

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2011/391

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
TE AMSTERDAM

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 30 augustus 2011 bij het Regionaal Tuchtcollege te 's-Gravenhage binnengekomen en vervolgens naar dit college doorgestuurde en op 5 oktober 2011 binnengekomen klacht van:

A,
met onbekende woonplaats,
domicilie kiezende te B,
k l a g e r,
gemachtigde mr. T.P. Boer, advocaat te Arnhem,

tegen

C,
arts,
wonende te D,
v e r w e e r d e r,
gemachtigde mr. H.C. Schutrops, advocaat te 's-Gravenhage.

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlage;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de correspondentie betreffende het vooronderzoek;

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid in het kader van het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

De klacht is ter openbare terechtzitting van 16 oktober 2012 behandeld.

Klager was afwezig en werd vertegenwoordigd door zijn gemachtigde; verweerder werd bijgestaan door mr. Schutrops, die ter zitting een pleitnota heeft overgelegd.

2. De feiten

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

2.1 Klager, geboren januari 1981 en van Sri Lankaanse nationaliteit, heeft een aanvraag ingediend voor een verblijfsvergunning asiel voor bepaalde tijd. In dat kader moet door de Minister voor Immigratie en Asiel worden beslist over toelating. Hierbij moet worden beoordeeld of verwijdering van de vreemdeling schending van

art. 3 EVRM tot gevolg heeft. Om dit te kunnen beoordelen dient de Minister inzicht te hebben in de medische situatie van de vreemdeling. De Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) heeft hiervoor medisch advies gevraagd.

2.2 Verweerder, die verzekeringsarts is, houdt zich onder meer bezig met het uitbrengen van adviezen in het kader van de Vreemdelingenwet 2000, in opdracht van het Bureau Medische Advisering (BMA).

2.3 Op 26 mei 2011 heeft verweerder een advies uitgebracht aan de IND.

3. De klacht en het standpunt van klager

De klacht houdt zakelijk weergegeven in, dat verweerder klager niet gezien heeft op enig consult en dat hij geen zelfstandig onderzoek heeft verricht naar de behandel mogelijkheden (en de aanwezigheid van medicijnen) in Sri Lanka, in het bijzonder de toegankelijkheid van deze zorg voor klager.

Voorts luidt het verwijt dat verweerder niet heeft onderzocht of een behandeling in Sri Lanka adequaat en effectief is en in een veilige omgeving plaats kan vinden.

Klager meent dat verweerder bij de beantwoording van de zogenoemde “landenvragen” in vraag 6a/6b niet had mogen volstaan met vermelding van algemene gegevens en bovendien, zo begrijpt het college, hadden de gegevens in het dossier verweerder aanleiding moeten geven tot gerede twijfel over de effectiviteit van de in het algemeen verkrijgbare behandeling of te leveren zorg in Sri Lanka; in ieder geval had verweerder hiervan melding moeten maken in zijn rapportage.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De overwegingen van het college

5.1 Het college stelt het volgende voorop. De Minister voor Immigratie en Asiel beslist over toelating van een vreemdeling tot Nederland. Het is de taak van het BMA c.q. de arts om medisch advies uit te brengen indien de IND dat in het kader van een vreemdelingenrechtelijke procedure verzoekt. De BMA-arts die een zodanig advies uitbrengt in verband met een te nemen beslissing op een aanvraag voor een verblijfsvergunning voor bepaalde tijd met als doel medische behandeling, begeeft zich daarmee op het gebied van de individuele gezondheidszorg.

5.2 In een tuchtprocedure als de onderhavige beoordeelt het college (slechts) of het medisch advies voldoet aan de tuchtrechtelijke standaard. Volgens vaste tuchtrechtelijke jurisprudentie dient een medisch advies vanuit het oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid aan de navolgende eisen te voldoen:

- a. in het advies moet op heldere en consistente wijze zijn uiteengezet op welke gronden de conclusie en het advies zijn gebaseerd;
- b. de in de uiteenzetting genoemde gronden moeten op hun beurt aantoonbaar voldoende steun vinden in de feiten, omstandigheden en bevindingen, vermeld in het advies;
- c. de bedoelde gronden moeten de daaruit getrokken conclusie kunnen rechtvaardigen;
- d. de rapportage dient zich in beginsel te beperken tot het deskundigheidsgebied van de rapporteur.

Het college toetst daarbij ten volle of het onderzoek uit een oogpunt van vakkundigheid de toets der kritiek kan doorstaan. Ten aanzien van de conclusie van de rapportage vindt slechts een marginale toetsing plaats.

