe de beoordeling van deze symptomen is gedaan en waarom het geen medische beperking is. Dit is niet zichtbaar op het me-

32 Project Invoering Vernieuwde Asielprocedure IND (2010). Pakket van eisen Medisch advies Horen en Beslissen.

33 Idem

34 Idem

35 Idem

36 Persoonlijke mededeling T. Trompetter, arts en algemeen directeur van MediFirst.

37 Persoonlijke mededeling van mr. G. Oosterholt, juridisch coördinator, Raad voor Rechtsbijstand, AC Schiphol, alsmede persoonlijke observatie van eerste auteur.

disch- adviesformulier. Om hier meer zicht op te krijgen doen veel advocaten namens de asielzoeker een beroep op het recht op inzage van het medisch dossier.

Er bestaan bij advocaten verder twijfels over het onderscheid tussen beperkingen die van invloed zijn op de gehoren en beperkingen die meespelen bij de verklaringen. De beperkingen voor horen en verklaren zijn meestal dezelfde, maar alleen de beperkingen voor verklaren werken door in de beslissing, omdat zij moeten leiden tot een aangepaste beoordeling van de verklaring. Deze kritiek heeft in het voorjaar van 2011 bijgedragen aan een wijziging van het formulier van het medisch advies, waarbij de beperkingen voor horen en beslissen onder één noemer zijn geplaatst.

Het medisch advies maakt regelmatig melding van analfabetisme van asielzoekers. Daarbij wordt vaak opgemerkt dat dit in het medisch onderzoek merkbaar was omdat de asielzoeker de gestelde vragen slecht begreep. Dit sluit aan bij wetenschappelijke kennis over de invloed van laaggeletterdheid op het vermogen om abstracte zaken, zoals ten aanzien van de eigen gezondheid, goed te kunnen begrijpen.³⁸ De kans dat analfabetisme ook een rol speelt in de asielgehoren is aanzienlijk. Maar of en hoe dit wordt meegewogen in het hele asielproces is onduidelijk. Het ontwikkelen van gericht beleid en vaardigheden voor deze groep behoeft nog aandacht.

6. IND-werkinstructie 2010/13

Op 29 oktober 2010 kwam een nieuwe werkinstructie tot stand met als onderwerp: 'behandeling van medisch advies-zaken'. Deze werkinstructie 2010/13 bouwt voort op werkinstructie 2008/6 en geeft handreikingen voor de manier waarop zowel IND als advocaten moeten omgaan met de uitkomsten van medisch advies. Uitgangspunt is en blijft dat een asielzoeker in beginsel gehoord kan worden. De reikwijdte van werkinstructie 2010/13 is ruimer dan die van 2008/6. Waar werkinstructie 2008/6 'slechts' over psychische problematiek ging, richt werkinstructie 2010/13 zich op zowel fysieke als psychische medische problematiek.

In de instructie is bepaald dat deze niet alleen moet worden toegepast als de uitkomsten van het medisch advies en andere medische informatie daartoe aanleiding geven, maar ook als de advocaat of de IND zelf vermoedt dat er medische (fysieke of psychische) problematiek speelt die van invloed kan zijn op het horen en het consistent kunnen verklaren door de asielzoeker. Net als in werkinstructie 2008/6 staat in werkinstructie 2010/13 dat deze zich richt op het nader gehoor. In werkinstructie 2010/13 staat bovendien expliciet dat een medische verklaring niet vereist is voor de beantwoording van de vraag of een gehoor van een asielzoeker met medische problemen op zorgvuldige wijze kan plaatsvinden. Dit laat onverlet dat een asielzoeker zijn medische situatie uiteraard kan laten onderbouwen door medische verklaringen. Dit sluit aan bij de hierboven al genoemde intentie van de overheid om medische informatie integraal mee te nemen in de asielbeoordeling.

Ook in werkinstructie 2010/13 komt sterk naar voren dat het uiteindelijk de IND-medewerker is die alle procesbeslissingen neemt. Bijvoorbeeld onder 2.2:

"In zaken, waarin voor het nader gehoor door de medisch adviseur is geconcludeerd dat betrokkene op dat moment niet kan worden gehoord of in zaken waarin een medische verklaring is overgelegd dat de asielzoeker op dat moment niet kan worden gehoord, wordt in overleg met de gemachtigde bepaald of wel of niet gehoord kan worden in de AA-procedure en of de zaak moet worden doorgezonden naar de VA-procedure. De afweging in deze blijft echter voorbehouden aan de IND."

