

GEKETENDE ZORG

GEZONDHEIDSZORGEN IN VREEMDELINGENDETENTIE

Werkgroep Medische Zorg in Vreemdelingendetentie, mei 2014

Dit rapport is een uitgave van de Werkgroep Medische Zorg in Vreemdelingendetentie.
De Werkgroep is een samenwerkingsverband tussen Amnesty International, Stichting LOS/ Meldpunt
Vreemdelingendetentie en Dokters van de Wereld.

Auteurs (in alfabetische volgorde):

Annemarie Busser
Ariette Reijersen van Buuren
Gerd Beckers
Gerianne Smits-Baauw
Myrthe van Midde
Redactie: Ivan Wolffers
© Mei 2014

Amnesty International
Afdeling Nederland
Keizersgracht 177
Postbus 1968
1000 BZ Amsterdam
T 020 626 44 36
E amnesty@amnesty.nl
I www.amnesty.nl

Stichting LOS | Meldpunt Vreemdelingendetentie
Kanaalstraat 243
3531 CJ Utrecht
T 030 2290222
E info@stichtinglos.nl
I www.stichtinglos.nl

Dokters van de Wereld / Médecins du Monde Netherlands
Nieuwe Herengracht 20
1018 DP Amsterdam
T 020 4652866
E info@doktersvandewereld.org
I www.doktersvandewereld.org

© Foto's voorpagina:

Justitieel Complex Schiphol 2013: © Amnesty International/ Jorn van Eck
Zorgverlener en patiënt 2014: © Dokters van de Wereld België/ F. Pauw

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord 5

Samenvatting 7

1. Inleiding 9

2. Methode 11

3. Bevindingen 14

3.1 Probleemgebied I: Zorg voor kwetsbare patiënten in vreemdelingendetentie 14

Langdurige detentie 15

Toegang tot passende zorg 15

3.2 Probleemgebied II: Continuïteit van zorg 17

Afbreken behandeling vanwege detentie 17

Medische overdracht bij binnenkomst 17

Medische overdracht tussen ziekenhuis en detentiecentrum 17

Medische overdracht bij vrijlating 17

Medische overdracht bij uitzetting 18

3.3 Probleemgebied III: Isolatie en andere beheersmaatregelen 18

Het gebruik van isolatie 18

Gevolgen van isolatie 20

3.4 Probleemgebied IV: Conflicterende belangen 20

Medisch advies met betrekking tot isolatie 20

De waarde van medisch advies 20

Onvoldoende (mogelijkheden voor) belangenbehartiging door zorgverleners 21

4. Beschouwing en conclusie 22

4.1 Kwetsbare patiënten in detentie 22

4.2 Continuïteit van zorg niet gewaarborgd 23

4.3 Veelvuldig gebruik van isolatie 24

4.4 Passende zorg in vreemdelingendetentie, een moeilijke opgave 25

5. Aanbevelingen 27

Bijlagen

Bijlage 1: Format dossieranalyse 28

Bijlage 2: Lijst van artsen die de dossieranalyse hebben uitgevoerd 30

Noten 31

Literatuur 33

VOORWOORD

Dit onderzoeksrapport is uitgevoerd door de Werkgroep Medische Zorg in Vreemdelingendetentie (WMZV, hierna: Werkgroep).

De Werkgroep is een samenwerkingsverband tussen Amnesty International, Stichting LOS/Meldpunt Vreemdelingendetentie en Dokters van de Wereld. De aanleiding voor deze samenwerking was een toenemend aantal klachten over de medische zorg in vreemdelingendetentie bij het Meldpunt Vreemdelingendetentie sinds 2012.

Het onderzoek heeft tot stand kunnen komen dankzij de expertise en grote inzet van de artsen die zich vrijwillig hebben ingespannen om de medische dossiers te onderzoeken en analyseren.

Wij bedanken alle mensen die een bijdrage hebben geleverd aan dit onderzoek in de vorm van advies, het meelezen dan wel redactioneel werk. In het bijzonder willen wij Loes van Willigen (voorzitter Johannes Wier Stichting) bedanken voor de nuttige adviezen op het terrein van mensenrechten en gezondheidszorg.

SAMENVATTING

Zorgverlening in vreemdelingendetentie is een moeilijke en complexe taak. Zorgverleners krijgen te maken met patiënten die in een kwetsbare positie verkeren. Daarnaast is detentie op zichzelf een grote stressfactor. Uit onderzoek blijkt dat vreemdelingendetentie met name voor kwetsbare mensen tot gezondheidsschade kan leiden. Nationale en internationale (toezichhoudende) instanties hebben zich kritisch uitgelaten over de medische zorg in vreemdelingendetentie.

In 2012 en 2013 ontving het Meldpunt Vreemdelingendetentie (hierna: Meldpunt) in totaal 130 klachten ten aanzien van de medische zorg in vreemdelingendetentie van patiënten, hun advocaten of derden. In een aantal gevallen was sprake van ernstige gezondheidsproblematiek. Om die reden hebben Amnesty International, Dokters van de Wereld en het Meldpunt besloten om nader onderzoek te doen naar de klachten over medische zorg. Met dit onderzoek hoopten de organisaties meer inzicht te krijgen in de ernst en de aard van de klachten.

Methode

In dit onderzoek is gekozen voor een retrospectieve studie door middel van een kwalitatieve analyse van medische dossiers. De dossiers werden geselecteerd uit de meldingen die het Meldpunt binnenkreeg. Patiënten hebben toestemming verleend voor deelname aan het onderzoek. Geïnccludeerd werden vijftien dossiers van kwetsbare patiënten waarbij sprake was van ernstige of complexe problematiek. Artsen hebben met behulp van een format een systematische dossieranalyse verricht. De gesignaleerde problemen zijn gecategoriseerd in probleemgebieden.

Bevindingen

Op basis van de analyse van de geselecteerde medische dossiers zijn vier probleemgebieden te onderscheiden:

1. Bijzondere kwetsbaarheid. In meerdere dossiers was sprake van een dusdanige problematiek dat de vreemdelingendetentie (vermijdbare) gezondheidsrisico's met zich meebracht. Er was sprake van barrières in de toegang tot passende zorg, vermijdbare vertraging van zorg en een duidelijk behandelplan ontbrak.
2. Continuïteit van zorg. Bij binnenkomst, overplaatsing, uitzetting of vrijlating uit detentie was sprake van problemen met de continuïteit van zorg, met gezondheidsrisico's tot gevolg.
3. Isolatie. In meerdere dossiers was sprake van herhaaldelijke isolatie. Een duidelijke risico-inschatting vooraf, passende indicatie en evaluatie van de isolatie, gericht op het welzijn van de patiënt en niet alleen op suïciderisico, ontbrak in een aantal rapportages.
4. Conflicterende belangen. In sommige gevallen moest een belangenafweging worden gemaakt tussen het detentiebeleid en de gezondheid van de patiënt. Dit leidde tot situaties die schadelijk waren voor patiënten. Uit enkele dossiers bleek dat medische adviezen om van isolatie af te zien of deze op te heffen, door de directie opzij werden geschoven. Daarnaast bleek uit sommige dossiers dat zorgverleners niet voldoende (konden) opkomen voor de gezondheidsbelangen van hun patiënten.

Beschouwing en conclusie

Het relatief kleine aantal onderzochte dossiers en de beperkingen waaronder dit onderzoek plaats heeft gevonden, hebben tot gevolg dat er slechts voorzichtige conclusies kunnen worden getrokken. De bevindingen in dit onderzoek zijn echter niet nieuw en sluiten nauw aan bij uitkomsten van andere onderzoeken en rapportages van verscheidene toezichhoudende instanties en ngo's.

Het bevorderen van gezondheid en het realiseren van goede gezondheidszorg in vreemdelingendetentie is een moeilijke opdracht. Vreemdelingen in detentie vormen een kwetsbare groep, gezien hun migratie-

achtergrond, de onzekere situatie waarin zij verkeren en de vrijheidsberoving. Als er ook nog sprake is van complexe gezondheidsproblematiek lijkt het binnen de setting van vreemdelingendetentie niet mogelijk om tot passende gezondheidszorg te komen en de gezondheidsbelangen van de patiënt te waarborgen.

Bij de continuïteit van zorg moeten zorgverleners ten behoeve van het uitzetbeleid concessies doen aan het verlenen van goede nazorg voor de patiënt. Zorgverleners kunnen hun professionele standaarden rond de continuïteit van zorg daarom niet goed naleven. Patiënten worden hierdoor blootgesteld aan vermijdbare risico's op gezondheidsschade.

Het (veelvuldige) gebruik van isolatie in vreemdelingendetentie is zorgelijk. Juist mensen die al lijden aan psychiatrische stoornissen, lopen het risico sneller in isolatie te komen aangezien isolatie wordt gebruikt als management tool in het belang van de orde in het detentiecentrum. Hierdoor gaat hun geestelijke gezondheid nog verder achteruit. Een risico-inventarisatie en een structurele evaluatie van de inzet van isolatie ontbreken. Isolatie in vreemdelingendetentie waarbij medische (psychiatrische) problemen een rol spelen, wordt niet op eenzelfde wijze gemonitord als in de reguliere geestelijke gezondheidszorg. In de ggz gaat veel aandacht uit naar het uitbannen van isolatie. Het valt te betwijfelen of de huidige vorm van monitoring afdoende is om het gebruik van isolatie zorgvuldig te evalueren, alsook om het gebruik ervan drastisch te beperken.

Op basis van dit onderzoek kan de vraag worden gesteld of de setting van vreemdelingendetentie - waarbij de behandelaars niet de eindverantwoordelijkheid hebben voor de uitvoering van het medische beleid - voldoende waarborgen biedt voor passende zorg aan kwetsbare mensen. Zorgverleners bevinden zich in een moeilijke positie wanneer de belangen van het vreemdelingenbeleid botsen met de gezondheidsbelangen van hun patiënt. Uit literatuur is bekend dat deze situatie loyaliteitsconflicten veroorzaakt. Voor het verlenen van passende zorg is het noodzakelijk dat artsen en andere zorgverleners autonoom klinische beslissingen kunnen nemen.

1 INLEIDING

De afgelopen jaren kenden veel belangstelling voor problemen met de medische zorg in vreemdelingendetentie. Calamiteiten, als de zelfmoord van de gedetineerde Russische activist Dolmatov en de uitzetting van een Georgisch meisje met leukemie naar Polen, waren onderwerp van het publieke debat, in de media en in de Tweede Kamer. Deze gebeurtenissen illustreren dat zorgverlening in vreemdelingendetentie een moeilijke en complexe taak is. Zorgverleners krijgen te maken met patiënten die in een kwetsbare positie verkeren. Veel patiënten verblijven voorafgaand aan detentie onder slechte omstandigheden in de illegaliteit. Ze gaan een onzekere toekomst tegemoet. Bij (uitgeprocedeerde) asielzoekers is soms sprake van traumatische ervaringen opgedaan in het land van herkomst, soms gevolgd door een lange en gevaarlijke reis naar Europa. Deze kwetsbaarheid brengt risico's met zich mee voor de gezondheid. Door de vrijheidsbeperking in detentie kunnen gezondheidsklachten verder toenemen. Er wordt hierdoor een groot beroep gedaan op de medische zorg.¹

Tijdens het migratieproces zijn individuele-, omgevings- en structurele factoren van invloed op de gezondheidsstatus van de vreemdeling.² Migratie als zodanig vormt een risico voor het fysieke, psychische en sociale welzijn van migranten doordat zij vaak te maken hebben met sociale ongelijkheid en door hetgeen zij meemaken gedurende het migratieproces.³ Veelal is er sprake van een cumulatie van verschillende gezondheidsrisico's.⁴ Daarnaast vertonen veel migranten met een vluchtverleden somatoforme, depressieve en angststoornissen en er is een nauw verband tussen de duur van de asielprocedure en de prevalentie van de stoornis.⁵ Onder andere het wonen in accommodaties zoals asielzoekerscentra en beperkte economische mogelijkheden zijn factoren die een negatieve impact hebben op de geestelijke gezondheid.⁶ Daarbij lopen ouderen en vrouwen een verhoogd risico. De prevalentie van ernstige psychische nood is hoog.⁷