5.3 Het rapport van de BMA-arts is opgesteld aan de hand van de door de IND geformuleerde vragen binnen het kader van art. 64 van de Vreemdelingenwet. Dit houdt in dat uitzetting achterwege blijft zolang het gelet op de gezondheidstoestand van de vreemdeling (of zijn gezinsleden) niet verantwoord is te reizen. Daarop zien de persoonsgebonden vragen 1, 2, 3 en 4 (rubriek A). De vragen 6a en 6b betreffen de zogenoemde landgebonden vragen (rubriek B).

5.4 Indien het gaat om klachten omtrent de landgebonden vragen geldt nog het volgende. Volgens vaste tuchtrechtelijke jurisprudentie (recent Centraal Tuchtcollege 27 september 2012 in de zaken C2011.243 en 244) geldt als uitgangspunt dat de zorgvuldigheid die de BMA-arts jegens de aanvrager van de verblijfsvergunning verschuldigd is meebrengt, dat, wanneer in een individueel geval de gegevens in het dossier van de aanvrager voor de BMA-arts aanleiding moeten zijn gerede twijfel te hebben over de effectiviteit voor de aanvrager van de in het algemeen verkrijgbare behandeling of te leveren zorg in het land van herkomst, althans van verwijdering, de BMA-arts

zo mogelijk daarnaar onderzoek verricht, bijvoorbeeld door (nadere) raadpleging daaromtrent van een deskundige, bijvoorbeeld van een vertrouwensarts in dat land. Wanneer geen nader onderzoek wordt of kan worden verricht, dient de arts in zijn rapportage in elk geval melding te maken van die gerede twijfel. Wel geldt daarbij dat de effectiviteit van een behandeling afhankelijk is van tal van factoren en mogelijk is dat een BMA-arts omtrent die diverse factoren geen (deugdelijke) uitspraak kan doen. Dat neemt echter niet weg dat het tot de professionele standaard van de BMA-arts behoort in de rapportage onder ogen te zien of er gerede twijfel kan bestaan over de effectiviteit van de behandeling in het land van herkomst, met name gelet op de aard van het trauma en de omstandigheden waaronder dat is veroorzaakt, althans gelet op die omstandigheden waaromtrent de arts wel geacht kan worden zich over uit te laten.

5.5 Het College zal aan de hand van de hiervoor genoemde uitgangspunten de klacht van klager en hetgeen hij ter onderbouwing daarvan heeft aangevoerd beoordelen.

5.6 Verweerder heeft ter beantwoording van de vraagstelling gebruik gemaakt van de door de IND bij het adviesverzoek van 2 maart 2011 meegezonden (medische) stukken van 29 november 2010, gezinstherapeut E, en 3 februari 2011, van psychiater F werkzaam bij G, instituut voor geestelijke gezondheidszorg te H, alsmede van de nadien ontvangen stukken van 21 maart 2011, van psychiater F, en van 31 maart 2011, van huisarts I. Verweerder heeft klager niet opgeroepen voor een spreekuuronderzoek.

5.7 In de brief van 29 november 2010 van gezinstherapeut E staat vermeldt:
Na bespreking in het indicatieoverleg zijn we tot de volgende diagnose gekomen: Posttraumatische stresstoornis en neiging zichzelf te verwonden. Cliënt is getuige geweest van de moord op zijn broer.

(...)

Behandelplan

Deelname aan de psychoeducatie -/stabilisatiegroep. Cliënt wil graag vrijwilligerswerk doen. Op termijn Traumabehandeling met behulp van EMDR.

5.8 De brief van psychiater F van 3 februari 2011, die is ondertekend door gezinstherapeut E, vermeldt: *De toestand van onze cliënt is behoorlijk verslechterd. (...) Hij automutileert nog steeds en hij is nog meer bezig met suïcidegedachten. Sinds hij op het AZC leeft heeft hij al 2 suïcidepogingen gedaan.*

(...) In totaal is een verslechtering te zien door de toenemende stress van de asielprocedure, de onzekere status, de geld- en woonproblemen, de onzekerheid over zijn gezin en het erge gemis en de angst om zijn gezin. De toename van stress bemoeilijkt de behandeling, want de benoemde factoren houden zijn PTSS in stand. Dit heeft dramatische en levensbedreigende gevolgen voor onze cliënt. Er is bovendien geen sprake meer van levenskwaliteit. De draagkracht van onze cliënt is bijna op.

