

Amsterdam, 17-3-2015

Aan de leden van de Tweede Kamer Commissie Immigratie en Asiel
Betreft: Standpunt van de Johannes Wier Stichting inzake isolatie in vreemdelingendetentie

Geachte heer, mevrouw,

De Johannes Wier Stichting voor Gezondheidszorg en Mensenrechten (JWS) heeft kennis genomen van het rapport 'Isolatie in Vreemdelingendetentie' van de Werkgroep Gezondheid en Zorg in Vreemdelingendetentie¹, en ondersteunt de conclusies en aanbevelingen daarvan ten volle. In aansluiting daarop wil ook JWS haar standpunt ten aanzien van de vreemdelingendetentie in het algemeen en isolatie in vreemdelingendetentie in het bijzonder met u delen. Vanuit de doelstelling van JWS richten wij ons in dit standpunt voornamelijk op de medisch-gerelateerde aspecten die daarbij aan de orde zijn.

Het is langzamerhand genoegzaam bekend dat vreemdelingendetentie een risico vormt voor de (geestelijke) gezondheid van betrokkenen.² Wij waren dan ook verheugd in het wetsvoorstel Wet terugkeer en vreemdelingenbewaring³ te lezen dat belangrijke internationale uitgangspunten en beginselen met betrekking tot vreemdelingendetentie – zoals de inzet van vreemdelingendetentie als *ultimum remedium* – niet alleen worden bevestigd, maar ook de intentie wordt uitgesproken om in de praktijk vaker gebruik te maken van alternatieve bestuursrechtelijke maatregelen voor detentie. Daarbij willen wij ervoor pleiten dat kwetsbare groepen – zoals minderjarigen, personen met een handicap, bejaarden en personen met een medische of psychiatrische aandoening⁴ – gezien hun verminderde weerbaarheid, uitgesloten worden van plaatsing in vreemdelingenbewaring. Dat vereist bij het besluit tot plaatsing van hem of haar in vreemdelingenbewaring een zorgvuldige afweging en kennis van een mogelijk medische en/of psychiatrische voorgeschiedenis van betrokkene.

In enkele vreemdelingendetentiecentra zijn extra zorgafdelingen (EZA) gecreëerd waar de vreemdelingen verblijven in eenpersoonscellen en individuele begeleiding krijgen. Enkele van deze cellen betreffen zogenaamde stripcellen, dat wil zeggen cellen die zodanig zijn aangepast dat het risico op zelfverwonding of zelfdoding is verkleind, en waar patiënten - zelfs - scheurkleding kunnen krijgen.⁵ Naar zeggen is het personeel dat in de EZA's werkzaam is, getraind in het omgaan met

¹ De werkgroep gezondheid en zorg in vreemdelingendetentie is een samenwerkingsverband tussen Amnesty International Nederland, Dokters van de Wereld en Stichting LOS/ Meldpunt vreemdelingendetentie

² Zie bv. Steel et.al., 'Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees', *The British Journal of Psychiatry*, 2006, 188:58-64; de *World Medical Association's 'Statement on solitary confinement' (2014)*: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/s3/index.html>

³ Wetsvoorstel Wet terugkeer en vreemdelingenbewaring, 2013

⁴ Møller L, Stöver H. (2007) *Health in prisons*. Copenhagen: World Health Organisation

⁵ Werkgroep Gezondheid en Zorg in Vreemdelingendetentie (2015) *Isolatie in Vreemdelingendetentie*. Amsterdam/Utrecht: Amnesty International, Dokters van de Wereld, Meldpunt zorg in vreemdelingendetentie (LOS), blz. 26.

gedetineerden met psychische problematiek. Voor observatie en het vaststellen van een diagnose kan kortdurend verblijf in een EZA binnen vreemdelingendetentie geïndiceerd zijn. Wij zijn echter met ondermeer het Comité tegen Foltering (CAT)⁶ van mening dat vreemdelingen met een psychiatrische stoornis moeten worden verwezen naar een klinische GGZ instelling die adequaat is toegerust en beschikt over goed getraind personeel met interculturele vaardigheden en deskundigheid.

