

**Medische advisering in het kader
van het vreemdelingenbeleid door BMA**

Den Haag, juni 2006

Aan de minister van Vreemdelingenzaken en Integratie,
Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

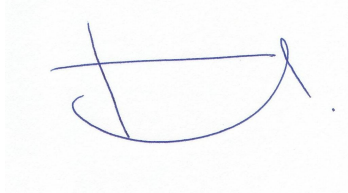
Hierbij bied ik u het rapport *Medische advisering in het kader van het vreemdelingenbeleid door BMA* aan.

In het rapport staat een aantal conclusies en vindt u een opsomming van maatregelen, onder andere het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem, het maken van een aantal werkafspraken en het opzetten van een adviesvolgsysteem, waarvan uitvoering naar de mening van de inspectie zal leiden tot verbetering van de medische advisering door het bureau.

Het onderzoek is, zoals u bekend is, door de inspectie gestart naar aanleiding van vragen daartoe van de Tweede Kamer.

Hoofd en medewerkers van BMA gaven tijdens het inspectieonderzoek alle medewerking, waarvoor de inspectie hen erkentelijk is.

De wnd. Inspecteur-Generaal,

A handwritten signature in blue ink, consisting of a horizontal line, a vertical line, and a curved line below.

Drs. N.C. Oudendijk

Samenvatting

Nadat de Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid in 2004 haar rapport had uitgebracht, bleven bij Tweede Kamerleden nog vragen bestaan over de kwaliteit, deskundigheid en onafhankelijkheid van de adviezen van het Bureau Medische Advisering (BMA) van de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND).

In 2005 onderzocht de inspectie BMA. Naast de bovengenoemde aspecten onderzocht de inspectie ook de zorgvuldigheid van de advisering.

De medische adviseurs beschikken over de juiste basisopleiding en ervaring voor het geven van medische adviezen. Aan bijscholing en deskundigheidsbevordering wordt niet systematisch aandacht besteed.

Binnen de gestelde grenzen verrichten de medische adviseurs hun werk professioneel autonoom. Deze grenzen beperken echter wel het medische advies: ook bij complexe beelden of moeilijk objectiveerbare diagnoses, of in situaties waarin niet-medische factoren een rol spelen, verwacht de IND dat de adviesaanvragen met ja of nee worden beantwoord. De professionele norm dat de deskundige een eigen verantwoordelijkheid heeft ten opzichte van zijn opdrachtgever kan zo in het gedrang komen.

De medische adviseurs zien slechts zeer zelden patiënten. Zij stellen het advies op, op basis van de door de behandelaars toegezonden medische informatie. Dit gebeurt op een enkele uitzondering na zorgvuldig. De vooraf aan de patiënt gevraagde toestemming om de medische gegevens te mogen verstrekken aan de beslissingsambtenaren van de IND kan ertoe leiden dat de patiënt niet adequaat gebruik kan maken van zijn inzage- en blokkeringsrecht.

De ketenpartners in de zorg krijgen in het algemeen voldoende ruimte om de medische informatie op zorgvuldige wijze te leveren. De aanlevering van de gegevens voor de advisering in het kader van het – begin 2005 gestarte – Project Terugkeer staat echter onder tijdsdruk; dit kan ten koste gaan van de zorgvuldigheid. Het opvragen van de gegevens gebeurt routinematig; hierdoor moeten behandelaars soms meerdere malen dezelfde informatie opsturen. De medische adviseurs gaan zorgvuldig om met de verkregen informatie. Van de mogelijkheid om een deskundige in te schakelen of een second opinion te vragen maken de medische adviseurs weinig gebruik. Over moeilijke medische vragen, zoals de vraag naar het ontstaan van medische noodsituaties op korte termijn heeft geen consultatie van vakgenoten uit het zorgveld plaats.

Of de medische adviseurs ook voldoende oog hebben voor de partners in de vreemdelingenketen is slechts gedeeltelijk duidelijk. Zo is niet duidelijk of de gegeven reisadviezen leesbaar en begrijpelijk zijn voor degenen die ze moeten uitvoeren. Verder onderzoek binnen de vreemdelingenketen zou dit moeten uitwijzen.

De voor de opstelling van het advies nodige verzameling van gegevens uit het land van herkomst gebeurt niet altijd zorgvuldig. De medische adviseurs mogen geen uitspraak doen over de feitelijke toegankelijkheid van de zorg in het land van herkomst. Dit leidt er soms toe dat de medische adviseur niet het door de IND gevraagde “ja of nee”-advies geeft. Hoe de IND-beslissers met deze genuanceerde adviezen omgaan is niet bekend; dit was ook geen onderdeel van het inspectieonderzoek.

Kwaliteitsborging vindt nog slechts mondjesmaat plaats. De inspectie adviseert dan ook om een kwaliteitssysteem te ontwikkelen waarin voorzien wordt in regelmatige kwaliteitstoetsingen. Ook is een systeem nodig waarin het BMA-advies in zijn gang door de vreemdelingenketen gevolgd kan worden.

Ook krijgt BMA het advies om zowel intern als extern met de ketenpartners werkafspraken te maken over een aantal procedurele en medisch-inhoudelijke zaken.

De inspectie verzoekt BMA om binnen drie maanden een plan van aanpak op te stellen voor de uitvoering van de door de inspectie geadviseerde maatregelen.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	8
2	Conclusies en maatregelen	9
2.1	Conclusies	9
2.2	Maatregelen	9
3	Onderzoek	11
3.1	Onderzoeksvragen	11
3.2	Methode van onderzoek	11
3.2.1	Interviews	11
3.2.2	Dossieronderzoek	12
4	Bevindingen	13
4.1	Het proces van medische advisering	13
4.1.1	Medische klachten en medische behandeling	13
4.1.2	Behandel mogelijkheden land van herkomst	14
4.1.3	Medische noodsituatie	15
4.1.4	Reizen	15
4.1.5	Vragen in verband met art. 3 EVRM	15
4.1.6	Advisering in het kader van het Project Terugkeer	15
4.2	Toetsing van het proces van medische advisering	16
4.2.1	Deskundigheid	16
4.2.2	Professionele autonomie	18
4.3	Zorgvuldigheid	19
4.3.1	Zorgvuldigheid ten opzichte van de patiënt	19
4.3.2	Zorgvuldigheid ten opzichte van de ketenpartners	20
4.3.3	Zorgvuldigheid totstandkoming van het advies	21
4.4	Kwaliteitsborging	23
4.4.1	Interne kwaliteitsborging	23
4.4.2	Externe kwaliteitsborging	24

Bijlagen

1	Toetsingskader	26
2	Checklist interviews	29
3	Checklist dossiers/adviezen	30
4	Format adviesdienst BMA	31

1 Inleiding

De medische adviseurs van het Bureau Medische Advisering (BMA) adviseren over individuen die een aanvraag hebben ingediend bij de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) voor een al dan niet tijdelijk verblijf hier te lande of voor uitstel van vertrek waarbij medische aspecten een rol spelen.

Deze taak is neergelegd in de Vreemdelingenwet en de daarbij behorende besluiten en circulaire's.

In maart 2004 bracht de landelijke commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid (commissie Smeets) haar – op verzoek van de minister van VWS en de staatssecretaris van justitie opgestelde – rapport uit^[1]. In dit rapport zette de commissie vraagtekens bij de organisatorische inbedding van de medische advisering. Daarnaast oordeelde de commissie dat het medisch advies van BMA op enkele punten op gespannen voet staat met de eisen die vanuit een optiek van kwaliteit en deskundigheid mogen worden gesteld aan een geneeskundige verklaring.

In de voorbereiding van en tijdens het overleg in de Tweede Kamer op 24 juni 2004 over het rapport van de commissie Smeets vroegen kamerleden naar de mogelijkheid van een onderzoek door de inspectie naar de onafhankelijkheid, kwaliteit en deskundigheid van de adviezen^[2]. De minister wees toen op het al door IGZ ingeplande onderzoek naar de zorg in de vreemdelingenketen^[3].

In het najaar van 2004 en het begin van 2005 zijn met BMA enkele voorbereidende gesprekken gevoerd en stukken uitgewisseld. Ook zijn gesprekken gevoerd met Amnesty International en Pharos; beide organisaties hebben vaker kritiek geuit op de advisering door BMA. Het onderzoek ter plekke had plaats in september en oktober 2005.

[1] Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid, www.minvws.nl, 01-03-2004

[2] TK 19637 nr. 825, 17-06-2004

[3] TK 19637 nr. 848, 26-08-2004

2 Conclusies en maatregelen

De medische adviseurs werken in een complexe context waarbinnen verschillende partijen tegenstrijdige belangen hebben. Niet alleen de context is complex, ook de organisatie zelf waarin ze werken is complex: de meeste medische adviseurs doen hun werk niet binnen BMA, maar vanuit door BMA ingeschakelde externe bureaus.

2.1 Conclusies

- 1 Binnen de aan BMA gestelde randvoorwaarden verrichten de medische adviseurs hun werk over het algemeen deskundig, professioneel autonoom en zorgvuldig. Op onderdelen is verbetering nog nodig.
- 2 De medische adviseurs zullen zich echter steeds moeten blijven afvragen of en in hoeverre bij de beantwoording van de aan hen gestelde vragen, de professionele normen in het gedrang komen. Het gaat daarbij in het bijzonder om de norm dat de deskundige een eigen verantwoordelijkheid heeft ten opzichte van zijn opdrachtgever. Met name betreft dit de vraag naar het ontstaan van een medische nood-situatie op korte termijn.
- 3 De borging van de kwaliteit van de adviezen is nog onvoldoende. Vooral de borging van de kwaliteit van de adviezen die nodig is voor een goede uitvoering van deze adviezen in de vreemdelingenketen moet verbeterd worden. Dit betreft vooral de leesbaarheid, begrijpelijkheid voor leken en uitvoerbaarheid.

