

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: C2016.288

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2016.288 van:

A., wonende te B., appellant, klager in eerste aanleg,
gemachtigde: mr. M.M.G. Helgers-Crompvoets, advocaat te Maastricht,
tegen

C., arts maatschappij en gezondheid, werkzaam te D.,
verweerder in beide instanties, gemachtigde: mr. G.M.C Neuteboom-Klink, advocaat
te Den Haag.

1. Verloop van de procedure

A. - hierna klager - heeft op 8 juni 2015 bij het Regionaal Tuchtcollege te Den Haag tegen C. - hierna de BMA-arts - een klacht ingediend. Bij beslissing van 14 juni 2016, onder nummer 2015-127, heeft dat College de klacht afgewezen. Klager is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De BMA-arts heeft een verweerschrift in beroep ingediend.

De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 23 mei 2017, waar namens klager is verschenen mr. C.M.G.M. Raavs, kantoorgenoot van de gemachtigde van klager, mr. M.M.G. Helgers-Crompvoets. Tevens is verschenen de BMA-arts, bijgestaan door mr. G.M.C Neuteboom-Klink voornoemd. Klager is niet ter terechtzitting verschenen. Mr. Neuteboom-Klink heeft een pleitnota overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing de volgende overwegingen ten grondslag gelegd.

“2. De feiten

2.1 *Klager heeft de nationaliteit van E.. Hij heeft, nadat twee door hem achtereenvolgend gedane asielaanvragen waren afgewezen en hij daartegen vruchteloos in rechte was opgekomen, op 19 maart 2014 verzocht om toepassing van artikel 64 van de Vreemdelingenwet (hierna: Vw), teneinde zijn uitzetting niettemin te voorkomen. Daarbij heeft hij een brief van de aan de F. verbonden psychiater G. aan de gemachtigde van klager van 11 maart 2014 overgelegd, die, voor zover van belang, vermeldt: “Betrokkene is sinds november 2011 in behandeling bij F., psychiatrisch behandelprogramma voor getraumatiseerde vluchtelingen en slachtoffers van mensenhandel. De diagnose in onze brief d.d. 31-10-2012 is nog steeds actueel en betrokkene wordt behandeld voor een chronische posttraumatische stressstoornis (PTSS). Deze manifesteert zich in het regelmatig herbeleven van traumatische ervaringen, nachtmerries, in- en doorslaapproblemen, vermoeidheid, angst en paniekaanvallen, spanning en onrust, overmatige prikkelbaarheid, vergeetachtigheid, concentratieproblemen en sociale isolatie. Daarnaast voelt betrokkene zich somber, beleeft hij geen plezier meer aan zaken*

waar hij voorheen wel plezier uithaalde, heeft energieverlies, een laag gevoel van eigenwaarde, een uitzichtloos toekomstbeeld en suïcidale ideaties. Deze klachten zijn passend bij een ernstige depressieve stoornis.

Betrokkene rapporteert een wisselend risico voor suïcidaliteit. Hij was gekend met twee pogingen in de voorgeschiedenis. In februari 2012 ondernam hij een derde poging door middel van medicatie-inname. Sindsdien heeft betrokkene geen tentamen suïcidi meer verricht. Wel moet genoemd worden dat betrokkene sinds de negatieve beschikking door de rechtbank somber is en een toename heeft van suïcidale ideaties.

De negatieve beschikking op december jl. aangaande zijn verblijfsrechtelijke procedure brengt dermate spanningen met zich mee dat bij het bespreken van dit onderwerp een direct angstreactie zichtbaar is bij betrokkene, waarbij betrokkene heftig begint te transpireren en zich reactief acuut suïcidaal uit. Door zijn invoelbare lijdensdruk en wanhoop samen met zijn traumatische voorgeschiedenis is het niet ondenkbaar dat betrokkene een recidief suïcide poging onderneemt in de toekomst wanneer zijn verblijfplaats en behandeltoekomst definitief ingetrokken zal worden. Zijn tijdelijke woning geeft hem nu de enige stabiliteit in zijn leven samen met de behandeling alhier. Betrokkene is gemotiveerd, compliant in zijn afspraken en de farmacotherapie (venlafaxine 75mg 1d1, zn temazepam 10mg) draagt eraan bij dat de lijdensdruk en psychiatrische symptomen enigszins verminderd waren. Wegens medicatie gerelateerde bijwerkingen is de dosering en het type medicatie aangepast wat geresulteerd heeft in minder angstklachten. De psychische klachten zijn echter nog niet in remissie. Zorgelijke factoren aangaande suïcide risico zijn de parameters dat betrokkene alleenstaand is, leeft in een betrekkelijk sociaal isolement, een instabiele woonsituatie en zoals genoemd de onzekerheid heeft omtrent zijn verblijfsvergunning.

