



P R O T E C T

Process of Recognition and Orientation
of Torture Victims in European Countries
to Facilitate Care and Treatment

ACET
Bulgaria

BZFO
Germany

Cordelia Foundation
Hungary

FTDA
France

IRCT
Denmark

Parcours d'Exil
France

PHAROS
The Netherlands

COORDINATIE :

Jérôme Boillat
Bertrand Chamouton
(Parcours d'Exil)

AUTEURS:

Mimoza Dimitrova
Kristina Gologanova

ACET

7-9 Zvanika Str.,
Belite Brezi
1680 Sofia
Bulgaria

Boris Friele
Joachim Rueffer

BZFO

Turmstr. 21,
10559 Berlin
Germany

Adrienn Kroó
Káplány Szilvia
Lilla Hárdi

Cordelia Foundation

Balzac u. 37.
1136 Budapest
Hungary

Radoslaw Ficek
Véronique Lay
Melissa Paintoux

FTDA

24, rue Marc Seguin
75018 Paris
France

Hélène de Rengervé
Joost den Otter

IRCT

Borgergade 13
P.O. Box 9049
1022 Copenhagen K
Denmark

Jérôme Boillat
Pierre Duterte
Karin Teepe

Parcours d'Exil

12, rue de la Fontaine au Roi
75011 Paris
France

Erick Vloeberghs
Evert Bloemen

PHAROS

Herenstraat 53
3512 KB Utrecht
The Netherlands

In samenwerking met
Laurence De Bauche
(**Odysseus Academic Network**)

P R O T E C T

**HERKENNING EN OPSPORING VAN SLACHTOFFERS
VAN MARTELINGEN TEN BEHOEVE VAN ZORG IN
EUROPESE LANDEN**

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
A. Juridisch kader	7
1. <i>De Europese wetgeving inzake ‘kwetsbare’ asielzoekers en vluchtelingen</i>	8
De opvangrichtlijn	9
De procedurerichtlijn	11
De Dublinverordening	11
De kwalificatierichtlijn	12
Voorstellen voor tweede generatie richtlijnen in het kader van het gemeenschappelijk Europees asielstelsel	12
Conclusie	21
2. <i>Belemmeringen en uitdagingen bij de invoering van het PROTECT instrument</i>	22
Juridische en procedurele belemmeringen	22
Implementatie belemmeringen	23
Financiële belemmeringen	24
B. Wetenschappelijke verantwoording	25
Aanbevelingen over het gebruik van het PROTECT instrument	26
De algemene kenmerken van het PROTECT instrument: objectief, onpartijdig en neutraal	26
Onderzoek naar de kwetsbaarheid en de psychologische gevolgen van een trauma	27
De beoordeling van post-traumatische geestelijke gezondheid	29
De beoordeling van psychologische kwetsbaarheid met het PROTECT instrument	29
Diagnostische criteria	30
C. Richtlijnen voor de toepassing van de PROTECT-vragenlijst	32
De context: het vroegtijdig vaststellen van trauma bij kwetsbare groepen is een verantwoordelijkheid van de overheid	32
Het moment waarop de PROTECT-vragenlijst het best kan worden voorgelegd	32
Wie kan de PROTECT-vragenlijst voorleggen?	33
Praktische aanbevelingen voor het interview	33
‘Medium’ of ‘hoge’ score: wanneer verwijzen?	34
‘Lage’ score: Risico’s	34
D. Referenties	35
Appendix 1: De PROTECT-vragenlijst	39
Appendix 2: Veel gestelde vragen (FAQ’s)	43

Voorwoord

Overeenkomstig Richtlijn 2003/9/EG van 27 januari 2003 met betrekking tot de vaststelling van minimumnormen voor de opvang van asielzoekers (de zogenaamde Opvangrichtlijn), moeten de lidstaten rekening houden met de specifieke situatie van kwetsbare personen, waaronder personen die zijn onderworpen aan foltering, verkrachting of andere vormen van ernstig psychologisch, fysiek of seksueel geweld. Bovendien dienen de lidstaten ervoor te zorgen dat deze personen de noodzakelijke behandeling krijgen voor de schade veroorzaakt door deze handelingen. Deze bepalingen gelden echter alleen voor personen waarvan, na een individuele beoordeling van hun situatie, erkend is dat ze bijzondere behoeften hebben.

Nadat bleek dat de meeste EU-lidstaten niet aan deze verplichtingen kunnen voldoen, hebben zes NGO's uit Bulgarije, Frankrijk, Duitsland, Hongarije en Nederland samen met het IRCT besloten om een proces te ontwikkelen van vroegtijdige herkenning en oriëntatie van martelslachtoffers of slachtoffers van ernstige vormen van psychisch, fysiek of seksueel geweld.

Het proces heeft tot doel nationale asielautoriteiten te helpen die belast zijn met de bepaling van de vluchtelingenstatus en de opvang en identificatie (beter: onderzoek) van asielzoekers. Het opsporen van kwetsbare personen die ernstige traumatische ervaringen meemaakten is van belang zodat zij:

- aangepaste ondersteuning krijgen tijdens hun asielaanvraag;
- snel de juiste medische zorg ontvangen, en
- indien nodig ook aangepaste voorzieningen

De organisaties die het project ontwikkelden zijn allen betrokken bij de zorg en rehabilitatie van slachtoffers van foltering. Het project kwam tot stand door input vanuit verschillende organisaties die actief zijn op het gebied van asielzoekers, vluchtelingen en / of slachtoffers van foltering op lokaal, nationaal of Europees niveau, en met de financiële steun van de Europese Commissie.

De vragenlijst is gemaakt met de bedoeling te worden gebruikt in Europese landen. Ze is gebaseerd op up-to-date wetenschappelijke kennis en ontwikkeld om gebruikt te worden door niet-medische alsook medische professionals en vrijwilligers in het kader van een eerste screening van kwetsbare personen. De vragenlijst is gericht op signalen en symptomen van de meest voorkomende psychische problemen, zoals Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS), angst en depressie met de bedoeling kwetsbare asielzoekers met traumatische ervaringen op te sporen.

De vragenlijst werd zo ontworpen dat ze eenvoudig en praktisch in gebruik is. Daarnaast is er een "" lijst met veel gestelde vragen (FAQ = Frequently Asked Questions) en een aantal andere documenten die gezamenlijk het PROTECT boek uitmaken. Het geheel is bedoeld om de interviewer te ondersteunen bij de opsporing . Zo wordt ingegaan op hoe de interviewer de vragen op een juiste manier stelt, op de achtergrond en betekenis van de vragen en het biedt suggesties hoe te reageren in geval zich onvoorziene (gedrags)problemen voordoen

De vragenlijst is te vinden in Appendix 1

Het Protect boek omvat:

- Een overzicht van de relevante Europese richtlijnen in het kader van het CEAS (Common European Asylum System) over receptie, procedures en kwalificatie alsook de Dublin regeling (in de huidige teksten en in de voorgestelde vernieuwde teksten)
- een samenvatting van de belangrijkste hindernissen en uitdagingen bij de implementatie van het instrument;
- Een gedetailleerd verslag van de achtergronden (rationale) en de wetenschappelijke onderbouwing van de werkwijze, en van het belang en de onpartijdigheid ervan,
- Richtlijnen voor de implementatie van de werkmethode,
- Referenties
- Twee bijlagen:
 - De PROTECT -vragenlijst
 - De veel gestelde vragen opgenomen in het PROTECT boek.

De documenten zijn vertaald in zeven talen (Engels, Frans, Duits, Nederlands, Hongaars, Bulgaars en Spaans). De Protect vragenlijst is beschikbaar in een flink aantal van de talen die door asielzoekers in Europa gesproken worden

A. Juridisch kader

Het PROTECT-signaleringsinstrument is een beknopte praktische vragenlijst die speciaal is ontwikkeld voor de vroege signalering van mensen die traumatische ervaringen hebben doorgemaakt en die een verzoek doen om internationale bescherming binnen de Europese rechtsorde.

De Europese Unie verlangt van haar lidstaten dat zij een procedure voor de opsporing van kwetsbare asielzoekers met speciale behoeften, waaronder ook slachtoffers van foltering, beschikbaar stellen en naleven. Er zijn echter maar weinig lidstaten die een dergelijke procedure hebben ingevoerd, in de vorm van wetgeving en/of in de praktijk. Hoe de weinige signaleringsprocedures zijn uitgewerkt, hangt erg af van de betreffende lidstaat.

In dat opzicht zou men de invoering van het PROTECT-instrument in de nationale asielsystemen vernieuwend kunnen noemen, omdat het een proactieve actie betreft. Het is een Europees proces dat niet alleen rekening houdt met de wettelijke beperkingen, maar ook met de medische en psychologische behoeften, die bij kwetsbare asielzoekers onontbeerlijk zijn. Het PROTECT-instrument is dus een eerste stap ter ondersteuning van de lidstaten zodat zij kunnen voldoen aan de opvangrichtlijn, de procedurerichtlijn en, wanneer het vluchtelingen betreft, de kwalificatierichtlijn.

Voordat het PROTECT-instrument tot stand kwam, zijn er diverse zaken in kaart gebracht. Ten eerste was er een onderzoek naar de Europese wetgeving, vooral waar dit de voorzieningen voor 'kwetsbare' personen betrof (zowel de geldende wetgeving als voorstellen van de Europese Commissie binnen het gemeenschappelijk Europees asielstelsel). Ten tweede kunnen de nationale kaders en procedures problemen en belemmeringen bevatten die de invoering van het proces in de weg staan en deze moeten in beeld worden gebracht.

1. De Europese wetgeving inzake 'kwetsbare' asielzoekers en vluchtelingen¹

In het Stockholm Programma² van de Europese Raad wordt rekening gehouden met kwetsbare personen en groepen en hun bescherming wordt verbeterd - of het nu Europese burgers betreft of onderdanen uit derde landen – . Daarmee is dit uitgangspunt een belangrijke beleidsprioriteit voor de Europese Unie. Immigratie- en asielbeleid zijn een onlosmakelijk onderdeel van deze prioriteit.

In de huidige status van de Europese wetgeving op het gebied van het gezamenlijke asielbeleid, is de opvangrichtlijn³ het enige wettelijke instrument van de eerste generatie dat in aanzienlijke mate specifiek aandacht schenkt aan de situatie van kwetsbare asielzoekers met speciale behoeften. Zelfs de huidige procedurerichtlijn⁴ gaat maar heel summier in op de mogelijke kwetsbaarheid van asielzoekers en in de geldende Dublin-verordening⁵ wordt dit totaal niet genoemd⁶. De situatie van mensen die internationale bescherming genieten is heel anders, omdat de bepalingen, die deels hetzelfde zijn als die van de opvangrichtlijn, in de huidige kwalificatierichtlijn⁷ zijn te vinden.

Voorstellen voor tweedegeratie-instrumenten, zoals de voorstellen van de Commissie voor de procedurerichtlijn⁸ en voor de Dublin-verordening⁹ lossen dit probleem op. In die concepten wordt nu volledig rekening gehouden met kwetsbare asielzoekers. Naast andere ontwikkelingen, zijn er nieuwe bijzondere bepalingen gewijd aan slachtoffers van foltering en mensenhandel, en aan asielzoekers met psychische problemen. Hoewel het niet zeker is wat er met de voorstellen zal gebeuren, kan het bestuderen ervan wel relevante informatie opleveren over de toekomstige wijzigingen van de teksten.

¹ In het beperkte kader van dit onderzoek, zal de Europese wetgeving met betrekking tot 'kwetsbare' asielzoekers en vluchtelingen niet heel grondig en uitputtend worden geanalyseerd. De bedoeling van deze rechtsvergelijkende analyse is een algemeen overzicht te geven van de voornaamste voorzieningen voor 'kwetsbare' asielzoekers en vluchtelingen, waarbij specifiek wordt gelet op de 'doelgroep' van het PROTECT-project, dat wil zeggen: mensen die traumatische ervaringen hebben ondergaan.¹

² The Stockholm Program, "An open and Secure Europe serving and protecting citizens", European Council, 2010/C115/01.

³ Council directive 2003/9/EC of January 27th 2003 laying down minimum standards for the reception of asylum seekers.

⁴ Council directive 2005/85/EC of December 1st 2005 laying down minimum standards on procedures in Member States for granting and withdrawing refugee status.

⁵ Council regulation 2003/343/EC of February 18th 2003 establishing the criteria and mechanisms for determining the Member State responsible for examining an asylum application lodged in one of the Member States by a third-country national.

⁶ Article 6, first indent and article 15, paragraph 3 only mention the best interest of unaccompanied minors in the view to determine the Member State responsible for the status determination.

⁷ Council directive 2004/83/EC of April 29th 2004 on minimum standards for the qualification and status of third country nationals or stateless persons as refugees or as persons who otherwise need international protection and the content of the protection granted.

⁸ Proposal of October 21st 2009 for a directive of the European Parliament and of the Council on minimum standards on procedures in Member States for granting and withdrawing international protection, (Recast), COM (2009) 554 final and amended proposal of 1st June 2011 for a directive of the European Parliament and of the Council on minimum standards on procedures in Member States for granting and withdrawing international protection, (Recast), COM (2011) 319 final.

⁹ 8 Proposal of December 3rd 2008 for a regulation of the European Parliament and of the Council establishing the criteria and mechanisms for determining the Member State responsible for examining an application for international protection lodged in one of the Member States by a third-country national or a stateless person, (Recast), COM (2008) 820 final.

De Opvangrichtlijn

De bepalingen van de geldende richtlijn opvangvoorzieningen, die specifiek de kwetsbare asielzoekers met speciale behoeften beschermen, hebben als doel opvangvoorzieningen te bieden die zijn aangepast aan hun behoeften. Met andere woorden: de minimumnormen die in de richtlijn zijn vastgelegd, moeten worden aangepast voor mensen die bijzonder verzwakt zijn of tot een risicogroep behoren. Nu geldt deze verplichting voor twee aspecten van de opvangvoorzieningen: materiële opvangvoorzieningen (huisvesting, voeding en dagvergoedingen) en gezondheidszorg.

De betreffende bepalingen zijn voornamelijk in hoofdstuk IV van de richtlijn te vinden (artikel 17 tot 20), getiteld: *'Personen met bijzondere behoeften'*. Artikel 15, lid 2 is eveneens van toepassing, aangezien hierin de specifieke gezondheidszorg wordt genoemd die moet worden geboden aan kwetsbare asielzoekers met bijzondere behoeften.

Artikel 17 is van groot belang: hierin staan de twee algemene beginselen dat lidstaten rekening moeten houden met de situatie van kwetsbare asielzoekers met bijzondere behoeften en dat zij hen moeten opsporen: *'1. De lidstaten houden in hun nationale wetgeving tot uitvoering van de bepalingen van hoofdstuk II inzake materiële opvangvoorzieningen en gezondheidszorg rekening met de specifieke situatie van kwetsbare personen zoals minderjarigen, niet-begeleide minderjarigen, personen met een handicap, ouderen, zwangere vrouwen, alleenstaande ouders met minderjarige kinderen en personen die foltering hebben ondergaan, zijn verkracht of aan andere ernstige vormen van psychologisch, fysiek of seksueel geweld zijn blootgesteld.*

2. Lid 1 is uitsluitend van toepassing op personen die na een individuele beoordeling van hun situatie bijzondere behoeften blijken te hebben.'

Het Odysseus Academic Network heeft in 2007 onderzocht hoe de opvangrichtlijn is geïmplementeerd¹⁰. Dit onderzoek benadrukt dat een groot aantal lidstaten geen procedure hebben om kwetsbare asielzoekers met bijzondere behoeften op te sporen, ondanks artikel 17 van de richtlijn. Door dit gebrek blijven personen verstoken van de speciale opvang en zorg waar zij normaal gesproken baat van kunnen hebben en wordt niet tegemoet gekomen aan hun speciale behoeften.

Het opsporen van kwetsbare asielzoekers is daarom van het grootste belang. In sommige gevallen is het duidelijker dan in andere gevallen dat er sprake is van kwetsbaarheid, bijvoorbeeld wanneer het moeilijk is om aan trauma gerelateerde problematiek aan het licht te brengen.

Vooraf trauma's waar het PROTECT-project zich op richt, zoals trauma's die verband houden met daden van foltering, verkrachting of andere ernstige vormen van fysiek, psychisch of seksueel misbruik of andere wrede of onmenselijke ervaringen. Deze handelingen of ervaringen hoeven niet altijd zichtbare sporen achter te laten, maar weerhouden het slachtoffer er vaak van om zijn of haar verhaal te doen.