2.2 Maatregelen

De inspectie adviseert BMA de volgende maatregelen te nemen.

- Het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem, dat in ieder geval bevat:
 - Afspraken met de externe bureaus over de te leveren kwaliteit; vooraf dient getoetst te worden of de voorwaarden om de afgesproken kwaliteit te leveren aanwezig zijn.
 - Een opleidingsplan, waarin ook de opleiding, bijscholing en deskundigheidsbevordering van de externe adviseurs in beschouwing wordt genomen.
 - Regelmatige interne kwaliteitstoetsingen, waarbij ook de externe adviseurs betrokken worden.
 - Duidelijke en sluitende procedureafspraken met de ketenpartners. Zolang zulke afspraken niet gemaakt zijn met de uitvoerders van de reisadviezen aan het eind van de vreemdelingenketen, verdient het aanbeveling om in die gevallen, waarin het niet uitvoeren van het advies ernstige gevolgen kan hebben in plaats van “ja, mits” de formulering “nee, tenzij” te gebruiken.
 - Externe verantwoording door jaarverslaglegging of het uitbrengen van deelrapporten, waarin de gegevens uit het eigen registratiesysteem worden gepubliceerd.
- Het maken van werkafspraken over:
 - De wijze van omgaan met familiedossiers;
 - De interpretatie van het begrip toegankelijkheid bij de advisering over de aanwezigheid van gezondheidszorgvoorzieningen in het land van herkomst.
 - De gevallen waarin de mening van een deskundige of een second opinion gevraagd moet worden, en die waarin de patiënt opgeroepen moet worden voor eigen onderzoek.

- Het verstrekken van zodanige informatie over de gang van het advies aan de betrokken vreemdeling, dat deze adequaat gebruik kan maken van zijn inzage- en blokkeringsrecht.
- Het zodanig inrichten van de procedure voor het opvragen van medische informatie aan behandelaars, dat deze zo min mogelijk belast worden.
- Heroverweging van de werkwijze bij de opstelling van de rapporten over de behandel mogelijkheden in het land van herkomst. Deze rapportage kan door de medewerker landeninformatie opgesteld worden en als bijlage bij het medisch advies worden verstrekt.
- Heroverweging van de omvang van de kring van functionarissen voor wie toestemming gevraagd wordt om medische gegevens aan te verstrekken.
- Het starten van overleg met organisaties uit het veld van de gezondheidszorg over lastige medisch-inhoudelijke vragen die zich in dit bijzondere dossier voordoen, zoals die naar de mogelijkheid van het vaststellen van het ontstaan van een medische noodsituatie binnen drie maanden.
- Ter borging van de kwaliteit te onderzoeken of de adviezen zodanig zijn opgesteld dat zij goed uitgevoerd kunnen worden. In dit verband acht de inspectie het wenselijk een systeem op te zetten waarin BMA kan volgen welke beslissingen de IND op de BMA adviezen neemt en hoe deze adviezen vervolgens worden uitgevoerd: een adviesvolgsysteem.

De inspectie verzoekt BMA een plan van aanpak op te stellen voor de uitvoering van de hierboven genoemde maatregelen en dit binnen drie maanden aan haar toe te zenden.

3 Onderzoek

3.1 Onderzoeksvragen

De Gezondheidswet, de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) vormen het wettelijk kader voor onderzoek van de IGZ. Daarbinnen is gebruikgemaakt van normen die zijn ontwikkeld door het veld - waaronder ook BMA zelf -, in de jurisprudentie en literatuur. Over de vraag of de Kwaliteitswet zorginstellingen van toepassing is op instellingen die zich bezig houden met medische advisering wordt overigens momenteel nog gediscussieerd.

Na bestudering van een aantal documenten en het voeren van verkennende gesprekken is besloten om het onderzoek te doen met de volgende vragen als rode draad:

Bezitten de door BMA ingeschakelde artsen de deskundigheid die nodig is voor een goede uitvoering van de medische advisering? Hierbij komen aspecten aan de orde als bijscholing en deskundigheidsbevordering mede in relatie tot het curriculum vitae, intercollegiale en externe toetsing.

Hoe is de kwaliteit van de dossiervorming? Hierbij komen aspecten aan de orde als toestemmingsvereisten, autonomie en volledigheid.

Hoe is de kwaliteit van de motivering, vooral bij afwijking van de gegevens van de behandelend arts? Hierbij komen aspecten aan de orde als grenzen van deskundigheid, inschakeling specialisten, second opinion en grenzen advisering.

Hoe is de kwaliteit van adviseren? Hierbij komen aspecten aan de orde als leesbaarheid, begrijpelijkheid voor leken en haalbaarheid.

3.2 Methode van onderzoek

Voor de IGZ was het de eerste maal dat zij een organisatie als BMA onderzocht. Er is ook maar één BMA in Nederland. Ook de beroepsgroep van medische adviseurs is als onderzoeksobject relatief nieuw voor de IGZ. De kwetsbare positie van de medische adviseurs van BMA vereiste extra voorzichtigheid van de zijde van de IGZ. Om al deze redenen is besloten om een groot aantal artsen te interviewen en dossiers integraal te bestuderen. De interviews werden door twee inspecteurs gezamenlijk gedaan, en alle dossiers zijn door twee inspecteurs afzonderlijk bestudeerd.

Voor de toetsing van het proces van medische advisering ontwikkelde de inspectie een toetsingkader waarin relevante normen met betrekking tot medische advisering zijn weergegeven (bijlage 1).

3.2.1 Interviews

Er zijn elf interviews afgenomen. Gekozen is voor open interviews die enigszins gestructureerd zijn met behulp van een checklist (bijlage 2). De interviews duurden een tot anderhalf uur.

Geïnterviewd zijn de drie medische adviseurs van BMA en vijf medische adviseurs van de externe bureaus; deze zijn door BMA gecontracteerd omdat de werklast de laatste jaren veel te groot is geworden voor de eigen adviseurs van BMA. Daarnaast zijn geïnterviewd de directeur van het Gemeenschappelijk Centrum Kennis, Advies Ontwikkeling (GC-KAO) waar BMA onderdeel van is, het hoofd BMA en de medewerker landeninformatie.

3.2.2 Dossieronderzoek

Uit het geautomatiseerde systeem van BMA (MAIS) zijn at random 25 dossiers geselecteerd uit de periode 1-1-2004 tot 1-10-2005. Daarnaast is tijdens het dossieronderzoek nog één dossier extra opgevraagd omdat dit een familielid van de patiënt uit één van de geselecteerde dossiers betrof. In deze dossiers is over 35 personen geadviseerd. De verdeling van dossiers over de verschillende procedures was 16 regulier, 5 asiel en 5 terugkeer. Voor de medische advisering maakt dit overigens niet zoveel uit omdat in alle procedures dezelfde adviesvragen aan de orde zijn. De advisering over terugkeer vindt sinds voorjaar 2005 plaats in het kader van het Project Terugkeer.

De dossiers werden onderzocht met behulp van een checklist (bijlage 3). De dossiers zijn door twee inspecteurs afzonderlijk bestudeerd.

4 Bevindingen

4.1 Het proces van medische advisering

Het proces van de medische advisering begint voor BMA met de adviesaanvraag van de IND, waarbij een door de vreemdeling getekende en ingevulde toestemmingsverklaring voor onder meer het opvragen van gegevens bij behandelend artsen (in Nederland) gevoegd is en de eventueel door de vreemdeling of zijn advocaat al aan de IND toegezonden medische informatie. In 2004 bracht BMA 3710 adviezen uit, in de eerste drie kwartalen van 2005 3911.

Deze aanvragen betreffen verschillende vreemdelingenrechtelijke procedures. Hiervoor wordt dezelfde adviesaanvraag gedaan. In de adviesaanvraag worden vijf vragen gesteld (zie bijlage 4). Als bij een aanvraag voor een verblijfsvergunning asiel een mogelijke schending van artikel 3 van het Europees Verdrag tot bescherming van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM)^[4] aan de orde is, wordt een zesde vraag toegevoegd of aanvullend gesteld (zie bijlage 4). Het proces van medische advisering is, met uitzondering van de advisering in het kader van het Project Terugkeer, steeds hetzelfde. Op de advisering in het kader van terugkeer zal in 4.1.6 ingegaan worden. Na ontvangst van de adviesaanvraag verzoekt BMA schriftelijk de opgegeven behandelaars de medische gegevens te verstrekken. Indien nodig wordt tweemaal een schriftelijk rappel gestuurd. Als de informatie dan nog niet ontvangen is, zoekt BMA telefonisch contact. Het aantal aangeschreven behandelaars varieerde in de onderzochte dossiers van één tot zes; gemiddeld 2,6.

