

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2011/373

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG TE AMSTERDAM

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 18 augustus 2011 bij het college te 's-Gravenhage en vervolgens op 20 september 2011 bij dit college binnengekomen klacht van:

A,
wonende te B,
k l a a g s t e r,
gemachtigde mr. M.J.M. Peeters, advocaat te Amsterdam,

tegen

C,
arts,
wonende te D,
v e r w e e r d e r,
gemachtigde mr. M.F. van der Mersch, advocaat te Den Haag.

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek met de bijlagen;
- de dupliek met de bijlagen;
- de brief met bijlagen van (de gemachtigde van) klaagster, binnengekomen op 4 januari 2012;
- de correspondentie betreffende het vooronderzoek.

De klacht is ter openbare terechtzitting behandeld. Partijen waren aanwezig. Klaagster werd bijgestaan door mr. Peeters voornoemd, en verweerder door mr. Van der Mersch voornoemd. Beide gemachtigden hebben een toelichting gegeven aan de hand van pleitnota's die aan het college en de wederpartij zijn overgelegd. Voorts was aanwezig E, tolk Engels, meegebracht door klaagster.

2. De feiten

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden kan van het volgende worden uitgegaan:

2.1. Klaagster heeft de Burundese nationaliteit. Zij stelt dat zij in Burundi slachtoffer is geworden van groepsverkrachting, waarbij haar man voor haar ogen is gedood. Er zijn kinderen van haar achtergebleven in Burundi. Sinds enkele jaren verblijft zij met een minderjarige zoon in Nederland en zij beschikt inmiddels over een verlengde verblijfsvergunning. Klaagster had een verblijfsvergunning op grond van een medische nood situatie. Aanvankelijk is de aangevraagde verlenging van de verblijfsvergunning op medische gronden door de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) geweigerd. Daartegen heeft klaagster een bezwaarschrift ingediend. Dit bezwaarschrift is ongegrond verklaard, nadat de IND aan verweerder medisch advies had gevraagd en verweerder dit advies op 22 november 2010 had gegeven via het aan de IND verbonden Bureau Medische Advisering (BMA).

2.2. Bij brief van 14 januari 2011 heeft de gemachtigde van klaagster de IND nieuwe medische informatie toegezonden. Naar aanleiding hiervan heeft de IND opnieuw medisch advies gevraagd over klaagster. Aan verweerder zijn daarbij de volgende stukken in kopie verstrekt:

- verweerders BMA-advies van 22 november 2010,
- een e-mail van F, G van 21 december 2010,
- de brief van de gemachtigde van klaagster d.d. 14 januari 2011,
- een ingevulde en ondertekende toestemmingsverklaring.

Van deze brieven is een kopie bij de stukken gevoegd.

2.3. Op 28 maart 2011 heeft verweerder andermaal een advies uitgebracht aan de IND. Hij beschikte daarbij over schriftelijke informatie van de huisarts van klaagster, van psychiatrisch verpleegkundige H en van psychiater I verbonden aan J. Verweerder heeft klaagster niet zelf onderzocht. Hij heeft de vragen van de IND in voornoemd advies als volgt beantwoord, waarbij hij ter beantwoording van vraag 5a gebruik heeft gemaakt van informatie van vertrouwensartsen:

"A. Persoonsgebonden vragen

1a. Heeft betrokkene één of meerdere medische klachten? *Ja*

1b. Zo ja, wat is de aard van de klachten? *Betrokkene heeft psychische klachten in het kader van een ernstige depressieve stoornis en een posttraumatische stressstoornis (PTSS). De klachten leidden in december 2010 tot crisis met een toename van suïcidaliteit. Betrokkene werd toen opgenomen. De berichtgeving over de suïcidaliteit is niet geheel eenduidig. Psychiater I van J beschrijft in de brief van 11 maart 2011 een intoxicatiepoging van betrokkene, van zowel haarzelf als haar zoon. In de brief van systeemtherapeut H van K (d.d. 19 januari 2011) wordt over deze poging niets vermeld.*

2a. Staat betrokkene voor de klachten als onder 1 bedoeld onder medische behandeling of wordt medische behandeling binnenkort gestart? *Ja*

