

‘Ik heb alle bewijzen op mijn lichaam’

De eerste ervaringen na anderhalf jaar iMMO

Sinds 1 maart 2012 is het instituut voor Mensenrechten en Medisch Onderzoek (iMMO) operationeel. Het instituut stelt forensisch-medische rapportages op voor asielzoekers met medische problematiek, met conclusies over medisch steunbewijs en over de gevolgen van psychische beperkingen. De rapportages beogen de kwaliteit van de asielbeoordeling te vergroten. Het iMMO doet in dit artikel verslag van zijn werkwijze, komt met cijfers en bevindingen en bespreekt een aantal misverstanden die zich in de praktijk voordoen.

In het volgende nummer zal Karin Zwaan de Nederlandse praktijk toetsen aan het Europese recht.

1 Body of knowledge: kennis over gevolgen van marteling en ander geweld

Medische en psychologische kennis over de gevolgen van marteling en ander ondergaan geweld is de laatste decennia flink toegenomen. In 1981 schreef een groep Nederlandse artsen vanuit de medische onderzoeksgroep van Amnesty International nog dat er maar weinig bekend is over de lichamelijke en geestelijke gevolgen van martelingen en gewelddadigheden.¹ Sindsdien is er veel onderzoek gedaan door artsen, psychiaters en psychologen.² Er is gepubliceerd over specifieke vormen van martelingen, zoals falaka (het hard slaan op de voetzolen)³, urologische restverschijnselen na marteling bij mannen⁴ of bevindingen na verkrachting bij vrouwelijke

vluchtelingen.⁵ Asielzoekers met geweldservaringen vertellen regelmatig over klappen op het hoofd, hoofdwonden en verlies van bewustzijn. Dit kan gepaard gaan met hersenletsel dat op zijn beurt kan leiden tot problemen met geheugen, gedrag en concentratie.⁶ Andere onderzoeken richten zich op de medische gevolgen van martelpraktijken tegenover specifieke groepen⁷ of in bepaalde landen.⁸ En dit is maar een kleine greep uit het beschikbare onderzoek.

In de negentiger jaren van de vorige eeuw is het Istanbul Protocol (Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) ontwikkeld. In 2000 aanvaardde de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties dit als standaard voor het

1 C. van Warmenhoven e.a., Medische gevolgen van martelingen: een onderzoek bij vluchtelingen in Nederland. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1981, 125; nr. 3, pp. 104-108.
 2 M. Peel & V. Lacopino. The medical documentation of torture. London / San Francisco: Greenwich Medical Media, 2002; M. Basoglu. Torture and its consequences: Current treatment approaches. Cambridge: Cambridge University Press, 1999; D. Forrest & F. Hutton. Guidelines for the examination of survivors of torture. London: Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, 2000; Z. Steel e.a., Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis, Journal of the American Medical Association 2009; 302, nr 5; pp. 537-49.
 3 E. Edston, The epidemiology of falanga – incidence among Swedish asylum seekers, Torture 2009, 19 nr.1, pp. 27-32.
 4 M Nordam e.a., Urologic complications of sexual trauma among male survivors of torture, Urology 2005, 65 nr. 1 pp. 28-32.

5 L.T. Arcel, Torture, cruel, inhuman, and degrading treatment of women: psychological consequences, Torture 2012, pp. 5-19.
 6 B. MacDonald., C. Mummery & D. Heaney, Health needs of asylum seekers and refugees. Head injury needs to be taken in to consideration in survivors of torture (letter). British Medical Journal 2001, p. 230; R. Bryant, Post-traumatic Stress Disorder versus Traumatic Brain Injury. Dialogues in Clinical Neuroscience 2011, 13 nr.3, pp. 251-262.
 7 L. Bradley & N. Tawfiq, The physical and psychological effects of torture in Kurds seeking asylum in the United Kingdom. Torture, 2006, nr. 1, pp. 41-47; I. Schalinski, T. Elbert & M. Schauer, Female dissociative responding to extreme sexual violence in a chronic crisis: the case of Eastern Congo. Journal of Traumatic stress 2011 nr. 2, pp. 235-238.
 8 P. Perera, Physical methods of torture and their sequelae: a Sri Lankan perspective. Journal Forensic Legal Medicine 2006 nr 3, pp. 146-150.

integraal juridisch en medisch onderzoek bij iemand die zegt te zijn gemarteld.⁹ Het Istanbul Protocol geeft richtlijnen voor het doen van medisch onderzoek naar de correlatie tussen de medische bevindingen en het relaas van de beweerde martelingen. Diverse internationale (medische) organisaties hebben zich ingezet om dit Istanbul Protocol wereldwijd te promoten, zoals de International Rehabilitation Council for the Victims of Torture (IRCT) en de Physicians for Human Rights

Traumatische ervaringen hebben een negatieve invloed op het opslaan en het weer naar boven halen van herinneringen.

en Amnesty international.¹⁰ Het Istanbul Protocol is inmiddels zo bekend dat het in de recent vastgestelde herziene asielerichtlijn expliciet wordt genoemd als te hanteren standaard bij forensisch-medisch onderzoek naar de gevolgen van marteling.¹¹

Ten aanzien van de psychische problematiek na martelingen is uit onderzoek bekend dat het hebben ondergaan van traumatische ervaringen een negatieve invloed heeft op het opslaan en het weer naar boven halen van herinneringen. De problematiek, meestal in de vorm van een posttraumatische stress stoornis (PTSS) en vaak in combinatie met een depressieve stoornis, leidt tot een minder goed functionerend autobiografisch geheugen.¹² Er zijn biologische veranderingen waarneembaar; hersendelen en neurotransmitters betrokken bij het geheugen veranderen. Dit kan diverse gevolgen hebben. Enerzijds leidt het tot onuitwisbare en zich opdringende herinneringen in de vorm van herbelevingen van de traumatische ervaringen. Anderzijds kan het leiden tot een fragmentatie of het geheel wegvallen (amnesie) van een herinnering aan een traumatische gebeurtenis.¹³ Beide varianten komen in mengvormen voor.

