

# ARTS

# EN

Rapport van de commissie Medische  
zorg voor (dreigend) uitgedeelde  
asielzoekers en illegale vreemdelingen

# VREEM- DE- LING

### *Colofon*

‘Arts en vreemdeling’ is het rapport van de Commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen. De commissie is ingesteld door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), de Orde van Medisch Specialisten en Pharos – Kennis- en adviescentrum vluchtelingen, nieuwkomers en gezondheid. De uitgave werd verzorgd door Pharos.

De commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen bestaat uit

Prof. dr. N.S. Klazinga, hoogleraar sociale geneeskunde (onafhankelijk voorzitter)

E.J.J.M. Bloemen, arts (secretaris, Pharos)

J.J.M. van Buuren, huisarts (namens LHV)

E. Göker, internist-oncoloog (namens Orde van Medisch Specialisten)

Prof. dr. F.A.M. Kortmann, psychiater, hoogleraar transculturele psychiatrie (namens NVvP)

Prof. mr. J. Legemaate, hoogleraar gezondheidsrecht en juridisch adviseur KNMG (namens KNMG)

C.C. Pronk, cultureel antropoloog (ondersteuning LHV)

J.J. Schoenmakers, cultureel antropoloog (ondersteuning LHV)

Dr. R.V. Schwarz, psychiater (namens NVvP)

ISBN 978-90-75955-62-0

Vormgeving Studio Casper Klaasse, Amsterdam

Druk A-D Druk, Zeist

Pharos

Postbus 13318 3507 LH Utrecht

Telefoon 030 234 98 00 Fax 030 236 45 60

E-mail [info@pharos.nl](mailto:info@pharos.nl) Website [www.pharos.nl](http://www.pharos.nl)

Bestelnummer 9P2007.06

© 2007, Utrecht, KNMG, LHV, NVvP, Orde van Medisch Specialisten, Pharos

Niets uit deze uitgave mag vermenigvuldigd worden en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie of op welke wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

ARTS

EN

Rapport van de commissie Medische  
zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde  
asielzoekers en illegale vreemdelingen

VREEM-  
DE-  
LING

# Inhoud

<b>Samenvatting en summary</b> .....	6
<b>1 Inleiding</b> .....	16
Doelstelling .....	18
Methoden .....	18
Opbouw rapport .....	19
<b>2 Kaders en regelgeving</b> .....	20
2.1 Nationale, medische gedragsregels .....	21
2.2 Internationale verdragen en regelgeving .....	24
2.3 Wetgeving .....	27
<b>3 Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en gedetineerde illegale vreemdelingen</b> .....	30
3.1 Knelpunten en professionele dilemma's .....	31
3.2 Adviezen en richtlijnen voor artsen en andere betrokkenen .....	34
<b>4 Medische zorg voor illegale vreemdelingen</b> .....	38
4.1 Knelpunten en professionele dilemma's .....	39
4.2 Adviezen en richtlijnen voor artsen en andere betrokkenen .....	41
<b>5 Literatuur</b> .....	46

## **Bijlagen**

<b>A</b>	<b>Achtergronden van medische zorg voor asielzoekers en illegalen in detentie</b>	50
1	Medische aspecten in de asielprocedure	51
2	Medische beoordeling van (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers	53
3	Medische noodsituatie en behandeling in land van herkomst	54
4	Commentaar op de werkwijze van het BMA	56
5	Medische zorg voor uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen in detentiecentra	60
6	Casuïstiek	62
7	Literatuur	68
<b>B</b>	<b>Achtergronden van medische zorg voor illegale vreemdelingen</b>	72
1	Huidige situatie	73
2	Financiering van zorg	74
3	Medisch noodzakelijke zorg	76
4	Medische zorg voor illegalen in Europa	80
5	Casuïstiek	82
6	Literatuur	86

# Samenvatting en summary

**A**rtsen signaleren bij hun beroepsorganisaties knelpunten in het medisch handelen bij (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen.

In de zorg voor asielzoekers worden artsen geconfronteerd met problemen met continuïteit en overdracht van zorg in asielzoekerscentra en bij (dreigende) uitzetting. De medische advisering in het kader van juridische asielprocedures leidt tot knelpunten in de zorg. En artsen hebben te maken met problemen in de kwaliteit van zorg in detentiecentra voor vreemdelingen.

In de praktijk van de zorg voor illegale vreemdelingen bestaat er onduidelijkheid over de reikwijdte van de door artsen te leveren ‘medisch noodzakelijke zorg’. De commissie werkt dit begrip nader uit en geeft adviezen voor de praktijk.

## DOELSTELLING

De commissie heeft zich bij haar werk laten leiden door de volgende drie vooraf geformuleerde doelstellingen:

- 1 Het analyseren vanuit medisch perspectief van de bestaande procedures en de begrippen ‘medische noodsituatie’ en ‘medisch noodzakelijke zorg’, zoals die ten aanzien van dreigend uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen in de wet- en regelgeving zijn vastgelegd en het opstellen van adviezen en richtlijnen ten aanzien van het medisch-professioneel handelen in deze situaties.
- 2 Het opstellen van richtlijnen en gedragsregels in situaties waarbij het vreemdelingenbeleid in conflict komt met de medische zorgplicht van artsen en hun verantwoordelijkheid voor de continuïteit van zorg. Dit speelt in de medische zorg voor uit te zetten asielzoekers en vreemdelingen en voor illegale vreemdelingen.
- 3 Het opstellen van adviezen en richtlijnen over de plaatsing en medische behandeling van zieke vreemdelingen in door de overheid gecreëerde opvangvoorzieningen of detentiecentra voor vreemdelingen uitgaande van het waarborgen van kwaliteit en continuïteit van medische zorg.

## BEOORDELING

De grondslagen van het werk van artsen zijn vastgelegd in de artseneed en in wetgeving. Deze zijn vertaald naar gedragscodes, die artsen verplichten om hun kennis en vaardigheden in te zetten ter bevordering van de gezondheid en het welzijn van de patiënt, kwalitatieve zorg te bieden, daarbij het recht op zelfbeschikking van de patiënt te respecteren en in het belang van de volksgezondheid te handelen. Artsen dienen patiënten in gelijke gevallen gelijk te behandelen en geen opdrachten te aanvaarden die in strijd zijn met algemeen aanvaarde medisch-ethische opvattingen.

