

Vergaderjaar 2013–2014

19 637

Vreemdelingenbeleid

Nr. 1815

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VEILIGHEID EN JUSTITIE

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 25 april 2014

Op 23 april jongstleden heeft uw Kamer mij verzocht om zo spoedig mogelijk te reageren op de suïcide van een Armeense asielzoeker, de heer G. (Handelingen II 2013/14, nr. 79, Regeling van Werkzaamheden) Met deze brief kom ik aan dit verzoek tegemoet.

Uiteraard betreur ik het overlijden van de heer G. Mede met het oog op de vele reacties die op het overlijden van de heer G. in de media zijn verschenen, hecht ik eraan enige feitelijkheden te delen rondom zijn verblijf in Nederland, de verblijfsrechtelijke procedure en de zorg die hem is geboden met uw Kamer. Dat ik daarbij niet al te diep op persoonlijke details kan ingaan spreekt voor zich. Ik hecht er wel aan op te merken dat de opvanglocaties waarin de heer G. heeft verbleven open locaties waren, met de daarbij behorende vrijheid voor betrokkene om te gaan en staan waar hij wil. Het toezicht in deze opvang-locaties van het COA beperkt zich ingevolgde de vreemdelingenwet tot een wekelijkse meldplicht. Voor een intensievere vorm van toezicht bestond geen juridische grond.

Procedureverloop

Op 4 december 2013 heeft de heer G. zich aangemeld voor de asielprocedure in Ter Apel. De heer G. heeft daarbij een Duits document overgelegd waaruit blijkt dat hij een tijdelijke verblijfsvergunning op medische gronden in Duitsland heeft. Ook blijkt dat hij eerder in België asiel heeft aangevraagd. Er wordt een Dublin-claim bij Duitsland gelegd. Duitsland honoreert de claim op 16 december 2013. Daarna kan de algemene asielprocedure in Nederland in beginsel aanvangen, maar eerst wordt de heer G. eind december vorig jaar gezien door Medifirst. Medifirst is de organisatie die iedere asielzoeker (op vrijwillige basis) ziet voordat de asielprocedure aanvangt om de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) te adviseren over eventuele medische aspecten die relevant zijn voor de wijze waarop de asielprocedure wordt doorlopen. Medifirst acht de heer G. op medische gronden niet in staat om op dat moment te

worden gehoord. Na nog twee keer gezien te zijn door Medifirst, oordeelt Medifirst begin februari 2014 dat de heer G. gehoord kan worden. Op 25 februari 2014 vangt de algemene asielprocedure aan, waarna de IND op 3 maart 2014 het asielverzoek van de heer G. afwijst, omdat de heer G. zal worden overgedragen aan Duitsland. De gemachtigde van de heer G. stelt beroep in tegen dit besluit.

Op 5 maart 2014 wordt de heer G. overgeplaatst naar een asielzoekerscentrum (azc). De gemachtigde van de heer G. dringt aan op plaatsing in de intensief begeleide opvang (ibo) in Schalkhaar. De ibo is een open opvanglocatie waar 24-uurs begeleiding aanwezig is. Op 20 maart 2014 vindt de zitting van de rechtbank plaats, waarna de rechter op 27 maart 2014 het beroep gegrond verklaart. Naar het oordeel van de rechter had de IND deugdelijker en zorgvuldiger moeten motiveren waarom geen gebruik werd gemaakt van de in de Dublinverordening gegeven bevoegdheid om, ondanks de verantwoordelijkheid van Duitsland, het asielverzoek van de heer G. in Nederland te behandelen.

Op 28 maart 2014 wordt de heer G. overgeplaatst naar de ibo in Schalkhaar. Op 2 april 2014 stelt de IND hoger beroep in vanuit de notie dat medische aspecten niet voldoende zijn voor Nederland om een zaak aan zich te trekken en de heer G. niet aannemelijk heeft gemaakt dat hij aangewezen is op behandeling in Nederland. In Duitsland is immers gelijkwaardige medische behandeling mogelijk, en daar had hij ook al onder behandeling gestaan en een tijdelijke vergunning op medische gronden gekregen. Op 10 april 2014 vindt er een gesprek tussen de heer G. en een medewerker van de Dienst Terugkeer en Vertrek (DT&V) en de casemanager van het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) plaats. Het is gebruikelijk in het kader van de zorgvuldigheid dat een dergelijk gesprek wordt gevoerd na een eerste afwijzing. In dit gesprek wordt aan de heer G. uitgelegd dat zijn procedure nog loopt, en dat op de uitkomst daarvan geenszins vooruit wordt gelopen, maar dat er een kans bestaat dat hij terug zal moeten keren naar Duitsland. Tussen COA en DT&V is contact geweest over de timing van het gesprek met het oog op de psychische toestand van de heer G. Tijdens het gesprek maakte de heer G. een rustige en duidelijke indruk. Hij heeft het niet over suïcide maar hij maakt ook duidelijk dat hij niet terug wil naar Duitsland.

Op 12 april 2014 meldt het COA dat de heer G. suïcide heeft gepleegd.