Ongedocumenteerden kennen hun eigen specifieke gezondheidsproblemen. Een van de gemeenschappelijke conclusies van onderzoek hiernaar in Nederland luidt, dat de gezondheidsklachten die zij presenteren bij de huisarts gemiddeld ernstiger zijn dan die van de reguliere populatie.⁸ Klachten bestaan voornamelijk uit infectieziekten en psychische problematiek. De problematiek, van acute of psychosomatische aard is vaak ernstiger dan bij andere patiënten.⁹ Van deze groepervaart^a 25% de eigen gezondheid als slecht, tegenover 4,9% van de totale Nederlandse bevolking.¹⁰

Detentie is eveneens een grote stressor. Het ondermijnt de autonomie van de mens en kan het zelfvertrouwen beschadigen. Inherent aan gevangenschap is machteloosheid en verlies van het vermogen om persoonlijke beslissingen te nemen, verlies van controle over het eigen dagelijkse leven en de mogelijkheid om acties te ondernemen om gestelde doelen te behalen. Het verlies van deze verschillende elementen blijkt een van de voornaamste voorspellers te zijn van depressie en tevens een van de belangrijkste kenmerken van een depressie.¹¹ Diverse wetenschappelijke publicaties en onderzoeksrapporten wijzen op de risico's van gezondheidsschade ten gevolge van vreemdelingendetentie.¹² Met name de onduidelijkheid over de duur van de detentie, het gevoel ten onrechte als een crimineel behandeld te worden en de onzekerheid over de toekomst, leiden tot een hoge prevalentie van angststoornissen, depressie, PTSS, automutilatie en suïcidale gedachten en in mindere mate ook psychoses. Ook mensen die in goede gezondheid het detentiecentrum binnenkomen kunnen te maken krijgen met slapeloosheid, verminderde eetlust, stress en depressie.¹³ De Nationale ombudsman constateerde in 2013 dat gedurende de detentie de gezondheidsklachten toenemen, met als gevolg dat

a 'Ervaren gezondheid' is een internationaal gebruikte indicator en een sterke, onafhankelijke en betrouwbare voorspeller van morbiditeit, gebruik van gezondheidszorg, mortaliteit en gezondheidsbehoeften (Médicins du Monde 2013, p. 20).

er een groot beroep wordt gedaan op de medische zorg.¹⁴ De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) schrijft in 2009: “Het verblijf van mensen die geen strafrechtelijke veroordeling hebben en die geen uitzicht hebben op een stabiel sociaal klimaat, leidt tot een hoge vraag naar medische en psychologische zorg als uiting van een gemoedstoestand die in het Nederlands als ziek wordt omschreven”.¹⁵

Er is in de afgelopen tien jaar veel gesproken en geschreven over medische problemen in vreemdelingen-detentie, zowel in onderzoeks- en inspectierapporten als in de media en politiek. De IGZ concludeerde in 2004 en 2006 dat de kwaliteit van de zorg in detentiecentra onvoldoende is.¹⁶ In 2009 concludeerde de IGZ dat “het bieden van verantwoorde en veilige zorg mogelijk is”, hoewel zij nog een aanzienlijk aantal probleemgebieden beschreef.¹⁷ Verschillende instanties, waaronder het Europese Committee for the Prevention of Torture^b, de Nationale ombudsman en Amnesty International hebben zich kritisch uitgelaten over de medische zorg in vreemdelingendetentie. In haar laatste onderzoeksrapport in 2013 oordeelde de Nationale ombudsman dat “de toegang tot medische zorg in vreemdelingendetentie nog te veel drempels kent. De nadruk op veiligheid staat zelfregie in de weg en daarmee de goede toegang tot medische zorg. [Er] is onvoldoende oog voor het algemeen welbevinden van de vreemdelingen in detentie en mogelijkheden om gezondheidsklachten in detentie te verminderen of te voorkomen”.¹⁸

Door de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) is de afgelopen jaren veel geïnvesteerd in de kwaliteit van de medische zorg.¹⁹ Onlangs constateerde de IGZ dat er inmiddels sprake is van verantwoorde zorg binnen de centra voor vreemdelingendetentie, op een drietal knelpunten na.²⁰

Toch is het de vraag of daarmee de problemen zijn opgelost. Bij de inspectiebezoeken van de Inspectie voor de Sanctietoepassing (nu: Inspectie voor Veiligheid en Justitie) in 2012, uitten ingesloten vreemdelingen in alle bezochte detentiecentra hun onvrede over de medische zorg. De medische dienst zou gezondheidsproblemen onderschatten en medisch noodzakelijke ziekenhuisbehandelingen zouden niet plaatsvinden of zijn stopgezet.²¹ Ook uit het aantal klachten over de medische zorg van patiënten, advocaten en steunorganisaties bij het Meldpunt Vreemdelingendetentie^c blijkt dat er vanuit het perspectief van de patiënt nog altijd sprake is van problemen ten aanzien van de medische zorg in vreemdelingendetentie. Het doel van dit onderzoek is om meer inzicht te krijgen in de ernst, de aard en de achtergrond van deze klachten.

b Voluit: Committee for the Prevention of Torture and Inhuman and Degrading Treatment or Punishment (CPT).

c Het Meldpunt Vreemdelingendetentie is onderdeel van Stichting LOS (Landelijk Ongedocumenteerden Steunpunt).

2 METHODE

Voor dit onderzoek is gekozen voor een retrospectieve studie door middel van kwalitatieve analyse van medische dossiers.^d

2.1 SELECTIE MEDISCHE DOSSIERS

In 2012 en 2013 kwamen bij het Meldpunt Vreemdelingendetentie in totaal 130 meldingen binnen over de medische zorg in vreemdelingendetentie. Eenmalige klachten, bijvoorbeeld over medicatie die niet (tijdig) werd verstrekt, werden door het Meldpunt Vreemdelingendetentie afgehandeld zonder dat deze klacht aanleiding was om het medisch dossier op te vragen. Indien sprake was van ernstige klachten van de patiënt, complexe gezondheidsproblematiek of directe twijfel over de toegankelijkheid tot passende zorg, werden medische gegevens van patiënten^e opgevraagd.

Dossiers waarbij sprake was van kwetsbaarheid volgens de definities van de Terugkeerrichtlijn^f en van de Raad van Europa^g, werden in eerste instantie geselecteerd voor inclusie in voorliggend onderzoek. Na ontvangst van schriftelijke toestemming van de patiënt, werd de advocaat gevraagd om alle medische gegevens uit de betreffende detentieperiode op te vragen. Met 'medische gegevens' wordt alle relevante medische informatie bedoeld die door de patiënt beschikbaar werd gesteld. Ook relevante gegevens van voor en (in geval van vrijlating) vlak na de periode in vreemdelingendetentie werden opgevraagd, eventueel via contact met patiënt of zorgverleners. Met een 'medisch dossier' wordt alle beschikbare gegevens van één patiënt bedoeld.

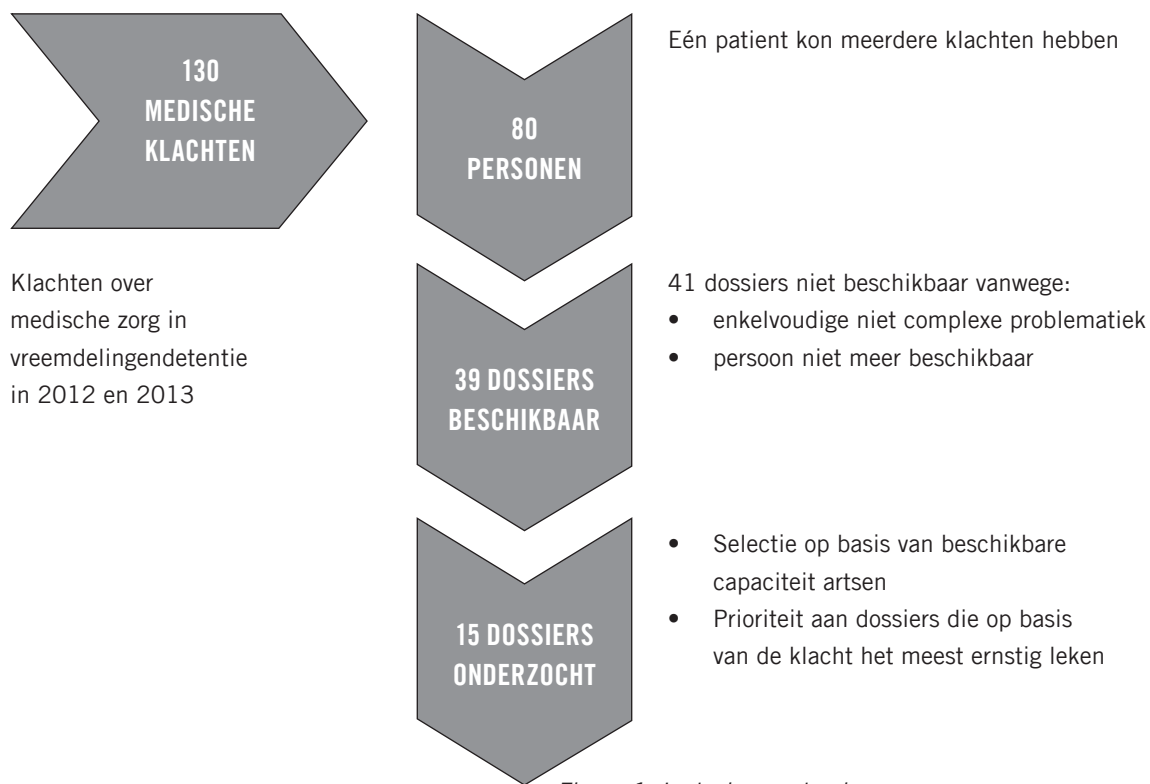
De inclusie van medische dossiers ten behoeve van het onderzoek werd beperkt door logistieke oorzaken zoals de capaciteit van de Werkgroep en beschikbaarheid van artsen ten behoeve van dossieranalyses. In sommige gevallen was onderzoek niet mogelijk, omdat er geen contact kon worden gelegd met de patiënt om toestemming te vragen voor het opvragen van de medische gegevens. Afhankelijk van de capaciteit van de Werkgroep en de beschikbaarheid van artsen werden van vijftien patiënten die in 2012 en/of 2013 in vreemdelingendetentie verbleven de dossiers geselecteerd voor inclusie in het onderzoek.

d Retrospectieve dossieranalyse is een veelgebruikte onderzoeksmethode bij studies naar veiligheid in de medische zorgverlening in ziekenhuizen. Zie voor de voor- en nadelen van deze onderzoeksmethode bijvoorbeeld: Lilford, R.J., Mohammed, M.A., Braunholtz, D. & Hofer, T.P. (2003); WHO (2003) en Zegers, H.W.M. (2009).

e Omdat dit onderzoek gaat over mensen die onder behandeling zijn, of zorg vragen van medische professionals in detentie zal de Werkgroep het hebben over patiënten.

f Artikel 3.9 van de Europese Terugkeerrichtlijn (2008) definieert kwetsbare personen als: minderjarigen, niet-begeleide minderjarigen, personen met een handicap, bejaarden, zwangere vrouwen, alleenstaande ouders met minderjarige kinderen en personen die gefolterd of verkracht zijn of andere ernstige vormen van psychisch, fysiek of seksueel geweld hebben ondergaan.

g Artikel 9.6 van Resolution 1637 van de Raad van Europa (2008) definieert kwetsbare mensen als: alleenstaande minderjarigen, zwangere vrouwen, gezinnen met minderjarige kinderen, mensen met medische of andere bijzondere behoeften, bejaarden, slachtoffers van marteling, seksueel geweld en mensenhandel.



