

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2017/304

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 16 augustus 2017 bij het Regionaal Tuchtcollege voor de gezondheidszorg te 's-Gravenhage binnengekomen en vervolgens naar dit college doorgestuurde en op 25 augustus 2017 binnengekomen klacht van:

A

wonende te B,
klager,
gemachtigde: mr. L.J. Blijdorp, advocaat te Leerdam

tegen

C,

arts,
werkzaam te D,
verweerder,
gemachtigde: mr. W.H.J. Semeijn, advocaat te Zwolle

1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van de volgende stukken:

- het klaagschrift met bijlagen, van 12 augustus 2017, ontvangen door het college op 25 augustus 2017;
- het verweerschrift met bijlagen, van 26 september 2017, ontvangen door het college op 27 september 2017;
- de correspondentie met betrekking tot het vooronderzoek en de zitting.

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

De klacht is op een openbare zitting van 12 december 2017 behandeld. Klager was aanwezig, bijgestaan door zijn echtgenote. Zijn gemachtigde was met bericht afwezig. Verweerder was aanwezig, bijgestaan door zijn gemachtigde. Omdat klager het Nederlands niet machtig is heeft de mondelinge behandeling met instemming van partijen voor een belangrijk deel plaatsgevonden in de Engelse taal.

2. De feiten

2.1 Verweerder heeft in augustus 2014 de opleiding tot arts afgerond. Vanaf enkele maanden na zijn afstuderen is hij werkzaam als zelfstandig medisch adviseur. In die

hoedanigheid brengt hij voor het Bureau Medische Advisering (BMA) adviezen uit in het kader van de Vreemdelingenwet 2000 (Vw). Daarnaast verricht verweerder werkzaamheden als keuringsarts en verricht hij promotie-onderzoek.

2.2 Klager, geboren oktober 1969, en zijn vrouw en kinderen zijn afkomstig uit Irak. Zij hebben op 22 mei 2015 asiel aangevraagd in Nederland.

2.3 Bij faxbrief van 28 december 2016 heeft klagers gemachtigde aan de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) een brief van 16 december 2016 gezonden waarin de behandelend psychiater bij klager als primaire diagnose chronische posttraumatische stress-stoornis stelt. De gemachtigde heeft daarbij gesteld dat bij het uitblijven van de adequate huidige behandeling, die bestaat uit medicatie/individuele gesprekken/beeldende therapie, wordt gevreesd voor het ontstaan van een concrete zelfmoordsituatie. De gemachtigde heeft de IND verzocht om nu spoedig positief te beslissen op klagers asielaanvraag of – als het voornemen bestaat de aanvraag af te wijzen – klager een verblijfsvergunning te verstrekken ex artikel 29 lid 1 sub b Vw jo artikel 3 EVRM vanwege de medische problematiek en het gebrek aan behandeling daarvoor in het land van herkomst, althans hem uitstel van vertrek op grond van artikel 64 Vw te verlenen.

2.4 Onder verwijzing naar genoemde brief, met bijlage, van klagers gemachtigde van 28 december 2016 heeft de IND bij brief van 15 februari 2017 aan het BMA geschreven dat in deze zaak moet worden beoordeeld of sprake is van een situatie als bedoeld in artikel 64 Vw en gevraagd om daaromtrent te adviseren.

2.5 Verweerder heeft als arts namens BMA op 31 maart 2017 schriftelijk medisch advies uitgebracht aan de IND. Dit advies luidt, voor zover hier relevant:
‘Op basis van de verstrekte medische informatie van de behandelaar(s) betreffende de therapie achtte ik het niet noodzakelijk om betrokkene op te roepen voor een spreekuuronderzoek, noch om nader specialistisch onderzoek te verrichten.

(...)

1b. (...) *Betrokkene is bekend met een posttraumatische stress-stoornis. (..)*

(..)

2b. *Therapie:*

Betrokkene wordt met zijn gezin 1x per maand behandeld door een systeemtherapeut. Hij wordt verder 2x per maand door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige gezien en 1x per maand door een psychiater. Hij krijgt 1x per maand creatieve therapie. Betrokkene wordt voor zijn overige problemen bij klachten door de huisarts gezien.

Medicatie:

A. *risperidon*

B. *olanzapine*

C. *sertraline*

D. *omeprazol*

E. *mirtazapine*

(...)

4. Zal gelet op de huidige medische inzichten, het uitblijven van de onder 2 genoemde behandeling leiden tot een medische noodsituatie op korte termijn?