Als alle informatie ontvangen is, gaat het dossier naar de medisch adviseur. BMA zelf beschikt over drie eigen medische adviseurs. Daarnaast heeft BMA twee externe bureaus ingeschakeld waar elf artsen werkzaamheden voor BMA verrichten. Voor het project Terugkeer zijn twee andere externe bureaus ingehuurd (zie 4.6). Bij de toedeling van dossiers tussen BMA en de externe bureaus vindt – met uitzondering van heel specifieke zaken die zelden voorkomen, zoals een medisch advies in verband met ontheffing van de taaleis, die door de eigen BMA-arts worden afgehandeld – geen selectie op inhoud plaats. Ook bij de toedeling naar de individuele medische adviseurs heeft – zowel binnen BMA als binnen de externe bureaus – geen selectie op de inhoud plaats, zij het dat één extern bureau aangaf dat ‘transseksuelen’ altijd aan dezelfde arts wordt toebedeeld. Als het een dossier betreft waarin al eerder een BMA-advies is gegeven, zoals het geval is bij hernieuwde aanvragen, aanvullende vragen en benodigde extra landeninformatie, wordt dat in principe aan de arts die de eerdere advisering gedaan heeft toebedeeld.

De medisch adviseur maakt het advies op basis van een format (bijlage 4).

4.1.1 Medische klachten en medische behandeling

Voor de beantwoording van de vragen naar de medische klachten en de medische behandeling van deze klachten gebruikt de medisch adviseur de van de behandelaars ontvangen informatie. In de meeste gevallen is deze informatie voldoende om het advies op te maken. Als dat niet zo is, vraagt de adviseur extra informatie op bij de behandelaar. Als dit telefonisch gebeurt, maakt de medisch adviseur een telefoonnotitie die aan het dossier wordt toegevoegd. Het oproepen van patiënten voor een eigen

[4] Art. 3 EVRM: niemand mag worden onderworpen aan foltering of aan onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen.

onderzoek komt sporadisch voor. In de periode 1-1-2004 tot 1-10-2005 – waarin 7621 adviezen zijn uitgebracht – is dit 37 keer gebeurd. Ook gebeurt het niet vaak dat een deskundige ingeschakeld wordt. Dit gebeurde in de onderzochte periode 22 keer; in alle gevallen betrof dit psychiatrische expertise. BMA beschikt over een lijst van vijf deskundigen: twee zenuwartsen, twee psychiaters en een klinisch psycholoog. Als de medisch adviseur deze expertise vraagt, verlengt dit de adviestermijn met 4-6 maanden.

Bij de bestudering van de aangeleverde informatie let de adviseur op mogelijke inconsistenties, als voorbeeld hiervan werd genoemd 'suïcidaliteit uit de hoge hoed'. Ook stellen verschillende behandelaars bij dezelfde patiënt soms verschillende diagnoses en/of geven ze verschillende behandelingen aan.

In de meeste gevallen wordt – volgens de medische adviseurs – niet van de verstrekte informatie afgeweken. Bij het dossieronderzoek is eenmaal een onvolledige weergave van de informatie van de behandelaar geconstateerd.

4.1.2 Behandel mogelijkheden land van herkomst

De vragen naar de behandel mogelijkheden in het land van herkomst beantwoorden de medische adviseurs met behulp van de landeninformatie. De landeninformatie bestaat uit een groot aantal mappen met informatie en een digitaal gegevensbestand. De informatie is vooral afkomstig van International SOS en van de in het totaal zeventien vertrouwensartsen, een artsenteam en een psycholoog in vijftien landen. Deze vertrouwensartsen worden via het ministerie van Buitenlandse Zaken en de ambassades geworven. De ambassades zoeken ter plekke betrouwbare artsen op.

De informatie van International SOS betreft altijd een specifieke casus.

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. BMA heeft voorkeur voor het uitzetten naar vertrouwensartsen omdat deze – in tegenstelling tot SOS – meerdere casussen tegelijk aan kunnen en omdat SOS moeilijk informatie kan krijgen uit sommige landen, zoals Azerbeidzjan en Armenië.

De informatie over de uitgezette vragen wordt door BMA normaliter binnen 2 weken verwacht. In 24-uurs zaken schakelt zij SOS in.

Er bestaat een interne werkafspraken 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. Voor heel stabiele landen mag wel wat oudere informatie gebruikt worden. Eén van de artsen heeft het onderhoud van de landeninformatie als extra taak. Dit houdt in dat hij zich bezig houdt met het werven van de vertrouwensartsen en de controle van de uniformiteit van medische informatie van met name 'moeilijke' landen, zoals Irak, Afghanistan en een aantal Afrikaanse landen.

Voor de beantwoording van de vragen naar de behandel mogelijkheden in het land van herkomst wordt een format gebruikt en standaard aangegeven dat de informatie alleen de beschikbaarheid van de behandeling in medisch-technische zin betreft en niet de individuele toegankelijkheid; na een uitspraak van de tuchtrechter vindt in elk advies zorgvuldiger bronvermelding plaats. In de periode van 1-1-2004 tot 1-10-2005 zijn 671 requesten uitgezet bij International SOS en 218 bij vertrouwensartsen. In deze periode adviseerde BMA 2900 keer dat er voldoende behandel mogelijkheden waren in het land van herkomst; in 1481 gevallen was het oordeel: geen, onvoldoende of onbekende behandel mogelijkheden.

4.1.3 Medische noodsituatie

Voor de beantwoording van de vraag of het uitblijven van behandelingen op korte termijn zal leiden tot een medische noodsituatie voorziet het BMA-protocol in de definitie van 'medische noodsituatie op korte termijn' uit de Vreemdelingencirculaire 2000. Onder medische noodsituatie op korte termijn verstaat het BMA: die situatie waarbij het achterwege blijven van de medische behandeling naar alle waarschijnlijkheid op korte termijn zal leiden tot betrokkene's overlijden, dan wel een (vrijwel) volledig verlies van ADL –zelfstandigheid (activiteiten dagelijks leven) of gedwongen opname in een psychiatrische kliniek in het kader van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ).

Voor het vaststellen van het al dan niet ontstaan van een medische noodsituatie wordt doorgaans uitgegaan van de door de behandelaars verstrekte medische informatie. Uit het informatiesysteem van BMA blijkt dat in de periode van 01-01-2004 tot 01-10-2005 2206 keer het ontstaan van een medische noodsituatie verwacht werd; 2166 keer was dit niet het geval en van 9 gevallen is dit niet bekend. Voor de 35 casussen van de onderzochte dossiers is 18 keer het ontstaan van zo'n medische noodsituatie in het advies aangegeven.

4.1.4 Reizen

De medische adviseur baseert de antwoorden op de vragen of betrokkene (tijdelijk) al dan niet kan reizen, en indien wel onder welke voorwaarden, op de informatie van de behandelaar. Uit het dossieronderzoek bleek dat voor drie personen een negatief reisadvies gegeven is. Het aantal gestelde voorwaarden varieerde tussen 0 en 5. De gevallen waarin geen voorwaarde gesteld werd, betroffen meestal niet-zieke familieleden uit een filedossier. In de meeste gevallen stelde de medische adviseur 2 of 3 voorwaarden; deze betroffen dan meestal de begeleiding tijdens de reis, de medicatie en de overdracht van medische gegevens.

4.1.5 Vragen in verband met art. 3 EVRM

Als bij een aanvraag voor een verblijfsvergunning asiel een mogelijke schending van art. 3 EVRM aan de orde is, worden in de adviesaanvraag aanvullende vragen gesteld (zie bijlage 4: 6a, b en c). Hoeveel van deze adviezen uitgebracht zijn, is niet bekend. In de onderzochte dossiers zijn drie adviezen aangetroffen waarin deze vragen beantwoord zijn. In alle drie gevallen is een levensbedreigende situatie aangegeven bij staken van de behandeling en oordeelde de medische adviseur dat in het land van herkomst geen of onvoldoende voorzieningen aanwezig zijn.

4.1.6 Advisering in het kader van het Project Terugkeer

Sinds april 2005 bestaat er een aparte procedure voor de advisering in het kader van het Project Terugkeer. Voor deze advisering zijn twee externe bureaus ingeschakeld. Een bureau houdt zich uitsluitend bezig met reisgeschiktheidsverklaringen (Fit-To-Fly). Het andere bureau doet zowel Fit-To-Fly als de bredere advisering in het kader van art. 64 Vreemdelingen Wet 2000^[5]; dit bureau heeft de advisering in Noord-Holland (Schiphol) weer uitbesteed aan een ander extern bureau. Artsen van deze twee bureaus

[5] Art.64 VW: 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.

houden zich bezig met de zogenaamde ambulante medische advisering; zij worden ook wel 'het mobiele team' genoemd. De medische adviseurs bezoeken de patiënt ter plekke: de Uitzetcentra in Rotterdam en Schiphol, het Vertrekcentrum in Ter Apel, de Aanmeldcentra in Ter Apel en Schiphol en de verschillende locaties van het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers (COA).

Voor deze constructie van ambulante advisering is gekozen vanwege de snelheid. Het bureau dat zowel de Fit-To-Fly keuringen als de art. 64-adviezen doet, beschikt over 27 vestigingen in het land en kan daardoor snel op locatie zijn. Dit is van belang omdat er tijdsdruk op de advisering ligt: bij reguliere aanvragen heeft de medisch adviseur enige dagen voorbereidingstijd en na het onderzoek op locatie enige dagen de tijd om zijn advies op te stellen; bij spoedeisende aanvragen moet hij binnen twee uur ter plekke zijn.

Als het mogelijk is wordt de 'mobiele arts' vooraf voorzien van een ingevulde en getekende toestemmingsverklaring voor inzage in de medische gegevens van betrokkene. Is dit niet mogelijk dan neemt hij een blanco formulier mee dat de patiënt ter plekke invult en tekent.

Vaak is het niet mogelijk om vooraf al de gegevens van de behandelend arts(en) te krijgen; dan zoekt de medisch adviseur tijdens het onderzoek op locatie telefonisch contact met deze arts(en).