Figuur 1: Inclusie van dossiers

2.2 DATA ANALYSE

De geselecteerde medische dossiers zijn systematisch geanalyseerd middels een format (zie bijlage 1). De dossiers zijn door één of twee artsen geanalyseerd. De bevindingen zijn in overleg samengevoegd of gewijzigd. In totaal hebben acht artsen met diverse specialismen de beoordelingen gedaan (zie bijlage 2). Gezien beperkte financiële middelen heeft de Werkgroep artsen uit haar eigen netwerk gevraagd en bereid gevonden mee te werken aan dit onderzoek.

In het format worden zowel het zorgproces als de gezondheidssituatie van de patiënten weergegeven. Naast de feitelijke gegevens uit de medische dossiers wordt in de formats een samenvatting van de bevindingen gegeven en worden de problemen omtrent de zorgverlening in detentie beschreven. De gesignaleerde problemen zijn samengevoegd en gecategoriseerd tot vier ‘probleemgebieden’. Deze probleemgebieden zijn de zorg voor kwetsbare patiënten in vreemdelingendetentie, de continuïteit van zorg, isolatie en andere beheersmaatregelen, en conflicterende belangen.

Tabel 1 en 2 geven achtergrondinformatie over de patiënten en de detenties.

TABEL 1: ACHTERGRONDKENMERKEN VAN PATIËNTEN	
GESLACHT	
Vrouw	4
Man	11
LEEFTIJD (BIJ EINDE DETENTIE)	
18 - 29 jaar	9
30 - 49 jaar	5
Ouder dan 50 jaar	1

TABEL 1: ACHTERGRONDKENMERKEN VAN PATIËNTEN	
LANDEN VAN HERKOMST VOLGENS MEDISCH DOSSIER	
Algerije	2
Burkina Faso	1
Burundi	1
Egypte	1
Guinee	1
Ivoorkust	2
Nigeria	1
Servië	1
Sierra Leone	3
Suriname	1
Zimbabwe	1
VERBLIJSACHTERGROND	
Afgewezen asielzoeker	11
Dublin-claimant	1
Onbekend	3

TABEL 2: DETENTIECENTRA, JAARTAL EN REDEN VAN DE BEËINDIGING VAN DETENTIE	
DETENTIECENTRA*	
Zeist	11
DC Rotterdam	7
Schiphol	6
PPC Vught	1
JAARTAL EINDE DETENTIE	
2012	3
2013	12
REDEN BEËINDIGING LAATSTE DETENTIE	
Uitzetting	1
Overdracht Dublin	1
Vrijlating	13

* Het totale aantal detenties is meer dan vijftien omdat patiënten meerdere malen werden gedetineerd of werden overgeplaatst.

3 BEVINDINGEN

Uit de analyse zijn vier probleemgebieden te onderscheiden:

- I. Zorg voor kwetsbare patiënten in vreemdelingendetentie
- II. Continuïteit van zorg
- III. Isolatie en andere beheersmaatregelen
- IV. Conflicterende belangen

In het probleemgebied 'continuïteit van zorg' is, naast de informatie uit medische dossiers, gebruik gemaakt van aanvullende informatie verkregen van de patiënt zelf of van derden (zoals een behandelaar buiten vreemdelingendetentie of de medische dienst van een asielzoekerscentrum).

Ter verduidelijking zijn bij verschillende probleemgebieden voorbeelden genoemd uit de formats. Het betreft casuïstiek of citaten van de artsen die de dossiers hebben geanalyseerd. De cijfers achter het citaat verwijzen naar de betreffende arts(en) die worden genoemd in bijlage 2.

3.1 PROBLEEMGEBIED I: ZORG VOOR KWETSBARE PATIËNTEN IN VREEMDELINGENDETENTIE

Alle patiënten uit dit onderzoek kunnen - volgens de definities van kwetsbaarheid zoals omschreven door de Terugkeerrichtlijn^h en de Raad van Europaⁱ - worden aangemerkt als kwetsbaar. Het zijn daarom patiënten voor wie bijzondere aandacht is vereist.²² Van elf patiënten is het asielverzoek in Nederland afgewezen, één patiënt heeft asiel aangevraagd in een ander land en van drie patiënten was de verblijfsachtergrond onbekend. Uit de medische gegevens blijkt dat acht patiënten in het land van herkomst slachtoffer waren van fysiek geweld. Drie anderen waren getuige van ernstig geweld zoals moord of vermindering van dierbaren of bekenden. Van één persoon zijn psychiatrische symptomen van herbeleving en nachtmerries gerapporteerd terwijl de oorzaak daarvan niet bekend was.

Naast de gevolgen van het ondergaan geweld, kampten enkele patiënten ook met andere gezondheidsproblemen voordat zij in detentie kwamen. Zo was er een bejaarde vrouw met diverse ernstige ouderdomsklachten, waaronder een dementieel beeld. Eén man was zeer slechtziend. Sommigen kwamen, voor zover valt na te gaan uit de gegevens, in een goede gezondheid het detentiecentrum binnen, maar ontwikkelden in detentie serieuze psychische of lichamelijke problemen. In tabel 3 is weergegeven welke factoren wijzen op kwetsbaarheid en bij hoeveel patiënten dit voorkwam.

TABEL 3: FACTOREN DIE WIJZEN OP KWETSBAARHEID	
Psychiatrische behandeling voorafgaand aan detentie	5
In detentie gestart met psychofarmaca	6
Ondergaan geweld (marteling, mishandeling, verkrachting)	8
Ernstige somatische problematiek voorafgaand aan detentie	5
Ernstige somatische problematiek ontstaan in detentie	2
Hoge leeftijd	1
Zwangerschap	1
Alleenstaande ouder van een minderjarig kind	1

^h Zie voetnoot f.

ⁱ Zie voetnoot g.

Langdurige detentie

Veel van deze patiënten verbleven langdurig in detentie. Drie van hen zaten drie maanden vast, alle anderen langer (zie tabel 4). Naarmate de detentie voortduurde, werd in zeker acht gevallen door advocaten of betrokkenen vanuit NGO's gemeld dat hun cliënten afgleden naar een steeds zorgwekkendere psychische toestand. Soms werd dit ook door psychologen in detentiecentra vermeld in het medisch dossier. Deze toestand uitte zich bijvoorbeeld in apathie, regressief^j gedrag of agressief gedrag.

TABEL 4: AANTAL DETENTIES EN DUUR VAN DETENTIE (IN 2012 -2013)

AANTAL MALEN IN DETENTIE ^k	
Eén keer	10
Twee keer	4
Drie keer	1
TOTALE DETENTIEDUUR IN MAANDEN	
0 - 3	3
4 - 6	5
7 - 12	5
12	1
15	1

Toegang tot passende zorg

Naast vele inspanningen van de zorgverleners zijn in de dossiers barrières in de toegang tot zorg te herkennen. Tijdens hun detentieperiode deden de kwetsbare patiënten een groot beroep op de medische dienst. Sommigen meldden zich bijna dagelijks op het verpleegkundig spreekuur. De dossiers getuigen veelal van een respectvolle en professionele benadering door de zorgverleners. In geval van enkelvoudige gezondheidsklachten kregen patiënten meestal een adequate reactie of behandeling. Maar bij complexere gezondheidssituaties kwamen de volgende problemen naar voren.

- Een zorgbehandelplan (als reflectie van een cyclisch en proactief behandelbeleid met structurele aandacht voor preventie, lange termijnzorg en het voorkomen van crisissituaties) ontbrak in alle dossiers. Onderstaand voorbeeld illustreert de gevolgen hiervan voor de toegang tot passende zorg.

“[Patiënt] heeft een verslavingsachtergrond. In het dossier is, behoudens in de voorgeschiedenis, geen enkele aantekening hierover terug te vinden. Verslaving lijkt geen enkele rol meer te spelen bij de beoordeling van zijn klachten en zijn gedrag of in de keuze van pijnmedicatie of het stoppen daarvan.” (7)

In onderstaande casus is beschreven dat bij een psychiatrische patiënt een proactief behandelbeleid ontbreekt in het detentiecentrum. Hij verblijft langdurig in een isoleercel. Na overplaatsing naar een Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC) wordt een behandelplan opgesteld.

Patiënt glijdt tijdens een vorige detentie af in een toestand van regressie en apathie. Bij zijn tweede detentie vertoont hij bij binnenkomst regressief gedrag en wordt direct in de isoleercel geplaatst. Zijn toestand verslechtert nog verder. Als zijn advocaat hem bezoekt, geeft hij geen blijk van herkenning, maakt geen contact en reageert niet op vragen. Hij verblijft drie weken onafgebroken in een isoleercel. In die tijd wordt in zijn medisch dossier geen behandelplan omschreven.

j Regressie is een afweermecanisme waarbij een patiënt terugkeert naar het functioneringsniveau van een vroeger ontwikkelingsstadium (Deen, 1993).

k Van in ieder geval twee patiënten is bekend dat zij voor 2012 ook in vreemdelingendetentie hebben verbleven.

Na overplaatsing naar een PPC wordt de patiënt direct uit de isoleercel gehaald en wordt een behandelplan opgesteld, gericht op het voorkomen van regressief en psychotisch gedrag. Tijdens zijn vier weken durende verblijf in het PPC keert hij niet meer terug naar de isoleercel. Zijn gezondheidstoestand verbetert aanzienlijk. De advocaat kan weer een gesprek voeren met zijn cliënt.

- In vier dossiers van patiënten die bekend waren met psychiatrische problemen, ontbraken psychiatrische beoordelingen gedurende een bepaalde periode, of in zijn geheel. Van een patiënt die bekend was met suïcidale gedachten werd vijf weken lang niets gerapporteerd over navraag naar suïcidaliteit. Onderstaand citaat illustreert dat een patiënt geen psychiatrische zorg kreeg tijdens de eerste vier maanden van zijn detentie, hoewel bij binnenkomst reeds een psychiatrische voorgeschiedenis stond beschreven en de patiënt diverse malen om psychische hulp vroeg. Nadat de patiënt werd overgeplaatst naar een ander detentiecentrum werd de benodigde zorg direct opgestart.

“Er is sprake van doctor-delay in detentiecentrum A ten aanzien van de psychiatrische problematiek. Patiënt kreeg daar geen geestelijke gezondheidszorg, terwijl dit na overplaatsing naar detentiecentrum B meteen werd opgepikt. Daar bleek bovendien dat de problematiek zeer ernstig was. Dat de ggz problematiek niet goed werd beoordeeld is een ernstig knelpunt.” (1)

- In vijf gevallen werd specialistische of intensievere zorg niet ingezet, noch overwogen, terwijl de artsen die de dossiers analyseerden, constateerden dat er sprake was van ernstige gezondheidsproblematiek. Uit de dossiers wordt niet duidelijk of en hoe de zorgverleners hebben geprobeerd om de medisch noodzakelijke zorg te kunnen bieden. Uit de dossiers wordt niet duidelijk of en hoe de zorgverleners hebben geprobeerd om de medisch noodzakelijke zorg te kunnen bieden.

“Het toestandsbeeld vraagt intensievere deskundige behandeling [...]. De behandeling van de PTSS is niet in overeenstemming met de medische richtlijnen hiervoor. De eerste keus medicatie (Selective Serotonine Reuptake Inhibitors, SSRI's) en behandeling (Eye Movement Desensitization Reprocessing, EMDR) zijn zelfs niet overwogen.” (4, 5)

De betreffende patiënt was bekend met een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS). Gesprekken met psychologen waren gericht coping, stress hantering en ontspanningsoefeningen.


- In acht dossiers werden vertragingen in het zorgprocesesignaleerd. In een aantal gevallen viel een medische afspraak samen met een afspraak gericht op de terugkeerprocedure. De niet-medische afspraak ging in die gevallen voor. Soms bleek het vervoer naar een ziekenhuis niet goed geregeld. Eén patiënt met een ernstige aandoening weigerde om geboeid naar het ziekenhuis te worden begeleid door bewakingspersoneel. De weigering om als crimineel naar het ziekenhuis te worden vervoerd, resulteerde in een uitgesteld en gemist behandelmoment. In andere gevallen werd niet duidelijk wat de reden voor vertraging was.