Het ontbreken van opsporings- en signaleringsprocedures is in veel lidstaten deels te wijten aan het feit dat in artikel 17 van de richtlijn opvangvoorzieningen geen expliciete eis is opgenomen dat de lidstaten een dergelijke procedure voor deze aanvragers opzetten. Desalniettemin kunnen we stellen dat deze procedure logisch gezien vereist is volgens artikel 17, aangezien de Europese Commissie dit in haar

¹⁰ Odysseus Academic Network, "Study on the conformity checking of the transposition by member States of 10 EC directives in the sector of asylum and immigration" done for DG JLS of the European Commission, End 2007.

rapport van 26 november 2007 heeft onderstreept¹¹: *'Identificatie van kwetsbare asielzoekers is een kernelement zonder welke de bepalingen van de richtlijn aangaande de speciale behandeling van deze personen iedere betekenis verliezen'*.

Naar onze mening is de wettelijke verplichting van de lidstaten om een opsporingsprocedure in te voeren ook een gevolg van de formulering in het tweede lid van artikel 17, waarin de lidstaten impliciet wordt opgelegd *'een individuele beoordeling'* van de situatie van elke asielzoeker uit te voeren.

Naast artikel 17, verplicht ook artikel 15 van de richtlijn de lidstaten om er niet alleen zorg voor te dragen *'dat asielzoekers de nodige medische zorg ontvangen, die ten minste de spoedeisende behandelingen en de essentiële behandeling van ziekten omvat'* (lid 1), maar wat nog belangrijker is: tot het *'verstrekken [van] de noodzakelijke medische of andere zorg aan asielzoekers met speciale behoeften'* (lid 2). Dit tweede lid legt een meer algemene en gunstiger norm op dan in het eerste lid wordt opgelegd. De gunstigere norm geldt alleen voor kwetsbare asielzoekers met speciale behoeften en verplicht de lidstaten om hen te voorzien van *'de noodzakelijke medische of andere hulp'* zonder deze bijstand slechts te beperken tot *'spoedeisende behandelingen en de essentiële behandeling van ziekten'* (deze laatste norm is van toepassing op alle asielzoekers die niet worden aangemerkt als kwetsbare personen met speciale behoeften).

Omdat het vooral gaat om slachtoffers van foltering, verkrachting of andere ernstige vormen van geweld, moeten die aanvragers op grond van artikel 17 als kwetsbaar worden aangemerkt. Dus, wanneer blijkt dat zij speciale behoeften hebben, zal op grond van deze bepaling met hun specifieke situatie rekening worden gehouden. Mogelijk hebben zij ook baat bij de verplichting die in artikel 15, lid 2 is opgenomen, zodat zij toegang hebben tot *'de noodzakelijke medische of andere zorg'*. Bovendien is er nog een specifiek artikel dat bescherming biedt (artikel 20, *'Slachtoffers van foltering en geweld'*) aan slachtoffers van dergelijk geweld en dat de lidstaten verplicht ervoor te zorgen dat *'personen die foltering, verkrachting of andere ernstige vormen van geweld hebben ondergaan, voor hun daardoor veroorzaakt letsel zo nodig de vereiste behandeling ontvangen'*. Ook artikel 18, lid 2 met betrekking tot minderjarigen die het slachtoffer van geweld zijn geworden, geeft hen toegang tot revalidatievoorzieningen, en ook tot passende geestelijke gezondheidszorg en professionele counseling¹². Als blijkt dat een minderjarige bijzondere behoeften heeft, zou hij of zij in het algemeen ook profijt hebben van de verplichtingen die in artikel 17 zijn geformuleerd, aangezien minderjarigen duidelijk als voorbeeld van *'kwetsbare'* personen worden genoemd, evenals personen die in artikel 15, lid 2 zijn omschreven.

Ten slotte moet worden opgemerkt dat de opvangrichtlijn doorgaans van toepassing is op alle instellingen waar asielzoekers zijn ondergebracht, wat wil zeggen: zowel open als gesloten opvangcentra. Dit betekent dat zelfs asielzoekers die in bewaring zijn gesteld moeten kunnen profiteren

¹¹ European Commission, Report from the Commission to the Council and the European Parliament on the application of Directive 2003/9/EC of January 27th 2003 laying down minimum standards for the reception of asylum seekers, 26 November 2007, COM(2007) 745 final, point 3.5.1. Hereafter the Commission report on reception conditions.

¹² Article 18 § 2 mentions that : "Member States shall ensure access to rehabilitation services for minors who have been victims of any form of abuse, neglect, exploitation, torture or cruel, inhuman and degrading treatment, or who have suffered from armed conflicts, and ensure that appropriate mental health care is developed and qualified counseling is provided when needed". This provision is not modified in the reception conditions Commission proposals of December 3rd 2008 and of June 1st 2011.

van de bovengenoemde beschermende bepalingen van de richtlijn betreffende kwetsbare asielzoekers¹³.

Hoewel de Europese Commissie in haar rapport over opvangvoorzieningen verklaarde: *'Aangezien de richtlijn geen ruimte laat voor uitzonderingen voor bepaalde huisvestingsfaciliteiten voor asielzoekers, gelden de bepalingen ervan voor alle soorten ruimten, met inbegrip van detentiecentra'* (punt 3.1), voldoen zeker tien landen niet aan de richtlijn opvangvoorzieningen voor asielzoekers in bewaring. Dit is een schending van de richtlijn.

De procedurerichtlijn

In de huidige procedurerichtlijn wordt de mogelijke kwetsbaarheid van asielzoekers alleen dubbelzinnig en bijna als kanttekening vermeld. Artikel 13 (lid 3, punt a) verwijst wel naar de kwetsbaarheid van de asielzoeker als één van de elementen waarmee de persoon die het vraaggelbesprek voert voor de bepaling van de vluchtelingenstatus rekening moet houden. In de bepaling staat dat de lidstaten erop toe zullen zien *'dat de persoon die het persoonlijke onderhoud afneemt voldoende bekwaam is om rekening te houden met de persoonlijke of algemene omstandigheden die een rol spelen bij het asielverzoek, met inbegrip van de culturele achtergrond en kwetsbaarheid van de asielzoeker, voor zover dat mogelijk is'*. De beoordelingsinstantie zal dus interviewers moeten aanstellen die de vereiste specialistische kennis, training en ervaring hebben op het gebied van kwetsbaarheid en bijzondere behoeften. Deze vereiste is desalniettemin slechts een *'inspanningsverplichting'*, zoals wordt onderstreept door de formulering: *'voor zover dat mogelijk is'*. Afgezien van die bepaling, verwijst alleen artikel 17 van deze richtlijn naar *'kwetsbare'* personen, en hierin worden garanties gespecificeerd voor niet-begeleide minderjarigen.

De Dublin-verordening

De huidige verordening biedt geen voorschriften met betrekking tot de bescherming van kwetsbare asielzoekers met bijzondere behoeften¹⁴. Echter, het voorstel van de Commissie tot wijziging van de Dublin-verordening staat in contrast met de geldende Dublin-verordening, aangezien het voorstel nieuwe bepalingen bevat voor het beschermen van kwetsbare asielzoekers die nu zijn onderworpen aan de Dublin-procedure.

¹³ One must also stress the Recommendation 2006/2 of the Council of Europe on the European Prison Rules adopted by the Committee of Ministers on January 11th 2006 at the 952nd meeting of the Ministers' Deputies. The following points are especially relevant :

"40.4 Medical services in prison shall seek to detect and treat physical or mental illnesses or defects from which prisoners may suffer.

42.1 The medical practitioner or a qualified nurse reporting to such a medical practitioner shall see every prisoner as soon as possible after admission, and shall examine them unless this is obviously unnecessary.

46.1 Sick prisoners who require specialist treatment shall be transferred to specialized institutions or to civil hospitals, when such treatment is not available in prison.

46.2 Where a prison service has its own hospital facilities, they shall be adequately staffed and equipped to provide the prisoners referred to them with appropriate care and treatment".

¹⁴ Article 6, first indent and article 15, paragraph 3 speaks only of the best interest of unaccompanied minors in the view to determine the Member State responsible for the status determination.

De kwalificatierichtlijn

Het doel van de kwalificatierichtlijn is minimumnormen vast te stellen voor de erkenning van personen als vluchteling of als begunstigde van subsidiaire bescherming, maar ook minimum niveaus van rechten en voordelen die zijn verbonden aan de verleende bescherming.

Hoofdstuk VII van de kwalificatierichtlijn, met de titel '*Kenmerken van de internationale bescherming*' bevat een bepaling (artikel 20, leden 3 en 4) die 'gelijkwaardig is aan' het doel van artikel 17 van de opvangrichtlijn. Het doel van artikel 20, leden 3 en 4 van de kwalificatierichtlijn is dan ook om de lidstaten te verplichten een speciale behandeling te garanderen voor kwetsbare personen met speciale behoeften, onder andere op het gebied van de gezondheidszorg. Dit vloeit voort uit het feit dat de personen waar het bij deze richtlijn om gaat, ofwel vluchteling zijn of subsidiaire bescherming hebben gekregen, terwijl artikel 17 van de richtlijn voor opvangvoorzieningen alleen geldt voor asielzoekers.

De formulering van artikel 20, leden 3 en 4 is vergelijkbaar met de bewoording van artikel 17, leden 1 en 2 van de opvangrichtlijn. Dus ook hier rijst hetzelfde procedurele probleem: er is geen expliciete verplichting om een procedure voor de opsporing van kwetsbare personen met bijzondere behoeften vast te stellen. Toch, zoals hierboven spreekt uit de titel die verwijst naar de geldende opvangrichtlijn, komt naar onze mening de wettelijke verplichting van de lidstaten om een signaleringsprocedure vast te stellen voort uit de formulering '*individuele beoordeling van hun situatie*' die zowel in het tweede lid van artikel 17 van de opvangrichtlijn staat als in het vierde lid van artikel 20 van de kwalificatierichtlijn.

Wat betreft de opvangrichtlijn, is de PROTECT-vragenlijst één van de allereerste nuttige en praktische instrumenten die de lidstaten kunnen helpen artikel 20, leden 3 en 4 van de kwalificatierichtlijn uit te voeren.

Voorstellen voor tweede generatie richtlijnen in het kader van het gemeenschappelijk Europees asielstelsel

Eerste wijzigingsvoorstel voor de opvangrichtlijn (3 december 2008)

Op 3 december 2008 heeft de Commissie een voorstel tot herziening van de opvangrichtlijn uitgebracht¹⁵. Dit voorstel handelt over de situatie van kwetsbare asielzoekers.

Een eerste wijziging die de Commissie heeft aangebracht met artikel 21 (het huidige artikel 17) in haar voorstel van 3 december 2008, betreft de reikwijdte van de richtlijn ten aanzien van het rekening houden met de specifieke situatie van kwetsbare asielzoekers met bijzondere behoeften. De reikwijdte beperkt zich niet meer alleen tot materiële opvangvoorzieningen en gezondheidszorg maar bestrijken de gehele inhoud van de richtlijn.

Vervolgens staat duidelijk en expliciet in paragraaf 2 van het nieuwe artikel 21 dat de lidstaten verplicht zijn '*in hun nationale wetgeving procedures [vast te stellen] om, (...) na te gaan of de verzoeker bijzondere behoeften heeft en de aard van die behoeften te bepalen*'. In die zin biedt het voorstel van de

¹⁵ Proposal of December 3rd 2008 for a directive of the European Parliament and of the Council laying down minimum standards for the reception of asylum seekers (Recast), COM (2008) 815 final.

Commissie een oplossing voor het procedurele probleem dat is opgeroepen door artikel 17 van de geldende richtlijn opvangvoorzieningen¹⁶.

Paragraaf 2 geeft ook aan dat deze procedures van start moeten gaan *'zodra een verzoek om internationale bescherming is ingediend'*. Het bepalen wat de beste tijd is om de situatie van de asielzoeker te beoordelen is een essentieel punt. Het is belangrijk om kort na de indiening van het verzoek om internationale bescherming iedere asielzoeker individueel te beoordelen. Tevens kan in sommige gevallen een enkele beoordeling onvoldoende zijn.

Met betrekking tot de inhoud van artikel 21 van het Commissievoorstel, is het daarom belangrijk om de beoordeling niet te beperken tot een specifiek moment. Integendeel, het moet juist worden opgevat als een langetermijnproces, dat moet worden uitgevoerd zolang een asielzoeker, als zodanig, op het grondgebied van de staat mag verblijven. Daarom zou de formulering in artikel 21 de lidstaten moeten verplichten om deze beoordeling op regelmatige tijdstippen hernieuwd uit te voeren, gezien het feit dat de nodige tekenen van een bestaande kwetsbaarheid niet altijd in de eerste beoordeling (of in de latere beoordelingen) worden ontdekt¹⁷.

Artikel 19, paragraaf 2 (het huidige artikel 15, paragraaf 2 is nu van kracht) van het voorstel van de Commissie van 3 december 2008 stelt dat: *'2. De lidstaten verstrekken de noodzakelijke medische of andere zorg aan asielzoekers met speciale behoeften, **inclusief, indien nodig, passende geestelijke gezondheidszorg, onder dezelfde voorwaarden als aan nationale onderdanen**'*¹⁸.

De verwijzing naar *'dezelfde voorwaarden als aan nationale onderdanen'* is een zeer vooruitstrevende maatregel ten gunste van kwetsbare asielzoekers met speciale behoeften, waaronder ook aanvragers die traumatische ervaringen hebben ondergaan.

Als er geen gedetailleerde beschrijving wordt gegeven, lijkt de toevoeging van de formulering *'inclusief, indien nodig, passende geestelijke gezondheidszorg'* niet relevant. Deze toevoeging kan de indruk wekken dat de geestelijke gezondheidszorg niet onder het huidige artikel 15 valt, wat naar onze mening niet het geval is, zelfs niet voor asielzoekers die niet als kwetsbare personen worden aangemerkt. Het eerste lid van artikel 15 voorziet immers in *'spoedeisende behandelingen en de essentiële behandeling van ziekten'* zonder deze *'spoedeisende hulp'* te beperken tot **lichamelijke** 'medische noodhulp', de *'essentiële behandeling'* tot lichamelijke *'essentiële behandeling'* en *'ziekt'* tot **lichamelijke** 'ziekte'. Het

¹⁶ If article 21 of the Commission proposal solves the procedural problem of article 17 of the current reception conditions directive – meaning the lack of an express requirement for the Member States to establish a procedure of identification of vulnerable asylum seekers with special needs –, the new provision raises a conceptual problem. This stake will not be addressed in the framework

of the PROTECT project. For more developments on this point see among other : Setting up a Common European Asylum System, Report on the Application of Existing Instruments and Proposals for the New System, Study of the European Parliament, Directorate General for Internal Policies, Policy Department C : Citizens' Rights And Constitutional Affairs, Civil Liberties, Justice And Home Affairs, EP 425.622, Chapter 3, Section II , Sub Section I, point 2. Hereafter : EP Study 425.622.

¹⁷ This renewal of the assessment of the situation of every asylum seekers which have not been identified as vulnerable persons with special needs by the initial (or by the subsequent) assessment(s) – and which is not sets out in the new article 21 of the Commission proposal – must not be confused with the support which must be ensured by the Member States throughout the asylum procedure to asylum seekers identified as vulnerable persons with special needs and with the appropriate monitoring of their situation, two obligations stated in the new article 21.

¹⁸ The words in bold in article 19, paragraph 2 are new in the Commission proposal compared to the current article 15, paragraph 2 of the directive in force.

tweede lid van artikel 15 - dat alleen geldt voor kwetsbare asielzoekers met speciale behoeften - voorziet in *'de noodzakelijke medische zorg'*, zonder dit te beperken tot **lichamelijke** *'nodige medische zorg'* en voor *'andere zorg'* waardoor hier niet alleen **lichamelijke en geestelijke** gezondheidszorg, maar ook **paramedische** hulp onder kan worden verstaan.

Artikel 15 is getiteld *'Gezondheidszorg'* en niet slechts *'Lichamelijke gezondheidszorg'* of *'Medische zorg'*. Momenteel verlenen sommige lidstaten geen geestelijke gezondheidszorg in overeenstemming met artikel 15. Deze beperkte interpretatie zal met de voorgestelde wijziging van de Commissie niet meer mogelijk zijn.

Artikel 24 (recentelijk artikel 20) van het voorstel van de Commissie is als volgt gewijzigd:

'1. De lidstaten zorgen ervoor dat personen die foltering, verkrachting of andere ernstige vormen van geweld hebben ondergaan, voor hun daardoor veroorzaakt letsel de vereiste behandeling ontvangen, met name toegang tot rehabilitatie, waardoor medische en psychische behandeling mogelijk worden.'

2. Personen die met slachtoffers van foltering werken, moeten passend onderwijs over de problematiek en behoeften van deze slachtoffers gevolgd hebben en blijven ontvangen; voor deze personen gelden de geheimhoudingsregels zoals omschreven in de relevante nationale wetgeving in verband met de informatie waarvan zij uit hoofde van hun werk kennisnemen'¹⁹.

