

Staatssecretaris van Justitie
Mevrouw mr. N. Albayrak
Postbus 20301
2500 EH 'S-GRAVENHAGE

Mr. W.N. Mannens
070 – 370 8008
02 april 2008
ACVZ/ADV/2008/002

Briefadvies: medische aspecten asiel/regulier

Zeer geachte mevrouw Albayrak,

In de beleidsnotitie *Naar een modern migratiebeleid* heeft het kabinet aangegeven de scheiding tussen asiel- en reguliere procedures te willen versterken, zonder dat afbreuk wordt gedaan aan internationale verplichtingen die Nederland is aangegaan.¹ De gedachte is dat medische aspecten met betrekking tot (ex-)asielzoekers zo veel mogelijk in de asielprocedure dienen te worden meegenomen. Een reguliere verblijfsvergunning voor medische behandeling wordt dan alleen nog verleend op grond van internationale afspraken of wanneer er sprake is van een deugdelijke en volledige financiering.

Nu is het vaak nog zo dat na afwijzing van een asielaanvraag een reguliere verblijfsvergunning wegens medische redenen wordt gevraagd. In een aantal gevallen wordt, als ook die aanvraag onherroepelijk is afgewezen, wederom een asielaanvraag ingediend, waarbij een beroep wordt gedaan op artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) of zogenoemde klemmende redenen van humanitaire aard, die uitzetting in de weg zouden staan. Hoewel veel van deze verzoeken worden afgewezen, verblijft de betrokkene intussen, door alle opeenvolgende procedures, enkele jaren in onzekerheid in Nederland. Dat deze situatie voor alle betrokkenen onwenselijk is, is evident.

Vanuit deze invalshoek heeft de staatssecretaris van Justitie bij brief van 13 augustus 2007 de Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken (ACVZ) gevraagd een advies uit te

¹ *Kamerstukken II* 2005/06, 30 573, nr. 1, p. 19.

brengen over hoe een zo volledig mogelijke scheiding tussen de reguliere- en de asielprocedure is te realiseren als het gaat om een verblijfsvergunning in verband met medische redenen. Voorts is gevraagd om het voorstel uit het ACVZ-advies *Secuur en Snel* nader uit te werken met betrekking tot de inbedding van (het onderzoek naar) de medische omstandigheden in de asielprocedure.² Daarbij is de ACVZ verzocht tevens in te gaan op de toepassing van het Istanbul Protocol,³ en de wijze waarop dient te worden omgegaan met langdurig zieken en de ambtshalve te verlenen verblijfsvergunning.

1. Inleiding

Met dit advies voldoet de ACVZ aan het adviesverzoek. Onderhavig advies is deels een nadere uitwerking van het advies *Secuur en Snel* dat de ACVZ in februari 2007 heeft uitgebracht. Tevens sluit het advies aan bij het ACVZ-advies *Immigratie op maat* van oktober 2007.⁴

Bij de voorbereiding van het advies heeft de ACVZ vele bij dit onderwerp betrokken instanties en organisaties geconsulteerd. Genoemd moeten worden VluchtelingenWerk Nederland, het Landelijk kenniscentrum voor vluchtelingen en gezondheid (Pharos), Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND), Bureau Medische Advisering (BMA), Amsterdams SolidariteitsKomitee Vluchtelingen (ASKV) (het MAPP-project) en de advocatuur. De ACVZ is alle betrokkenen dankbaar voor de verkregen informatie en de kritische blik waarmee naar de ideeën van de ACVZ is gekeken.

Het onderhavige advies behandelt twee vragen, te weten:

1. *Hoe kan bij de beoordeling van verzoeken om toelating en verblijf die (mede) zijn gebaseerd op medische aspecten recht worden gedaan aan deze medische aspecten, zonder dat de scheiding tussen de behandeling van reguliere- en asielaanvragen wordt doorbroken?*
2. *Op welke wijze kunnen medische omstandigheden in de asielprocedure worden betrokken zonder dat dit leidt tot een medicalisering van die procedure?*

Uitgangspunten ACVZ

De ACVZ kan zich vinden in het uitgangspunt van de regering dat zoveel mogelijk moet worden vermeden dat asielprocedures uitlopen op een reguliere verblijfsvergunning vanwege medische redenen. In de asielprocedure zullen daarom medische aspecten in een zo vroeg mogelijk stadium moeten worden gesignaleerd, zodat deze tijdig kunnen worden behandeld en, voor zover relevant, in de beoordeling van het asielverzoek worden meegewogen. Tegelijkertijd is en blijft de ACVZ van mening dat de asielprocedure niet mag worden gemedicaliseerd. Ook de door de ACVZ geconsulteerde organisaties onderschrijven deze mening.

² Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken, *Secuur en Snel. Voorstel voor een nieuwe asielprocedure*, Den Haag: ACVZ, februari 2007.

³ Ook wel aangeduid als: *The Manual on Effective Investigation and Documentation of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*, 1999.

⁴ Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken, *Immigratie op maat, Advies over een nieuwe opzet voor het reguliere migratiebeleid*, Den Haag: ACVZ, oktober 2007.

Opbouw van dit advies

Systematiek verblijfsvergunningen wegens medische redenen - De huidige praktijk van het vreemdelingenrecht laat zien dat in een serieus aantal gevallen na afwijzing van de asielaanvraag, en nadat de beroepsprocedure daarover is afgerond, een (reguliere) verblijfsvergunning wegens medische redenen wordt gevraagd. Voorts moet worden geconstateerd dat ingevolge de thans geldende regelgeving en het daarop gebaseerde beleid, een medische situatie van een vreemdeling zowel kan leiden tot een asiel- als tot een reguliere verblijfsvergunning. Zoals in de adviesaanvraag is aangegeven, is deze onheldere systematiek voor verbetering vatbaar. In paragraaf 2 van dit advies wordt eerst de problematiek uiteengezet. De ACVZ doet vervolgens enkele voorstellen om te komen tot een duidelijke structuur voor de verschillende typen verblijfsvergunningen.

Aandacht voor medische problematiek in de asielprocedure - In paragraaf 3 wordt de gezondheidscheck, zoals de ACVZ die in haar advies *Secuur en Snel* schetsmatig heeft aangeduid, nader uitgewerkt. Hoewel de gezondheidscheck geldt voor alle asielzoekers, benadrukt de ACVZ dat deze check geen medicalisering van de asielprocedure inhoudt. De uitwerking van de gezondheidscheck laat zien dat deze is bedoeld om met zo min mogelijk onderzoek zicht te kunnen krijgen op de vraag of de asielzoeker kampt met gezondheidsproblemen die nadere aandacht behoeven. De eerste (en in verreweg de meeste gevallen ook de enige) controle betreft een (geprotocolleerde) screening door gespecialiseerde verpleegkundigen aan de hand van een vroegsignaleringslijst. Voor de overgrote meerderheid van de asielzoekers is daarmee de gezondheidscheck afgelopen. Alleen voor een beperkte groep, die serieuze gezondheidsproblemen lijkt te hebben, wordt een verdere screening met inschakeling van een medicus aanbevolen. Het gaat dus om een trechtermodel, waarin na de entree een zeer beperkt aantal asielzoekers verder medisch onderzocht dient te worden. Een solide ophanging en inbedding van dit geheel, op een zodanige wijze dat ook de betrokken beroepsgroep en de organisaties die zich met de hulp aan asielzoekers bezig houden zich daarin kunnen vinden, is nodig.

In het kader van het te behandelen onderwerp heeft de ACVZ ook enkele overwegingen gewijd aan *de voorbereiding* van beslissingen op verzoeken om een verblijfsvergunning waarbij medische problematiek in het geding is. Het betreft hier in het bijzonder de positie en de rol van het BMA en van de IND.

2. Beslissingen omtrent verblijf in relatie tot medische aspecten

De huidige Vreemdelingenwet, en de daarop gebaseerde regelgeving, kent een tweedeling tussen de asiel- en reguliere verblijfsvergunningen. De Vreemdelingenwet gaat er vanuit dat deze twee procedures niet parallel kunnen lopen.⁵ Het kabinet heeft te kennen gegeven dat de scheiding tussen asiel- en reguliere procedures (veelal aangeduid als 'de waterscheiding') zo strikt als mogelijk gestalte dient te krijgen. De medische aspecten van asielzoekers dienen zoveel mogelijk in de asielprocedure te worden ondergebracht.

In dit deel van het advies wordt uiteengezet hoe de wens van het kabinet kan worden vormgegeven. Daartoe wordt in paragrafen 2.1 en 2.2 ingegaan op achtereenvolgens de asiel- en reguliere procedure, voorzover daarbij sprake is van medische omstandigheden. Daarna wordt in paragraaf 2.3 ingegaan op de problematiek van artikel 64 Vw 2000 op basis waarvan uitstel van vertrek wordt toegestaan. Vervolgens zijn in paragraaf 2.4 de probleempunten op een rij gezet, en komt de ACVZ in paragraaf 2.5 met een voorstel voor een nieuw beslissingskader voor de verschillende typen verblijfsvergunningen.

2.1 Asiel en medische aspecten

Op grond van het huidige beleid, zoals vastgelegd in de Vreemdelingencirculaire 2000 (Vc 2000), spelen bij de beoordeling van een asielverzoek 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.'*⁶ Bij een drietal asielgronden kunnen medische oorzaken echter wel tot een verblijfsgrond leiden.

• Artikel 29, lid 1, onder a Vw 2000: Vluchtelingenschap

In een beperkt aantal zaken wordt, ter ondersteuning van het asielrelaas, een rapport van de Medische Onderzoeksgroep (MOG) van Amnesty International ingebracht, waaruit kan worden opgemaakt of er medische klachten of verschijnselen aanwezig zijn die consistent zijn met, dan wel typerend zijn voor martelingen, mishandelingen of andere traumatiserende gebeurtenissen die de asielzoeker stelt te hebben meegemaakt. Het MOG brengt enkele tientallen rapportages per jaar uit.⁷ Uit het jaarverslag van het BMA blijkt dat de IND in 2006 slechts 3 MOG-rapportages ter advisering aan het BMA heeft voorgelegd.⁸ Het voorleggen van deze rapportages aan het BMA vindt dus incidenteel plaats.

Als geconstateerd is dat er geen gronden zijn voor verlening van een asielvergunning op grond van artikel 29, lid 1, onder a Vreemdelingenwet 2000 (Vw 2000), omdat geen sprake is van vluchtelingenschap in de zin van het Vluchtelingenverdrag, wordt beoordeeld of op de overige gronden van artikel 29 Vw 2000 een asielvergunning kan worden verleend. In de huidige systematiek kan de medische situatie van de asielzoeker dan alsnog reden geven tot toekenning van een asielvergunning, hetzij op grond van artikel 29, lid 1, onder b Vw 2000, hetzij op grond van artikel 29, lid 1, onder c Vw 2000. In het nu volgende worden beide gronden toegelicht.

⁵ Zie artikel 30 lid 1 onder b en c Vw 2000; C3/3 en C3/4 Vc 2000.

⁶ Zie C14/4.4.2 Vc 2000.

⁷ Volgens informatie van de Medische Onderzoeksgroep van Amnesty International is in 2005 in 33 zaken een rapportage uitgebracht; in 2006 betrof het 29 zaken.

⁸ Jaarverslag BMA, Den Haag: Immigratie en Naturalisatiedienst, 2006, p. 6.

• **Artikel 29, lid 1, onder b Vw 2000: artikel 3 EVRM**

Met toepassing van artikel 29, lid 1, onder b Vw 2000 kan een asielvergunning worden verstrekt indien iemand bij uitzetting een reëel risico loopt om te worden onderworpen aan folteringen, aan onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen. Artikel 29, lid 1, onder b verwijst daarmee onder meer naar artikel 3 EVRM. Volgens vaste jurisprudentie van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) is uitzetting in strijd met voornoemd artikel als er 'gegronde redenen zijn aangevoerd om aan te nemen dat de betrokken persoon na uitzetting een reëel risico loopt op een met artikel 3 EVRM strijdige behandeling.'⁹ Bij dergelijke 'klassieke' gevallen heeft de toetsing betrekking op de feitelijke mishandeling *na* uitzetting van de betrokkene naar het land van herkomst.

Van bovenstaande situatie is te onderscheiden de jurisprudentie van het Europese Hof volgens welke de uitzetting van een vreemdeling schending van artikel 3 EVRM behelst, in verband met zijn *gezondheidstoestand*; de zogenoemde 'humanitaire' gevallen. Hierbij gaat het om uitzetting van een ernstig ziek persoon die in het land van bestemming wellicht in een zeer erbarmelijke situatie terecht komt.¹⁰ De moeilijke omstandigheden waarin betrokkene in het land van herkomst zal komen te verkeren, gecombineerd met de verslechtering die optreedt doordat door de uitzetting de medische behandeling en mantelzorg in de uitzettende staat beëindigd wordt, kan bij elkaar opgeteld als blootstellen aan mishandeling gelden. Tot op heden heeft het Europese Hof een dergelijk beroep in slechts één enkel geval gehonoreerd, namelijk in de zaak *St. Kitts* (1997).¹¹ Deze zaak betrof een uitzetting van een terminaal zieke AIDS-patiënt naar één van de weinige staten ter wereld waar geen behandeling voor deze ziekte voorhanden was, en waar hij in eenzaamheid en op bijzonder pijnlijke wijze aan zijn einde zou komen, terwijl hij in het Verenigd Koninkrijk goede medische zorg ontving en liefdevol werd verzorgd. Volgens het Europese Hof zou stopzetting van de behandeling daarom bijzonder dramatische consequenties hebben. Het Hof benadrukte dat het in dit geval '*very exceptional circumstances and compelling humanitarian reasons*' betrof.¹²

Gegeven de in *St. Kitts* geformuleerde overwegingen dienen in de beslissing over de vraag of er vanwege een medische situatie sprake kan zijn van schending van artikel 3 EVRM in elk geval de volgende omstandigheden te worden meegenomen:¹³

- a) de aard, ernst en het stadium van de ziekte;
- b) de medische voorzieningen in het verblijfslaan in relatie tot de medische voorzieningen in het land van herkomst; en,

⁹ EHRM, 11 juli 2001, *Jabari vs. VK*, (JV 2000/240 m.nt. BPV en RV 2000/2 m.nt. HB), EHRM, 6 maart 2001 *Hilal vs. VK* (JV 2001/104 m.nt. TS, RV 2000/1 m.nt. HB). Zie tevens ABRvS, 5 augustus 2002 (JV 2002/339 m.nt. HB); Vermeulen (2001) 'Het risicocriterium in artikel 3 Antifolterverdrag en artikel 3 EVRM', *Wederzijds wantrouwen*, Amsterdam: Amnesty International Nederland 2001, pp. 207-216, en Steenbergen et al., *Internationaal Immigratierecht*, Den Haag: Sdu 1999, p. 189-191.

