

27 Bewijs geleverd

Medisch steunbewijs en medische beperkingen in asiel

Evert Bloemen en Meeuw Kollen¹

Inleiding

In de laatste vijf jaar zijn medische aspecten steeds meer een rol gaan spelen bij de beoordeling van asielaanvragen. Na de introductie van het medisch advies horen en beslissen² in 2010 is er nu sinds 20 juli 2015 het forensisch medisch onderzoek.³ Dit is geënt op artikel 18 van de herziene Procedurerichtlijn.⁴

Lang heeft in het Nederlandse asielbeleid gogleden: “Bij de beoordeling van een asielaanvraag spelen medische aspecten in beginsel geen rol, aangezien er medisch gezien (meestal) geen zekere uitspraken zijn te doen over de oorzaak van medische klachten en/of littekens”.⁵ In 2005 is deze tekst aangepast: “Statusdeterminatie vindt op de gebruikelijke wijze plaats, waarbij de behandelend ambtenaar ten aanzien van de medische aspecten uitsluitend beziet of deze in het asielrelaas passen.” Deze ingezette verschuiving zette door, want in de Vreemdelingencirculaire staat nu: “Het forensisch medisch

onderzoek is primair op waarheidsvinding gericht. Dit betekent dat het forensisch medisch onderzoek (FMO) als instrument kan worden ingezet om een bijdrage te leveren aan de geloofwaardigheidsbeoordeling bij een aanvraag voor een verblijfsvergunning asiel voor bepaalde tijd.”⁶ Een spectaculaire kanteling.

Deze ontwikkeling was onstuitbaar na kritiek van diverse kanten in Nederland.⁷ Ook het Committee against Torture (CAT) en het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) hebben in verschillende uitspraken gesteld dat medische rapportages als steunbewijs in asielzaken kunnen dienen.⁸

In aansluiting op de bijdrage van Stijn Smulders over medisch steunbewijs en de implementatie van de herziene Procedurerichtlijn,⁹ richt dit artikel zich op de wetenschappelijke kennis en onderbouwing van medisch steunbewijs. Daarnaast komt de werkwijze van het instituut voor

1 Evert Bloemen is arts, werkzaam voor het instituut voor Mensenrechten en Medisch Onderzoek (iMMO) en Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen. Meeuw Kollen is juridisch medewerker bij het instituut voor Mensenrechten en Medisch Onderzoek (iMMO).

2 C1/2.2 Vc 2000.

3 Art. 3.109e Vb 2000 en C1/4.4.4 Vc 2000.

4 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.

5 C14/4.4.2 Vc 2000 (voor 2005).

6 C1/4.4.4 Vc 2000.

7 *Rapport Medische Aspecten van het vreemdelingenbeleid* (Commissie Smeets, Den Haag, 2004; H. Tiemersma en S.F. Steenhuisen, ‘Een vluchteling met littekens’, *Medisch Contact* 2008/16, p. 690-693; ACVZ, *Briefadvies Medische aspecten asiel/regulier*, 2 april 2008).

8 R. Bruin en M. Reneman, ‘Supervising bodies and medical reports’, in: R. Bruin, M. Reneman en E. Bloemen (eds), *Care Full, Medico-legal reports and the Istanbul Protocol in asylum procedures*, Pharos/Amnesty International/Dutch Council for Refugees, 2006; K. Zwaan, ‘Medisch steunbewijs in de asielprocedure: de processie van Echternach?’, *A&MR* 2013, 10, p. 527-533.

9 S. Smulders, ‘Medisch steunbewijs en de implementatie van de herziene procedurerichtlijn’, *JNVR* 2015/3, p. 41.

Mensenrechten en Medisch Onderzoek (IMMO), de enige organisatie die de laatste jaren forensisch medisch onderzoek bij asielzoekers verricht, aan de orde.¹⁰ Vervolgens komen belangrijke medische beperkingen aan bod, die vaak samenhangen met het medisch steunbewijs. Ook is er aandacht voor verkeerde aannames en veronderstellingen die juristen soms hebben bij het beoordelen van geloofwaardigheid.

Tot slot wordt gekeken naar de mogelijkheden die er met de implementatie van artikel 18 Procedurerichtlijn nul liggen om forensisch medisch onderzoek mee te nemen in de integrale beoordeling van asielaanvragen van asielzoekers die stellen te zijn gemarteld.

Medische causaliteit

Medisch steunbewijs in de asielprocedure gaat over de causale relatie tussen medische bevindingen en gestelde martelingen. Het begrip medische causaliteit verwijst naar de veronderstelling dat medische verschijnselen plaatsvinden als gevolg van bepaalde gebeurtenissen die daaraan vooraf zijn gegaan. Bij slachtoffers van marteling worden de medische bevindingen vastgesteld aan de hand van een uitgebreid medisch onderzoek. Kennis over wondgenezing en over oorzaken van lichamelijke afwijkingen als gevolg van verschillende typen marteling speelt een belangrijke rol. En psychische symptomen moeten worden begrepen in de context en betekenis van ervaringen, met weging van factoren als karakter, psychische veerkracht en andere stressfactoren.¹¹ Onderzoek naar medische causaliteit in de asielprocedure is een forensisch medische beoordeling.

10 E. Bloemen en A. Keunen, 'Ik heb alle bewijzen op mijn lichaam'. De eerste ervaringen na anderhalf jaar IMMO, *A&MR* 2013, 9, p. 454-460.

11 B.J.N. Schreuder, 'Vragen bij de beoordeling. Het causale verband na meer dan zestig jaar', *Cogiscope* 2005, 2, p. 16-22.

De deskundige redeneert hierbij terug vanuit een medische bevinding naar mogelijke oorzaken, gebruikmakend van beschikbare kennis en de inschatting van kansen. Het gaat hierbij om reconstructies van de mogelijke wijze van ontstaan van een litteken of symptoom, rekening houdend met onzekerheden.¹² Het Istanbul Protocol is hierbij als richtlijn cruciaal.¹³ Dit maakt dat er bij een oordeel over medische causaliteit altijd sprake is van een gradueel verband. Absoluut forensisch bewijs, zoals bijvoorbeeld bij DNA in strafzaken, wordt bij het onderzoek van slachtoffers van martelingen niet vaak gevonden.