De aanscherping die is toegevoegd aan het eerste lid en het tweede nieuwe lid zorgen voor meer bescherming voor slachtoffers van foltering, verkrachting of andere ernstige vormen van geweld. Het belang van toegang tot passende gezondheidszorg wordt duidelijk beklemtoond²⁰. Dat het personeel training moet krijgen, is van cruciaal belang omdat dit een essentieel onderdeel is dat kan bijdragen aan het op tijd opsporen van asielzoekers met traumatische ervaringen.

Tweede wijzigingsvoorstel voor de opvangrichtlijn (1 juni 2011)

Het voorstel van de Commissie van 3 december 2008 werd door de EU Minister Raad fel bekritiseerd. Als gevolg daarvan heeft EU-commissaris Cecilia Malmström in november 2010 aangekondigd dat de Commissie het voornemen heeft een nieuwe tekst van het voorstel voor de richtlijn opvangvoorzieningen aan het Parlement en de Raad voor te leggen. Dit document staat bekend als het gewijzigde voorstel van de Commissie van 1 juni 2011.

In artikel 21 en 22 van het gewijzigde voorstel van de Commissie van 1 juni 2011 (artikel 17 en artikel 21 van het voorstel van de Commissie van 3 december 2008) staat het algemeen beginsel dat rekening gehouden moet worden met de specifieke situatie van kwetsbare asielzoekers met speciale behoeften.

Wat betreft het procedurele probleem, lijkt het nieuwe artikel 22 erg op artikel 21, lid 2 van het voorstel van de Commissie van 3 december 2008. Echter, in artikel 22 van de nieuwe tekst vervangt de formulering *'De lidstaten stellen manieren vast om te onderzoeken of de verzoeker een kwetsbare*

¹⁹ The words in bold in article 24 are new in the Commission proposal compared to the current article 22 of the directive in force and the words crossed out are deleted.

²⁰ The precision added in article 24, paragraph 1 does not raise a similar problem as the addition in article 19, paragraph 2. Indeed, the words "in particular" in article 24, paragraph 1 imply that "access to rehabilitation services that should allow for obtaining medical and psychological treatment" is considered as part of "the necessary treatment of damages".

persoon is' door de bewoording '*De lidstaten stellen in hun nationale wetgeving procedures vast (...)*' die wordt gebruikt in artikel 21, lid 2. Met betrekking tot deze wijziging, staat in de gedetailleerde uitleg bij het gewijzigde voorstel²¹: '*Op deze manier wordt duidelijker dat niet noodzakelijkerwijs een nieuwe/afzonderlijke administratieve procedure hoeft te worden ingevoerd voor het vaststellen van bijzondere opvangbehoeften, maar dat dit zou kunnen worden opgenomen in bestaande nationale procedures [zoals medisch onderzoek]*' Sommige belanghebbenden zijn van mening dat deze wijziging de rechten van asielzoekers verzwakt, omdat het signaleren van asielzoekers met speciale behoeften aan de discretie van de lidstaten wordt overgelaten en zij menen dat de Commissie afstand doet van de werkelijke vooruitgang die zij in haar voorstel van 2008²² had opgenomen.

De vervanging van het woord '*procedures*' door het woord '*mechanisms*' in de Engelse tekst lijkt misschien niet zo belangrijk. Het woord '*mechanisms*' is minder formeel en heeft een bredere betekenis. Toch zijn de lidstaten daarmee niet vrijgesteld van de verplichting om in hun nationale wetgeving 'middelen' of 'methoden' voor opsporing op te nemen. De lidstaten moeten daarom nog steeds een besluit nemen over het kwalificeren van de asielzoeker als een kwetsbaar persoon met speciale behoeften. Overigens kan het woord '*mechanisms*' betrekking hebben op praktijken die in sommige lidstaten al worden toegepast, zoals het observeren van asielzoekers en/of het organiseren van educatieve, recreatieve of andere activiteiten²³. De nationale wetgeving kan bijvoorbeeld bepalen dat personeel dat in contact staat met asielzoekers de plicht heeft asielzoekers te observeren en waakzaam te zijn zodat kwetsbare personen met speciale behoeften worden opgemerkt.

Kortom behalve het gebruik van de term '*mechanisms*' in plaats van '*procedures*', is het vooral belangrijk dat de lidstaat op een effectieve manier adequate procedures in het nationale juridische kader dient op te nemen (en in de praktijk dient uit te voeren). Hierdoor zal de lidstaat in staat zijn om het in artikel 22 bepaalde doel te bereiken, namelijk het opsporen van kwetsbare personen en hun specifieke behoeften op het gebied van de opvangrichtlijn. Dit zal mogelijk worden gecontroleerd door het gerechtelijk apparaat.

Met betrekking tot de timing van het opsporen van kwetsbare asielzoekers met speciale behoeften, heeft de verplichting van het gewijzigd voorstel van de Commissie van juni 2011 (artikel 22) om door te gaan met deze identificatie '*binnen een redelijke termijn nadat een verzoek om internationale bescherming is ingediend*' de eis vervangen om hiertoe over te gaan '*zodra een verzoek om internationale bescherming is ingediend*' (artikel 21, lid 2 van het voorstel van de Commissie van 3 december 2008). Deze wijziging komt overeen met onze aanbeveling om de asielzoeker een periode van rust te geven (bijvoorbeeld 7-10 dagen) alvorens hem/haar de PROTECT-vragenlijst voor te leggen.

Het nieuwe artikel 22 stelt ook dat indien bijzondere behoeften '*zich in een later stadium van de asielprocedure manifesteren* hierin ook '*wordt voorzien*'.

²¹ Detailed explanation of the amended proposal of June 1st 2011 accompanying the document Proposal for a directive of the European Parliament and the Council laying down standards for the reception of asylum seekers, COM (2011) 320 ANNEX, article 22.

²² Press release of June 1st 2011, H el ene Flautre, Europe Ecology/Les Verts, available on <http://europeecologie.eu/Directives-UEsur-Asile-Paquet>. Text only available in French, free translation.

²³ The study carried out by the Odysseus Academic Network for the European Refugees Fund in 2009, brought to light how many such practices can contribute in an efficient way to the identification of vulnerable asylum seekers with special needs.

Dus hoewel deze bepaling de lidstaten verplicht te voorzien in de bijzondere behoeften die zich later openbaren, zijn zij niet verplicht om de situatie van de asielzoeker bij herhaling en op regelmatige tijdstippen te beoordelen voor het geval bij de eerste beoordeling (of de daaropvolgende beoordelingen) geen tekenen van kwetsbaarheid aan het licht zijn gekomen.

Artikel 19, lid 2 (het huidige artikel 15, paragraaf 2 met betrekking tot gezondheidszorg) van het gewijzigde voorstel van de Commissie van 1 juni 2011 is als volgt gewijzigd: '**2. De lidstaten verstrekken de noodzakelijke medische of andere zorg aan asielzoekers met speciale behoeften , inclusief, indien nodig, passende geestelijke gezondheidszorg**'²⁴.

In vergelijking met het voorstel van de Commissie van 3 december 2008, zijn aan het einde van de zin de woorden '*onder dezelfde voorwaarden als aan nationale onderdanen*' verwijderd. Deze wijziging is een stap terug voor kwetsbare asielzoekers met bijzondere behoeften. Met betrekking tot de toevoeging van de woorden '**inclusief, indien nodig, passende geestelijke gezondheidszorg**', verwijzen we naar de opmerkingen hierboven over artikel 19, paragraaf 2 van het voorstel van de Commissie van 3 december 2008.

Artikel 25 dat is gewijd aan slachtoffers van foltering en geweld is identiek aan artikel 24 van het voorstel van de Commissie van 3 december 2008, behalve de volgende toevoeging, die vetgedrukt in het tweede lid is opgenomen: '**2. Personen die met slachtoffers van foltering, verkrachting of andere ernstige vormen van geweld werken, moeten passend onderricht hebben over de problematiek en behoeften van de slachtoffers gevolgd hebben en blijven ontvangen; voor deze personen gelden de geheimhoudingsregels zoals omschreven in de relevante nationale wetgeving in verband met de informatie waarvan zij uit hoofde van hun werk kennisnemen.**' Deze wijziging komt overeen met de titel en het eerste lid van de bepaling, en dat betekent dat de maatregel doelt op slachtoffers van foltering, maar ook slachtoffers van verkrachting en andere ernstige vormen van geweld.

Eerste wijzigingsvoorstel voor de procedurerichtlijn (21 oktober 2009)

In tegenstelling tot de geldende richtlijn asielprocedures, bevat het voorstel van de Commissie van 21 oktober 2009 een aantal specifieke bepalingen die zijn gewijd aan kwetsbare asielzoekers. Asielzoekers die zijn gedefinieerd als '*verzoekers met bijzondere behoeften*' in artikel 2, onder d) van het voorstel - zijn onder andere verzoekers die, als gevolg van psychische problemen of de gevolgen van foltering, verkrachting of andere ernstige vormen van psychisch, lichamelijk of seksueel geweld, speciale garanties nodig hebben bij het verkrijgen van hun rechten.

In die zin verlangt het eerste lid van het nieuwe artikel 20 van het voorstel van de Commissie dat de lidstaten ten behoeve van *verzoekers met bijzondere behoeften* passende maatregelen nemen zodat '*indien nodig [...] termijnverlengingen [worden] toegestaan om hen in staat te stellen bewijzen te leveren of andere vereiste procedurehandelingen te verrichten*'. Volgens de derde paragraaf van hetzelfde artikel, kunnen deze verzoekers niet worden onderworpen aan een versnelde procedure en de clausule die is gekoppeld aan kennelijk ongegronde verzoeken kan niet op hen worden toegepast²⁵.

²⁴ The words in bold in article 19, paragraph 2 are new in the amended Commission proposal compared to the current article 15, paragraph 2 of the directive in force.

²⁵ Article 27, paragraph 7 of the proposal.

De opleiding van personeel dat verantwoordelijk is voor de asielprocedure wordt ook genoemd in het voorstel van de Commissie, met name bij het in acht nemen van de situatie van 'kwetsbare' personen. In het nieuwe artikel 4, lid 2, van het voorstel wordt aangegeven dat het personeel speciaal moet worden opgeleid op het gebied van de volgende zaken: bewustmaking met betrekking tot gender-, trauma- en leeftijd gerelateerde kwesties, herkenning en documentatie van tekenen en symptomen van foltering. (Ten aanzien van de personen die een onderhoud hebben met de verzoekers, maakt het nieuwe artikel 17, lid 5 ook melding van deze opleidingseis met betrekking tot het herkennen van de symptomen van foltering).

Als het gaat om artikel 14 van het voorstel (het huidige artikel 13 dat hierboven is genoemd), wordt deze bepaling als volgt gewijzigd:

3. De lidstaten nemen de nodige maatregelen om ervoor te zorgen dat een persoonlijk onderhoud plaatsvindt in zodanige omstandigheden dat een verzoeker de gronden voor zijn verzoek uitvoerig uiteen kan zetten. Met het oog hierop dienen de lidstaten:

a) erop toe te zien dat de persoon die het persoonlijke onderhoud afneemt voldoende bekwaam is om rekening te houden met de persoonlijke of algemene omstandigheden die een rol spelen bij het asielverzoek verzoek, met inbegrip van de culturele achtergrond, gender en kwetsbaarheid van de verzoeker.

b) voor zover mogelijk, ervoor te zorgen dat het onderhoud met de verzoeker wordt afgenomen door een persoon van hetzelfde geslacht indien de betrokken verzoeker daarom verzoekt; (dezelfde mogelijkheid wordt onder het gewijzigde punt c) genoemd met betrekking tot de tolk)²⁶. De verplichting vermeld onder punt a) is niet meer alleen een '*inspanningsverplichting*' aangezien de formulering '*voor zover mogelijk*' is geschrapt. Punten b) en c) zijn nieuw: zij drukken een '*inspanningsverplichting*' uit.

Ten aanzien van het medisch onderzoek is het besluit van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens van 9 maart 2010 zeer relevant²⁷. De feiten in deze zaak: tijdens zijn asielprocedure heeft een asielzoeker een medisch rapport van zijn behandelend arts ingediend waaruit blijkt dat er sprake is van medische gevolgen van foltering. Dit rapport werd door de asielinstanties als irrelevant beschouwd omdat het niet was vastgesteld door een deskundige. De uitspraak van het Hof was dat de autoriteiten verplicht zijn om de vermeende foltering te verifiëren, en om hiertoe een deskundig oordeel te vragen wanneer dit wordt ondersteund door een medisch attest.

Onder het nieuwe artikel 17 van het voorstel voor de procedurerichtlijn moet het asielzoekers worden toegestaan op hun verzoek een medisch onderzoek te laten uitvoeren, om verklaringen met betrekking tot vroegere vervolging en ernstige schade te staven (paragraaf 1). Dit onderzoek kan alleen plaatsvinden als de asielzoeker hiermee instemt, '*wanneer er goede redenen bestaan om aan te nemen dat de verzoeker lijdt aan een posttraumatische stressstoornis, zorgt de beslissingsautoriteit (...) dat een medisch onderzoek wordt uitgevoerd*' (paragraaf 2). Paragraaf 3 bepaalt dat de lidstaten relevante regelingen moeten aanbieden om '*onpartijdige en gekwalificeerde medische expertise ter beschikking te stellen met het oog op de in lid 2 bedoelde medische onderzoeken*'.

Deze bepaling is van essentieel belang, zelfs als het tweede lid de lidstaten een onbetwistbare beoordelingsmarge verschaft.

²⁶ Compared to article 13 of the directive in force, the words in bold are new and the words crossed out are deleted

²⁷ ECHR, Case of R.C. v. Sweden, Application n° 41827/07, Judgment of March 9th 2010.

Tweede wijzigingsvoorstel voor de procedurerichtlijn (1 juni 2011)

Het gewijzigde voorstel van de Commissie van 21 oktober 2009 is scherp bekritiseerd door de Raad van ministers. Als gevolg daarvan heeft EU-commissaris Cecilia Malmström in november 2010 aangekondigd dat de Europese Commissie het voornemen heeft een nieuwe tekst van het voorstel voor de procedurerichtlijn aan het Europese Parlement en de EU Minister Raad voor te leggen. Dit document staat bekend als het gewijzigde voorstel van de Commissie van 1 juni 2011.

De bijzondere procedurele waarborgen die worden geboden aan slachtoffers van foltering, verkrachting of andere ernstige vormen van psychisch, lichamelijk of seksueel geweld zijn in de nieuwe tekst van 1 juni 2011 min of meer hetzelfde²⁸.

Deze asielzoekers kunnen niet worden onderworpen aan een versnelde procedure noch aan de clausule met betrekking tot kennelijk ongegronde verzoeken²⁹. Ook, moeten zij, net alle andere *'verzoekers die bijzondere procedurele waarborgen behoeven'*, waaronder asielzoekers met psychische aandoeningen of posttraumatische stoornissen, *'voldoende tijd en relevante ondersteuning krijgen om de elementen van een verzoek zo volledig mogelijk en met alle beschikbare bewijzen voor te leggen'*³⁰.

Een zeer belangrijke wijziging in artikel 24 van het gewijzigd voorstel van de Commissie is de expliciete bepaling dat *'de lidstaten [ervoor] zorgen dat verzoekers die bijzondere procedurele waarborgen behoeven, tijdig worden herkend.'*³¹. Om aan deze verplichting te voldoen kunnen de lidstaten de procedure waar artikel 22 van het gewijzigde voorstel van de Commissie met betrekking tot opvangvoorzieningen in voorziet (paragraaf 1, eerste opsommingsteken, onderaan)³².

Artikel 24, paragraaf 1, tweede opsommingsteken wijst er ook op dat *'wanneer in een later stadium van de procedure duidelijk wordt dat een verzoeker bijzondere procedurele waarborgen behoeft'*, de lidstaten ervoor dienen te zorgen dat de bepaling (artikel 24) dan ook van toepassing is. Dus hoewel de toespitsing de lidstaten wel verplicht om te kijken naar speciale procedurele waarborgen die zich in een later stadium voordoen, verplicht het de lidstaten niet om de situatie van de asielzoeker op regelmatige tijdstippen te beoordelen als bij de eerste beoordeling (of de daaropvolgende beoordelingen) niet is gebleken dat de verzoeker speciale procedurele waarborgen behoeft.

Naast deze 'algemene' beoordeling die is beschreven in artikel 24, voorziet artikel 18 van de gewijzigde tekst van 1 juni 2011, met betrekking tot medische verslagen, in een specifiek medisch onderzoek dat kan worden aangevraagd door de verzoeker, of dat door de lidstaten onder bepaalde omstandigheden moet worden uitgevoerd. Over het algemeen biedt deze bepaling een betere bescherming aan de verzoekers dan artikel 17 van het voorstel van de Commissie over asielprocedures van 21 oktober 2009, dat ook is gewijd aan medische verslagen:

²⁸ In article 24 entitled Applicants in need of special procedural guarantees and article 20 of the first Commission proposal.