2b. Zo ja, wat is de aard van deze behandeling, door wie wordt deze behandeling gegeven en is de behandeling van tijdelijke of van blijvende aard? *Betrokkene is van 16 tot 21 december 2010 opgenomen geweest J. Vanuit daar is betrokkene aangemeld bij L voor structurele behandeling van de PTSS klachten. Betrokkene werd tijdens opname ingesteld op mirtazapine, oxazepam, temazepam en topiramaat. Behandeling van een PTSS in is beginsel van tijdelijke aard. De (traumagerichte) behandeling moet*

feitelijk nog beginnen en daarom valt thans niet aan te geven hoelang de behandeling voortgezet moet worden.

2c. Zo de behandeling van tijdelijke aard is, kunt u op basis van de huidige medische inzichten aangeven wanneer de behandeling zal zijn afgerond? *Zie vorige vraag.*

3. Zal, gelet op de huidige medische inzichten, het uitblijven van de onder 2 genoemde behandeling leiden tot een medische noodsituatie op korte termijn? *In december 2010 is er sprake geweest van een crisisachtige situatie die noopte tot opname. Uitblijven van behandeling zal waarschijnlijk leiden tot een toename van angstklachten en depressieve gevoelens met ondermeer wanhoop. Het valt dan niet uit te sluiten dat er een situatie ontstaat waarin betrokkene een gevaar voor zichzelf of haar omgeving gaat vormen. Uitblijven van behandeling zal daarom (kunnen) leiden tot een medische noodsituatie op korte termijn.*

Indien betrokkene gaat reizen, gebeurt dit in de regel per vliegtuig, trein, auto of boot.

4a. Kan betrokkene reizen, met bovengenoemde vervoersmiddelen, met of zonder medische reisvoorwaarden? (Kunt u hierbij aangeven welke medische reisvoorwaarden bij de reis vooraf, tijdens en of direct na de reis noodzakelijk zijn? *Gezien de huidige medische inzichten acht ik betrokkene wel in staat te reizen met gangbare vervoermiddelen als boot, trein, bus, auto en vliegtuig. Ik heb wel aanwijzingen dat enige medische voorziening voor, tijdens of direct na de reis noodzakelijk is, namelijk:*

- Tijdens de reis: betrokkene dient te worden begeleid door een psychiatrisch verpleegkundige die tijdens de reis de medicatie beheert. Betrokkene dient het gebruik van de medicatie tijdens de reis voort te zetten.

- Direct na de reis: gelet op de nog recente crisis is het noodzakelijk dat er na de reis een vorm van psychiatrische opvang is. Er dient daarom een fysieke overdracht van betrokkene aan de behandelaar ter plekke plaats te vinden. Daarbij dient dan ook een schriftelijke overdracht van de medische gegevens plaats te vinden.

4b. Indien het antwoord op vraag 4a Nee luidt, kunt u aangeven hoelang betrokkene niet in staat kan worden geacht te reizen met voornoemde vervoersmiddelen? *Niet van toepassing.*

B. Landgebonden vragen

(...)

5a. Is behandeling, in algemeen medisch-technische zin, voor de onder 1a en 1b beschreven klachten, op enige plaats in Burundi aanwezig? *Uitgaande van de juistheid van de beschikbare informatie m.b.t. de therapiemogelijkheden in het land van herkomst/land van eventuele verwijdering, concludeer ik dat deze voldoende zijn.*

5b. Zo ja, waaruit bestaat deze behandeling en waar wordt bedoelde behandeling gegeven? (Bijv. in welk soort instellingen, met welk type hulpverleners, met welke medicijnen.) *Behandeling door een psychiater en/of psycholoog is mogelijk in het M te N. Cognitieve gedragstherapie – een vorm van behandeling die als traumabehandeling ingezet kan worden – is mogelijk. De medicamenteuze behandelmogelijkheden zijn basaal maar wel voldoende. Met fluoxetine als antidepressivum en diazepam en alprazolam als angstdempende middelen is behandeling mogelijk. Topiramaat – veelal ingezet tegen de nachtmerries en nachtelijke angsten – is niet aanwezig maar de afwezigheid ervan is niet iets wat de behandeling onvoldoende maakt. Eventueel kan carbamazepine gebruikt worden – ook van dit middel wordt een werking tegen nachtmerries beschreven. De aanwezigheid van voornoemde behandeling blijkt uit bovengenoemd brondocument."*