Indien de huidige behandeling wordt stopgezet kan uiteraard niet direct voorzien worden wat de gevolgen kunnen zijn betreffende het psychiatrisch beeld. Gezien het feit dat de impulsieve auto-intoxicaties en potentieel zelfbeschadigend gedragingen significant zijn verminderd door de huidige (farmaco)therapie is een acute verslechtering hoogstwaarschijnlijk te verwachten. Waarbij betrokkene een acuut gevaar voor zichzelf kan worden vanuit zijn onderliggende psychiatrische stoornis(sen).

Sinds de negatieve uitspraak vanuit de rechtbank aangaande zijn verblijfsstatus zien we een evidente verslechtering in het psychiatrisch toestandsbeeld. Door de onzekerheid omtrent zijn verblijfplaats nu zijn verblijfsvergunning is afgewezen nemen de angstklachten toe. Dit resulteerde in een toename in behandelcontact en zelfs tot crisisbeoordeling alhier wegens suïcidale uitingen.”

en

“Onzes inziens kan van betrokkene niet verwacht worden dat hij terugkeert naar het land van herkomst. De gedachte aan terugkeer brengt reeds heftige angsten teweeg. Afgezien van het reële risico van terugkeer (aangaande de vervolging en doodsb bedreigingen), zal een daadwerkelijke confrontatie met de omgeving van vroegere traumatische ervaringen onzes inziens leiden tot een nog diepere verstoring van het psychisch evenwicht. Tijdens de contacten geeft betrokkene duidelijk en gedecideerd aan dat hij suïcide zal plegen op het moment dat terugkeer noodzakelijk is. Hij geeft ook aan hier reeds plannen voor gemaakt te hebben, maar wil deze verder niet benoemen. Onzes inziens zal een terugkeer naar land van herkomst een enorme toename van angst en spanning teweeg brengen waardoor binnen korte termijn sprake zal zijn van een medische noodsituatie.”

2.2 Bij brief van 25 juni 2014 heeft de Immigratie- en Naturalisatiedienst (hierna: IND) van het Ministerie van Veiligheid en Justitie het Bureau Medische Advisering

(hierna: BMA) bericht dat ten aanzien van klager beoordeeld diende te worden of zich een situatie als bedoeld in artikel 64 Vw voordoet en hem verzocht in dat kader advies uit te brengen over de gezondheidstoestand van klager.

2.3 Bij brief van 26 juni 2014 heeft het BMA de aan F. verbonden behandelaars van klager verzocht om aanvullende informatie te verstrekken over diens medische situatie. Bij brief van 21 juli 2014 heeft de gemachtigde van klager de IND een brief van de psychiater H, hoofd behandeling F., en de eveneens aan F. verbonden ergotherapeut en orthopedagoog, I. van 16 juli 2014 toegezonden. Deze laatste brief bevat, behoudens een weergave van de hiervoor onder 2.1 aangehaalde brief aan de gemachtigde van klager van 11 maart 2014, voor zover thans van belang, de volgende passages:

“De instabiele sociale situatie en onzekerheid omtrent verblijfsvergunning zijn ongewijzigd ten opzichte van maart 2014. De huidige toestand van patiënt is daarmee tevens ongewijzigd.”

en

“Onzes inziens geldt nog steeds dat een confrontatie hiermee zal leiden tot een nog diepere verstoring van het psychisch evenwicht. Gezien de ernst van zijn Psychiatrisch voorgeschiedenis is onze verwachting dat terugkeer naar land van herkomst enorme toename van angst en spanning teweeg zal brengen waardoor binnen korte termijn sprake zal zijn van een ernstige medische noodsituatie.”

2.4 Bij brief van 19 augustus 2014 heeft verweerder namens het BMA advies aan de IND uitgebracht omtrent de gezondheidstoestand van klager. Deze brief vermeldt, voor zover thans van belang:

“In dit juridisch kader heb ik de door u gestelde vragen beantwoord op de volgende wijze.

Op 19 maart 2012 heeft collega Dil aan u advies uitgebracht. Deze achtte toen een onomkeerbaar proces naar de dood op korte termijn mogelijk vanwege verhoogd suïciderisico.