Ieder mens in Nederland heeft toegang tot de voor hem of haar noodzakelijke zorg. De arts neemt de gezondheid van en de zorg voor de patiënt als uitgangspunt. Dit leidt tot het door de medische beroepsgroep geformuleerde begrip ‘passende zorg’, dat gedefinieerd wordt als ‘zorg die volgens professionele richtlijnen of standaarden geïndiceerd is bij een gezondheidsprobleem. De indicatie komt tot stand op basis van een gedegen analyse van het gezondheidsprobleem en inzicht in de (kosten)effectiviteit van bestaande interventiemogelijkheden.’ Dit uitgangspunt leidt tot de volgende adviezen en richtlijnen.

## ADVIEZEN EN RICHTLIJNEN VOOR ARTSEN EN ANDERE BETROKKENEN

*Adviezen en richtlijnen over de zorg voor asielzoekers en voor illegale vreemdelingen in detentie en over de medische advisering in het vreemdelingenbeleid*

- 1 Uitvoerders van het vreemdelingenbeleid dienen medische aspecten mee te wegen bij beslissingen over de opvang van asielzoekers en de detentie van illegale vreemdelingen. Artsen dienen hiervoor aandacht te vragen.
- 2 De kaders van het vreemdelingenbeleid zorgen voor een spanningsveld ten aanzien van het medisch handelen van de medisch adviseurs van de IND. De commissie adviseert daarom de uitvoerders van het vreemdelingenbeleid om bij de beoordeling of zieke asielzoekers en andere vreemdelingen al dan niet teruggestuurd kunnen worden, de volgende punten in acht te nemen:
  - a het vergroten van de transparantie over de werkwijze van de medisch adviseurs en over de invulling van het begrip ‘medische noodsituatie op korte termijn’;
  - b het beoordelen van de feitelijke toegankelijkheid en continuïteit van zorg in het land waar de patiënt naar wordt uitgezet vanuit het vertrekpunt van de behandeling in Nederland;
  - c de onmogelijkheid voor een arts in Nederland om de vraag naar de behandelbaarheid in het land van herkomst op individueel niveau te beantwoorden, waardoor dit oordeel niet bij artsen ondergebracht dient te worden;
  - d het raadplegen van internationaal erkende informatiebronnen bij het bepalen van de behandelbaarheid en de feitelijke toegankelijkheid van zorg in een bepaald land;
  - e het volgen van de uitkomst van de medische adviezen in het vreemdelingenbeleid, zowel in de procedures als ten aanzien van de continuïteit van zorg.
- 3 Artsen dienen aan advocaten en medisch adviseurs alleen feitelijke behandelingsgegevens te verstrekken. Daarnaast hebben zij de inspanningsverplichting om medische informatie aan de toekomstige behandelaar(s) over te dragen. Indien zorgoverdracht niet lukt en er twijfel is over de continuïteit van zorg, dient de arts dit kenbaar te maken aan de autoriteiten.
- 4 Artsen verlenen een gedetineerde asielzoeker of vreemdeling passende en verantwoorde zorg, waarvoor de bevoegde instanties hun voldoende ruimte bieden.
- 5 Artsen, werkzaam in een omgeving die verbonden is met het vreemdelingen-



beleid, dienen zich te scholen in de plichten en verantwoordelijkheden van artsen in deze complexe situatie.

- 6 Overleg tussen medische beroepsorganisaties en beleidsmakers en uitvoerders in het vreemdelingenbeleid kan bijdragen aan het verminderen van knelpunten en dilemma's voor artsen.

*Adviezen en richtlijnen over de zorg voor illegale, onverzekerde vreemdelingen*

- 1 'Medisch noodzakelijke zorg' dient naar het oordeel van de commissie als 'verantwoorde en passende medische zorg' te worden gedefinieerd. Deze zorg is doeltreffend en doelmatig, wordt patiëntgericht verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Daarbij baseert een arts de indicatie op een gedegen analyse van de gezondheidsproblemen, indiceert conform de normen van de beroepsgroep en kosteneffectief. Bij gelijke effectiviteit van interventies geven veiligheids- en doelmatigheidsargumenten de doorslag.
- 2 Artsen kunnen de verblijfsduur van illegale vreemdelingen in Nederland vaak niet voorspellen. Zij kunnen bij zorg, die uitgesteld kan worden in combinatie met de verwachting van kort verblijf in Nederland, de behandeling beperkt houden of afzien van behandeling. Als echter de duur van het verblijf in Nederland onduidelijk of langdurig is, is de continuïteit van adequate medische zorg belangrijker en dient de medische zorg gelijk te zijn aan de reguliere basiszorg voor verzekerden.
- 3 Artsen bieden passende en verantwoorde zorg door dezelfde richtlijnen, protocollen, standaarden en gedragsregels van de medische en wetenschappelijke beroepsorganisaties te gebruiken als bij reguliere zorg.
- 4 Artsen en zorginstellingen dienen zich bij zorgverlening primair te richten op medische en zorginhoudelijke aspecten en niet op financieringsregelingen. De mogelijke nadelige gevolgen van financieringsregelingen voor de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg dienen nadrukkelijk te worden onderkend.
- 5 Artsen dienen zich bewust te zijn van het kostenaspect zonder dat dit leidend is. Bij de zorg voor onverzekerde vreemdelingen is het geëigend dat financiële argumenten een rol spelen voor de behandelingskeuze, mits de geldende richtlijnen daar ruimte voor laten.
- 6 Artsen en zorginstellingen dienen afspraken te maken en procedures vast te leggen, zodat de werkwijze bij zorgvragen van onverzekerbare illegale vreemdelingen voor alle betrokken partijen transparant en toetsbaar is. Hierbij moet voorop staan dat de zorgvragen door artsen adequaat afgehandeld worden; daarnaast dienen afspraken gemaakt te worden over de mogelijkheden van betaling.
- 7 De commissie adviseert de overheid en zorginstellingen om de medische zorg voor onverzekerde vreemdelingen te monitoren op aard en omvang en op problemen in de toegang tot zorg.
- 8 Gerichte voorlichting onder artsen, zorginstellingen, intermediairs en illegale vreemdelingen over rechten, plichten, regelingen en procedures is noodzakelijk, mede met het oog op de nieuwe financieringsregeling.