Wij zijn geschrokken dat, ondanks eerdere uitspraken van de Directie Bijzondere Voorzieningen, om ‘dwang en drang’ in vreemdelingendetentie zoveel mogelijk te beperken⁷, ook in het afgelopen jaar het aantal personen dat als ordemaatregel geplaatst is in een isoleer- of afzonderingscel⁸, en met name het aantal onder hen die dat op medische gronden ondergingen, aanzienlijk is.⁹ De reden voor deze orde maatregel op medische gronden bleek tussen januari en juli 2014 voor het merendeel dreiging met suïcide of een suïcidepoging te betreffen.⁹ Wij onderschrijven de uitspraak van de Onderzoeksraad voor Veiligheid in 2014 over plaatsing van vreemdelingen in afzondering bij suïcidedreiging of een poging daartoe: *“Zulke maatregelen kunnen een averechtse uitwerking hebben op de lichamelijke of geestelijke gezondheid van vreemdelingen.”*¹⁰

Het verblijf in een gesloten setting, met het mogelijke perspectief van uitzetting uit Nederland, met meerdere personen met verschillende achtergronden en nationaliteiten veroorzaakt – logischerwijs – spanningen, die kunnen leiden tot onderlinge conflicten en/of ander ongewenst gedrag. Naar onze mening kunnen deze zoveel mogelijk worden voorkomen door het nemen van preventieve maatregelen, zoals een zinvolle dagbesteding, optimale bewegingsvrijheid, onderhoud van externe contacten, zowel direct als via Internet en email, een individuele benadering door het (medisch en niet-medisch) personeel en waarborgen van de privacy. Daarbij zouden het behoud van *autonomie* en *waardigheid*, voor zover dat in een gesloten setting mogelijk is, kernwaarden moeten zijn. In het rapport ‘Isolatie in Vreemdelingendetentie’ van de werkgroep gezondheid en zorg in vreemdelingendetentie worden de maatregelen die in de GGZ zijn genomen om ‘dwang en drang’ te reduceren uitvoerig beschreven. Korthedshalve verwijzen wij daarnaar.

Tussen januari en juli 2014 blijken ook zeven personen op medische gronden in afzondering te zijn geplaatst wegens een honger- of dorststaking. Wij willen benadrukken dat, naar onze stellige mening, hiervoor geen enkele medische grond is aan te voeren. Bij een honger- en zeker bij een dorststaking moet letterlijk en figuurlijk de ‘vinger aan de pols’ worden gehouden, ofwel regelmatig medisch onderzoek plaats vinden. Daarvoor hoeft betrokkene niet in afzondering te worden geplaatst. Daarnaast werden wij recent geconsulteerd over cameratoezicht bij een dorststaker in vreemdelingendetentie. Naar onze mening is dat een ernstige schending van de privacy van betrokken persoon, waar – opnieuw – geen enkele medische grond voor te vinden is. Ook bij honger en dorststakingen kunnen ordemaatregelen in de vorm van afzondering en cameraobservatie een averechts effect hebben.¹¹

⁶ UN Committee against torture (2013) Observations of the Committee against Torture on the revision of the United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, CAT/C/51/4, C. 27

⁷ Inspectie Veiligheid & Justitie, 2012b, p. 46.

⁸ Voor de locaties van afzondering worden in de praktijk verschillende begrippen gebruikt, zoals strafcel, isoleercel en observatiecel. In alle gevallen komt het neer op afzondering, ofwel het internationaal gebruikte begrip *solitary confinement*.

⁹ Werkgroep Gezondheid en Zorg in Vreemdelingendetentie (2015) Isolatie in Vreemdelingendetentie. Amsterdam/Utrecht: Amnesty International, Dokters van de Wereld, Meldpunt zorg in vreemdelingendetentie (LOS), blz. 30-31

¹⁰ Onderzoeksraad voor Veiligheid 2014, p. 49.

¹¹ CPT 2012: Report to the Government of the Netherlands on the visit to the Netherlands carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 10 to 21 October 2011, paragraaf 58.