²⁹ Article 24, paragraph 2, second indent.

³⁰ Article 24, paragraph 2, first indent.

³¹ Article 24, paragraph 1, first indent.

³² If this is the case, Member States will have to precisely set out that the mechanism put in place has two different aims, one in the framework of the reception conditions directive, another one in the framework of the asylum procedures directive. This means two appreciations must be done separately – even if they can be done at the same moment – as nor the definition of "vulnerable" applicants neither the goals of the identification are the same in the two amended Commission proposals.

- De lidstaten moeten de verzoeker op grond van artikel 18 over zijn/haar rechten informeren, procedure die niet was vermeld in het eerdere voorstel ;
- De asiel autoriteit moet ervoor zorgen dat een medisch onderzoek wordt uitgevoerd mits de verzoeker daarmee instemt en niet alleen wanneer er *'goede redenen bestaan om aan te nemen dat de verzoeker lijdt aan een posttraumatische stressstoornis'* (voormalig artikel 17) maar uitgebreider *'wanneer zij van oordeel is dat er redenen zijn om aan te nemen dat de verzoeker niet in staat is om een onderhoud te hebben en/of om accurate en samenhangende verklaringen af te leggen of zijn mogelijkheden daartoe beperkt zijn als gevolg van posttraumatische stressstoornis, vroegere vervolgingen of ernstige schade'*.

Met betrekking tot de training van het personeel dat verantwoordelijk is voor het vaststellen van de beschermingsstatus, wordt de inhoud van de opleiding niet meer expliciet genoemd in artikel 4 van het gewijzigde voorstel van de Commissie ten opzichte van het voorgaande artikel 4, paragraaf 2 van de tekst van 21 oktober 2009. Er is nu een verwijzing opgenomen naar de opleidingsactiviteiten die zullen moeten worden georganiseerd door het Europees Ondersteuningsbureau voor asielzaken³³. Omdat dit vooral asielzoekers betreft die traumatische ervaringen hebben opgedaan, dwingt artikel 18, paragraaf 5 van de tekst de lidstaten om *'ervoor te zorgen dat de personen die overeenkomstig [de richtlijn asielprocedures] een onderhoud hebben met de verzoekers, een opleiding krijgen betreffende de herkenning van symptomen van foltering en van medische problemen die het vermogen van de verzoeker om een onderhoud te hebben, negatief kunnen beïnvloeden'*. De formulering *'medische problemen die het vermogen van de verzoeker om een onderhoud te hebben, negatief kunnen beïnvloeden'* is nieuw ten opzichte van het eerste voorstel van de Commissie.

Ten slotte is artikel 15, paragraaf 3, punt a) tot en met c) van het gewijzigde voorstel van de Commissie wat betreft de *Vereisten voor het persoonlijke onderhoud* bijna identiek aan artikel 14, paragraaf 3, punt a) tot en met c) van het eerste voorstel van de Commissie. De persoon die het persoonlijke onderhoud afneemt, moet bekwaam zijn zodat hij rekening kan houden met de persoonlijke en algemene omstandigheden rond de aanvraag, inclusief de culturele herkomst van de verzoeker, gender of kwetsbaarheid, maar ook seksuele geaardheid en genderidentiteit (twee nieuwe aanscherpingen van artikel 15, paragraaf 3, punt a).

Met betrekking tot het begrip kwetsbaarheid, wordt bovendien aangegeven dat dit moet worden opgevat *'in de zin van artikel 22'* van het gewijzigde voorstel van de Commissie van 1 juni 2011 betreffende de opvangvoorzieningen. Het lijkt erop dat de betreffende bepaling van het voorstel van de Commissie van 1 juni 2011 over opvangvoorzieningen niet artikel 22 is, want dit betreft de signaleringsmechanismen van kwetsbare personen en bijzondere opvangbehoeften en niet de betekenis van kwetsbaarheid die meer in artikel 21 in het geding is. Anderszins kan door middel van artikel 22 op een efficiënte manier met kwetsbaarheid rekening worden gehouden - behalve in het geval van duidelijke kwetsbaarheid in de zin van artikel 21, zoals vrouwen in vergevorderde zwangerschap.

Heeft deze referentie daarom als doel de autoriteiten die belast zijn met de asielprocedure te verplichten rekening te houden met de resultaten van de beoordeling die in overeenstemming met artikel 22 is verricht?

³³ Article 4 § 3 of the amended Commission proposal which refers to article 6 § 4 (a) to (e) of the Regulation N°439 of May 19th 2010 of the European Parliament and of the Council establishing a European Asylum Support Office.

In ieder geval moeten de verschillende definities van kwetsbaarheid in het kader van de asielprocedure worden bekeken: een gesloten definitie, zoals bedoeld in artikel 2, onder d) van het gewijzigde voorstel van de Commissie van 1 juni 2011 over asielprocedures en een open definitie, zoals bedoeld in artikel 21 van het gewijzigde voorstel van de Commissie van 1 juni 2011 over opvangvoorzieningen. Dit zou het mogelijk maken verschillende bepalingen van de richtlijn asielprocedures toe te passen. Echter, het doel van artikel 15, lid 3, verschilt niet heel veel van het doel van artikel 24, lid 2. Bovendien stelt een dergelijk systeem de haalbaarheid van de uitvoering ervan ter discussie.

Wijzigingsvoorstel voor de Dublin-verordening (3 december 2008)

Allereerst is het belangrijk op te merken dat de nieuwe specifieke bepalingen in het voorstel van de Europese Commissie van 3 december 2008 over de Dublin-verordening worden toegepast naast de beschermende bepalingen van het voorstel van de Commissie over de richtlijn opvangvoorzieningen, aangezien deze richtlijn betrekking heeft op asielzoekers die onder de Dublin-procedure vallen³⁴.

Ten tweede stelt de overdragende lidstaat, op grond van het nieuwe artikel 30, lid 3, onder d) van het voorstel van de Commissie van 3 december 2008, aan de ontvangende lidstaat informatie beschikbaar die de overdragende lidstaat *'essentieel acht om de rechten en bijzondere behoeften van de betrokken verzoeker te waarborgen'*. Volgens het vierde lid van hetzelfde artikel *'enkel om ervoor te zorgen dat de juiste verzorging of behandeling gegeven wordt aan met name (...) personen die zijn blootgesteld aan foltering, verkrachting of andere ernstige vormen van psychologisch, fysiek of seksueel geweld, verstrekt de overdragende lidstaat informatie over eventuele bijzondere behoeften van de over te dragen verzoeker, waarbij het in sommige gevallen ook gaat om informatie over de fysieke of mentale gezondheidstoestand van de betrokkene. De verantwoordelijke lidstaat zorgt ervoor dat goed in deze bijzondere behoeften wordt voorzien, met name als het gaat om essentiële medische zorg'*. Volgens lid 5, mag deze informatie uitsluitend worden doorgegeven nadat de verzoeker hier nadrukkelijk toestemming voor heeft gegeven. Daarnaast zijn er specifieke eisen op het gebied van vertrouwelijkheid en bescherming van persoonsgegevens van kwetsbare asielzoekers (paragraaf 6, 7 en 9).

Ten slotte is onderaan het eerste lid van het nieuwe artikel 30, de bepaling opgenomen dat alleen personen die de overdracht aan kunnen mogen worden overgedragen. Echter, er is geen enkele bepaling die stelt hoe deze bevinding (geestelijk en/of lichamelijk onvermogen³⁵) wordt vastgesteld of hoe en door wie de beslissing om de asielzoeker niet over te dragen, wordt genomen.

De afwezigheid van een uitdrukkelijke bepaling schept een juridische onzekerheid. Nogmaals, de PROTECT-vragenlijst zal van groot nut zijn om de uitvoering van de nieuwe bepalingen van het voorstel van de Commissie voor de Dublinverordening te ondersteunen.

³⁴ This explicitly results from the explanatory memorandum to the reception conditions directive Commission proposal (Part 3.1 devoted to the scope of the directive), from recital (8) of the same proposal and recital (9) of the Dublin regulation Commission proposal.

³⁵ Actually article 30 does not define the notions of "fit" or "unfit" for transfer but the general framework of article 30 seems to imply that it concerns health state. It would be pertinent to explicitly add this precision in the text.

Conclusie

Als gevolg van al deze ontwikkelingen hebben de lidstaten volgens de huidige EU wetgeving al de verplichting om kwetsbare asielzoekers en vluchtelingen die traumatische ervaringen hebben ondergaan op te sporen.

De lidstaten moeten deze personen opvangvoorzieningen bieden die zijn aangepast aan hun specifieke behoeften. In het bijzonder moeten deze personen toegang krijgen tot geestelijke en lichamelijke gezondheidszorg die gezien hun toestand is vereist.

Verder moet de mogelijke psychologische kwetsbaarheid van een asielzoeker worden opgemerkt en moet er rekening mee worden gehouden bij het persoonlijke onderhoud dat de aanvrager in het kader van de asielprocedure zal ondergaan.

De tweede generatie juridische instrumenten die zijn voorgesteld door de Commissie ten behoeve van het gemeenschappelijk Europees asielbeleid vergroten het bewustzijn ten aanzien van kwetsbare asielzoekers. In de nieuwe teksten wordt met name aandacht besteed aan de geestelijke gezondheidstoestand van asielzoekers.

De PROTECT-vragenlijst biedt de lidstaten dus zonder enige twijfel een zeer nuttig instrument dat bestaat uit een effectieve en pragmatische eerste stap waarmee zij kunnen voldoen aan de volgende twee eisen.

- de huidige eisen van de geldende EU-wetgeving
- een aantal van de nieuwe eisen, die zijn geformuleerd in de voorstellen van de Europese Commissie en die worden onderzocht door het Europees Parlement en de Raad van ministers in het kader van de oprichting van een gemeenschappelijk Europees asielbeleid .

2. Belemmeringen en uitdagingen bij de invoering van het PROTECT-instrument

Zoals eerder aangegeven, zijn de lidstaten wettelijk verplicht rekening te houden met de bijzondere behoeften van kwetsbare asielzoekers. Dit is vooral nodig omdat een groot deel van alle asielzoekers uit kwetsbare mensen bestaat. Velen hebben ernstige traumatische ervaringen doorstaan (bijvoorbeeld gevangenschap, getuige zijn van moorden; aangevallen, verkracht, gemarteld zijn), waardoor zich een aantal medische en psychische aandoeningen kunnen voordoen. Klinisch onderzoek op het gebied van asielzoekers en vluchtelingen in westerse landen laten een hoge prevalentie van posttraumatische stressstoornis (PTSS) zien. Kwetsbare asielzoekers hebben een tien maal zo grote kans om PTSS te krijgen dan een vergelijkbare groep inwoners van het gastland. Hoewel noch de lidstaten noch de Europese Unie officiële statistieken ter beschikking stellen, zou dit bij meer dan 40% van de asielzoekers het geval kunnen zijn. Afhankelijk van de steekproef, land van herkomst en de methode (vragenlijst, interviews, ...), leggen diverse onderzoeken een percentage aan de dag dat varieert van 20 tot 60%.

Ondanks deze gegevens ontbreekt het in de meeste EU-landen aan implementatie van de in het vorige hoofdstuk besproken wettelijke EU-richtlijnen. Eén van de doelstellingen van het PROTECT-project is het maken van een signaleringsinstrument waarmee de lidstaten hun wettelijke verplichting kunnen vervullen om een deel van kwetsbare asielzoekers op te sporen en de juiste behandeling te bieden. Teneinde een dergelijk instrument en proces effectief in te zetten, zijn de belangrijkste belemmeringen en uitdagingen binnen de nationale asielstelsels onderscheiden.

Juridische en procedurele belemmeringen

Alle lidstaten hebben verschillende asielprocedures, die allemaal zijn gebaseerd op dezelfde internationale teksten, namelijk het Verdrag van Genève van 1951 en de hierboven in detail beschreven Europese wetgeving. Bestudering van de nationale asielstelsels laten verschillende soorten belemmeringen zien³⁶.

Vanuit juridisch oogpunt zijn de EU-bepalingen niet correct omgezet naar nationale wet- en regelgeving, als zij al zijn omgezet. Zelfs als de wil aanwezig is om de asielprocedures van de lidstaten te uniformiseren, zijn er nog steeds belangrijke verschillen in de rechtssystemen. De politieke context van de afzonderlijke lidstaten kan van invloed zijn geweest op de invulling door de overheid.

Daarnaast vormen de procedurele aspecten van de asielstelsels een uitdaging. Nationale overheden hebben hun eigen praktijken en die kunnen van staat tot staat verschillen. Veel lidstaten hebben bijvoorbeeld geen procedure die signalering mogelijk maakt. Ook bieden de verschillende procedures voor de behandeling van de asielaanvragen niet de meest ideale omstandigheden om kwetsbare mensen te kunnen signaleren (zoals de versnelde procedure of de procedures die worden uitgevoerd als de asielzoekers in bewaring zijn gesteld).

In sommige landen zijn de opvangvoorzieningen pas beschikbaar nadat de asielaanvraag is geregistreerd door de overheid. Dit betekent dat een asielzoeker wel een aanvraag kan doen, maar geen gebruik kan

³⁶ De formulering 'asielstelsels' omvat zowel het systeem van opvangvoorzieningen van de asielzoekers als de procedure voor de behandeling van het verzoek om internationale bescherming.

maken van opvangvoorzieningen zolang de registratie van de aanvraag niet is afgerond en daar is geen termijn voor vastgesteld. In dat geval zal de asielzoeker geen baat hebben bij een signaleringsprocedure, die op basis van artikel 17 van de opvangrichtlijn is ingevoerd, en zullen de 'kwetsbare' asielzoekers geen toegang krijgen tot de medische behandelingen die de Europese wetgeving hen zou moeten garanderen.

Om op deze belemmeringen te kunnen inspelen, is besloten om een zeer eenvoudig te bedienen instrument te ontwikkelen en een proces om dit te gebruiken te beschrijven. Met elkaar samen (instrument en handleiding van gebruik) is het instrument goed bruikbaar in de praktijk omdat het eenvoudig kan worden aangepast aan de verschillende nationale juridische en bestuurlijke kaders. Dit kan de overheid ertoe aanzetten het PROTECT-instrument voor of tijdens de fase van de asielprocedure te gebruiken wanneer het persoonlijke interview plaatsvindt.

Implementatie belemmeringen

Het tijdsaspect is een belangrijke factor. In sommige landen is er geen tijdslimiet voor de procedure, zelfs als de overheid volgens een verordening bijzondere situaties bij asielzoekers moet vaststellen. Te lang wachten voordat de kwetsbaarheid van een asielzoeker wordt vastgesteld, kan het asielverzoek belemmeren want kwetsbaarheid kan het goed indienen van de asielaanvraag in de weg staan. Hoe eerder een 'kwetsbare' persoon wordt opgespoord, hoe sneller hij toegang kan krijgen tot medische ondersteuning of behandeling en kan worden verwezen naar aangepaste procedures en opvangvoorzieningen. Dus hoe sneller het PROTECT-instrument binnen de procedure kan worden toegepast, hoe beter het is voor het hele systeem.

In die zin kan het PROTECT-instrument door zijn eenvoud ook worden gebruikt door niet-medisch personeel tijdens het allereerste contact van de asielzoeker met de autoriteiten of met een NGO die verantwoordelijk is voor de asielaanvraag. De medewerkers van de bevoegde instantie of de NGO die bijna alle interviews afnemen zijn in staat om het instrument te hanteren en ook de bevindingen te kunnen duiden.

Het ontbreken van een specifiek Europese benadering in het beoordelen van de mate van kwetsbaarheid en het inspelen op de speciale behoeften van getraumatiseerde asielzoekers kan een extra uitdaging vormen. De invoering van deze standaard voorkomt het onnodig verplaatsen van asielzoekers die goede ondersteuning behoeven.

Gezien het relatief grote aantal asielzoekers dat sommige landen ontvangt en het feit dat opvangvoorzieningen die zijn aangepast aan de behoeften, in de onderzochte gevallen vaak ontbreken, kan het resultaat van de signalering van de kwetsbaarheid in een vroeg stadium van de procedure door de nationale overheden (onterecht) als irrelevant of zelfs als onethisch worden beschouwd. Desalniettemin is het signaleren van kwetsbare personen wel een verplichting van de overheid. Die moet dringend worden uitgevoerd. Deze belemmeringen kunnen worden overwonnen, zoals is te zien in de voorbeelden van België³⁷ en Nederland.