Istanbul Protocol

De definitie van martelen is vastgelegd in het VN-verdrag tegen marteling en andere wrede, onmenselijke of vernederende behandeling.¹⁴ Om marteling goed in kaart te brengen hebben juridische en medische experts eind vorige eeuw het Istanbul Protocol opgesteld. In 2000 is het door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties aanvaard als standaard voor het integraal juridisch en medisch onderzoek bij iemand die zegt te zijn gemarteld. Het Istanbul Protocol wordt ook genoemd als richtlijn bij het in artikel 18 van de Procedurerichtlijn voorgeschreven forensisch medisch onderzoek naar de gevolgen van marteling.¹⁵

12 C. Berger, 'Criminalistiek is terugredeneren. Logisch correct redeneren in forensische rapportages ... en in de rechtszaal', *Nederlandse Juristenblad* 2010, 13, p. 784-789.

13 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, *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 2004.

14 Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 39/46 of 10 December 1984, entry into force 26 June 1987.

15 Punt 31 van de considerans.

De gestelde medische gevolgen worden vastgesteld door een uitgebreid lichamelijk, psychiatrisch en/of psychologisch onderzoek. Littekens zijn detecteerbaar op het lichaam en kunnen in een bepaalde mate passen bij het gestelde geweld, van bijvoorbeeld zweepslagen, steekwonden of toegebrachte brandwonden. Ook andere fysieke gevolgen van martelen komen bij onderzoek naar voren. Denk aan neurologische schade aan zenuwbanen of beperkingen van de bewegelijkheid van het schoudergewricht bij langdurige ophanging aan de armen. Psychologisch en psychiatrisch onderzoek geeft door navragen, gericht onderzoek en observaties een beeld van de bestaande symptomen, zoals angsten, herbelevingen, concentratie- of geheugenproblemen. Het onderzoek door een deskundige ordent de subjectieve informatie verstrekt door de asielzoeker en komt dan tot een objectief medisch oordeel of diagnose.¹⁶ De deskundige houdt hierbij rekening met persoonlijke betekenisgevingen en sociale, politieke en culturele factoren.¹⁷

Naast het medisch onderzoek is het relaas over het gestelde ondergane geweld cruciaal. Daarbij is doorvragen op essentiële details nodig, zoals: wat voor soort martelinstrumenten werden gebruikt? Van welke kant kwam een klap? Hoe vaak werd er op het hoofd geslagen? Waarmee werden brandwonden toegebracht? Het gaat ook om psychologische martelmethode, zoals dreigen met de dood door schijnexecuties, het moeten aanschouwen van martelingen bij anderen of het dreigen met het oppakken van familieleden. Dankzij de specifieke achtergrond,

opleiding en ervaring levert het bevragen over dit relaas door een arts of psycholoog vaak meer details op dan het gehoor bij de IND of een gesprek bij de advocaat.

Hierbij is het belangrijk om te beseffen dat de afwezigheid van medische bevindingen niet betekent dat er geen marteling heeft plaats gevonden. Bekend is dat sommige martelmethode geen restverschijnselen achterlaten, zoals bijvoorbeeld het toedienen van elektrische schokken.¹⁸

Het deskundigenoordeel

Het onderzoek mondt uit in een deskundigenoordeel over de causale relatie tussen bevindingen en relaas over de gestelde oorzaak. Voor het bepalen van de mate van causale relatie schrijft het Istanbul Protocol in § 187 vijf gradaties voor:¹⁹

- a. Niet consistent: het litteken of de medische klacht kan niet zijn veroorzaakt door de gebeurtenis beschreven door betrokkene.
- b. Consistent: het litteken of de klacht kan zijn veroorzaakt door de gebeurtenis beschreven door betrokkene, maar er zijn veel andere oorzaken.
- c. Zeer consistent: het litteken of de klacht kan zijn veroorzaakt door de gebeurtenis beschreven door betrokkene, en er zijn een aantal andere mogelijke oorzaken.
- d. Typerend: deze verschijnselen worden meestal waargenomen bij dit type mishandeling of gebeurtenis, maar er zijn andere mogelijke oorzaken.

16 Istanbul Protocol § 236: "It is important to recognize that not everyone who has been tortured develops a diagnosable mental illness. However many victims experience profound emotional reactions and psychological symptoms."

17 Istanbul Protocol § 234: "The psychological consequences of torture, however, occur in the context of personal attribution of meaning, personality development and social, political and cultural factors."

18 Istanbul Protocol § 161: "The absence of physical evidence should not be construed to suggest that torture did not occur, since such acts of violence against persons frequently leave no marks or permanent scars."

19 Istanbul Protocol § 187.

- e. Kenmerkend: de verschijnselen kunnen niet op andere wijze zijn ontstaan dan op de manier zoals betrokkene die beschrijft.²⁰

Deze gradaties geven een oplopende causale relatie weer.

Het oordeel ‘consistent’ betekent dat de deskundige meerdere oorzaken, naast de door de asielzoeker gestelde oorzaak, mogelijk acht voor de medische bevinding. Een opsomming van alle alternatieve oorzaken is speculatief en dus niet zinvol. Dit betekent dat dit oordeel wel medisch steunbewijs oplevert, want de bevinding kan immers door het gestelde geweld zijn ontstaan, maar de bewijskracht van dit oordeel is matig sterk. Bij het oordeel ‘zeer consistent’ zijn er al minder alternatieve oorzaken, die benoemd kunnen worden en de bewijskracht is sterker. Het oordeel ‘typerend’ duidt op een sterke causale relatie want er is een directe lijn tussen oorzaak en gevolg (dit gevolg wordt meestal waargenomen bij gestelde oorzaak). Desondanks zijn er toch ook nog andere oorzaken mogelijk, die ook benoemd worden. Zelden komt de deskundige tot het oordeel ‘kenmerkend’, hetgeen absoluut medisch bewijs is. Want de deskundige oordeelt dan dat het medische gevolg niet anders dan door de gestelde oorzaak kan zijn ontstaan. Een voorbeeld is de gevolgen van falanga of falakka (het met een hard voorwerp slaan op de voetzolen) dat tot een heel specifiek klachtenpatroon kan leiden, met pijnklachten, loopstoornissen en neurologische uitval. Mede op basis van wetenschappelijk onderzoek kan

hier een harde uitspraak worden gedaan over de causale relatie.²¹

In het deskundigenoordeel wordt ook de beschikbare medische informatie van de behandelende sector meegenomen. Die informatie over verrichte onderzoeken en gestelde medische diagnoses vult het eigen onderzoek aan.