3. De klacht en het standpunt van klaagster

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder:

1. ten onrechte heeft geconstateerd dat klaagster gebruik kan maken van de in het antwoord op vraag 5b genoemde alternatieve medicamenten. Hij had hierover contact moeten opnemen met de behandelaars van klaagster, omdat hij zich hier op het gebied van de behandelaar begeeft. Verweerder is daartoe niet bevoegd, zeker niet nu hij klaagster zelf niet heeft onderzocht. Klaagster wijst erop dat er een eerder BMA-advies is uitgebracht door een andere arts op 19 maart 2009, waarin werd geoordeeld dat de medicatievoorziening van onder andere psychofarmaca onvoldoende is gegarandeerd en dat de behandelmogelijkheden tekort schieten in Burundi;
2. ten onrechte geen rekening heeft gehouden met de vraag of er in Burundi een veilige behandelomgeving is. In 2009 is reizen naar Burundi door de BMA-arts afgeraden, onder meer vanwege het psychiatrische toestandsbeeld. Dit beeld is niet verbeterd, gezien de crisissituatie die eind 2010 is ontstaan. Klaagster ondervindt heftige angsten voor dreigende uitzetting. Het is in verband daarmee niet goed voor te stellen dat een behandeling in Burundi enige kans van slagen zou hebben. Verweerder had dan ook niet mogen volstaan met een algemene verwijzing naar het M als mogelijkheid van behandeloverdracht. Hij had ook moeten nagaan of daadwerkelijk een verklaring van een arts, verbonden aan dat ziekenhuis, kon worden verkregen dat deze bereid is om klaagster bij aankomst op het vliegveld over te nemen voor behandeling;
3. zich heeft gebaseerd op informatie van een vertrouwensarts die niet met naam en specialisme wordt genoemd. Hierdoor is de informatie voor klaagster niet objectief verifieerbaar. Klaagster merkt hierbij op dat de BMA-arts die in 2009 adviseerde, zich had gebaseerd op informatie van International SOS. Ook wijst klaagster erop dat de informatie van de vertrouwensarts is opgenomen in een brondocument dat dateert van 19 april 2010, dus bijna een jaar vóór verweerder zijn advies op 28 maart 2011 heeft uitgebracht. Het is de gemachtigde van klaagster niet gelukt om contact te krijgen met het M.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder voert aan dat hij zijn advies van 28 maart 2011 met de vereiste vakkundigheid en zorgvuldigheid heeft opgesteld en dat het advies voldoet aan de geldende normen. Hij wijst erop dat hij in het antwoord op vraag 4a de bestemming van de reis niet in het advies hoefde te betrekken. Verder heeft hij niet de door klaagster gestelde suïcidepogingen in het antwoord betrokken, omdat deze niet zijn gedocumenteerd en niet (consistent) door de behandelaars van klaagster zijn genoemd in de schriftelijke informatie die zij aan de arts hebben verstrekt. Wel heeft hij de suïcidaliteit van klaagster genoemd. Verder heeft hij uit zorgvuldigheid een aantal reisvoorwaarden genoemd. Het is aan de Dienst Terugkeer & Vertrek, en niet aan verweerder, om zorg te dragen voor de uitvoering van de voorwaarden en contact te zoeken met een behandelaar in het land van bestemming en de feitelijke overdracht te garanderen.

Klaagster veronderstelt naar zijn mening ten onrechte dat terugkeer naar het land van herkomst, waar het trauma is opgelopen, van invloed is op de effectiviteit van de traumabehandeling. Verweerder heeft in het dossier van klaagster geen informatie aangehouden op grond waarvan hij redelijkerwijs twijfelde of had behoren te twijfelen aan de effectiviteit van behandeling van klaagster in Burundi.

De door de vertrouwensarts verstrekte informatie, die verweerder bij het antwoord op vraag 5 heeft betrokken, heeft hij als bijlage aan het advies gehecht. Daarmee is deze informatie objectief te verifiëren. De informatie is bovendien voldoende actueel. De in-

formatie mag maximaal een jaar oud zijn, tenzij de situatie in het land van herkomst erg roerig is. Dat is in Burundi niet het geval.