¹⁰ Deze situatie is op zichzelf niet dermate ernstig dat zij als 'mishandeling' (*ill-treatment*) als bedoeld in artikel 3 EVRM is aan te merken. Bij uitzetting is er dus geen reëel risico op een met artikel 3 EVRM strijdige behandeling zoals bij de 'klassieke' gevallen.

¹¹ Zie *D. v UK*, ook bekend als *St Kitts*, EHRM, 2 mei 1997 (RV 1997/70 m.nt. ABT).

¹² Opgemerkt dient te worden dat van dergelijke humanitaire gevallen alleen sprake kan zijn als de medische toestand van de vreemdeling zeer ernstig is en hij in het verblijfslaan reeds zorg en opvang geniet. Een terminaal zieke patiënt die op Schiphol asiel aanvraagt kan dus niet met succes een beroep op deze bepaling doen. Daarnaast dient de vreemdeling aan te tonen dat de behandeling en zorg niet in het land van bestemming beschikbaar zijn. Daarmee ligt de lat voor een succesvol beroep op de 'humanitaire' gevallen zeer hoog.

¹³ Mogelijk kan op basis van EHRM-uitspraken worden betoogd dat er een vierde criterium is, namelijk de verslechtering in de gezondheidstoestand wanneer de vreemdeling wordt teruggestuurd, zie de noot bij ABRvS 4 juli 2006, RV 2006, 9 m.nt. KMZ.

c) de aanwezigheid van sociale opvang (c.q. mantelzorg) in het land van herkomst.¹⁴

Humanitaire gevallen-jurisprudentie onder artikel 8 EVRM

Voor een uiterst beperkt aantal gevallen geldt een complicerende factor. Dat betreft de mogelijkheid dat, blijkens EHRM-jurisprudentie, tegen de beslissing tot uitzetting - waardoor de medische toestand van de vreemdeling dramatisch zal verslechteren - in bepaalde gevallen óók artikel 8 EVRM ingeroepen kan worden.¹⁵ Onder welke voorwaarden en in welke gevallen een dergelijk beroep op artikel 8 EVRM succes zou hebben is in de jurisprudentie van het Hof nog niet uitgekristalliseerd. Deze bepaling beschermt behalve het recht op respect voor het gezinsleven ook het recht op respect voor privé-leven. Uitzetting waardoor betrokkene wordt blootgesteld aan een acute medische noodsituatie als aan de orde in bijvoorbeeld *St. Kitts*, zal dikwijls als inbreuk op het privé-leven gelden. Dat is niet relevant als de handeling ook door artikel 3 EVRM bestreken wordt - de laatste bepaling biedt immers meer bescherming (omdat zij geen belangenafweging toestaat). Echter, als uitzetting resulteert in een situatie die niet zo erg is dat de ondergrens van artikel 3 EVRM wordt overschreden, kan wel het privé-leven als bedoeld in artikel 8 lid 1 EVRM in het geding zijn.¹⁶ In zo'n geval zal er dan een afweging plaats moeten vinden tussen enerzijds het belang van de vreemdeling (namelijk respect voor zijn privé-leven, dat is: niet uitzetten), en anderzijds het belang van de staat (bijvoorbeeld economisch welzijn). Heel goed denkbaar is dat in een bepaald geval uitzetting van een zeer zieke bijvoorbeeld niet strijdig is met artikel 3 EVRM, maar wél strijdig blijkt met artikel 8 EVRM (dus dat de belangenafweging in het nadeel van de staat zal uitvallen). Kortom, naast 'humanitaire gevallen'-jurisprudentie op grond van artikel 3 EVRM ontwikkelt zich jurisprudentie voor dergelijke medische gevallen op grond van artikel 8 EVRM.

Vraag is, hoe een beroep op artikel 8 EVRM in gevallen van medische noodsituatie in het systeem van de Vw 2000 dient te worden ingepast. De bewoordingen van artikel 29 lid 1 aanhef en onder b Vw 2000 zijn ontleend aan de bewoordingen van de artikel 3 EVRM-jurisprudentie, die sterk afwijkt van de bewoordingen van artikel 8 EVRM. Uit de totstandkomingsgeschiedenis volgt dat deze bepaling niet naar de letter gelezen moet worden, maar beoogt een grondslag te verschaffen voor vergunningverlening indien een refolement-verbod van toepassing is, dus blijkbaar ook als dat refolement-verbod is gesteld in bewoordingen die afwijken van artikel 3 EVRM. Daarmee lijkt het mogelijk beroep op schending van het recht op privé-leven door uitzetting in medische noodsituaties aan te merken als een beroep op artikel 29, lid 1, aanhef en onder b Vw 2000. Echter, betwist kan worden of dit uitzettingsbeletsel wel aangemerkt kan worden als een refolement-verbod (zo'n verbod ziet immers doorgaans op het geval de gewraakte behandeling zal plaatsvinden in de staat waarnaar wordt uitgezet). Daarnaast staat in een dergelijk geval de betekenis van artikel 29, lid 1, aanhef en onder b Vw 2000 wel erg ver af van de bewoordingen, hetgeen de rechtszekerheid niet ten goede komt.

¹⁴ Zie overwegingen van het EHRM in *St. Kitts*, onder 49 t/m 52: 'In any such context, however, the court must subject all the circumstances surrounding the case to a rigorous scrutiny, especially the applicant's personal situation in the expelling State. (...) While he may have a cousin in *St. Kitts* no evidence has been adduced to show whether this person would be willing to or capable of attending to the needs of a terminally ill man. There is no evidence of any other form of moral or social support' (RV 1997/70 m.nt. ABT).

¹⁵ Vgl. EHRM 6 februari 2001, *Bensaid*, RV 2001, 2 m.nt. Vermeulen par. 47.

¹⁶ *Bensaid*, par. 47 en EHRM 10 november 2005 (ontv), *Paramsothy t. Nederland*, nr. 14492/03.

- **Artikel 29, lid 1, onder c Vw 2000: traumata en individuele klemmende redenen van humanitaire aard**

Als iemand niet als verdragsvluchteling is erkend, en evenmin aan hem of haar op grond van artikel 29, lid 1, onder b Vw 2000 een asielvergunning is verleend, kan aan de betrokkene verblijf worden toegestaan op grond van artikel 29, lid 1, onder c Vw 2000. In dat geval dient sprake te zijn van klemmende redenen van humanitaire aard die verband houden met de redenen van vertrek uit het land van herkomst. Het beleid dat in het kader van artikel 29, lid 1, onder c Vw 2000 is ontwikkeld, wordt ook wel het 'traumatabeleid' genoemd.¹⁷ Het beleid ziet op gevallen waarin de persoonlijke beleving van met name genoemde, schokkende gebeurtenissen voor een asielzoeker zodanig traumatiserend zijn geweest, dat van hem of haar niet kan worden gevergd terug te keren naar het land van herkomst.¹⁸

De asielzoeker moet aannemelijk maken:

- a. dat er sprake is van een zekere mate van getraumatiseerd zijn en
- b. er een causaal verband bestaat tussen de traumata en de (ingrijpende) gebeurtenissen in het land van herkomst.

Daarnaast kunnen *bijzondere individuele* klemmende redenen van humanitaire aard, die verband houden met de redenen van het vertrek uit het land van herkomst en tevens verband houden met het asielrelaas, aanleiding zijn tot verlening van een verblijfsvergunning op grond van artikel 29, lid 1, onder c Vw 2000.¹⁹

2.2 Verbljfsvergunning regulier vanwege medische omstandigheden

In het reguliere vreemdelingenbeleid is thans apart geregeld dat een vergunning kan worden aangevraagd op grond van medische omstandigheden. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen de vergunning voor *medische behandeling* en de vergunning voor *medische noodsituatie*. Mede vanuit de beperkende werking van artikel 13 Vw 2000 is sprake van een restrictief beleid.

De grondslag van de reguliere verblijfsvergunning voor het ondergaan van een medische behandeling (vvr-medische behandeling) vormt artikel 14 Vw 2000 jo. artikel 3.46 Vb 2000. De vergunning kan worden verleend als, naar het oordeel van de minister:

1. Nederland het meest aangewezen land is;
2. de behandeling medisch noodzakelijk is, en
3. de financiering deugdelijk is geregeld.²⁰

Voorts dient aan de overige, algemene voorwaarden ter verkrijging van een reguliere vergunning te zijn voldaan (o.a. het paspoort-, mvv- en het middelenvereiste). Ook mag de vreemdeling geen gevaar vormen voor de openbare orde.²¹ De vergunning wordt doorgaans verleend voor de duur van de behandeling met een maximum van één jaar. Als de medische

¹⁷ Het traumatabeleid is nader omschreven in C2/4.2 Vc 2000.

¹⁸ Traumatische ervaringen die aanleiding kunnen geven tot verblijfsaanvaarding zijn onder andere marteling, ernstige mishandeling of verkrachting van de betrokkene, of het getuige zijn van marteling, ernstige mishandeling of verkrachting van naaste familieleden (C2/4.2.3 Vc 2000).

¹⁹ Zie C2/4.3 Vc 2000.

²⁰ Dit is het geval als is aangetoond dat een toereikende ziektekostenverzekering is afgesloten. Een garantstelling door een stichting wordt door de Afdeling Bestuursrechtspraak niet als deugdelijke financiering aangemerkt. Zie ABRvS, 11 juli 2007 (JV 2007/389).

²¹ Artikel 16 Vw 2000.

behandeling blijvend aan Nederland is verbonden, kan een verblijfsvergunning voor vijf jaar worden verleend.²² Gezinsleden van de vreemdeling hebben tevens recht op verblijf.

Medische noodsituatie

Dat Nederland het meest aangewezen land voor de medische behandeling moet zijn om voor een vvr-medische behandeling in aanmerking te komen is niet nieuw.²³ Dit uitgangspunt werd tevens gehanteerd in de Vreemdelingenwetten van 1965 en 1994.

Onder de Vreemdelingenwet van 1994 bestond evenwel de mogelijkheid om, ingeval van een *medische noodsituatie*, van het vergunningenbeleid voor medische behandeling af te wijken. In het beleid voor beoordeling van een aanvraag voor het in Nederland mogen ondergaan van een medische behandeling werd dus een uitzondering gemaakt inzake de medische noodsituatie. Met de invoering van de Vw 2000 is dit beleidskader enigszins veranderd. In artikel 3.46 Vb 2000 was namelijk geen bepaling opgenomen op grond waarvan ingeval van medische nood een uitzondering op het beleid inzake medische behandeling kon worden gemaakt. In 2003 heeft de toenmalige minister voor Vreemdelingenzaken en Integratie getracht dit te corrigeren.²⁴ Artikel 3.4 lid 3 Vb 2000 vormt nu de wettelijke grondslag voor de verblijfsvergunning op basis van medische noodsituatie (vvr-medische noodsituatie).

De vvr-medische noodsituatie ligt zoals gezegd in het verlengde van een vvr-medische behandeling. Volgens de Vreemdelingencirculaire moet onder een medische noodsituatie worden verstaan: *'een situatie waarbij de betrokkene lijdt aan een stoornis, waarvan op basis van de huidige medisch-wetenschappelijke inzichten vaststaat dat het achterwege blijven van behandeling op korte termijn zal lijden tot overlijden, invaliditeit of een andere vorm van ernstige geestelijke of lichamelijke schade.'*²⁵

Hoewel de definitie van medische noodsituatie niet is gewijzigd, werd onder de Vw 1994 onderscheid gemaakt tussen een *acute* medische noodsituatie en een *terminale* medische noodsituatie. In het eerste geval werd op grond van de inherente afwijkingsbevoegdheid een vergunning tot verblijf (vtv)-medische behandeling verleend. In het geval van terminale patiënten lag een verblijfsvergunning zonder beperkingen, de zogenoemde 'vtv-hum', in de rede. Het onderscheid tussen de twee noodsituaties was dus gebaseerd op de ernst en het stadium van de ziekte.²⁶ In het beleid, zoals dat sinds 2003 wordt gevoerd, is dit onderscheid niet overgenomen. In plaats daarvan wordt een temporeel onderscheid gemaakt tussen medische noodsituaties die korter duren dan één jaar en medische noodsituaties die langer duren dan één jaar. Daarmee is het beleid zoals dat gold onder de Vw 1994 gewijzigd.²⁷ Thans wordt alleen als de medische noodsituatie naar verwachting langer duurt dan één jaar, een verblijfsvergunning verleend. In andere gevallen wordt uitstel

²² Artikel 3.60 Vb 2000; B8/3.3 Vc 2000.