Nee. Gelet op dat er geen suïcidale plannen zijn in combinatie met het uitblijven van relevante gebeurtenissen zoals een klinische opname of een BOPZ maatregel wordt

de kans op een medische noodsituatie bij wegblijven van de behandeling als klein ingeschat.

Er heeft weliswaar volgens de huisarts eerder in 1991 een suïcidepoging plaatsgevonden, echter zijn er sindsdien geen andere pogingen ondernomen. Daarnaast is de context van die gebeurtenis niet bekend omdat er verder geen documentatie van bestaat. Er is evenmin sprake van een levensbedreigende aandoening of van een aandoening welke onbehandeld tot ADL afhankelijkheid of ernstige invaliditeit zal leiden. ‘

2.6 In het advies wordt gerefereerd aan het patiëntdossier van de huisarts, geprint op 20 februari 2017 en de brief aan BMA van 16 maart 2017 van de behandelend sociaal psychiatrisch verpleegkundige en psychiater van E (hierna: de GGZ). Deze stukken bevinden zich in het klachtdossier.

2.7 Uit het patiëntdossier blijkt onder meer dat klager sinds 2007 in Nederland is en sinds 2009 is ingeschreven bij deze huisarts, die hem in dat jaar wegens psychische klachten heeft doorverwezen naar de GGZ, waar klager sindsdien in behandeling is.

2.8 In een brief van 13 juli 2017 aan de gemachtigde van klager heeft bedoelde psychiater geschreven dat klager *‘onlangs met spoed [is] opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis in verband met suïcide dreiging en om te voorkomen dat hij zijn vrouw en kinderen ook zou doden. De aanleiding was de dreigende uitzetting waardoor patiënt toenemend psychotisch werd. Nu hij is opgenomen gaat het beter en is de acute dreiging afgenomen. Hoe het zal gaan als hij weer naar het AZC gaat en opnieuw de dreiging toeneemt is ongewis.*

Na de klinische behandeling zal de behandeling in dagbehandeling voortgezet worden. Nu wij patiënt vaker zien kunnen wij ons een beter oordeel vormen over de diagnose. Dat de uitzettingsprocedure een belangrijke ziekmakende factor is zal duidelijk zijn.’

3. De klacht en het standpunt van klager

De klacht houdt, zakelijk weergegeven, in dat verweerder heeft gehandeld of nagelaten in strijd met de zorg die hij als arts behoorde te betrachten ten opzichte van klager, doordat :

- a) verweerder zijn advies van 31 maart 2017 heeft gebaseerd op de stukken, zelf onvoldoende deskundig was en geen ter zake deskundig specialist heeft geraadpleegd of klager zelf op zijn spreekuur heeft gezien; en
- b) verweerder zijn conclusie, dat bij het uitblijven van behandeling geen medische noodsituatie op korte termijn ontstaat, onvoldoende heeft onderbouwd en/of doordat deze onvoldoende zorgvuldig is tot stand gekomen.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen gemotiveerd bestreden. Op het verweer zal hierna waar nodig worden ingegaan.

5. De beoordeling

5.1 De klacht richt zich tegen het advies dat verweerder als medisch adviseur van BMA op 31 maart 2017 heeft uitgebracht aan de IND (hierna ook: het advies). De brief van de psychiater van 13 juli 2017, bedoeld onder 2.9, is van latere datum en kon door verweerder dus niet worden meegewogen in zijn advies. Het college zal deze brief dan ook niet in de beoordeling betrekken.

5.2 Het college stelt voorop dat een advies als uitgebracht door verweerder volgens vaste tuchtrechtspraak moet voldoen aan de volgende eisen:

1. Het rapport vermeldt de feiten, omstandigheden en bevindingen waarop het berust.
 2. Het rapport geeft blijk van een geschikte methode van onderzoek om de voorgelegde vraagstelling te beantwoorden.
 3. In het rapport wordt op inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de conclusies van het rapport steunen.
 4. Het rapport vermeldt de bronnen waarop het berust, daaronder begrepen de gebruikte literatuur en de geconsulteerde personen.
 5. De rapporteur blijft binnen de grenzen van zijn deskundigheid.
- Daarbij toetst de tuchtrechter ten volle of het onderzoek door de arts uit het oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid de tuchtrechtelijke toets der kritiek kan doorstaan. Ten aanzien van de conclusie van de rapportage wordt beoordeeld of de arts in redelijkheid tot zijn conclusie heeft kunnen komen.