Inmiddels heeft betrokkene geen pogingen meer gedaan sinds februari 2012. En als hij zich suïcidaal uit, dan is dat in reactie op zijn procedure en niet voortkomend uit zijn ziektebeeld.

Derhalve acht ik thans de kans op het ontstaan van een medische noodsituatie op korte termijn als gevolg van staken van zijn behandeling niet langer aanwezig.”

Verweerder omschrijft in dit advies de aard van klagers klachten als volgt:

“uit de informatie van de gemachtigde behandelaars komt naar voren dat zij de diagnose gesteld in 2012 nog steeds actueel achten. Betrokkene wordt behandeld voor een chronische posttraumatische stressstoornis (PTSS), Deze manifesteert zich in het regelmatig herbeleven van traumatische ervaringen nachtmerries, in- en doorslaapproblemen, vermoeidheid, angst en paniekaanvallen, spanning en onrust, overmatige prikkelbaarheid, vergeetachtigheid, concentratieproblemen en sociale isolatie. Daarnaast voelt betrokkene zich somber, beleeft hij geen plezier meer aan zaken waar hij voorheen wel plezier uithaalde, heeft energieverlies, een laag gevoel van eigenwaarde, een uitzichtloos toekomstbeeld en suïcidale ideaties. De klachten zijn passend bij een ernstige depressieve stoornis.

Eerder heeft hij twee pogingen tot suïcide gedaan (deze zijn niet alhier gedocumenteerd) en in februari 2012 ondernam hij een derde poging door middel van medicatie-inname. Sindsdien heeft betrokkene geen tentamen suïcide meer gedaan. De pogingen worden als ‘impulsief’ benoemd.

Sinds de laatste negatieve beschikking over zijn verblijf zijn er nu weer behandelcontacten en het leidde ook tot een crisisbeoordeling wegens suïcidale uitingen.

‘...Tijdens de contacten geeft betrokkenen duidelijk en gedecideerd aan dat hij suïcide zal plegen op het moment dat een terugkeer noodzakelijk is. Hij geeft aan hier reeds plannen voor gemaakt te hebben, maar wil deze verder niet benoemen...’, aldus de behandelaar in zijn brief van 11 maart 2014.”

Op de vraag, welke behandeling klager krijgt, heeft verweerder geantwoord:

“Traumaverwerking heeft nog niet plaatsgevonden en de behandeling is nog steeds gericht op acute stabilisatie nu het weer minder gaat met hem.

De prognose wat betreft herstel is moeilijk in te schatten. De klachten lijken chronisch en volledig herstel kan nog jaren duren en wellicht zal dat nooit optreden, aldus de behandelaar.” en dat klager aan medicatie Venlafaxine 75 mg 1dd1 en zo nodig Temazepam 10 mg krijgt.

Op de desbetreffende vraag heeft verweerder voorts geantwoord dat hij klager niet in staat acht te reizen met gangbare vervoermiddelen als boot, trein, bus, auto en vliegtuig, tenzij aansluitend aan de reis een fysieke overdracht aan een arts of psychiater die zijn actuele gezondheidstoestand bij aankomst kan beoordelen en daar zo nodig naar kan handelen, is geregeld. Voorts heeft hij vermeld dat hij het medisch noodzakelijk acht dat klager op reis in verband met diens suïcidale uitingen rondom terugkeer naar zijn land van herkomst wordt begeleid door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige en heeft hij naar aanleiding van de vraag, voor welke behandeling de fysieke overdracht noodzakelijk is, indien verweerder de medische reisvoorwaarde van deze overdracht voorschrijft, vermeld:

“Psychische klachten; mogelijk suïcidale uitingen/gedragingen tijdens de reis.

Een voorbeeld van een naam van een instelling waar aan deze overdracht mogelijk is betreft/betreffen de volgende instelling:

.....

.....

.....”

Op de vraag of behandeling in algemeen technische zin van de klachten op enige plaats in E. aanwezig is, heeft verweerder, onder verwijzing naar de door hem daarvoor geraadpleegde bronnen, bevestigend geantwoord en op de vraag waaruit deze behandeling bestaat en waar die wordt gegeven, heeft hij geantwoord dat uit een van die bronnen blijkt dat onder meer in het hiervoor genoemde ziekenhuis een psychiater en een psycholoog aanwezig zijn, het middel Venlafaxine aanwezig is en dat over Temazepam, noch over alternatieve medicatie, recente informatie beschikbaar is, maar dat hij dit niet nader heeft onderzocht, omdat klager dit slaapmiddel ‘zo nodig’ gebruikt en geen medische nood situatie op korte termijn wordt verwacht.