Dit alles geldt ook voor getraumatiseerde asielzoekers, bij wie het lastig is om te bepalen of een herinnering accuraat of volledig is.¹⁴ Bij het oordeel over de kwaliteit van de herinnering van de asielzoeker gebruikt de IND het begrip consistentie; herinnering is dezelfde op verschillende momenten, als maat voor geloofwaardigheid. Bekend is echter dat traumatische

ervaringen bijdragen aan inconsistentie van herinneringen.¹⁵ Hierbij kan tunnelgeheugen een rol spelen, waarbij het geheugen voor de centrale details van een bedreigende gebeurtenis goed is, maar dat voor de perifere details van het herinneringsbeeld slecht.¹⁶ Deze wetenschappelijk onderbouwde kennis betekent dat herinneringen over perifere details van traumatische ervaringen een slechte maat zijn voor geloofwaardigheid. Het gaat dan bijvoorbeeld over ruimten, kleuren, data, tijd-

stippen, duur van reis of verblijf, aantal aanwezigen en kledij van bewakers of vliegtuigpersoneel. Het niet kunnen noemen van deze details of daarover incoherent, incompleet of inconsistent verklaren kan dus terug te voeren zijn op psychische problematiek die de geheugenfunctie negatief beïnvloedt. Door dit te duiden als ongeloofwaardig negeer je de bestaande wetenschappelijke kennis over de mogelijke oorzaak van dergelijke incoherentie.¹⁷

Verder is bekend dat herhaald ondervragen vaak leidt tot meer juiste traumatische geheugendetails, waardoor er een betere herinnering ontstaat. Deze zogenaamde hypermnesie leidt dus wel tot een completer asielerelaas, maar automatisch ook tot inconsistenties. Dit duiden als ongeloofwaardig, staat op gespannen voet met de hierboven aangehaalde wetenschappelijke kennis.¹⁸ Tenslotte is het belangrijk om ook de concentratieproblemen te noemen die een gevolg kunnen zijn van zowel een PTSS als een depressie. Hierdoor kan een asielzoeker tijdens zijn gehoor minder de aandacht richten en vasthouden, waardoor het lastiger kan zijn om herinneringen op te halen.

2 Zwijgen, wantrouwen, vermijding en ontkenning

Veel overlevenden van geweld en marteling spreken liever niet over wat ze hebben meegemaakt.¹⁹ Zwijgen, wantrouwen, vermijding of ontkenning doen zich voor als mogelijke consequenties van de aantasting van de persoonlijke integriteit en waardigheid. Het ophalen van herinneringen activeert de pijn en pijnlijke gevoelens die tijdens geweld en mishandelingen werden ervaren. Erover zwijgen is dan ook (vaak onbewust) een veel gebruikte psychologische overlevingsstrategie. Dit wordt nog eens versterkt indien men een repressief regime is ontvlucht waar niemand te vertrouwen is en men alles van de overheid ten diepste wantrouwt. Zwijgen speelt ook een belangrijke rol indien schaamte domineert. Schaamte is een emotie die sterk is ingebed in een specifieke culturele context. In alle culturen is schaamte, in samenhang met eer, een factor in

9 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (2004). Istanbul Protocol. Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. New York, Geneva: United Nations. <http://www.ohchr.org>. Zie: Principles attached to UNGA Resolution 55/89, en de resoluties van de UN Commission for Human Rights 2000/43 en 2003/32.

10 R. Bruin, M. Reneman & E. Bloemen (eds). Care Full. Medico-legal reports and the Istanbul Protocol in asylum procedures. Utrecht/Amsterdam: Pharos/Amnesty International/VluchtelingenWerk, 2006; Practical guides to the Istanbul Protocol. Medical Physical examination of alleged torture victims (for medical doctors). Psychological Evaluation of Torture Allegations (for psychologists). Action against Torture (for lawyers). Copenhagen, IRCT. <http://www.irct.org>; Physicians for Human Rights Toolkits. Istanbul Protocol Model Medical Curriculum. <http://phrtoolkits.org>; Getting the Evidence. Countering Torture through medico-legal documentation, Copenhagen, IRCT 2013.

11 Richtlijn 2013/32/EU van het Europees Parlement en de Europese Raad van 26 juni 2013 betreffende gemeenschappelijke procedures voor de toekenning en intrekking van de internationale bescherming (herschikking), Pb EU 2013 L 180/60 en met name punt 31 van de considerans, ve13001537.

12 R. McNally, Remembering Trauma, Cambridge, Harvard University Press, 2003.

13 L. Jelinek e.a., Verbal and Nonverbal Memory Functioning in Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology 2007 nr. 6 pp. 940-948.

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

15 U. Hepp e.a., Inconsistency in reporting potentially traumatic events. British Journal of Psychiatry 2006 nr.18, pp. 278-283.

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

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

18 J. Herlihy & S. Turner, The psychology of seeking protection, International Journal of Refugee Law 2009 nr. 2, pp. 171-192.