³⁷ België heeft voor de beoordeling van individuele situaties een eigen procedure ontwikkeld. Het Belgische asielsysteem vereist dat een dergelijke beoordeling binnen dertig dagen plaatsvindt nadat de locatie van de registratie van de asielaanvraag is bepaald. Deze signaleringsprocedure staat volledig los van de procedure waarmee de status van de asielzoeker wordt bepaald.

Toch is een wijdverbreide toepassing van het PROTECT-instrument pas mogelijk als elk land actief nieuwe beleidsmaatregelen neemt. De rol die het instrument speelt wanneer het is toegepast in de vroege fase van de asielprocedure, zou in elk nationaal systeem duidelijk moeten worden omschreven. Elke staat dient de materiële voorzieningen en medische hulp die wordt aangeboden aan kwetsbare asielzoekers aan te passen.

Er kunnen ook problemen ontstaan bij professionals, zoals maatschappelijk werkers, die verantwoordelijk zijn voor de signalering van kwetsbare asielzoekers. Zij zouden terughoudend kunnen zijn om deze test uit te voeren. Voor velen kan dit tot een te hoge werkdruk leiden en zijn zij niet voorbereid om de trauma's die zij op het spoor komen te hanteren. Om aan deze bezwaren tegemoet te komen en een goede invoering van het PROTECT-instrument mogelijk te maken, is het opleiden en monitoren van deze medewerkers noodzakelijk.

Financiële belemmeringen

Een ander obstakel is van financiële aard. De recente toename van het aantal nieuwe asielzoekers in bepaalde Europese landen vormt daarbij een uitdaging die ten onrechte als een hindernis kan worden opgevat in de toepassing van het PROTECT-instrument. Het PROTECT-instrument kan de lidstaten van dienst zijn om te kunnen voldoen aan de verplichtingen van de richtlijn, maar het kan ook verkeerd worden opgevat als iets dat voor extra onkosten zorgt. Hoewel de werkelijke kosten van het opsporen niet per se hoog zijn, kan de toepassing ervan op grote aantallen asielzoekers leiden tot een aanzienlijke kosten. Dit geldt op korte termijn. Op de lange termijn moet het PROTECT-instrument leiden tot een algemene kostenverlaging. Vroege signalering kan voorkomen dat medische aandoeningen chronisch worden, en het behandelen in een later stadium is duurder dan preventie. De implementatie heeft ook een impact op de procedure. Indien geen rekening wordt gehouden met de bijzondere behoeften van kwetsbare personen, kunnen opvangvoorzieningen onvoldoende zijn en kan dit een negatief effect hebben op asielzoekers; zo kan bijvoorbeeld hun vermogen om hun aanvraag te onderbouwen ernstig in het gedrang komen. Zo kunnen zij moeite hebben een gebeurtenis op samenhangende wijze te vertellen of administratieve procedures het hoofd te kunnen bieden. Beide factoren leiden tot een toename van het aantal beroepsprocedures. Het aantal geschillen over materiële opvangvoorzieningen kan door een juiste vaststelling van behoeften worden verminderd.

Het PROTECT-instrument is vooral bedoeld om deze kwetsbare asielzoekers snel en efficiënt door niet-medisch personeel te kunnen laten opsporen, waarbij tevens een kostenverlaging van het hele proces wordt beoogd. Asielzoekers die als kwetsbaar worden beschouwd dienen nader te worden onderzocht door middel van een medisch of psychologisch onderzoek. De resultaten van de eerste opsporing door middel van de PROTECT-vragenlijst kunnen in een latere fase verder geanalyseerd worden.

B. Wetenschappelijke verantwoording

Zoals al aangegeven is het PROTECT instrument een vragenlijst die ontwikkeld is om in een vroeg stadium van de asielprocedure die asielzoekers te identificeren die lijden aan traumatische ervaringen na foltering en andere wrede of onmenselijke handelingen. Er bestaan wel een aantal richtlijnen voor opsporing en medisch onderzoek van asielzoekers maar deze zijn gericht op medische professionals en tevens vrij uitgebreid en tijdrovend³⁸. De PROTECT vragenlijst is daarentegen ontwikkeld met de bedoeling bondig te zijn, om te worden gebruikt door niet-medische professionals en bovendien snel nadat de asielzoeker in het gastland arriveert zodat vlot en adequaat gereageerd kan worden op de kwetsbaarheid van de betreffende asielzoeker.

Kwetsbaarheid is een ingewikkelde term die op verschillende manieren bekeken kan worden. In principe kunnen we iedere asielzoeker als kwetsbaar beschouwen; door migratie verliest men immers (deel van) de familie, vrienden, huis en eigendom. Dit is als het ware het algemeen niveau van kwetsbaarheid (niveau 0)³⁹. Binnen de populatie asielzoekers worden daarnaast specifieke groepen gedefinieerd als meer kwetsbaar dan andere groepen, waaronder oudere asielzoekers, minderjarigen, zwangere vrouwen, alleenstaande vrouwen (met of zonder kinderen) en primaire en secundaire slachtoffers van martelingen of seksueel misbruik. Men zou dit het eerste niveau van kwetsbaarheid kunnen noemen (niveau 1)⁴⁰. In deze gevallen kan de mate van kwetsbaarheid worden geïdentificeerd door eenvoudigweg te kijken naar de persoon, of naar diens basisgegevens. Echter niet alle *individuen* binnen deze niveau 1 groep zijn even kwetsbaar. De daarop volgende stap is dan ook te kijken naar het individuele niveau van kwetsbaarheid (niveau 2).

Het specifieke niveau van iemands' individuele kwetsbaarheid kan alleen worden vastgesteld door middel van een individuele beoordeling. Het PROTECT project had tot doel om een praktisch eerste hulpmiddel te ontwikkelen voor de identificatie van niveau 2 kwetsbaarheid. In veel gevallen gaat het daarbij om individuele, psychologische kwetsbaarheid die wordt veroorzaakt door psychische traumata. Deze veroorzaken een aantal psychische en medische gezondheidsrisico's alsook een verminderd functioneren. De PROTECT vragenlijst beoordeelt derhalve het risico op dergelijke problemen en de daaruit voortvloeiende beperkingen, bijvoorbeeld van het geheugen en de herinnering⁴¹. Het doen van risico-evaluatie helpt om meer bewustzijn te creëren onder asielautoriteiten, professionals en vrijwilligers die werken met en voor asielzoekers. De PROTECT vragenlijst kan verder als leidraad dienen bij het opzetten van gerichte gezondheidspreventie.

Het PROTECT instrument bestaat uit een korte, praktische vragenlijst samen met een handleiding waarin aangegeven hoe met de vragenlijst te werken, de resultaten te interpreteren en hoe om te gaan met eventuele verwijzingen. Het doel van de vragenlijst is om in een zo vroeg mogelijk stadium na aankomst signalen van psychische problematiek als gevolg van trauma bij asielzoekers op te sporen⁴².

De vragenlijst maakt onderscheid tussen potentieel kwetsbare en niet-kwetsbare asielzoekers. Gebruik van de vragenlijst helpt de ondersteuning van kwetsbare asielzoekers in juridische, sociale, medisch en

³⁸ Istanbul Protocol, 1999; Immigration and Refugee Board of Canada, 2006; Cameron, 2010; Peel, Lubell & Beynon, 2005

³⁹ Aspinall P, Watters C.; Straimer C, 2010

⁴⁰ Fazel M, Wheeler J, Danesh J., 2005

⁴¹ Cohen J., 2001

⁴² Bloemen, Vloeberghs & Smits, 2006; Lustig et.al, 2008; Herlihy & Turner, 2009

psychische zin . De resultaten van de korte en compacte beoordeling zijn daarmee van invloed op verschillende aspecten van het asielproces. Indien correct toegepast maakt de vragenlijst snel duidelijk wie tot een niet-kwetsbare groep behoort, terwijl het in andere gevallen de noodzaak duidelijk maakt van een trauma sensitieve asiel procedure in het geval van een kwetsbaar individu. Gebruik van de PROTECT vragenlijst kan ertoe leiden dat het aantal beroepsprocedures vermindert alsook het risico op onterechte afwijzing en uitzetting van kwetsbare asielzoekers met een terechte asielgrond. Tot slot wordt een snellere verwijzing mogelijk gemaakt van kwetsbare asielzoekers naar relevante sociale, medische en psychologische diensten. Met als gevolg dat adequate gezondheidszorg sneller geregeld kan worden en de opvangvoorziening voor een kwetsbare asielzoekers aangepast.

Aanbevelingen over het gebruik van het PROTECT instrument

De vragenlijst dient te worden afgenomen door personen die (op professionele of vrijwillige basis) in contact staan met asielzoekers kort nadat ze arriveren in een Europese lidstaat. Zoals door: (medische) opvangmedewerkers, politie en douanemedewerkers, asiel advocaten, sociaaljuridische medewerkers en vrijwilligers van VluchtelingenWerk, vrijwilligers binnen kerkgemeenschappen etc. De vragenlijst is geen medisch diagnostisch hulpmiddel maar beoogt uitsluitend het opsporen van de psychologische kwetsbaarheid van asielzoekers. De vragenlijst moest kunnen worden aangepast aan de omstandigheden waarbinnen de asielprocedure plaatsvindt, dat wil zeggen: ze moet snel en eenvoudig in het gebruik zijn en de interpretatie ervan helder en eenduidig.

De algemene kenmerken van het PROTECT instrument: objectief, onpartijdig en neutraal

Het PROTECT instrument is een onpartijdig en neutraal instrument. Onpartijdigheid houdt in dat het is gebaseerd op objectieve en wetenschappelijke criteria, dat het vooringenomenheid en vooroordelen vermijdt en voorkomt dat het voordeel ervan voor de ene persoon prevaleert boven dat van een ander om onjuiste redenen. Neutraal betekent dat dit instrument niet overeenstemt met ofte wel de kant kiest van een van de partijen bij een controverse.

Het PROTECT instrument is verder objectief. Het geheel is gebaseerd op wetenschappelijke kennis over de psychologische gevolgen van door asielzoekers en vluchtelingen ervaren psychisch trauma. De gezondheid van asielzoekers is een menselijke waarde boven elk politieke geschil verheven en dient in alle gevallen in ogenschouw te worden genomen. De huidige EU-richtlijnen zijn helder hierover, met speciale verwijzing naar:

Artikel 13 (par 2), art. 15, art 16 (par 4), art. 17 , art. 18 (par. 2) & art. 20 van de Opvangrichtlijn
Artikel 20 (par. 3 & 4) en art. 29 van de Kwalificatierichtlijn

Anderzijds geven - zoals eerder aangegeven in het hoofdstuk gewijd aan de analyse van Europese wetgeving - de nieuwe teksten voorgesteld door de Commissie in het kader de vaststelling van het gemeenschappelijk Europees asielstelsel (dus zowel de opvang-, procedure- en kwalificatie richtlijn als de Dublinverordening) meer mogelijkheden om de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de asielzoekers in aanmerking te laten komen.

Onderzoek naar de kwetsbaarheid en de psychologische gevolgen van een trauma

Er is al veel onderzoek gedaan naar de psychische gevolgen van psychologische traumatisering voor de gezondheid. De meest gediagnosticeerde stoornissen na traumatische ervaringen⁴³ zijn de posttraumatische stressstoornis (PTSS) en de depressieve stoornis. Een aantal slachtoffers van geweld en traumatisering ontwikkelt een posttraumatische stressstoornis (PTSS) en een depressieve stoornis, meestal gaat het om een combinatie van beide. Er is een overlap van symptomen tussen de aandoeningen. De exacte diagnostische criteria van de beide aandoeningen staan verderop in dit hoofdstuk.

De ontwikkeling van bovengenoemde psychische stoornissen is dynamisch van aard. De manifestatie van de aandoeningen kan acuut zijn, chronisch of vertraagd. Slechts een deel van de mensen die een traumatische ervaring meemaken ontwikkelen een psychiatrisch ziektebeeld en worden als zodanig gediagnosticeerd. Veel slachtoffers vertonen maar een deel van de symptomen, en vaak ook tijdelijk. Veerkrachtige individuen zijn in staat hun problemen te overwinnen vanuit hun eigen kracht en copingvaardigheden, en met hulp van ondersteunende sociale netwerken (familie, vrienden). Een substantieel deel van de slachtoffers van foltering en mishandeling ontwikkelt daarentegen een PTSS, meestal in combinatie met een depressieve stoornis.

De diagnose PTSS is ontwikkeld om het cluster van psychiatrische symptomen te beschrijven wat zich gaandeweg openbaart als gevolg van blootstelling aan extreme stress. De voorwaarde voor het ontwikkelen van PTSS is dat de persoon getuige is van een traumatische ervaring of gebeurtenis (bijvoorbeeld marteling, seksueel misbruik) en daarop reageert met intense angst, hulpeloosheid of afschuw. De symptomen van PTSS vallen uiteen in drie categorieën: herbeleving van de traumatische gebeurtenis, vermijding of emotionele afstomping en verhoogde prikkelbaarheid⁴⁴.

PTSS kan zich bij elk individu ontwikkelen onder bepaalde omstandigheden wanneer de bedreigende stressfactor extreem groot is⁴⁵. De ernst, mate en duur van de traumatiserende gebeurtenis maar ook de kwetsbaarheid van het individu zijn van invloed op de ontwikkeling van een PTSS. Een traumatische ervaring heeft een cumulatief effect. De *dose-respons* relatie⁴⁶ verwijst naar de interactie tussen de blootstelling aan het trauma en de psychiatrische gevolgen die voortvloeien uit dergelijke blootstelling: hoe groter het aantal en/of de intensiteit van de traumatische gebeurtenissen waaraan men wordt blootgesteld, des te ernstiger is de psychiatrische gevolgen. Verder zijn risicofactoren te noemen die de kans vergroten op de ontwikkeling van een PTSS, zoals geslacht (vrouwen), co-morbide psychiatrische diagnose, eerdere traumata en een gebrekkige of geheel niet-steunende omgeving.

PTSS is het meest gerapporteerde gevolg van traumatische gebeurtenissen, in het bijzonder van door mensen begane wreedheden⁴⁷. Binnen de vluchtelingenpopulatie varieert het voorkomen van PTSS en depressie sterk, afhankelijk van de onderzoeksgroep, waarbij de prevalenties variëren van 4% tot 86%

⁴³ Op basis van het classificatiesysteem van de Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders DSM, 4e editie - DSM-IV

⁴⁴ DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994

⁴⁵ American Psychiatric Association, 1994, p. 427

⁴⁶ Mollica, McInnes, Poole, & Svang, 1998

⁴⁷ de Jong et al., 2001

voor PTSS en 5% tot 31% voor depressie⁴⁸.

Een recente studie van Steel et al. (2009) geeft een meta-analyse van een grote verzameling epidemiologische onderzoeken onder vluchtelingen in postconflictsituaties in relatie tot hun geestelijke gezondheidszorg. Uit een totaal van 161 artikelen komen de resultaten van 181 onderzoeken naar in totaal 81 866 vluchtelingen en andere door conflict getroffen personen uit 40 landen. Na correctie voor methodologische factoren kwam marteling naar voren als de sterkste inhoudelijke factor geassocieerd met PTSS, terwijl herhaaldelijke blootstelling aan potentieel traumatische ervaringen (PTE's) als sterkste inhoudelijke factor geassocieerd werd met depressie. De niet-gecorrigeerde prevalentiegraad voor alle onderzoeken samen was voor PTSS 30,6% en voor depressie 30,8%.

PTSS heeft een negatieve invloed op de gezondheid en het functioneren op tal van domeinen. Uit diverse onderzoeken blijkt een hoge prevalentie voor psychiatrische morbiditeit en bijbehorende handicaps onder getraumatiseerde vluchtelingen⁴⁹. Onder de overlevenden van psychisch trauma wordt vaak co-morbiditeit aangetroffen van PTSS met een breed scala aan psychiatrische aandoeningen, zoals met de depressieve stoornis. Tevens is aangetoond dat er een verhoogd risico is voor een paniekstoornis, agorafobie, obsessief-compulsieve stoornis, sociale fobie, specifieke fobie, somatisatie stoornis en middelengebruik.

Voor de diagnose PTSS dient de periode waarin de symptomen zich voordoen langer te zijn dan een maand. Indien de klachten niet langer dan een maand duren, maar wel langer dan 2 dagen wordt een acute stressstoornis gediagnosticeerd. Indien de klachten aanhouden gedurende langer dan drie maanden wordt de PTSS als chronisch bestempeld. En als de symptomen van PTSS zich pas zes maanden of zelfs langer na een traumatische gebeurtenis ontwikkelen, wordt de aandoening als een uitgestelde PTSS opgevat.