²³ B16/3.7 Vc 1994.

²⁴ Gelet op de overwegingen in de MvT bij de Vw 2000 werd geen wijziging beoogd in het beleid inzake medische behandeling. Met de invoering van de Vw 2000 zijn echter de toelatingsvoorwaarden verheven tot algemeen verbindende voorschriften en omdat de toelatingsgrond voor medische behandeling geen uitzonderingsbepaling kent, is in 2003 een correctie aangebracht. Als thans sprake is van een medische noodsituatie kan met gebruikmaking van de discretionaire bevoegdheid van artikel 3.4 lid 3 Vb 2000 een reguliere verblijfsvergunning worden verleend (*Kamerstukken II 2002/03*, 19 637, nr. 713).

²⁵ Zie B8/3.1 Vc 2000.

²⁶ Kuijer & Steenbergen, *Nederlands Vreemdelingenrecht* herziene, vierde druk, Rotterdam/Leiden: Nederlands Centrum Buitenlanders, 1999, p. 172.

²⁷ In de brief uit 2003 is aangegeven dat het verlenen van een verblijfsvergunning op grond van artikel 3.4 lid 3 Vb 2000 in geval van een tijdelijke medische noodsituatie niet opportuun geacht wordt, aangezien dit niet in lijn is met de uitgangspunten van een restrictief toelatingsbeleid (*Kamerstukken II 2002/03*, 19 637 nr. 713).

van vertrek toegestaan op grond van artikel 64 Vw 2000. Op die laatste situatie wordt in paragraaf 2.3 nader ingegaan.

Om onder de huidige wet- en regelgeving in aanmerking te komen voor een vvr-medische noodsituatie dient de betrokkene zich in Nederland te bevinden en moet de situatie van de vreemdeling voldoen aan de volgende drie criteria:²⁸

- 1) Door stopzetting van de medische behandeling zal een medische noodsituatie ontstaan; en
- 2) de medische behandeling kan niet plaatsvinden in het land van herkomst of een ander land waarnaar de betrokkene zich kan verwijderen; en
- 3) de medische behandeling ter voorkoming van het ontstaan van deze medische noodsituatie zal naar verwachting langer dan één jaar duren.

Ten aanzien van deze voorwaarden wordt door de IND advies ingewonnen bij het BMA.²⁹ Naast de beoordeling van de aard en ernst van de medische situatie beoordeelt het BMA tevens de behandelingsmogelijkheden in het land van herkomst. Deze laatste beoordeling vindt plaats op basis van informatie van International SOS en/of vertrouwensartsen ter plaatse. De vraag of de beschikbare medische voorzieningen in het land van herkomst feitelijk toegankelijk zijn, speelt bij deze beoordeling in beginsel geen rol.³⁰ De Afdeling Bestuursrechtspraak van de Raad van State beschouwt het advies van het BMA als een deskundigenrapport als bedoeld in de Algemene wet bestuursrecht.³¹

Als is vastgesteld dat de vreemdeling in een medische noodsituatie verkeert, wordt voorbijgegaan aan het *middelenvereiste*.³² Ook wordt in het geval van een medische noodsituatie het *paspoortvereiste* niet tegengeworpen als is aangetoond dat de enige mogelijkheid om aan dit vereiste te kunnen voldoen, bestaat uit het terugreizen naar het land van herkomst.³³ Voor wat betreft het *mvv-vereiste* geldt, dat als het in verband met de gezondheidstoestand van de vreemdeling niet verantwoord is om te reizen, de aanvraag voor een vvr-medische noodsituatie niet wordt afgewezen wegens het ontbreken van een mvv op grond van de wettelijke vrijstellingsgrond.³⁴ Als de wettelijke vrijstellingsgrond niet wordt toegepast, dan kan de vreemdeling een beroep doen op de hardheidsclausule. Een beroep op de hardheidsclausule mag in beginsel geen asielgerelateerde omstandigheden bevatten. Dit uitgangspunt is overigens enigszins in Afdelingsjurisprudentie genuanceerd.³⁵ Of toepassing moet worden gegeven aan de wettelijke vrijstellingsgrond dan wel de hardheidsclausule, is afhankelijk van de vraag of er sprake is van een medische noodsituatie.³⁶

In beginsel wordt een vergunning vanwege een medische noodsituatie verstrekt voor de duur van één jaar. Na drie jaar verblijf op grond van een medische noodsituatie kan de vreemdeling aanspraak maken op voortgezet verblijf.³⁷

²⁸ B8/3.2 Vc 2000.

²⁹ B8/3.2 Vc 2000.

³⁰ B8/4.4 Vc 2000.

³¹ ABRvS 2 november 2005, JV 2005/473, RvS 21 augustus 2006, JV 2006/377, RvS, 30 september 2003, zaaknr. 200304603/1.

³² B8/3.2 Vc 2000.

³³ B8/3.2 Vc 2000.

³⁴ Artikel 17 lid 1 onder c Vw 2000.

³⁵ ABRvS 30 november 2005, JV 2006/24 m.nt. PB, ABRvS 26 juli 2007, JV 2007/443 m.nt. PB, ABRvS 27 juni 2007, JV 2007/374.

³⁶ Zie voor een overzicht van de rechtspraak over de hardheidsclausule o.a. JV 2005/374 en JV 2006/160 m.nt. PB.

³⁷ Artikel 3.51 lid 1 onder b Vb 2000.

Ex-asielzoekers en verblijf wegens medische behandeling/medische noodsituatie

Met betrekking tot de toepassing van het hiervoor uiteengezette beleid is het opvallend dat in de afgelopen jaren aan een substantiële groep ex-asielzoekers een vvr-medische behandeling is verleend (zie tabel 1). Het is onwaarschijnlijk dat die groep voldeed aan de drie voorwaarden voor toekenning van een reguliere vergunning voor verblijf wegens medische behandeling. Een logische verklaring hiervoor kan zijn dat deze ex-asielzoekers eerst succesvol een beroep op artikel 64 Vw 2000 hebben gedaan en tevens aan de voorwaarde voor de Regeling verstrekkingen asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen (Rva 2005) voldeden.³⁸ Op basis daarvan is de persoon verzekerd tegen medische kosten en kan worden aangetoond dat de financiering van de medische behandeling deugdelijk is geregeld.

In onderstaande tabellen zijn de cijfers tot en met augustus 2007 opgenomen. Zouden de cijfers worden doorberekend tot een volledig jaar, dan nog is sprake van een duidelijke daling.

Tabel 1: Verblijfsvergunning verleend op grond van *medische behandeling*, 2004 t/m **aug 2007**.

	2004	2005	2006	2007
Ex-asielzoekers	1346	1437	891	159
Overige vreemdelingen	520	552	388	198
Totaal	1866	1989	1279	357

Bron: Ministerie van Justitie/IND.

In de afgelopen jaren is slechts in een beperkt aantal zaken een vvr-medische noodsituatie verleend. Per jaar zijn ongeveer 100 van dit type reguliere verblijfsvergunningen verstrekt aan vreemdelingen die eerder asiel hadden aangevraagd (zie tabel 2).

Tabel 2: Verblijfsvergunning verleend op grond van *medische noodsituatie*, 2004 t/m **aug 2007**.

	2004	2005	2006	2007
Ex-asielzoekers	106	111	105	51
Overige vreemdelingen	18	40	49	22
Totaal	124	151	154	73

Bron: Ministerie van Justitie/IND.

³⁸ Vreemdelingen die gezien hun medische situatie niet kunnen reizen, kunnen in aanmerking komen voor verstrekkingen o.g.v. de Rva 2005 indien zij geen aanspraak maken op andere voorzieningen en in het bezit zijn van een verklaring van de behandelend arts waarin objectieve medische gegevens van de vreemdeling zijn aangegeven. Het indienen van een aanvraag tot het verlenen van een verblijfsvergunning regulier voor medische behandeling schort het beëindigen van de verstrekkingen niet op.

2.3 Uitstel van vertrek vanwege medisch beletsel

Als degene die uit Nederland moet vertrekken daar vanwege medische redenen niet toe in staat is, dient uitstel van vertrek te worden toegestaan. Dat is neergelegd in artikel 64 Vw 2000. Dit artikel is niet alleen van toepassing als het een uitgeprocedeerde asielzoeker betreft of iemand die verblijf op een reguliere grond is geweigerd, maar ook als het iemand betreft die vanwege illegaal verblijf is opgepakt en uitgewezen wordt zonder dat een verblijfsvergunning is aangevraagd. In de praktijk blijkt onduidelijkheid te bestaan over de reikwijdte van artikel 64 Vw 2000. Bij nadere bestudering van de regels blijken deze inderdaad ingewikkeld. In het onderstaande wordt getracht de oorzaak van deze onduidelijkheid te duiden.

Wetsgeschiedenis artikel 64 Vw 2000

In de Vreemdelingenwet 1994 was de opschorting van de uitzetting geregeld in artikel 25. Dit artikel luidde: *Uitzetting blijft achterwege, indien de verwijdering van de vreemdeling uit Nederland met het oog op zijn gezondheidstoestand of die van één zijner gezinsleden niet verantwoord is te achten.* De vraag die moest worden beantwoord was of, gelet op de gezondheidstoestand van de vreemdeling, feitelijke uitzetting al dan niet mogelijk was. De periode van opschorting van vertrek op basis van artikel 25 Vw 1994 werd bepaald door de periode waarin reizen vanuit medisch oogpunt niet verantwoord werd geacht.³⁹ Voor langdurige medische behandelingen was artikel 25 Vw niet bedoeld.⁴⁰

Huidige procedure artikel 64 Vw 2000

Met de invoering van de Vreemdelingenwet 2000 is de redactie van artikel 64 Vw 2000 aangepast.⁴¹ Op grond van artikel 64 Vw 2000 blijft thans uitzetting achterwege *'zolang het gelet op de gezondheidstoestand van de vreemdeling of die van zijn gezinsleden niet verantwoord is om te reizen.'* De beslissingsprocedure is in het kort als volgt: Om een beroep op artikel 64 Vw 2000 te doen, moet de vreemdeling een schriftelijke en met stukken en gegevens onderbouwde aanvraag indienen. Indien nodig, vraagt de IND advies aan het BMA en/of een andere, onafhankelijke, medisch deskundige. Hoewel het paspoortvereiste strikt genomen niet van toepassing is, lijkt uit de beleidsregels te volgen dat het voor een geslaagd beroep op artikel 64 toch nodig is een geldig paspoort te overleggen. In het besluit tot toepassing van artikel 64 Vw kan een termijn worden aangegeven, maar dat hoeft niet. Bij een ziekenhuisopname of andere onvoorziene situatie kan artikel 64 Vw 2000 zonder onderliggende aanvraag of voorafgaand advies van het BMA worden toegepast.⁴²

³⁹ B16 Vc 1994.

⁴⁰ De procedure was nader omschreven in een gedragslijn behorend bij de beleidsregels (A6/7 Vc 1994).

⁴¹ *Kamerstukken II 1998/99*, 26 732, nrs. 1-2, p. 22 en p. 66. Met de komst van de Richtlijn massale instroom (2001/55/EG) moesten lidstaten op grond van artikel 23 van de Richtlijn, de nodige maatregelen treffen m.b.t. personen die tijdelijke bescherming hebben genoten en voor wie het gelet op hun gezondheidstoestand niet verantwoord is te reizen, bijvoorbeeld omdat ze ernstige negatieve gevolgen zouden ondervinden als de behandeling onderbroken wordt. Uitzetting blijft voor de duur van de verhindering om te reizen achterwege. Daarbij wordt aan de lidstaat overgelaten of die een vergunning wenst te verlenen. De Nederlandse wet- en regelgeving zijn naar aanleiding van die bepaling in de Richtlijn niet aangepast omdat er van uitgegaan werd dat de Nederlandse regeling de regel van artikel 23 van de Richtlijn in elk geval mede omvat.

⁴² Naast toepassing van artikel 64 Vw 2000 op basis van een verzoek van de vreemdeling zelf, kan de Dienst Terugkeer en Vertrek (DT&V) of de Koninklijke Marechaussee, een onderzoek laten instellen door de IND om

Als artikel 64 Vw 2000 wordt toegepast, is het verblijf van de vreemdeling gedurende het uitstel van vertrek rechtmatig op grond van artikel 8 onder j Vw 2000.⁴³ Wordt artikel 64 Vw 2000 toegepast dan mogen ook in Nederland aanwezige familieleden hier blijven zolang de artikel 64-situatie voortduurt.⁴⁴ Al naar gelang de juridische positie waarin de vreemdeling na afronding van de verblijfsrechtelijke procedure (asiel of regulier) verkeert, kan de vreemdeling gedurende de toepassing van artikel 64 Vw 2000 op grond van de Rva 2005 verstrekkingen voor onder andere opvang en verzekering verkrijgen of behouden. Tegen afwijzing van de aanvraag kan bezwaar worden gemaakt. Het bezwaar noch het beroep bij de rechter heeft op zichzelf opschortende werking. Daartoe kan bij de rechter een verzoek tot het treffen van een voorlopige voorziening worden ingediend.