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

het sociale verkeer.²⁰ In sommige culturen speelt dit zo sterk dat het de norm is om te zwijgen over moeilijke en emotionele zaken. Dat maakt het delen en vertellen over schier onbenoembare zaken letterlijk onmogelijk. Dit speelt in hoge mate bij seksueel geweld. Onderzoek bevestigt dat mannen en vrouwen grote moeite hebben met het vertellen over seksueel geweld en dat in veel gevallen niet of onvolledig doen in de asielgehoren.²¹ Dit is terug te voeren op schaamte, angst voor eerverlies

In sommige culturen is het de norm te zwijgen over moeilijke en emotionele zaken.

en verstoting, en op vermindering als kernsymptoom van een PTSS. De asielzoeker zal er dan soms ook voor 'kiezen' om te zwijgen over ervaringen, omdat hij/zij zich dan veiliger voelt voor de eigen toekomst, in de familie of gemeenschap.²² Het komt regelmatig voor dat dit zwijgen pas veel later doorbroken wordt binnen de vertrouwensrelatie van een (medische) behandeling. Traumatisering tast immers het gevoel anderen te kunnen vertrouwen aan.²³ Dan duurt het lang voordat er voldoende vertrouwen is opgebouwd om over emotionele zaken te kunnen spreken.

3 Gevolgen voor de asielprocedure

Er is kortom thans veel meer kennis beschikbaar over de gevolgen van martelingen op lichaam en psyche en de effecten die deze hebben op het functioneren van een individu. Deze 'body of knowledge' genereert belangrijke kennis over de mogelijke gezondheidsproblematiek van asielzoekers die aan een asielprocedure beginnen.²⁴ Asielzoekers vertellen dat er in de asielprocedure weinig tijd en ruimte is om een zodanige sfeer te laten ontstaan dat schaamte en wantrouwen kan afnemen.²⁵ Onderzoek in Engeland laat zien dat de vaardigheden van de asielhoor medewerker de belangrijkste factor zijn voor het wel of niet vertellen over emotioneel beladen persoonlijke informatie.²⁶ De asielbeoordeling wint aan kwaliteit als er meer kennis is over de psychologische mechanismen die hierbij een rol spelen.²⁷ Ook UNHCR benadrukt dit in haar recente publicatie over de beoordeling van geloofwaardigheid in de asielprocedure.²⁸

20 M. Groen, De samenhang van schaamte en geweld. Tijdschrift voor Psychotherapie 2003, pp. 255-269.

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

22 M. Tankink, Over zwijgen gesproken..., Utrecht: Pharos, 2009

23 B. van der Kolk e.a., Disorder of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma, Journal of traumatic Stress 2005 nr. 18, pp. 389-399

24 J. Herlihy & S. Turner, What do we know so far about emotion and refugee law? Northern Ireland Legal Quarterly 2013 nr. 1, pp. 47-62.

25 N. Doornbos, Op verhaal komen. Institutionele communicatie in de asielprocedure. Nijmegen, Wolf Legal Publishers, 2006.

26 D. Bögner, C. Brewin & J. Herlihy, Refugees' experiences with home office interviews: a qualitative study on the disclosure of sensitive personal information. Journal of Ethnic and migration Studies 2010 nr. 3, pp. 519-535.

27 J. Herlihy, K. Gleeson & S. Turner, What assumptions about human behavior underlie asylum judgments? International Journal of Refugee Law 2010, pp 351-366. Zie ook het verslag van een Europees project over dit thema waar iMMO deel van uitmaakte: M. de Donato (ed.), Maeutics. Handbook. Elaborating a common interdisciplinary working methodology (legal-psychological) to guarantee the recognition of the proper international protection status to victims of torture and violence. Rome: Maeutics, 2012.

28 UNHCR. Beyond Credibility, Credibility assessment in EU Asylum Systems. Brussels: UNHCR, 2013.

De hierboven geschetste medische en psychologische kennis en de noodzaak die toe te passen ten behoeve van de asielprocedure hebben geleid tot de oprichting van iMMO. In de overtuiging dat medische input bij kan dragen aan een betere asielbeoordeling hebben de organisaties die aan de wieg van iMMO stonden, hun jarenlange ervaring hiermee samengebracht in een nieuw instituut.²⁹ iMMO is gehuisvest bij ARQ Psychotrauma Expert Group in Diemen. Op het bureau werken

vijf (parttime) betaalde medewerkers die de inhoudelijke en logistieke ondersteuning leveren voor ruim 50 rapporteurs, artsen en psychologen. De rapporteurs zetten onbezoldigd en op vrijwillige basis hun deskundigheid in.

4 iMMO-onderzoek als bewijs in de asielprocedure

De IND vraagt asielzoekers bij het allereerste contact naar schriftelijke bewijzen van hun verhaal. In een dossier dat iMMO onlangs onder ogen kreeg, antwoordde betrokkene die niets kon overhandigen letterlijk 'Nee, maar ik heb alle bewijzen op mijn lichaam'. Asielzoekers kunnen vaak geen bewijs op schrift overleggen, en al helemaal niet als het martelingen betreft. Een mogelijk slachtoffer van marteling en geweld verkeert daarmee in bewijsnood. Medische bevindingen kunnen aanvullend bewijs leveren ter onderbouwing van een asielrelaas; het dient dan als medisch steunbewijs. Het doel van een iMMO-onderzoek is dan ook het verrichten van een onafhankelijk medisch onderzoek naar de fysieke en psychische klachten als mogelijk gevolg van ondergaan geweld die te maken hebben met de asielaanvraag. De werkwijze van iMMO is voor het steunbewijs gebaseerd op de richtlijnen van het Istanbul Protocol en het protocol van de Medische Onderzoeksgroep (MOG) van Amnesty International.³⁰ Voor een onderzoek naar psychische beperkingen maakt iMMO tevens gebruik van de ervaring van het Meldpunt Asielzoekers met Psychische Problemen (MAPP).³¹