En vervolgens:

"Indien bij de IND-medewerker twijfel bestaat over de vraag of de asielzoeker gehoord kan worden, terwijl uit het medisch advies blijkt dat een betrokkene in beginsel gehoord kan worden, kan voor een herbeoordeling opnieuw advies worden gevraagd aan de medisch adviseur. Hierbij dient in ogenschouw te worden gehouden dat ondanks het advies van de medisch adviseur de IND-medewerker verantwoordelijk blijft voor de uiteindelijke beoordeling of het gehoor door kan gaan of niet."

De instructie voorziet ook in een rol voor de gemachtigde. Bij doorverwijzing VA wordt aan de gemachtigde een brief uitgeleverd waarmee hij wordt aangespoord om na te denken over de wijze waarop de procedure kan worden vervolgd en welke voorzieningen moeten worden getroffen om betrokkene in een later stadium alsnog te kunnen horen. De gemaakte afspraken (zowel de benodigde voorzieningen als eventuele actie van de zijde van de gemachtigde) worden in een schriftelijk bericht aan de gemachtigde gezonden.

Werkinstructie 2010/13 kent dezelfde extra voorzieningen voor het nader gehoor als die genoemd in werkinstructie 2008/6. Bijvoorbeeld: het opschuiven van de termijn waarbinnen het gehoor kan worden gehouden; aanwezigheid vertrouwenspersoon of familie (of juist geen familie); aanwezigheid van de gemachtigde; opknippen gehoor in korte delen; verdelen gehoor over meerdere dagen; houden van gehoor op een niet IND-locatie; rekening houden met planning van gehoor in verband met mogelijke medicijnen (bijv. slaapmiddelen).

7. Aandachtspunten voor toepassing werkinstructie 2010/13

Werkinstructie 2008/6 en het onderzoek 'Gehoor geven' bieden aanknopingspunten voor aandachtspunten bij de uitvoering van de nieuwe werkinstructie 2010/13.

Ten eerste liet het onderzoek zien dat psychische problemen in de oude situatie veel vaker werden gemeld door de advocaat dan door de IND. De vraag is wat het effect van het medisch advies is op deze praktijk. Als het medisch advies zich duidelijk uitspreekt over beperkingen waar de IND rekening mee moet houden, dan is het duidelijk dat de zaak onder het regime van Werkinstructie 2010/13 valt. Als het medisch advies echter geen beperkingen constateert, dan kan er eenzelfde praktijk als voorheen zichtbaar worden, waarin de advocaat aandacht vraagt voor medische of psychische problematiek en waarbij

38 Twickler TB, Hoogstraaten E, e.a. Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden vragen om een antwoord in de zorg. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2009; 153: A250.

de IND zich beroept op de uitkomst van het medisch advies. Het zal wat dit betreft aankomen op de vraag in hoeverre IND en advocatuur de aandacht voor medische problematiek als gedeelde verantwoordelijkheid ervaren.

Een tweede punt, goed aansluitend bij het vorige, is het belang van goede communicatie tussen advocaat en IND. Werkinstructie 2008/6 schreef voor dat er na een melding van psychische problemen, contact is tussen de IND en de gemachtigde van de asielzoeker. Het voorgeschreven contact heeft als doel dat gemachtigde en IND bespreken hoe de eerdere werkwijze is verlopen, op welke termijn een gehoor kan worden gepland, of er speciale voorzieningen nodig zijn om een zorgvuldig gehoor te laten plaatsvinden en hoe deze voorzieningen kunnen worden gerealiseerd. In 15 van de 25 onderzochte zaken

kelijk is in Nederland zelf beoordeelt en diagnosticeert welke problematiek er speelt en met de asielzoeker overlegt over de te volgen aanpak (afwachten, gesprekken in de eerstelijns, medicatie, of verwijzing naar de gespecialiseerde tweedelijns). Vanuit het perspectief van de advocaat is te begrijpen dat men streeft naar informatie vanuit specialistische zorg, omdat deze meer gewicht in de juridische schaal kan leggen. Maar de zorgpraktijk hanteert een eigen adagium: zorg in de eerstelijns waar het kan en specialistisch waar het moet.