Onduidelijkheid door beleidswijziging

Blijkens de wetsgeschiedenis zag artikel 25 Vw 1994 (het huidige artikel 64 Vw 2000) op kortstondige situaties, waarin sprake was van een reisbeletsel wegens bijvoorbeeld een ziekenhuisopname of besmettingsgevaar.⁴⁵ Echter, met de corrigerende maatregel die in 2003 is doorgevoerd voor medische noodsituaties, heeft tevens het uitstel-van-vertrek-beleid een wijziging ondergaan.⁴⁶ Met de invoering van het beleid voor medische noodsituaties is immers een onderscheid gemaakt tussen medische noodsituaties die langer duren dan één jaar, en medische noodsituaties die korter duren dan één jaar. Het argument daartoe was dat het in het kader van een restrictief toelatingsbeleid niet opportuun werd geacht om bij tijdelijke medische noodsituaties (namelijk die korter duren dan één jaar) een verblijfsvergunning te verlenen. Met dit temporele onderscheid zijn toen de medische noodsituaties die korter duren dan één jaar onder het 'uitstel van vertrek' regime gebracht.⁴⁷

Thans ziet artikel 64 Vw 2000 dus zowel op situaties waarin vanwege een acuut gezondheidsprobleem een *reisbeletsel* bestaat, als op situaties waarin *door de stopzetting van de medische behandeling* een medische noodsituatie ontstaat die, naar verwachting, korter dan één jaar zal duren.⁴⁸ Een beroep op artikel 64 Vw 2000 moet overigens worden getoetst aan artikel 3 EVRM.⁴⁹ In 2006 heeft het BMA in totaal 647 adviezen uitgebracht over het al dan niet bestaan van een artikel 64-situatie.⁵⁰ In hoeveel zaken uiteindelijk uitzetting op grond van artikel 64 Vw 2000 achterwege is gelaten, is niet bekend.

2.4 Probleempunten

Het beleid en de huidige wet- en regelgeving ten aanzien van medische aspecten laat zich als volgt karakteriseren:

te bezien of uitstel van vertrek moet worden verleend, als er concrete aanwijzingen bestaan op basis waarvan het vermoeden rijst dat de vreemdeling niet kan reizen. Dit kan zonder nadere onderbouwing. In de meeste gevallen wordt advies ingewonnen bij het BMA.

⁴³ Uitzondering op deze regel vormt de ongewenstverklaring. Is de vreemdeling ongewenst verklaard, dan wordt een beroep op artikel 64 Vw 2000 afgewezen omdat dan geen rechtmatig verblijf op grond van artikel 8 Vw 2000 kan bestaan.

⁴⁴ In een voorlopige voorziening oordeelde de rechtbank Rotterdam dat onder 'gezinsleden' dient te worden verstaan de 'uit te zetten gezinsleden'. Rechtbank 's Gravenhage zp. Rotterdam, 2 augustus 2007 (*JNVR* 2007/172).

⁴⁵ B16/5.3 Vc 1994.

⁴⁶ *Kamerstukken II* 2002/03, 19 637, nr. 713.

⁴⁷ *Kamerstukken II* 2002/03, 19 637, nr. 713.

⁴⁸ Zie A4/7.1 en B8/3.2 Vc 2000.

⁴⁹ ABRvS 6 april 2007, *JV* 2007/237, *AB* 2007, 210 m.nt. HB.

⁵⁰ Jaarverslag BMA 2006, p. 7.

1. In de asielprocedure wordt thans alleen *indirect* rekening gehouden met de mogelijkheid dat medische problemen op enigerlei wijze van invloed kunnen zijn op die procedure.
2. De reguliere verblijfssystematiek in geval van medische problematiek is onhelder. Er zijn twee reguliere titels: de verblijfsvergunning voor medische behandeling en de vergunning voor medische noodsituatie.
3. Van de vereisten voor verkrijging van een vvr-medische behandeling wordt slechts afgeweken als sprake is van een zeer uitzonderlijk individueel geval. Daarvan is sprake als er een medische noodsituatie bestaat. Tegelijk moet worden geconstateerd dat aan substantiële aantallen ex-asielzoekers zo'n reguliere verblijfsvergunning wegens medische behandeling pleegt te worden verleend.
4. De definitie van een medische noodsituatie is: *'de situatie waarbij de betrokkene lijdt aan een stoornis, waarvan op basis van de huidige medisch-wetenschappelijke inzichten vaststaat dat het achterwege blijven van behandeling op korte termijn zal lijden tot overlijden, invaliditeit of een andere vorm van ernstige geestelijke of lichamelijke schade.'*
5. Uitgaande van bovenstaande definitie komt iemand in aanmerking voor een vvr-medische noodsituatie als er *zonder behandeling* een medische noodsituatie ontstaat, én de behandeling van de stoornis naar verwachting langer duurt dan één jaar, én vaststaat dat de behandeling niet kan plaatsvinden in het land van herkomst.
6. Een beroep op de uitzondering van het mvv-vereiste wordt alleen gehonoreerd in een zeer uitzonderlijk individueel geval, ergo als er een medische noodsituatie bestaat.
7. Asielgerelateerde medische aspecten komen in beginsel in de reguliere procedure niet aan bod. Echter, deze op hoofdregel is in de Afdelingsjurisprudentie door de Afdeling enige nuancering aangebracht.⁵¹
8. Uitstel van vertrek op grond van artikel 64 Vw 2000 is aan de orde als iemand niet kan reizen, of als er een medische noodsituatie bestaat die naar verwachting korter dan één jaar zal duren.
9. De vraag of de beschikbare medische voorzieningen in het land van herkomst feitelijk toegankelijk zijn, speelt bij de beoordeling van aanvragen in beginsel geen rol.
10. Ten aanzien van de beoordeling van de voorwaarden voor verlening van een verblijfsvergunning wegens medische omstandigheden wordt door de IND advies ingewonnen bij het BMA, dat een oordeel over de behandelingsmogelijkheden in het land van herkomst baseert op informatie van derden.

⁵¹ ABRvS 30 november 2005, JV 2006/24 m.nt. PB, ABRvS 26 juli 2007, JV 2007/443 m.nt. PB, ABRvS 27 juni 2007, JV 2007/374, ABRvS 23 juni 2005, JV 2005/374 m.nt. PB, ABRvS 10 maart 2006, JV 2006/160 m.nt. PB, ABRvS 26 juli 2007, JV 2007/443 m.nt. PB, ABRvS 4 juli 2006, RV 2006, 9 m.nt. KMZ, ABRvS 6 april 2007, JV 2007/237, AB 2007, 210 m.nt. HB.

De ACVZ signaleert met betrekking tot de huidige wet- en regelgeving alsmede het beleid ten aanzien van medische aspecten de volgende knelpunten:

Stapelning van procedures

De systematiek van de huidige Vreemdelingenwet leidt in sommige gevallen tot stapeling van procedures. In de nu bestaande systematiek is dat niet goed te vermijden. Veelal worden asielverzoeken in eerste instantie afgewezen, zonder dat er voldoende tijd is of de mogelijkheid bestaat om verder onderzoek te doen naar de betrouwbaarheid van gestelde medische klachten en deze mee te (laten) wegen in de beoordeling van het asielverzoek. De vreemdeling kan vervolgens, vanwege zijn gezondheidstoestand, een aanvraag indienen voor vvr-medische behandeling of vvr-medische noodsituatie. Asielgerelateerde gronden, of de vraag of schending van artikel 3 EVRM dreigt, kunnen, gelet op de jurisprudentie van de Afdeling Bestuursrechtspraak, in beginsel *niet* in de reguliere procedure aan de orde komen. Echter, dit standpunt lijkt te worden genuanceerd in een aantal uitspraken van de Raad van State.⁵² Voor beoordeling van die vragen zal na afwijzing van de reguliere aanvraag dan veelal *alsnog* een (herhaald) asielverzoek moeten worden ingediend.

In de praktijk blijkt dat als er meerdere, opeenvolgende procedures door een vreemdeling zijn gevoerd, er uiteindelijk dikwijls alsnog een asielvergunning wordt verstrekt. Dat zou volgens de ACVZ beter en efficiënter kunnen. Er zou in een eerder stadium tot vergunningverlening kunnen worden overgegaan als in dit soort gevallen de uitslag van een vroegtijdig ingezet medisch onderzoek in de beoordeling van het asielverzoek zou zijn meegewogen. De huidige gang van zaken leidt er in een aantal gevallen toe dat de langdurige onzekerheid over het verblijf zijn weerslag heeft op de (psychische) gezondheidstoestand van de vreemdeling. Voorts blijkt uit de praktijk dat vreemdelingen waarbij medische problemen zijn vastgesteld, niet (kunnen) worden uitgezet, of na geruime tijd recht op verblijf wordt toegestaan. Veel van deze dossiers zijn recentelijk afgedaan onder de Regeling ter afwikkeling nalatenschap oude Vreemdelingenwet (de zogenoemde 'pardon-regeling'). Bij ongewijzigd beleid en handhaving van de huidige systematiek zal een dergelijke stapeling van moeilijke en langsepende gevallen niet kunnen worden vermeden. De ACVZ acht deze gang van zaken onwenselijk. Daarom adviseert zij hieromtrent als volgt.

- **Zoals de ACVZ in haar advies *Secuur en Snel* heeft aangegeven, dienen medische aspecten in een eerder stadium van de asielprocedure in kaart te worden gebracht. Naar de mening van de ACVZ dient in beginsel nog tijdens de asielprocedure zicht te zijn op de omvang, aard en ernst van de medische problematiek, zodat deze meegewogen kan worden in de procedure en daarmee een deel van de herhaalde en nieuwe aanvragen kan worden voorkomen.** Ook indien in een later stadium medische problemen aan het licht komen, zou altijd eerst onderzoek moeten worden verricht. Als uit dit onderzoek blijkt dat het evident is dat in een eerder stadium de medische problemen hadden kunnen worden gemeld, dient een andere waarde te worden gehecht aan deze omstandigheden dan wanneer dit niet het geval is (in paragraaf 3 volgt een nadere uitwerking van dit voorstel).
- **Indien geen asielvergunning wordt verleend, dient ambtshalve, of op grond van uitlatingen van de asielzoeker, te worden beoordeeld of de gezondheidstoestand van de vreemdeling tot enigerlei vorm van (tijdelijke)**

⁵² ABRvS 26 juli 2007, JV 2007/443 m.nt. PB, ABRvS 4 juli 2006, RV 2006, 9 m.nt. KMZ, ABRvS 6 april 2007, JV 2007/237, AB 2007, 210 m.nt. HB, ABRvS 10 maart 2006, JV 2006/ 160 m.nt. PB, ABRvS 30 november 2005, JV 2006/24 m.nt. PB, ABRvS 27 juni 2007, JV 2007/374.

verblijfsaanvaarding dient te leiden. De regelgeving dient op dit punt te worden aangepast. In geval van een negatieve beslissing op een asielaanvraag dient in diezelfde beslissing tevens een oordeel te worden uitgesproken over de vraag of de medische aspecten nopen tot (tijdelijke) verblijfsaanvaarding op grond van klemmende redenen van humanitaire aard. In paragraaf 2.5 wordt door de ACVZ een aantal opties aangedragen.

Medische nood en artikel 64 Vw 2000 bevatten criteria die elkaar deels overlappen

Het beleid met betrekking tot medische nood en toepassing van artikel 64 Vw 2000 bestaat uit criteria, die elkaar deels overlappen en/of in elkaars verlengde liggen. Het beleid is daardoor niet altijd inzichtelijk en helder. De regeling van artikel 64 Vw 2000 vermengt bijvoorbeeld de vraag of iemand kan reizen met de vraag of er een medische noodsituatie bestaat. Dat maakt het beleid voor de uitvoering niet alleen onduidelijk, ook lijken de voorwaarden die worden gesteld voor een aanvraag voor een vvr-medische noodsituatie (o.a. mvv-vereiste) een onnodige last voor zowel de uitvoering als de vreemdeling. Immers, eerst moet worden aangetoond dat het voor de vreemdeling niet verantwoord is om te reizen alvorens aan het mvv-vereiste voorbij wordt gegaan. Verder voorziet de regeling niet in een ambtshalve te verlenen vergunning in het geval de kort durende medische noodsituatie langer dan één jaar voortduurt en de vreemdeling gedurende die periode op grond van artikel 64 Vw 2000 in Nederland verblijft.

Zoals aangegeven, heeft de wetgever in de Vw 2000 geen wijzigingen beoogd in het beleid inzake de reguliere verblijfsvergunning voor medische behandeling. Daaronder viel (als uitzondering) het beleid inzake medische noodsituaties. Met de invoering van de wet is echter het beleid ten aanzien van medische noodsituaties (onbedoeld) toch gewijzigd. De consequentie daarvan is, dat vreemdelingen, waaronder voormalige asielzoekers, die in een medische noodsituatie verkeren, voor de duur van één jaar met toepassing van artikel 64 Vw 2000 niet worden uitgezet maar in een verblijfstechnisch niemandsland terecht komen. In de visie van de ACVZ is dit een ongewenste situatie.

- **De ACVZ is voorstander van een eenduidiger en eenvoudiger beleidskader met heldere criteria, bevoegdheidstoedeling en beoordelingsruimte. Gedacht kan worden aan de mogelijkheid om direct aansluitend aan een aanvraag voor medische behandeling ambtshalve aandacht te besteden aan de vraag of medische aspecten tot enigerlei vorm van (tijdelijke) verblijfsaanvaarding nopen. Daarbij dient het niet alleen te gaan om de verwachte duur, maar ook om de ernst van de medische situatie.** Zie daarover meer in paragraaf 2.5.

Advisering door BMA

Het BMA pleegt tot op heden niet alleen te adviseren over de betekenis van ingewonnen medische informatie over degene die verblijf beoogt, maar ook over de vraag of in het land van herkomst medische behandelingsmogelijkheden beschikbaar zijn. Vooral deze laatstgenoemde advisering ligt onder vuur. Al meerdere malen heeft het medisch tuchtcollege uitgesproken dat een arts (van het BMA) in een individueel geval zulk een op algemene aannamen gebaseerd advies niet mag uitbrengen.⁵³ Voorts heeft niet alleen de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), maar ook de Koninklijke Nederlandsche

⁵³ Zie bijvoorbeeld uitspraken van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg van 4 september 2007 in zaaknr. 2006/147 (<www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/images/2006.147.pdf>) en 6 november 2007 in zaaknr. 2007/067 (<www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/images/07067.asd.pdf>).

Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) recent gesteld dat het oordeel over de beschikbaarheid van behandelingsmogelijkheden in het land van herkomst niet bij artsen ondergebracht dient te worden.⁵⁴

Voor wat betreft de advisering over de medische situatie van de vreemdeling heeft de IGZ haar zorg geuit over het feit dat in sommige spoedeisende (veelal uitzettings-) zaken de informatie van behandelaars geheel wordt vervangen door onderzoek dat wordt uitgevoerd door mobiele teams aan wie het BMA dit onderzoek heeft uitbesteed. Volgens de IGZ komt in die gevallen de gewenste snelheid van advisering op gespannen voet te staan met de vereiste zorgvuldigheid van medische advisering.⁵⁵ Over de rol van het BMA in asielzaken wordt nog nader ingegaan in paragraaf 3.3 en verder. Ten slotte is vooralsnog onbekend hoe in de uitvoering (door de IND en de Dienst Terugkeer & Vertrek) met de adviezen van het BMA wordt omgegaan.

- **De ACVZ is van oordeel dat over de betekenis van medische informatie, voorzover deze betrekking heeft op de medische situatie van een individuele vreemdeling, door het BMA op zorgvuldige wijze advies moet worden uitgebracht. Voor beantwoording van de vraag over de beschikbaarheid van behandelingsmogelijkheden in het land van herkomst dient naar de mening van de ACVZ de IND zelf, uit meerdere bronnen, informatie in te winnen. Te denken valt aan het inwinnen van informatie via ambassades alsook aan raadpleging van gegevens van internationale organisaties zoals de World Health Organization (WHO).**

⁵⁴ Medische advisering in het kader van het vreemdelingenbeleid door BMA, De Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg juni 2006, p. 14, p.17-18 en p. 22. *Arts en Vreemdeling, rapport van de commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen*, Utrecht: KNMG, LHV, NVvP, Orde van Medisch Specialisten, Pharos, 2007, p. 35.

⁵⁵ *Medische advisering in het kader van het vreemdelingenbeleid door BMA*, De Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg juni 2006, p. 21-22.

2.5 Voorstel voor een nieuw beslissingskader

De ACVZ heeft drie mogelijkheden in ogenschouw genomen:

1. *De situatie in grote trekken laten zoals zij is en accepteren dat met betrekking tot medische aspecten de volgtijdigheid van procedures onvermijdelijk is.*

De ACVZ acht de huidige regelgeving inzake medische nood- en artikel 64-situaties onoverzichtelijk en weinig coherent. De onderverdeling in verschillende vergunningen en de uitwerking daarvan in op elkaar gelijkende criteria is niet logisch. Het beleid voor medische noodsituaties zou daarom als uitzondering op de regels voor medische behandeling dienen te worden geformuleerd en een grondslag in regelgeving moeten krijgen, namelijk in artikel 3.46 Vb 2000 in plaats van de thans geldende constructie via artikel 3:4 lid 3 Vb 2000. Beide regelingen (medische behandeling en medische nood) liggen immers in elkaars verlengde. Medische behandeling en medische nood zouden onder één noemer moeten worden gebracht. Dit was ook onder de oude Vw 1994 het geval. Er is geen duidelijke reden waarom dit onder de Vw 2000 anders zou moeten zijn. Uitgegaan zou moeten worden van de volgende constructie: Hoofdregel is het beleid inzake medische behandeling, met als uitzondering daarop het beleid inzake medische noodsituatie. Als een vreemdeling niet aan de voorwaarden voor medische behandeling voldoet, zou ambtshalve moeten worden gezien of er sprake is van een medische noodsituatie. Is sprake van medische nood dan dient niet alleen aan het middelenvereiste en het paspoortvereiste, maar ook aan het mvv-vereiste voorbij te worden gegaan.

Het beleid inzake artikel 64 Vw 2000 zou zo dienen te worden aangepast dat dit artikel slechts wordt toegepast in situaties waarin alleen een *reisbeletsel* bestaat.

De hierboven beschreven oplossing is echter verre van optimaal, omdat de verblijfsvergunning voor medische nood onderdeel wordt c.q. blijft van de vvr-medische behandeling. Een asielzoeker die stelt medische problemen te hebben, zal na een negatieve beslissing op zijn asielverzoek eerst een vvr-medische behandeling moeten aanvragen, om voor een vvr-medische noodsituatie in aanmerking te komen.

2. *In de gronden voor het verkrijgen van een asielvergunning de mogelijkheid inbouwen van toekenning van verblijf op grond van klemmende redenen van humanitaire aard, zonder dat per se een relatie tussen die humanitaire gronden en het land van herkomst bestaat.*

Een tweede mogelijkheid is om aan artikel 29 Vw 2000 een nieuw artikellid toe te voegen dan wel artikel 29, lid 1, onder c Vw 2000 te wijzigen, zodat toekenning van een asielvergunning mogelijk is indien klemmende redenen van humanitaire aard daartoe nopen. Artikel 29, lid 1, onder c Vw 2000 maakt nu alleen vergunningverlening mogelijk in het geval terugkeer niet kan worden verlangd vanwege 'klemmende redenen van humanitaire aard *die verband houden met de reden van zijn vertrek uit het land van herkomst*'. Door het laatste zinsdeel te schrappen zou de bepaling tevens zien op andere klemmende redenen van humanitaire aard.

Deze constructie heeft als voordeel dat situaties waarbij sprake is van klemmende redenen van humanitaire aard binnen de asielprocedure kunnen worden beoordeeld, waardoor een opeenvolging van procedures kan worden voorkomen. Een nadeel is dat verkrijging van een asielvergunning mogelijk wordt op algemene humanitaire gronden die geen direct verband hoeven te hebben met enige asielmotieven. Dit bezwaar is in zoverre niet doorslaggevend dat ook de als 'asielgrond' aangemerkte gronden in artikel 29, lid 1, onder f en g Vw 2000,

namelijk het behoren tot het gezin van de asielstatushouder, veeleer gerelateerd zijn aan het behoud van de gezinseenheid dan aan de grond voor asielverlening. Een ander probleem is dat er in dit geval twee beleidskaders voor medische aspecten zullen bestaan: één binnen de reguliere pijler (namelijk voor medische behandeling en medische nood) en de ander binnen de asielpijler. Gewaakt dient ervoor te worden dat er niet zodanige verschillen in toe te passen criteria ontstaan, dat alsnog overloop tussen asiel en regulier aantrekkelijk wordt. Overigens is in deze situatie moeilijk echt uit te sluiten dat afgewezen asielzoekers een reguliere aanvraag indienen vanwege medische problemen.

3. Een aparte verblijfstitel voor klemmende redenen van humanitaire aard.

In zeer bijzondere omstandigheden komt het voor dat het niet toestaan van verblijf leidt tot een onaanvaardbare situatie. Als een asielverzoek is afgewezen en de medische aspecten van de asielprocedure zijn meegewogen maar hebben niet geleid tot een asielstatus, dan kan het zijn dat toch tot verblijfsaanvaarding moet worden overgegaan op grond van *klemmende redenen van humanitaire aard*. In zo'n geval zou direct aansluitend op de beoordeling van het asielverzoek, een ambtshalve beoordeling van de individuele situatie moeten plaatsvinden. Een daaruit voortvloeiende verblijfstitel past niet in de asiel-, noch in de reguliere verblijfspijler. Voor deze verblijfsstatus zou een aparte verblijfspijler 'klemmende redenen van humanitaire aard' moeten worden ingericht, die naast de asielpijler en de reguliere pijler bestaat,⁵⁶ maar *geen aparte procedure voor het indienen van aanvragen* kent. De ambtshalve toetsing aan de vereisten voor klemmende redenen van humanitaire aard volgt direct aansluitend op de beoordeling van een asielverzoek of een reguliere verblijfsaanvraag voor medische behandeling. Met de nieuwe verblijfspijler, die in de visie van de ACVZ geen nieuwe bureaucratie oplevert, noch tot medisch toerisme leidt, wordt stapeling van procedures voorkomen.

Tegelijkertijd moet worden bedacht dat situaties waarin sprake is van klemmende redenen die tot verblijfsaanvaarding in Nederland nopen, zich niet beperken tot medische omstandigheden.⁵⁷ Er kan ook sprake zijn van anderszins zo schrijnende situaties dat het doen vertrekken van een vreemdeling niet in overeenstemming is met de morele normen die de Nederlandse samenleving voorstaat. Die omstandigheden worden omvat door de wettelijke omschrijving 'klemmende redenen van humanitaire aard' en die omschrijving acht de ACVZ beslissend.

Zoals de ACVZ in haar advies *Immigratie op maat* heeft aangegeven zijn er grote voordelen verbonden aan het separeren van een verblijfsvergunning 'op grond van klemmende redenen van humanitaire aard' van de asiel- en reguliere verblijfsvergunning. Die voordelen zijn onder andere:

1. Het gaat bij 'klemmende redenen van humanitaire aard' niet om asielsituaties waarbij de gebeurtenissen of de huidige situatie in het land van herkomst van doorslaggevend belang zijn. Evenmin betreft het situaties waarin toelating enkel vanwege een Nederlands belang wordt toegestaan. Een vergunning met een eigenstandig karakter komt daaraan tegemoet.
2. Ten tweede kunnen voor zo'n specifieke verblijfsvergunning alle bijzondere regels en expertise voor beoordeling van uitzonderlijke gevallen worden gebundeld. De beoordeling 'klemmende redenen van humanitaire aard' vereist een specifieke

⁵⁶ Zoals bij de invoering van de vtv-hum, ofwel de C-status, door de staatssecretaris van Justitie is aangegeven, kan deze verblijfsvergunning worden verleend om redenen die niet alleen of per se verband houden met asielgerelateerde gronden.

⁵⁷ Te denken valt aan slachtoffers van mensenhandel.

behandeling en deskundigheid en de vergunning is soms aan bijzondere voorwaarden gebonden.

3. Een separate vergunning 'klemmende redenen van humanitaire aard' heeft als voordeel dat altijd, tegelijk met de behandeling van een asiel- of reguliere aanvraag, beoordeeld kan worden of 'klemmende redenen van humanitaire aard' tot verblijfsaanvaarding nopen. Dat voorkomt opeenvolging van procedures hetgeen nu in dit soort gevallen regelmatig voorkomt. Indien geen sprake is van inwilliging van een asielverzoek of verlening van een vvr-medische behandeling staat in de afwijzende beschikking direct ook het standpunt omtrent 'klemmende redenen van humanitaire aard'.
4. Onder 'klemmende redenen van humanitaire aard' kunnen alle medische verblijfsredenen worden ondergebracht, uiteraard met uitzondering van de verblijfsvergunning voor het ondergaan van een gefinancierde medische behandeling. Die vergunning betreft immers een min of meer zakelijke transactie, waarbij verzekerd is dat wordt betaald voor de medisch te verrichten dienst. Artikel 29, lid 1, onder c Vw 2000 kan echter wel onder het algemene begrip 'klemmende reden van humanitaire aard' worden geschaard.
5. Uitstel van vertrek levert nu een situatie op die verre van ideaal is. De vreemdeling heeft geen rechtmatig verblijf, maar wel opvang en verzekering tegen ziektekosten. Tegen toekennen van deze gedoogsituatie staan geen rechtsmiddelen open, maar tegen intrekking ervan wel. Er is alle reden om, als een medische situatie vertrek tegenhoudt, voor de duur van die verhindering een vergunning 'klemmende redenen van humanitaire aard' te verstrekken. Het slaan van zo'n beschikking geeft volgens de ACVZ niet meer werk dan het beslissen tot de huidige gedoogsituatie.

De ACVZ is van oordeel dat deze derde oplossingsrichting verreweg het best aansluit bij de veelvormige medische problematiek die nu deels in regulier beleid en deels binnen de asielprocedure is ondergebracht. Zij voldoet naar het oordeel van de ACVZ aan de wens van het kabinet tot het maximaliseren van de waterscheiding tussen asiel- en reguliere toelatingsprocedures.

De ten departemente geuite vrees dat een extra verblijfsgrond naast asiel en regulier extra procedurele en juridische verwickelingen zou geven deelt de ACVZ niet. Inhoudelijk is die verblijfsgrond nu reeds in de twee verblijfsgronden asiel en regulier verwerkt en er komt dus niets bij. Procedureel levert deze oplossing de voordelen –met name grote tijdsinstroom- op die hiervoor zijn beschreven.