5.3 Het medische advies is door verweerder uitgebracht op verzoek van de IND, die moest beoordelen of – vreemdelingrechtelijk – bij klager sprake was van een situatie als bedoeld in artikel 64 Vw.

Artikel 64 Vw luidt: *'Uitzetting blijft achterwege zolang het gelet op de gezondheidstoestand van de vreemdeling of die van een van zijn gezinsleden niet verantwoord is om te reizen.'*

Het rechtsgevolg van een geslaagd beroep op artikel 64 van de Vreemdelingenwet 2000 is dat de uitzetting of de rechtsplicht om Nederland te verlaten tijdelijk wordt opgeschort.

5.4 Voor wat betreft de te volgen procedure bij een aanvraag op basis van artikel 64 Vw stelt het college vast dat deze nader is omschreven in de Vreemdelingencirculaire 2000 (Vc). In paragraaf A3/7 Vc, zoals deze gold ten tijde van de adviesaanvraag, is neergelegd dat uitzetting achterwege blijft als de medisch adviseur aangeeft dat:

- vanwege de gezondheidstoestand van de vreemdeling of één van zijn gezinsleden deze medisch gezien niet in staat is om te reizen of
- de stopzetting van de medische behandeling een medische noodsituatie doet ontstaan en de medische behandeling van de medische klachten niet kan plaatsvinden in het land van herkomst of een ander land waar betrokkene naar kan vertrekken.

Daarbij wordt het begrip medische noodsituatie gedefinieerd als:

'Die situatie waarbij de vreemdeling lijdt aan een stoornis, waarvan op basis van de huidige medische-wetenschappelijke inzichten vaststaat dat het achterwege blijven van behandeling binnen een termijn van drie maanden zal leiden tot overlijden, invaliditeit of een andere vorm van ernstige geestelijke of lichamelijke schade.'

5.5 De werkwijze van het BMA en de medische adviseurs bij het opstellen van hun adviezen is nader omschreven in het Protocol Bureau Medische Advisering, herziene versie van april 2016 (het Protocol). Het college is van oordeel dat een BMA-arts zijn

advies mag baseren op de uitleg van het begrip “medische noodsituatie” zoals weergegeven in dit Protocol (CTG 20 december 2012, c2011.395). In het Protocol wordt een medische noodsituatie als volgt geoperationaliseerd:

‘Het achterwege blijven van de medische behandeling zal naar alle waarschijnlijkheid op korte termijn leiden tot betrokkenes overlijden, een (vrijwel) volledig verlies van ADL-zelfstandigheid (activiteiten dagelijks leven) of gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis vanwege de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ).’

5.6 In het licht van het vorenstaande beoordeelt het college de twee klachtonderdelen als volgt.

Klachtonderdeel a. ondeskundig en patiënt niet zelf gezien

5.7 Met betrekking tot het verwijt dat verweerder als basisarts onvoldoende deskundig was om een psychiatrisch patiënt te beoordelen en een terzake deskundig specialist voor advies had moeten raadplegen en/of klager zelf op een spreekuur had moeten zien, overweegt het college als volgt.

5.8 Het uitgangspunt in een zaak als deze is dat de BMA-arts de kennis en kunde bezit, althans geacht wordt te bezitten, om aan de hand van de beschikbare medische gegevens de hem gestelde vragen van een deskundig antwoord te voorzien. Verweerder heeft gemotiveerd betoogd dat en waarom hij ook feitelijk voldoende deskundig is op dit terrein. Klager heeft zijn stelling, dat verweerder onvoldoende deskundig was, onderbouwd door erop te wijzen dat verweerder als onderzoeker werkzaam is op het gebied van de orthopedie en als keuringsarts ervaring heeft met het beoordelen van mensen die een gehandicapten-parkeervergunning willen hebben.

5.9 Het college is echter van oordeel dat deze omstandigheden geen aanleiding geven om van bovengenoemd uitgangspunt af te wijken, alleen al omdat verweerder onweersproken heeft verklaard dat hij goed is opgeleid voor het geven van BMA-adviezen en dat hij sinds zijn artsexamen tenminste 150 adviezen voor het BMA heeft uitgebracht, die overwegend personen betroffen met ernstige psychische problematiek, veelal PTSS. Daarbij komt dat verweerder niet uitsluitend op zijn eigen oordeel is afgaan, maar zijn advies heeft gebaseerd op de schriftelijke informatie van drie zorgverleners die zelf klager (bij herhaling) hebben gezien en bovendien bij uitstek deskundig zijn op dit gebied, te weten klagers huisarts en de behandelend sociaal psychiatrisch verpleegkundige en psychiater van E. Met verweerder is het college van oordeel, dat deze informatie een voldoende helder en consistent beeld van klagers actuele medische situatie gaf en dat verweerder mocht concluderen dat hij klager niet zelf op een spreekuur behoefde te zien maar op de stukken mocht afgaan.