Een laatste aandachtspunt betreft het zeer uitzonderlijke geval dat een asielzoeker na lange tijd nog steeds niet kan worden gehoord en er geen vooruitzicht is dat dit zal veranderen. Dan ontstaat een lastige situatie. Toch biedt werkinstructie 201/13 ook hiervoor aanknopingspunten. Paragraaf 4 van de werkin-

Juist bij lastige zaken moet ineffektieve communicatie vanuit 'loopgraven' worden vermeden.

is er contact geweest tussen IND en de gemachtigde over de gemelde psychische problemen bij de asielzoeker. Wederzijds vinden de IND en advocaten dat het overleg niet altijd goed verloopt. Advocaten zeggen vooral ontevreden te zijn over het gebrek aan initiatief bij IND-medewerkers tot het leggen van contact. IND-medewerkers zien vooral verbeterpunten met betrekking tot het initiatief nemen tot contact en het verdere verloop. Overleg tussen de IND en de gemachtigde heeft in 12 van de 15 zaken geresulteerd in afspraken over de voorzieningen die nodig zijn voor het horen van de asielzoeker. Het is juist bij lastige zaken van belang dat er met respect voor elkaar posities en rol gesproken en geluisterd wordt met oog voor het belang van de asielzoeker en de kwaliteit van de asielprocedure. Dat vraagt om het vermijden van ineffektieve communicatie vanuit 'loopgraven' en om een grote gerichtheid op het leveren van maatwerk.

Een derde aandachtspunt is dat medische beperkingen in het algemeen niet snel verdwijnen. In het onderzoek naar werkinstructie 2008/6 waren er slechts drie zaken waarin de gemachtigde de IND liet weten dat geen extra voorzieningen nodig waren. De mentale gezondheid van hun cliënten was zodanig verbeterd tijdens de rustperiode na doorzending van de zaak naar de Asielvervolgprocedure, dat horen mogelijk was zonder extra voorzieningen.

Als er een medische behandeling wordt gestart kan dit resulteren in een afname van klachten en een vermindering van beperkingen. Toch is het ook bekend dat bijvoorbeeld beperkingen ten aanzien van herinneringen over details langdurig kunnen zijn. Het heeft dan geen zin te wachten op het oplossen van die beperking. Dat is ook de ratio achter de keuze om het gehoor niet eindeloos uit te stellen, behoudens natuurlijk in ernstige gevallen. De ervaring leert dat ook na lang wachten er veelal rekening gehouden moet worden met de geconstateerde beperkingen.

Een vierde kwestie is de professionele autonomie van de medische professionals. Vanuit de zorgsector voor asielzoekers komen er signalen dat advocaten op basis van het medisch advies of eigen signalen sterk aandringen bij het Gezondheidscentrum voor asielzoekers (GCA) op specialistische zorg. Van belang is hierbij oog te houden voor de eigen verantwoordelijkheid van de verpleegkundige en de huisarts, die zoals gebrui-

structie noemt alternatieve vormen van informatievergaring op basis waarvan een beslissing genomen kan worden: informatie van familieleden of andere vertrouwenspersonen (advocaat, VluchtelingenWerk of een medisch/psychologisch behandelaar), het op schrift (laten) stellen van het relaas door de asielzoeker of individueel onderzoek door het Ministerie van Buitenlandse Zaken. Dit voorkomt de onbevredigende en ongewenste situatie dat zonder enige informatie een asielverzoek wordt afgewezen omdat iemand langdurig te ziek is om gehoord te worden, iets waaraan de betrokkene niets kan doen.

8. Besluitvorming in zaken van asielzoekers met medische/psychische problemen

Uitgangspunt blijft dat de asielzoeker aannemelijk moet maken dat er een rechtsgrond voor verlening bestaat (zie artikel 31, eerste lid, Vw). Als zaken volgens werkinstructie 2010/13 worden behandeld en medische en psychische problematiek de grondslag is voor incoherente en inconsistente verklaringen, en voor hiaten, vaagheden, tegenstrijdigheden en ongerijmde wendingen, dan zal dit niet snel worden tegengeworpen. Er zal dan ook sneller op zwaarwegendheid worden getoetst. Wel voegt werkinstructie 2010/13 toe dat een relaas desondanks wel ongeloofwaardig kan worden geacht op hoofdlijnen, of omdat er zeer onwaarschijnlijke gebeurtenissen in voorkomen of omdat het relaas niet overeenstemt met wat bekend is uit openbare bronnen. Dit mede naar aanleiding van jurisprudentie van de ABRvS³⁹.