Het onderzoek ter plekke kan naast een gesprek ook een lichamelijk onderzoek inhouden. Daarvoor neemt de arts een koffer met standaarduitrusting mee.

De Fit-To-Fly adviezen legt de medisch adviseur vast op een formulier dat gebaseerd is op de desbetreffende IATA-richtlijn. Voor de art. 64-adviezen gebruikt hij het BMA-format.

Vanaf 1 januari tot 1 oktober 2005 zijn 74 art. 64-adviezen uitgebracht en 107 Fit-To-Fly adviezen.

4.2 Toetsing van het proces van medische advisering

4.2.1 Deskundigheid

Opleiding en ervaring

Zowel de interne artsen als de artsen van de ingeschakelde externe bureaus hebben een brede opleiding en ervaring. Elf van de veertien artsen hebben een opleiding, waarvan medische advisering een onderdeel is, zoals de opleiding tot sociaal geneeskundige of verzekerings/bedrijfsarts. Van de overige artsen hebben er twee ervaring in het advieswerk van 6 en 8 jaar; één arts heeft minder ervaring en werkt daarom onder supervisie.

Bij de bureaus die voor het Terugkeerproject zijn ingeschakeld werken 21 artsen die zich met de art. 64-advisering bezighouden. Hiervan hebben er twee een aanvullende opleiding als medisch adviseur of verzekeringsarts. Niet bekend is welke ervaring deze 21 met het medisch advieswerk hebben. Toetsing hiervan vooraf heeft niet plaatsgevonden.

Bijscholing

In het BMA-protocol wordt specifieke kennis genoemd die de medische adviseur nodig heeft om zijn taak naar behoren te kunnen vervullen. Bijscholing voor deze specifieke kennis heeft blijkens de CV's en de verstrekte informatie niet plaats gehad. In het BMA-protocol wordt daarnaast aangegeven dat de medische adviseurs deze specifieke kennis gaandeweg ontwikkelen en uitbouwen. De interne BMA-artsen gaven aan dat er

tijd is voor het volgen van cursussen, het bijwonen van congressen en lezingen, alsmede voor het bijhouden van literatuur. Periodiek zijn er casuïstiekbesprekingen. Een van de externe bureaus dat de gewone advisering doet, stelt geen extra eisen aan haar medische adviseurs; deze artsen zijn ervaren in verschillende soorten advieswerk en men vindt dat de eisen voor alle advieszaken hetzelfde zijn.

Het andere externe bureau eveneens belast met de gewone advisering, begeleidt adviseurs die starten met BMA adviezen tot zij deze advisering voldoende beheersen. In die periode parafeert de begeleider de adviezen mede. Binnen dit bureau vinden casusbesprekingen plaats en bespreekt men nieuwe ontwikkelingen gezamenlijk.

Aan de casuïstiekbesprekingen binnen BMA nemen alleen de contactpersonen van de externe bureaus deel. Een aantal adviseurs gaf aan een bredere participatie aan deze bijeenkomsten belangrijk te vinden. Inmiddels is door BMA een concept-opleidingsplan ontwikkeld. Dit concept is vanwege werkdruk nog niet vastgesteld. Systematische bijscholing en deskundigheidsbevordering heeft tot nu toe ontbroken.

Project Terugkeer

In de contracten die met de twee bureaus die de advisering voor het project Terugkeer uitvoeren gesloten zijn, is een programma van eisen opgenomen. Hierin is geregeld, dat "het hele proces een gedegen instructie van beoordelende artsen, het ter beschikking stellen van voldoende adequate instrumenten en continue feedback veronderstelt. Al met al doet het terugkeerproces een specifiek beroep op de beoordelend medicus. Het veronderstelt zowel contactuele vaardigheden, een gespecialiseerd kennisdomein, slagvaardige besluitvorming, rapportagevaardigheden en flexibiliteit in beschikbaarheid."

Bij de start van de activiteiten van het bureau dat ook de art. 64-advisering doet, is er een bijeenkomst geweest met BMA waarin alles doorgenomen is. Verder heeft er geen specifieke deskundigheidsbevordering op BMA-taken plaatsgevonden. Dit is een wat magere invulling van de veronderstelde gedegen instructie. Uit het dossieronderzoek bleek dan ook dat per advies een omvangrijke schriftelijke feedback nodig was omdat de adviezen niet de vereiste kwaliteit hadden.

De kans dat deze adviseurs gaandeweg specifieke kennis ontwikkelen en uitbouwen en voldoende ervaring opdoen voor deze adviestaken lijkt niet groot. In het half jaar dat het Project Terugkeer loopt zijn 74 art.64-adviezen uitgebracht. Bij gelijke toedeling over de 21 artsen van dit bureau betekent dit 3,5 advies per arts per half jaar.

Grenzen kennisgebied

De medisch adviseur mag de grenzen van zijn kennisgebied niet overschrijden. In de Vreemdelingencirculaire 2000 is geregeld dat de medische adviseur vaststelt dat een bepaalde medische behandeling kans van slagen heeft indien betrokkene kan terugvallen op een mantelzorgnetwerk. In een van de adviezen gaf de medisch adviseur aan deze opvang van belang te vinden maar hier geen oordeel over te kunnen geven omdat het geen medische behandeling betreft. De opdracht in de Vc2000 lijkt de grenzen van het kennisgebied van de medisch adviseur te overschrijden.

Landeninformatie

Met het advies over de mogelijkheid van behandeling in het land van herkomst wordt sinds een uitspraak van de tuchtrechter met betrekking tot het bronnengebruik zorgvuldiger omgegaan. Het advies wordt strikt gebaseerd op de in het advies genoemde bronnen; de berichten van Internationaal SOS en vertrouwensartsen. De vraag doet zich nu voor waarom een arts deze vooral bureaucratische advisering zou moeten doen. Een aantal van de artsen gaf ook aan dat bij deze advisering in feite niet om een

individuele beoordeling gaat, slechts in uitzonderlijke gevallen is een individuele beoordeling door een medicus nodig. Het uitzoeken en verzamelen van medische behandelmogelijkheden en het aanleveren van de informatie van International SOS en/of vertrouwensartsen hoeft niet door de medisch adviseur gedaan te worden, de medewerker landeninformatie kan dit zeer wel doen. De rapportage hoeft ook geen onderdeel te zijn van het medisch advies, maar zou beter in een aparte bijlage bij het advies aan de adviesvrager kunnen worden verstrekt.

4.2.2 Professionele autonomie

De medische adviseurs werken in een complexe context waarbinnen verschillende partijen tegenstrijdige belangen hebben. De medische adviseurs moeten daarbinnen hun werk professioneel onafhankelijk verrichten.

Omgaan met informatie

De medische adviseurs baseren hun advies op de medische informatie die zij van de behandelaars ontvangen. Zij gaven aan daar in de meeste gevallen mee uit te komen; de schattingen hierover liepen uiteen van 80 tot 99,9 procent van de gevallen. Met de informatie van de behandelaars wordt soms druk op de onafhankelijkheid van de adviseur uitgeoefend. Zo gaan sommige behandelaars op de stoel van de medisch adviseur zitten. Eén behandelaar ging zelfs zo ver dat hij de gegevens aanleverde op het format van de BMA/IND (zie bijlage 4). Deze door behandelaars gegeven ongevraagde adviezen worden door de medische adviseurs conform de KNMG-richtlijnen terzijde gelegd.

Uit het dossieronderzoek bleek dat de medische adviseurs de door de behandelaars geleverde informatie goed en volledig weergeven bij de antwoorden op de eerste twee adviesvragen. In één casus werd de informatie niet volledig weergegeven. In dat geval gaf de behandelaar aan dat bij het achterwege laten van de gegeven medicatie in de behandeling zeker binnen enkele jaren een recidief tumor gaat optreden, waardoor de patiënt zal overlijden. De toevoeging 'waaraan patiënte zal overlijden' is in het advies niet overgenomen.

Externe druk

De geïnterviewde artsen gaven aan geen rechtstreekse druk vanuit de IND te ervaren. Eén van de artsen die voorheen als arbo-arts werkzaam was geweest signaleerde dat bij de desbetreffende arbo-instelling de druk vanuit de verschillende partijen veel groter was dan binnen de IND-setting.

De medische adviseurs staan wel indirect onder druk. Deze druk is in het systeem ingebouwd. Van de medische adviseurs wordt verwacht dat zij ook bij complexe beelden of moeilijk objectieveerbare diagnoses, of in situaties waarbij niet-medische factoren een rol spelen, de adviesaanvragen na onderbouwing toch met ja of nee beantwoorden. Eén van de artsen gaf aan deze onmogelijkheid te nuanceren een reden te vinden om geen patiënten op te roepen voor een eigen onderzoek: "je moet een vrij botte bijl hanteren, wat is dan de meerwaarde om ze te zien?"

Vijf artsen gaven aan dat ze met name bij de vraag naar het ontstaan van een medische noodsituatie op korte termijn bij het uitblijven van de behandeling, tegen grenzen aanlopen. Men wees er op dat het de plicht van een medische adviseur is om ook problemen op middellange termijn aan te geven. Ook is er op gewezen dat er in het algemeen weinig onderzoek gedaan is naar wat en binnen welke termijn gebeurt als een behandeling gestopt wordt. Een antwoord met 'ja' of 'nee' is daarom vaak niet mogelijk.