Klachten worden als een aanpassingsstoornis gediagnosticeerd indien de reactie op de extreme stressor niet voldoet aan de criteria voor de posttraumatische stressstoornis (of een andere specifieke psychische stoornis). De symptomen zijn dan van depressieve, angstige of gedragsmatige aard (agressie, vandalisme roekeloos rijden) of heeft andere uitingvormen (bijvoorbeeld lichamelijke klachten, arbeid gerelateerde remmingen of sociaal isolement).

Er zijn alternatieve diagnoses voor de categorie PTSS ontwikkeld die meer rekening zouden houden met de complexiteit van posttraumatische gevolgen onder slachtoffers van collectief geweld, zoals in het geval van vluchtelingen. De Complexe PTSS of 'Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified' (DESNOS)⁵⁰ werd gecreëerd door de DSM-IV PTSS Taskforce⁵¹. DESNOS differentieert zes gebieden waarbij zich veranderingen voordoen in het functioneren: affect- en impulsregulatie, aandacht of bewustzijn, het zelfbeeld, relaties met anderen, somatisatie, en betekenisgeving. Verder wordt het begrip culturele rouw (*cultural bereavement*) geassocieerd met een gevoel van verlies van verbondenheid, sociale cohesie, de band met land en voorouders, cultuur en tradities⁵².

⁴⁸ Hollifield et al., 2002

⁴⁹ Mollica et Al., 1999

⁵⁰ Herman, 1992; Roth et al., 1997; Van der Kolk, 2001

⁵¹ Pelcovitz et al., 1997

⁵² Eisenbruch, 1992

Psychologische traumatisering onder vluchtelingen wordt niet alleen veroorzaakt door traumatische ervaringen in het land van herkomst maar ook als gevolg van ellendige ervaringen doorstaan tijdens de vlucht. Sommige vluchtelingen zijn niet gemarteld in hun eigen land maar lieten moeilijke situaties achter zich en kwamen daarna in vernederende en onmenselijke situaties terecht tijdens de vlucht.

Ten slotte houdt het risico van traumatisering niet op met het bereiken van de bestemming. De omstandigheden binnen de opvang en bepaalde aspecten van de asielprocedure kunnen ook een schadelijk effect hebben op het welzijn van de asielzoekers, vooral bij personen die al eerder ernstige psychische traumata meemaakten. In een aantal studies komen de schadelijke psychologische effecten van detentie van asielzoekers aan de orde⁵³. Een aantal onderzoeken wijst op de gevaren van ontbrekende of inadequate ondersteuning op het gebied van gezondheidszorg, huisvesting en sociale zekerheid voor asielzoekers met medische of psychische klachten⁵⁴. Andere studies tonen de positieve effecten aan van psychosociale en juridische ondersteuning op het welzijn van asielzoekers⁵⁵.

De beoordeling van post-traumatische geestelijke gezondheid

Het voorgaande maakt duidelijk dat de beoordeling van de gevolgen van traumatisering op de (psychische) gezondheid van grote betekenis is. Er is een grote verscheidenheid van PTSS meetinstrumenten, variërend van een 10-item zelfrapportage vragenlijst⁵⁶ tot een 17-item vragenlijst gebaseerd op elk symptoom van PTSS met telkens een vraag⁵⁷. Verder zijn er gestructureerde interviews⁵⁸, waarin gedetailleerde vragen opgenomen zijn over elk symptoom, en waarbij de interviewer de geldigheid van hetgeen verklaard wordt kan beoordelen. Verder zijn er de meer brede beoordelingsmethodes, waarin ook andere klachten opgenomen zijn dan die in verband staan met PTSS⁵⁹. Daarnaast is ook de betrouwbaarheid en cross-culturele validiteit van de assessments relevant. Een eenvoudig en betrouwbaar beoordelingsinstrument waarmee marteling, trauma en trauma gerelateerde symptomen geassocieerd met PTSS onder getraumatiseerde niet-westerse bevolkingsgroepen gemeten kan worden, is de Harvard Trauma Questionnaire. Dit instrument wordt goed ontvangen door de vluchtelingenpatiënten en bi-culturele medewerkers⁶⁰. Het doel van de beoordeling, de doelgroep, de beschikbare tijd en de omstandigheden waaronder gewerkt moet worden bepalen in grote mate welk instrument gebruikt dient te worden.

De beoordeling van psychologische kwetsbaarheid met het PROTECT instrument

In het algemeen is de diagnostiek van PTSS of een andere diagnose als gevolg van een ernstige trauma het resultaat van een complex en ingewikkeld diagnostisch proces uitgevoerd door een gespecialiseerde

⁵³ Keller et al., 2003; Kirmayer, Rousseau, en Crepeau, 2004; Robjant, Hassan, & Katona, 2009; Hodes, 2010

⁵⁴ Bollini 1997; Kelley & Stevenson 2006; Roberts 2006; Laban et al. 2007

⁵⁵ Asgary, Metalios, Smith, & Paccione, 2006; Momartin et al., 2006; Zachary et al., 2011

⁵⁶ Trauma Screening Questionnaire - TSQ, Brewin et al., 2002

⁵⁷ PTSD Symptom Scale - Self Report - PSS-SR, Foa, Riggs, Dancu, en Rothbaum, 1993

⁵⁸ Structured Clinical Interview for Trauma and Loss Spectrum - SCI-TALS, Dell'Osso et al., 2008; Clinician-Administered PTSD Scale - CAPS; Blake et al., 1990

⁵⁹ The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders - SCID-I, Spitzer, Williams, Gibbon & First, 1996

⁶⁰ HTQ, Mollica et al., 1992

psycholoog of een medisch deskundige. Het PROTECT instrument helpt om kwetsbare asielzoekers die lijden aan traumatische ervaringen snel te identificeren. Het verstrekt namelijk essentiële informatie over signalen en symptomen waar naar gevraagd wordt of die geobserveerd worden.

De PROTECT vragenlijst bevat 10 vragen die zorgvuldig beoordeeld en verzameld zijn door een interdisciplinair team van psychologische, medische en juridische deskundigen inzake asiel en behandeling van slachtoffers van marteling en ander onmenselijke handelingen. De vragen leiden tot een dichotoom antwoord (ja / nee). De 10 items betreffen psychologische kwetsbaarheid en weerspiegelen de kennis die er is binnen de onderzoeksliteratuur over de beoordeling van posttraumatische psychologische gevolgen. De items zijn gekozen omdat ze de belangrijkste symptomen van psychische traumatisering (PTSS, depressie) omvatten. De vragenlijst heeft dus betrekking op de meest voorkomende psychiatrische klachten als gevolg van ernstige traumata. De items omvatten de drie symptoomcategorieën van PTSS (herbeleving van de traumatische gebeurtenis, vermijding of emotionele afstomping en verhoogde prikkelbaarheid) en tevens de symptomen van depressie en lichamelijke klachten die vaak bij traumatisering worden gezien. Symptomen die mogelijk verkeerd worden begrepen door personen die geen scholing ontvingen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg (bv. bepaalde vermijdingssymptomen) zijn niet opgenomen in de vragenlijst om twijfel te voorkomen. De formulering van de vragen is helder en eenvoudig om diezelfde reden. Verder is aan het eind van de vragenlijst ruimte ingelast om observaties te kunnen plaatsen (bijvoorbeeld: cliënt heeft een gespannen lichaamshouding en / of vertoont lichamelijke onrust; de asielzoeker huilt veel; mevrouw toont geen enkele emotie ...). Deze opmerkingen verstrekken informatie over het non-verbale gedrag van de asielzoeker. Het vak 'Observaties' mag echter niet beschouwd worden als een middel om de antwoorden op de vragen te valideren, het dient slechts als aanvullende informatie op de vragenlijst en helpt de resultaten te analyseren. De interpretatie van de resultaten is eenvoudig: er zijn geen items die tegengesteld zijn aan andere items, elk positief antwoord krijgt een punt en de punten worden eenvoudigweg opgeteld. Een hogere score geeft een groter risico op kwetsbaarheid (van 0 tot 3: laag; 4-7: medium; uit 8 tot 10: hoog). Het PROTECT instrument is dus eenduidig, allesomvattend, inhoudelijk, compleet en tegelijkertijd kort en praktisch.

Diagnostische criteria

De **diagnostische criteria voor PTSS**, zoals aangegeven in de DSM IV, kunnen als volgt worden samengevat:

A. De persoon is blootgesteld aan een traumatische ervaring.

Dit criterium omvat a) blootstelling aan een doodsbetredende situatie, ernstig letsel of verlies van de lichamelijke integriteit van de persoon of anderen, en b) een reactie van de persoon op het gebeuren die gepaard gaat met intense angst, hulpeloosheid of afschuw.

B. De persoon herbeleeft het trauma voortdurend.

Een of meer van de volgende symptomen zijn aanwezig: Herhaalde en ingrijpende onaangename herinneringen aan de gebeurtenis (flashbacks), verontrustende dromen over de gebeurtenis, gedrag of gevoelens alsof de traumatische gebeurtenis zich herhaalt, Intense psychologische spanning of lichamelijke reacties bij blootstelling aan prikkels die het trauma symboliseren of erop lijken.

C. Aanhoudend vermijding van prikkels die aan het trauma doen denken en emotionele afstomping. Dit criterium houdt in het hebben van een hoog niveau van:

- vermijding van gedachten, gevoelens of gesprekken die aan het trauma doen denken.
- vermijding van activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen aan het trauma oproepen.
- onvermogen om zich belangrijke aspecten van het trauma te herinneren.

- duidelijk verminderde interesse of deelname aan belangrijke activiteiten.
- gevoel van onthechting of vervreemding van anderen en een beperking van het vermogen affectie te tonen.
- gevoel een beperkte toekomst te hebben (bv. geen verwachting van carrière, huwelijk, kinderen of een normale levensduur).

D. *Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid* (niet aanwezig voor het trauma). Dit blijkt uit twee of meer van de volgende criteria: moeite met in- of doorslapen, irritatie of woede-uitbarstingen, concentratieproblemen, extreme waakzaamheid en schrikreacties

E. De duur van de stoornis (symptomen in criterium B, C en D) is meer dan een maand.

Indien al deze symptomen aanwezig zijn maar er zijn nog geen 30 dagen verlopen sinds het gebeuren plaatsvond, dan geldt de diagnose Acute Stress Stoornis

F. De stoornis veroorzaakt ernstig lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of op andere terreinen.

De **diagnostische criteria voor een depressieve stoornis**, zoals vastgelegd in de DSM-4, kunnen als volgt worden samengevat:

1. De persoon geeft blijk van een zeer bedroefde stemming die bij alle aspecten van het leven doordringt.
2. Onvermogen om plezier te ervaren in activiteiten waar vroeger wel van genoten werd.
3. Preoccupatie met, of het steeds weer overdenken van gedachten en gevoelens van waardeloosheid, ongepaste schuldgevoelens of spijt, hulpeloosheid, hopeloosheid, en zelfhaat.
4. Slechte concentratie en geheugen.
5. Zich terugtrekken uit sociale situaties en activiteiten.
6. Verminderde seksuele drift.
7. Gedachten aan de dood of zelfmoord.
8. Slapeloosheid (vroeg wakker worden zonder dat men weer in slaap kan vallen, maar ook moeilijk in slaap vallen).
9. Verminderde eetlust, wat resulteert in gewichtsverlies.
10. Het gedrag is of lethargisch of geagiteerd.
11. Meerdere lichamelijke klachten zoals vermoeidheid, hoofdpijn of problemen met de spijsvertering.
12. In ernstige gevallen kunnen depressieve mensen psychotische symptomen (wanen, hallucinaties) hebben.

C. Richtlijnen voor de toepassing van de PROTECT-vragenlijst

Deze richtlijnen zijn bedoeld om de toepassing van de vragenlijst te vergemakkelijken. Aangezien de situatie per lidstaat verschilt, zijn deze richtlijnen niet in ieder land van toepassing.

De context: het vroegtijdig vaststellen van trauma bij kwetsbare groepen is een verantwoordelijkheid van de overheid

Zoals vermeld in het eerste deel van dit document ('Gebruik van het PROTECT-signaleringsinstrument door de EU-lidstaten') heeft de Europese Commissie duidelijk geoordeeld dat het noodzakelijk is dat de lidstaten kwetsbare personen in bescherming nemen.

Mogelijk moeten zowel de opvang- als asielprocedures worden aangepast aan de bijzondere behoeften van kwetsbare asielzoekers, aangezien zij specifieke gezondheidszorg nodig hebben.

Het gebruik van de PROTECT-vragenlijst als vroeg signaleringsmiddel vindt binnen de nieuwe wettelijke context plaats en moet de lidstaten helpen om hun verplichtingen na te komen.

De mogelijke psychologische kwetsbaarheid van een asielzoeker moet worden opgespoord en moet worden mee gewogen tijdens het persoonlijk gehoor dat de asielaanvrager ondergaat in het kader van de asielprocedure.

De aanpassingsvoorstellen van de Europese Commissie voor de Europese asielrichtlijnen (in het kader van het gemeenschappelijke Europese asielbeleid) vergroten het belang van het beoordelen van de kwetsbaarheid van asielzoekers. De geestelijke gezondheid van asielzoekers krijgen hiermee extra aandacht in de nieuwe teksten. Het gebruik van de PROTECT Vragenlijst als een vroegsignaleringsinstrument valt binnen deze juridische contexten en moet de lidstaten helpen om te voldoen aan beide eisen:

- de huidige eisen verbonden aan de huidige Europese rechtspraak;
- de nieuwe eisen zoals voorgelegd door de EU-Commissie aan het Europees Parlement en aan de Europese Raad van ministers in het kader van de implementatie van een gemeenschappelijk Europees asielstelsel (CEAS).

Het moment waarop de PROTECT-vragenlijst het beste kan worden voorgelegd

Afgezien van asielzoekers die, om wat voor reden dan ook, onmiddellijke medische hulp nodig hebben (bijvoorbeeld iemand met een urgente medische aandoening of een vrouw in barensoed) dienen alle asielzoekers een korte periode van rust en voorbereiding te krijgen voordat de asielprocedure van start gaat. Het ideale moment voor het signaleren van psychologische kwetsbaarheid is vlak na deze korte periode.

Dit zou bij voorkeur in de eerste opvanglocatie moeten gebeuren. Als asielzoekers in detentie worden opgevangen zou het ook in het eerste detentiecentrum kunnen plaatsvinden.

Zelfs als de timing niet optimaal is (bijvoorbeeld als een rustperiode ontbreekt of het door omstandigheden niet mogelijk is), is het toch beter om de vragenlijst in te vullen dan dit achterwege te laten.

Wie kan de PROTECT-vragenlijst voorleggen?

- Psychosociaal werkers, verpleegkundigen en huisartsen, juridisch adviseurs en juristen worden geacht in staat te zijn de signalering te doen en met de vragenlijst te kunnen werken.
- Ook vrijwilligers die met asielzoekers werken zouden, na een training, de vragenlijst kunnen gebruiken.

Mensen die bij de vroeg signalering betrokken zijn, moeten onafhankelijk en neutraal blijven.

Praktische aanbevelingen voor het interview

- Voordat met de PROTECT-vragenlijst kan worden gewerkt dient men een training te hebben gevolgd.
- De interviews dienen individueel te worden afgenomen, onder maximale vertrouwelijkheid, in een veilige ruimte die geschikt is voor de signaleringsprocedure .
- Er moet voldoende tijd worden gegeven voor het signaleren. Over het algemeen zou het afnemen van de vragenlijst niet langer dan 15 minuten moeten duren, maar dit kan per geval verschillen.
- Het is noodzakelijk dat zowel de interviewer als de asielzoeker de gekozen taal verstaan (met of zonder hulp van een tolk). De vragenlijst kan zowel in de taal van het ontvangende land, als in de taal van de asielzoeker worden afgenomen.
- Het doel van de vragenlijst dient aan de asielzoeker te worden uitgelegd door de korte inleidende tekst door te nemen, die bij de lijst is meegeleverd.
- De interviewer kan het vakje 'Enkele observaties' invullen; dit is een ruimte om feitelijke observaties (geen interpretaties) over het gedrag van de asielzoeker op te schrijven, die van nut kunnen zijn voor de professionele hulpverlener die de zaak later behandelt. Deze opmerkingen moeten aan de asielzoeker worden medegedeeld.
- Bij de PROTECT-vragenlijst die de interviewer krijgt, zit een bijlage met veel gestelde vragen (FAQ) die hij/zij moet doornemen. Hierin zijn antwoorden opgenomen op de belangrijkste praktische vragen over de vragenlijst, over hoe de vragen gesteld moeten worden, hoe zich te gedragen bij bepaalde reacties, enzovoort.
- Ondersteunende methoden als intervisie en supervisie zijn bewezen effectieve manieren om de kwaliteit van de procedures te monitoren en verbeteren.

'Medium ' of 'hoge' score: wanneer verwijzen?