5 Criteria beoordelingen

Aanvragen voor een iMMO-onderzoek worden meestal door advocaten ingediend, maar ook VluchtelingenWerk, IND of Rechtbank kunnen een verzoek indienen. Dit geschiedt aan de hand van een uitgebreid aanvraagformulier. Gezien de beperkte capaciteit zal iMMO een aanvraag alleen inwilligen als de uitkomst een zinvolle aanvullende bijdrage kan zijn voor de beoordeling van het asielrelaas. Contra-indicaties voor het

29 De founding partners van iMMO zijn: Amnesty international, Arq Psychotrauma Expert Group, ASKV steunpunt vluchtelingen, Stichting Medisch Advies Kollektief, Pharos, VluchtelingenWerk Nederland en de Johannes Wier Stichting.

30 M. Stolwijk. Medisch onderzoek als steunbewijs: een onderzoek naar de beslispraktijk. A&MR 2010 nr. 1, pp. 17-27. Het werk van de MOG wordt sinds 2012 voortgezet door iMMO.

31 Het MAPP was een project van het ASKV dat liep van 2006 -2010. Zie: MAPP. Goed Gehoord. Drie jaar Meldpunt Asielzoekers met Psychische Problemen, Amsterdam: ASKV / Steunpunt Vluchtelingen, 2009.

doen van onderzoek kunnen zijn een Dublinclaim, een rapport van een taalanalyse of een individueel ambtsbericht. Medische bevindingen zullen in een dergelijk geval meestal geen verschil kunnen maken. Terughoudendheid is ook op zijn plaats indien de IND twijfel uit over de homoseksualiteit van een asielzoeker. Met medisch onderzoek kan de seksuele geaardheid immers niet vastgesteld worden. Bij een eerste asielaanvraag wacht iMMO in de regel ook met het toezeggen van een onderzoek tot na een voornemen tot afwijzing. In veel gevallen kan de IND een zorgvuldige beslissing nemen op de asielaanvraag zonder dat een medisch onderzoek nodig is. Tenslotte is het moeilijk om een onderzoek op te starten indien er weinig tot geen medische of psychische aanwijzingen zijn uit de beschikbare stukken. Dit is anders als het vermoeden bestaat dat betrokkene sterk vermijdend gedrag heeft vertoond en nooit naar een arts of hulpverlener is gegaan terwijl anderen wel medische problematiek vermoeden. Een onderzoek naar psychische beperkingen in het verleden kan echter vrijwel alleen als er aanwijzingen voor psychische symptomen beschikbaar zijn uit informatie (medisch of juridisch) die de eerdere periode betreft.

6 iMMO-rapporteurs

De rapporteurs zijn allen BIG-geregistreerde professionals: artsen (huisartsen, medisch specialisten) en psychologen (GZ-psychologen, klinisch psychologen, psychotherapeuten). Zij zijn als zodanig bevoegd tot het doen van onderzoek voor iMMO. Rapporteurs voeren, met inachtneming van binnen iMMO geldende formats en protocollen, vanuit hun eigen professionele verantwoordelijkheid zelfstandig het onderzoek uit en rapporteren hun bevindingen, uiteraard met toestemming van de onderzochte, aan de staf van iMMO. De rapporteur ontvangt van iMMO intensieve en individuele coaching ten behoeve van dit specifieke type onderzoek en het schrijven van een deskundigenrapport. Iedere concept rapportage wordt middels peer review beoordeeld en besproken; de noodzakelijke collegiale tegenspraak. Dit gebeurt door de staf, door een ervaren collega rapporteur of door beiden. Naast deze individuele scholing worden de rapporteurs verder bijgeschoold op studiedagen (elke negen maanden) en intervisie bijeenkomsten (twee maal per jaar).

7 Onderzoek en rapportage

Een iMMO-onderzoek is een medisch onderzoek dat, al naar gelang de vraagstelling, bestaat uit één, twee of drie onderdelen: een lichamenlijk onderzoek, een psychiatrisch onderzoek en een psychodiagnostisch onderzoek. Het is vanzelfsprekend dat het lichamenlijk onderzoek slechts door een arts kan worden verricht. Het psychiatrisch onderzoek kan zowel door een arts als een psycholoog worden uitgevoerd. De psychodiagnostische testen kunnen in principe door alle iMMO-rapporteurs worden afgenomen daar iedereen hierover geïnstrueerd is. De interpretatie van de testresultaten geschiedt echter altijd door een daartoe bevoegde psycholoog. Bij littekenonderzoek

wordt, indien daar aanleiding voor is, samenwerking gezocht met de afdeling dermatologie van het AMC.