iMMO werkt volgens de richtlijnen van het Istanbul Protocol en gebruikt de vijf gradaties om de mate van medisch steunbewijs aan te geven. Ook is iMMO, conform de voorschriften van het Istanbul Protocol, alert op de mogelijkheid van een verzonnen relaas of gesimuleerde klachten door in iedere rapportage de betrouwbaarheid van het onderzoek te beoordelen.²²

In reacties op iMMO-rapportages wijst de IND regelmatig op het feit dat het medisch steunbewijs andere mogelijke oorzaken niet volledig kan uitsluiten. De IND gebruikt dit argument om het medisch steunbewijs te ontkrachten. Deze ‘eis’ ten aanzien van de hardheid van het medisch steunbewijs is onterecht. Net als bij de beoordeling van de geloofwaardigheid door de IND kan ook van medisch steunbewijs bijna nooit 100% zekerheid verwacht worden.

In dit licht is de uitspraak van het kabinet zorgelijk dat “zelfs indien de sterkste conclusie wordt getrokken dat er sprake is van fysieke sporen, die ‘kenmerkend’ zijn, (...) daarmee nog niet (is) gegeven dat de door de asielzoeker aangegeven context waarin die sporen zijn ontstaan ook geloofwaardig moeten worden geacht”.²³ Dit ‘decontextualiseren’, het loskoppelen van

20 M. Stolwijk, ‘Medisch onderzoek als steunbewijs: een onderzoek naar de beslispraktijk’, *A&MR* 2010, 1, p. 17-27.

21 K. Amris, O.V. Rasmussen, T. Baykal et al, ‘The diagnostic value of clinical examination after falanga’, *Torture* 2009, p. 5-11; E. Edston, ‘The epidemiology of falanga – incidence among Swedish asylum seekers’, *Torture* 2009, 19(1), p. 27-32; K. Amris, S. Torp-Pedersen en O.V. Rasmussen, ‘Long term consequences of falanga torture’, *Torture* 2009, p. 33-40.

22 Istanbul Protocol § 105(f) en § 287(vi).

23 *Kamerstukken II* 2014/2015, 19673, nr 1903, 17 oktober 2014, p. 4.

medisch steunbewijs van de context, staat haaks op de wijze van onderzoek volgens het Istanbul Protocol. Daarin wordt juist de context van het geweldsrelaas in de vorm van vervolging en mensenrechtenschendingen altijd meegewogen. Het is vreemd dat in dit verband juist wordt verwezen naar de zeldzame gevallen van absoluut medisch bewijs.

Een recent toegekende *interim measure* van het VN Comitétegeenst Torture in zaken van Tamils uit Sri Lanka heeft geleid tot vragen over de Nederlandse handelwijze ten aanzien van medisch steunbewijs.²⁴ In deze casus was er uitgebreid medisch steunbewijs over de gevolgen van de gestelde marteling in de vorm van een MOG-rapportage en informatie van behandelaren (psychiater) in de eerste procedure en daarna in de opvolgende aanvraag een iMMO-rapportage. Ondanks dit steunbewijs volhardde de IND in het standpunt dat het relaas niet geloofwaardig was vanwege tegenstrijdigheden en vaagheden, terwijl dit in de medische rapportages werd verklaard als zijnde gerelateerd aan de psychische problematiek.²⁵

Effect inbreng medisch steunbewijs

Onderzoek naar het effect van forensisch medisch onderzoek op de uitkomst van de asielprocedure laat zien dat dit zeer aanzienlijk is.²⁶ Uit onderzoek naar het werk van de Medische Onderzoeksgroep (MOG) van Amnesty International in Nederland blijkt dat in driekwart van

de zaken waar rapportages van de MOG werden ingebracht dit heeft geleid tot een verblijfsvergunning asiel.²⁷

Onderzoek in het Verenigd Koninkrijk laat zien dat in meer dan twee derde van de zaken waar medisch steunbewijs wordt ingebracht een eerdere asielbeslissing werd herzien. En bijna de helft van beroepszaken waarbij de asielzoeker stelde gemarteld te zijn en waarbij een medisch rapport met steunbewijs beschikbaar was, werd gegrond verklaard.²⁸

In Amerikaans onderzoek werden de tussen 2000 en 2004 verleende statussen aan asielzoekers met een medische rapportage van *Physicians for Human Rights* (PHR) vergeleken met het nationaal gemiddelde van asielzoekers die geen medische rapportage konden inbrengen. De 1663 afgegeven medische rapportages bij asielzoekers die stelden gemarteld te zijn leidden tot een statuspercentage van 89%, veel hoger dan het nationale gemiddelde van 38% over die periode.²⁹

Van de aanvragen bij iMMO wordt 18% in de Algemene Asielprocedure (AA) gedaan en 36% in de Verlengde Asielprocedure (VA). 42% van de aanvragen betrof een herhaalde aanvraag in voorbereiding. Van de 334 iMMO-rapportages die sinds begin 2012 zijn geproduceerd is van 203 zaken het resultaat van de asielaanvraag bekend. In 172 van deze zaken werd een verblijfsvergunning asiel verleend. Dat betekent dat in 85% medisch steunbewijs heeft bijgedragen aan een andere beslissing dan de oorspronkelijke. Het aandeel herhaalde aanvragen is hierbij even groot als dat van eerste aanvragen.

24 CAT nr. 692/2015, 28 juli 2015. Zie ook *Vluchtelingen-Werk Nederland*, Update 2015, nr. 36, 16 september 2015, p. 7-9.

25 Rb. Amsterdam 21 augustus 2012, nr. AWB 11/29528, ABRvS 25 augustus 2014, nr. 201209148/1/V1 en daarna AWB 15/8264, 18 mei 2015.

26 International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT), *Recognising victims of torture in national asylum procedures. A comparative overview of early identification of victims and their access to medico-legal reports in asylum-receiving countries*, Copenhagen: IRCT 2013.

27 M. Stolwijk 2010, p. 17-27.

28 *Freedom from torture, Body of evidence. Treatment of Medico-Legal Reports for Survivors of Torture in the UK Asylum Tribunal*. London: Freedom from torture 2011.