Tot slot betwist verweerder dat hij over de effectiviteit van de behandeling in Burundi met de daar beschikbare medicamenten contact had moeten opnemen met de behandelaars van klaagster. Verweerder heeft in het advies onderbouwd dat en waarom klaagster van de alternatieve medicatie gebruik kan maken. Verweerder voert aan dat hij in het advies diende te beoordelen of er in Burundi voldoende medische behandelingsmogelijkheden zijn voor de aard van de klachten die klaagster heeft, maar dat hem niet is gevraagd een oordeel te geven over de individuele behandeling van klaagster aldaar. Hij wijst erop dat de behandelaars van klaagster in de door hen verstrekte schriftelijke informatie geen twijfels hebben geuit over de effectiviteit van behandeling van klaagster in Burundi.

5. De overwegingen van het college

5.1. Het College stelt het volgende voorop. De geldende rechtspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg houdt in dat een BMA-arts jegens de aanvrager van een verblijfsvergunning zo mogelijk nader onderzoek moet verrichten, indien de gegevens in het dossier van de aanvrager aanleiding moeten zijn gereede twijfel te hebben over de effectiviteit voor de aanvrager van de in het algemeen verkrijgbare medische behandeling in het land van herkomst of bestemming. De BMA-arts moet onder ogen zien of er gereede twijfel kan bestaan over de effectiviteit van de behandeling in dat land, met name gelet op de aard van het trauma van de aanvrager en de omstandigheden waaronder dat is veroorzaakt. In elk geval moet de arts letten op de omstandigheden waaromtrent hij geacht kan worden zich uit te laten.

5.2. Bij de beoordeling van de onderscheiden klachtonderdelen neemt het College het volgende in aanmerking. Uit de bevindingen van de behandelaars van klaagster blijkt dat zij lijdt aan een ernstige depressieve stoornis en een posttraumatische stressstoornis. Ten tijde van het advies van verweerder had zij recent een crisis meegemaakt met een toename van suïcidaliteit. Uit de schriftelijke informatie van systeemtherapeut H blijkt dat klaagster in november 2010 door medewerkers van de thuiszorg in suïcidale toestand thuis was aangetroffen. Op 16 december 2010 beoordeelden H en de psychiater van de acute dienst de suïcidaliteit zo ernstig in dat klaagster acuut is opgenomen in J. Zij is daar, zo blijkt uit de schriftelijke informatie van psychiater I, tot 21 december 2010 opgenomen geweest waarbij zij is ingesteld op mirtazepine, oxazepam, temazepam en topiramaat.

5.3. Het College overweegt met betrekking tot het eerste klachtonderdeel als volgt. Verweerder heeft in zijn advies de bevindingen van de behandelaars overgenomen en de opname in J alsmede de instelling op de hiervoor genoemde medicamenten beschreven. Uit zijn advies blijkt verder dat deze medicamenten niet in Burundi voorhanden zijn, zodat aangenomen moet worden dat klaagster – nu uitblijven van behandeling volgens verweerder een medische noodtoestand kan doen ontstaan – bij uitzetting naar Burundi op de daar beschikbare medicijnen zou moeten worden ingesteld. Verweerder heeft geadviseerd dat de behandelmogelijkheden voor de medische klachten zoals klaagster die ondervindt in Burundi voldoende zijn. Naar het oordeel van het College verwijt klaagster verweerder terecht dat hij hierover geen contact heeft opgenomen met de behandelaars van klaagster alvorens tot zijn advies over te gaan. De medicatie vormt immers een essentieel onderdeel van de behandeling van klaagster. Gelet op de aard en ernst van haar psychische klachten bij de recente crisissituatie en opname had verweerder moeten nagaan of de in Burundi beschikbare alternatieve medicamenten