Als de betrokkene een 'medium' of een 'hoge' score op de PROTECT-vragenlijst heeft, dient de interviewer hem of haar door te verwijzen voor een nader medisch en psychologisch onderzoek (de doorverwijzing is niet verplicht; de asielzoeker mag weigeren). De gezondheidszorginstellingen (publieke gezondheid, gespecialiseerde centra) moeten voorbereid zijn op de komst van asielzoekers die als kwetsbaar zijn aangewezen en een uitgebreide beoordeling en de benodigde behandeling aanbieden.

Als een verwijzing niet mogelijk is, zou een tweede interview kunnen worden aangeboden. De asielzoeker kan later direct naar de vragenlijst verwijzen, en daarmee aandacht vragen voor de mogelijke gezondheidsproblemen.

In beide gevallen moet de interviewer de betrokken instanties inlichten dat de betrokkene als kwetsbaar is aangemerkt en dat een gedegen onderzoek naar zijn/haar geestelijke gezondheid nodig is (hetgeen een grond kan zijn voor de toekenning van materiële ondersteuning en verdere medische en geestelijke gezondheidszorg).

De lidstaten dienen hun verantwoordelijkheid te nemen ten opzichte van kwetsbare asielzoekers door het (materieel en financieel) ondersteunen van de signaleringssystematiek en de gevolgen ervan (d.w.z. de aanpassingen van de opvangvoorzieningen of het medische behandelproces). Dit kan via de publieke gezondheidszorg, maar ook via gespecialiseerde behandelcentra. De opvang- en immigratie-instanties moeten de expertise in huis hebben om met kwetsbare asielzoekers om te gaan.

'Lage' score: Risico's

Er zijn bij de vroege signalering een aantal risico's waar men rekening mee moet houden. In sommige gevallen is niet onmiddellijk na aankomst vast te stellen of iemand getraumatiseerd is; het is goed gedocumenteerd dat asielzoekers zich vaak schamen over de symptomen van trauma en er niets over zeggen. Het is belangrijk te beseffen dat sommige psychische symptomen gerelateerd aan trauma en kwetsbaarheid pas later tot uiting komen.

Als een asielzoeker in de vroege fase nog niet als psychisch kwetsbaar wordt gezien, is het belangrijk dat de asielinstantie dit niet gebruikt om de geloofwaardigheid van het vluchtverhaal onderuit te halen. Dit benadrukt hoe belangrijk het is om uit te leggen hoe de instanties met dit instrument dienen te werken.

D. Referenties

Internationale Wetgeving

- EUROPEAN COMMISSION by the “Odysseus Academic Network”, Comparative Overview of the Implementation of the Directive 2003/9 of 27 January 2003 laying down minimum standards for the reception of asylum seekers in the EU Member States, Institute for European Studies (October 2006).
- EUROPEAN COMMISSION, Report to the Council and to the European Parliament on the application of directive 2003/9/EC of 27 January 2003 laying down minimum standards for the reception of asylum seekers, COM (2007) 745 final (November 2007).
- EUROPEAN COUNCIL ON REFUGEES AND EXILES, Complimentary Protection in Europe, Netherlands Advisory Committee on Migration Affairs (Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken), (July 2009).
- EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, The asylum-seeker perspective: access to effective remedies and the duty to inform applicants, Country Factsheets (Brussels, September 2010)
- HUMAN RIGHTS FOUNDATION OF TURKEY, The Istanbul Protocol: Manual for the Effective Investigation and Documentation of Torture, Psychological evidence of Torture (2004).
- Immigration and Refugee Board of Canada (2006). Guideline 8. Guideline on procedures with respect to vulnerables persons appearing before the IRB. Canada, IRB-CISR.
- Ngalikpima, Matiada, Brochure on national Asylum Procedures, ERF – Transnational Dublin Project (January 2010).
- Straimer, Clara, Vulnerable or invisible? Asylum seekers with disabilities in Europe, New Issues in Refugee Research, Research Paper No. 194 (November 2010).
- Wijnkoop, Myrthe & Vloeberghs, Erick. *Traumatised asylum seekers: a vulnerable group asylum seekers with special needs in the asylum process*, Working Paper Ministerial Conference on Asylum (Brussels, 13-14 September 2010). UNHCR, Improving Asylum Procedures: Comparative Analysis and Recommendations for Law and Practice, Key Findings and Recommendations (March 2010).

Wetenschappelijke documentatie

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.
- Aspinall P, Watters C. A review from an equality and human rights perspective. Human Rights.
- Asgary, R. G., Metalios, E. E., Smith, C. L., & Paccione, G. A. (2006). Evaluating asylum seekers/torture survivors in urban primary care: a collaborative approach at the Bronx Human Rights Clinic. *Health and human rights*, 9(2), 164-79. Retrieved November 9, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17265759>.
- Blake, D. D., Weathers, F.W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Klauminzer, G., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *Behavior Therapist*, 13, 187–188.

- Bloemen, E., Vloeberghs, E. & Smits, C. (2006). Psychological and psychiatric aspects of recounting traumatic events by asylum seekers. In : Bruin, R., Reneman, M. & Bloemen, E. (eds.). *Care Full. Medico-legal reports and the Istanbul Protocol*. Utrecht/Amsterdam, Pharos.
- Bollini, P. (1997) 'Asylum seekers in Europe: Entitlements, Health Status, and Human Rights Issues, *European Journal of Health Law*, 4(3): 253-265.
- Brewin, C. R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., Turner, S., & Foa, E. B. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 158-162.
- Cameron, H.E. (2010). Refugee Status Determinations and the limits of memory. *International Journal of Refugee Law*, (22), 4, 469-511
- Cohen, J. (2001). Errors of recall and credibility: can omissions and discrepancies in successive statements reasonably be said to undermine credibility of testimony? *The Medico-legal journal*, 69(Pt 1), 25-34. Retrieved December 9, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11388067>.
- De Jong, J., Komproe, T. V. M., Ivan, H., von Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., van de Put, W., & Somasundaram, D. J. (2001). Lifetime events and Posttraumatic Stress Disorder in 4 postconflict settings. *Journal of the American Medical Association*, 286 (5), 555-562.
- Dell'Osso, L., Shear, M. K., Carmassi, C., Rucci, P., Maser, J. D., Frank, E., ... Cassano, G. B. (2008). Validity and reliability of the Structured Clinical Interview for the Trauma and Loss Spectrum (SCI-TALS). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4: 2.
- Eisenbruch, M. (1992). Toward a culturally sensitive DSM: Cultural bereavement in Cambodian refugees and the traditional healer as taxonomist. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(1), 8–10.
- Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review [Internet]. *The Lancet*. 2005 Apr ;365(9467):1309-1314.[cited 2010 Oct 19] Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61027-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6)
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459–473.
- Herlihy, J. & Turner S.W.(2009). The psychology of seeking protection. *International Journal of Refugee Law*, (21), 2, 171-192
- Herman, J. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
- Hodes, M. (2010). The mental health of detained asylum seeking children. *European child & adolescent psychiatry*, 19(7), 621-3. doi: 10.1007/s00787-010-0093-9.
- Hollifield, M., Warner, T.D., Lian, N., Krakow, B., Jenkins, J.H., Kesler, J., Stevenson, J., & Westermeyer, J. (2002). Measuring trauma and health status in refugees: A critical review. *Journal of the American Medical Association*, 288(5), 611-621.
- Keller, A. S., Rosenfeld, B., Trinh-Shevrin, C., Meserve, C., Sachs, E., Leviss, J. A. et al. (2003). Mental health of detained asylum seekers. *The Lancet*, 362(9397), 1721-1723. doi: 10.1016/S0140-6736(03)14846-5.
- Kelly, N. & Stevenson, J. (2006) *First Do No Harm: Denying Healthcare to People Whose Asylum Claims Have Failed*, London, Refugee Council. Available from: <http://www.refugeecouncil.org.uk/Resources/Refugee%20Council/downloads/researchreports/Healthaccessreport_jun06.pdf> (Accessed 3 February 2010)

- Kirmayer, L. J., Rousseau, C., & Crepeau, F. (2004). Research ethics and the plight of refugees in detention. *Monash bioethics review*, 23(4), 85-92. Retrieved October 18, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15688516>.
- Kroll, J. (2003). Posttraumatic symptoms and the complexity of responses to trauma. *Journal of the American Medical Association*, 290, 667–670.
- Laban, C. J., Gernaat, H. B. P. E., Komproe, I. H. and Jong, J. T. V. M. (2007) 'Prevalence and Predictors of Health Service Use Among Iraqi Asylum Seekers in the Netherlands', *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(10): 837-844.
- Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 180, 111-116.
- Mollica, R. F., McInnes, K., Poole, C., & Svang, T. (1998). Dose-effect relationship of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. *British Journal of Psychiatry* 173, 482-488.
- Mollica, R. F., McInnes, K., Sarajlic´, N, Lavelle, J., Sarajlic´, I., & Massagli, M. P. (1999). Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia. *Journal of the American Medical Association*, 282, 433-439.
- Momartin, S., Steel, Z., Coello, M., Aroche, J., Silove, D. M., & Brooks, R. (2006). A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *The Medical journal of Australia*, 185(7), 357-61. Retrieved October 22, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17014402>.
- Peel, M., Lubell, N. & Beynon, J. (2005). *Medical Investigation and Documentation of Torture. A Handbook for Health Professionals*. Colchester, Univ of Essex, Human Rights Centre.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B. A., Roth S., et al. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorder of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10, 3–16.
- Roberts, K. (2006) 'Lost in the System? Disabled Refugees and Asylum Seekers in Britain', *Disability and Society* 15(6): 943-948.
- Robjant, K., Hassan, R., & Katona, C. (2009). Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 194(4), 306-12. doi: 10.1192/bjp.bp.108.053223.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B., & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 539-555.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49(8):624-9.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D. M., Marnane, C., Bryant, R. A., & Ommeren, M. van. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 302(5), 537-49. doi: 10.1001/jama.2009.1132.
- Straimer, C. (2010). *Vulnerable or invisible? Asylum seekers with disabilities in Europe*. Geneva. Retrieved from <http://www.unhcr.org/4cd9765b9.pdf>.
- Lustig, L.S., Kureshi, S., Delucchi, K.L., Iacopino, V. & Morse, S. (2008). Asylum Grant Rates Following Medical Evaluations of Maltreatment among Political Asylum Applicants in the United States. *Journal Immigrant Minority Health*, 10, 7–15

- Van der Kolk, B. A. (2001). The Assessment and Treatment of Complex PTSD. In R.Yehuda (Ed.), *Traumatic Stress*. American Psychiatric Press.
- Zachary, S., Shakeh, M., Derrick, S., Mariano, C., Jorge, A., & Alvin Tay Kuo, W. (2011). Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies. *Social Science & Medicine*. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.02.007.

Vragenlijst en observaties bij vroegsignalering van posttraumatische klachten bij asielzoekers

Dit instrument is niet bedoeld om de juridische status van een persoon te bepalen en kan niet worden gebruikt om rechten of claims te beperken tijdens de asielprocedure

1. Wat is het doel van de vragenlijst?

De PROTECT Vragenlijst die u in handen heeft is ontwikkeld om het proces van opvang van asielzoekers te faciliteren en in overeenstemming te brengen met de Europese richtlijnen.*

De vragenlijst vergemakkelijkt de vroegtijdige herkenning van personen die traumatische ervaringen meemaakten, zoals slachtoffers van marteling of ander psychisch, fysiek of seksueel geweld.

Asielzoekers met klachten ten gevolge van traumatische ervaringen dienen verwezen te worden naar professionals in het zorgsysteem in een zo vroeg mogelijk stadium van de asielprocedure om verslechtering en chroniciteit van gezondheidsproblemen te voorkomen en aanpassingen in de opvang en de asielprocedure mogelijk te maken.

2. Wanneer wordt de vragenlijst voorgelegd?

Eerste hulp en huisvesting moeten worden verstrekt bij aankomst in het ontvangende land. Het houden van een interview met de asielzoeker met behulp van deze vragenlijst is pas aangewezen na een korte rustperiode (van 7 tot 10 dagen).

De vragenlijst dient ook onder moeilijke omstandigheden gebruikt te worden. Dat is beter dan dat problemen en klachten verwaarloosd worden.

Soms worden de psychische problemen die veroorzaakt zijn door traumatische ervaringen pas later waargenomen. In dat geval dient de vragenlijst een tweede keer te worden gebruikt en kan de beoordeling moeten worden bijgesteld.

* Meer specifiek artikel 17 maar ook in relatie tot de artikels 15 en 20 van de EU Richtlijnen die de minimum standaarden aangeven voor de opvang van asielzoekers (2003/9/EC van 17 januari 2003) en in het bijzonder in relatie tot artikel 12 §3 en artikel 13§3 punt a) van de EU Richtlijn met betrekking tot de minimum standaard voor de procedures in de lidstaten bij de toewijzing dan wel afwijzing van internationale bescherming (2005/85/CE van 1 december 2005).

3. Hoe de vragenlijst te gebruiken?

Introduceer de vragenlijst bij de asielzoeker aan de hand van onderstaande voorbeeldtekst. Het doel is de asielzoeker te informeren over het gebruik van de vragenlijst en om tot medewerking te motiveren.

De vragenlijst mondt uit in een beoordeling van het risico ("laag", "gemiddeld" of "hoog") over de mate van posttraumatische problematiek.

Na het invullen van de vragenlijst dient een kopie te worden gegeven aan de asielzoeker met de aanbeveling dit document te tonen aan een hulpverlener, een juridisch adviseur en/of een opvangmedewerker.

Onderstaande tekst dient te worden voorgelezen voor men begint met het stellen van de vragen:

Geachte mevrouw, Geachte heer,

De Europese Unie heeft een richtlijn uitgevaardigd die aangeeft dat rekening gehouden dient te worden met de situatie van sommige asielzoekers die behoefte hebben aan specifieke zorg.

Deze vragenlijst is samengesteld door een team van gespecialiseerde professionals op medisch en juridisch terrein. Het stelt ons in staat om te praten over uw gezondheid.

Het doel van deze vragenlijst is u te helpen om meer aandacht te krijgen voor uw specifieke behoeften.

Er zijn dan ook geen goede of slechte antwoorden op de vragen. Het is belangrijk dat u zo eerlijk en open mogelijk antwoord geeft.

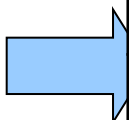
Hou er bij de beantwoording van de vragen rekening mee dat het gaat om de ervaringen van de afgelopen weken.

Vragenlijst en observaties bij vroegsignalering van posttraumatische klachten bij asielzoekers

Vragen		Ja	Nee
"Vaak" betekent: meer dan normaal en leed veroorzakend.			
1.	Val je vaak moeilijk in slaap?		
2.	Heb je vaak last van nachtmerries?		
3.	Heb je vaak hoofdpijn?		
4.	Heb je vaak last van lichamelijke pijnklachten?		
5.	Word je snel en gemakkelijk boos?		
6.	Denk je vaak terug aan pijnlijke ervaringen uit het verleden?		
7.	Voel je je vaak bang of angstig?		
8.	Vergeet je vaak gewone dagelijkse dingen?		
9.	Valt je op dat je steeds minder interesse hebt in dingen?		
10.	Heb je vaak moeite om je te concentreren?		
Aantal antwoorden met « JA » →			

Beoordeling:

Plaats a.u.b. een X in het daarvoor bestemd vakje om het risico op posttraumatische problematiek aan te geven



0-3	4-7	8-10
Laag risico	Medium risico	Hoog risico

In het geval van een “medium” of “hoog” risico dient de asielzoeker te worden verwezen voor een medisch en psychologisch onderzoek!

Een “laag risico” houdt niet in dat de asielzoeker geen traumatische ervaringen meegemaakt heeft. De klachten en symptomen kunnen zich later voordoen. Een tweede screening kan dan nodig zijn.

Enkele observaties: *(bijvoorbeeld: de persoon huilt veel, reageert amper op vragen, lijkt met zijn gedachten elders te zijn...)*

De observaties dienen te worden besproken met de persoon in kwestie.

Naam van de asielzoeker:

Geboortedatum:

Land van herkomst:

Datum:

Ik ben akkoord dat een kopie van dit document wordt bijgehouden door de interviewer organisatie en kan worden gebruikt voor statistische doeleinden (handtekening)

Stempel van organisatie
(indien mogelijk)

Na het interview dient de asielzoeker een kopie te ontvangen van de ingevulde vragenlijst met de aanbeveling dat hij of zij het document toont aan een hulpverlener, de juridisch adviseur en/of opvangmedewerker.

Appendix 2:

Veel gestelde vragen (FAQ)

Deze FAQ zijn een onderdeel van het PROTECT-instrument dat samen met de vragenlijst aan de interviewer wordt gegeven en waarin de meeste vragen worden beantwoord die hij/zij zou kunnen hebben over het afnemen van de PROTECT-vragenlijst. Deze lijst wordt regelmatig bijgewerkt aan de hand van ervaringen en feedback .