29 S.L. Lustig, S. Kureshi, e.a. (2008), 'Asylum grant rates following medical evaluations of maltreatment among political asylum applicants in the United States', *Journal of Immigrant Minority Health* 2008, 10, p. 7-15.

De resterende 15% is of uitgedeed met onbekende bestemming vertrokken.

Kanttekening bij deze cijfers is dat het over geselecteerde groepen asielzoekers gaat, waarbij advocaten al zeer serieuze aanwijzingen hadden voor ondergane martelingen of ander geweld.

Belang medische beperkingen

Het Istanbul Protocol benoemt het belang van medische beperkingen die een negatieve invloed hebben op geheugen, denken en concentratie.³⁰ Deze beperkingen kunnen voortkomen uit fysiek geweld op het hoofd, maar ook uit psychische problematiek. Meestal betreft dit laatste een posttraumatische stress stoornis (ptss), vaak in combinatie met een depressieve stoornis. Een ptss zorgt voor een combinatie van zich opdringende herbelevingen van de traumatische ervaringen en pogingen om alles te vermijden wat die herinneringen kan oproepen. Dit laatste hindert dan weer het oproepen van herinneringen aan het trauma. Daarnaast zijn er symptomen van verhoogde waakzaamheid waardoor iemand slecht slaapt, schrikachtig is, prikkelbaar is en zich slecht kan concentreren.

Er zijn diverse studies die aantonen dat trauma en geloofwaardigheid zodanig kunnen interfereren dat dit voor de beoordeling van de asielaanvraag van getraumatiseerde asielzoekers nadelig is.³¹ Zo kunnen geheugenproblemen leiden tot incomplete herinneringen over martelingen. Dit leidt dan tot incoherenties en inconsistenties in het asielrelaas. Als de IND dit niet beschouwt als een aspect van traumatisering zal het leiden tot het oordeel dat het relaas ongelooftwaardig is.

Ook laat de praktijk zien dat de IND-medewerker het gehoor vaak richt op randherinneringen en niet op de kern van de traumatische ervaringen.

30 Istanbul protocol § 249.

31 UNHCR, *Beyond Proof: Credibility assessment in EU asylum systems*, Brussels: UNHCR 2013.

Vragen gaan dan bijvoorbeeld over het aantal celgenoten, details van een militair uniform, tijdsduur of tijdstip. Bekend is juist dat dit soort perifere details in geval van traumatisering vaak minder goed worden herinnerd.³² Iemand is tijdens marteling vervuld van doodsangst of gericht op overleven waarbij perifere details van geen nut zijn, en dus worden die niet onthouden. Als een deskundige van immo zo iemand dan medisch onderzoekt en zich richt op de geweldservaring als kern van het asielrelaas, dan blijkt vaak dat de centrale details van een martelervaring (zoals martelinstrument en pijnklachten) vaak beter worden herinnerd dan de perifere details.

Dit laat ook meteen de meerwaarde zien van de bijdrage van een medische of psychologische deskundige die vanuit specifieke kennis en ervaring een gesprek zodanig weet te voeren dat er zoveel mogelijk informatie komt over het ondergane geweld. En ondanks de aanwezigheid van psychische problematiek en de beperkingen komen er toch vaak voldoende herinneringen boven om een oordeel te vellen over de causale relatie tussen relaas en medische bevindingen.

Daarbij is het goed om te beseffen dat het meerdere keren vertellen over traumatische geheugendetails leidt tot een betere herinnering.³³ Dit verschijnsel, hypermnésie genaamd, levert een completer asielrelaas op, maar leidt dan wel automatisch tot inconsistenties. Dit gebeurt al als iemand tijdens een gehoor nog eens wordt bevraagd over een voorval en dan een ander detail vertelt. De kans is groot dat de herinnering is verbeterd tijdens het gehoor. Maar de IND gebruikt dit in de literatuur beschreven

32 J. Herlihy, P. Sragg en S. Turner, 'Discrepancies in autobiographical memories – implications for the assessment of asylum seekers: repeated interviews study', *British Medical Journal* 2002, 324, p. 324-327.

33 J. Herlihy en S. Turner, *The psychology of seeking protection*, *International Journal of Refugee Law*, 2009, 2, p. 171-192.

verschijnsel regelmatig als bouwsteen voor het oordeel dat het relaas ongeloofwaardig is. Zeker als asielzoekers getraumatiseerd zijn kan men bij deze handelwijze grote vraagtekens zetten.

Geheugenproblemen leiden bijna nooit tot een totale afwezigheid van herinneringen, maar wel regelmatig tot partiële en incomplete herinneringen. Zo kunnen depressieve klachten tot vagere en algemene herinneringen leiden.³⁴ Iemand praat dan in algemene termen maar kan minder specifieke details reproduceren. Dit geldt ook als de asielzoeker tijdens de traumatische ervaring gedissocieerd is geraakt. Dissociatie is het psychologische proces waarbij gedachten, emoties, waarnemingen of herinneringen buiten het bewustzijn worden geplaatst, een psychologisch mechanisme ter bescherming tegen te heftige emoties. Een ervaring waarbij dit optreedt wordt dan niet goed in het geheugen opgeslagen en herinneringen kunnen dan later slecht worden opgeroepen.³⁵ Een relaas waarin sprake is van flauwvallen of bewusteloosheid, vaak tijdens seksueel geweld, kan duiden op dissociatie. Dan kan het niet anders of er zijn minder goede herinneringen over die gebeurtenis.

Ander onderzoek laat zien dat getraumatiseerde asielzoekers met posttraumatische stressklachten meer moeite hebben met het onthullen van gevoelige en emotioneel beladen informatie tijdens de asielgehoren.³⁶ Dit heeft dan te maken

met vermijding, een van de kernsymptomen van een posttraumatische stressstoornis, waardoor iemand een sterke neiging heeft de confrontatie met traumatische herinneringen uit de weg te gaan. Dit geldt nog eens extra als het om ervaringen van seksueel geweld gaat.³⁷ Dan is er vaak ook nog schaamte, een lastig waar te nemen emotie die het onthullen van een geheim tegenwerkt. Dit speelt vaak in culturen waar asielzoekers vandaan komen. In die culturen leidt slachtofferschap van seksueel geweld vaak tot verstoting.³⁸ De angst hiervoor weegt zwaarder dan de eis dat alles verteld moet worden. Hier geen oog voor hebben is niet in lijn met wat de beschikbare kennis hierover leert.