“Patiënt komt vier maal naar het verpleegkundig spreekuur met oogklachten waarna iedere keer naar de huisarts wordt doorverwezen. Pas de vierde keer vindt daadwerkelijk een consult plaats bij de huisarts. Deze constateert een oogafwijking, maar wil eerst [een andere medische test] afwachten voor een doorverwijzing volgt naar een specialist. Ruim een maand nadat patiënt zijn oogklachten voor de eerste keer aangeeft wordt de verwijzing geschreven. Na nog zes weken wordt er een afspraak gepland met de specialist. Zou hier niet sneller gehandeld kunnen zijn?” (4, 5)

3.2 PROBLEEMGEBIED II: CONTINUÏTEIT VAN ZORG

Afbreken behandeling vanwege detentie

Bij vijf patiënten werd een behandeling afgebroken vanwege de detentie. In vier gevallen betrof het psychiatrische zorg. Het afbreken van de behandeling bleek negatieve gevolgen te hebben voor de gezondheid:


 *Hulpverleners bij [een ngo] en advocaat maken zich tijdens detentie zorgen omdat de psychische toestand van patiënt verslechtert. Zelf geeft patiënt aan dat hij slecht slaapt, hij zich agressief voelt en hulp nodig heeft. Ook hoort hij dag en nacht stemmen in zijn hoofd, iets wat verbeterd was door de behandeling [in een gespecialiseerd centrum voor psychotrauma], maar nu weer begint.’ (3, 6)*

Medische overdracht bij binnenkomst

De vijftien dossiers in dit onderzoek telden gezamenlijk 25 nieuwe binnenkomsten in een detentiecentrum, waaronder geheel nieuwe detenties en overplaatsingen vanuit een ander detentiecentrum. Bij de meerderheid van de nieuwe binnenkomsten was sprake van onvolledige overdracht. Ook indien er wel medische gegevens bestonden vanuit een vorige detentie, waren deze niet altijd direct beschikbaar, werd hier niets over gerapporteerd, of werd hier pas na één tot drie dagen melding van gemaakt. Voorts werd niet alle relevante informatie uit eerdere medische gegevens overgenomen. In een aantal gevallen werd volgens de rapportage informatie opgevraagd bij eerdere behandelaars, maar werd vervolgens niet vermeld of deze gegevens binnengekomen zijn en waaruit de gegevens bestonden. In sommige gevallen werden in het geheel geen gegevens opgevraagd, terwijl wel sprake was van medische behandeling voor detentie.

In één geval had een gebrekkige overdracht tot gevolg dat een door seksueel geweld getraumatiseerde vrouw door een mannelijke fysiotherapeut behandeld werd in plaats van door een vrouwelijke. Na overplaatsing naar een ander detentiecentrum werd anderhalve maand lang geen melding gemaakt van haar traumatische voorgeschiedenis.

In een andere dossieranalyse van een patiënt met ernstige psychiatrische problemen, die in tien maanden tijd zes keer werd overgeplaatst binnen de vreemdelingenketen, vermeldt een arts van de Werkgroep dat problemen bij de overdracht van zorg hebben bijgedragen aan de mogelijke gezondheidsschade bij de patiënt:

 *‘De overdracht van informatie en continuïteit van zorg verloopt meerdere malen problematisch of vindt in het geheel niet plaats, wat patiënt mogelijk heeft blootgesteld aan vermijdbaar [behandel] delay en risico op gezondheidsschade, zowel betreffende somatische als psychiatrische problematiek. Door de frequente overplaatsingen is de psychotherapie voor de waarschijnlijk aanwezige depressieve klachten moeilijk realiseerbaar geweest.’ (2, 6)*

Medische overdracht tussen ziekenhuis en detentiecentrum

In geval van ziekenhuisbezoek tijdens detentie is bij zes dossiers geen overdracht gerapporteerd tussen de instelling en de medische dienst in detentie. Zo bracht één patiënt na een operatie enkele dagen in het Justitieel Medisch Centrum door vanwege complicaties. Het dossier vermeldt echter niets over de aard van de complicaties en de ingezette behandeling.

Medische overdracht bij vrijlating

De beslissing over vrijlating van een patiënt (wanneer uitzetting niet mogelijk blijkt) wordt genomen door de Dienst Terugkeer en Vertrek (DT&V). Uit de dossiers is niet duidelijk geworden of de medische dienst ook door DT&V werd betrokken bij de invrijheidstelling van patiënten, zodat zij zorg konden dragen voor een overdracht en andere acties om de continuïteit van zorg te waarborgen. Bij één patiënt, waarvan enkele dagen tevoren het vermoeden bestond dat hij zou worden vrijgelaten en waarover (volgens

informatie van de advocaat) een dag van te voren zekerheid bestond, leidde deze wetenschap niet tot een adequate overdracht:

“Patiënt wordt na enkele weken in het Penitentiair Psychiatrisch Centrum op last van de rechter vrijgelaten. Hij wordt op een vrijdagmiddag op de trein gezet naar [een asielzoekerscentrum] zonder medicatie, zonder dat nazorg geregeld is. Komt in het donker aan. De medische dienst van het asielzoekerscentrum weet van niets. Psychiatrische klachten zijn nog aanwezig, alsmede invalidering door [een fysieke aandoening]. 48 uur na zijn vrijlating krijgt patiënt, na tussenkomst van een arts van de WMZV, voor het eerst zijn medicatie.” (2, 6)

Omdat de meeste beschikbare dossiers niet tot het moment van vertrek uit detentie doorlopen, is (waar mogelijk) in acht gevallen navraag gedaan bij de betrokken patiënten en hun behandelaars buiten detentie. In één geval was informatieoverdracht niet van toepassing omdat er geen behandelaar buiten detentie bekend was. In de overige zeven gevallen was wel een behandelaar bekend, maar heeft er geen informatieoverdracht aan de behandelaar plaatsgevonden, ook niet in gevallen waarbij sprake was van ernstige (psychiatrische) problematiek.

“Patiënt is uit detentie ontslagen terwijl er een operatie [...] werd gepland. Onduidelijk is of en in hoeverre er iets geregeld is om die operatie doorgang te laten vinden, ook vanuit de niet-detentie situatie. Als hier niets aan gedaan is dan is dit ernstig ten nadele van continuïteit van zorg. Betrokkene kan hierover zelf informatie verschaffen.” (1)

Uit telefonisch contact met de patiënt blijkt dat er vanuit de detentiesetting niets is geregeld om de operatie doorgang te laten vinden na vrijlating van de patiënt.

Medische overdracht bij uitzetting

Ook met betrekking tot uitzetting bleek uit de dossieranalyse nauwelijks dat de medische dienst werd betrokken om zodoende continuïteit van zorg te kunnen waarborgen. Bij een (mislukte) uitzetpoging van een patiënt werd uit het dossier niet duidelijk welke medische overdracht had plaatsgevonden. Op dat moment stond nog een afspraak gepland bij een externe specialist, niet werd vermeld hoe de continuïteit van zorg met betrekking tot die afspraak geregeld was. In één dossier werd wel aandacht besteed aan de zorg tijdens de uitzetting, maar niet aan de nazorg:

DT&V bracht de huisarts op de hoogte van een overplaatsing naar het uitzetcentrum in verband met de aanstaande uitzetting van de patiënt. In het medisch dossier staat beschreven dat bij uitzetting suïcidaliteit beoordeeld moest worden en dat medische begeleiding mee zou moeten op de vlucht. Ook hier werd niet gesproken over de te regelen nazorg en de vraag met welke medische overdracht deze patiënt uitgezet zou worden.

3.3 PROBLEEMGEBIED III: ISOLATIE EN ANDERE BEHEERSMAATREGELEN

Het gebruik van isolatie

Uit de onderzochte dossiers blijkt dat isolatie veelvuldig werd ingezet. De redenen en de uitvoering ervan zijn verschillend. De duur van een disciplinaire strafmaatregel is van tevoren bepaald. Een afzonderingsmaatregel op grond van orde en veiligheid daarentegen dient te worden beëindigd zodra dit mogelijk en verantwoord is. Een derde mogelijkheid is isolatie ter observatie om een gedetineerde vreemdeling tegen zichzelf of zijn of haar omgeving te beschermen (psychische of psychiatrische gronden).²³ Uit de voorliggende medische dossiers wordt dit onderscheid niet altijd duidelijk en zullen wij om die reden spreken over isolatie in het algemeen. Tabel 5 geeft de frequentie en duur van isoleercelplaatsingen weer.

TABEL 5 : AANTAL EN DUUR ISOLEERCELPLAATSINGEN PER PATIËNT										TOTAAL
Dossiers	A	B	C	D	E	F	G	H	I	9
Aantal isoleercelplaatsingen	6	2	1	2	1	3	2	1	3	21
Totaal verblijf in isoleercel in dagen*	19	5	3	4	8	29	5	2	7	nvt
Langst aaneengesloten	6	3	3	2	8	23	3	2	3	nvt

*Waarbij bijvoorbeeld 2 dagen geen 48 uur hoeven te zijn. Als iemand in isoleercel werd geplaatst en de volgende dag er uit mocht, is dit als 2 dagen gerekend, omdat tijdstippen vaak niet vermeld staan.

In enkele dossiers is een neerwaartse spiraal te zien in de toestand van de patiënt gedurende de detentie. Deze patiënten maken een stabiele indruk bij binnenkomst, maar stressoren leiden op enig moment tot een incident met isolatie als gevolg. Soms gaat het om kleine stressoren zoals het niet leveren van een beloofd voedingssupplement door de medische dienst, soms zijn de stressoren groter, zoals herhaalde 'visitatie' bij een vrouw die bekend is met een verkrachtingsverleden (zie laatste citaat bij 3.4 Conflicterende belangen). Onderstaande casus laat zien hoe detentiebeleid leidde tot een isoleercelplaatsing.

Patiënt was, voor hij in detentie kwam, onder specialistische behandeling. In detentie wordt zijn afspraak bij de specialist afgezegd door de medische dienst omdat de behandeling tijdens detentie niet mag worden voortgezet. Wel moet hij op de dag dat hij de afspraak had naar de ambassade in verband met zijn uitzetprocedure. Als hij twee dagen later iemand van de medische dienst ziet wordt hij boos en begint te schreeuwen. Hierop wordt hij in een isoleercel geplaatst.

In negen van de eenentwintig isoleercelplaatsingen was sprake van (vermeende) suïcidale uitingen en in één geval van een daadwerkelijke suïcidepoging. In het merendeel van de gevallen werd de patiënt eerst naar de isoleercel overgebracht, waarna een beoordeling door een arts of psycholoog volgde. Onderstaande voorbeelden geven aan dat deze maatregel niet altijd in het belang van de patiënt was en daarmee juist een risico op gezondheidsschade inhield.

“Na suïcidale uitspraken aan de DT&V, die daarna door patiënt werden weerlegd, wordt patiënt in een isoleercel geplaatst. Deze plaatsing wordt doorgezet, ook wanneer patiënt aangeeft dat verblijf bij celgenoten meer bescherming zal bieden. Ingaan tegen de inschattingen van patiënt zelf, bij suïcidale gedachten, en het luxeren van angst, versterkt in veel gevallen de suïcidaliteit en gaat dus in tegen adequate en gerichte behandeling en het waarborgen van de veiligheid van patiënt.” (2, 5)

Uit andere dossiers blijkt dat de isolatie geen behandeldoel had, maar enkel ingezet werd als beheersmaatregel voor probleemgedrag al dan niet in het kader van een psychiatrische stoornis. Onderstaand voorbeeld illustreert een situatie waarin een patiënt met een vermeende suïcidepoging in het verleden, vanwege bizar gedrag waarbij communicatie niet meer mogelijk was, bijna vier weken in isolatie werd gehouden. Hiervan werd de patiënt drie weken aaneengesloten geïsoleerd. In het dossier werd geen behandeldoel vermeld.

