

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2017.088

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2017.088 van:

A., wonende te B., appellante, klagster in eerste aanleg,
mr. J. Hemelaar, advocaat te Leiden,
tegen

C., verzekeringsarts, werkzaam te D., verweerder in beide instanties, gemachtigde: mr.
W.H.J. Semeijn, advocaat te Zwolle.

1. Verloop van de procedure

A. - hierna klagster - heeft op 16 juni 2016 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam
tegen C. - hierna de verzekeringsarts - een klacht ingediend. Bij beslissing van 17 ja-
nuari 2017, onder nummer 16/338, heeft dat College de klacht afgewezen.

Klagster is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De verzekeringsarts heeft een
verweerschrift in beroep ingediend.

De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcol-
lege van 24 april 2018. Klagster is niet verschenen. Namens klagster is verschenen
mr. J.M. Stevers, kantoorgenoot van mr. J. Hemelaar, zijnde gemachtigde van klagster.
Voorts is verschenen de verzekeringsarts, bijgestaan door mr. Semeijn voornoemd.
Partijen hebben hun wederzijdse standpunten toegelicht.

2. Beslissing in eerste aanleg

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

“ 2. De feiten

2.1 *Klagster, geboren op 6 januari 1985 en afkomstig uit E., heeft op
25 juli 2013 een aanvraag ingediend tot het verlenen van een verblijfsvergunning regulier
voor bepaalde tijd onder de beperking ‘medische behandeling’.*

2.2 *Bij nota van 24 januari 2014 heeft de IND het Bureau Medische Advisering
(BMA) verzocht om medisch advies.*

2.3 *Verweerder werkt als zelfstandig medisch adviseur. In die hoedanigheid verricht
hij werkzaamheden voor F.. Bij F. brengt hij adviezen uit in het kader van de Vreemde-
lingenwet 2000.*

2.4 *Verweerder heeft op 16 juli 2014 aan de IND medisch advies uitgebracht over
klagster. Verweerder heeft hierin de klachten van klagster als volgt omschreven:
“Betrokkene heeft psychische klachten die voortkomen uit een posttraumatische
stoornis (PTSS) en een depressieve stoornis van matige ernst. De klachten betreffen
slaapproblemen, angstklachten, somberheid en suïcidale gedachten. De klachten zijn
al langere tijd aanwezig – vanaf 2009 geeft de behandelaar aan - en in die periode was
belanghebbende langere tijd zonder behandeling. De huisarts vermeldt twee suïcidepo-
gingen doch deze zijn niet nader gedocumenteerd (wanneer, waar, hoe, behandeling
ingesteld?) en blijken ook niet uit de gegevens van G.. In het schrijven van 10 juni 2013*

vermeldt de huisarts dat de pogingen zich voordeden toen er sprake was van angst en rusteloosheid als reactie op terug moeten gaan naar het land van herkomst (...).

Over de behandeling van klaagster heeft verweerder opgemerkt:

“Betrokkene krijgt behandeling vanuit G.. Er vinden gesprekken plaats en in een later stadium zal een traumagerichte behandeling plaatsvinden. Verder werd medicatie voorgeschreven. (...) De behandelaars vermelden dat betrokkene bij aanmelding in december 2013 nog vergezeld werd door een bekende; hij gaf aan betrokkene in de gaten te houden en er op toe te zien dat betrokkene haar medicijnen op tijd neemt. Vanuit de stoornis is er mijns inziens geen afhankelijkheid van mantelzorg in de vreemdelingrechtelijke context. Het gaat om steun zoals die gegeven wordt vanuit het (beperkte) steunsysteem waarop betrokkene terug kan vallen. (...) Onder optimale condities – waarvan hier geen sprake is - moet een behandeling van enkele maanden tot maximaal een jaar, de klachten kunnen doen verbleken. Die condities zijn echter niet aanwezig zodat de behandeling nog wel een tijdje voortgezet zal worden.”

De vraag of het uitblijven van de behandeling zal leiden tot een medische noodsituatie op korte termijn heeft verweerder als volgt beantwoord:

“Een dergelijke situatie zal niet ontstaan. Het gaat om al lang aanwezige klachten waarvoor betrokkene eerder een of meer langere perioden zonder behandeling was. Daarnaast is betrokkene niet psychotisch en is er geen concrete suïcidaliteit. Er zouden twee suïcidepogingen geweest zijn doch deze hingen samen met (negatieve) ontwikkelingen rondom de verblijfstatus. Overige relevante incidenten of (gedwongen) opnames deden zich niet voor.