2.5 Op 1 september 2014 heeft de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie het verzoek van klager om toepassing van artikel 64 Vw afgewezen.

2.6 Bij brief van 15 september 2014 heeft de ergotherapeut/orthopedagoog I., voornoemd, de gemachtigde van klager bericht dat deze op 14 september 2014, nadat hij een grote hoeveelheid medicijnen had geslikt, gepoogd heeft zich door ophanging te suïcidieren. Onder verwijzing naar deze brief heeft de IND het BMA bij nota van 6 oktober 2014 verzocht kenbaar te maken of deze poging tot suïcide aanleiding is om het advies van 19 augustus 2014 te wijzigen.

Bij brief van 16 oktober 2014 heeft verweerder aan de IND geantwoord dat hij onvoldoende gegevens heeft om aan dit verzoek te voldoen. Bij brief van 3 november 2014 heeft de IND het BMA, onder verwijzing naar een als bijlage bij dit schrijven gevoegde brief van de psychiater H., voornoemd, van 30 oktober 2014, opnieuw gevraagd of de door klager op 14 september 2014 ondernomen poging tot suïcide aanleiding was om

het eerdere advies omtrent klager te wijzigen. Deze brief vermeldt, voor zover van belang:

“Betrokkene is er altijd en consistent volledig van overtuigd geweest, en nog, dat hem bij terugkeer naar zijn herkomstland een wisse, gewelddadige dood wacht. Hij heeft ons nooit anders laten weten dan dat hij een zelfdoding zal verkiezen mocht hij teruggestuurd worden. Deze uitspraken passen m.i. niet alleen bij de balans die hij opmaakt met betrekking tot een dergelijke eventuele situatie. Zij liggen tevens in het verlengde van zijn psychiatrische toestand; in dat perspectief zijn de uitspraken m.i. dan ook niet als manipulatief op te vatten. Het moge duidelijk zijn dat het hier twee ernstige stoornissen betreft, waarvan de behandeling een omgeving behoeft die door betrokkene als veilig wordt ervaren.”

2.7 Bij brief van 8 december 2014 heeft verweerder de IND bericht dat de inhoud van de hiervoor aangehaalde brief van 30 oktober 2014 aanleiding is om het eerdere advies van het BMA te wijzigen. Deze brief vermeldt, voor zover van belang:

“Er is bij betrokkene sprake van een chronische PTSS en een depressieve stoornis. Hij heeft volgens zijn behandelaar in het verleden 2 keer (niet hier gedocumenteerd) een suïcidepoging gedaan. In februari 2012 heeft hij de laatste (wel een alhier gedocumenteerde) poging gedaan met medicijnen. De behandelaar duidt zijn pogingen als impulsief. Recent heeft hij een poging tot suïcide gedaan middels verhangings. Deze reactie komt volgens de behandelaar voort uit zowel zijn ziektebeeld als ook uit de situatie.

Het achterwege blijven van medische behandeling zal derhalve kunnen leiden tot een medische noodsituatie op korte termijn als gevolg van het uitblijven van de onder 2. genoemde behandeling.”

Voorts vermeldt de brief dat verweerder in de hiervoor onder 2.6 aangehaalde brief van H. geen aanleiding heeft gevonden op voorhand te twijfelen aan de effectiviteit van de in E. aanwezige behandeling.

2.8 Bij brief van 12 maart 2015 heeft de IND het BMA, onder verwijzing naar een als bijlage bij dit schrijven gevoegde brief van H. van 16 januari 2015, de volgende vragen gesteld:

“1. Behandelaar doet in zijn brief een uitgebreide uiteenzetting waarom betrokkene getraumatiseerd is en het voor de behandeling vereiste gevoel van onveiligheid ontbreekt. Kunt u hierop reageren?

2. In de voorgaande MBA nota van 19 augustus 2014 staat omschreven dat het suïcide risico van betrokkene terugkeer gerelateerd is. Ik wil u vragen alle informatie in ogen-schouw te nemen en nogmaals te kijken of deze conclusie de juiste is? leidt dit tot wij-ziging van het BMA-advies van 19 augustus 2014 (en 8 december 2014)?”