Negeren van kennis over bovenstaande psychologische fenomenen kan leiden tot onterechte twijfel of onjuiste conclusies over de geloofwaardigheid van het asielrelaas. Forensisch medisch onderzoek helpt dit soort fenomenen te duiden.

Onderzoek naar beperkingen

Gesteld ondergaan geweld kan aan de basis staan van medische symptomen die steunbewijs kunnen opleveren. Maar die symptomen kunnen ook duiden op beperkingen. Naast een onderzoek naar medisch steunbewijs is vaak een onderzoek naar medische beperkingen nodig, want deze beperkingen kunnen het spreken over ervaringen in de weg staan. Dit ligt ten grondslag aan veel herhaalde asielaanvragen. Het Meldpunt Asielzoekers met Psychische Problemen (MAPP) heeft in de periode 2006-2010 aan de hand van psychologisch onderzoek bij asielzoekers duidelijk gemaakt dat een groep asielzoekers beperkingen ondervindt bij het

34 B. Graham, J. Herlihy en C. Brewin, 'Overgeneral memory in asylum seekers and refugees', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2014, 45, p. 375-380.

35 I. Schalinski, T. Elbert en M. Schauer, 'Female dissociative responding to extreme sexual violence in a chronic crisis: the case of Eastern Congo', *Journal of Traumatic Stress* 2011, 24 (2), p. 235-238.

36 D. Bogner, C. Brewin en J. Herlihy, 'Refugees' experiences of Home Office interviews: a qualitative study on the disclosure of sensitive personal information', *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 36, p. 519-535.

37 D. Bogner, J. Herlihy en C. Brewin, 'Impact of sexual violence on disclosure during Home Office interviews', *British Journal of Psychiatry* 2007, 191, p. 75-81.

38 M. Tankink, *Over zwijgen gesproken...*, Utrecht: Pharos 2009.

goed kunnen verklaren over hun asielrelaas.³⁹ De IND heeft in 2010 het belang van deze medische beperkingen voor de asielbeoordeling onderkend door het inrichten van het Protocol medisch advies horen en beslissen. Daarbij hoort IND Werkinstructie 2010/13 over de behandeling van het medisch advies horen en beslissen. Na bijna vijf jaar MediFirst verzorgt sinds 1 februari 2015 de Forensisch Medische Maatschap Utrecht (FMMU) dit medisch advies. In het Protocol medisch advies horen en beslissen is de achtergrond en werkwijze bij dit medisch advies beschreven.⁴⁰

Het Protocol medisch advies horen en beslissen baseert zich op het classificatiesysteem voor medische beperkingen, de *International Classification of Functioning* (ICF).⁴¹ Het kan gaan om een beperking van lichamelijke functies, zoals bij ziekten van vitale organen (hart, longen, hersenen) of bij ernstige ziekten, hevige pijn of uitputting. Ook kan het gaan om beperkingen van zintuiglijke functies (visus, gehoor, spraak) zoals bij slechtzienden en slechthorenden. Het medisch advies voorkomt nu hopelijk dat zieke asielzoekers gehoord worden en zorgt voor aanpassingen voor slechtzienden of slechthorende asielzoekers.

Het vaststellen van beperkingen in de mentale functies is vanwege de vaak voorkomende psychische problemen zeer relevant voor een zorgvuldige asielbeoordeling. Het gaat dan met name om beperkingen van het geheugen, de

aandacht en het denkvermogen, alle essentieel voor het compleet, coherent en consistent kunnen verklaren over het asielrelaas.

Het Protocol medisch advies horen en beslissen richt zich allereerst op de vraag of er medische redenen zijn waarom er vanwege medische beperkingen niet gehoord kan worden. Er is maar een klein percentage asielzoekers dat niet gehoord kan worden. Veel belangrijker is het volgende onderdeel van het medisch advies: *“Gegeven de medische klachten die tijdens het onderzoek zijn gebleken zijn de volgende beperkingen relevant voor het horen en beslissen”*. Dit betekent dat alles wat bij deze vraag vermeld wordt, gezien moet worden als een medische beperking die relevant is voor zowel horen als beslissen.

Medisch advies horen en beslissen in de praktijk

Helaas is het Protocol medisch advies horen en beslissen zo oriënterend van aard dat lang niet alle beperkingen goed opgespoord kunnen worden. Ernstige psychiatrische problematiek wordt wel opgespoord, maar juist in gevallen van trauma, vermijding en schaamte is een intensiever onderzoek nodig om een goed beeld te krijgen van de problematiek en de daarbij horende beperkingen. Ook is de formulering van de beperking in het medisch advies van dien aard dat dit weinig zegt. Zo staat regelmatig bij een vraag over beperkingen een uitspraak van de asielzoeker, zoals: *“Betrokkene zegt zich geen data te kunnen herinneren”*. Soms staat er nog bij: *“Dat is tijdens het onderzoek niet gebleken”*. Of er staat: *“Betrokkene kan emotioneel worden”*. Dergelijke opmerkingen moeten gezien de formulering van de vraagstelling dus worden gezien als een medische beperking. Dit ondanks de vage formulering die niets zegt over welke beperking dit dan oplevert conform de ICF-classificatie. Kritische vragen aan de IND over de betekenis van dergelijke uitspraken kunnen

39 E. Bloemen en R. Mellink, 'Ik kan niet alles vertellen... Asielzoekers met psychische problemen in de asielprocedure', *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2008, p. 890-902; MAPP, *Goed Gehoord. Drie jaar Meldpunt Asielzoekers met psychische Problemen*, Amsterdam: ASKV/Steunpunt Vluchtelingen, 2009.

40 MediFirst, *Protocol Medisch advies Horen en Beslissen*, november 2013.

41 WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands, RIVM, *ICF, Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health*, compilatie, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 2002.

helpen om helderheid te krijgen over de geconstateerde beperkingen.

Voor advocaten is het zinvol het medisch dossier (genaamd het onderzoeksformulier) horend bij het medisch advies op te vragen. Het komt regelmatig voor dat daar wel melding wordt gemaakt van psychische klachten, zoals slaapproblemen, piekeren, veel denken aan een gebeurtenis, maar dat dit toch niet leidt tot het noemen van beperkingen op het adviesformulier. Onduidelijk is dan hoe deze conclusie tot stand is gekomen. Ook hierover kan een advocaat aanvullende vragen stellen aan de IND.