Uitblijven van behandeling sec zal daarom wel leiden tot enige toename van klachten maar niet tot een medische noodsituatie op korte termijn.”

2.5 In de bezwaarprocedure heeft klaagster aanvullende medische informatie overgelegd over suïcidepogingen. De IND heeft verweerder bij nota van 16 december 2014 verzocht of deze informatie van invloed is op het eerder uitgebrachte advies.

2.6 In een aanvullend advies van verweerder van 3 december 2014 is te lezen: “Ik nam kennis van de brief van 24 september 2014. De brief laat voor wat betreft de suïcidepogingen geen relevante gegevens zien. Het gaat om gegevens die uit de mond van betrokkene opgetekend zijn. Bedoelde incidenten leidden niet tot directe psychiatrische opname, behandeling of een BOPZ-maatregel. De incidenten zijn onvoldoende zwaarwegend om aan te nemen dat uitblijven van behandeling sec zal leiden tot een medische noodsituatie op korte termijn. Verder stelt de psychiater dat negatieve ontwikkelingen rond de verblijfstatus de klachten kunnen doen toenemen en een verhoogd risico op suïcide. Aan de medisch adviseur wordt echter niet gevraagd naar de gevolgen van uitzetting maar naar de gevolgen van uitblijven van behandeling. Daarbij geef ik nog aan dat de behandelaar een verhoogd risico op suïcide koppelt aan het ontbreken aan basale veiligheid in het land van herkomst en ervaren bedreiging van de door haar ontvluchte mensenhandel. In het licht van wat ik hiervoor al aangaf, vermeld ik dat ik daarover als medisch adviseur geen uitspraken kan doen omdat die niet te staven, evenmin medisch te onderbouwen zijn.”

2.7 Bij nota van 16 oktober 2015 heeft de IND onder verwijzing naar vier brieven van behandelaars verweerder verzocht om nader te duiden waarom de heer J.. in het advies van 16 juli 2014 niet als mantelzorger is beschouwd.

2.8 Op 21 oktober 2015 heeft verweerder de IND het volgende bericht:

“Het gaat inmiddels om gedateerde medische gegevens, de meest recente brief van de behandelaar is ook al acht maanden oud. Ik acht het niet zorgvuldig om het eerdere

advies overeind te houden. Er dient een nieuwe adviesaanvraag te volgen. Op basis van actuele gegevens van de behandelende sector zal ik dan een nieuw advies opstellen. Of dat mede op basis van een psychiatrische expertise zal zijn, kan ik thans nog niet zeggen.”

2.9 Bij nota van 6 november 2015 heeft de IND verweerder opnieuw verzocht om medisch advies.

2.10 Verweerder heeft vervolgens medische gegevens opgevraagd. Zo heeft hij bij brief van 6 november 2015 informatie opgevraagd bij G. over de behandeling van klaagster. In deze brief is te lezen:

“f) Alleen in het geval dat er bij u bekend is dat er mantelzorg aan de orde is (zorg door niet professionals, zoals familie of vrienden) en daarbij ook een essentieel onderdeel is van de medische behandeling, kunt u dan aangeven wie deze mantelzorg geeft, op welke wijze precies en de frequentie? (Er wordt bijvoorbeeld dus niet naar hulp bij financiën of huishoudelijke hulp gevraagd, maar wel naar bijvoorbeeld toezicht op inname van medicatie bij schizofrene patiënten).”

2.11 H., psychiater-psychotherapeut, en mevrouw I., verpleegkundig specialist GGZ, hebben bij brief van 24 november 2015 op het verzoek van verweerder gereageerd.

Over de mantelzorg merken zij op:

“Mantelzorg: patiënte wordt al jaren ondersteund door haar vroegere buurman J., die een belangrijke beschermende rol vervult inzake de suïcidaliteit van patiënte en zijn contact met haar intensiveert als haar psychische situatie verslechtert. Het afgelopen jaar heeft ook een kerkgenote zich over patiënte ontfemd, die haar dagelijks mee naar buiten neemt en haar motiveert tot activiteiten.”

2.12 Verweerder heeft vervolgens op 12 mei 2016 medisch advies uitgebracht.

Hierin staat onder meer:

“Betrokkene is bekend met de volgende klachten:

· Psychische klachten die voortkomen uit een posttraumatische stressstoornis (PTSS) en een depressieve stoornis van matige ernst. Eerder was er ook een psychotische stoornis, deze is thans in remissie. De voorgeschiedenis vermeldt een tweetal suïcidepogingen en betrokkene heeft een voorgeschiedenis waarin zij automutileerde. Dat is thans onder controle. Wel is er afhankelijkheid van alcohol.