**9 Medische beroepsorganisaties en overheid dienen te streven naar richtlijnen voor de zorg voor illegalen in Europees verband.**

De commissie acht het raadzaam dat artsen die problemen ondervinden in de hier bedoelde situaties, terugvallen op hun beroepsorganisatie voor advies en bijstand. De beroepsorganisaties dienen deze signalen te monitoren en richtlijnen op te stellen.

De commissie is van oordeel dat artsen de adviezen en richtlijnen van dit rapport dienen op te volgen en dat andere, niet-medisch betrokkenen deze respecteren en doortrekken naar hun eigen handelen, daarmee artsen de ruimte biedend om overeenkomstig te kunnen handelen.

Doctors have been warning their professional organisations about points of friction in the medical treatment of rejected asylum seekers (threatened with expulsion) and illegal immigrants.

When providing care for asylum seekers doctors are faced with problems of continuity and of transfer of care in asylum seekers' centres and in cases of (threatened) expulsion. The provision of medical advice in the context of legal asylum procedures leads to areas of friction in care. And doctors are involved in problems related to the quality of care in detention centres for immigrants.

In the practical situation of care given to illegal immigrants there is a lack of clarity regarding the extent of care defined as 'medically necessary care' (*'medisch noodzakelijke zorg'*) to be provided by doctors. The commission has elaborated this concept somewhat further and presents practical recommendations.

## AIM

Prior to starting work, the commission formulated the following three aims:

- 1 The analysis from a medical viewpoint of the existing procedures and the concepts of 'medical emergency situation' (*'medische noodsituatie'*) and 'medically necessary care' (*'medisch noodzakelijke zorg'*), as these are laid down in legislation and regulations applicable to failed asylum seekers threatened with expulsion and to illegal immigrants, and the drawing up of recommendations and guidelines with regard to professional medical activities in such situations.
- 2 The drawing up of guidelines and codes of conduct for situations where policy on immigrants conflicts with the doctors' duty to provide care and their responsibility for the continuity of care. This affects not just the medical care given to asylum seekers and to immigrants that are to be repatriated but also the medical care given to illegal immigrants.
- 3 The drawing up of recommendations and guidelines regarding the placement and medical treatment of sick immigrants in government-established reception centres or detention centres for immigrants, based on guaranteeing the quality and continuity of care.

## ASSESSMENT

The basic foundations of the work carried out by doctors are laid down in the Hippocratic oath, in rules of conduct and in legislation. These are translated into various guidelines according to which doctors are bound to apply their knowledge and skills to improve the health and well-being of the patient, to offer qualitative care – thereby respecting the patient's right to self-determination – and to act in the interests of public health. Doctors must treat patients

equally in equal situations and may not accept any orders conflicting with generally accepted medical-ethical opinions.

Every individual in the Netherlands has access to the care that he or she needs. The doctor takes the health of and care for the patient as starting point. This leads to the concept of ‘appropriate care’ (*‘passende zorg’*) formulated by the professional medical group, further defined as ‘care indicated according to professional guidelines or standards for a health problem. The indication comes about on the basis of a thorough analysis of the health problem and of insight into the (cost) effectiveness of existing possibilities of intervention’ (*‘zorg die volgens professionele richtlijnen of standaarden geïndiceerd is bij een gezondheidsprobleem. De indicatie komt tot stand op basis van een gedegen analyse van het gezondheidsprobleem en inzicht in de (kosten)effectiviteit van bestaande interventiemogelijkheden’*). This basic assumption leads to the following recommendations and guidelines.

## RECOMMENDATIONS AND GUIDELINES FOR DOCTORS AND OTHERS INVOLVED

*Recommendations and guidelines concerning the care of asylum seekers and illegal immigrants in detention and medical advice in policy towards immigrants*

- 1 Those implementing government immigration policy must weigh medical aspects when taking decisions regarding the reception of asylum seekers and the detention of illegal immigrants. Doctors should request that attention be paid to these matters.
- 2 The framework of immigration policy creates tension with regard to the professional responsibility of the medical advisers of the IND (Immigration and Naturalisation Service). The commission thus advises those implementing immigration policy to take the following aspects into consideration when determining whether sick asylum seekers and other immigrants can or cannot be repatriated to their country of origin:
  - a increase transparency regarding the working methods of the medical advisers and regarding the content of the concept of ‘short-term medical emergency situation’ (*‘medische noodsituatie op korte termijn’*);
  - b carry out an assessment of the actual access to and continuity of care in the country to which the patient is being returned, taking the treatment given in the Netherlands as starting point;
  - c it is impossible for a doctor in the Netherlands to state what possibilities for treatment at the level of the individual are available in the country of origin, meaning that this assessment should not be the function of doctors;
  - d consult internationally recognised sources of information when determining the possibilities of treatment and actual access to care in a particular country;
  - e follow up the outcome of medical advice given in the context of immigration

- policy, both in the procedures and with regard to the continuity of care.
- 3 Doctors responsible for providing care, should provide lawyers and medical advisers exclusively with factual treatment information. In addition they have the duty to make efforts to pass on medical information to the future supplier(s) of treatment. If transfer of such information fails and there is doubt concerning the continuity of care, the doctor should make this known to the authorities.
  - 4 Doctors provide asylum seekers in detention or immigrants with appropriate and responsible care, for which the relevant authorities provide the doctors with sufficient room for manoeuvre.
  - 5 Doctors working in an environment linked to immigration policy should train themselves in the duties and responsibilities of doctors in this complex situation.
  - 6 Consultations between professional medical organisations and those implementing immigration policy can contribute to reducing areas of friction and dilemmas confronting doctors.