Met betrekking tot het nieuwe beslissingskader beveelt de ACVZ dan ook het volgende aan:

- **Maak toekenning van verblijf om humanitaire redenen los van de asiel- en reguliere verblijfsvergunning. Creëer aldus naast de asiel- en reguliere verblijfsvergunning een 'verblijfsvergunning wegens klemmende reden van humanitaire aard', waarin alle thans bestaande medische verblijfsgronden kunnen worden ondergebracht met uitzondering van de reguliere vergunning voor medische behandeling.**
- **Geef in wet- en regelgeving aan dat in geval van een afwijzende beschikking altijd (op verzoek of ambtshalve) tegelijkertijd wordt beslist over de vraag of sprake is van klemmende redenen van humanitaire aard die tot verblijfsaanvaarding nopen.**

- **Verstrek voor alle medische noodsituaties, zowel van kortdurende als van (meer) structurele aard, een verblijfsvergunning wegens klemmende redenen van humanitaire aard. Deze vergunning komt overeen met de voormalige vtv-hum uit de Vw 1994. Alleen in het geval van een *reisbeletsel* heeft de vergunning het karakter van artikel 64 Vw 2000.**
- **Zorg dat de ambtshalve beslissing over klemmende redenen van humanitaire aard onderdeel uitmaakt van de meeromvattende beschikking. De vreemdeling kan dan tegen een afwijzende beslissing geheel dan wel gedeeltelijk beroep instellen. Er ontstaat op deze wijze geen separate beroepsprocedure, enkel een extra beroepsgrond.**
- **Creëer binnen de 'klemmende redenen van humanitaire aard'-pijler, voor die gevallen waarin sprake is van medische nood, een procedure waarin (snel) advies wordt ingewonnen bij het BMA.**
- **Pas de huidige adviespraktijk van het BMA aan met betrekking tot het inwinnen van informatie over de aanwezigheid van medische zorg in landen van herkomst, tot een praktijk, waarbij de IND hierover zelf uit meerdere bronnen informatie inwint, zoals ook door de KNMG is voorgesteld. Gedacht kan worden aan het inwinnen van informatie via Nederlandse ambassades alsook aan gebruikmaking van informatie van de WHO, IOM en NGO's.**

3. De inrichting van een gezondheidscheck voor asielzoekers

3.1 Inleiding

De ACVZ is van mening dat medische, dat wil zeggen lichamelijke en psychische, aandoeningen, zo vroeg mogelijk in de asielprocedure dienen te worden gesignaleerd. Niet alleen om de vreemdeling zo nodig direct adequaat te kunnen behandelen, maar tevens om de consequenties van dergelijke aandoeningen voor de asielprocedure in een vroeg stadium te kunnen overzien. Daartoe dient in de asielprocedure, zoals de ACVZ in haar eerdere advies *Secuur en Snel* heeft geadviseerd, een gezondheidscheck te worden ingericht. In het nu volgende wordt dat voorstel nader uitgewerkt.

Om medicalisering van de asielprocedure te voorkomen hanteert de ACVZ een zogeheten filtermodel, beginnend met een relatief eenvoudige, effectieve eerste vroegsignalering, die in een beperkt aantal gevallen wordt gevolgd door een uitgebreider onderzoek. Het doel van de gezondheidscheck is meerledig:

- 1) Via de gezondheidscheck kunnen eventuele medische problemen aan het licht komen die gevolgen hebben voor het horen van de asielzoeker. Uit de uitkomsten van de gezondheidscheck en een eventueel nader medisch onderzoek kan blijken dat asielzoekers vanwege hun medische toestand op een aangepaste wijze gehoord moeten worden, of dat het gehoor tijdelijk dient te worden uitgesteld.
- 2) De voorgestelde gezondheidscheck biedt de mogelijkheid inzicht te verkrijgen in medische problemen die relevant kunnen zijn voor de beoordeling van het asielverhaal. De principes van het zogenaamde Istanbul Protocol, een internationale handleiding voor onderzoek bij slachtoffers van martelingen en andere vormen van inhumane behandeling, dienen, bij vermoeden van een zodanige behandeling, leidend te zijn.
- 3) Met de gezondheidscheck kan bij een aantal mensen afkomstig uit landen waar de gezondheidszorg niet optimaal is en die een vaak zeer belastende reis hebben gemaakt, worden achterhaald of sprake is van medische problemen die een directe, curatieve (genezende) behandeling behoeven.
- 4) Door vroeg inzicht in de medische situatie van de asielzoeker te verkrijgen kan worden voorkomen dat in een later stadium een aanvraag wordt ingediend op grond van een medische situatie die al eerder bestond.

De gezondheidscheck draagt bij aan zowel een secure als snelle asielprocedure, waarin vroegtijdig aandacht wordt besteed aan alle aspecten die relevant zijn bij het besluit omtrent een individueel asielverzoek. Daarnaast kan op basis van de uitkomsten van de gezondheidscheck, waar nodig, snel hulp worden geboden.

Medische problematiek

Uit diverse studies is gebleken dat asielzoekers gemiddeld genomen een minder goede gezondheid hebben dan de doorsnee Nederlandse bevolking.⁵⁸ Voor een deel gaat het daarbij om zogenaamde importziekten, zoals tuberculose en parasitaire aandoeningen,

⁵⁸ Gerritsen e.a., 'Psychische en lichamelijke gezondheidsproblemen van, en gebruik van zorg door Afghaanse, Iranese en Somalische asielzoekers en vluchtelingen' *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2006, p. 1983-1989.

waarbij preventie van verspreiding belangrijk is. Daarnaast komen onder hen ook 'normale' aandoeningen voor, zoals diabetes en hart- en vaatziekten.

Gezondheidsproblemen van asielzoekers kunnen echter ook samenhangen met de redenen van hun vertrek uit het land van herkomst en eventuele ontberingen tijdens de reis. Studies hebben aangetoond dat asielzoekers die martelingen en/of andere geweldservaringen hebben ondergaan, een groter risico hebben om lichamelijke, psychosociale en/of psychiatrische gezondheidsproblemen te vertonen dan andere asielzoekers.⁵⁹ Dit wil overigens niet zeggen dat asielzoekers die géén (ernstige) gezondheidsproblemen vertonen geen schokkende gebeurtenissen hebben meegemaakt. Ook kunnen spanningen, voortkomend uit de onzekerheid over de verblijfsstatus en andere stressfactoren na aankomst in Nederland, van invloed zijn op het optreden van gezondheidsklachten.⁶⁰ Epidemiologische gegevens van gezondheidsproblemen van asielzoekers direct na aankomst in het gastland zijn, voor zover bekend, (nog) niet voorhanden.

3.2 Medische problemen en consistentie van het asielrelaas

Om een asielverzoek op zijn merites te kunnen beoordelen moet de asielzoeker worden gehoord. De wet bevat thans een aantal waarborgen over het afnemen en beoordelen van het gehoor. De ACVZ acht het van belang dat het gehoor ter staving van het asielrelaas met name is gericht op de geloofwaardigheid en waarheidsvinding. De ACVZ acht het in het licht van het Istanbul Protocol tevens van belang dat verzekerd wordt dat het afnemen van het gehoor ook uit medisch oogpunt zorgvuldig plaatsvindt. Een beeld van de gezondheid van de asielzoeker is daarbij van groot belang.

De medische situatie van de asielzoeker kan in sommige gevallen aanleiding zijn om het gehoor in aangepaste vorm (bijvoorbeeld door een vrouwelijke hoornmedewerker of met extra rustpauzes) te laten plaatsvinden of, in een enkel geval, uit te stellen.⁶¹ Vooral de geestelijke toestand van de asielzoeker kan het horen bemoeilijken. De gevolgen van schokkende ervaringen en/of ontberingen tijdens de reis kunnen interfereren met de coherentie, consistentie en volledigheid van het relaas over het vluchtverhaal. Daarnaast kunnen ook schaamte, verminderde concentratie, wantrouwen, langdurig slaapgebrek, chronische pijn en sociaal-cultureel bepaalde taboes een rol spelen.⁶² Bij een via de gezondheidscheck gebleken vermoeden van zulke problemen kan een gespecialiseerd medisch onderzoek, uitsluitel geven (zie ook in paragraaf 3.3 'Het horen van asielzoekers').

Het Istanbul Protocol

Het Istanbul Protocol dat in 1999 door een groot aantal deskundigen is opgesteld, en in 2000 door de Verenigde Naties is overgenomen, biedt artsen en juristen handvatten om casussen van martelingen en andere inhumane behandelingen zo goed mogelijk te

⁵⁹ Quiroga & Jaranson, *TORTURE*, 2005, nrs. 2-3. Zie ook Hondius e.a., 'Posttraumatic stress among refugees in the Netherlands', *Journal of Traumatic Stress*, 2000, nr. 4, p. 619-634.

⁶⁰ Gerritsen e.a., 'Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands', *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2006, nr. 1, p. 18-26.

⁶¹ Zie ook EU Procedure Richtlijn artikel 12 lid 3, 2005/85/EG, *PbEG* 2005, L 326, p.13-34.

⁶² Bloemen, Vloeberghs & Smits, 'Psychological and psychiatric aspects of recounting traumatic events by asylum seekers', Bruin, Reneman & Bloemen (red.) *Care Full*. Medico-legal reports and the Istanbul Protocol in asylum procedures, Utrecht/Amsterdam: Amnesty International, Dutch Council for Refugees & Pharos, 2007, p. 42-85.

onderzoeken, vast te leggen en erover te rapporteren.⁶³ Hoewel het protocol in eerste instantie niet werd opgesteld met het oog op asielprocedures, wordt in het protocol wel vermeld dat het ook daarvoor kan worden gebruikt.⁶⁴

De waarde van het Istanbul Protocol voor de asielprocedure is drieledig:⁶⁵

- Het biedt richtlijnen voor de omstandigheden waaronder een vermeend slachtoffer van martelingen en andere inhumane behandelingen 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 advies over de (mate van) samenhang tussen de medische bevindingen en (het hebben ondergaan van) vermeende martelingen en andere inhumane behandelingen.

Uit uitspraken van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) en het Committee Against Torture (CAT) blijkt dat medisch onderzoek aannemelijk kan maken dat iemand is gemarteld.⁶⁶ Het CAT heeft in een General Comment vastgelegd dat medisch bewijs van belang kan zijn⁶⁷ en heeft onlangs Nederland aanbevolen:⁶⁸

'[to] reconsider its position on the role of medical investigations and integrate medical reports as part of its asylum procedures. The Committee also encourages the application of the Istanbul Protocol in the asylum procedures and the training regarding this manual to relevant professionals.'

Gelet op deze ontwikkelingen acht de ACVZ het van belang om het Istanbul Protocol in de Nederlandse asielprocedure te implementeren. Naar het oordeel van de ACVZ dient in het Nederlandse beleid met betrekking tot de behandeling van asielverzoeken uitdrukkelijk te zijn vastgelegd dat de principes en richtlijnen van het Istanbul Protocol zullen worden toegepast in die gevallen waarvoor dat geëigend is.

De in het Istanbul Protocol vervatte handleiding wordt inmiddels als richtlijn voor medisch onderzoek en rapportage toegepast door onder andere de Britse Medical Foundation for the Care of Victims of Torture en, in Nederland, door de Medische Onderzoeksgroep (MOG) van Amnesty International. Het Asylum Casework Directorate van het Britse ministerie van Binnenlandse Zaken erkent de expertise van de Medical Foundation en heeft in een circulaire instructies opgenomen over hoe moet worden omgegaan met de medische rapportages van de Medical Foundation.⁶⁹

⁶³ Ook wel aangeduid als The Manual on Effective Investigation and Documentation of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, 1999 (zie <www.unhcr.ch/html/menu6/2/training.htm> en <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf>).

⁶⁴ Istanbul Protocol, par. 121.

⁶⁵ R. Bruin, M. Reneman & E. Bloemen (red.) *Care Full*. Medico-Legal Reports and the Istanbul Protocol in Asylum Procedures. Principles and Recommendations, Amsterdam/Utrecht: Amnesty International, Dutch Council for Refugees & Pharos, 2007, p. 10.

⁶⁶ In dit verband wordt verwezen naar de zaken T.I. vs. Verenigd Koninkrijk, EHRM, 7 maart 2000 (RV 2000/1); Hilal vs. Verenigd Koninkrijk, EHRM 6 maart 2001 (RV 2001/2), en Bensaid vs. Verenigd Koninkrijk, EHRM 6 februari 2001 (RV 2001/ 2).

⁶⁷ Committee Against Torture, General Comment 1, Implementation of article 3 of the Convention against Torture in the context of article 22, November 21, 1997. Zie voorts bijv. Committee Against Torture nr. 89/1997, 19 juni 1998 (X tegen Zweden) en Committee Against Torture nr. 101/1997, 16 december 1998, (Haydin tegen Zweden).

⁶⁸ CAT/C/NET/CO/4, August 3, 2007.

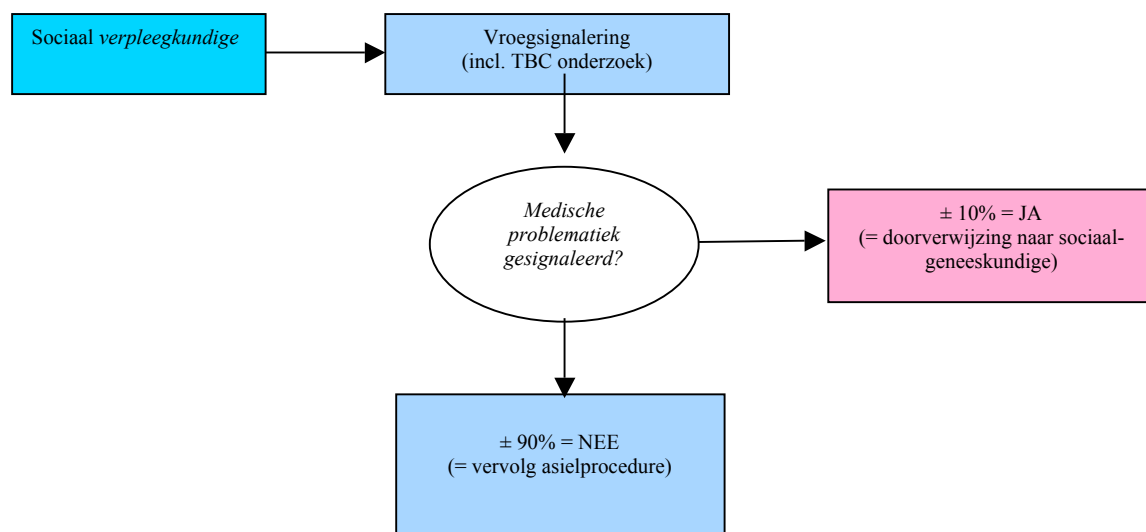
⁶⁹ Een verzoek van Medical Foundation om uitstel van de asielprocedure totdat een medische rapportage is opgesteld wordt doorgaans ingewilligd. De Britse immigratiedienst dient het medische rapport van de Medical

3.3 De procedure van de gezondheidscheck

Algemene fase: Vroegsignalering door sociaal verpleegkundige

In haar advies *Secuur en Snel* heeft de ACVZ geadviseerd om in de rustperiode, vóór aanvang van de asielprocedure, een gezondheidscheck uit te voeren om zodoende vroegtijdig gezondheidsproblemen van asielzoekers op te kunnen sporen.⁷⁰ De eerste stap in de gezondheidscheck wordt verricht door een sociaal verpleegkundige en is gericht op vroegsignalering van medische problemen. De sociaal verpleegkundige heeft aanvullende scholing doorlopen gericht op de specifieke problematiek van asielzoekers. Aan de hand van een vroegsignaleringslijst neemt de verpleegkundige een anamnese af en verwijst vervolgens de asielzoeker naar het (verplichte) tuberculose onderzoek, dat in de huidige procedure reeds verplicht is. In de meeste gevallen zal er geen nader medisch onderzoek hoeven plaats te vinden. Voor niet-stressgerelateerde, acute gezondheidsklachten, zoals een oorontsteking of blessure, verwijst de sociaal verpleegkundige de asielzoeker direct door naar de huisarts. Indien er echter sprake is van medische problematiek die mogelijk van invloed is op de asielprocedure wordt de asielzoeker voor medisch onderzoek verwezen naar een sociaal-geneeskundige.