Ten overvloede verwijzen wij naar het standpunt van de *World Medical Association* ten aanzien van eenzame opsluiting.¹² In dit standpunt worden autoriteiten opgeroepen om rekening te houden met de gezondheid in geval van eenzame opsluiting in detentie. Enkele aanbevelingen aan medische beroepsgroepen en regeringen zijn:

- Leg eenzame opsluiting alleen op als uiterst middel, ter bescherming van anderen of de gedetineerde zelf, en zo kort mogelijk.
- Beëindig de eenzame opsluiting onmiddellijk indien sprake is van gezondheidsschade.
- Voorkom langdurige eenzame opsluiting tegen de wil van een gedetineerde.
- Plaats gedetineerden met een psychische stoornis niet in eenzame opsluiting indien dit hun gezondheid schaadt. Indien het toch noodzakelijk is ter bescherming van de gedetineerde of anderen, monitor de gezondheid dan bijzonder zorgvuldig en veelvuldig en zorg zo snel mogelijk voor een alternatief.
- De rol van de arts is bescherming, pleitbezorging en verbetering van de gezondheid van gedetineerden en niet het straffen van gedetineerden. Participeer als arts dan ook nooit in de besluitvorming rond eenzame opsluiting.

Bij lezing van het wetsvoorstel Wet terugkeer en vreemdelingenbewaring merkten wij op dat de rol van de inrichtingsarts niet beperkt is tot die van behandelaar of ‘opdrachtgever’ van andere medische professionals in de inrichting,¹³ maar dat hij of zij tevens een adviserende rol heeft bij de toepassing van controle- en dwangmiddelen, zoals plaatsing in afzondering, cameratoezicht, advisering over de geschiktheid van een vreemdeling voor bewaring en zijn of haar rol bij de uitvoering van een opgelegde verplichting aan een vreemdeling om een medische behandeling te gedogen.

Deze veelheid aan taken en verantwoordelijkheden kan naar onze mening al snel leiden tot een conflict in rol en belangen. De behandelend arts kan wegens de combinatie met de medische advisering het vertrouwen van zijn patiënten verliezen, terwijl voor behandeling een vertrouwensrelatie tussen behandelaar en diens patiënt een voorwaarde is.¹⁴ Wij zijn daarom verwonderd dat de scheiding tussen de rol van behandelaar en die van de medisch adviseur, zoals in de reguliere gezondheidszorg gebruikelijk is en door de KNMG wordt voorgeschreven, niet van toepassing blijkt voor de vreemdelingendetentie.^{15 16} Wij willen er op aandringen dat ook op dit punt de organisatie en kwaliteit van de zorg binnen de vreemdelingenbewaring gelijkwaardig is aan de zorg daarbuiten en dit opgenomen wordt in de Wet terugkeer en vreemdelingenbewaring.¹⁷

¹² <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/s3/index.html> [15-3-2015]

¹³ Pag. 25 MvT.

¹⁴ KNMG (2003) Nederlandse artseneed.

<http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/62487/Nederlandse-artseneed-inclusief-Eed-van-Hippocrates-Verklaring-van-Geneve-2004.htm> [15-3-2015]

¹⁵ De KNMG heeft als standpunt dat een behandelend arts geen verklaringen afgeeft over een eigen patiënt, waarbij hij/zij een oordeel geeft over de (medische) geschiktheid van een patiënt om bepaalde dingen wel of niet te doen. Dergelijke verklaringen mogen alleen worden afgegeven door een onafhankelijke arts, die een eigen beoordeling kan maken van de situatie. Zo nodig kan deze arts, met toestemming van de patiënt, extra informatie opvragen bij de behandelend arts(en). <http://knmg.artsennet.nl/Diensten/KNMG-Artseninfolijn-10/Casus-Artseninfolijn/37768/Mag-ik-als-behandelend-arts-een-geneeskundige-verklaring-afgeven-t.b.v.-eigen-patienten.htm> [15-3-2015]

¹⁶ WGBO Burgerlijk Wetboek 7, art. 446

¹⁷ Dienst Justitiële Inrichtingen. Medische Zorg: <https://www.dji.nl/Onderwerpen/Vreemdelingen-in-bewaring/Zorg-en-begeleiding/#paragraaf3> [15-3-2015]; UN Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, principle 1; IGZ (2009) *Medische diensten in detentiecentra: verantwoorde zorg, maar nog niet geborgd*, Den Haag; IGZ, blz. 9

Wij hopen dat u ons standpunt betreft bij het bespreken en beoordelen van de nieuwe Wet terugkeer en vreemdelingenbewaring.

Hoogachtend,



Mevr. dr. L.H.M. van Willigen, arts n.p.
Voorzitter JWS