*Recommendations and guidelines regarding care given to illegal immigrants without healthcare insurance*

- 1 ‘Medically necessary care’ (*‘medisch noodzakelijke zorg’*) should, in the commission’s opinion, be defined as ‘responsible and appropriate medical care’ (*‘verantwoorde en passende medische zorg’*). Such care is effective and targeted, is given in a patient-oriented manner and is fine-tuned to the patient’s actual needs. In this the doctor bases the indication on a thorough analysis of the health problems and indicates in accordance with the standards of the profession and in a cost-effective manner. When different interventions turn out to be equally effective, arguments based on safety and effectiveness determine the decisions.
- 2 Doctors are often unable to predict how long illegal immigrants will remain in the Netherlands. In the case of care that can be postponed in combination with the expectation of a short stay in the country, they can limit the care or provide none at all. However if the duration of the stay in the Netherlands is unclear or long-term, continuity of appropriate medical care is more important and the care given should be the same as the regular basic care given to those carrying health insurance.
- 3 Doctors provide appropriate and responsible care by applying the same guidelines, protocols, standards and codes of conduct, as defined by the medical and scientific professions, that they would use in regular health care.
- 4 In the provision of care, doctors and care institutions should primarily focus on medical and care aspects and not on financing arrangements. The possible deleterious consequences for access to and quality of care brought about by financing arrangements should be expressly recognised.
- 5 Doctors need to be aware of the cost aspect without it becoming the major factor. In the medical care given to uninsured immigrants it is appropriate that

financial arguments should play a role in the choice of treatment provided that the relevant guidelines leave room for this.

- 6 Doctors and care institutions should draw up agreements and procedures so that the working method used in the case of uninsured illegal immigrants is transparent to and can be tested by all those involved. Here the principal aspect is that the care requirements should be appropriately dealt with by doctors; in addition agreements need to be reached regarding possibilities of payment.
- 7 The commission recommends that government and the care institutions should monitor the care given to uninsured immigrants as regards its nature and extent and as regards problems in access to care.
- 8 Targeted information is required for doctors, care institutions, intermediaries and illegal immigrants regarding rights, duties, regulations and procedures, partly with an eye to the new financing arrangements.
- 9 Professional medical organisations and government should make efforts within a European context to draw up guidelines for the care of illegal immigrants.

The commission regards it advisable that doctors experiencing problems in the situations described here should fall back on their professional organisation for advice and assistance. The professional organisations should monitor such signals and draw up guidelines.

It is the commission's opinion that doctors should follow the recommendations and guidelines in this report and that other non-medical parties should respect them and apply them to their own actions, thereby giving doctors room to act accordingly.



# Inleiding

1



**A**rtsen geven aan te worstelen met hun rol en verantwoordelijkheden met betrekking tot het verlenen van medische zorg aan vreemdelingen. De groep vreemdelingen is zeer divers wat betreft achtergrond, land van herkomst, reden van komst en juridische status. In verscheidene situaties signaleren artsen knelpunten die interfereren met medische zorg. In het kader van dit rapport betreft dit vooral asielzoekers en illegale vreemdelingen.

Artsen hebben bij asielzoekers te maken met behandeling of beoordeling van medische problematiek in relatie tot opvang en verblijf in Nederland of uitzetting uit Nederland. Dit kan leiden tot problemen in de continuïteit en overdracht van zorg bij overplaatsing, uitzetting en terugkeer naar het land van herkomst. Ook zijn er signalen over zorgwekkende medische situaties en tekortschietende zorg in vertrek-, uitzet- en vreemdelingendetentiecentra.

Ten aanzien van de medische zorg voor illegale vreemdelingen was bij de invoering van de Koppelingswet in 1998 het uitgangspunt dat de behandelend arts bepaalt wat in het geval van een bepaald gezondheidsprobleem medisch noodzakelijke zorg is. De verwachting was dat artsen vanuit professioneel oogpunt daaraan zelf uitwerking zouden geven. Behalve bij de kinderartsen heeft dit niet geleid tot specifieke richtlijnen of gedragsregels (Borst 2006).

Ook de aanbevelingen van de Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid in 2004 hebben nog niet tot een standpuntbepaling door de medische beroepsgroepen geleid (Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid 2004). Dat hieraan in het medische veld wel behoefte bestaat, blijkt uit signalen dat de medische zorg voor illegale vreemdelingen onder druk staat. Daarbij dreigen niet-medische redenen de toegang tot zorg te beperken.

In dergelijke situaties vragen artsen ondersteuning, niet in de laatste plaats door standpunten en criteria van hun beroepsorganisaties.

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de brancheorganisatie voor de instellingen in de geestelijke gezondheidszorg GGZ Nederland, ondersteund door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), hebben het initiatief genomen om professionele standpunten te formuleren over de medische zorg voor zieke vreemdelingen, die verwickeld zijn in vreemdelingenprocedures of illegaal in Nederland verblijven. Dit heeft geleid tot de commissie die het onderhavige rapport heeft opgesteld. In de commissie participeren de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, de Landelijke Huisartsen Vereniging, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de Orde van Medisch Specialisten en Pharos (secretariaat). Deze beroepsorganisaties beogen artsen te ondersteunen door het bieden van adviezen en richtlijnen voor het medisch-professioneel handelen in situaties met asielzoekers of illegale vreemdelingen. Een dergelijke standpuntbepaling ligt in het verlengde van het in 2007 door de federatie KNMG gepubliceerde standpunt 'Medische professionaliteit' (KNMG 2007).

De commissie kiest in dit rapport voor het gebruik van de term ‘illegale vreemdelingen’ of ‘illegalen’, aangezien dit in Nederland de gangbare term is voor de groep mensen waar het om gaat. De commissie realiseert zich echter dat de term ‘illegaal’ een negatieve lading heeft, reden waarom in andere landen wordt gesproken van ‘*undocumented migrants*’ of ‘*sans papiers*’.

## DOELSTELLING

Artsen ervaren knelpunten in hun medisch-professioneel handelen bij (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en bij illegale vreemdelingen. Zij geven aan behoefte te hebben aan adviezen, richtlijnen en gedragsregels om richting te geven aan hun medisch handelen in deze situaties. Deze richtlijnen voor medisch handelen dienen in het verlengde te liggen van al bestaande medische standaarden en gedragsregels zoals die door de KNMG en andere medische beroepsorganisaties zijn ontwikkeld.