De brief van H. vermeldt, voor zover van belang:

“Uit het bovenstaande moge blijken hoe betrokkenes traumatisering in E. heeft plaatsgevonden. Zijn angsten omtrent terugkeer zijn niet alleen realistisch te nemen (het vooruitzicht van hernieuwde confrontatie met extreme agressie), maar zijn evenzeer gerelateerd aan deze traumatisering. Een van de fenomenen behorend bij een posttraumatische stressstoornis is dat zaken die geassocieerd zijn met de ervaren traumata (zoals o.a. de omgeving waarin deze plaatsvonden) bovenmatige angst oproepen – in betrokkenes geval dus additioneel aan de reële angst. Het voor een succesvolle behandeling vereiste gevoel van veiligheid zal. M.i. daarom in E. ten enenmale ontbreken. Daarom zal het ontbreken van enig sociaal netwerk ter plaatse bijdragen aan de ervaren onveiligheid.

2.9 Bij brief van 23 maart 2015 heeft verweerder de IND bericht dat het advies van het BMA van 19 augustus 2014 gehandhaafd kan blijven. Hij heeft dit oordeel in deze nota als volgt toegelicht:

“De brief van H., psychiater F., d.d. 16 januari 2015 bevat op zich geen nieuwe medische feiten of omstandigheden.

Hetgeen hij in zijn brief van 16 jan. 2015 aanhaalt m.b.t. een door betrokkene als veilig ervaren omgeving (eerste – punt) kan het BMA niet beoordelen. Ik wil u hierbij ook nog eens verwijzen naar het antwoord op uw aanvullende vraag welke is beantwoord in het BMA advies van 8-12-2014.

Het suïciderisico is voornamelijk, maar niet uitsluitend (ook depressieve stoornis) speelt hierbij een rol, gerelateerd aan een mogelijk gedwongen terugkeer naar het land van herkomst; hetgeen behandelaar ook schrijft in zijn brief. Daarom is ook overdracht aan een psychiater geadviseerd in het BMA-advies d.d. 19-08-2014”.

3. De klacht

De klacht, zoals deze tenslotte is komen te luiden, betreft verweerders adviezen van

19 augustus en 8 december 2014 en 23 maart 2015. Klager verwijt verweerder dat deze adviezen onzorgvuldig tot stand gekomen zijn, omdat verweerder:

1. *in de brief van H. van 16 januari 2015 geen aanleiding tot wijziging van zijn eerdere adviezen heeft gezien;*
2. *nagelaten heeft klager zelf te onderzoeken, dan wel aan een psychiater een deskundig oordeel omtrent diens toestand te vragen;*
3. *tegenstrijdige adviezen heeft uitgebracht;*
4. *in strijd met goed hulpverlenerschap heeft gehandeld;*
5. *geen contact heeft opgenomen met de behandelaars van klager;*
6. *zich niet heeft uitgelaten over de vraag of sprake is van een veilige behandelomgeving, gelet op de aard van het trauma en de omstandigheden, waaronder het is ontstaan;*
7. *niet heeft gemotiveerd, waarom hij aan het oordeel van de behandelaars van klager over de psychiatrische problematiek bij klager en het suïcidegevaar bij terugkeer is voorbijgegaan;*
8. *geoordeeld heeft dat terugkeer van klager naar zijn land van herkomst geen medische noodsituatie oplevert;*
9. *de effectiviteit van de behandeling van klager in het land van herkomst onvoldoende getoetst heeft, althans zijn oordeel dat geen aanleiding bestaat om op voorhand aan de effectiviteit van die behandeling te twijfelen onvoldoende heeft gemotiveerd.*

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 beoordeling

5.1. *Het College behandelt de klachtonderdelen gezamenlijk. Het stelt daarbij voorop dat de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie beslist over de toelating van een vreemdeling tot Nederland en in dat verband oordeelt over de geloofwaardigheid van het asielaanvraag. Het is de taak van de door het BMA ingeschakelde arts om medisch*

advies uit te brengen, indien de staatssecretaris dat – bij monde van de IND - in het kader van een vreemdelingenrechtelijke procedure verzoekt. De arts die zodanig advies uitbrengt, begeeft zich daarmee op het gebied van de individuele gezondheidszorg.