Als in een bepaald geval zo'n antwoord niet mogelijk is, houdt de adviseur een slag om de arm. Bij het dossieronderzoek werden bijvoorbeeld de volgende antwoorden aangetroffen: het ontstaan van een medische noodsituatie is zeer waarschijnlijk; het optreden van een medische noodsituatie met name op de wat langere termijn kan niet geheel worden uitgesloten; uitblijven van een behandeling kan leiden tot een medische noodsituatie. Hoe de IND-beslissers met dit soort antwoorden omgaan is niet bekend; dit maakte geen deel uit van het inspectieonderzoek.

Veel van de patiënten waarover een advies wordt uitgebracht lijden aan een psychiatrische ziekte. Een van de externe bureaus hanteert voor deze patiënten voor het ontstaan van een noodsituatie de volgende criteria:

1. een gedwongen opname of 2. een suïcidepoging of 3. suïcide-uitlatingen in combinatie met een vrijwillige opname. Aangegeven werd dat hierbij de termijn van drie maanden voor 'korte termijn' lastig was.

De inspectie meent dat bij de vraag naar het ontstaan van een medische noodsituatie op korte termijn in een aantal gevallen de norm dat de deskundige een eigen verantwoordelijkheid heeft ten opzichte van zijn opdrachtgever expliciet in beschouwing moet worden genomen; indien deze vraag niet te beantwoorden is, moet deze ook niet beantwoord worden, en de opdracht teruggegeven worden.

4.3 Zorgvuldigheid

4.3.1 Zorgvuldigheid ten opzichte van de patiënt

Toestemming inzage- en blokkeringsrecht

Uit het dossieronderzoek blijkt dat op één na in alle gevallen een getekende toestemmingsverklaring aanwezig was.

Er blijken drie versies van de toestemmingsverklaring in omloop te zijn. In twee oudere versies wordt, naast de toestemming voor het opvragen van informatie van behandelaren, ook toestemming gegeven aan de medische adviseur om de medische gegevens te verstrekken aan de voor de besluitvorming verantwoordelijke ambtenaren van de IND en/of de bij de besluitvorming betrokken juristen van het kantoor Landsadvocaat. In de derde versie (model M 39-A van 1 juli 2004; supplement 32 van de Vreemdelingen circulaire 2000) wordt toestemming gevraagd om de medische gegevens ook nog te verstrekken aan leden van de onafhankelijke bij wet ingestelde organen die met rechtspraak zijn belast, en de voorzitter, leden, griffiers en secretarissen van deze organen. Het BMA-protocol is niet aangepast aan deze verruiming van de kring functionarissen voor wie toestemming gevraagd wordt om de medische gegevens aan te verstrekken. Het blanco formulier wordt niet door BMA verstrekt aan de betrokken vreemdeling; waarschijnlijk doet de IND dat. In hoeverre daarbij adequate informatie verstrekt wordt, is niet duidelijk. Daarmee is ook niet duidelijk of en hoe aan de eis van 'informed consent' van de WGBO voldaan wordt.

Het op voorhand vragen van toestemming om de medische gegevens aan een brede kring derden te verstrekken kan op gespannen voet staan met de norm dat de medisch adviseur nooit meer gegevens verstrekt dan strikt noodzakelijk is (zie bijlage 1 en 2). Niet duidelijk is, wie bepaalt welke gegevens worden verstrekt aan de opgesomde functionarissen op het moment dat dit aan de orde is; hierover is geen informatie aangetroffen.

Deze handelwijze leidt er tevens toe dat, als betrokkene niet tijdig in de procedure – die hij niet goed kan overzien – gebruik maakt van zijn inzagerecht, hij bij eventuele fouten in de procedure of het advies, te laat is om het advies nog te kunnen blokkeren om daarmee een beslissing van de IND op basis van een dergelijk advies eveneens te

blokkeren. Het blokkeringsrecht staat zo onder druk. Dit geldt nog sterker in het Project Terugkeer, waarin de tijdsdruk zeer groot is.

Familiedossiers

In de inleiding van het BMA-protocol is vastgelegd, dat de medisch adviseur adviseert over individuen. Het komt vaker voor dat binnen een gezin meerdere gezinsleden gezondheidsproblemen hebben. In dat geval moet de medisch adviseur – zeker bij psychiatrische klachten – aandacht geven aan het gezinssysteem.

Onder de onderzochte dossiers bevonden zich vijf familiedossiers. Soms vroeg de IND advies voor de gezamenlijke familie; soms vroeg de IND in de adviesnota om de adviezen over de overige familieleden te betrekken. Vier van de vijf dossiers hadden één registratienummer, waardoor het familieverband ook administratief duidelijk blijft. In de gevallen dat de IND vroeg om aandacht aan het familieverband te geven, deed de medisch adviseur dit, maar in geen van de gevallen volledig. Zo werd bijvoorbeeld bij een gezin met drie kinderen in de adviezen van twee kinderen wel gewezen op de ernstige ziekte van de moeder; in het advies over het derde kind bleef dit achterwege. In de gevallen dat de IND niet gevraagd had om in de individuele adviezen aandacht aan het onderlinge verband te geven werd dit ook niet gedaan.

Uit de interviews met de medische adviseurs bleek dat zij met de familiedossiers verschillend omgaan. Dit varieert van apart bekijken van elk dossier met het eventueel aangeven van een anamnestiche samenhang tot het aangeven van de relaties als alle gezinsleden aan PTSS lijden. Ook gaf een adviseur aan bij psychiatrische klachten wel een link te leggen maar bij somatische of een combinatie van somatische en psychiatrische klachten niet. Een adviseur gaf aan dat de vraagstelling van de IND te gestandaardiseerd is om familieproblematiek goed mee te nemen.

Men wist niet hoe de IND-beslissers verder met de dossiers omgaan; vanwege het ene registratienummer veronderstelde men dat de IND-beslissers de familie als een geheel zou behandelen.

4.3.2 Zorgvuldigheid ten opzichte van de ketenpartners

Behandelaars

Aan de behandelend artsen wordt de ruimte gegeven om de gevraagde informatie op zorgvuldige wijze te leveren. Na het schriftelijk verzoek rappelleert BMA als de informatie niet ontvangen is nog tweemaal schriftelijk; daarna als dat nodig is telefonisch. Hierbij wordt niet al te strikt aan termijnen vastgehouden. Het komt dan ook niet vaak voor dat behandelaars de informatie niet aanleveren. Uit het dossieronderzoek bleek in één geval de informatie van de specialist binnen te zijn gekomen na het uitbrengen van het advies. Aan de IND werd hierover direct bericht gezonden. Bij de advisering in het kader van het Project Terugkeer komt het wel voor dat de medische adviseur de informatie niet krijgt. Aan de behandelaars wordt bericht gezonden dat de medisch adviseur hen telefonisch kan benaderen. De medisch adviseur belt de behandelaar dan als dat nodig blijkt tijdens een onderzoek op locatie. Dit telefoontje past niet altijd in de planning van de behandelaar.

Door het zeer routinematig opvragen van de medische gegevens komt het voor dat, bij hernieuwde aanvragen of nieuwe procedures, aan de behandelend arts die ooit een eenmalige ingreep, zoals het knippen van amandelen, heeft verricht, steeds opnieuw gevraagd wordt om informatie te leveren. Dit roept - zo bleek uit in de dossiers aangetroffen correspondentie - onnodige irritatie op.

Expertise

In het BMA-protocol is geregeld, dat de medische adviseur kan besluiten tot een expertise of een second opinion door een onafhankelijke deskundige op het betreffende vakgebied indien hij vraagtekens plaatst bij de diagnostiek en de behandelindicatie gesteld door de behandelaar. In het in een dossier aangetroffen geval waarin de behandelaar slechts meedeelde dat hij geen diagnose kon stellen omdat hij de patiënt niet kon verstaan, nam de medisch adviseur overigens niet het besluit om expertise of een second opinion te vragen.

Aan de – gelet op de vergaande specialisatie binnen de medische wetenschap niet ondenkbeeldige - mogelijkheid dat de medische adviseur onvoldoende deskundig zou kunnen zijn om vraagtekens bij diagnostiek en behandelindicatie te kunnen plaatsen is in het protocol geen aandacht besteed. Ook dit roept irritatie op bij behandelaars, te meer daar in het protocol evenmin is geregeld hoe de medisch adviseur moet handelen bij afwijking van de gegevens van de behandelaar. Uit de resultaten van de interviews en het dossieronderzoek bleek overigens dat in de gevallen dat men afwijkt expertise wordt gevraagd. Slechts in één geval zijn de gegevens van de behandelaar niet volledig overgenomen; hierbij is niet van overleg met de betreffende behandelaar of vragen van expertise gebleken.

Consensus

Op basis van de medische informatie van de behandelaars moet de medisch adviseur vaststellen of zich op korte termijn een noodsituatie zal voordoen. In 4.2.4.1 is hieraan ook aandacht besteed. Hierover bestaat – zo bleek ook uit de gesprekken met Pharos en Amnesty International - veel onvrede bij behandelaars, die er soms toe leidt, dat ongevraagde adviezen worden gegeven. Opvallend is dat hoewel de onvrede groot is noch door BMA noch door het veld zelf geprobeerd is professionele consensus over dit soort moeilijke medisch-inhoudelijke vragen te verkrijgen.

Begrijpelijke taal

Uit het rapport dat het onderzoeksbureau van de IND (indiac) in 2003 over BMA uitbracht, bleek dat de adviezen in een voor IND-beslissers begrijpelijke taal gesteld zijn. Of dit ook zo is voor de uitvoerders van de voorzieningen die voor, tijdens en na de reis getroffen moeten worden, is de vraag, daar een aantal artsen niet wist welke functionarissen hiermee belast zijn, zodat het taalgebruik ook niet op deze functionarissen afgestemd kan worden (zie ook 4.4.2).