De commissie heeft de volgende doelstellingen:

- 1 Vanuit medisch perspectief de procedures en begrippen (zoals ‘medische noodsituatie’ en ‘medisch noodzakelijke zorg’) analyseren, zoals die ten aanzien van (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen in de wet- en regelgeving zijn vastgelegd. Adviezen en richtlijnen opstellen ten aanzien van medisch-professioneel handelen bij deze situaties in de praktijk.
- 2 Richtlijnen en gedragsregels opstellen voor situaties waarbij het vreemdelingenbeleid in conflict komt met de medische zorgplicht van artsen en hun verantwoordelijkheid voor de continuïteit van zorg. Dit speelt in de medische zorg bij over te plaatsen en uit te zetten asielzoekers en vreemdelingen en in de zorg voor illegale vreemdelingen.
- 3 Adviezen en richtlijnen opstellen over het plaatsen en medisch behandelen van zieke vreemdelingen in door de overheid gecreëerde opvangvoorzieningen of detentiecentra voor vreemdelingen, uitgaande van het waarborgen van kwaliteit en continuïteit van medische zorg.

## METHODEN

De commissie heeft voor dit rapport gebruik gemaakt van diverse onderzoeksmethoden, zoals onderzoek van literatuur en internetbronnen, en consultatierondes met sleutelpersonen die deskundig zijn in de zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen. In dit verband heeft de commissie hoorzittingen gehouden met

- artsen van het Bureau Medische Advisering (BMA) van de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND), medewerkers van de IND en de Directie Vreemdelingenbeleid van het ministerie van Justitie;
- artsen werkzaam voor gedetineerde vreemdelingen en medewerkers van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI);

- artsen betrokken bij de medische zorg voor illegale vreemdelingen.

Verder is de inhoud van het rapport becommentarieerd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), het Landelijk Service Bureau Medische Opvang Asielzoekers (LSB MOA) van GGD Nederland en Prof. mr. C.A. Groenendijk, hoogleraar rechtssociologie, Centrum voor Migratierecht, Radboud Universiteit Nijmegen.

## OPBOUW RAPPORT

In hoofdstuk twee worden de relevante gedragsregels, internationale verdragen en nationale wetgeving beknopt besproken. Dit dient als basis voor de volgende twee hoofdstukken, die de kern van het rapport vormen. Hoofdstuk drie concentreert zich op de medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en gedetineerde illegale vreemdelingen; uitgebreidere achtergrondinformatie is te vinden in bijlage A. Hoofdstuk vier gaat over de medische zorg voor illegale vreemdelingen; uitgebreidere achtergrondinformatie daarbij is beschreven in bijlage B.

Om ervoor te zorgen dat de bijlagen ook afzonderlijk gebruikt kunnen worden, wordt zowel de tekst van het rapport als elk van de bijlagen afgesloten met een overzicht van de bijbehorende literatuur.

### **Commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen**

Prof. dr. N.S. Klazinga, hoogleraar sociale geneeskunde (onafhankelijk voorzitter)

E.J.J.M. Bloemen, arts (secretaris, Pharos)

J.J.M. van Buuren, huisarts (namens LHV)

E. Göker, internist-oncoloog (namens Orde van Medisch Specialisten)

Prof. dr. F.A.M. Kortmann, psychiater, hoogleraar transculturele psychiatrie (namens NVvP)

Prof. mr. J. Legemaate, hoogleraar gezondheidsrecht en juridisch adviseur KNMG (namens KNMG)

C.C. Pronk, cultureel antropoloog (ondersteuning LHV).

J.J. Schoenmakers, cultureel antropoloog (ondersteuning LHV)

Dr. R.V. Schwarz, psychiater (namens NVvP)

De participerende medische beroepsorganisaties hebben de inhoud van dit rapport onderschreven:

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) op 23 oktober 2007, Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) op 10 oktober 2007, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) op 13 november 2007, Orde van Medisch Specialisten op 23 oktober 2007.

# Kaders en regelgeving

# 2

**D**it hoofdstuk schetst beknopt de wet- en regelgeving, die relevant is voor artsen die zorg bieden aan (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en/of onverzekerde illegale vreemdelingen.

Allereerst worden de richtlijnen en gedragsregels voor artsen in Nederland besproken (2.1). Deze regels hebben geen kracht van wet, maar zijn wel juridisch relevant. Zij behoren tot de in de Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) vastgestelde ‘professionele standaard’ (art. 7: 453 BW). Deze normen gebruikt de tuchtrechter als toetssteen voor het handelen van artsen. Artsen hebben ruimte om van richtlijnen en gedragsregels af te wijken, maar dienen dit wel te kunnen motiveren.

In 2.2 worden de internationale verdragen besproken die in het kader van dit rapport relevant zijn. Internationale verdragen zijn bindend voor de staten die deze verdragen hebben ondertekend en geratificeerd. Internationale gedragsregels en principes dienen als internationale standaard, die uiteraard ook voor de Nederlandse overheid en de Nederlandse artsen geldt.

Tot slot komen de voor dit onderwerp relevante Nederlandse wetten aan de orde in 2.3. Hierbij staan de normen van zorgvuldigheid en bekwaamheid centraal.

In de verschillende gedragsregels en wettelijke regelingen staat het verlenen van gezondheidszorg zonder onderscheid des persoons centraal. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is gezondheid ‘een toestand van compleet fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en is niet alleen van toepassing op de afwezigheid van ziekte of een handicap.’ De WHO typeert het recht op gezondheid als ‘een sociaal grondrecht van mensen zonder onderscheid in ras, religie, politieke overtuiging, economische of sociale condities’. Daarmee is het voor artsen in principe niet mogelijk onderscheid te maken in het bieden van zorg.

## 2.1 NATIONALE, MEDISCHE GEDRAGSREGELS

Elke arts legt in Nederland bij het afstuderen de Artseneed af (VSNU 2005). Deze begint met de volgende zinnen: ‘Ik zweer/beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten. Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen’. Daarbij heeft een arts zich ook aan een aantal medische regels te houden.

### **Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)**

De KNMG heeft algemene gedragsregels voor alle artsen geformuleerd, voor zowel basisartsen, huisartsen als medisch specialisten, maar ook voor artsen die werkzaam zijn in justitiële inrichtingen en voor medisch adviseurs in het kader van het vreemdelingenbeleid. Deze gedragsregels liggen in de lijn van de

richtlijnen van de World Medical Association (WMA), zoals de *Declaration of Geneva* en de *International Code of Medical Ethics* (WMA 2007).