voor klaagster voldoende behandelingsmogelijkheden boden, in aanmerking genomen dat zij op de alternatieve medicamenten zou moeten worden ingesteld. Hij had hierover contact moeten opnemen met de behandelaars van klaagster, omdat een ontregeling van medicamenten tot toenemende suïcidaliteit zou kunnen leiden. Dit klemt temeer nu verweerder ermee bekend was dat in het BMA-advies uit 2009 de medicatievoorziening in Burundi van o.a. psychofarmaca onvoldoende gegarandeerd werd geacht op basis van informatie van International SOS. De andersluidende informatie van de vertrouwensarts uit 2010 luidde dat de medicamenteuze behandelingsmogelijkheden basaal maar voldoende werden geacht. Alle omstandigheden in aanmerking genomen had verweerder ten tijde van zijn advies in maart 2011 onder ogen moeten zien dat er gerede twijfel kon bestaan over de effectiviteit van de behandeling van klaagster in Burundi. Dit eerste onderdeel van de klacht acht het College dan ook gegrond.

5.4. Verweerder had naar het oordeel van het College naast hetgeen hiervoor is overwogen geen reden om nader onderzoek te doen naar de veiligheid van de behandelings situatie in Burundi. Gelet op de beschikbare informatie van de vertrouwensarts, die bij het advies is gevoegd, is zowel ambulante als klinische behandeling mogelijk in Burundi voor de medische klachten van klaagster. Uit de schriftelijke informatie van de behandelaars volgt niet dat verweerder hieraan had moeten twijfelen. Het College constateert wel dat verweerder alleen het M heeft genoemd in zijn advies, terwijl dit ziekenhuis volgens de vertrouwensarts geen klinische opnamemogelijkheden heeft. Gelet op de voorgeschiedenis van klaagster had verweerder er rekening mee moeten houden dat klinische opname in Burundi nodig zou zijn. Het zou dan ook beter zijn geweest als verweerder ook had verwezen naar het door de vertrouwensarts genoemde centrum voor neuropsychologie van Kamenge, dat zowel ambulante als klinische behandelingsmogelijkheden heeft, maar verweerder heeft op dit punt niet onzorgvuldig gehandeld. Het tweede klachtonderdeel is ongegrond.

5.5. Het derde klachtonderdeel is eveneens ongegrond. Het College acht het voor een zorgvuldig BMA-advies in het algemeen niet noodzakelijk dat de vertrouwensarts met naam en specialisme bekend is bij de adviserende arts. De arts moet op de betrouwbaarheid van de vertrouwensarts kunnen varen, tenzij er concrete aanwijzingen van het tegendeel zijn. Verder acht het College informatie van een vertrouwensarts die bijna een jaar oud is, in zijn algemeenheid nog voldoende actueel zodat een BMA-arts op die informatie mag afgaan. Ook hier geldt dat dit anders wordt indien er aanwijzingen zijn dat de situatie is veranderd. In dit geval zijn die aanwijzingen er in onvoldoende mate. Het College is met verweerder van oordeel dat hij mocht adviseren dat er psychiatrische opvang nodig zou zijn voor klaagster bij uitzetting naar Burundi en dat er daarom een fysieke overdracht aan de behandelaar ter plaatse zou moeten plaatsvinden, zonder dat verweerder de verantwoordelijkheid op zich moest nemen om een behandelaar in Burundi te vinden die zich bereid verklaarde mee te werken aan de fysieke overdracht. Verweerder wordt erin gevolgd dat die verantwoordelijkheid ligt bij de Dienst Terugkeer & Vertrek.

5.6. Samenvattend is het College van oordeel dat de klacht gegrond is ten aanzien van het verwijt dat de arts niet zonder nader onderzoek had mogen adviseren dat de medicamenteuze behandelingsmogelijkheden in Burundi voor de medische klachten zoals klaagster die ondervindt voldoende zijn.

5.7 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht deels gegrond is. Verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens klaagster had behoren te betrachten. De oplegging van na te melden maatregel is daarvoor passend.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege waarschuwt verweerder.

Aldus gewezen op 24 april 2011 door:

mr. M. van Walraven, voorzitter,

M. Bakker, L.M. Gualthérie van Weezel en J.N. Bennen, leden-arts,

mr. E.W.M. Meulemans, lid-jurist,

mr. P. Tanja, als secretaris,

en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 19 juni 2012 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

w.g. M. van Walraven, voorzitter

w.g. P. Tanja, secretaris