8 Resultaten en cijfers

Per 1 september 2013 zien we het volgende beeld. Tussen de start van iMMO op 1 maart 2012 en 1 september 2013, werden bij het iMMO 340 aanvragen voor een onderzoek ingediend; dat is gemiddeld bijna 4,5 aanvraag per week. Bij 56 aanvragen had iMMO op 1 september 2013 nog geen beoordeling verricht omdat op aanvullende stukken of op een voornemen van de IND werd gewacht. In 29 gevallen was de aanvraag om uiteenlopende redenen weer ingetrokken. De resterende 255 aanvragen zijn medisch inhoudelijk beoordeeld. Daarvan werd bij 65 zaken (25%) besloten dat geen onderzoek plaats zou vinden. Van de 190 aanvragen die wel werden toegewezen zijn er 128 daadwerkelijk afgesloten met een rapportage; bevonden 39 zich nog in de onderzoeksfase en vond in 9 zaken uiteindelijk geen onderzoek plaats omdat betrokkene voortijdig was uitgezet of met onbekende bestemming vertrokken. In veertien zaken werd besloten tot een schriftelijk advies aan de hand van het dossier zonder dat betrokkene werd gezien.

Van alle verrichte onderzoeken gaat het in bijna 55% om herhaalde asielaanvragen. In 51 zaken (40%) werd de afgeronde rapportages dusdanig meegewogen dat dit leidde tot een door de IND afgegeven positieve beschikking. Weliswaar geven de afgegeven beschikkingen dan vaak niet weer of en hoe de iMMO rapportage daarin een rol heeft gespeeld, maar de betrokken advocaten wijten deze wending aan de iMMO-rapportage.

Er liggen nog twaalf dossiers ter beslissing bij de IND en in 22 zaken loopt nog een procedure bij de rechtbank, de Afdeling of het EHRM. In vier zaken werd nog gewacht met het indienen van de rapportage. In één geval werd de zaak in hoger beroep afgewezen. Tenslotte was in 37 zaken nog geen resultaat bekend.

9 Uitspraak Afdeling Bestuursrecht van de Raad van State

Een belangrijke uitspraak voor het werk van iMMO was die van de Afdeling op 31 juli 2013.³² Het betreft een Iraanse vrouw die stelt vanwege politieke activiteiten te zijn gearresteerd en veroordeeld tot tien jaar gevangenisstraf. Zij vertelde dat zij was verkracht en daarna ziek werd, wat leidde tot overplaatsing naar een ziekenhuis. Van daaruit kon zij ontsnappen en vluchten.

In de afwijzende beschikking acht de IND de ontsnapping en daarmee de detentie en de verkrachting ongeloofwaardig. In de aanloop naar het beroep volgt er een iMMO-onderzoek door een psychiater werkzaam voor iMMO. Deze beoordeelt de causale relatie tussen de psychische klachten (PTSS) enerzijds en het relaas van de detentie en het seksueel geweld anderzijds

³² ABRvS 31 juli 2013, 201211436/1/V4, JV 2013/355 nt. K.M. Zwaan, ve13001632.

als 'typerend'. Ook concludeert zij dat de psychische problematiek leidt tot medische beperkingen die interfereren met het doen van een compleet, coherent en consistent relaas over alle details van de asielachtergrond. Dit is in lijn met het Medisch advies horen en beslissen van MediFirst, waarin voor aanvang van de asielprocedure ook al vergelijkbare medische beperkingen waren geconstateerd.

In beroep stelt de rechtbank in navolging van de IND, dat de iMMO-rapportage geen absoluut uitsluitsel biedt over de oorzaken van de psychische klachten en dat de door de IND gestelde ongeloofwaardigheid in stand kan blijven. Op verzoek van de advocaat duidt iMMO in een apart schrijven dat het oordeel 'typerend' betekent dat er sprake is van een sterke causale relatie tussen medische bevindingen en de kern van het asielrelaas, te weten de detentie en de seksuele martelingen. iMMO legt tevens uit hoe de psychische problematiek bijdraagt aan het minder goed functioneren van het geheugen en de concentratie en dat dit kan hebben geleid tot de bevreemding wekkende en ongerijmde verklaringen.

In hoger beroep oordeelt de Afdeling dat de conclusie 'typerend' een sterke aanwijzing geeft dat het bij betrokkene vastgestelde trauma is veroorzaakt door de gestelde marteling. In het licht van de uitspraak R.C. tegen Zweden van het Europese Hof is het vervolgens aan de staatssecretaris om daar nader onderzoek naar te doen.³³

Het belang van deze uitspraak is vierledig. Allereerst wordt een iMMO-rapportage als deskundigenbericht aangemerkt. Dat betekent dat als de IND kritiek heeft op de iMMO-rapportage zij niet kan volstaan met het noemen van kritiekpunten en de rapportage verder negeren. De IND moet dan een eigen medisch onderzoek laten doen. Ten tweede bevestigt deze uitspraak de eerdere uitspraak van de Afdeling over medisch steunbewijs, gebaseerd op de uitspraak van het Europees Hof.³⁴ Ten derde wordt van medisch steunbewijs niet verwacht dat

De oorzaak daarvoor moet met name gezocht worden in de verschillen tussen medische oordeelsvorming en de juridische weging daarvan. Deze problematiek heeft ertoe geleid dat iMMO en IND een casuïstiekoverleg hebben opgestart om te trachten inhoudelijke misvattingen in de toekomst te voorkomen.

In het hiernavolgende geven we een paar voorbeelden van verschillen in de oordeelsvorming, waarbij we gemakshalve spreken van de arts/psycholoog enerzijds en de jurist anderzijds.