4.3.3 Zorgvuldigheid totstandkoming van het advies

Medische informatie en onderzoek

De medische adviseurs stellen de adviezen op, op basis van de informatie die van behandelaars is verkregen. Slechts zelden roept een medisch adviseur een patiënt op voor eigen onderzoek. Gelet op de bijna altijd uitgebreide en volledige informatie van de behandelaars die in de dossiers is aangetroffen zal een eigen onderzoek doorgaans geen meerwaarde hebben. Meerwaarde bleek wel te worden toegekend aan het medisch onderzoek dat in het kader van het Project Terugkeer op locatie plaatsvindt. De medisch adviseur van dit bureau gaf aan observeren heel belangrijk te vinden, vooral de eerste indruk. Ook de non-verbale informatie achtte hij van belang, “die kun je op papier niet zien”. Het is de inspectie niet duidelijk geworden waarom eigen onderzoek door de medische adviseur bij de gewone werkwijze geen, maar in het Project Terugkeer wél meerwaarde zou hebben. Uit een interne mailwisseling die in een van de dossiers is aangetroffen kan opgemaakt worden dat het medisch onderzoek niet

zozeer vanwege een inhoudelijke meerwaarde verricht wordt, maar veeleer om tegemoet te komen aan de tijdsdruk die op de advisering wordt gelegd. Uit deze mails werd ook duidelijk dat vanaf september 2005 vanwege onderbezetting alle art. 64-aanvragen, net als bij het Project Terugkeer, uitgevoerd worden door het mobiele artsenteam. Dit vanwege de snelheid die de IND wenst bij het afhandelen van art. 64-aanvragen. Bij afhandeling door het mobiele team is binnen een termijn van 3 weken een advies beschikbaar; wordt de gewone procedure gevolgd dan staat daar 2-3 maanden voor.

De gewenste snelheid kan op gespannen voet staan met de vereiste zorgvuldigheid, zeker als het eigen onderzoek van de adviserend arts de (schriftelijke) informatie van de behandelaars gaat vervangen.

Gegevensverzameling landeninformatie

De informatie over de behandelingsmogelijkheden in het land van herkomst wordt aangeleverd door International SOS en de vertrouwensartsen. De kwaliteit van deze informatie kan de inspectie niet beoordelen.

De medische adviseurs zoeken, voordat ze eventueel een op de casus toegesneden request uitdoen, naar gegevens die bruikbaar zijn voor het op te stellen advies. Dit gaat niet altijd goed. Uit het dossieronderzoek bleek dat soms verouderde informatie wordt gebruikt. Bij drie adviezen voor respectievelijk Kameroen, Siërra Leone en Irak overschreed de medische adviseur de houdbaarheidstermijn ver en gebruikte zo verouderde informatie. Voor een Oekraïner werd informatie uit Rusland gebruikt, en voor een statenloze man informatie uit Syrië, in dit laatste geval werd wel aangegeven dat betrokkene als stateloos wordt beschouwd. In een casus verzocht de IND om ook informatie uit Armenië aan te leveren omdat betrokkene met een Armeniër getrouwd was. Deze informatie is wel opgevraagd maar niet in het advies meegenomen. Voor een patiënt die aan struma lijdt, werden de behandelingsmogelijkheden voor jicht aangegeven als adequaat.

Behandelingsmogelijkheden

Uit het dossieronderzoek bleek dat in vijf van de 33 gevallen onduidelijk over de behandelingsmogelijkheden in het land van herkomst geadviseerd wordt. Deze onduidelijkheid staat in verband met het gegeven dat de adviseur geen uitspraak mag doen over de feitelijke toegankelijkheid voor de betrokken patiënt in het land van herkomst. Dit leidt tot adviezen als:

- Ja, er zijn voldoende behandelingsmogelijkheden in land A. Wel dient op te worden gemerkt dat vanwege de actuele situatie in regio B de beschikbaarheid van een cardioloog en adequate medicatie niet gegarandeerd is. Wat deze regio betreft is mijn conclusie derhalve dat er onvoldoende mogelijkheden voor adequate behandeling bestaan.
- Behandeling is mogelijk in ziekenhuis A en polikliniek B. Verpleegkundige zorg voldoet niet aan westerse standaard. De medische infrastructuur is minimaal. De klinieken zijn meer gericht op acute dan op chronische zorg.
Over dit advies vroeg de IND-beslisser verheldering, waarna geadviseerd werd: er zijn beperkte behandelingsmogelijkheden, maar naar verwachting onvoldoende om toename van orgaanschade te voorkomen.

Hoe de IND-beslissers met dit soort adviezen omgaan is niet bekend; dit was ook geen onderdeel van het onderzoek.

De tien adviezen die aangaven dat geen behandeling mogelijk was betroffen – op een advies over Rwanda na – alle Irak, Afghanistan of uit één van de Afrikaanse landen waarvan de landeninformatie met betrekking tot de behandelingsmogelijkheden is

geëvalueerd (zie 4.4.1). De 18 positieve adviezen hadden geen van alle betrekking op deze landen.

4.4 Kwaliteitsborging

4.4.1 Interne kwaliteitsborging

Binnen BMA is geen systeem van kwaliteitsborging ontwikkeld. Wel zijn er enige elementen van een dergelijk systeem aanwezig.

Medisch inhoudelijke afspraken

Een aantal werkafspraken is schriftelijk vastgelegd: het BMA-protocol, de PTSS-werkafspraken, interne werkafspraken HIV en AIDS, Protocol Diabetes Mellitus en Richtlijn Hypertensie.

In het BMA-protocol wordt een definitie gegeven van medische noodsituatie op korte termijn. In deze definitie wordt het begrip 'korte termijn' niet nader gepreciseerd. De interne artsen van BMA gaan – zo bleek uit de interviews - met dit begrip genuanceerder om dan de meeste artsen van de externe bureaus. De meeste van de externe artsen hanteren de drie maandentermijn die in de regelgeving genoemd wordt.

Landeninformatie

In het BMA-protocol is in de paragraaf "het landgebonden deel" de werkwijze voor het onderzoek naar de behandelmogelijkheden in het land van herkomst beschreven. Hier worden vijf informatiebronnen genoemd. Uit het dossieronderzoek bleek dat in de onderzochte gevallen alleen de informatie van International SOS en van de vertrouwensartsen gebruikt is. Slechts eenmaal werd een ander document gebruikt; dit bleek - nadat de advocaat het stuk had opgevraagd - de status 'geheim' te hebben; dit predikaat bleek door de buitenlandse overheid die het had opgesteld aan dit document gegeven te zijn. BMA heeft de landeninformatie met betrekking tot de behandelmogelijkheden in elf Afrikaanse landen (Angola, Congo Brazzaville, Ethiopië, Ghana, Ivoorkust, Kameroen, Democratische Republiek Kongo, Liberia, Nigeria, Soedan, Somalië) geëvalueerd. De laatste update van deze evaluatie is van 26 juli 2005. In deze evaluatie zijn afspraken vastgelegd en zijn teksten geformuleerd die letterlijk in de adviezen overgenomen moeten worden. In een van de dossiers werd in het medisch geheime deel gerefereerd aan een werkafspraken betreffende Irak. Hierbij werd vermeld dat deze werkafspraken niet als zodanig genoemd mag worden in een medisch advies.

In het BMA-protocol wordt aangegeven dat de medische adviseur in principe geen uitspraak doet omtrent de daadwerkelijke toegankelijkheid van de medische behandelmogelijkheden in het land van herkomst. Het begrip 'in principe' is niet verder uitgewerkt. Zoals in 4.2.3.3 is aangegeven leidt het gegeven dat niet over de feitelijke toegankelijkheid geadviseerd mag worden soms tot onduidelijke adviezen. De ruimte die met het gebruik van het begrip 'in principe' gecreëerd is, zou ingevuld moeten worden met een duidelijke afspraak.

Toetsing

Collegiale toetsing vindt zowel binnen BMA als binnen de externe bureaus regelmatig op informele wijze plaats; in twijfelgevallen loopt men bij elkaar binnen. Tussen BMA en de externe bureaus verloopt dit via de contactpersonen van deze bureaus; deze gaan daarvoor naar BMA.

Voor de toetsing van de medische rapportages is een kwaliteitstoets beschikbaar. Deze gebruiken de adviseurs individueel voor de toetsing van eigen rapportages. Daarnaast

wordt deze gebruikt bij de gezamenlijke kwaliteitstoetsen. Bij deze bijeenkomsten toetsen de verschillende adviseurs een aantal dossiers, waarna zij de resultaten bespreken. Het voornemen was om zo elk kwartaal 20 tot 25 dossiers te toetsen. Dit is er niet van gekomen. In de onderzoeksperiode heeft éénmaal zo'n bijeenkomst plaatsgevonden met de contactpersonen van twee externe bureaus. Binnen BMA is daarnaast nog eenmaal zo'n gezamenlijke kwaliteitstoets gehouden. De beschikbare kwaliteitstoets betreft vooral de meer procedurele aspecten van de rapportage. Medisch inhoudelijke zaken komen hierin slechts impliciet aan de orde.

4.4.2 Externe kwaliteitsborging

Leesbaarheid en begrijpelijkheid

De IND-beslissers zijn degenen die in eerste instantie gebruik maken van de BMA-adviezen. In 2003 heeft het IND Informatie en Analysecentrum (INDIAC) een onderzoek gedaan naar de toepasbaarheid van BMA-adviezen voor de IND-beslissingen. Uit dit onderzoek bleek dat de IND-beslissers de adviezen als volledig, leesbaar en toepasbaar beoordeelden.