Volgens de vaste tuchtrechtelijke jurisprudentie dient een zodanig medisch advies uit het oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid aan de volgende eisen te voldoen:

1. het vermeldt de feiten, omstandigheden en bevindingen, waarop het berust;

2. het geeft blijk van een geschikte methode van onderzoek om de voorgelegde vraagstelling te beantwoorden;

3. op inzichtelijke en consistente wijze wordt uiteengezet, op welke gronden de conclusies van het rapport steunen;

4. het vermeldt de bronnen, waarop het berust, daaronder begrepen de gebruikte literatuur en de geconsulteerde personen;

5. de adviseur blijft binnen de grenzen van zijn deskundigheid.

Het College toetst ten volle of het door de arts uitgevoerde onderzoek uit het oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid de tuchtrechtelijke toets der kritiek kan doorstaan. Voorts beoordeelt het College of de arts als deskundige in redelijkheid tot zijn conclusie heeft kunnen komen.

5.2 Naar het oordeel van het College voldoen alle door verweerder uitgebrachte adviezen waarop de onderhavige klacht betrekking heeft, op een enkel punt na, aan de hiervoor vermelde eisen, ook wat betreft de eraan verbonden conclusies.

De adviezen vermelden alle de feiten, omstandigheden en bevindingen waarop ze berusten. Gesteld noch gebleken is dat zij op informatie berusten die daarin niet is vermeld.

In de adviezen wordt, behoudens hetgeen hierna onder 5.3 ten aanzien van het advies van 23 maart 2015 wordt opgemerkt, voorts op inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de erin getrokken conclusies steunen en worden de door verweerder geraadpleegde bronnen en personen, waaronder de behandelaars van klager, vermeld.

Verweerder heeft zijn adviezen mogen uitbrengen zonder klager door een psychiater te laten onderzoeken. Verweerder beschikt over de kennis en kunde, althans wordt geacht die te bezitten, om de verkregen medische informatie te beoordelen ter beantwoording van de door de IND aan hem gestelde vraag of een medische noodsituatie ontstaat, als klager niet behandeld wordt en, zo ja, of in zijn algemeenheid behandeling in E. voor de aandoening van klager mogelijk is. Dat verweerder geen psychiater is, is geen reden voor een ander oordeel. Verweerder heeft zijn oordeel gebaseerd en kunnen baseren op de informatie van de behandelend psychiater(s) van klager en deze informatie ook in zijn adviezen verwerkt.

Evenmin was het voor verweerder noodzakelijk om klager persoonlijk te onderzoeken. Verweerder beschikte ten tijde van elk door hem uitgebracht advies over actuele en uitvoerige informatie van de behandelaars, terwijl gesteld noch gebleken is dat persoonlijk onderzoek door verweerder van klager nieuwe, relevante medische informatie zou hebben opgeleverd. Gesteld noch gebleken is dat nadere contacten met de behandelaars van klager verweerder nieuwe informatie over de medische toestand van klager hadden opgeleverd. Verweerder heeft er derhalve van mogen afzien nader contact met hen op te nemen.

Anders dan klager heeft betoogd, is het verschil van inzicht tussen zijn behandelaar H. en verweerder er geen dat voor verweerder aanleiding had moeten zijn tot nader onderzoek in de vorm van het raadplegen van een deskundige, een eigen onderzoek van klager, dan wel het contact opnemen met diens behandelaars. Dat verschil van inzicht

was niet van medische aard, maar betreft feiten en omstandigheden, relevant voor de door klager bij terugkeer naar E. beleefde (on)veiligheid. Deze feiten en omstandigheden staan, zoals verweerder terecht heeft aangevoerd, niet ter beoordeling van hem als BMA-arts.

5.3 Hetgeen klager heeft aangevoerd geeft geen grond voor de conclusie dat verweerder in zijn advies van 19 augustus 2014, op grond van de van de behandelaars van klager verkregen informatie, niet in redelijkheid heeft kunnen komen tot het oordeel dat toen geen aanwijzingen bestonden voor het ontstaan van een medische noodsituatie op korte termijn als gevolg van het staken van de behandeling van klager. Verweerder heeft aangevoerd dat op dat moment geen aanwijzingen bestonden om aan te nemen dat de door klager in februari 2012 ondernomen (gedocumenteerde) suïcidepoging (mede) verband hield met zijn ziektebeeld, terwijl evenmin gebleken was van, behoudens in verband met deze suïcidepoging, acute psychiatrische zorg, (gedwongen) opname of andere crisisbehandeling. Er is geen reden om te oordelen dat dat onjuist was. De medische situatie van klager werd anders door de nadien door verweerder uit de brieven van de behandelaars van 14 september en 30 oktober 2014 verkregen informatie. Verweerder heeft zijn oordeel omtrent het ontstaan van een noodsituatie bij het staken van de behandeling naar aanleiding van deze informatie in zijn advies van 8 december 2014 gewijzigd, welk gewijzigd oordeel hij, naar hij in deze procedure heeft aangevoerd, in zijn advies van 23 maart 2015 heeft gehandhaafd. Dat verweerder zijn eerder op dit punt gewijzigde oordeel in zijn laatste advies heeft gehandhaafd, wordt daarin niet vermeld. In zoverre voldoet dit advies niet aan de daaraan te stellen eisen van inzichtelijkheid. Het College acht dit echter niet een zo ernstig gebrek dat verweerder daarmee tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld.