Bevindingen

Specifiek relevant in dit feitenoverzicht is de afweging die de IND heeft gemaakt ten aanzien van de Dublinclaim en of er gedurende het verblijf van de heer G. in Nederland voldoende oog is geweest voor zijn persoonlijke en medische situatie.

Zodra op 12 april 2014 de suïcide van de heer G. mij bekend werd, heb ik mijn betrokken diensten (de IND, de DT&V, het COA en via hen het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A)) gevraagd de feiten in deze zaak en de overwegingen die hebben gespeeld op belangrijke momenten, in kaart te brengen. Op basis van de reacties van mijn diensten zal ik ingaan op de bovenstaande elementen.

De verblijfsrechtelijke procedure

Het beleid betreffende de toepassing van de EU-Dublinverordening kent verschillende momenten waarop de IND moet beoordelen of de overdracht aan de andere Dublinlidstaat al dan niet moet worden doorgezet. Uit de documentatie van de IND blijkt dat ook tijdens de

asielprocedure van de heer G. de IND op al die momenten dit bewust heeft beoordeeld en dat daarbij oog is geweest voor de bijzondere omstandigheden van de zaak. Bij de gemaakte keuzes heeft de IND beslissende betekenis toegekend aan de omstandigheid dat de heer G. in Duitsland onder medische behandeling had gestaan. Ook de beslissing hoger beroep in te stellen tegen de rechterlijke uitspraak van 27 maart 2014 is vanuit dit perspectief genomen.

In Nederland vertoonde de heer G. zorgmijndend gedrag en stond hij niet onder medische behandeling. Op basis van de op dat moment bekende feiten was er geen concreet zicht op een asielvergunning of een vergunning op enige medische grond in Nederland. Dit terwijl hij in Duitsland een vergunning had en een psychiatrische behandeling had ontvangen. Daarenboven waren door de IND en DT&V concrete afspraken gemaakt over een zorgvuldige overdracht aan Duitsland, indien sprake zou zijn van een definitieve afwijzing. Deze behelsden dat voorafgaand aan het vertrek naar Duitsland de heer G. nog zou worden gezien door een arts, in het kader van een fit-to-fly/travel beoordeling.

Deze arts zou, kort voor het vertrek, beoordelen of de heer G. medisch gezien in staat zou zijn om te reizen. Aanvullend zou door een arts worden beoordeeld welke specifieke maatregelen getroffen zouden moeten worden om de overdracht medisch verantwoord te laten plaatsvinden. De vorenstaande feiten brengen mij tot het oordeel dat de IND in deze procedure zorgvuldig heeft gehandeld.

Gedurende het verblijf van de heer G. in Nederland is door de IND overigens geen aanleiding gezien om het Bureau Medische Advisering (BMA) te bevragen. Ten eerste omdat in Dublinzaken toepassing van artikel 64 van de Vreemdelingenwet 2000 (in het kort: geen uitzetting om gezondheidsredenen) niet goed voorstelbaar is, behoudens in acute medische situaties zoals bijvoorbeeld ziekenhuisopname. Op grond van het interstatelijk vertrouwensbeginsel kan de asielzoeker worden overgedragen aan een andere Dublinlidstaat, omdat de medische voorzieningen worden geacht vergelijkbaar te zijn¹. In Dublinzaken kan wel aanleiding zijn om het BMA om advies te vragen over de maatregelen die getroffen moeten worden om de reis naar de andere lidstaat zorgvuldig te laten plaatsvinden. In de situatie van de heer G. was het bevragen van het BMA op dit punt niet aan de orde, omdat de reisvoorwaarden door de fit-to-fly-arts zouden worden beoordeeld. De IND heeft de gemachtigde hiervan op de hoogte gebracht.

De (medische) zorg

Kort na aankomst in Nederland in december 2013 werd duidelijk dat de heer G. psychi(atri)sche klachten heeft. In februari 2014 geeft de heer G. aan dat hij, indien hij terug zou moeten keren, suïcide zal plegen. De gemachtigde heeft hiervoor ook nadrukkelijk aandacht gevraagd. Uit de door de gemachtigde overgelegde Duitse medische stukken blijkt dat de heer G. voor zijn inreis naar Nederland een verleden heeft met gedwongen opnames (onder andere vanwege waanideeën), zelfverminking en suïcidepogingen. Hij uit hierbij zijn overtuiging dat er opnameapparatuur in zijn neus zit en dat hij zich in Duitsland slechter voelt dan in Nederland.

De signalen rond de dreigende suïcide zijn afgegeven bij de verschillende ketenpartners en tegenover MediFirst en zorgverleners. De ketenpartners hebben steeds aandacht gehad voor de medische situatie van de heer G. en hebben de signalen omtrent zijn psychische gesteldheid steeds binnen

¹ Zie ook: ABRS 8 oktober 2012, JV 2012/486; ABRvS, 18 september 2012, 201113336/1/V4, JV 2012/461; AbRS 5 februari 2007, 200607179/1, JV 2007/139; AbRS 11 maart 2011, 201009365.

de keten gedeeld. De zorgverleners zijn in kennis gesteld van het medische verleden van de heer G. en er is voortdurend sprake geweest van contact tussen de betrokken medische professionals en de medewerkers van de vreemdelingenketen.