Uit werkinstructie 2010/13 blijkt duidelijker dan uit de oude werkinstructie dat de IND in het rapport van gehoor, maar ook in de motivering van het voornemen en de beschikking (en in de minuut) kenbaar moet maken op welke wijze rekening is gehouden met de medische (psychische of fysieke) beperkingen én hoe dit is meegenomen in het voorliggende besluit.⁴⁰ Indien in voornemen en beschikking wel hiaten, vaagheden en/of tegenstrijdigheden worden tegengeworpen, dient aandacht te worden besteed aan de motivering. Uit het CMR-rapport 'Ge-

39 ABRvS 15 juli 2010, nr. 2010100171/1. Zie ook Angelina van Kampen, Een kentering in de waardering van medisch steunbewijs, A&MR 2011/8, p.363-365, ve11002530.

40 De Afdeling heeft ook nog geen expliciet oordeel gegeven over de toepassing van werkinstructie 2010/13.

hoor geven' is gebleken dat de oude werkinstructie nu juist op dit punt het minst werd nageleefd. Het risico bestaat dat ook bij werkinstructie 2010/13 de verwezenlijking van de normen uit de werkinstructie grotendeels afhangt van het individueel handelen van de IND-medewerker, én van de vraag in hoeverre de advocaat erin slaagt serieuze aandacht van de IND te krijgen voor eventuele medische signalen.

9. Europees perspectief

In de tekst van het wijzigingsvoorstel van 7 juni van de Procedurerichtlijn (betreffende minimumnormen voor de procedures in de lidstaten voor de verlening of intrekking van internationale bescherming),⁴¹ komen veel van de net genoemde aspecten terug. De Procedurerichtlijn bevat, zoals reeds besloten ligt in de naam, procedurele bepalingen. De huidige richtlijn is reeds van toepassing op alle asielverzoeken die worden ingediend op het grondgebied (aan de grens, in transitzones e.d.) van Nederland en is van toepassing op de gehele Nederlandse asielprocedure. Als deze nieuwe voorgestelde tekst wordt aangenomen moet deze in Nederlandse wetgeving worden omgezet. De voorgestelde wijzigingen van de richtlijn vragen aandacht voor de medische problematiek van asielzoekers en de rol die dat kan hebben in de procedure. In de preambule van het wijzigingsvoorstel (24) wordt, in het kader van het gemeenschappelijk Europees asielstelsel, voor het eerst ook expliciet gewezen op het belang van het Istanbul Protocol.⁴² Dit protocol werd in 1999 door een groot aantal deskundigen opgesteld en is een handleiding voor onderzoek naar (de gevolgen van) marteling en andere wrede, onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing.⁴³ Het Protocol wordt in Nederland geduid als een internationaal aanvaarde "good practice".⁴⁴ In het Istanbul Protocol hebben zowel juridisch onderzoek als forensisch medisch onderzoek nadrukkelijk een plaats. Hoewel het protocol niet is opgesteld specifiek met het oog op de asielprocedure, staat er wel in dat het ook voor asielprocedures kan worden gebruikt, zowel ten aanzien van de medische beperkingen waarmee rekening gehouden dient te worden, als ten aanzien van de medische problematiek die kan dienen als ondersteuning (steunbewijs) van een asielverzoek.⁴⁵

Artikel 18 van de voorgestelde richtlijn luidt:

"Artikel 18. Medische verslagen

1. De lidstaten staan een verzoeker toe zich medisch te laten onderzoeken om bij de beslissingsautoriteit een medisch attest te kunnen indienen ter staving van zijn verklaringen

⁴¹ COM (2011) 319.

⁴² De tekst luidt: Nationale maatregelen betreffende de herkenning en documentatie van symptomen en tekenen van foltering of andere ernstige vormen van fysiek of psychisch geweld, inclusief seksueel geweld, in onder deze richtlijn vallende procedures moeten onder meer gebaseerd zijn op het Handboek betreffende het effectief onderzoeken en documenteren van folteringen andere wrede, onmenselijke of ontorende behandeling of bestraffing (Protocol van Istanboel).

⁴³ Voluit: Manual on Effective Investigation and Documentation of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Onder andere te vinden op www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf.

⁴⁴ Zie ook *Kamerstukken II* 2009-2010, 19637, nr. 1305, p. 6, ve09001412.