Blijkens zijn advies van 19 augustus 2014 heeft verweerder, hoewel hij tot het oordeel was gekomen dat geen aanwijzingen bestonden voor het ontstaan van een noodsituatie op korte termijn als gevolg van het staken van de behandeling, toen wel rekening gehouden met het door de behandelaars van klager vermelde suïcidegevaar bij terugkeer van klager naar E. en in verband met de toen door hem ondervonden psychische klachten en geconcludeerd dat fysieke overdracht van klager op de plaats van bestemming voor behandeling aan een instelling noodzakelijk was. Hetgeen klager heeft aangevoerd geeft geen grond voor de conclusie dat verweerder niet in redelijkheid tot dit oordeel kunnen komen en in zijn daarop volgende adviezen van 8 december 2014 en 23 maart 2015, gelet op zijn gewijzigde bevindingen met betrekking tot het ontstaan van een noodsituatie bij het staken van de behandeling, niet in redelijkheid kunnen handhaven.

5.4 Indien een BMA-arts meent dat bij uitblijvende behandeling een medische noodtoestand zal ontstaan, moet deze zich uitlaten over de beschikbaarheid van de noodzakelijke behandeling in het land van herkomst, dan wel dat van uitzetting. Van de BMA-arts wordt niet verlangd dat hij onderzoek doet naar de individuele toegankelijkheid van de behandeling en daarbij politieke, discriminatoire, veiligheids- geografische, economische, infrastructurele in inkomensaspecten in aanmerking neemt. Wanneer echter in een individueel geval de gegevens in het dossier van de vreemdeling, zoals dat de BMA-arts ter beschikking staat op het moment waarop hem om advies wordt gevraagd, voor hem aanleiding moeten zijn om gerede twijfel te hebben over de effectiviteit voor de vreemdeling van de in het algemeen verkrijgbare behandeling of te leveren zorg in het land van herkomst, dan wel van uitzetting, dient de BMA-arts zo mogelijk daarnaar onderzoek te doen, onder omstandigheden door raadpleging daaromtrent van een deskundige, zoals een vertrouwensarts in dat land. Daarbij geldt dat de effec-

tiviteit van een behandeling afhankelijk is van tal van factoren en dat het mogelijk is dat een BMA-arts omtrent die diverse factoren geen gefundeerde uitspraak kan doen. Dat neemt echter niet weg dat het tot de professionele standaard van de BMA-arts behoort in zijn advies te beoordelen of 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 dit is veroorzaakt, althans gelet op die omstandigheden waaromtrent de BMA-arts wel geacht kan worden zich uit te laten (zie uitspraak van het Centraal Tuchtcollege van 8 maart 2016 in de zaak C2015.152, ECLI:NL:TGZCTG:2016:99).

Verweerder heeft de vragen over de medische behandelingsmogelijkheden in E. in algemeen technische zin beantwoord en op grond van de ingewonnen informatie geconcludeerd dat behandeling aldaar aanwezig is. De juistheid van die informatie heeft klager niet bestreden.