Niet onvermeld kan blijven dat zowel IND, advocatuur als rechters het belang van het Protocol medisch advies horen en beslissen vaak teveel zien in de vraag of wel of niet gehoord kan worden. Veel belangrijker is het horen met beperkingen. Dat komt neer op het op maat horen, maar vooral op het op maat beslissen, rekening houdend met de geconstateerde beperkingen.⁴² Het komt nog te regelmatig voor dat noch de IND, noch de advocaat en noch de rechter bij geconstateerde medische beperkingen handelen conform IND-Werkinstructie 2010/13.⁴³ In § 5 van die werkinstructie wordt voorgeschreven hoe de IND de geconstateerde beperkingen moet meewegen in de beslissing en dat bepaalde incoherenties en inconsistenties niet kunnen worden tegengeworpen. Aandacht voor de handelwijze conform Werkinstructie 2010/13 is zeker nog geen gemeengoed bij die asielzaken waarbij het medisch advies beperkingen constateert. Dit geldt voor zowel advocaten, IND als rechters. Na vijf jaar medisch advies horen en beslissen is dit zorgelijk te noemen.

42 E. Bloemen en K. Zwaan, 'Medisch beperkt in asiel. Medische en psychische problemen in de asielprocedure en de mogelijkheden van werkinstructie 2010/13', *A&MR* 2011, 9, p. 398-406.

43 Werkinstructie 2010/13 is onder meer te vinden op www.ind.nl.

Specialistisch onderzoek naar beperkingen

Voor een gedegen onderzoek naar voor de asielprocedure relevante medische beperkingen is een uitgebreid psychiatrisch en psychologisch onderzoek nodig. iMMO doet dit uitgebreide onderzoek in het kader van de vraagstellingen naar beperkingen. Van belang is daarbij te bepalen of er psychische symptomen en/of psychiatrische ziektebeelden zijn en in hoeverre die het cognitief functioneren in de weg staan. iMMO gebruikt hierbij ook enkele psychologische testen.⁴⁴ Deze testen naar de mate van concentratie, naar symptomen van ptss en naar een breed scala van andere psychische problemen, zijn toepasbaar op mensen van andere culturen, een voorwaarde om ze bij deze doelgroep te gebruiken.

De te beantwoorden vraagstelling voor dit deel van het iMMO-onderzoek luidt: *“Is er op dit moment sprake van psychische problematiek die interfereert met het vermogen om compleet, coherent en consistent te kunnen verklaren in het kader van de asielaanvraag?”*

Het is duidelijk dat deze vraagstelling zich anders dan het Protocol medisch advies horen en beslissen expliciet richt op de gevolgen van beperkingen. Voor het antwoord op deze vraag worden hier, net als bij het Istanbul Protocol, vijf gradaties gebruikt:

1. niet: er zijn geen psychische problemen of de aard en ernst van de psychische problemen interfereren niet (...);
2. mogelijk: er zijn psychische problemen, die kunnen interfereren, maar dit niet altijd doen;

44 iMMO gebruikt de volgende psychologische testen: Bourdon Wiersman test naar de mate van concentratie, de Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) naar symptomen van psychotrauma en de Brief Symptom Inventory (BSI) naar een breed scala van psychische symptomen.

3. waarschijnlijk: de psychische problemen interfereren vermoedelijk, maar zeker is dit niet;
4. zeer waarschijnlijk: er is een grote mate van zekerheid dat de psychische problemen interfereren (...);
5. zeker: de psychische problemen zijn van dien aard en ernst dat ze zeker zullen interfereren (...).

iMMO beantwoordt dezelfde vraag zowel voor het moment van onderzoek als voor de periode waarin, soms jaren geleden, eerdere asielgehoren plaats vonden. Het komt regelmatig voor dat MediFirst of FMMU bij het medisch advies horen en beslissen beperkingen constateren, maar dat de IND dit onvoldoende meeweegt conform IND-Werkinstructie 2010/13. Ook komt het voor dat het medisch advies geen melding maakt van beperkingen terwijl de betrokken asielzoeker dan wel al met hulpvragen van psychische aard bij de huisarts komt. In geval van herhaalde asielaanvragen vragen advocaten aan iMMO om dit onderzoek naar beperkingen ook te richten op die periode. Aan de hand van medische dossiers en medische informatie uit de periode van eerdere gehoren, alsmede op basis van de verslagen van de gehoren, is het mogelijk om op deze vraagstelling een antwoord te geven. Naarmate er meer (medische) informatie beschikbaar is, ook al is die van jaren geleden, en die informatie duidt op het bestaan van psychische problematiek, kan het deskundigenoordeel over de vraag in hoeverre de psychische problematiek in de periode van de gehoren interfereerde met het vermogen om compleet, coherent en consistent te kunnen verklaren beter worden onderbouwd.

Aannames door juristen over psychische fenomenen

Bij de asielbeoordeling gaat het om het bepalen van de aannemelijkheid van het relaas en van de gegronde vrees voor vervolging. Bij deze beoor-

deling kan net als in het strafrecht een aantal argumentatiefouten en onjuiste aannames worden gemaakt.⁴⁵ Het is nuttig misconcepties onder ogen te zien en ervan te leren.

Het gaat in asielzaken bijvoorbeeld om het negeren van potentieel medisch steunbewijs, omdat volgens de IND wisselende verklaringen of hiaten in het relaas duiden op ongeloofwaardigheid. Er lijkt dan geen behoefte om alternatieve scenario's te onderzoeken, omdat "die niet bijdragen aan de objectieve waarheidsvinding". Dit kan ook gelden voor de bepaling van de relevantie van te verrichten medisch onderzoek. Aanwijzingen voor relevante medische aspecten worden dan ondergeschikt gemaakt aan de formeel juridische benadering en er is een sterke overtuiging van het eigen gelijk. Om dit tegen te gaan is een open en onderzoekende houding nodig, zowel bij IND als advocaat. Want ook deze laatste wil zich misschien liever richten op juridische spitsvondigheden dan op medisch steunbewijs.