Bij medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen bieden de volgende KNMG-gedragsregels richting (KNMG 2002a):

- I.1 De arts laat zich bij zijn beroepsuitoefening leiden door:
  - het bevorderen van de gezondheid en het welzijn van de mens
  - de kwaliteit van zorg
  - het respect voor zelfbeschikking van de patiënt
  - het belang van de volksgezondheid.
- I.2 Aan ieder die zich tot hem wendt in zijn hoedanigheid als arts verleent hij de noodzakelijke behandeling, begeleiding, adviezen en beoordelingen overeenkomstig de eisen, die hem op grond van zijn beroep en deskundigheid mogen worden gesteld.
- I.9 De arts aanvaardt geen opdracht die in strijd is met algemeen aanvaarde medisch-ethische opvattingen.
- II.2 De arts zal patiënten in gelijke gevallen gelijk behandelen. Discriminatie wegens godsdienst, levensovertuiging, ras, geslacht of op welke grond dan ook, is niet toegestaan.
- II.5 De arts is verantwoordelijk voor de continuïteit van de hulpverlening en een goede bereikbaarheid, onverlet de verantwoordelijkheid die hiervoor bij de instelling ligt waar hij werkzaam is.

Uit de KNMG-gedragsregels vloeit voort dat iedereen toegang tot de voor hem of haar noodzakelijke zorg dient te hebben. De arts neemt het belang van de individuele patiënt als uitgangspunt. Dit leidt tot het door de medische beroepsgroep geformuleerde begrip 'passende zorg'.

De KNMG omschrijft het als volgt: 'Passende zorg is zorg die volgens professionele richtlijnen of standaarden geïndiceerd is bij een gezondheidsprobleem. De indicatie komt tot stand op basis van een gedegen analyse van het gezondheidsprobleem en inzicht in de (kosten)effectiviteit van bestaande interventiemogelijkheden. De geïndiceerde interventie is bewezen effectief, dan wel volgens de normen van de beroepsgroep adequaat, en is, voor zover dat aantoonbaar is, kosteneffectief. In geval van een keuzemogelijkheid tussen interventies van gelijke effectiviteit geven veiligheids- en doelmatigheidsargumenten de doorslag. De voorkeur van een patiënt voor een bepaalde interventie wordt gehonoreerd binnen het voor passende zorg geldende kader.' (KNMG 2002b)

### **Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)**

In 2006 heeft de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde een gedragscode aangenomen met richtlijnen voor en standpunten over de omgang van Nederlandse kinderartsen met zieke kinderen zonder geldige verblijfspapieren. De voor dit rapport relevante gedragsregels luiden als volgt (NVK 2006):

- Bij het contact met zieke kinderen zonder papieren is de kinderarts verant-

woordelijk voor de bevordering van de gezondheid en het welzijn van het kind, en de kwaliteit van zorg.

- De kinderarts maakt geen onderscheid tussen patiënten en zal patiënten in gelijke gevallen gelijk behandelen. Ongeacht de verblijfs- of verzekeringsstatus en/of financiële middelen van het kind en zijn/haar ouders verleent de kinderarts te allen tijde de medische zorg en begeleiding die hij nodig acht en die hij in vergelijkbare gevallen zou verlenen aan Nederlandse kinderen.
- Voor zover in de leefsfeer van het kind obstakels aanwezig zijn voor een goede genezing of ontwikkeling zal de kinderarts hiervoor aandacht vragen, bijvoorbeeld door het inschakelen van maatschappelijk werk of andere ondersteunende organisaties.
- De kinderarts is verantwoordelijk voor de continuïteit van de hulpverlening. Dit houdt in een zorgvuldige terugrapportage naar huisarts, jeugdarts en andere hulpverleners die bij het kind betrokken zijn. Zolang een kind zonder papieren onder behandeling staat van de kinderarts, maakt de kinderarts bezwaar tegen onvrijwillige overplaatsing, of dit nu binnen Nederland is of daarbuiten, indien dit nadelige gevolgen voor het kind kan hebben.
- Indien er structureel sprake is van gebeurtenissen die schade berokkenen aan zieke kinderen zonder verblijfspapieren, zal de nvk bezwaar maken bij de geëigende instanties.

De nvk heeft hiermee als eerste medische beroepsgroep gedragsregels opgesteld voor de omgang van kinderartsen met kinderen zonder geldige verblijfspapieren.

### **Geestelijke gezondheidszorg (ggz)**

GGZ Nederland biedt haar leden een handreiking voor de omgang met alle onverzekerde patiënten, onder wie Nederlandse ingezetenen (GGZ Nederland 2006). Zij legt het begrip ‘medisch noodzakelijke zorg’ als volgt uit: ‘Concluderend kan men stellen dat alle personen die in Nederland verblijven recht hebben op ‘medisch noodzakelijke zorg’ met inbegrip van zorg die moet worden verleend om te voorkomen dat iemand in een acute noodsituatie terechtkomt. Het is uiteindelijk aan de arts/psychiater om te beoordelen of zorg noodzakelijk en niet uitstelbaar is, handelend vanuit zijn medisch-professionele verantwoordelijkheid en zonder onderscheid des persoons.’ De handreiking van GGZ Nederland beschrijft de volgende stappen ten aanzien van onverzekerde vreemdelingen:

- 1 Beoordelen of de cliënt medisch noodzakelijke zorg behoeft. Aangezien deze zorg altijd verleend moet worden, staat de beoordeling hiervan als eerste en verplichte stap vermeld.
- 2 Checken van de verzekering, identiteit en het burgerservicenummer (BSN) van de cliënt.
- 3 Indien er géén sprake is van medisch noodzakelijke zorg, wordt er enkel zorg geboden als de vreemdeling zich via reguliere voorzieningen en procedures

kan verzekeren en/of als de vreemdeling de zorg kan betalen. Als de vreemdeling zich niet kan beroepen op een regeling en de zorg niet zelf kan betalen, wordt de zorg niet geleverd.