Naar de leesbaarheid en begrijpelijkheid van de adviezen voor degenen die de medische voorzieningen voor, tijdens en na de reis moeten realiseren is nog geen onderzoek gedaan. In de bestudeerde adviezen trof de inspectie hierover niet duidelijke begrippen aan als 'voldoende medicatie' en 'medisch deskundige begeleiding'. Toetsing of de door de medische adviseurs aangegeven voorzieningen duidelijk zijn voor de uitvoerders van de gegeven adviezen is dan ook noodzakelijk.

Uitvoerbaarheid

Uit het INDIAC-onderzoek bleek de wens van de beslisambtenaren van de IND dat de medische adviseurs altijd duidelijk zouden aangeven of er wel of niet sprake is van het ontstaan van een medische noodsituatie op korte termijn. De artsen van BMA stelden daarop dat het niet altijd mogelijk is om een uitspraak te doen over de exacte termijn. Of de adviezen uitvoerbaar zijn voor degenen die de voorzieningen voor, tijdens en na de reis moeten treffen is de vraag. Het is niet alle medische adviseurs duidelijk wie de geadviseerde voorzieningen realiseren (zie 4.2.3.2). Adviezen als 'betrokkene kan reizen maar dient wel weer met medicatie te starten' lijken gericht te zijn tot de patiënt. Het is de inspectie niet bekend of, door wie en hoe de patiënt dan geïnformeerd wordt over deze adviezen. Voor de uitvoering van de adviezen is vaak medewerking van derden nodig, bijvoorbeeld om te voorzien in de medicatie die de patiënt volgens het advies moet gebruiken en voor de verkrijging van de medische gegevens voor de overdracht aan de behandelaar in het land van herkomst. Het is de inspectie niet bekend of en zo, ja welke afspraken hierover bestaan met relevante ketenpartners.

Onderzoek naar de uitvoerbaarheid en uitvoering van de adviezen heeft niet plaatsgevonden. Gelet op het gegeven dat in 21,5% van de adviezen een combinatie voorkomt van het ontstaan van een medische noodsituatie op korte termijn en geen/onvoldoende/onbekende behandeling in het land van herkomst is onderzoek naar de uitvoerbaarheid en de uitvoering van groot belang.

Registratie en verslaglegging

Sinds begin 2003 beschikt BMA over een geautomatiseerd registratiesysteem: MAIS. Cijfers zijn van belang voor de sturing en borging van het eigen werkproces. Daar wordt nog te weinig gebruik van gemaakt. Medische adviseurs van de externe bureaus

gaven aan dat ze de gegevens uit MAIS niet kenden, maar deze wel graag te willen ontvangen.

Cijfers zijn ook van belang voor de externe verantwoording, bijvoorbeeld door opname daarvan in een gepubliceerd jaarverslag of deelrapporten.

Dergelijke verslagen zijn - hoewel opgevraagd - de inspectie niet bekend.

BIJLAGE 1 Toetsingskader

In dit toetsingskader worden normen met betrekking tot medische advisering uit wetgeving, jurisprudentie en literatuur, alsmede normen die door het veld zijn ontwikkeld weergegeven. Aan het einde van elke paragraaf staan de normen die in het BMA-protocol zijn vastgelegd.

1 Deskundigheid

De medisch adviseur dient deskundig en vakkundig te zijn

Deze norm is voor medische beroepsbeoefenaren in het algemeen vastgelegd in verschillende gezondheidswetten. Zij is verder uitgewerkt in jurisprudentie. Zo stelt de tuchtrechter de eis dat de rapportage van de medisch adviseur zich in beginsel dient te beperken tot het gebied waarop de rapporteur de bijzondere kennis heeft op grond waarvan hij is aangezocht; indien buiten dit kennisterrein conclusies worden getrokken dient dit ondubbelzinnig uit de rapportage te volgen. In deze eis wordt de "bijzondere kennis" van de medisch adviseur dus voorondersteld.

In het **BMA-protocol** is de deskundigheidsnorm als volgt vastgelegd: "In deze bijzondere positie wordt van de medisch adviseur verwacht dat hij gaandeweg (o.a. middels bijscholing) specifieke kennis ontwikkelt en uitbouwt om zijn taak naar behoren te kunnen vervullen. Dit betreft met name kennis op juridisch gebied, de meest voorkomende ziektebeelden waarmee de medisch adviseur te maken krijgt en kennis omtrent de medische behandel mogelijkheden in het land van herkomst van betrokkenen".

Ook is in het BMA-protocol vastgelegd dat de medisch adviseur kan besluiten tot een expertise of second opinion door een onafhankelijke deskundige op het betreffende vakgebied indien hij vraagtekens plaatst bij de diagnostiek en behandelindicatie gesteld door de behandelaar.

2 Professionele autonomie

De norm dat de arts professioneel autonoom handelt, is niet expliciet vastgelegd in de wetgeving maar wordt voorondersteld in de regelgeving onder andere die met betrekking tot het medisch beroepsgeheim en het goed hulpverlenerschap (BIG/WGBO). Zij is vastgelegd in de gedragsregels voor artsen van de KNMG en in andere richtlijnen zoals die inzake het omgaan met medische gegevens. Ook in de meest algemene veldnorm, de artseneed is zij terug te vinden.

Art. 7: 464 BW regelt dat de bepalingen van de WGBO van overeenkomstige toepassing zijn als in de uitoefening van een geneeskundig beroep of bedrijf anders dan krachtens een behandelingsovereenkomst handelingen op het gebied van de geneeskunst worden verricht voorzover de aard van de rechtsbetrekking zich daartegen niet verzet.

Voor dit laatste zal van geval tot geval bekeken moeten worden wat in casu de verhouding is tussen de arts en de patiënt. Ook als er op grond van bijzondere wettelijke regels een duldingsverplichting bestaat, mag de medisch adviseur nooit meer gegevens verstrekken dan strikt noodzakelijk is; hij moet zich beperken tot zijn gebiedsdeskundigheid, daarbuiten heeft hij een zwijgplicht en verschoningsrecht. De deskundige draagt een eigen verantwoordelijkheid ten opzichte van zijn opdrachtgever. Deze kan er toe leiden dat hij eventueel zijn opdracht teruggeeft.

In het **BMA-protocol** is vastgelegd dat de medische advisering niet los gezien kan

worden van een aantal wettelijke kaders. Naast die welke betrekking hebben op het vreemdelingen- en bestuursrecht wordt genoemd de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP). Ook is opgenomen dat de medisch adviseur wat zijn werkwijze betreft autonoom is en bij zijn werkzaamheden dient te handelen overeenkomstig de Wet BIG.

3 Zorgvuldigheid

De eis dat een advies zorgvuldig tot stand moet komen heeft verschillende aspecten:

- Zorgvuldigheid ten opzichte van de patiënt.
- Zorgvuldigheid ten opzichte van de ketenpartners.
- Zorgvuldige totstandkoming van het advies.

3.1 Zorgvuldigheid ten opzichte van de patiënt

De persoon over wie advies wordt uitgebracht heeft bepaalde rechten.

Voor inlichtingen aan derden, ook vakgenoten, is toestemming van de patiënt nodig. Ook heeft de patiënt inzagerecht in zijn dossier. Daarnaast beschikt hij over het recht om het advies te blokkeren.

In het **BMA-protocol** is vastgelegd dat het de medisch adviseur op grond van een door betrokkene of dienst gemachtigde ondertekende toestemmingsverklaring toegestaan is om:

- informatie in te winnen bij de door betrokkene aangegeven artsen/behandelaars;
- in geval hij nader specialistisch onderzoek noodzakelijk acht, de beschikbare medische informatie ter beschikking van de in te schakelen specialist(en) te stellen;
- voorzover voor de beantwoording van de vraagstelling noodzakelijk, medische gegevens te verstrekken aan de bij de besluitvorming of procesvoering betrokken medewerker van de IND en het kantoor landsadvocaat.

In het BMA protocol is tevens vastgelegd dat over individuen geadviseerd wordt.

3.2 Zorgvuldigheid ten opzichte van de ketenpartners

De medisch adviseur moet ten opzichte van zijn partners in de (medische) keten de nodige zorgvuldigheid betrachten. De behandelend arts moet in staat gesteld worden om op zijn beurt op zorgvuldige wijze de gevraagde informatie te kunnen leveren. De medisch adviseur dient op zodanige wijze met de geleverde medische informatie om te gaan dat niet door zijn handelen de zwijgplicht van de behandelaar geschonden wordt. Als de medisch adviseur twijfel heeft over de door de behandelaar geleverde medische gegevens zal hij daarover in overleg met de behandelaar moeten treden.

De medisch adviseur moet ook zorgvuldigheid betrachten ten opzichte van degenen voor wie het advies wordt uitgebracht. I.c. betekent dit dat het advies in voor leken begrijpelijke taal gesteld moet worden.

In het **BMA-protocol** is over de zorgvuldigheid ten opzichte van de ketenpartners vastgelegd dat de medische adviseur een advies zal schrijven indien de medische informatie binnen de gestelde termijn van zes weken na het aanschrijven en eventueel rappelleren van de arts(en)/behandelaars ontvangen wordt. Bij het uitblijven van relevante informatie van de behandelaars binnen de gestelde termijn zal de medisch adviseur in de regel de adviesaanvrager (de IND) hieromtrent informeren, en dus geen advies uitbrengen.

Daarnaast kan de medische adviseur besluiten tot een expertise of second opinion door een onafhankelijke deskundige op het betreffende vakgebied indien hij vraagtekens plaatst bij de diagnostiek en behandelindicatie gesteld door de behandelaar.