(...)

Therapie:

Betrokkene krijgt behandeling vanuit G. daar vinden gesprekken plaats (stressmanagement, technieken uit de cognitieve gedragstherapie) en in een later stadium zal een traumagerichte behandeling plaatsvinden. Verder is er farmacotherapie en sinds medio 2015 is er ook contact met de verslavingszorg.

(...)

De behandeling zal in ieder geval nog langdurig zijn. De behandelaars wijzen op de ondersteunde zorg die aan haar wordt verleend door een voormalig buurman. Het gaat dan om een beschermende rol inzake suïcidaliteit. Verder wordt in het kader van mantelzorg gewezen op de rol van een kerkgenote die zich over betrokkene ontfemd, haar mee naar buiten neemt en activeert. Het belang van deze vormen van zorg kan uiteraard niet ontkend worden maar het betreft geen mantelzorg die noodzakelijk is voor het welslagen van de medische behandeling.”

Op de vraag of het uitblijven van de behandeling zal leiden tot een medische nood situatie, heeft verweerder het volgende geantwoord:

“Ja, een dergelijke situatie zou (kunnen) ontstaan. Gegeven de nu omschreven klachten, de eerdere aanwezigheid van psychotische klachten, de nu vermelde suïcidepogingen,

de eerdere aanwezigheid van automutilatie en afhankelijkheid van alcohol, kan niet uitgesloten worden dat uitblijven van behandeling tot een zodanige klachtentoeename zal leiden dat er een medische noodsituatie kan ontstaan”.

De landgebonden vragen heeft verweerder als volgt beantwoord:

“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 de behandeling aanwezig is (...). Behandeling voor de psychische klachten is mogelijk in het K., L. te M.. Behandeling door een huisarts is mogelijk in N. te M. (...). Voor trazodon en clemestine geldt een “supply problem”. Dat is te ondervangen, zie ook hierboven.”

3. De klacht en het standpunt van klaagster

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder:

I ten onrechte heeft geoordeeld dat geen sprake is van mantelzorg in de zin van de Vreemdelingencirculaire;

II zich ten onrechte niet heeft uitgelaten over de relatie verhoogd suïciderisico en het ontbreken van een veilige behandelomgeving in het land van herkomst.

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. De klacht richt zich op het meest recente advies van verweerder van 12 mei 2016. Aldus staat ter toetsing of dit advies voldoet aan de daarvoor geldende eisen. Deze eisen zijn volgens vaste jurisprudentie de volgende:

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 uiteen gezet 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.

Het college toetst met inachtneming van het voorgaande ten volle of het onderzoek van verweerder uit het oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid de toets der kritiek kan doorstaan. De conclusies van de rapportage worden slechts marginaal getoetst. Marginale toetsing is een redelijkheidstoetsing waarbij het college de juistheid van een conclusie van een rapport toetst aan het criterium of de arts gelet op alle daarbij betrokken aspecten in redelijkheid tot zijn conclusie heeft kunnen komen. Het college respecteert daarmee, binnen een bepaalde marge, de beoordelingsvrijheid van de arts wiens conclusie wordt getoetst.

5.2 In het advies van 12 mei 2016 heeft verweerder gewezen op de ondersteunende zorg die aan klaagster wordt verleend door een voormalig buurman (de heer J.) en de mantelzorg door een kerkgenote. Verweerder heeft het belang van deze vormen van zorg onderkend, maar geconcludeerd dat het geen mantelzorg betreft die noodzakelijk is voor het welslagen van de medische behandeling. Deze conclusie is gebaseerd op de brief van 24 november 2015 van de behandelend psychiater-psychotherapeut H. en verpleegkundige specialist GGZ I., welke is gevolgd op het verzoek om informatie van verweerder van 6 november 2015. In dit verzoek heeft verweerder gevraagd naar mantelzorg die essentieel is voor het slagen van de medische behandeling. Uit het antwoord van de behandelaars heeft verweerder in redelijkheid kunnen concluderen

dat geen sprake is van mantelzorg in de zin van de Vreemdelingencirculaire 2000. Het advies van verweerder is naar het oordeel van het college inzichtelijk, consistent en deugdelijk onderbouwd.

Het college merkt op dat de brief van de heer H. van 10 juni 2016 niet in de beoordeling van het advies van verweerder kan worden betrokken. Deze brief is immers van een latere datum dan het meest recente advies van verweerder van 12 mei 2016.