Het medisch oordeel juridisch gewogen

De conclusies van een iMMO-onderzoek komen voort uit de interpretaties van het lichamelijk onderzoek, het psychiatrisch onderzoek en het psychodiagnostisch onderzoek. Daarbij wordt de causale relatie tussen de medische bevindingen en het asielrelaas met betrekking tot de medische klachten geïnterpreteerd volgens de gradaties en binnen het klinisch kader van het Istanbul Protocol (par. 187 respectievelijk par. 287-290).³⁵ Indien het de vraag betreft naar de mate waarin de met name psychische problematiek interfereert met het compleet, coherent en consistent kunnen verklaren over alle details van het asielrelaas, wordt de mate van interferentie omschreven gebaseerd op het protocol van het MAPP.³⁶

Het Istanbul Protocol hanteert vijf gradaties: niet consistent; consistent; zeer consistent; typerend en kenmerkend. Het causaal verband wordt in de loop van deze reeks steeds sterker geacht omdat er steeds minder andere oorzaken mogelijk zijn die de fysieke klacht, een litteken of de psychische klacht van betrokkene kunnen verklaren. De sterkste kwalificatie 'kenmerkend' is geen steunbewijs meer maar absoluut medisch bewijs; de verschijnselen kunnen niet anders zijn ontstaan dan op de manier die betrokkene beschrijft. Deze graduele duiding is lastig in te passen in het dichotome juridische denken: men wil - begrijpelijkerwijs - liever van de arts of psycholoog horen

In een uitspraak van 31 juli 2013 merkte de Afdeling een iMMO-rapportage aan als deskundigenbericht.

het onweerlegbaar bewijs levert. De conclusie 'typerend voor', die nog beperkte ruimte laat voor andere oorzaken dan het relaas, is een dermate sterke aanwijzing voor de gestelde oorzaak dat IND of de Staatssecretaris hieraan niet zonder nader onderzoek voorbij kan gaan. Maar misschien nog wel belangrijker is dat het in deze zaak ging om psychisch steunbewijs. Hiermee hebben psychische restverschijnselen van marteling, dezelfde zeggingskracht inzake causaliteit en medisch steunbewijs als littekens of andere fysieke verschijnselen. Vanuit medisch oogpunt is dit niet meer dan logisch.

10 Ervaringen en misverstanden

Regelmatig komt het voor dat de IND of de rechter sterk medisch steunbewijs terzijde schuift als onvoldoende hard. De bijbehorende argumentatie wekt bij iMMO regelmatig verba-

dat de klacht of wel of niet het gevolg is van marteling en geweld. Maar een medisch oordeel hierover wordt gebaseerd op de verschillende onderdelen van een onderzoek. En sommige onderdelen daarvan kunnen als zeer sterk beoordeeld worden terwijl andere dat niet zijn.

Voorbeeld: een asielzoeker heeft verschillende littekens die afzonderlijk worden beoordeeld als consistent (dat betekent dat deze littekens passen bij het geweldsrelaas maar er zijn veel andere mogelijke oorzaken voor de littekens denkbaar). Uit het psychiatrisch onderzoek blijkt dat de iMMO-rapporteur de aard en inhoud van de klachten typerend acht (dat betekent dat deze klachten meestal worden gezien bij dit soort gebeurtenissen, maar er zijn nog enkele andere oorzaken mogelijk). Daarmee vindt de rapporteur de klachten dus zeer sterk passen bij het verhaal dat over de totstandkoming van de littekens is verteld. Dus in één casus kan zeer sterk medisch steunbewijs

33 EHRM 9 maart 2010, appl.no 41827/07 (RC. v. Sweden), JV 2010/147, ve10000372.

34 ABRvS 17 augustus 2011, nr. 201005185/1/V2, JV 2011/412, ve11001973.

35 Zie noot 9 en noot 29.

36 E. Bloemen & R. Mellink, 'Ik kan niet alles vertellen...' Asielzoekers met psychische problemen in de asielprocedure. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 2008, pp. 890-902.

en minder sterk medisch steunbewijs naast elkaar bestaan. Dit betekent niet dat het minder sterke steunbewijs de waarde van het andere zeer sterke steunbewijs ondermijnt. Het betekent ook niet dat het zeer sterke medische steunbewijs het minder sterke medisch steunbewijs versterkt. De medische bevindingen behoren integraal te worden beoordeeld, zoals ook in het Istanbul Protocol in § 188 en § 261 ten overvloede nog eens wordt benadrukt.

Wat de medicus verbaast is als de jurist zich bij een beoordeling slechts baseert op één deelonderzoek naar littekens en vervolgens de andere bevindingen met sterk of zeer sterk medisch steunbewijs negeert. Het is belangrijk zich te realiseren dat zowel het fysieke als het psychiatrische onderzoek bijdragen aan medisch steunbewijs.

Ongeloofwaardigheid

Een beoordeling die soms bevreemding wekt, is dat als de IND het relaas ongeloofwaardig heeft geacht, daaruit automatisch volgt dat het medisch steunbewijs daarin geen verandering kan brengen. Zo kan het gebeuren dat een iMMO-onderzoek

iMMO ziet dat zowel IND als advocaten onvoldoende handelen volgens werkinstructie 2010/13.

stevig medisch steunbewijs levert ten aanzien van martelingen en detentie maar dat het genegeerd wordt omdat de IND de ontsnapping uit detentie niet geloofwaardig heeft geacht. Een ander argument dat de IND soms inbrengt is dat psychische problematiek altijd subjectief is, daarmee niet objectief en dus niet van waarde. Een vreemde redenering, want het relaas van een asielzoeker is immers in wezen altijd subjectief, daar moet zowel de IND als iMMO het mee doen. Maar de IND negeert dan dat met een iMMO-onderzoek het subjectieve van de asielzoeker (relaas, emoties, gedrag) medisch wordt geobjectiveerd. De betrokken deskundige baseert zich hierbij op de hierboven genoemde medische kennis, zijn professionele vaardigheden én het verrichte psychiatrisch en psycho-diagnostisch onderzoek. Dit levert volgens iMMO een nadrukkelijke meerwaarde op in zaken waarbij medische problematiek speelt en draagt bij aan een completere en kwalitatief betere asielbeoordeling. De Afdeling heeft dit onderkend getuige de hierboven besproken uitspraak.