“Opvallend is dat het ernstige stemmingsprobleem en de PTSS bij de bijna vier weken durende opsluiting in een isoleercel [...] helemaal niet worden betrokken bij de beoordeling van zijn klachten van dat moment. Aan de andere kant wordt hij wel in isolatie gehouden omdat hij mogelijk suïcidaal zou kunnen zijn.” (2, 6)

I 'Visitatie' betreft een controle op contrabande, waarbij de persoon naakt ten overstaan van bewakingspersoneel kniebuigingen dient te maken, zodat deze de openingen en holten van het lichaam kan beschouwen op de aanwezigheid van verboden materiaal.

Gevolgen van isolatie

Uit de dossiers blijkt niet dat zorgverleners systematisch rapporteerden over mogelijke gezondheidsschade ten gevolge van isolatie. In enkele gevallen wordt melding gemaakt van bepaald gedrag, zoals toenemende theatraliteit, regressie (waaronder het smeren met of eten van uitwerpselen) en het horen van stemmen in het hoofd tijdens de isolatieperiode. Eén patiënt werd in de isoleercel geplaatst na een slecht nieuws gesprek met de DT&V. Na twee dagen in de isoleercel te zijn geweest, weet hij, volgens de psycholoog, niet meer hoe het was om daar te verblijven en was hij het gesprek dat de aanleiding gaf tot de plaatsing vergeten. In de meeste rapportages wordt geen direct verband gelegd met de isolatie. In één geval gebeurt dit wel. De psycholoog vermoedt bij een patiënt, die dan reeds twee weken in isolatie gehouden wordt, een psychotisch toestandbeeld ten gevolge van langdurige opsluiting in de isoleercel en het gebrek aan prikkels.

3.4 PROBLEEMGEBIED IV: CONFLICTERENDE BELANGEN**Medisch advies met betrekking tot isolatie**

Bij achttien isoleercelplaatsingen werd in het dossier gerapporteerd dat de patiënt werd gezien door de huisarts, psycholoog, in enkele gevallen door een psychiater. Zij spraken het te volgen beleid af of adviseerden hierover, bijvoorbeeld over plaatsing op een Extra Zorg Afdeling, bespreking tijdens een Psycho Medisch Overleg (PMO), medicatiebeleid en over het al dan niet voortduren van de isolatie.

Acht maal wordt beleid afgesproken of geadviseerd om isolatie zo veel mogelijk te voorkomen. Hierbij werd onder andere rekening gehouden met de psychiatrische voorgeschiedenis van de patiënt en de mogelijk negatieve gevolgen van isolatie op de gezondheidssituatie. Als alternatieve maatregel werd bijvoorbeeld afgesproken dat de patiënt bij crises niet in een isoleercel maar in de eigen cel zou worden opgesloten. Of dat, als isolatie tóch plaats zou vinden, dit slechts van korte duur zou mogen zijn.

De waarde van medisch advies

Uit de dossiers blijkt dat adviezen van medische professionals in geval van complexe medische problematiek of crisissituaties niet altijd werden opgevolgd. In vier gevallen nam de directie van de instelling een besluit met betrekking tot een isoleercelplaatsing, waarbij het advies van de medische dienst terzijde werd geschoven.

“ *‘Per order van de directie wordt besloten om het verblijf in isoleer te verlengen, ondanks het feit dat de psycholoog die de patiënt beoordeelde adviseerde om de patiënt terug te laten keren naar de afdeling. De directie heeft de expertise van de psycholoog daarbij niet in acht genomen. Onduidelijk is, waarop de verlenging gebaseerd is. Ook dit creëert gevoelens van verwarring en machteloosheid -uit dossier blijkt “radeloosheid”- bij patiënt, wat suïcidaliteit kan versterken.’ (2, 5)*


In een andere casus wordt een oudere, mogelijk dementerende patiënt langdurig in detentie gehouden. Uit het dossier blijkt dat de zorgverleners herhaaldelijk aangaven dat de zorg op de afdeling voor deze patiënt niet toereikend is. De patiënt zou gedesoriënteerd zijn en bovendien niet zelfredzaam op het gebied van hygiëne en de inname van voeding en vocht. Bij de verzorging worden celgenoten ingeschakeld die na verloop van tijd aangeven dat de situatie niet langer houdbaar is.

“ *‘Resumerend gaat het om een patiënt die voldoet aan criteria van de groep kwetsbare ouderen. Patiënt is ouder is dan 67 jaar en er is sprake van multiproblematiek op somatisch en cognitief vlak. Er zijn sterke aanwijzingen dat het gaat om een dementieel beeld. [...] Als dat inderdaad het geval is, kan verdere behandeling in de vorm van een structurerende, belevingsgerichte omgeving, alleen passend in een verpleeghuis of andere zorgsetting gegeven worden.’ (3, 6)*

Pas na zeven maanden wordt door de Raad van State^m besloten dat de detentie moet worden opgeheven vanwege de medische situatie en hoge leeftijd van de patiënt. Tijdens het verblijf in een verpleeghuis wordt de uitzetting verder voorbereid. Enkele weken later wordt de patiënt uitgezet naar het land van herkomst.

Onvoldoende (mogelijkheden voor) belangenbehartiging door zorgverleners

Uit de dossiers werd niet altijd duidelijk of en hoe zorgverleners invulling gaven aan hun taak als belangenbehartiger van hun patiënt in geval van gezondheidsschade ten gevolge van detentie en beheersmaatregelen zoals isolatie of visitatie. In onderstaand voorbeeld werd een vrouw, van wie bekend was dat zij in het verleden was verkracht, gevisiteerd nadat zij tijdelijk naar een ander centrum was overgeplaatst. Toen zij zich hiertegen verzette werd zij in isolatie geplaatst en alsnog gevisiteerd.

 *‘Uit het voorliggende dossier blijkt onvoldoende dat de arts zich de ernst realiseert van het toepassen van geweld (in het bijzijn van twee mannen) om patiënt fysiek te onderzoeken in de isoleercel. Bij getraumatiseerde patiënten, zoals bij deze in het verleden verkrachte vrouw, is een dergelijke gebeurtenis opnieuw traumatiserend. [...] Uit het dossier blijkt niet dat het komt tot een standpunt van de medische dienst dat dergelijke visitaties bij deze patiënt niet passend zijn en gezondheidsschade toebrengen.’ (6)*

^m Raad van State, afdeling Bestuursrechtspraak, ABRvS 201209339/1/V3, 25 oktober 2012.

4 BESCHOUWING EN CONCLUSIE

Het doel van dit onderzoek is om meer inzicht te krijgen in de ernst, de aard en de achtergrond van de klachten over medische zorg in vreemdelingendetentie die werden gemeld bij het Meldpunt Vreemdelingendetentie. De resultaten van dit onderzoek vertegenwoordigen geen representatieve steekproef. De bevindingen zijn te bezien als seriële casestudies, waarbij gemene delers werden geïdentificeerd. Hierbij is gefocust op kwetsbare patiënten in vreemdelingendetentie. De casuïstiek laat ernstige problemen met betrekking tot de gezondheid(szorg) van kwetsbare patiënten zien.

De belangrijkste conclusie is dat het realiseren van een goede gezondheid en goede gezondheidszorg voor kwetsbare patiënten in vreemdelingendetentie een complexe en moeilijke opgave is. Daarom alleen al verdienen zorgverleners die het verlenen van passende zorg onder deze ingewikkelde omstandigheden dit doel nastreven, veel respect. De conclusies uit dit onderzoek doen daar niets aan af. De genoemde probleemgebieden zijn dan ook niet bedoeld als vingervijzingen aan het adres van deze zorgverleners.

4.1 KWETSBARE PATIËNTEN IN DETENTIE

Uit de dossieranalyses blijkt dat ook kwetsbare mensen in vreemdelingendetentie terechtkomen. Voorbeelden zijn mensen met traumatische ervaringen, psychische problemen, geestelijke of lichamelijke beperkingen, een oudere en een zwangere vrouw. De patiënten van wie voor dit onderzoek de dossiers zijn bestudeerd, en van wie bekend is dat zij tot een kwetsbare groep behoren, ondervonden zware lichamelijke of psychische last ten gevolge van geldende regels, routines of protocollen binnen de detentiecetra. Voorbeelden zijn isolatie, visitatie en het afbreken behandelingen die reeds voor detentie in gang waren gezet. Het spreekt voor zich dat de potentieel ziekmakende aspecten van vreemdelingendetentie kwetsbare personen onevenredig zwaar kunnen raken.

In het merendeel van de geanalyseerde dossiers was sprake van complexe gezondheidsproblematiek. Het betrof hier voornamelijk psychische maar in een aantal gevallen ook somatische gezondheidsklachten. Deze patiënten stonden onder voortdurende aandacht van zorgverleners en werden adequaat geholpen in geval van enkelvoudige gezondheidsklachten. Bij vrijwel alle dossiers ontbrak een behandelplan met aandacht voor preventie en duidelijk omschreven behandeldoelen.

Bij complexe gezondheidsproblemen valt op dat in de dossiers een behandelplan ontbreekt met daarin aandacht voor preventie en duidelijk omschreven behandeldoelen. Er is weinig gerapporteerd over dilemma's binnen een setting als vreemdelingendetentie, zoals moeilijke beslissingen over het omgaan met het zelfbeschikkingsrecht van patiënten, *shared decision making*, de plicht tot het informeren van patiënten en *primum non nocere*.²⁵ Uit de rapportage blijkt niet dat dergelijke situaties benoemd zijn als 'problematisch'. Ook werd niet duidelijk of er vervolgens acties, consultaties en ethische beraadslagingen hebben plaatsgevonden over wat het beste zou zijn voor de betreffende patiënt, zoals de inspanningsverplichting van een behandelaar vereist.

Internationale en Europese instituties en organisaties roepen op tot het voorkomen van vreemdelingendetentie van personen behorend tot kwetsbare groepen.²⁵ In 2011 deed toenmalig minister Leers van Immigratie, Integratie en Asiel de uitspraak dat in alle gevallen de individuele situatie van de vreemdeling leidend is bij de afweging of met een lichter middel dan detentie kan worden volstaan, met daarbij nadrukkelijke aandacht voor kwetsbare groepen, waaronder vreemdelingen met medische problemen.²⁶ De bevindingen uit dit onderzoek roepen de vraag op of die *nadrukkelijke aandacht* er wel

n *Ten eerste geen kwaad doen*, is in het medisch jargon een principe dat artsen steeds in gedachten houden als ze keuzes moeten maken hoe te handelen bij hun patiënt.

is en of deze in voldoende mate leidt tot het zoveel mogelijk voorkomen van detentie. Gezondheid moet veel meer dan nu een factor van belang zijn bij de risicoanalyse voordat tot detentie wordt overgegaan. Het tijdig signaleren van (psychische) kwetsbaarheid en de inzet van alternatieven voor detentie kan gezondheidsschade voorkomen.

Naast het voorkómen van detentie, moet ook tijdens de detentie beslist kunnen worden dat iemand op basis van zijn gezondheidstoestand detentieongeschikt is. De situatie nu is zo dat de Medisch Adviseur van de DJI verzocht kan worden om vast te stellen of betrokkene medisch gesproken detentie(on)geschikt is. Het huidige kader voor 'detentieongeschiktheid' voldoet niet. Dit wordt toegepast in de strafrechtketen en gaat als zodanig over het afwegen van totaal andere belangen. Het uitgangspunt daarbij is dat een persoon detentiegeschikt is zolang medische klachten kunnen worden behandeld in detentie. Bij onvoldoende zorgaanbod in een detentiecentrum kunnen patiënten worden overgeplaatst naar het Justitieel Medisch Centrum. Patiënten met psychische problematiek, kunnen worden overgeplaatst naar een Penitentiaal Psychiatrisch Centrum. In de praktijk worden mensen zelden detentieongeschikt verklaard.²⁷

De bevindingen gepresenteerd in dit rapport laten zien dat -zelfs met een verdere uitbreiding van het medische zorgaanbod- in vreemdelingendetentie geen passende zorg kan worden geboden aan kwetsbare patiënten met een complexe zorgvraag. In deze gevallen dient sprake te zijn van een leefomgeving die ten dienste staat van de gezondheid van de patiënt. Een detentiesetting is dat nooit.