- 4 Informatie bieden over het afsluiten van een zorgverzekering en/of over hulp bij andere instellingen die kunnen begeleiden of helpen.
- 5 Inschakelen van een begeleider of vertegenwoordiger, zoals een maatschappelijk werker of advocaat voor het opstarten van procedures en/of het aanvragen van regelingen.

Met deze handreiking beoogt GGZ Nederland houvast te bieden bij het verlenen van verantwoorde zorg aan onverzekerde patiënten en het financiële risico zoveel mogelijk te beperken.

## 2.2 INTERNATIONALE VERDRAGEN EN REGELGEVING

In het kader van de commissie zijn de volgende internationale regelingen en verdragen van belang: het *Vluchtelingenverdrag*, het *Europees Verdrag van de Rechten van de Mens (EVRM)*, het *Europees Verdrag betreffende Sociale en Medische Bijstand*, het *Verdrag inzake Mensenrechten en Biogeneeskunde*, de VN *Principles of Medical Ethics*, de VN *Basic Principles for the Treatment of Prisoners*, het *Internationale Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (IVESCR)*, het *Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK)* en het *Vrouwenverdrag* (Amnesty International 2000, Van den Bosch e.a. 2002). Achtereenvolgens worden deze besproken voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers in de context van uitzetting, illegale vreemdelingen in vreemdelingendetentie en onverzekerde vreemdelingen (illegalen).

### **Recht op zorg van (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers in de context van uitzetting**

Het *Vluchtelingenverdrag* verbiedt uitzetting op medische gronden, indien er sprake is van uitsluiting van medische behandeling in het kader van vluchtingrechtelijke vervolging. Dit is het geval als mensen vanwege hun ras, godsdienst, nationaliteit, of het behoren tot een sociale of politieke groep, essentiële medische zorg wordt onthouden (art. 33).

Het *Europees Verdrag van de Rechten van de Mens (EVRM)* bepaalt in artikel 3 dat niemand mag worden onderworpen aan folteringen of aan onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen. De gezondheidstoestand van een vreemdeling kan aanleiding geven om te veronderstellen dat hem bij uitzetting een onmenselijke behandeling wacht als in het land van herkomst de medische zorg ontbreekt of ontoereikend is. Bij de beoordeling hiervan zijn vier criteria van belang volgens de jurisprudentie van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM): (1) het stadium en/of de vordering van de ziekte; (2) de mogelijkheid van een medische behandeling in het land van herkomst;



(3) de aanwezigheid van familieleden als sociaal en medisch vangnet in het land van herkomst; en (4) de duur van het verblijf in het land dat wil uitzetten. Uitspraken van het EHRM laten zien dat het eerste criterium kan leiden tot schending van artikel 3 als er sprake is van een vergevorderd en levensbedreigend stadium van een ongeneeslijke ziekte.

In het *Europese Verdrag betreffende Sociale en Medische Bijstand* is bepaald dat bij gedwongen repatriëring (uitzetting) onder meer de medische omstandigheden van individuele gevallen moeten worden beoordeeld.

De *Europese richtlijn tot vaststelling van minimumnormen voor de opvang van asielzoekers* geeft de EU-lidstaten in de artikelen 13 en 15 bindende regels inzake de gezondheidszorg voor asielzoekers (EU 2003). Asielzoekers dienen ten minste spoedeisende behandelingen en de essentiële behandeling van ziekten te ontvangen.

Het *Verdrag inzake Mensenrechten en Biogeneeskunde* van de Raad van Europa (1997) heeft als doelstelling om de mensenrechten en de menselijke waardigheid te beschermen in de groeiende mogelijkheden van de biologische en medische wetenschap (Nys 1998). In artikel 4 staat dat elke interventie op het gebied van gezondheid in overeenstemming moet zijn met relevante professionele verplichtingen en standaarden. Hierdoor krijgen medische gedragsregels en verdragen een leidende plaats bij het beoordelen van situaties waarin sprake is van medisch handelen. Dit geldt ook voor de situaties van asielzoekers en vreemdelingen waar de commissie zich op richt. Nederland heeft dit verdrag nog niet geratificeerd.

### **Recht op zorg van illegale vreemdelingen in vreemdelingendetentie**

De Verenigde Naties (VN) hebben een aantal principes en regels vastgesteld voor de medische zorg in gevangenissen, die ook relevant zijn voor uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen in detentiecentra en vreemdelingenbewaring. Deze centra vallen onder de Dienst Justitiële Instellingen (DJI) van het ministerie van Justitie. Kwaliteitsnormen voor de gezondheidszorg in DJI-instellingen liggen verankerd in internationale en nationale wet- en regelgeving.

Het eerste principe van de VN *Principles of Medical Ethics* voor medisch personeel in gevangenissen beschrijft dat gezondheidswerkers die belast zijn met de medische zorg voor gevangenen en gedetineerden, de plicht hebben hun lichamelijke en geestelijke gezondheid te beschermen. Zij dienen medische behandeling te verstrekken van dezelfde kwaliteit en standaard als gebeurt aan degenen die niet gevangen of gedetineerd zijn.

In het negende principe van de VN *Basic Principles for the Treatment of Prisoners* staat dat gevangenen toegang hebben tot de in het land beschikbare gezondheidszorg zonder discriminatie op grond van hun legale situatie. Dit is ook uitgewerkt in de VN *Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners* en de *European Prison Rules* van de Raad van Europa.

De DJI heeft een gezondheidsvisie geformuleerd die betrekking heeft op de

individuele gezondheidszorg voor gedetineerden, onder wie uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen: ‘DJI draagt in haar inrichtingen zorg voor een doeltreffende, doelmatige en op de patiënt gerichte gezondheidszorg, waarvan de kwaliteit gelijkwaardig is aan de gezondheidszorg in de vrije maatschappij, rekening houdend met de bijzondere situatie van de vrijheidsbeneming’. Het gezondheidszorgbeleid van de DJI richt zich op vijf aandachtsgebieden: goed psychosociaal beleid, zorg op maat, investeren in personeel, infrastructuur van de zorg en continuïteit van (na)zorg (DJI 2006).