MediFirst heeft de heer G. in het kader van de advisering binnen de asielpcedure verwezen naar het GC A. De heer G. is vervolgens ook meermaals gezien door eerstelijns zorgverleners. Vanwege een telefonische suïcidaankondiging, gedaan bij de GGZ consulent en bij de GC A, is op 27 maart 2014 de crisisdienst ingeschakeld. Deze heeft geconstateerd dat er geen sprake was van een acuut psychiatrisch beeld.

De heer G. stond in Nederland niet onder behandeling bij tweede- of derdelijns zorgverleners. Dit heeft in belangrijke mate te maken met het feit dat de heer G. niet consistent was in zijn gedrag en uitingen en op belangrijke momenten zorgmijdend gedrag vertoonde. Hij heeft meer dan eens aangegeven geen hulp te willen en met rust gelaten te willen worden. Ook heeft de heer G. meerdere malen afgezien van het opnemen van contact met GC A of andere hulpverleners, ondanks dat COA-medewerkers hierop aandrongen en er afspraken voor hem werden gemaakt. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor de afspraak die gemaakt was bij een KNO-arts om zijn neus te laten onderzoeken. Op momenten dat de heer G wel gesprekken had met medische professionals gaf hij een wisselend beeld. Soms gaf hij aan zich goed te voelen, terwijl hij op andere momenten aangaf suïcide te willen plegen en verzocht om psychiatrische opname. Op die momenten was het altijd aan de medisch professional (huisarts, crisisdienst) om de afweging te maken of opname nodig was.

De vraag kan worden gesteld of een gedwongen opname van de heer G. plaats had moeten vinden. Conform de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) is een onvrijwillige opname in een psychiatrisch ziekenhuis uitsluitend mogelijk als iemand door een psychische stoornis een gevaar vormt voor zichzelf, voor anderen of voor zijn omgeving. Bovendien moet het zo zijn dat dit gevaar niet op een andere, minder ingrijpende manier kan worden afgewend dan in een psychiatrisch ziekenhuis. Ten slotte geldt als voorwaarde dat de betrokkene geen bereidheid tot opname in een instelling vertoont. Een gedwongen opname kan plaatsvinden via een rechtelijke machtiging of via een inbewaringstelling. De burgemeester kan een inbewaringstelling gelasten op grond van een schriftelijke verklaring van een niet-behandelend psychiater of een niet-behandelend arts waaruit blijkt dat betreffende persoon voor gedwongen opname in aanmerking komt. Zoals hierboven gesteld, hebben de medisch professionals die de heer G. hebben gezien op verschillende momenten geoordeeld dat de dreiging van suïcide niet voldoende acuut was om tot gedwongen opname over te gaan. Deze beoordeling behoort ook primair bij hen te liggen.

Concluderende opmerkingen

Op basis van de hiervoor beschreven feiten en omstandigheden heb ik de overtuiging dat alle betrokkenen zich bewust waren van de persoonlijke en medische situatie van de heer G. en er alles aan hebben gedaan om maatwerk te leveren. Zowel in de vreemdelingrechtelijke procedure als in het verlenen van zorg zijn er bewuste afwegingen gemaakt en is er geen sprake geweest van nodeloos star vasthouden aan standaard werkwijzen of reeds ingezette procedures. Steeds is getracht een afweging te maken die recht deed aan de situatie.

Helaas heeft dit alles de suïcide van de heer G. niet kunnen voorkomen. In zijn algemeenheid geldt dat een medische behandeling niet in alle gevallen suïcide kan voorkomen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft uw Kamer over dit onderwerp bericht bij brief van 20 januari jl. (Kamerstuk 32 793, nr. 113), en toenmalig Minister voor Immigratie, Integratie en Asiel is meer specifiek op deze problematiek in gegaan in een brief aan uw Kamer van 30 januari 2012 (Kamerstuk 19 637, nr. 1490). De medewerkers in de vreemdelingenketen spannen zich maximaal in om de Vreemdelingenwet zorgvuldig uit te voeren en de menselijke maat te hanteren. Het is aan de orde van de dag dat asielzoekers dreigen met suïcide in het kader van hun toelatingsaanvraag. Deze dreiging kan nooit een zelfstandige grond voor verblijf zijn, maar vraagt wel zorgvuldige behandeling door de medewerkers van de vreemdelingenketen. Zij zetten zich daar maximaal voor in, ook als zij zich soms met dit type dreiging onder druk gezet voelen, hetgeen regelmatig voorkomt. Uiteraard wordt bij dergelijke tragische gebeurtenissen altijd bezien of er verbeteringen uit voort moeten komen, maar van belang is om dit te doen vanuit de wetenschap dat suïcidedreiging als zodanig geen grond is voor verblijf, dat Nederland vertrouwt op de zorg in andere EU lidstaten zoals Duitsland, en dat geen enkel land noch medisch zorgsysteem, ondanks alle inzet van de zorgprofessionals en andere betrokkenen, in staat is elke suïcide te voorkomen.

De Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie,
F. Teeven