4.2 CONTINUÏTEIT VAN ZORG NIET GEWAARBORGD

In sommige gevallen werd de (psychiatrische) behandeling van voor detentie afgebroken. Ook vond de medische overdracht bij binnenkomst in een detentiecentrum, overplaatsing tussen centra en ziekenhuisbezoek vanuit detentie, gebrekkig plaats. Niet bleek dat de medische dienst werd betrokken bij de uitzetting om zodoende continuïteit van zorg te kunnen waarborgen. Bij vrijlating uit detentie werd veelal geen zorg gedragen voor een overdracht of nazorg.

Vreemdelingen die tijdens de detentieperiode niet uitzetbaar bleken en weer op Nederlands grondgebied worden vrijgelaten, worden gesommeerd om binnen 24 uur op eigen kracht het land verlaten.²⁸ Volgens het beleid van het Ministerie van Veiligheid en Justitie krijgen 'vreemdelingen waarvan de bewaring wordt beëindigd [...] standaard een kopie van het medisch dossier en minimaal twee weken medicatie mee bij vertrek uit het detentiecentrum'.²⁹ In de praktijk blijken mensen die tijdens de detentie niet zijn uitgezet, vrijwel nooit het land op eigen kracht binnen de gestelde termijn te verlaten.^o Veel van deze patiënten verblijven na de detentie nog lange tijd in Nederland. Deze tegenstelling tussen beleid en praktijk zorgt ervoor dat processen binnen detentiecentra niet zijn ingericht op het verzorgen van een effectieve overdracht. Overleg tussen DJI en de medische dienst over het moment van vrijlating of uitzetting vindt lang niet altijd plaats.³⁰ De medische dienst is daardoor niet altijd op de hoogte of wordt pas op het laatste moment ingelicht over het vertrek van een patiënt. Ook weten zorgverleners in de praktijk meestal niet waar patiënten na hun vrijlating of uitzetting zullen verblijven.³¹ Maar ook in de gevallen waarin wel degelijk bekend was dat de patiënt buiten detentie een vast netwerk van hulpverleners had, bleek uit de dossiers dat geen medische overdracht had plaatsgevonden.

Uit navraag bij patiënten en de nieuwe zorgverleners bleek dat professionele standaarden met betrekking tot de continuïteit van zorg niet waren nageleefd. Patiënten waren daardoor blootgesteld aan onnodige risico's op gezondheidsschade. Het is de vraag of de behandelovereenkomst, zoals die in de Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO) wordt omschreven, eindigt op het moment dat de patiënt het detentiecentrum verlaat en uit het gezichtsveld verdwijnt. Volgens de KNMG-richtlijn 'Gedragsregels voor artsen' is de arts er 'verantwoordelijk voor dat continuïteit van de hulpverlening en een goede

^o Omdat mensen uit het zicht van de overheid verdwijnen, zijn er geen betrouwbare cijfers van het aantal mensen dat zelfstandig het land verlaat.

bereikbaarheid verzekerd zijn, onverlet de verantwoordelijkheid die hiervoor bij de instelling ligt waar hij werkzaam is.³² Zorgverleners in onder andere detentiecentra zien het ontbreken van informatieoverdracht bij nieuwe patiënten als het belangrijkste knelpunt in hun werk, zo blijkt uit onderzoek door de Onderzoeksraad voor Veiligheid.³³ Om hun medische standaarden na te leven moeten zorgverleners door zowel DJI als DT&V gefaciliteerd worden om de zorg op verantwoorde wijze over te dragen en bestaande logistieke barrières aan te pakken.

4.3 VEELVULDIG GEBRUIK VAN ISOLATIE

Uit het inspectierapport *Plaatsing in isolatie* van de Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt, 2012) blijkt dat er in detentiecentra veel aandacht is geweest voor het gebruik van isolatie. Volgens het rapport heeft dit onder andere geleid tot een beduidende afname van het aantal isoleercelplaatsingen en bestaat het voornemen om de omstandigheden waaronder ingesloten vreemdelingen in straf- en afzonderingscellen verblijven verder te verbeteren.³⁴ Desalniettemin werd in de bestudeerde dossiers isolatie veel toegepast, veelal zonder behandeldoel, als beheersmaatregel en daarom niet in het belang van de patiënt. Een risico-inschatting, passende indicatie en evaluatie van isolatie ontbrak vaak. Uit enkele dossiers bleek een verslechtering van de gezondheidstoestand door (herhaalde) isolatie.

Isolatie is een bijzondere stressor binnen het systeem van vreemdelingendetentie. Isolatie kan plaats vinden als disciplinaire strafmaatregel^p, als afzondering op grond van orde en veiligheid of ter observatie om een gedetineerde tegen gevaar voor zichzelf en/of zijn omgeving te beschermen (psychische of psychiatrische gronden). Uit onderzoek blijkt dat isolatie, ook al is dit kortdurend, negatief kan uitpakken voor de psychische gezondheid.³⁵ Al na enkele dagen isolatie kunnen (soms ernstige) gezondheidseffecten optreden die daarna per dag kunnen verergeren.³⁶ De verschijnselen lopen uiteen van lichamelijke symptomen (zoals duizeligheid, pijnklachten en gewichtsverlies), verwarring en concentratiestoornissen, hallucinaties, wanen en paranoïde ideeën, tot emotionele reacties zoals angst en depressie, lethargie, ernstige verzwakking en impulsieve daden waaronder automutilatie.³⁷ Hier komt nog bij dat vaak juist die mensen in isolatie worden geplaatst die al lijden aan psychiatrische stoornissen, omdat isolatie gebruikt wordt als management tool om de orde in het detentiecentrum te herstellen of te handhaven. Hun geestelijke gezondheid gaat hierdoor nog verder achteruit.³⁸ Met name in geval van suïcidale uitlatingen wordt isolatie ingezet, omdat er na het overlijden van de heer Dolmatov 'geen enkel risico meer wordt genomen'.³⁹ De Onderzoeksraad voor Veiligheid omschreef dit als volgt in haar recent verschenen rapport: 'Door incidenten in de vreemdelingenketen die tot maatschappelijke ophef leidden, is er beduchtheid ontstaan onder zorgverleners om op fouten afgerekend te worden. Er ontstaat risicomijdend gedrag: artsen in detentiecentra melden dat vreemdelingen die met suïcide dreigen of neigen tot automutilatie, eerder in afzondering onder (camera-) toezicht worden geplaatst of dat de terugkeer naar de gewone afdeling wordt uitgesteld. Zulke maatregelen kunnen een averechtse uitwerking hebben op de lichamelijke of geestelijke gezondheid van vreemdelingen.'⁴⁰

In Nederland is in de reguliere geestelijke gezondheidszorg (ggz) het 'uitbannen van eenzame insluiting', ofwel isolatie, een breed gedragen uitgangspunt.⁴¹ De IGZ pleit voor separeervrije zorg in de ggz, tenzij dit ondanks alle mogelijke inspanningen op individueel niveau aantoonbaar niet mogelijk is gebleken. Indien separeren écht noodzakelijk is, wil de IGZ dat isolatie geen eenzame opsluiting meer inhoudt onder het motto 'een zieke patiënt laat je nooit alleen'.⁴² De Inspectie signaleerde in haar rapport over vreemdelingendetentie in 2009 een aantal knelpunten: 'De medische dienst aggregereert de registratie van de duur en de toepassing van insluiting in de isoleer niet. Daardoor is er te weinig systematische aandacht voor de preventie van schade die mogelijk veroorzaakt wordt door verblijf in de isoleercel, met name voor psychiatrische ontregeling ten gevolge van isolatie.'⁴³

p Een afzonderingsmaatregel is een orde maatregel die voortduurt zolang zij noodzakelijk is en dient te worden beëindigd zodra dit mogelijk en verantwoord is. Een disciplinaire straf is qua duur tevoren bepaald en daarom te onderscheiden van oplegging van een disciplinaire straf. Ook de gronden verschillen (ISt 2012).

Monitoring van isolatie in de reguliere ggz vindt plaats middels het landelijke registratiesysteem Argus, waarmee onder andere de incidentie en de omstandigheden van isolatieplaatsingen worden bijgehouden.⁴⁴ Isolatie in vreemdelingendetentie ten gevolge van medische (psychiatrische) problemen is momenteel geen onderdeel van de landelijke monitoring. Volgens het rapport van de Inspectie voor de sanctietoepassing⁴⁵ wordt isolatie in vreemdelingendetentie gemonitord door het bijhouden van de opgemaakte beschikkingen waarin de isolatiemaatregel staat vermeld. Recente cijfers over de inzet van isoleercellen in vreemdelingendetentie ontbreken.^q Gezien de brede inzet van isolatie (als straf- en beheersmaatregel, ter preventie van suïcide en als middel om patiënten te laten kalmeren) in een stressvolle omgeving als detentie, kan worden verwacht dat de toepassing en de gevolgen hiervan voor de patiënt nauwgezet worden gemonitord en geëvalueerd. Het valt te betwijfelen of het verzamelen van gegevens uit de genoemde beschikkingen afdoende is om een ingrijpende methode als isolatie te monitoren en het gebruik ervan te structureren en drastisch te beperken.

PASSENDE ZORG IN VREEMDELINGEDETENTIE, EEN MOEILIJKE OPGAVE

Bij vrijwel alle besproken probleemgebieden kan de vraag gesteld worden of er sprake is van conflicterende belangen, waarbij de zorgverlener balanceert tussen de belangen van de patiënt enerzijds en de belangen van het vreemdelingenbeleid anderzijds. Sommige dossiers geven aan dat isolatie, ondanks een negatief medisch advies, toch door de directie toch werd toegepast. In een ander dossier wordt niet duidelijk of een arts opkwam voor de gezondheidsbelangen van een patiënt die verder getraumatiseerd raakte door vergaande veiligheidsmaatregelen in detentie.

Medische richtlijnen^r geven ondubbelzinnig aan dat een zorgverlener verplicht is om ten allen tijde te handelen in het belang van de patiënt, óók wanneer de medisch inhoudelijke beslissing niet overeenkomt met het beleid van de werkgever. Zorgverleners werkzaam in detentie zijn gebonden aan dezelfde gedragsnormen als zorgverleners werkzaam in een ziekenhuis of in een huisartspraktijk. DJI heeft dit als volgt opgenomen in haar gezondheidszorgvisie: 'DJI draagt in haar inrichtingen zorg voor een doeltreffende, doelmatige en op de patiënt gerichte gezondheidszorg, waarvan de kwaliteit gelijkwaardig is aan de gezondheidszorg in de vrije maatschappij, rekening houdend met de bijzondere situatie van de vrijheidsbeneming' (Gezondheidszorgvisie DJI, 2006). De mogelijkheid voor medische professionals om aan hun professionele gedragsnormen te voldoen wordt echter beperkt wanneer de belangen van een betrokken partij -meestal een werkgever of de overheid eisen stelt die direct of indirect ingaan tegen de belangen van de patiënt. Vreemdelingendetentie is bij uitstek een setting waar medische professionals onvermijdelijk te maken krijgen met loyaliteitsconflicten (ofwel dubbele loyaliteit).⁴⁶

Dit maakt het verlenen van zorg in vreemdelingendetentie tot een extra zware en complexe taak. In 2007 is in Nederlandse penitentiaire inrichtingen (niet specifiek vreemdelingendetentiecentra) onderzoek verricht naar de werkbeleving van verpleegkundigen.⁴⁷ Veel werkaspecten die het werk van verpleegkundigen in een penitentiaire inrichting verzwaren, worden beïnvloed door de conflicterende belangen tussen insluiting en zorg. Hierdoor kan de hulpverleningsrelatie met de patiënt onder druk komen te staan.