Een ander risico op een misconceptie is het feit dat ideeën over hoe de presentatie van een liegende asielzoeker eruit ziet overlap vertonen met de manier waarop een asielzoeker met ptss zich presenteert. Ook dit kan leiden tot onjuiste beslissingen over de geloofwaardigheid van een asielrelaas.⁴⁶

In het Verenigd Koninkrijk zijn aannames onderzocht waarop asielrechters hun conclusies baseerden.⁴⁷ Het gaat om aannames over hoe iemand met een geloofwaardig relaas zich

45 T. Derksen, '7 cruciale argumentatiefouten van juridische waarheidszoekers', *Tijdschrift Skepter* 2009, 22, 1, p. 16-23.

46 J. Herlihy en S. Turner, 'Untested assumptions: psychological research and credibility assessment in legal decision-making', *European Journal of Psychotraumatology* 2015, 6, 27380 – <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v6.27380>.

47 J. Herlihy, K. Gleeson en S. Turner, 'What assumptions about human behaviour underlie asylum judgments?', *International Journal of Refugee Law*, 22 (3), p. 351-366.

gedraagt in geval van angst of een traumatische ervaring. Of misvattingen over hoe een op waarheid berustend verhaal eruit ziet, namelijk consistent over details bij herhaald bevragen en met vroege onthulling van alle feiten. Over sommige van die aannames, zoals over de werking van geheugen, bestaat veel wetenschappelijke literatuur. Helaas is deze niet altijd goed toegankelijk voor juristen. Daarom is openstaan voor input van andere disciplines belangrijk, het kan immers helpen om misvattingen te voorkomen, die ook in de Nederlandse asielprocedure te zien zijn.

Een voorbeeld uit de praktijk van iMMO

Het betreft een vrouw uit een Afrikaans land die stelt aangehouden en gemarteld te zijn door de veiligheidsdienst nadat haar vader vermoord en haar echtgenoot vermist is. Zij heeft diverse littekens en brandwonden. Bij het medisch advies horen en beslissen zijn beperkingen vastgesteld: vergeetachtig voor data.

Na onderzoek stelt iMMO vast dat er zeer sterke aanwijzingen zijn dat de littekens, fysieke en psychische klachten zijn voortgekomen uit het gestelde geweld als kern van haar asielrelaas en dat haar psychische klachten in het verleden zeker geïntereerd hebben met compleet, coherent, consistent verklaren.

De IND stelt dat de conclusies in de iMMO-rapportage andere oorzaken van de littekens en de psychische klachten niet uitsluiten. Ook heeft betrokkene op een essentieel punt wisselend verklaard: “Bij iMMO zegt ze dat ze verkracht is terwijl ze in het nader gehoor ontkennend geantwoord heeft. Dat de psychische problematiek interfereerde tijdens het gehoor betekent niet dat zij niet de kern van haar asielrelaas juist naar voren kon brengen”.

De rechter gaat mee met de IND en stelt vast dat er littekens en psychische klachten zijn, maar vindt geen steun in de iMMO-rapportage dat de verwondingen zijn ontstaan op de manier zoals

zij verklaard heeft.⁴⁸ Wat betreft de beperkingen zegt de rechter:

“Zou al worden aangenomen dat de psychische klachten van eiseres inderdaad invloed hebben gehad op het afleggen van de verklaringen, waarvoor in de verslagen van de gehoren overigens geen aanknopingspunten zijn te vinden, dan heeft eiseres niet geconcretiseerd op welke wijze zij anders zou hebben verklaard indien hiermee (op voorhand) rekening was gehouden.”

Dit illustreert het negeren van steunbewijs door te focussen op het feit dat dit geen absolute zekerheid geeft. En het laat zien dat wisselende verklaringen over seksueel geweld niet begrepen worden vanuit de vastgestelde psychische problematiek, maar worden geduid als een aanwijzing voor ongeloofwaardigheid. De IND lijkt hier overtuigd van de geldigheid van de eigen aannames en de rechtbank volgt dit. Terwijl de iMMO-rapportage vaststelt dat deze vrouw vanwege vermindering, angst en schaamte niet over haar verkrachting heeft kunnen spreken in de eerste asielaanvraag.

De toekomstige praktijk

Nu het forensisch medisch onderzoek (FMO) is opgenomen in wet- en regelgeving is het goed om naar de toekomst te kijken en de mogelijkheden te bezien die dit biedt voor asielzoekers die stellen gemarteld te zijn. iMMO gaat dit met Europese zusterorganisaties verder uitwerken. In Nederland is de IND in april 2015 een aanbestedingstraject gestart om een geschikte organisatie te vinden die voor de IND het FMO kan uitvoeren. Dit is niet gelukt. iMMO heeft afgezien van meedingen naar deze opdracht omdat het programma van eisen niet verenigbaar was met de onafhankelijke positie en de professionele autonomie die nodig zijn voor dit foren-

⁴⁸ AWB 14/19670.

sisch medisch werk. Hoe het FMO in de toekomst zal gaan lopen is nog niet bekend.

Zoals omschreven in artikel 18 Procedurerichtlijn is eerst het bepalen van de relevantie van een FMO voor de asielbeoordeling van belang. Deze relevantiebepaling doet de IND zelf. De praktijk zal moeten uitwijzen hoe de IND dit zal gaan doen. Duidelijk is dat hier geen medische partij bij betrokken wordt. Dit artikel maakt duidelijk dat de aard van de medische en psychische problematiek van asielzoekers ingewikkeld kan zijn. Dit geldt zeker ook voor het beoordelen van de relevantie van een FMO door niet-deskundigen. Dus is te verwachten dat de relevantiebepaling onderwerp van dispuut zal zijn.

Voor zowel de asieladvocaat als de IND zijn de volgende tips en adviezen van belang.⁴⁹

- Het medisch advies horen en beslissen kan al aanwijzingen geven over het bestaan van luttelens of psychische restverschijnselen na ondergaan geweld.
- Vraag actief naar ondergane marteling en naar medische restverschijnselen daarvan en benoem de gestelde oorzaken.
- Bij aanwijzingen voor psychische problematiek, maak gebruik van de signaleringslijst psychische problemen van iMMO.⁵⁰
- Ga na of de asielzoeker medische hulp heeft van het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A) of anderen, of hulp heeft gehad in land van herkomst. Vraag zo nodig medische informatie of dossier op.
- Op basis hiervan kan relevantie aannemelijk worden gemaakt.

Het lijkt er op dat de IND pas na het nader gehoor de relevantie van een FMO bepaalt. De

⁴⁹ *VluchtelingenWerk Nederland*, Update 2015, nr. 33, 26 augustus 2015, p. 9-12.