Stoornis of tooneel?

Het is ook voorgekomen dat de IND of de rechter commentaar op een iMMO-rapportage geeft waarbij de jurist de door de arts of psycholoog geconstateerde bevinding simpelweg niet accepteert. Zo constateerde iMMO bij een asielzoeker die stelde slachtoffer te zijn geweest van oraal seksueel geweld een ernstige PTSS met heftige angst die zich onder andere uitte in kokhalzen en braakneigingen. Dit werd zowel bij de IND-gehoren alsook bij het iMMO-onderzoek waargenomen. De jurist maakte daarvan dat iedereen wel eens misselijk wordt en braakneigingen krijgt als het even stressvol is.

Er zijn inmiddels meer voorbeelden te geven waarin de niet-medisch geschoolde jurist zich uitliet over de medische inhoud van een zorgvuldig tot stand gekomen medisch oordeel. Hier wreekt zich dat tot heden de jurist, hoewel niet-me-

disch geschoold, wel geacht werd om de medische conclusies van een iMMO-rapportage te beoordelen. De hierboven besproken Afdelingsuitspraak en het casuïstiek-overleg met de IND brengen hier hopelijk verandering in.

Beperkingen tijdens het horen met terugwerkende kracht?

Er zijn veel zaken waarin de jurist zich afvraagt hoe het mogelijk is dat de iMMO-rapporteur stelt dat de geconstateerde psychische problematiek tijdens het onderzoek zeer waarschijnlijk ook tot beperkingen heeft geleid tijdens de gehoren bij de IND. Hier geldt dat de arts of psycholoog dat vrijwel alleen kan doen als er passende aanwijzingen in het dossier zitten uit de periode van de gehoren. Dit zijn dan aanwijzingen tijdens de gehoren zelf, het medisch advies en het dossier van MediFirst, het medisch dossier van GCA, een signaleringslijst of andere observaties door bijvoorbeeld een medewerker van VluchtelingenWerk of de advocaat. Vaak wordt tijdens het iMMO-onderzoek duidelijk dat klachten al vóór de start van de asielprocedure bestonden en dat het hierboven aangehaalde zwijgen om de traumatische ervaringen te kunnen hanteren,

al in volle werking was bij aankomst in Nederland. De asielzoeker hoopt dan dat de ander (MediFirst, IND, GCA) hem met een half woord wel begrijpt.

Geconstateerde medische beperkingen en IND werkinstructie 2010/13

Als MediFirst in het 'medisch advies horen en beslissen' beperkingen heeft geconstateerd die van invloed zijn op het horen en beslissen, dan zal iMMO daar in principe geen onderzoek meer naar doen. Soms verandert de medische toestand van een asielzoeker. Zowel in het protocol van MediFirst als in werkinstructie 2010/13 wordt hier nadrukkelijk op gewezen en wordt benadrukt dat dan een nieuw medisch advies horen en beslissen nodig is. De IND realiseert zich steeds meer het belang hiervan en werkt mee aan een tweede advies. Dit blijkt ook uit het feit dat iMMO steeds minder aanvragen voor onderzoek krijgt die worden ingediend omdat de IND een nieuwe beoordeling door MediFirst afhoudt.

Als MediFirst medische beperkingen constateert, is het verder aan de IND en de advocaat om te werken volgens de richtlijnen van werkinstructie 2010/13.³⁷ iMMO ziet dat zowel IND als advocaten onvoldoende handelen volgens deze werkinstructie. Zo focussen advocaten, IND en rechters regelmatig op de vraag of er wel of niet gehoord kan worden als het medisch advies medische beperkingen constateert. Dit is niet in de geest van de werkinstructie, die expliciet werd geschreven om zwart-wit denken over wel of niet horen te voorkomen. Het was juist de bedoeling om ook asielzoekers met medische beperkingen te horen, maar daarbij met die beperkingen rekening te houden. iMMO ziet ook regelmatig zaken waarin de IND wel bij het ho-

37 E. Bloemen & K. Zwaan. "Medisch beperkt in asiel". Medische en psychische problemen in de asielprocedure en de mogelijkheden van werkinstructie 2010/13. A&MR 2011/9: 398-406, ve11002923; Werkinstructie is te vinden op de site www.ind.nl, zoekterm 2010/13, ve10001969.

ren rekening houdt met beperkingen, maar er vervolgens bij het beslissen met geen woord meer over rept. Werkinstructie 2010/13 beschrijft de te hanteren werkwijze aldus³⁸:

“Van belang bij het nemen van een beslissing is te beseffen dat een asielzoeker met medische/psychische problemen mogelijk niet in staat zal blijken om coherent en consistent te verklaren. Deze situatie kan zich ook nog steeds voordoen met inachtneming van de extra voorzieningen bij het nader gehoor. In het rapport van gehoor, maar ook in de motivering van het voornemen en de beschikking zal aangegeven moeten worden op welke wijze rekening is gehouden met de medische beperkingen en hoe dit is meegenomen in het voorliggende besluit.”