*'Health professionals working in this setting frequently encounter scenarios that test their loyalties and constrain the amount and quality of care they are able to offer to patients. The conflicting loyalty problems [...] are having a gradual but deleterious effect on both the human rights of detainees and on the morale of the health professionals working within its confines.'*⁴⁸

- q In de eerste zes maanden van 2011 werd, bij een gemiddelde bezetting van 1230 personen, per maand gemiddeld 75 keer overgegaan tot plaatsing op een afzonderingsafdeling op grond van een orde maatregel op disciplinaire straf. Zie: gebundelde beleidsreactie op rapporten van Inspectie Veiligheid en Justitie, van de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie, 14 januari 2013. Recentere cijfers zijn niet beschikbaar.
- r KNMG Gedragsregels zijn regels die door de beroepsgroep zelf zijn opgesteld. De civiele en tuchtrechter kan deze gebruiken bij het toetsen van het handelen van de arts aan wettelijke (en tucht)normen.

Een loyaliteitsconflict kan serieuze impact hebben op de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg voor patiënten in vreemdelingendetentie. Bij de afweging van tegenstrijdige belangen worden concessies gedaan aan de mate en kwaliteit van zorg die toegankelijk is voor de patiënt.⁴⁹ In het adviesrapport Arts & Vreemdeling voor artsen werkzaam in vreemdelingendetentie wordt hier aandacht aan besteed.⁵⁰

ARTS & VREEMDELING⁵⁰

Rapport van de commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen

Adviezen en richtlijnen voor artsen en andere betrokkenen

Artsen werkzaam in detentiecentra voor illegale vreemdelingen moeten zich vanwege de kwetsbaarheid en afhankelijkheid van deze groep primair richten op het gezondheidsbelang van de gedetineerde vreemdeling en het verlenen van passende en verantwoorde zorg.

Artsen dienen hiervoor van de bevoegde instanties voldoende ruimte te krijgen om te voorkomen dat zij professioneel knel komen te zitten in een dubbele loyaliteit tussen de zorg voor de patiënt enerzijds en de belangen van de instelling of de overheid anderzijds.

Daartoe beveelt de commissie artsen aan te kiezen voor een werksetting waarbij de professionele autonomie is gewaarborgd, waardoor een goede en verantwoorde uitoefening van het beroep mogelijk en verantwoord is. Een professioneel statuut, overleg en gerichte aandacht voor kwetsbare groepen (door bijvoorbeeld casemanagement) kunnen daaraan bijdragen.

Voor het verlenen van passende zorg is het noodzakelijk dat artsen en andere zorgverleners autonoom klinische beslissingen kunnen nemen. Binnen de werkstructuur, waarin de directie een eendoordeel velt over de behandeling van patiënten, vereist een autonome besluitvorming soms dat zorgverleners actief opkomen voor de belangen van hun patiënten, zowel op de werkvloer als daarbuiten.^{51 52 53} Zorgverleners zouden méér pleitbezorger moeten zijn voor het gezondheidsbelang van hun patiënten. De gevangenisdirecteur en DT&V hebben immers ook andere belangen, zoals ordehandhaving en uitzetting. Doordat deze kwetsbare patiënten in een vrijheidsbeperkende omgeving minder in staat zijn om voor hun eigen belangen op te komen, hebben de zorgverleners een specifieke verantwoordelijkheid.

Nader onderzoek naar de mate waarin loyaliteitsconflicten een rol spelen in de zorgverlening in vreemdelingendetentie is dringend nodig. Een dergelijk onderzoek is in het belang van zowel zorgverleners als kwetsbare patiënten in vreemdelingendetentie.

5 AANBEVELINGEN

VOOR ZORGVERLENERS:

- Signaleer het risico op gezondheidsschade of reeds geleden gezondheidsschade van patiënten ten gevolge van vreemdelingendetentie en maak hier melding van.
- Geef uitvoering aan de professionele verantwoordelijkheid voor de continuïteit van zorg.

VOOR MEDISCHE BEROEPSGROEPEN:

- Ondersteun zorgverleners bij het behoud van hun professionele autonomie binnen vreemdelingendetentiecentra.

VOOR HET MINISTERIE VOOR VEILIGHEID & JUSTITIE

- Leg wettelijk vast dat kwetsbare mensen niet in vreemdelingendetentie komen.
- Indien gedurende de detentie sprake blijkt te zijn van gezondheidsschade of kwetsbaarheid, hef dan de detentie op.
- Ontwikkel duidelijke criteria voor detentieongeschiktheid, speciaal met het oog op de bestuursrechtelijke vreemdelingenbewaring. Gezondheidsschade die mensen (kunnen) oplopen door (voortzetting van) detentie moet hierin worden meegewogen.
- Faciliteer zorgverleners zodanig dat zij de zorg op verantwoorde wijze kunnen overdragen.
- Monitor (de gevolgen van) isolatie naar het voorbeeld van de landelijke monitoring van isolatie binnen de ggz.
- Waarborg de professionele autonomie van zorgverleners. Medische adviezen mogen niet ondergeschikt zijn aan beheersmaatregelen.
- Onderzoek de mate waarin loyaliteitsconflicten een rol spelen in de zorgverlening in vreemdelingendetentie.

C. BEVINDINGEN OP BASIS VAN DE BESCHIKBARE MEDISCHE GEGEVENS (ZOALS VERMELD IN HET MEDISCH DOSSIER)										
Medische voorgeschiedenis			Bekend met 'paniekaanvallen', zo beschreven in rapportage verpleegkundige							
	Medische problemen in detentie	Datum eerste vermelding	Medisch onderzoek	Diagnose	Datum diagnose	Diagnose gesteld door	Behandeling	Uitvoering	Resultaat	Evaluatie
1										
2										
3										
4										
5										
6										

D. OVERDRACHT EN CONTINUÏTEIT VAN ZORG (ZOALS VERMELD IN HET MEDISCH DOSSIER)	
Overdracht en continuïteit van zorg bij nieuwe inbewaringstelling en/of overplaatsing	
Overdracht en continuïteit van zorg bij vrijlating	

E. OVERIGE RELEVANTE INFORMATIE (BV. MONDELINGE INFORMATIE ADVOCaat, STEUNORGANISATIE OF PATIËNT ZELF)

F. SAMENVATTING NAAR AANLEIDING VAN DE BEVINDINGEN

G. GESIGNALEERDE PROBLEMEN	
Omschrijving	Categorie (in te vullen door contactpersoon WMZV)
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	

BIJLAGE 2: LIJST VAN ARTSEN DIE DE MEDISCHE DOSSIERS HEBBEN GEANALYSEERD

1. P. Thé, chirurg n.p.
2. H.A.P.C. Oomen, internist n.p.
3. M. Zeldenrust, Arts Internationale Gezondheidszorg en Tropengeneeskunde (AIGT)
4. H. Groen, psychiater/ (groeps)psychotherapeut
5. S. Hengst, basisarts
6. G. Beckers, specialist ouderengeneeskunde
7. P. Mout, huisarts
8. G.J. Sepers, huisarts

NOTEN

1. De Nationale ombudsman (2013).
2. Zimmerman, C., Kiss, L. & Hossain, M. (2011), p.2.
3. International Organisation for Migration (2006), p.7.
4. International Organisation for Migration (2010), p. 6-8.
5. Laban, C.J., Gernaat, H.B.P.E., Komproe, I.H., Schreuders & G.A., de Jong, J.T.V.M. (2005).
6. Porter, M. & Haslam, N. (2005).
7. Ryan, D.A., Benson, C.A. & Dooley, B.A. (2008).
8. Oort, M. van, Kulu Glasgow, I., Weide, M. & Bakker, D. de (2001).
9. Pharos (2007).
10. Médecins du Monde (2013).
11. Cleveland, J. (2013), p. 7-8.
12. Burnett, J. et al. (2010); Cleveland, J. (2013); Coalitie Geen Kind in de Cel (2014);
Coffey, G.J., Kaplan, I, Sampson, R.C & Tucci, M.M. (2010);
Jesuit Refugee Service-Europe (2010);
Keller, A., Rosenfeld, B., Trinh-Shevrin, C., Meserve, C., Sachs, A., Leviss, J., Singer, E., Smith, H.,
Newman, L.K, Dudley, M. & Steel, Z. (2008);
Physicians for Human Rights and The Bellevue/NYU Program for Survivors of Torture (2003);
Robjant, K., Hassan, R. & Katona, C. (2009a). Robjant, K., Robbins, I. & Senior, V. (2009b);
Steel, Z., Silove, D., Brooks, R., Momartin, S., AlZuhairi, B. & Susljik, I. (2006);
Tsangarides, N. & Grant, J. (2013); Wilkinson, J., Kim, G., Allden, K. & Ford, D. (2003).
13. Jesuit Refugee Service-Europe (2010), p. 11.
14. Nationale ombudsman (2013).
15. Inspectie voor de Gezondheidszorg (2009), p. 12.
16. Inspectie voor de Gezondheidszorg (2004); Inspectie voor de Gezondheidszorg (2006).
17. Inspectie voor de Gezondheidszorg (2009).
18. Nationale ombudsman (2013).
19. Dienst Justitiële Inrichtingen (2003).
20. Inspectie voor de Gezondheidszorg (2014).
21. Inspectie voor de Sanctietoepassing (2012).
22. Europese Terugkeerrichtlijn.
23. Inspectie voor de Sanctietoepassing (2012).
24. Raad van State 25 oktober 2012, nr. 201209339/1/V3.
25. Amnesty International (2009; 2010; 2011; 2013); International Detention Coalition (2011); Raad van Europa (2010); UNHCR (2011).
26. Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 19 637, nr. 1483: 7.
27. Amnesty International (2011), p. 15.
28. UNHCR & Vluchtelingenwerk Nederland (2011).
29. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 19 637, nr. 1748, p. 2.
30. Ombudsman (2013), p. 43.
31. Inspectie voor de Gezondheidszorg (2014), p. 19.
32. KNMG (2013), artikel II.5.
33. Onderzoeksraad voor Veiligheid (2014) p. 54.
34. Inspectie voor de Sanctietoepassing (2012).
35. Méndez, J. (2011); Stuart, G. (2006).
36. Smith, P.S. (2006), pp. 503-4.
37. Smith, P.S. (2006), pp. 488-493.

38. Smith, P.S. (2006), 474.
39. Nationale Ombudsman p. 41.
40. Onderzoeksraad voor Veiligheid (2014) p. 49.
41. Voorde, F.J.J. ten e.a.(2013).
42. Inspectie voor de Gezondheidszorg (2011), p. 5.
43. Inspectie voor de Gezondheidszorg (2009), p. 12.
44. Voorde, F.J.J. ten e.a.(2013).
45. Inspectie voor de Sanctietoepassing (2012).
46. Essex (2013). Physicians for Human Rights (2011).
47. Jongh, D.M. et al. (2007).
48. Physicians for Human Rights (2011).
49. Essex (2013). Physicians for Human Rights (2011).
50. Commissie Klazinga (2007).
51. Essex, R. (2013).
52. Zion, D., Briskman& L. Loff, B. (2011).
53. Physicians for Human Rights (2011).