5.10 Het college concludeert dat klachtonderdeel a ongegrond is.

Klachtonderdeel b. onzorgvuldig onderzoek en conclusie

5.11 Met betrekking tot klachtonderdeel b overweegt het college als volgt. Volgens klager heeft verweerder zijn conclusie, dat bij het uitblijven van behandeling geen medische noodsituatie op korte termijn ontstaat, onvoldoende onderbouwd en/of is deze onvoldoende zorgvuldig tot stand gekomen. Blijkens de toelichting komt dit verwijt er

in de kern op neer, dat verweerder bij beantwoording van de vraag of op korte termijn een medische noodsituatie zal ontstaan als de huidige behandeling wegvalt, ten onrechte slechts twee factoren heeft gezien: 1) of klager recent opgenomen is geweest op grond van de BOPZ en 2) of er nu sprake is van suïcidaliteit.

5.12 Het college is van oordeel dat dit betoog geen steun vindt in het advies. Uit met name de onder 2.6 weergegeven passages van het advies blijkt dat verweerder zijn conclusie niet heeft gebaseerd op slechts deze twee factoren, maar op een integrale beoordeling van de situatie van klager op grond van de informatie die hem door de behandelaars is verstrekt. Hij heeft daarbij beoordeeld of zich objectief vast te stellen gebeurtenissen hebben voorgedaan die zijn inschatting, dat de kans op een medische noodsituatie bij wegblijven van de behandeling klein is, zouden kunnen onderbouwen of weerspreken. Verweerder concludeert dat deze zich niet hebben voorgedaan, waarbij hij enkele gebeurtenissen noemt als voorbeeld.

5.13 Daarnaast overweegt het college dat verweerder terecht waarde heeft gehecht aan het feit dat er geen suïcidale plannen zijn. Anders dan klager meent, zijn aanhoudende suïcidale gedachten in dit verband niet voldoende. Een belangrijke indicator voor daadwerkelijke suïcide zijn eerdere pogingen. Behalve een niet nader gedocumenteerde poging lang geleden, in 1991, zijn die er blijkens de stukken niet. Daarentegen heeft klager blijkens de onder 2.3 vermelde brief van de GGZ van 16 maart 2017 gezegd *“voor het leven te willen gaan”*. Met verweerder is het college verder van oordeel dat er uit de stukken geen andere risico-factoren voor suïcide, zoals middelengebruik, blijken, terwijl er wel zogenaamde beschermende factoren zijn, zoals het hebben van een gezin.

5.14 Gezien dit alles is het college van oordeel dat het advies van verweerder voldoet aan de onder 5.2 gestelde eisen. Verweerder heeft een rapport opgesteld waarin is opgenomen welke informatie hij in zijn beoordeling heeft meegenomen, waarin is aangegeven wat hij heeft onderzocht en waarin onderbouwd is aangegeven welke waarde hij aan welke informatie heeft toegekend. In het advies wordt ook op inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de conclusies van het rapport steunen. Ook afgezet tegen de hiervoor onder 5.4 en 5.5 weergegeven voorschriften is het college van oordeel dat verweerder in het advies voldoende duidelijk heeft gemaakt dat hij de juiste toetsingscriteria heeft gehanteerd. Het college is dan ook van oordeel dat het rapport van verweerder uit het oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid de volle toets der kritiek kan doorstaan.

Verder is het college van oordeel dat verweerder, op grond van de beschikbare informatie, in redelijkheid tot zijn conclusies kon komen over de bij klager bestaande psychische problematiek.

5.15 Ook klachtonderdeel b is daarom ongegrond.

5.16. De conclusie van het voorgaande is dat de klacht in beide onderdelen ongegrond is. Verweerder kan met betrekking tot de klacht geen verwijt als bedoeld in artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg worden gemaakt.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart de klacht in beide onderdelen ongegrond.

Aldus beslist door:

mr. A.M. Koene, voorzitter,

drs. D.E. de Jong, dr. P.D. Meesters en mr. drs. E.G. van der Jagt, leden-beroepsgeenoot,

mr. M.A.H. Verburgh, lid-jurist,

bijgestaan door mr. S. van Excel, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken op 23 januari 2018 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

WG
secretaris

WG
voorzitter