5.5 De stelling dat behandeling van psychische klachten in het land waar de oorzaak van die klachten ligt of wordt vermoed te liggen, niet (succesvol) kan plaatsvinden, kan volgens vaste rechtspraak in zijn algemeenheid niet worden aanvaard (zie uitspraak van het Centraal Tuchtcollege in de zaak C2011.221, ECLI:NL:TGZCTG:2012:YG2002). Daarnaast heeft – ook volgens vaste rechtspraak - te gelden dat, indien het, zoals bij klager, niet om een door verweerder te objectiveren onveilige behandelomgeving gaat, maar om een algemeen en subjectief gevoel van onveiligheid bij de betrokkene met betrekking tot die omgeving, dat onderdeel is van het totale complex van omstandigheden waarin betrokkene leeft en dat naast de noodzakelijke behandeling een bijdrage kan leveren aan de verbetering van de mentale toestand van betrokkene. De vraag of de op traumata gerichte behandeling of enige andere psychiatrische behandeling effectief zal zijn, zal dan, in welk land dan ook, afhangen van een diversiteit van factoren. Verweerder heeft aangevoerd dat hij uit de van de behandelaars verkregen informatie onvoldoende specifieke, onderbouwde aanwijzingen heeft gekregen dat dit ten aanzien van klager anders lag. Mede gelet op het advies met betrekking tot een fysieke overdracht aan een psychiater kan niet geoordeeld worden dat verweerder niet in redelijkheid tot deze conclusie had kunnen komen. Dat voor klager, naar deze stelt, in E. geen sociaal netwerk aanwezig is, maakt dit niet anders. Daargelaten dat, zoals verweerder heeft aangevoerd, uit de brief van H. van 16 januari 2015 niet blijkt dat de beschikbaarheid van een dergelijk steunsysteem onmisbaar is voor het slagen van de behandeling van klager, is de feitelijke beschikbaarheid een van de voor de effectiviteit van de behandeling relevante factoren waaromtrent verweerder als BMA-arts geen gefundeerde uitspraak kan doen. Derhalve geeft hetgeen klager heeft aangevoerd geen grond voor de conclusie dat verweerder niet in redelijkheid tot het oordeel heeft kunnen komen dat geen gerede twijfel aan de behandel mogelijkheden voor klager in E. bestaat.

5.6 De conclusie is dat verweerder met betrekking tot de klacht geen verwijt zoals bedoeld in artikel 47, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg kan worden gemaakt. De klacht zal dan ook als ongegrond worden afgewezen”.

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in beroep niet is bestreden.

4. Beoordeling van het beroep

4.1 Klager is in beroep gekomen tegen de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege. Het beroep strekt ertoe dat klagers klacht dat de door de BMA-arts afge-

geven adviezen van 19 augustus 2014, 8 december 2014 en 23 maart 2015 onzorgvuldig tot stand zijn gekomen, alsnog op alle onderdelen gegrond wordt verklaard en dat aan de BMA-arts een maatregel word opgelegd.

4.2 De BMA-arts heeft verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerping van het beroep.

4.3 Het Centraal Tuchtcollege komt op grond van het schriftelijke en mondeling debat ter terechtzitting in beroep omtrent het handelen van de arts tot dezelfde bevindingen als het Regionaal Tuchtcollege en neemt hetgeen het Regionaal Tuchtcollege onder '5. De beoordeling' heeft overwogen hier over. Naar aanleiding van hetgeen partijen ter terechtzitting in beroep nog expliciet naar voren hebben gebracht, benadrukt het Centraal Tuchtcollege hier hetgeen reeds door het Regionaal Tuchtcollege onder rechtsoverweging 5.2, laatste alinea is overwogen, te weten dat - anders dan klager heeft betoogd - het verschil van inzicht tussen klagers behandelaar H. en de BMA-arts er geen is dat voor de BMA-arts aanleiding had moeten zijn tot nader onderzoek in de vorm van het raadplegen van een deskundige, een eigen onderzoek van klager, dan wel het contact opnemen met diens behandelaars. Dat verschil van inzicht was niet van medische aard, maar betreft feiten en omstandigheden, relevant voor de door klager bij terugkeer naar E. beleefde (on)veiligheid. Deze feiten en omstandigheden staan, zoals de BMA-arts in beroep opnieuw terecht heeft aangevoerd, niet ter beoordeling van hem als BMA-arts. Daarmee onderschrijft het Centraal Tuchtcollege het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege dat de BMA-arts met betrekking tot de klacht geen verwijt kan worden gemaakt zoals bedoeld in artikel 47, eerste lid van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Dit betekent dat de klacht van klager in al haar onderdelen faalt en dat het beroep moet worden verworpen.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven door: mr. A.D.R.M. Boumans, voorzitter, mr. T.W.H.E. Schmitz en mr.drs. R. Prakke-Nieuwenhuizen, leden-juristen en drs. H.S. Boersma en mr. drs. M.J. Kelder, leden-beroepsgenoten en mr. D. Brommer, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 20 juni 2017.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.