Schematisch weergegeven ziet de vroegsignalering er als volgt uit:



Op basis van ervaringen van direct betrokken en geconsulteerde organisaties schat de ACVZ in dat bij ongeveer 90% van de asielzoekers na deze eerste check géén verder onderzoek

Foundation te betrekken bij de beslissing over een asielverzoek. Indien de immigratiedienst het voornemen heeft contrair aan de medische rapportage van de Medical Foundation te beslissen, dan dient de zaak te worden afgedaan door een senior medewerker. In een negatief besluit over het asielverzoek dient beargumenteerd te worden welk gewicht aan het rapport van Medical Foundation is gegeven en waarom anders is besloten. Zie Wijnkoop, 'Country Assessments: how do EU Member States deal with medico-legal reports in asylum procedures?', R. Bruin, M. Reneman & E. Bloemen (red) *Care Full*. Medico-legal reports and the Istanbul Protocol in asylum procedures. Utrecht/Amsterdam: Amnesty International, Dutch Council for Refugees & Pharos, 2007, p. 165-166.

⁷⁰ Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken *Secuur en Snel, Voorstel voor een nieuwe asielprocedure*, Den Haag: ACVZ, 2007.

nodig is.⁷¹ Indien wel medische problemen worden vermoed, is nader medisch onderzoek nodig en volgt doorverwijzing naar een *sociaal-geneeskundige* (zie hieronder).⁷²

Vervolgfase in geval van signalering gezondheidsrisico: Vervolgonderzoek door een sociaal-geneeskundige

In een relatief beperkt aantal gevallen zal de vroegsignalering medische problemen aan het licht brengen. Indien blijkt dat nader onderzoek naar de aard en ernst van een medisch of psychisch probleem noodzakelijk is, zal dit worden verricht door een sociaal-geneeskundige. Deze beoordeelt in dat geval drie aspecten:

1. Of verwijzing naar een (forensisch) geneeskundige, psychiater en/of psycholoog geïndiceerd is voor onderzoek naar en eventueel rapportage over gevolgen van martelingen en andere inhumane behandelingen, zoals beschreven in het Istanbul Protocol (forensisch); en
2. Of verwijzing naar de reguliere zorg voor nadere diagnostiek en behandeling noodzakelijk is; en
3. Of er kan worden gehoord en zo ja of dat in aangepaste vorm dient te geschieden.

Het onderzoek door een sociaal-geneeskundige kan eveneens, aansluitend op de vroegsignalering, tijdens de rustperiode plaatsvinden. Indien de sociaal-geneeskundige tot de conclusie komt dat doorverwijzing noodzakelijk is, dient het asielverzoek niet langer in een Aanmeldcentrum, maar in een Opvangcentrum te worden afgedaan.

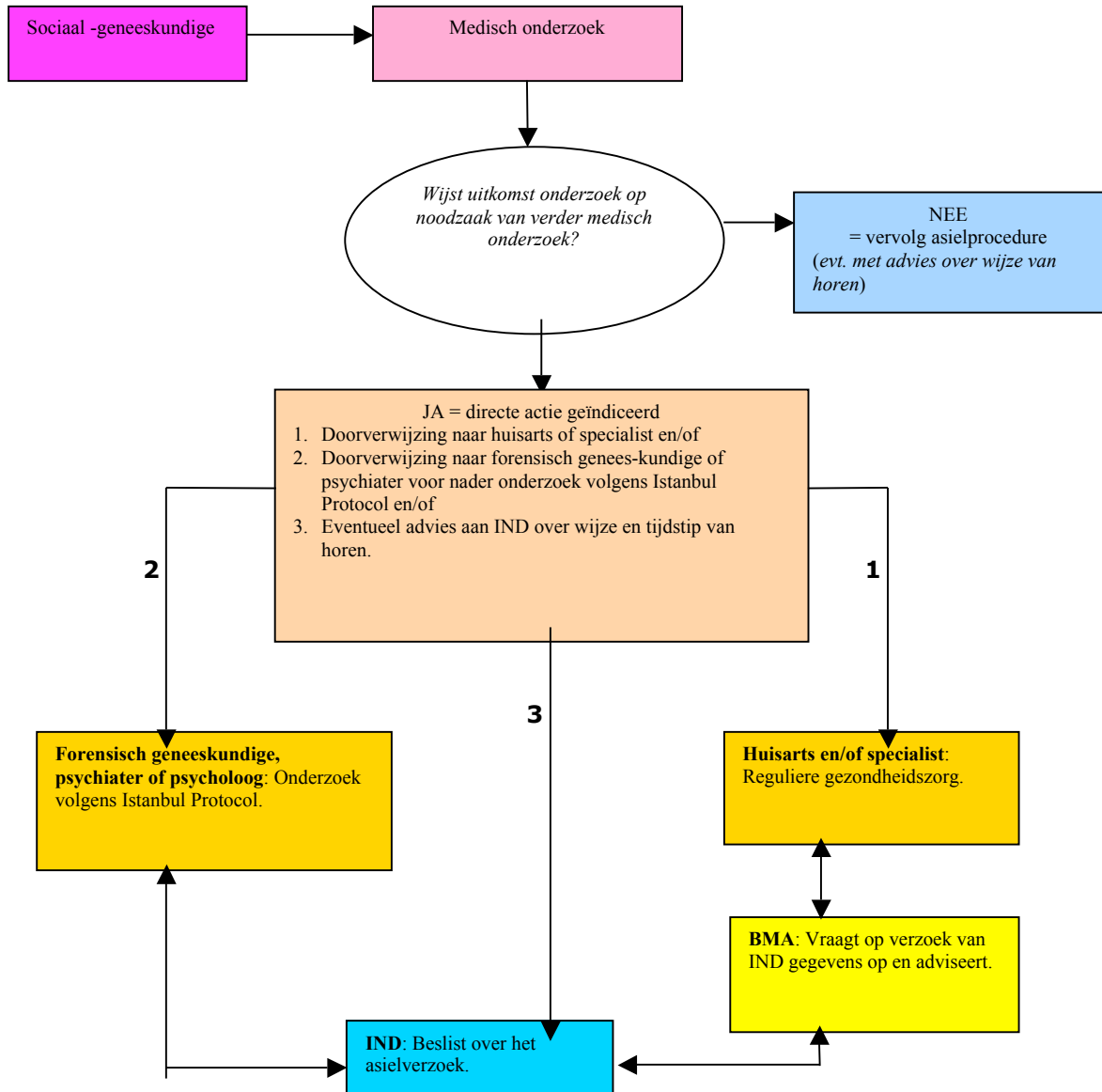
Als de sociaal-geneeskundige verwijst naar de reguliere zorg voor diagnose/curatieve behandeling en/of naar een (forensische) geneeskundige, psychiater of psycholoog voor onderzoek en rapportage, dan informeert de sociaal-geneeskundige de IND daarover. Tevens adviseert de sociaal-geneeskundige de IND, gelet op de omstandigheden van het individuele geval, over een eventuele aanpassing van het gehoor. Eventueel kan de sociaal-geneeskundige de IND adviseren met het gehoor te wachten tot medische informatie over betrokkene is verkregen. Indien de IND afwijkt van de voorgelegde adviezen, dient zij dit afdoende gemotiveerd aan te geven in het voornemen of in de uiteindelijke beslissing op het asielverzoek.⁷³

⁷¹ Vanzelfsprekend hangt een en ander samen met de aard van de instroom, doch ter indicatie: In het eerste jaar van het MAPP-project werd rond 4% van de aangekomen asielzoekers door getrainde leken verwezen naar het MAPP. De helft van hen (dus 2% van de totale instroom) werd psychologisch onderzocht; 80% van hen bleek ernstige psychische problemen te hebben. De verwachting is dat door getrainde sociaal verpleegkundigen mogelijk het dubbele aantal, dus zo'n 8%-10% van de gearriveerde asielzoekers, zal worden doorverwezen. Verder kan ook het aantal uitgebrachte MOG-rapportages als indicatie dienen.

⁷² Als de betreffende asielzoeker minderjarig is, dienen in plaats van de sociaal verpleegkundige en sociaal-geneeskundige respectievelijk een jeugdgezondheid-verpleegkundige en jeugdgeneeskundige (JGZ) te worden ingezet.

⁷³ Het ligt niet in de bedoeling van de ACVZ om bij afwijking van het advies een zelfstandige bezwaarmogelijkheid in het leven te roepen. Dan ontstaat immers het gevaar van stapeling van procedures. Er moet echter wel een moment van toetsing van het besluit plaatsvinden. Bij het terzijde schuiven van het advies neemt de IND het risico dat later in de procedure alsnog wordt ingegrepen en opnieuw moet worden gehoord en/of beslist.

Schematisch ziet de vervolffase er als volgt uit:



Status van de medische advisering en rapportage

De ACVZ is van mening dat aan een met toepassing van het Istanbul Protocol verkregen medisch deskundigenrapport het juiste gewicht zal moeten worden gegeven. Het sociaal-geneeskundig en forensisch onderzoek, zoals beschreven in het Istanbul Protocol, vereist ervaring en deskundigheid. Vermelding van de ervaring en deskundigheid maakt, volgens de richtlijnen van het Protocol, onderdeel uit van de rapportage. In *Secuur en Snel* heeft de ACVZ al geadviseerd om betrokken geneeskundigen aan te merken als deskundigen in de zin van de Algemene wet bestuursrecht. Er zou een lijst kunnen worden

opgesteld van artsen-deskundigen die het vertrouwen genieten van betrokken NGO's, alsmede van de IND. Rapportages en adviezen van deze deskundigen hoeven *niet* eerst door het BMA te worden beoordeeld, maar kunnen direct aan de IND worden voorgelegd.

Tevens adviseert de ACVZ om een procedure toe te passen (en vast te leggen) die overeenkomt met de procedure in Engeland.⁷⁴ Dit kan worden bewerkstelligd door een ervaren medewerker van de IND in te schakelen indien een beslismedewerker het voornemen heeft om contrair aan een advies of rapportage van een medisch deskundige te besluiten. In dat geval dient de ervaren medewerker contact op te nemen met de desbetreffende medisch rapporteur voor eventuele verheldering van de rapportage en om kennis te nemen van de reactie op het voornemen tot afwijken van de conclusies van het medisch deskundigenrapport. Van het contact dient een schriftelijke verslagnotitie te worden gemaakt. Als de IND besluit om toch 'contrair te gaan' dient in de beslissing uitdrukkelijk te worden beargumenteerd waarom dit standpunt wordt ingenomen.

Termijn medische rapportages en advies

Het is belangrijk dat medische rapportages snel ter beschikking komen. De procedureafspraken daaromtrent zouden zo moeten worden ingericht dat wordt uitgegaan van een rapportagetermijn van maximaal zes weken. De (forensisch) geneeskundige, psychiater en/of psycholoog dient binnen deze termijn een onderzoek te verrichten naar de gevolgen van martelingen en andere inhumane behandelingen en daarover aan de IND te rapporteren. Indien, door bijzondere omstandigheden, deze periode daarvoor te kort blijkt, verzoekt de betreffende geneeskundige, met redenen omkleed, om uitstel. Als de IND niet instemt met dit verzoek en dus zonder de medische rapportage op het asielverzoek beslist, dan dient dit expliciet in de beslissing te worden gemotiveerd.

In geval van een verwijzing naar de reguliere zorg verzoekt de IND het BMA om uiterlijk zes weken na de verwijzing informatie in te winnen bij de behandelaar van de asielzoeker over diagnostiek, behandeling en prognose. Het BMA geeft indien nodig aan of de gezondheidsproblemen van de betreffende asielzoeker een eventuele terugkeer naar het land van herkomst zouden kunnen belemmeren. Indien de gegevens niet tijdig aanwezig zijn kan het BMA desgevraagd maximaal zes weken later advies uitbrengen.