3.3 Zorgvuldige totstandkoming van het advies

De werkwijze tijdens het hele proces van advisering moet zorgvuldig zijn. In 3.1 en 3.2 is een aantal specifieke aspecten hiervan al aan de orde gekomen. Daarnaast zijn de volgende normen nog relevant.

De procedure voor het opvragen van de gegevens waarop het advies gebaseerd wordt moet zorgvuldig zijn. Een andere eis die gesteld wordt, is dat de medisch adviseur zich onthoudt van subjectieve oordelen, veronderstellingen en onzakelijke en vooringenomen kwalificaties. Positief geformuleerd: de medisch adviseur maakt gebruik van objectieve maatstaven, zoals protocollen en werkafspraken. Indien deze niet aanwezig zijn, objectiveert hij zijn oordeel zoveel mogelijk, bijvoorbeeld door collegiale consultatie in twijfelgevallen.

De tuchtrechter stelt vanuit het oogpunt van zorgvuldigheid een aantal eisen aan het advies:

- 1 In het advies moet op heldere en consistente wijze zijn uiteengezet op welke gronden de conclusies en het advies zijn gebaseerd.
- 2 De in de uiteenzetting genoemde gronden moeten op hun beurt aantoonbaar voldoende steun vinden in de feiten, omstandigheden en bevindingen, vermeld in het advies.
- 3 De bedoelde gronden moeten de daaruit getrokken conclusies kunnen dragen.

In het **BMA-protocol** zijn deze drie eisen van de tuchtrechter letterlijk vastgelegd.

Daarnaast is vastgelegd dat als de informatie waarover de medische adviseur beschikt onvoldoende is voor een verantwoorde beantwoording van een bepaalde vraag, hij zich van beantwoording van die vraag zal onthouden.

In het advies worden vermeld: de vraagstelling, de informatie en handelingen op basis waarvan het advies tot stand is gekomen en de antwoorden op de gestelde vragen. Het advies wordt ondertekend door de adviserende arts.

4 Kwaliteitsborging

De kwaliteit van het adviesproces en het advies moet geborgd zijn.

De kwaliteit van de medische advisering moet bewaakt worden. Dit moet op grond van de Kwaliteitswet en de Wet Big systematisch gebeuren. Het ontwikkelen van een goed kwaliteitssysteem is de verantwoordelijkheid van de instelling zelf. Elementen van zo'n systeem zijn in elk geval periodieke evaluaties, interne en externe toetsingen en het afleggen van verantwoording door middel van een jaarverslag.

In het **BMA-protocol** is niets vastgelegd over de borging van de kwaliteit.

BIJLAGE 2 Checklist artsen

Aan de arts wordt gevraagd zijn werkzaamheden in de adviesprocedure te beschrijven.

Aandachtspunten organisatie van de adviesprocedure

- 1 Selectiecriteria toedeling aan arts.
- 2 Grenzen in adviesaanvraag.
- 3 Standaardisering/format.
- 4 Termijnen/werkdruk.
- 5 Ondersteuning door organisatie.
- 6 Adviezen over beleidsrelevante zaken voorzover van medische aard.

Aandachtspunten deskundigheid artsen

- 1 Bijscholing/deskundigheidsbevordering/eisen protocol.
- 2 Intercollegiale toetsing.
- 3 Bijscholing in relatie tot CV.

Aandachtspunten werkwijze

- 1 Manier van omgaan met begrenzing door IND.
- 2 Als geen gegevens behandelaar zijn ontvangen.
- 3 Afwijken van gegevens behandelaar.
- 4 Twijfelgevallen.
- 5 Inschakelen deskundigen/second opinion.
- 6 Indien opgeroepen: gesprek/onderzoek lichaam.

Aandachtspunten inhoud advies

- 1 Relatie format – bevindingen.
- 2 Relatie format – verschil in adviesaanvragen.
- 3 Ruimte die in het advies gelaten wordt.
- 4 Uitsluiting daadwerkelijke toegankelijkheid van medische voorzieningen in landen van herkomst (landenadvies).
- 5 Relatie met eventueel advies gezinslid/leden.

Aandachtspunt kwaliteitsborging

- 1 Gebruik eigen beoordelingskader.
- 2 Collegiale toets.
- 3 Externe toets.
- 4 Registratie/analyse gegevens.

BIJLAGE 3 Checklist dossiers/adviezen

Aandachtspunt verhouding tot de patiënt

- 1 Toestemming patiënt voor inlichtingen aan derden.
- 2 Niet meer gegevens dan strikt noodzakelijk.
- 3 Inzagerecht/blokkeringsrecht.
- 4 Oproepen voor eigen onderzoek.

Aandachtspunt vakmatig handelen

- 1 Opvragen gegevens bij behandelend arts.
- 2 Aanvullende info.
- 3 Onafhankelijke opstelling.
- 4 Verslag: helder en consistent.
- 5 Geen uitspraken waarvoor onvoldoende basis in medische gegevens.
- 6 Onderscheid feiten, motivering en oordeel.
- 7 Geen subjectieve oordelen, veronderstellingen en vooringenomen kwalificaties.
- 8 Collegiale toets.

Aandachtspunt verhouding tot andere beroepsbeoefenaren

- 1 Niet treden buiten terrein eigen deskundigheid, indien wel: aangeven.
- 2 Handelwijze bij afwijkende opvattingen.
- 3 In beginsel zwijgplicht in verband met gegevensuitwisseling behandelend arts.

Aandachtspunt verhouding opdrachtgever

- 1 Sturing door adviesaanvraag.
- 2 Eigen verantwoordelijkheid ten opzichte van opdrachtgever.

BIJLAGE 4 Format adviesdienst

Naar aanleiding van uw nota d.d. * heb ik een onderzoek ingesteld naar de eventuele medische problematiek rond bovengenoemde vreemdeling.

Ter beantwoording van de vraagstelling heb ik gebruik gemaakt van de door u meegezonden stukken.

Met toestemming van betrokkene heb ik informatie opgevraagd bij de door betrokkene tot verstrekking daartoe gemachtigde behandelaar(s) en vervolgens informatie verkregen van:

Van onderstaande gemachtigde behandelaar(s) is geen informatie verkregen:

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 laten verrichten.

Verder heb ik, ter beoordeling van de verkrijgbaarheid van relevante medische behandeling in * gebruik gemaakt van de volgende bronnen:

*

De informatie betreffende de behandelmogelijkheden in, heeft alleen betrekking op de beschikbaarheid van de behandeling(en) in medisch technische zin en verschaft geen informatie over de individuele toegankelijkheid tot die behandeling(en) waarbij niet-medische factoren zoals politieke, geografische en economische aspecten een rol spelen.

In het kader van een vtv-medisch/artikel 64 Vw 2000/vrijstelling mvv-vereiste/art 3 EVRM heb ik uw aanvraag beantwoord volgens onderstaande vraagstelling:

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

1b. Zo ja, wat is de aard van de klachten?

2a. Staat betrokkene voor de bovengenoemde klacht(en) onder medische behandeling, of wordt medische behandeling binnenkort gestart?
Ja./Nee.

2b. *Zo ja, wat is de aard van deze behandeling, door wie wordt deze behandeling gegeven en is de behandeling van tijdelijke of blijvende aard?*

2c. Zo de behandeling van tijdelijke aard is, wanneer is deze op basis van de huidige medische inzichten afgerond?

- 3a. Worden dergelijke klachten behandeld in het land van herkomst of het land waarnaar verwijdering zal plaatsvinden?
Uitgaande van de beschikbare informatie m.b.t. de therapiemogelijkheden in het land van herkomst/land van eventuele verwijdering, concludeer ik
- 3b. Zo ja, op welke wijze?.
4. Zal, gelet op de huidige medische inzichten, het uitblijven van de onder 2. genoemde behandeling leiden tot een medische noodsituatie op korte termijn (voorheen genoemd acute medische noodsituatie)?
- 5a. Kan betrokkene op basis van de huidige medische inzichten gezien diens klachten reizen?
Ja./Nee.
Betrokkene kan wel/niet reizen.
- 5b. Zo ja, met welk(e) voertuig(en) kan worden gereisd en welke medische voorzieningen dienen voor, tijdens of direct na de reis te worden gerealiseerd?
Gezien de huidige medische inzichten acht ik betrokkene in staat te reizen met gangbare vervoermiddelen als boot, trein, bus, auto en vliegtuig.
Ik heb wel/geen aanwijzingen dat enige medische voorziening voor, tijdens of direct na de reis noodzakelijk is, namelijk
- 5c. Zo nee, kan betrokkene tijdelijk of blijvend niet reizen?
- 5d. Indien betrokkene tijdelijk niet kan reizen, wanneer zal deze op basis van de huidige medische inzichten wel weer kunnen reizen en welke medische voorzieningen dienen voor, tijdens of direct na de reis te worden gerealiseerd?
- 6a. Bevindt betrokkene zich in een vergevorderd en direct levensbedreigend stadium van een ongeneeslijke ziekte?
- 6b. Ontvangt betrokkene in verband daarmee (medische) voorzieningen en/of opvang (in of vanwege enige zorginstelling) in Nederland? Gedurende welke termijn worden deze voorzieningen en/of opvang ontvangen? Is betrokkene er in zodanige mate van afhankelijk dat beëindiging ervan hem in een direct levensbedreigende situatie brengt?
- 6c. Zijn deze of vergelijkbare voorzieningen aanwezig in het land van herkomst?

, Arts Bureau Medische Advisering/IND