In de brief van 21 maart 2011 heeft psychiater F aan de in de brief van 3 februari 2011 verstrekte informatie het volgende toegevoegd:

Cliënt krijgt medicatie toegediend. Verder wordt hij één a twee keer in de maand door een psychiater gezien. De contacten zijn steunend, structurerend en activerend. Voor een traumabehandeling is cliënt nog te instabiel. De behandeling zal tenminste nog één jaar moeten duren, waarschijnlijk nog langer.

Welke geneesmiddelen worden momenteel aan de patiënt voorgeschreven?

Remeron 15 mg: 1dd x 1;

Promethazine 25 mg 1dd x 2;

5.9. In het op 26 mei 2011 opgestelde medisch advies heeft verweerder gemeld dat hij ter beantwoording van de vraag of de medische behandeling aanwezig is in Sri Lanka gebruik heeft gemaakt van informatie afkomstig van International SOS met nummer 0PAR013293. Een kopie van die informatie van International SOS is ook aan het medisch advies gehecht. Verder heeft verweerder in het medisch advies op de door de IND in onderdeel 1b aan hem voorgelegde vraag het volgende geantwoord:

Uit de informatie verkregen van de gemachtigde behandelaar komt naar voren dat betrokkene klachten heeft van slapeloosheid, wanhoop, flashbacks, sombere stemming met suïcide neigingen en automutilatie, aldus de informatie. Daarbij is de diagnose PTSS met depressieve kenmerken gesteld. Daarbij verergert de onzekerheid veroorzaakt door de asielprocedure de symptomen.

Op vraag 2b heeft verweerder het volgende geantwoord:

Medicatie:

A. Mitazapine

B. Promethazine

Therapie

Betrokkene staat onder behandeling van de psychiater van G, instituut voor geestelijke gezondheidszorg te H. De behandeling bestaat uit bovengenoemde medicatie en verder een tot tweemaal per maand gesprekken. De behandeling van de psychische klachten is in principe van tijdelijke aard.

Op vraag 4a heeft verweerder geantwoord: *Indien behandeling gestaakt wordt dan wel ontbreekt of onvoldoende is bestaat een reële kans op toename van de klachten.*

Op vraag 4b heeft verweerder geantwoord: *Of dit binnen afzienbare tijd tot een levensbedreigende situatie zal leiden is lastig te voorspellen. Dit zou aan de orde kunnen komen wanneer betrokken een gevaar vormt voor zichzelf zoals bijvoorbeeld suïcidegevaar. Medisch gezien zijn hiervoor geen harde prognoses te geven. Echter, gezien de aard van de klachten (suïcidepogingen) in het verleden, is het niet uitgesloten, dat het uitblijven van de onder 2 genoemde behandeling zal leiden tot een levensbedreigende situatie*

binnen 3 maanden. Dit is echter nog niet een onomkeerbaar proces naar de dood binnen 3 maanden.

Op vraag 5a heeft verweerder geantwoord: 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 geen aanwijzingen dat enige medische voorziening voor, tijdens of direct na de reis noodzakelijk is.

Op vraag 6a heeft verweerder geantwoord: Uitgaande van de juistheid van de beschikbare informatie m.b.t. de therapiemogelijkheden in het land van herkomst (...) concludeer ik dat deze voldoende zijn.

En op vraag 6b tenslotte:

Met betrekking tot de medicatie zoals genoemd onder vraag 2b:

Uit bron a, blijkt dat de medicijnen a wel aanwezig is.

Uit bron a blijkt dat het alternatieve medicijn voor middel b wel aanwezig is, te weten oxazepam en temazepam.

Met betrekking tot de therapie zoals genoemd onder vraag 2b:

Uit bron A blijkt dat deze therapie wel aanwezig is, te weten in het J ziekenhuis te K, Sri Lanka.

5.10 Uit het door verweerder op 26 mei 2011 opgestelde medisch advies blijkt dat bij klager sprake is van psychische problematiek, bestaande uit een PTSS en een depressieve stoornis, en dat de medische behandeling daarvan plaatsvindt door middel van de aan klager voorschrijven medicatie Mitazapine en Promethazine, alsmede therapie bestaande uit gesprekken met een psychiater. Voor de vraag of die medische behandeling in Sri Lanka kan worden voortgezet heeft verweerder gebruik gemaakt van het bij het medisch advies gevoegde rapport van International SOS met als datum 26 februari 2010. Met betrekking tot het rapport van International SOS overweegt het college dat het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg d.d. juni 2006 over gegevensverzameling en landeninformatie in het kader van medische advisering door BMA het volgende vermeld:

De medisch adviseur zoekt in de landeninformatie naar casussen die vergelijkbaar zijn met die waarover advies moet worden uitgebracht. Vindt hij deze niet dan maakt hij een casusbeschrijving die hij uitzet naar International SOS en/of een vertrouwensarts.(...)