Indien de sociaal-geneeskundige heeft geadviseerd dat het gehoor nog niet kan plaatsvinden, beoordeelt de IND, op basis van de ingewonnen informatie, op welke termijn en op welke wijze het gehoor wel doorgang kan vinden. In het enkele geval dat een asielzoeker volgens medische rapporten en adviezen ook na 1 jaar niet gehoord kan worden, dient over het asielverzoek op basis van alle wel beschikbare informatie een besluit te worden genomen. Het niet kunnen horen mag het besluit niet als zodanig negatief beïnvloeden.⁷⁵

Het horen van asielzoekers

Voor het horen van kwetsbare groepen (personen die martelingen hebben ondergaan of andere ernstige vormen van lichamelijk, psychisch of seksueel geweld) is deskundige kennis en ervaring nodig om de mogelijke incoherentie, inconsistenties en onvolledigheid van het vluchtrelaas op juiste wijze te interpreteren. Om die reden adviseert de ACVZ om voor het horen van kwetsbare groepen, conform de speciale hoor- en beslismedewerkers voor het 'kindvriendelijke' gehoor van alleenstaande minderjarigen, op medische indicatie ervaren

⁷⁴ Zie noot 69.

⁷⁵ EU Procedure Richtlijn artikel 12 lid 3-5, 2005/85/EG, *PbEG* 2005, L 326, p.13-34.

hoormedewerkers in te zetten. Zij dienen op dit terrein en in interculturele communicatie te zijn getraind.⁷⁶ Ook assisterende tolken dienen over ervaring en deskundigheid op dit terrein te beschikken. Door video-opnamen van dergelijke gehoren te maken kan intercollegiale toetsing plaatsvinden. Hiermee is goede ervaring opgedaan bij het 'kindvriendelijk' gehoor.

Indien medische situatie terugkeer belemmert

Zoals de praktijk de laatste tientallen jaren heeft laten zien zal in een enkel uitzonderlijk geval de aandoening van dusdanige aard zijn, dat terugkeer naar het land van herkomst wordt belemmerd. De huidige asielprocedure is echter zo ingericht dat de vraag of medische problematiek terugkeer belemmert pas wordt gezien in een procedure die volgt op een afwijzende beslissing van het asielverzoek. Omdat 'een verzoek tot verblijf vanwege medische nood' pas pleegt te worden gedaan als de beslissing tot weigering van een asielvergunning na een beroepsprocedure in rechte is komen vast te staan, wordt hierover dus pas in een laat stadium een beslissing genomen. Door een procedure op te zetten waarin vroegtijdig informatie wordt ingewonnen over diagnose en behandeling kan in voorkomende gevallen de stapeling van procedures worden voorkomen. In het geval sprake is van een afwijzing van een asielverzoek, kan direct aansluitend ambtshalve worden beslist over de medische aspecten met betrekking tot terugkeer. Het BMA is in dat geval de geëigende instantie om op verzoek van de IND hierover advies uit te brengen.

3.4 Gezondheidsproblemen die in een later stadium ontstaan of kenbaar worden gemaakt

In haar advies *Secuur en Snel* gaf de ACVZ zich er rekenschap van dat ook gedurende de loop van de asielprocedure, of na afloop daarvan, medische problemen kunnen ontstaan.

In de eerste plaats kan het gaan om medische problemen die te maken hebben met trauma's welke, vanwege sociaal-culturele redenen, niet eerder zijn gemeld. Wanneer in de asielprocedure vroegtijdig aandacht wordt geschonken aan medische aspecten, zoals de ACVZ heeft voorgesteld, mag er vanuit worden gegaan dat de asielzoeker het belang ziet om medische problemen bij aanvang van de procedure kenbaar te maken. Worden problemen toch in een (te) laat stadium gemeld, dan zal dit zonder gegronde redenen niet tot heroverweging van het asielverzoek kunnen leiden. De ervaring leert echter ook dat de lichamelijke en psychische gezondheid van asielzoekers gedurende de asielprocedure kan verslechteren. De ACVZ is daarom van mening dat het ook tijdens de asielprocedure mogelijk moet zijn om, op basis van signalen die rechtshulpverleners, vrijwilligers en/of medewerkers opvangen, alsnog een doorverwijzing te laten plaatsvinden naar de sociaal verpleegkundige. Te denken valt bijvoorbeeld aan signalen van vrouwelijke asielzoekers die verband houden met de gevolgen van (seksueel) geweld welke vanwege schaamte of angst niet tijdens de gezondheidscheck zijn gemeld. Op basis van een herhaalde gezondheidscheck en eventueel nader onderzoek moet worden beoordeeld of de medische problemen (alsnog) in de beoordeling over het asielverzoek dienen te worden betrokken. De ACVZ benadrukt dat het hier gaat om een zeer beperkt aantal gevallen. Om de genoemde signalen tijdig op te vangen acht de ACVZ het gewenst dat ook andere betrokken actoren (VWN, rechtshulpverleners, COA-medewerkers) enige scholing en of training krijgen in het

⁷⁶ Het Kennis- en Leercentrum verzorgt reeds opleidingsmodules voor IND-medewerkers, waarin hoor- en beslismedewerkers leren rekening te houden met de psychische en culturele achtergrond van asielzoekers. Een aanvullende module over de interferentie van medische problemen op de consistentie van het asielrelaas zou naar de mening van de ACVZ een noodzakelijke aanvulling zijn. Deze module zou in samenwerking met medische- en vluchtelingenorganisaties moeten worden opgezet.

herkennen van signalen van asielzoekers welke kunnen duiden op mogelijke gevolgen van (seksueel) geweld.

Daarnaast kunnen tijdens het verblijf in Nederland medische problemen zijn ontstaan, zoals bijvoorbeeld letsel als gevolg van een ongeluk of ziekten. Indien het, gelet op de uitkomsten van een advies van het BMA, een medische noodsituatie betreft, zou dit naar het oordeel van de ACVZ moeten leiden tot de in paragraaf 2 geopperde verblijfsvergunning wegens 'klemmende redenen van humanitaire aard'.

3.5 Betrokken instanties bij gezondheidscheck

Tijdens het opstellen van het ACVZ advies *Secuur en Snel* stond de inschakeling van de Medische Opvang Asielzoekers (MOA) voor de vroegsignalering en gezondheidscheck voor ogen, er van uitgaande dat deze instantie over de vereiste kennis, deskundigheid en disciplines beschikt. Daarbij werd tevens gedacht aan de vereiste continuering van de zorg. Daarom achtte de ACVZ de MOA de meest geëigende medische dienst in de asielprocedure. Het COA heeft echter het contract met de MOA met ingang van 1 januari 2009 opgezegd. Bij het uitbrengen van dit advies is nog niet duidelijk welke gezondheidszorg-voorzieningen na die datum zullen worden gecontracteerd voor de sociaal-medische advisering en preventieve en curatieve zorg voor asielzoekers. Het is in de visie van de ACVZ in ieder geval van groot belang dat de continuïteit van zorg wordt gegarandeerd, onder andere door zo weinig mogelijk verschillende instanties bij de preventieve en eerstelijnszorg aan asielzoekers te betrekken.

De gezondheidswerkers die bij de gezondheidscheck betrokken (zullen) zijn, dienen over ruime ervaring en deskundigheid te beschikken. Het gaat daarbij in het bijzonder om kennis over de gezondheidsproblematiek van asielzoekers en ervaring in het werken volgens de medisch-ethische principes van het Istanbul Protocol. Verder dienen de medische advisering en rapportage, conform de richtlijnen van de KNMG, gescheiden te blijven van de hulpverlening.⁷⁷

Daarnaast acht de ACVZ het van belang dat de sociaal-verpleegkundigen en sociaal-geneeskundigen die bij de gezondheidscheck betrokken zijn, ter vergroting van het gevoel van vertrouwen en veiligheid, duidelijk als zodanig door de asielzoekers te identificeren en te onderscheiden zijn van andere betrokkenen bij de toelating en opvang van asielzoekers.

De ACVZ pleit ervoor dat medisch specialisten meer nadrukkelijk een adviserende rol krijgen binnen de asielprocedure. De forensisch geneeskundigen, psychiaters en psychologen van de Medische Onderzoeksgroep van Amnesty International (MOG) en van het MAPP-project hebben reeds (ruime) ervaring opgedaan in het uitvoeren van onderzoek en het opstellen van rapportages volgens de richtlijnen van het Istanbul Protocol. Het ligt daarom in de rede om vooraleerst gebruik te maken van hun expertise. Daartoe kan het MAPP-project, eventueel met gebruikmaking van de (geneeskundigen en) expertise van het MOG, worden aangepast, uitgebreid en geprofessionaliseerd, zodat het medisch onderzoek structureel op de hiervoor beschreven wijze in de procedure kan worden ingebed.

Ten slotte acht de ACVZ de aanbeveling van de Commissie Klazinga betreffende regelmatig overleg tussen medische beroepsorganisaties, beleidsmakers en uitvoerders van het

⁷⁷ Volgens de richtlijnen van de KNMG mogen behandelende artsen geen medische rapportages en adviezen over hun patiënten uitbrengen, doch slechts medische informatie verstrekken over diagnose en behandeling, indien de betreffende patiënt daarmee instemt. Voor de medische rapportages en adviezen dient daarom een andere dan de behandelend arts te worden ingeschakeld.

vreemdelingenbeleid het navolgen waard. Kennis van en respect voor de taak en opdracht van de betrokken partijen dragen bij aan een secure en snelle asielprocedure.⁷⁸

3.6 Conclusie en aandachtspunten

Bij het concretiseren van de hier beschreven procedure van de gezondheidscheck dienen naar het oordeel van de ACVZ de volgende uitgangspunten te worden gehanteerd:

- De procedure dient te zijn ingericht aan de hand van de principes van het Istanbul Protocol.
- Verzekerd moet worden dat de gehele procedure van de gezondheidscheck op vrijwillige basis plaatsvindt en voldoet aan de condities zoals gesteld in de Wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO). In de rustperiode geven vrijwilligers informatie aan de asielzoekers over het grote belang van de gezondheidscheck en ook dienen asielzoekers te worden ingelicht over de mogelijke consequenties van een besluit om niet mee te werken aan de gezondheidscheck.
- Alle personen die de gezondheidscheck uitvoeren dienen extra scholing te hebben gehad op het terrein van de gezondheidsproblematiek van asielzoekers en de richtlijnen van het Istanbul Protocol.
- De professionele autonomie van betrokken verpleegkundigen en geneeskundigen moet worden gewaarborgd door gebruikmaking van een daartoe strekkend protocol dat wordt opgesteld in samenwerking met de betreffende beroepsorganisaties.
- Adviezen en rapporten uitgebracht aan de IND dienen gelijktijdig naar de betreffende asielzoeker of diens gemachtigde te worden gestuurd. Tevens maken deze adviezen en rapporten deel uit van het IND-dossier van betreffende asielzoeker.
- De IND dient in een beleidsregel vast te leggen, dat indien een hiervoor bedoeld medisch advies of medische rapportage terzijde wordt gelegd, de zaak wordt afgedaan door een ervaren medewerker van de IND. Deze dient in de beslissing over het asielverzoek te motiveren waarom contrair aan het medisch advies c.q. rapport is gehandeld.
- (Medische) protocollen over de vroegsignalering, het medisch onderzoek en de medische (forensische) rapportage, op basis van de richtlijnen van het Istanbul Protocol dienen, zoals gebruikelijk in de gezondheidszorg, te worden opgesteld door deskundigen op dit terrein (Pharos, MAPP, MOG, MOA) en ter toetsing worden voorgelegd aan de KNMG en relevante beroepsgroepen. Over de wijze van advisering en rapportage dient overleg te zijn gevoerd met de IND.

Implementatie

Zoals de ACVZ in haar advies *Secuur en Snel* heeft voorgesteld acht zij het verstandig om te starten met de gezondheidscheck in een pilot project om ervaring op te doen en zonder grote risico's een leerproces tot stand te brengen. Zoals hiervoor beschreven ligt het in de rede om voor de uitvoering van de pilot de expertise van het MAPP-project en de MOG in te

⁷⁸ Rapport van de commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen, *Arts en Vreemdeling*, Utrecht: KNMG, LHV, NVvP, Orde van Medisch Specialisten, Pharos, 2007, p. 38.

schakelen voor het (forensisch) onderzoek op basis van de richtlijnen van het Istanbul Protocol. Naar de mening van de ACVZ zou deze pilot begeleid moeten worden door een 'stevige' begeleidingscommissie, waarin deskundigen en betrokken medische beroepsgroepen, KNMG, IND en BMA vertegenwoordigd zijn. Op die wijze kan tijdig onderkend worden welke knelpunten er zich bij de uitvoering van de gezondheidscheck in de praktijk voordoen. Tevens kunnen daarmee eventuele medische (ethische) vraagstukken en misverstanden tussen enerzijds de gezondheidswerkers en anderzijds de IND tijdig worden gesignaleerd, besproken en opgelost. De pilot zou voor de duur van een jaar kunnen worden uitgevoerd om vervolgens na gebleken positief resultaat volledig ingebed te worden in de (vernieuwde) asielprocedure.

De ACVZ acht het van belang dat reeds tijdens de pilot gegevens worden geregistreerd over het aantal uitgebrachte medische adviezen en de keren dat de IND van een advies is afgeweken. Daarbij zal tevens aandacht geschonken moeten worden aan de redenen om contrair aan een medisch advies te beslissen. Slechts dan is het naar de mening van de ACVZ mogelijk om een goed beeld te krijgen van de wijze waarop medische aspecten in de asielprocedure worden betrokken.

Tot een nadere toelichting is de ACVZ te allen tijde bereid.

Hoogachtend,

De Voorzitter,

De Secretaris,

Mr. T.J.P. van Os van den Abeelen

Mr. W.N. Mannens (wnd.)