Een van de oorzaken van het feit dat de door MediFirst geconstateerde beperkingen onvoldoende worden meegenomen lijkt te liggen in de algemene en soms vage bewoordingen waarin MediFirst zich daarover uitsprekt. Zo kan MediFirst bijvoorbeeld constateren: “Betrokkene kan emotioneel reageren en zegt moeite te hebben met het reproduceren van data. Houdt daar rekening mee”. Toch verwijt de IND een asielzoeker dan soms hiaten en incoherente uitspraken, en wijst men de asielaanvraag vervolgens af. De rechter en de Afdeling gaan daar soms in mee. Het feit dat advocaten verwijzen naar werkinstructie 2010/13 en naar het Protocol van MediFirst waarin over de gevolgen van beperkingen staat dat: ‘(...) de asielzoeker bijvoorbeeld niet goed herinneringen kan ophalen, niet goed data kan produceren en/of niet in staat is om coherent en consistent te verklaren, helpt klaarblijkelijk onvoldoende.³⁹

Als iMMO vervolgens een onderzoek in het kader van een herhaalde asielaanvraag toekent is dit in wezen een onnodig en tegelijk belastend medisch onderzoek voor de asielzoeker: het onderzoek zou niet nodig zijn als in eerste instantie goed gevolg was gegeven aan de beoordeling door MediFirst en de geconstateerde beperkingen volgens werkinstructie 2010/13 waren meegenomen. De meerwaarde van het iMMO-onderzoek ligt dan vooral in de specifieke vraagstelling: ‘Is er psychische problematiek die interfereert met het vermogen om compleet, coherent of consistent te kunnen verklaren over het asielreelaas?’. Die vraagstelling is explicieter en daarmee duidelijker dan de formulering van het medisch advies horen en beslissen.

Deskundigheid iMMO-rapporteurs

In sommige beschikkingen of uitspraken wordt aan de deskundigheid van een iMMO-rapporteur getwijfeld. Nu de Afdeling de iMMO-rapportage, zoals hierboven aan de orde kwam, als deskundigenbericht heeft aangeduid, zou hier geen twijfel meer over moeten zijn. De iMMO-rapporteurs zijn allen professionals en als zodanig bevoegd tot het doen van onderzoek naar de medische gevolgen van martelingen. De iMMO-staf zal een zaak altijd toewijzen aan iemand die daar vanuit zijn of haar specifieke deskundigheid bij past. Er bestaat vooralsnog geen officiële opleiding in deze materie en dus doet iMMO het met de hierboven opgesomde jarenlange forensisch-medische ervaring van de founding partners, de interne opleiding, het inschakelen van externe deskundigen en contacten met

zusterorganisaties. iMMO zal de opleiding en kwaliteitseisen in 2014 extern laten onderzoeken en het forensisch-medisch onderzoek verder professionaliseren en standaardiseren. Vooralsnog echter leidt iMMO de eigen rapporteurs, net als de IND overigens, zelf op.

11 Tot slot

Anderhalf jaar iMMO laat zien dat medisch onderzoek in geval van een gestelde marteling belangrijke aanvullende informatie kan opleveren. Litteratuur en restverschijnselen leveren dan medisch steunbewijs dat het verzoek om asiel ondersteunt. De flinke hoeveelheid aanvragen die iMMO krijgt, zowel in eerste asielaanvragen als in de aanloop van herhaalde asielverzoeken, betekent dat asieladvocaten zien dat er winst is te behalen door in een vroeg stadium medische gevolgen van marteling en ander geweld medisch te laten onderzoeken. Dit kan bijdragen aan minder herhaalde asielaanvragen, lagere juridische en opvangkosten en minder gezondheidsverlies bij asielzoekers.⁴⁰

De Nederlandse overheid, die nu nog geen speciale betekenis toekent aan medisch steunbewijs, beraadt zich op de vraag hoe invulling te geven aan artikel 18 van de nieuwe Europese Procedurerichtlijn, die van lidstaten verlangt dat zij medisch onderzoek naar de gevolgen van marteling, geweld en vervolging regelen dan wel toestaan.⁴¹ Dit biedt hoop voor een toekomst waarbij de Nederlandse overheid onderzoek naar forensisch-medisch steunbewijs ziet als een noodzakelijke aanvulling op een zorgvuldige asielbeoordeling. Het iMMO kan en wil vanuit zijn kennis en ervaring een rol spelen bij de invulling van de groeiende betekenis van het medisch onderzoek voor de beoordeling van asielverzoeken.

iMMO is gevestigd in Diemen (Nienoord 5, 1112 XE) en is bereikbaar per mail (info@stichtingimmo.nl), per telefoon (020-8407670) of per fax (020-8407697).

Op de website van iMMO (www.stichtingimmo.nl) is informatie te vinden over missie, doelstelling en historie. Daar staat ook de hele aanvraagprocedure voor een onderzoek beschreven en wordt ingegaan op de mogelijkheden om vooraf te overleggen over een mogelijke aanvraag (per telefoon of via de website). Een aanvraag voor een iMMO-onderzoek wordt in behandeling genomen als alle medische en juridische informatie compleet is.

38 Zie noot 36. IND-Werkinstructie 2010/13, hoofdstuk 5, ve10001969.

39 IND, MediFirst en VIA. Protocol Medisch Advies Horen en Beslissen, versie 1-7-2012, pagina 8 bovenaan.

40 B. Drozdek, A. Kamperman, W.A. Tol e.a. Is legal status impacting outcomes of group therapy for posttraumatic stress disorder with male asylum seekers and refugees from Iran and Afghanistan? BMC Psychiatry 2013,13.

41 Zie noot 11.