De informatie over de uitgezette vragen wordt door BMA normaliter binnen 2 weken verwacht. In 24-uurszaken schakelt zij SOS in. Er bestaat een interne werkafpraak over de houdbaarheidstermijn van de informatie: uitgangspunt is een termijn van maximaal een jaar, tenzij de situatie in het land van herkomst erg roerig is.

Het door verweerder opgestelde medisch advies heeft als datum 26 mei 2010, terwijl de door verweerder daaraan ten grondslag gelegde informatie van International SOS dateert van 26 februari 2010. Vastgesteld wordt derhalve dat verweerder aan het medisch advies informatie van International SOS ten grondslag heeft gelegd die op dat moment meer dan een jaar oud was en dat die informatie daarmee niet voldoet aan voornoemde werkafpraak. Naar het oordeel van het college is die informatie daarmee te oud om ter onderbouwing van het onderhavige advies van de arts te kunnen dienen. Daar komt bij dat het voormelde rapport van International SOS geen informatie bevat over de beschikbaarheid in Sri Lanka van het aan klager voorgeschreven geneesmiddel Promethazine. Bij de beantwoording van vraag 6b heeft verweerder weliswaar gemeld dat in Sri Lanka alternatieve medicatie aanwezig is, maar dit betekent nog niet dat die alternatieven daarmee ook passen in het behandelplan van klager, te meer nu Promethazine naar het oordeel van het college in het onderhavige geval niet een direct voor

de hand liggende medicatie betreft. Niet kan dan ook worden uitgesloten dat aan het voorschrijven van Promethazine specifieke overwegingen van de behandelaar ten grondslag liggen. Het college is daarom van oordeel dat verweerder niet zonder nader onderzoek had mogen rapporteren dat voor het door klager benodigde geneesmiddel Promethazine alternatieven beschikbaar zijn.

5.11 Voorts overweegt het college dat uit de informatie van de behandelaars van klager blijkt dat klager automuteert, suïcidegedachten heeft en reeds tweemaal een poging tot suicide heeft ondernomen. Nu in een dergelijke situatie doorgaans wordt geadviseerd om de patiënt onder begeleiding van een gekwalificeerd verpleegkundige te laten reizen, kan verweerder zonder nadere toelichting niet worden gevolgd in het door hem bij vraag 5a gegeven antwoord dat er geen aanwijzingen zijn dat enige medische voorziening voor, tijdens of direct na de reis noodzakelijk is. Naar het oordeel van het college heeft verweerder daarmee in de gegeven omstandigheden het bij vraag 5a gegeven antwoord onvoldoende gemotiveerd.

5.12 Tot slot merkt het college op dat verweerder op bladzijde 1 van het medisch advies van 26 mei 2011 niet alle door hem gebruikte documenten expliciet benoemd. Het zou aanbeveling verdienen indien de BMA-artsen, ter vergroting van de toetsbaarheid van het advies, expliciet vermelding maken van alle medische bronnen/documenten die zij voor hun advies gebruikt hebben (in het onderhavige dossier wordt enkel verwezen naar de informatie die na de adviesaanvraag zijn opgevraagd, maar niet van de bij de adviesaanvraag door de IND reeds meegezonden stukken).

5.13 Gelet op hetgeen hiervoor onder 5.10 en 5.11 is overwogen oordeelt het college dat het advies niet voldoet aan de tuchtrechtelijke standaard als weergegeven in 5.2. 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 klager had behoren te betrachten. De oplegging van na te melden maatregel is daarvoor passend.

5.14 Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal de beslissing zodra zij onherroepelijk is op na te melden wijze worden bekendgemaakt.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege waarschuwt verweerder.

Bepaalt voorts dat de beslissing ingevolge artikel 71 van de Wet BIG in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en zal worden aangeboden aan de tijdschriften Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en het Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde met het verzoek tot plaatsing.

Aldus gewezen op 16 oktober 2012 door:

mr. R.A. Dozy, voorzitter,

M. Bakker, L.M. Gualthérie van Weezel, E.P. van Heuzen, leden-arts,

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

mr. P.J. van Vliet, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 11 december 2012 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

w.g. R.A. Dozy, voorzitter

w.g. P.J. van Vliet, secretaris