⁴⁵ Paragraaf 121 van het Istanbul Protocol. In het kader van het zogenoemde Istanbul Implementation Project is bijvoorbeeld een International Training Manual on Psychological Evidence of Torture tot stand gekomen. In deze training manual wordt ingegaan op zowel het horen als de diagnostiek. Zie ook E. Bloemen, Istanbul-protocol & Arts en vreemdeling, *Bijblijven* 2009 (25) nr. 4.

over vroegere vervolgingen of ernstige schade. De lidstaten mogen verlangen dat de verzoeker de resultaten van het medisch onderzoek aan de beslissingsautoriteit meedeelt binnen een redelijke termijn nadat hij over zijn rechten overeenkomstig dit artikel werd ingelicht. Het feit dat de verzoeker de resultaten van het medisch onderzoek niet binnen die termijn aan de beslissingsautoriteit meedeelt zonder goede redenen, belet de beslissingsautoriteit niet een beslissing over het verzoek om internationale bescherming te nemen.

2. Onverminderd lid 1 zorgt de beslissingsautoriteit ervoor dat, in gevallen waarin zij van oordeel is dat er redenen zijn om aan te nemen dat de verzoeker niet in staat is om een onderhoud te hebben en/of om accurate en samenhangende verklaringen af te leggen of zijn mogelijkheden daartoe beperkt zijn als gevolg van posttraumatische stressstoornis, vroegere vervolgingen of ernstige schade, een medisch onderzoek wordt uitgevoerd met de toestemming van de verzoeker. Het feit dat de verzoeker weigert een dergelijk medisch onderzoek te ondergaan, belet de beslissingsautoriteit niet een beslissing over het verzoek om internationale bescherming te nemen.
3. De lidstaten stellen regelingen vast om onpartijdige en gekwalificeerde medische expertise ter beschikking te stellen met het oog op de in lid 2 bedoelde medische onderzoeken.
4. De lidstaten stellen met het oog op de toepassing van dit artikel nadere bepalingen en regelingen vast voor de herkenning en documentatie van symptomen van foltering en andere ernstige vormen van fysiek, seksueel of psychisch geweld.
5. De lidstaten zorgen ervoor dat de personen die overeenkomstig deze richtlijn een onderhoud hebben met de verzoekers, een opleiding krijgen betreffende de herkenning van symptomen van foltering en van medische problemen die de bekwaamheid van de verzoeker om een onderhoud te hebben, negatief kunnen beïnvloeden.
6. De resultaten van de in de leden 1 en 2 bedoelde medische onderzoeken worden door de beslissingsautoriteit beoordeeld samen met de andere elementen van het verzoek."

De waarde van de vermelding van het Istanbul Protocol voor de asielprocedure is driedelig:

- Het biedt richtlijnen voor de omstandigheden waaronder een vermeend slachtoffer van marteling of andere inhumane behandeling dient te worden geïnterviewd.
- Het biedt richtlijnen voor het verrichten van medisch onderzoek en het opstellen van de medische rapportage.
- Het beschrijft het doel van de medische rapportage, namelijk het bieden van een deskundig oordeel over de (mate van) samenhang tussen de medische bevindingen en (het hebben ondergaan van) vermeende martelingen en andere inhumane behandelingen.

Het aannemen van deze wijziging zou betekenen dat er naast werkinstructie 2010/13 ook een regeling moet komen voor het vergaren van medisch steunbewijs. Tot op heden voelt de Ne-

derlandse overheid hierin geen verantwoordelijkheid, noch biedt zij in de procedure ruimte om dit te laten uitvoeren⁴⁶.

De opvatting dat medisch bewijs kan bijdragen aan de waarheidsvinding in asielzaken is door het EHRM ook meermalen gevolgd. Zo oordeelde het EHRM in maart 2010 inzake een Iraanse asielzoeker, dat hoewel het medische certificaat niet door een deskundige was gemaakt, dit certificaat een sterke indicatie was voor het bestaan van vrees bij klager. Het forensische medische rapport bewees dat klager littekens had en slachtoffer was van marteling.⁴⁷ Mede onder invloed van de uitspraken van het EHRM, net name in de genoemde zaak R.C. tegen Zweden, en de interpretatie hiervan door de Afdeling,⁴⁸

Het is wenselijk om zowel in de minuut en het voornemen als in de beschikking uitvoerig te beschrijven en te motiveren hoe is omgegaan met psychische problemen. Het zou bijvoorbeeld bijdragen aan het nemen van verantwoordelijkheid als standaard in de inleiding bij het nader gehoor wordt beschreven welke extra voorzieningen zijn getroffen tijdens het gehoor. Dit zou niet alleen recht doen aan werkinstructie 2010/13, maar ook de toetsingsmogelijkheid voor de rechter verbeteren. Het belangrijkste probleem als het gaat om asielzoekers met psychische problemen betreft de toedeling en het nemen van de verantwoordelijkheid. Wie is waarvoor verantwoordelijk, waar begint die verantwoordelijkheid, waar houdt hij op en

De werkinstructie legt een grote verantwoordelijkheid op de schouders van de IND-medewerkers.

komt de medische onderzoeksplicht steeds nadrukkelijker in beeld.