Doelstellingen

Wat zijn de doelstellingen van de PROTECT-vragenlijst?

Zie de eerste bladzijde van de vragenlijst:

- ✓ De PROTECT-vragenlijst is ontwikkeld om het proces van de opvang van asielzoekers volgens de richtlijnen van de Europese Unie te faciliteren.
- ✓ De vragenlijst maakt het mogelijk vroegtijdig asielzoekers te herkennen die traumatische ervaringen hebben meegemaakt, bijvoorbeeld slachtoffers van foltering of van psychologisch, lichamelijk of seksueel geweld.
- ✓ Asielzoekers die dergelijke traumatische ervaringen hebben meegemaakt, dienen in een vroeg stadium van de asielaanvraag te worden doorverwezen naar hulpverleners in de gezondheidszorg om te voorkomen dat hun situatie zich verergert en/of de gezondheidsproblemen chronisch worden; daarnaast zullen de opvangvoorzieningen en de asielprocedure aan hun behoeften moeten worden aangepast.

Heeft de vragenlijst ook een preventief doel?

Ja, de vragenlijst probeert psychisch lijden zo vroeg mogelijk te signaleren om te voorkomen dat zich ernstige psychische klachten ontwikkelen en bijkomende problemen ontstaan.

Voorzorgsmaatregelen

Welke voorzorgsmaatregelen zijn nodig om de asielzoeker te beschermen?

De asielzoeker dient voldoende uitleg over de betekenis en het doel van de vragenlijst te krijgen. Er kunnen mogelijk heftige herinneringen naar boven komen. Het is daarom noodzakelijk dat de interviewer:

- ✓ bereid is het lijden van de asielzoeker te erkennen, zodat hij zich begrepen en geaccepteerd voelt;
- ✓ de echtheid van zijn/haar ervaringen niet in twijfel trekt.

Interviewers dienen zich bewust te zijn van het feit dat sommige slachtoffers van foltering iedereen die een autoriteit vertegenwoordigt of die beslissingen kan nemen die hun leven aangaan, als een mogelijke dader zien. Daarom is het van essentieel belang om hen het gevoel van keuzevrijheid te geven.

Welke voorzorgsmaatregelen moeten worden genomen om de aanvrager te beschermen?

Het is belangrijk om:

- ✓ niet in details te treden over de traumatische ervaring(en);
- ✓ een professionele attitude te behouden en zich alleen aan de inhoud van de vragenlijst te houden;
- ✓ niet de rol van therapeut op zich te nemen.

Voorwaarden voor het invullen van de vragenlijst

Wie kan de vragenlijst afnemen?

De betrokkenen moeten zich onafhankelijk en neutraal opstellen. Dat kunnen zijn:

- ✓ psychosociaal werkers, verpleegkundigen en huisartsen, andere professionele zorgverleners, maar ook juridisch adviseurs en juristen zijn in de positie om een vroegsignalering te doen en kunnen met de vragenlijst werken;
- ✓ vrijwilligers die met asielzoekers werken en een training achter de rug hebben.

Leidt de vragenlijst naar een diagnose?

Nee, de vragenlijst geeft alleen een vermoeden van de mate van psychische kwetsbaarheid (laag, middelmatig of hoog), wat inhoudt dat er een potentiële behoefte aan een verdere behandeling bestaat (bij middelmatige of hoge kwetsbaarheid), alsook de noodzaak om de opvangvoorzieningen en de asielprocedure aan te passen om aan deze specifieke behoeften tegemoet te komen.

Kan de vragenlijst worden gebruikt om kinderen te beoordelen?

Nee, alleen volwassenen.

Is de vragenlijst ook in andere talen beschikbaar?

Ja, de vragenlijst is er in het:

- ✓ Engels
- ✓ Frans
- ✓ Duits
- ✓ Bulgaars
- ✓ Nederlands
- ✓ Hongaars
- ✓ Spaans
- ✓ Albanees
- ✓ Arabisch

- ✓ Ethiopisch (Oromo)
- ✓ Farsi
- ✓ Pools
- ✓ Russisch
- ✓ Servo-Kroatisch
- ✓ Somalisch
- ✓ enzovoort.

Het is belangrijk dat de interviewer en de asielzoeker de gekozen taal (met of zonder hulp van een tolk) verstaan. De vragenlijst kan zowel in de taal van het ontvangstland, als in de taal van de asielzoeker worden afgenomen.

Aan wie moet de vragenlijst worden voorgelegd?

Aan elke volwassen asielzoeker, tenzij er overduidelijke signalen zijn dat hij/zij onmiddellijk (psychische of lichamelijke) zorg nodig heeft: Een acute en ernstige ziekte, vergevorderde zwangerschap, een verstandelijke beperking, enzovoort.

Wat te doen als de betrokkene geen enkel symptoom vertoont?

Dan moet de vragenlijst toch worden afgenomen. De afwezigheid van symptomen betekent niet noodzakelijk dat de asielzoeker geen traumatische ervaringen heeft gehad. Soms komt het voor dat symptomen zich pas na een bepaalde periode openbaren, nadat de asielzoeker is hersteld van de reis of van de slechte opvangvoorzieningen.

Als de vragenlijst met elke asielzoeker wordt ingevuld, is het ook mogelijk representatieve gegevens te verzamelen.

Onder welke omstandigheden moet de vragenlijst worden ingevuld met de asielzoeker?

Tijdens een vertrouwelijk interview tussen de interviewer en de asielzoeker, bij voorkeur in een vertrouwenwekkende omgeving en met de bedoeling om een positieve relatie tot stand te brengen.

Kan de asielzoeker alleen gelaten worden als hij de vragenlijst invult?

Nee, de interviewer moet de asielzoeker door de vragenlijst heen leiden, al dan niet met behulp van een tolk. De vragenlijst is niet bedoeld om aan de asielzoeker te geven voor zelfstandige invulling

Is het wel wenselijk dat de interviewer de asielzoeker een vragenlijst voorlegt, waarvan de inhoud iemand persoonlijk raakt, met het risico dat hij/zij traumatische ervaringen zal herbeleven en daardoor meer leed wordt aangedaan?

De vragenlijst is ontwikkeld om ook door niet-medisch of niet-psychologisch personeel te worden afgenomen, zodat asielzoekers die traumatische ervaringen hebben gehad, vroegtijdig kunnen worden gesignaleerd. Aangezien de klachten en symptomen die hierin voorkomen tamelijk intiem zijn en per definitie een gevoelig en moeilijk onderwerp raken, is het belangrijk dat de interviewer zich houdt aan de opzet van de vragenlijst en vooral niet in details treedt van de traumatische ervaringen, teneinde de

privacy van de betrokkene te respecteren en geen onnodige pijn te berokkenen. Dit helpt de asielzoeker om controle te houden en herbelevingen te vermijden

Wat wordt er precies bedoeld met het woord 'vaak', dat in de meeste vragen voorkomt?

Het betekent dat de gebeurtenis vaker voorkomt dan wat door de betrokkene als gebruikelijk wordt ervaren, en daarmee lijden veroorzaakt.

Gevoelens van de asielzoeker

Hoe staat de asielzoeker tegenover de vragenlijst?

Afhankelijk van iemands ervaringen, land van oorsprong en huidige psychische toestand, zijn sommige vragen wellicht moeilijk te beantwoorden en kunnen gevoelens van schaamte, verdriet of wantrouwen worden opgeroepen. Mocht dat het geval zijn, dan mogen niet-medische interviewers niet dieper doorvragen om meer informatie te krijgen, maar dienen zij de betrokkene te verwijzen naar een professionele zorgverlener.

Tegelijk zorgt de vragenlijst ervoor dat de asielzoeker zich meer bewust wordt van wat hem/haar aangedaan is. Dit helpt hen symptomen te verwoorden en te kwantificeren die hij/zij eerder niet kon begrijpen en uitleggen.

Het kan de asielzoeker helpen een verband te zien tussen de verschillende symptomen, hun oorsprong en gevolgen. Hierdoor kunnen ook eerdere klachten die voorheen voor verwarring en onbegrip hadden gezorgd, anders bekeken worden..

Veel asielzoekers hebben moeite om over hun traumatische ervaringen te praten. De interviewer kan benadrukken dat hij ervan overtuigd is dat hulp zoeken kan helpen om het lijden te verlichten, en dat als het slachtoffer nu niet in staat is om te praten over wat er is gebeurd, er later altijd nog een mogelijkheid zal zijn om dit te doen.

Suggesties hoe de interviewer zich moet gedragen als de asielzoeker erg opgewonden of overstuur wordt tijdens het interview

De voornaamste regel is rustig en beheerst te blijven en ervoor te zorgen dat de gevoelens en het gedrag van de ander geen invloed hebben op hoe jij reageert. Dit kan op zichzelf al een kalmerend effect hebben.

Ten tweede is het belangrijk om een respectvolle en empathische houding aan te nemen, en te vragen hoe je de persoon kunt helpen (bijv. door een glaasje water te halen, te zeggen dat de betrokkene nog even in de kamer mag blijven zodat hij/zij zich kan herpakken, een familielid erbij te roepen, even een pauze in te lassen, enzovoort).

Als de situatie je eigen vermogen en kwalificaties te boven gaat, is het nodig om professionele hulp in te schakelen.

Wat is de bedoeling van het vakje 'Enkele observaties'?

In dit vakje kan de interviewer eventuele observaties en opmerkingen noteren die het vermelden waard zijn.

Hier mogen geen interpretaties worden gegeven. Alle opmerkingen moeten feitelijk zijn. Ze kunnen van nut zijn voor de professionele zorgverleners die de zaak later zullen bekijken of om de procedure te verbeteren.

De opmerkingen en observaties moeten de asielzoeker naderhand worden meegedeeld.

Voorbeelden:

- ✓ Het gedrag van de asielzoeker: huult veel, reageert niet, lijkt met zijn gedachten elders te zijn, enzovoort.
- ✓ Problemen met de vragen: wijze van formuleren, vaag, moeilijk te begrijpen, vertaalprobleem, enzovoort.
- ✓ Bijzondere omstandigheden waaronder de vragenlijst is afgenomen: vertraging na aankomst, tweede keer, enzovoort.
- ✓ Andere informatie of reacties die je van belang acht.

Verwijzen van de asielzoeker

Wat moet gedaan worden indien de uitkomst van de PROTECT-vragenlijst positief is (bij middelmatige of hoge waarschijnlijkheid dat er sprake is van psychisch lijden)?

In dat geval is een verwijzing voor nader grondig (medisch en psychologisch) onderzoek vereist om de gezondheidstoestand, de mate van traumatisering en de behandelindicaties te bepalen.

Als het onderzoek en de behandeling niet door dezelfde organisatie of deskundige wordt uitgevoerd, volg dan de standaardprocedure van de eigen asielopvang.

Onderzoek en therapeutische behandeling kunnen niet worden verplicht. Dit kan de asielzoeker alleen worden aanbevolen en aangeboden, aangezien hij/zij het recht heeft om zelf te beslissen of hij/zij de verwijzing al dan niet accepteert. Sommige asielzoekers zijn veerkrachtig en/of maken gebruik van andere bronnen (familie, religie, gemeenschap, enzovoort) om hun problemen te overwinnen. Het is daarom belangrijk dat professionals de specifieke behandelbehoefte van de betreffende persoon begrijpen en een passende behandeling voorstellen. Een universele oplossing bestaat niet.

Hoe moet het begrip 'therapie' worden benaderd met buitenlandse personen die hier niet mee vertrouwd zijn en/of geen behandeling willen volgen?

Het is belangrijk om goed op je woordkeus te letten en om elke zinspelende naar een psychiatrische stoornis te vermijden. Voor veel slachtoffers van traumatische ervaringen is het idee van 'gekte' zeer beangstigend; dit kan resulteren in meer angst en schaamte en kan ertoe leiden dat de betrokkene niet wil meewerken aan een behandeling.

Het kan nuttig zijn om uit te leggen dat er een medisch verband bestaat tussen een traumatische ervaring en de daarop volgende klachten en symptomen. Hierdoor kan de asielzoeker zijn/haar lijden

beter begrijpen en het helpt hem/haar om een weg voor zich te zien waarop genezing en herstel mogelijk is .

Een potentiële patiënt moet weten dat er altijd een mogelijkheid bestaat om later in behandeling te gaan en dat hij/zij zelf mag besluiten wanneer het moment is aangebroken waarop een behandeling gewenst is.

Ervaart de asielzoeker een therapeutische behandeling altijd als positief?

Nee, zeker in het begin van een behandeling kan het erg pijnlijk zijn om over traumatische gebeurtenissen te praten.

Soms wil de asielzoeker de behandeling dan stopzetten of onderbreken.

Het is belangrijk om de privacy van de asielzoeker te respecteren, evenals zijn/haar recht om te zwijgen. Leg niet te veel druk op wat hij/zij zou moeten doen. Respecteer het herstelproces dat de betrokkene voor zichzelf kiest.

Wat moet de interviewer doen als er onder de huidige omstandigheden geen behandeling beschikbaar is?

Als er geen behandeling beschikbaar is na de beoordeling met behulp van de PROTECT-vragenlijst, zal de asielzoeker zich mogelijk gefrustreerd en om de tuin geleid kunnen voelen. Daarnaast kan de interviewer twijfels hebben over de zin van het instrument. Er zijn dan ook voordelen van de screening, die de asielzoeker dient te weten. Ten eerste is het belangrijk om de asielzoeker ervan te overtuigen dat het invullen van de vragenlijst tot meer inzicht leidt in de noodzaak van behandeling. Het maakt het makkelijker om een behandeling in gang te zetten. Ten tweede zijn er ook dingen die direct kunnen worden gedaan: de bevindingen van de vragenlijst kunnen worden doorgegeven aan de mensen die voor de opvang en de asielprocedure zorgen (d.w.z. juridisch vertegenwoordiger, maatschappelijk werkers, immigratiedienst, opvangorganisatie en medisch personeel). De PROTECT-vragenlijst kan als zodanig invloed hebben op de opvangvoorzieningen, gezondheidszorg en juridische processen.

Wat zijn de gevolgen van een 'lage' risicoscore?

Er zijn een paar risico's waarbij men bij een vroege signalering rekening moet houden. In sommige gevallen komt een trauma niet direct na aankomst aan het licht, aangezien het bekend is dat asielzoekers zich vaak schamen en over de symptomen van psychisch trauma. Daarom is het belangrijk te beseffen dat sommige symptomen van psychische problemen ten gevolge van trauma en kwetsbaarheid zich pas later openbaren.

Als een asielzoeker tijdens de vroege fase niet als psychisch kwetsbaar wordt aangemerkt, is het belangrijk dat de asielinstantie dit niet gebruikt om de geloofwaardigheid van zijn vluchtverhaal nadelig te beïnvloeden. Hieruit blijkt hoe belangrijk het is om de instanties goed te instrueren over hoe zij de uitkomsten van dit instrument moeten duiden.

Gevoelens van de interviewer

Hoe kan de interviewer omgaan met gevoelens van machteloosheid tegenover de asielzoeker (bijvoorbeeld als deze een behandeling weigert)?

Het is altijd moeilijk iemand te zien lijden zonder dit te kunnen verlichten. Desondanks dient men te beseffen dat er persoonlijke en beroepsmatige grenzen zijn en ook dat er grenzen zijn aan het vermogen om iemand te helpen.

Bij slachtoffers van foltering is het van groot belang om hen de vrijheid te laten eigen beslissingen te nemen. Men kan beter voorkomen dat men in de dynamiek van goed-fout en dader-slachtoffer terechtkomt.

Kan de interviewer het lijden verlichten zonder de rol van therapeut op zich te nemen?

Ja, een respectvolle, consistente, oprechte en empathische houding kan op zichzelf al therapeutisch zijn.

Voordelen van het project

Hoe kunnen organisaties profiteren van deze vragenlijst?

De vragenlijst biedt organisaties een instrument dat psychisch lijden signaleert en in het bijzonder een snelle en praktische signalering van slachtoffers van foltering vergemakkelijkt, zelfs als er geen therapeutische behandeling beschikbaar is.

De belangrijkste voordelen zijn:

- ✓ Een groter bewustzijn over het lijden en de kwetsbaarheid van asielzoekers.
- ✓ Suggesties met betrekking tot verdere verwijzingen voor kwetsbare personen.
- ✓ Bewustwording over de mogelijkheden of aanpassingen van de opvangvoorzieningen en van de asielprocedures.



This publication has been produced with the assistance of the European Union. The contents of this publication are the sole responsibility of the Partners of the PROTECT project and can in no way be taken to reflect the views of the European Union.