LITERATUUR

- Advies Commissie Voor Vreemdelingenzaken (ACVZ) (2013). *Vreemdelingenbewaring of een lichter middel? Advies over de besluitvorming bij inbewaringstelling van vreemdelingen*. Den Haag: ACVZ.;
- Amnesty International (2009). *Irregular migrants and asylum-seekers: Alternatives to immigration detention*. Geraadpleegd via www.amnesty.org/en/library/info/POL33/001/2009/;
- Amnesty International (2010). *Vreemdelingendetentie: in strijd met mensenrechten. Update van het rapport: The Netherlands: The detention of irregular migrants and asylum-seekers*. Amsterdam: Amnesty International;
- Amnesty International (2011). *Vreemdelingendetentie in Nederland. Het moet en kan anders. Alternatieven voor vreemdelingendetentie*. Amsterdam: Amnesty International;
- Amnesty International (2013). *Vreemdelingendetentie in Nederland: mensenrechten als maatstaf*. Amsterdam: Amnesty International;
- Blaauw, E. & Marle, H.J.C. van (2007). Mental health in prisons. In: L. Møller et al. (Eds.), *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Pp. 133-146;
- Broek, T.C. van der & Molleman, T. (2012) *Personeel in de vreemdelingenbewaring: de arbeidssituatie, agressie en geweld*. Cahier 2012-7. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum;
- Burnett, J. et al. (2010). 'State Sponsored Cruelty', *Children in Immigration Detention*. London: Medical Justice;
- Cleveland, J. (2013). Psychological Harm and the Case for Alternatives. *Forced Migration Review* (44): 7-8. www.fmreview.org/detention#sthash.1tELFWKr.dpuf;
- Cleveland, J. & Rousseau, C. (2013). Psychiatric Symptoms Associated With Brief Detention of Adult Asylum Seekers in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 409-416;
- Coalitie Geen Kind in de Cel (2014). "Papa, hebben we iets ergs gedaan?" *Kinderen en ouders in vreemdelingendetentie*. Coalitie Geen Kind in de Cel;
- Coffey, G.J., Kaplan, I, Sampson, R.C & Tucci, M.M. (2010). The Meaning and Mental Health Consequences of Long-Term Immigration Detention for People Seeking Asylum. *Social Science & Medicine* 70(12: 2070-2079);
- Commissie Klazinga (2007). *Arts & Vreemdeling, Rapport van de Commissie medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen*. Utrecht: KNMG, LHV, NVVP, Orde van Medisch Specialisten, Pharos;
- Coyle, A. (2007). Standards in prison health: the prisoner as a patient. In: Møller et al. (Eds.), *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health* (pp. 7-14). Copenhagen: WHO;

- Deen, H. (Ed.) (1993). *Zakwoordenboek der Geneeskunde*. Arnhem: Elsevier/Koninklijke PBNA;
- De Nationale ombudsman (2013). *Medische zorg vreemdelingen. Over toegang en continuïteit van medische zorg voor asielzoekers en uitgeprocedeerde asielzoekers*. Rapportnummer 2013/125. Den Haag: de Nationale ombudsman;
- Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) (2003). Rapportage van de ontwerpfase van het project "Verantwoorde medische zorg in penitentiaire inrichtingen en de organisatie ervan". Den Haag: DJI, Sectordirectie Gevangeniswezen;
- Essex, R. (2013) Human Rights, Dual Loyalties, and Clinical Independence: Challenges Facing Mental Health Professionals Working in Australia's Immigration Detention Network. *Journal of Bioethical Inquiry*. 11(1):75-83;
- Europese Terugkeerrichtlijn. Richtlijn nr. 2008/115/EG van het Europees Parlement en de Raad van 16 december 2008 over gemeenschappelijke normen en procedures in de lidstaten voor de terugkeer van onderdanen van derde landen die illegaal op hun grondgebied verblijven (PbEU 2008, L 348/98);
- Hayton, P. (2007). Protecting and promoting health in prisons: a settings approach. In: L.Møller et al. (Eds.), *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. (p. 15-20). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe;
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), (2004). *Rapport naar aanleiding van de algemene toezichtbezoeken aan de Medische dienst van het Uitzetcentrum Rotterdam Airport op 4 december 2003 en 12 maart 2004 te Rotterdam*. Den Haag: IGZ;
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2006). *Jaarbericht 2005*. Den Haag: IGZ;
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2009). *Medische diensten in detentiecentra, verantwoorde zorg maar nog niet geborgd*. Den Haag: IGZ;
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2011). *Terugdringen separeren stagneert, normen vereist rondom insluiting psychiatrische patiënten Uitkomsten inspectieonderzoek naar de preventie van separeren 2008-2011*. Utrecht: IGZ, p: 5;
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2014). *Verantwoorde medische zorg in detentie- en uitzetcentra. Signaleren van psychische kwetsbaarheid moet systematischer*. Utrecht: IGZ;
- Inspectie voor de Sanctietoepassing (2012). *Plaatsing in isolatie. Inspectierapport. Themaonderzoek*. Den Haag: Inspectie voor de Sanctietoepassing;
- Inspectie voor de Sanctietoepassing (2012). *Tussentijds toezicht centra voor vreemdelingenbewaring*. Den Haag: Inspectie voor de Sanctietoepassing;
- International Organisation for Migration (IOM) (2006). *Migration: a Social Determinant of the health of Migrants. Background Paper*. Geneva: IOM Migration Health Department;
- International Organisation for Migration (IOM) (2010). *Future Capacity Needs in Managing the Health Aspects of Migration. Background paper WMR*. Geneva: IOM;

- International Detention Coalition (2011). *There are alternatives, A handbook for preventing unnecessary immigration detention*. Melbourne: International Detention Coalition;
- Jesuit Refugee Service-Europe (2010). *Becoming Vulnerable in Detention*. Brussels: Devas en Jesuit Refugee Service-Belgium;
- Jongh, D.M. et al. (2007) De subjectieve werkbeleving van penitentiair verpleegkundigen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 85(2), 85-104;
- Keller, A., Rosenfeld, B., Trinh-Shevrin, C., Meserve, C., Sachs, A., Leviss, J., Singer, E., Smith, H., Wilkinson, J., Kim, G., Allden, K. & Ford, D. (2003). Mental Health of Detained Asylum Seekers. *Lancet*, 362(9397):1721-3;
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) (2013) II.01 'Gedragsregels voor artsen'. Richtlijn. Geraadpleegd via <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/62845/Gedragsregels-voor-artsen-2013.htm>;
- Koutroulis,G. (2003). Detained asylum seekers, health care, and questions of human(e)ness. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 27 (4):381-384;
- Kox, M. (2011). *Leaving Detention? A study on the influence of immigration detention on migrants' decision-making processes regarding return*. Den Haag: Internationale Organisatie voor Migratie;
- Laban, C.J., Gernaat, H.B.P.E., Komproe, I.H., Schreuders & G.A., de Jong, J.T.V.M. (2005). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47 (11), 743-752;
- Lilford, R.J., Mohammed, M.A., Braunholtz, D. & Hofer, T.P. (2003). The Measurement of Active Errors: Methodological Issues. *Quality & Safety in Health Care* 12 (suppl.II): ii8-ii12;
- Médecins du Monde (2013). *Acces to Healthcare in Europe in Times of Crisis and Rising Xenophobia. An Overview of the Situation of People excluded from Healthcare Systems*. Parijs: Inserm/MDM;
- Méndez, J. (2011). *Interim Report of the Special Rapporteur of the Human Rights Council on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. United Nations Doc. A/66/268.
- Newman, L.K, Dudley, M. & Steel, Z. (2008). Asylum, Detention, and Mental Health in Australia. *Refugee Survey Quarterly*, 27 (3), 110-127;
- Onderzoeksraad voor Veiligheid (2014). *Veiligheid van vreemdelingen*. Den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid;
- Oort, M. van, Kulu Glasgow, I., Weide, M. & Bakker, D. de (2001). *Gezondheidsklachten van illegalen. Een landelijk onderzoek onder huisartsen en Spoedeisende Hulpafdelingen*. Utrecht: NIVEL;
- Pharos (2007). *Met kennis van feiten. Vluchtelingen, nieuwkomers en gezondheid in cijfers*. Utrecht: Pharos – Kennis- en adviescentrum vluchtelingen, nieuwkomers en gezondheid;
- Physicians for Human Rights (PHR), (2011). *Dual Loyalties: The Challenges of Providing Professional Health Care to Immigration Detainees*. Cambridge/Washington: PHR;

Physicians for Human Rights and The Bellevue/NYU Program for Survivors of Torture (2003). *From Persecution to Prison: The Health Consequences of Detention for Asylum Seekers*. Boston and New York City: Physicians for Human Rights and The Bellevue/NYU Program for Survivors of Torture;

Porter, M. & Haslam, N. (2005). Predisplacement and Postdisplacement Factors associated with Mental health of Refugees and Internally Displaced Persons: a Meta-Analysis. *The Journal of the American Medical Association*, 294(5), 602-12;

Raad van Europa (2010). Resolution 1707. *Detention of Asylum Seekers and Irregular Migrants in Europe*;

Raad van Europa (Resolution 1637 (2008)). *Europe's boat people: mixed migration flows by sea into southern Europe*;

Robjant, K., Hassan, R. & Katona, C. (2009a). *Mental Health Implications of Detaining Asylum Seekers: a Systematic Review*. *British Journal of Psychiatry*, 194: 306-312;

Robjant, K., Robbins, I. & Senior, V. (2009b). Psychological Distress amongst Immigration Detainees: A Cross-Sectional Questionnaire Study. *British Journal of Clinical Psychology*, 48: 275-286;

Ryan, D.A., Benson, C.A. & Dooley, B.A. (2008). Psychological Distress and the Asylum Process: A Longitudinal Study of Forced Migrants in Ireland. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(1),37-45;

Smith, P.S. (2006). The Effects of Solitary Confinement on Prison Inmates: A Brief History and Review of the Literature. *Crime and Justice* 34 (1);

Steel, Z., Silove, D., Brooks, R., Momartin, S., AlZuhairi, B. & Susljik, I. (2006). Impact of Immigration Detention and Temporary Protection on the Mental Health of Refugees. *British Journal of Psychiatry*, 188: 58-64;

Stuart, G. (2006). Psychiatric Effects of Solitary Confinement. *Washington University Journal of Law and Policy* 22: 325-383;

Tsangarides, N. & Grant, J. (2013). *Expecting Change: The case for ending the Detention of Pregnant Women*. London: Medical Justice;

Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 19 637, nr. 1483;

Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 19 637, nr. 1748;

Tweede Kamer, vergaderjaar 2012–2013, 24 587, nr. 482. Gebundelde beleidsreactie op rapporten van Inspectie Veiligheid en Justitie;

UN High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2011). *Back to Basics: The Right to Liberty and Security of Person and 'Alternatives to Detention' of Refugees, Asylum-Seekers, Stateless Persons and Other Migrants*, April 2011, PPLA/2011/01.Rev.1. Geraadpleegd via <http://www.refworld.org/docid/4dc935fd2.html>;

UNHCR & Vluchtelingenwerk Nederland (2011). *Verlengde grensdetentie, noodzakelijk en effectief? Rapport Gesoten OC-Procedure voor asielzoekers 2008-2010*. UNHCR en Vluchtelingenwerk Nederland.

Den Haag/Amsterdam: UNHCR/Vluchtelingenwerk Nederland;

Voorde, F.J.J. ten e.a.(2013). *Vrijheidsbeperking in de GGZ: Veldnorm insluiting. Opdrachtgever Inspectie voor de Gezondheidszorg*. Soesterberg: TNO Behavioural and Societal Sciences;

Weiskopf, C.S. (2005) Nurses' Experience of Caring for Inmate Patients. Issues and Innovations in Nursing Practise. *Journal of Advanced Nursing*, 49(4):336-343. Geciteerd in Jongh, D.M. et al. (2007) De subjectieve werkbeleving van penitentiair verpleegkundigen. TSG: *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2007, 85(2), 85-104;

World Health Organization (WHO) (2003). *Patient Safety: Rapid Assessment Methods for Estimating Hazards*. Report of the WHO Working Group Meeting. Geneva: WHO;

Zegers, H.W.M. (2009). *Adverse events among hospitalised patients Results and methodological aspects of a record review study* (Proefschrift). Utrecht: NIVEL;

Zimmerman, C., Kiss, L. & Hossain, M. (2011). Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. *PLoS Med* 8(5): e1001034;

Zion, D. Briskman & L. Loff, B. (2011). Psychiatric ethics and a policy of compassion. *Journal of Bioethical Inquiry*. 9(1):67-75;