De verwijzing door klagster naar een advies van een andere arts in een andere zaak is evenmin relevant voor de beoordeling van het handelen van verweerder. Klagster heeft slechts een deel van dat advies overgelegd, zodat beide zaken zich niet laten vergelijken.

Klachtonderdeel 1 is ongegrond.

5.3 Klachtonderdeel 2 slaagt evenmin. Aan verweerder is de vraag voorgelegd of het uitblijven van de behandeling zal leiden tot een medische noodsituatie op korte termijn. Verweerder heeft op basis van de medische gegevens geconcludeerd dat een dergelijke situatie zou kunnen ontstaan. Hij heeft daarin ook de eerdere suïcidepogingen betrokken. Verweerder heeft vervolgens de landgebonden vragen beantwoord en geconcludeerd dat behandeling in E. aanwezig is. Deze conclusie heeft verweerder gebaseerd op informatie van een vertrouwensarts, van welke informatie hij in beginsel mag uitgaan. Ook in zoverre is het advies naar het oordeel van het college inzichtelijk, consistent en deugdelijk onderbouwd.

Dat verweerder zich niet heeft uitgelaten over de mogelijke relatie tussen een verhoogd suïciderisico en het ontbreken van een veilige behandelomgeving maakt dit niet anders. Aan verweerder is immers slechts de vraag voorgelegd of het uitblijven van behandeling zal leiden tot een medische noodsituatie op korte termijn. Deze vraag is bovendien gebaseerd op de geldende regelgeving. Verweerder kon zich beperken tot het beantwoorden van deze vraag.

5.4 Voor zover de klacht ziet op de aangepaste conclusie van verweerder in zijn advies van 12 mei 2016 (ten opzichte van zijn advies van 16 juli 2014) over het ontstaan van een medische noodsituatie bij het uitblijven van behandeling, slaagt deze niet. Verweerder heeft zijn advies aangepast na ontvangst van aanvullende en recente medische informatie. Deze aanpassing is inzichtelijk, consistent en deugdelijk onderbouwd. De conclusie van het voorgaande is dat de klacht (in al haar 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”.

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, althans onvoldoende, is bestreden.

4. Beoordeling van het beroep

4.1 Klagster beoogt met haar beroep haar klacht in volle omvang aan het Centraal Tuchtcollege voor te leggen. Het beroep strekt ertoe dat de klacht dat de verzekeringsarts ten onrechte heeft geoordeeld dat geen sprake is van mantelzorg in de zin van de Vreemdelingencirculaire (klachtonderdeel I) en zich ten onrechte niet heeft uitgelaten over de relatie verhoogd suïciderisico en het ontbreken van een veilige behandelomgeving in het land van herkomst (klachtonderdeel II), alsnog gegrond wordt verklaard.

4.2 De verzekeringsarts heeft verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerping van het beroep.

4.3 Het Centraal Tuchtcollege heeft kennis genomen van de inhoud van de in eerste aanleg door klaagster geformuleerde klachtonderdelen en het daarover in eerste aanleg door partijen schriftelijk en mondeling gevoerde debat. Het door het Regionaal Tuchtcollege gevormde zaaksdossier is aan het Centraal Tuchtcollege toegestuurd.

4.4 In beroep is het debat door partijen schriftelijk nog een keer gevoerd, waarbij door ieder van hen standpunten zijn ingenomen naar aanleiding van de door het Regionaal Tuchtcollege vastgestelde feiten en de door dat College gegeven beschouwingen en beslissingen. Tijdens de mondelinge behandeling op dinsdag 24 april 2018 is dat debat voortgezet.

4.5 Het beraad in raadkamer na de behandeling in beroep heeft het Centraal Tuchtcollege niet geleid tot de vaststelling van andere feiten en tot andere beschouwingen en beslissingen dan die van het College in eerste aanleg. Aanvullend overweegt het Centraal Tuchtcollege dat in beroep niet is gebleken dat de mantelzorg waarvan in dit geval sprake is onderdeel is van de psychiatrische behandeling van klaagster en noodzakelijk is voor het slagen daarvan.

4.6 Dit betekent dat het beroep zal worden verworpen.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven door: mr. E.J. van Sandick, voorzitter, mr. E.F. Lagerwerf-Vergunst en

mr. T.W.H.E. Schmitz, leden-juristen en mr.dr.s. W.A. Faas en drs. M.L. van den Kieboom, leden-beroepsgenoten en mr. D. Brommer, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 5 juni 2018.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.