Medische rapportages/adviezen hebben een functie als (steun) bewijs als daarmee kan worden aangetoond dat er in het verleden martelingen dan wel wrede, vernederende of onmenselijke behandeling heeft plaatsgevonden en/of geen volledige nauwkeurigheid ten aanzien van het asielrelaas mag worden verwacht, bijvoorbeeld als sprake is van PTSS of bij slachtoffers van martelingen. In de asielprocedure ligt de bewijslast grotendeels bij de asielzoeker, maar op de overheid rust in dit kader een onderzoeksplicht, zeker indien de overheid het door de vreemdeling aangedragen medisch bewijs betwist. Deze opvatting blijkt ook uit de voorgestelde wijzigingen bij de Procedurerichtlijn en met name het opnemen van artikel 18.

Bij de toepassing van werkinstructie 2010/13 kan het, zoals hierboven reeds uiteengezet, gaan om zowel fysieke problemen als om psychische problemen. In zoverre zou kunnen worden gezegd dat deze werkinstructie reeds vooruitloopt op de wijzigingsvoorstellen zoals gedaan in de Procedurerichtlijn. Ook sluit de werkinstructie beter aan bij delen van het Istanbul Protocol.

9. Conclusie

In de nieuwe asielprocedure vindt voor de daadwerkelijke procedure, in de rust- en voorbereidingstermijn, een medisch onderzoek plaats. Uit het onderzoek 'Gehoor geven' blijkt dat medische (psychische) problemen vaak pas een rol gaan spelen bij het nader gehoor: als er naar het vluchtverhaal wordt gevraagd en als de asielzoeker gaat vertellen over wat hem of haar is overkomen. In de vernieuwde asielprocedure gebeurt dit ook al op de dag voor het eerste gehoor, als de advocaat de asielprocedure voorbereidt met de asielzoeker. Daar kan een spanning optreden als het vroegtijdig medisch advies in rust- en voorbereidingstermijn geen medische beperkingen laat zien, terwijl de advocaat wel medische, maar vooral psychische problematiek vermoedt op basis van gedrag en observaties.

wordt die verantwoordelijkheid ook genomen? De werkinstructie legt een grote verantwoordelijkheid op de schouders van de IND-medewerkers. De ACVZ stelde dan ook in een briefadvies van april 2008 over medische aspecten voor dat de IND in een beleidsregel vast zou leggen, dat indien een medisch advies of medische rapportage terzijde wordt gelegd, de zaak zorgvuldig onderbouwd wordt afgedaan door een ervaren medewerker van de IND.

Alle partijen moeten zich ervan bewust zijn dat het voor de asielzoeker - maar ook voor de IND en advocaat - van het grootste belang is dat het asielrelaas - zo mogelijk - in zijn volle omvang op tafel komt en dat de beslissing op het asielverzoek uiteraard in het licht van de situatie in het land van herkomst daarop wordt gebaseerd, rekening houdend met lichamelijke en psychische problemen van de betrokken asielzoeker.

Tot slot zijn wij van oordeel dat de tekst van de Vreemdelingen-circulaire, waarin nog steeds staat dat medisch bewijs geen rol kan spelen in de asielprocedure, het omgaan met asielzoekers met medische problemen niet helpt. Het verdient aanbeveling (zeker gezien de wijzigingsvoorstellen van de Procedurerichtlijn) om deze tekst in de Vreemdelingen-circulaire aan te passen.

46 Vgl. *Kamerstukken II* 2009-2010, nr. 19637, nr. 1305 ve09001412.

47 EHRM 9 maart 2010, appl.no. 41827/07 (*R.C. v Zweden*), JV 2010/147 nt T.P. Spijkerboer, EHRC 2010/51 m.nt. Reneman, ve10000372.

48 ABRvS 17 augustus 2011, nr. 201005185/1/V2, ve11001973.