⁵⁰ <http://www.stichtingimmo.nl/wp-content/uploads/2015/01/Signaleringslijst-Psychische-Problemen.pdf>.

voorgaande stappen kunnen de advocaat helpen de relevantie onder de aandacht van de IND te brengen.

Als FMO relevant wordt geacht zal de IND dit laten doen door de medische organisatie die deze opdracht zal gaan uitvoeren. In de praktijk zal dit veelal verwijzing naar de VA betekenen, omdat een zorgvuldig onderzoek tijd vraagt.

Mocht de IND een FMO niet relevant achten, dan wordt dit in het voornemen duidelijk en dan moet dit onderbouwd worden. De advocaat kan dit met hulp van bovenstaande punten nog proberen de zienswijze te veranderen. Daarbij kan overleg met iMMO behulpzaam zijn. iMMO kan aan de hand van de stukken en de verzamelde medische informatie bepalen of een FMO aangewezen is en dit dan ook is uitgevoerd. Er blijven situaties waarbij een FMO niet effectief kan zijn.⁵¹ Als iMMO een FMO toezegt kan dit onder de aandacht van de IND of rechtbank worden gebracht om de tijd te krijgen om dit onderzoek uit te voeren. Want conform artikel 18 lid 3 Procedurerichtlijn moeten ook de zelf georganiseerde medische onderzoeken beoordeeld worden door de IND, samen met de andere elementen van het asielverzoek

In de praktijk zullen er altijd asielzoekers zijn die hun relaas niet goed hebben kunnen vertellen, zelfs als er rekening is gehouden met medische beperkingen. Daarvoor is de problematiek soms te diep geworteld en is het onvermogen te groot om hierover te spreken. Er zullen altijd opvolgende asielaanvragen zijn (in het jargon *hasa's* genoemd) van asielzoekers die in een later stadium wel beter kunnen verklaren, bijvoorbeeld door een behandeling in de zorg. Deze groep kan vooralsnog niet profiteren van het FMO dat de overheid aanbiedt, want dit geldt

⁵¹ Denk aan de volgende situaties: bij inwilliging; bij Dublin-zaak; bij harde contra-indicatie; bij andersoortig deskundigenbericht; bij geloofwaardig relaas.

alleen voor eerste aanvragen. iMMO zal hierin een rol blijven spelen.

Het is een uitdaging voor alle betrokkenen in die asielketen om voldoende sensitief te zijn en om bij de relevantiebepaling voor een FMO elkaar te voeden met signalen. Door hierop in te zetten kunnen opvolgende aanvragen voorkomen worden.

Nu het FMO ingebed is in het beleid is het wachten op een instructie over hoe er met de uitkomsten van het FMO omgegaan moet worden.⁵² Daarin kan gekeken worden naar de instructies van de *Home Office* in het Verenigde Koninkrijk, die gelden voor medische rapportages van twee NGO's die medische rapportages verzorgen, beide zusterorganisaties van iMMO. In de instructie voor de *caseworker* staat hoe te handelen in geval van een rapportage met medisch steunbewijs. Ook wordt benoemd wat een *caseworker* in ieder geval niet moet doen in reactie op een FMO, bijvoorbeeld: speculeren over alternatieve oorzaken van littekens of psychische symptomen, het geven van eigen verklaringen voor discrepanties, of speculeren over de hoeveelheid details die iemand van een traumatische gebeurtenis zou moeten onthouden. Een dergelijke instructie kan in de Nederlandse praktijk ook helpen om het forensisch medisch onderzoek op waarde te schatten.

Tot slot kunnen de richtlijnen van de International Association of Refugee Law Judges over medisch steunbewijs bruikbaar zijn.⁵³ Onder verwijzing naar het Istanbul Protocol wordt

hierin aangedrongen op een integrale beoordeling waarbij het medisch steunbewijs niet mag worden gescheiden van andere feiten en bewijs. Ook moet de rechter erop toezien dat de beslisautoriteit niet als een medische leek een eigen zienswijze over medische zaken laat prevaleren boven die van de medische deskundige. In de Nederlandse praktijk schort het hier soms aan.

Conclusie

Met de inwerkingtreding van de herziene Procedurerichtlijn heeft medisch onderzoek van gestelde martelingslachtoffers een plaats gekregen in het hart van de asielbeoordeling. De mogelijkheid van het verrichten van een forensisch medisch onderzoek in de asielprocedure betekent een steun in de rug voor asielzoekers die stellen slachtoffer van marteling te zijn en die dit lastig kunnen bewijzen. Voorwaarde is wel dat het medisch steunbewijs op waarde wordt geschat. Het Istanbul Protocol en het vele wetenschappelijk onderzoek dat is gedaan naar de gevolgen van marteling en andere traumatische ervaringen bij asielzoekers en vluchtelingen leveren kennis op die bruikbaar is voor de asielbeoordeling. Het forensisch medisch onderzoek, zoals iMMO de laatste jaren heeft verricht, levert een effectieve bijdrage aan de kwaliteit van de asielbeoordeling van slachtoffers van marteling. Asielzoekers kunnen door medische en psychische beperkingen niet altijd aan de eisen voldoen die aan hen worden gesteld ten aanzien van het aannemelijk maken van hun asielrelaas. De toekomst moet gaan uitwijzen of het nieuwe forensisch medisch steunbewijs gaat brengen wat het in potentie in zich heeft, namelijk een waardevolle aanvulling voor de asielbeoordeling. Misschien kan dan de lang overheersende (onterechte) twijfel over het belang van medisch steunbewijs in de asielprocedure definitief achter ons worden gelaten.⁵⁴

52 Home Office, Asylum Policy Instructions. Medico-legal reports from the Helen Bamber Foundation and the Medical Foundation medico legal report service, July 2015, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/444410/MLR_Foundation_Cases__External_v4_0.pdf.

53 International Association of Refugee Law Judges, *Guidelines on the Judicial approach to Expert Medical Evidence*, June 2010, https://www.iarlj.org/general/images/stories/working_parties/guidelines/medicalevidenceguidelinesfinaljun2010rw.pdf.

54 K. Zwaan, 'Medisch steunbewijs in de asielprocedure: de processie van Echternach?', *A&MR* 2013, 10, p. 527-533.