### **Recht op zorg van onverzekerbare vreemdelingen (illegalen) in Nederland**

In artikel 12 van het *Internationale Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten* (IVESCR) erkennen staten dat iedereen recht heeft op een zo goed mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid. Staten die dit verdrag hebben geratificeerd, waaronder Nederland, hebben de plicht om ieder mens in geval van ziekte geneeskundige bijstand en verzorging te bieden. Het recht op gezondheid bestaat volgens het toezichthoudend Comité (CESCR) uit vier elementen waaraan medische voorzieningen in een staat moeten voldoen: (1) beschikbaarheid, (2) toegankelijkheid, (3) aanvaardbaarheid en (4) kwaliteit. Het tweede element bepaalt dat medische zorg toegankelijk moet zijn voor iedereen binnen de rechtsmacht van de staat. De toegankelijkheid van zorg heeft hierbij vier dimensies: (a) non-discriminatie, (b) fysieke toegankelijkheid, (c) economische toegankelijkheid (betaalbaarheid) en (d) toegang tot informatie. Asielzoekers en illegale vreemdelingen worden hierbij expliciet genoemd: ‘*In particular, States are under the obligation to respect the right to health by, inter alia, refraining from denying or limiting equal access for all persons, including prisoners or detainees, minorities, asylum seekers and illegal immigrants, to preventive, curative and palliative health services.*’ (CESCR 2000)

Het *Europees Sociaal Handvest* stelt dat een ieder recht heeft op bescherming van de gezondheid en het recht om gebruik te maken van voorzieningen om in een zo goed mogelijke gezondheid te verkeren (art. 11). Bij onvoldoende bestaansmiddelen heeft een ieder ook recht op geneeskundige bijstand van de overheid (art. 13).

Ook in verdragen voor specifieke groepen komt gezondheid aan de orde. Het *VN Vrouwenverdrag* bepaalt dat staten waarborgen dat aan vrouwen passende, zonodig kosteloze zorg wordt geboden bij zwangerschap, bevalling en de hierop volgende periode. Het *Internationale Verdrag inzake de Rechten van het Kind* (IVRK) stelt in artikel 24 dat elk kind recht heeft op gezondheid, op voorzieningen voor de behandeling van ziekte en op gezondheidsherstel. Volgens dit verdrag mag geen enkel kind het recht op toegang tot gezondheidszorgvoorzieningen worden onthouden. Het belang van het kind dient leidend te zijn bij alle maatregelen en beslissingen waarbij kinderen betrokken zijn.

## 2.3 WETGEVING

In het kader van dit rapport is voorts een aantal nationale wetten van belang. In artikel 1 van de *Grondwet* staat: 'Allen die zich in Nederland bevinden, worden in gelijke gevallen gelijk behandeld. Discriminatie wegens godsdienst, levensovertuiging, politieke gezindheid, ras, geslacht of op welke grond dan ook, is niet toegestaan.'

Verder zijn de *wgbo*, de *Wet BIG* en de *Kwaliteitswet Zorginstellingen* relevant voor de beide groepen die centraal staan in dit rapport (onverzekerde illegale vreemdelingen en (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers). De *Koppelingwet* is van belang voor de medische zorg voor illegale vreemdelingen.

De *Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (wgbo)* spreekt zich uit over medische zorg en goed hulpverlenerschap. Een arts dient in overeenstemming met de professionele standaard te handelen (art. 7: 453 *BW*). Uit de *behandelingsovereenkomst* vloeien hulpverlenersplichten en patiëntenrechten voort, waaronder de informatieplicht van de arts aan de patiënt (art. 7: 448 *BW*) en het inzagerecht van de patiënt (of gemachtigde) in medische informatie omtrent de behandeling (art. 7: 456 *BW*). Bij vreemdelingrechtelijke procedures vragen advocaten aan behandelende artsen regelmatig om medische informatie, op basis van toestemming van de betrokken patiënt.

De *Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)* en de *Kwaliteitswet Zorginstellingen* hebben als doel om verantwoorde zorgverlening te bevorderen en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig medisch handelen (*KNMG* 1998; *Markenstein* 1998). In deze wetten zijn verscheidene kwaliteitsbepalingen voor medische professionals én de gezondheidszorginstellingen vastgelegd. Een zorgaanbieder dient 'verantwoorde zorg' aan te bieden, ofwel 'zorg die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt' (art. 2 *Kwaliteitswet*). Artikel 40 *Wet BIG* bevat een vergelijkbare bepaling.

De *Vreemdelingenwet (Vw 2000)* regelt het verblijf van vreemdelingen in Nederland. De regels van deze wet zijn nader uitgewerkt in het *Vreemdelingenbesluit (Vb)* en de *Vreemdelingencirculaire (Vc)*. Er is een duidelijk onderscheid tussen de *asielprocedure* en de *reguliere procedure* (voor onder meer gezinshereniging, huwelijk, arbeid en studie). Een aanvraag van een verblijfsvergunning voor medische behandeling of vanwege een medische noodsituatie valt onder de *reguliere procedure*. De medische aspecten van het *vreemdelingenbeleid* worden nader besproken in bijlage A van dit rapport.

De *Koppelingwet* (1998) is bedoeld om illegaal verblijf in Nederland te ontmoedigen. Deze wet bepaalt dat vreemdelingen zonder verblijfsvergunning geen recht hebben op collectieve voorzieningen, zoals een bijstandsuitkering, huur-

subsidie, studiefinanciering en een ziekenfondsverzekering. Het koppelingsbeginsel blokkeert daarbij de werking van de Zorgverzekeringswet (zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (awbz) voor illegale vreemdelingen. Wel zijn er in de Vreemdelingenwet (art. 10, lid 2) enkele uitzonderingen op het koppelingsbeginsel aangebracht: 'Van het koppelingsbeginsel kan worden afgeweken indien de aanspraak betrekking heeft op het onderwijs, de verlening van medisch noodzakelijke zorg, de voorkoming van inbreuken op de volksgezondheid, of de rechtsbijstand aan een vreemdeling.' Tijdens de parlementaire behandeling van de Koppelingswet zijn de zorgplichten van zorgverleners prominent aan de orde gesteld. De regering meende destijds dat op deze wijze de toegang tot zorg voor illegale vreemdelingen voldoende was gewaarborgd. Zorgverleners hebben immers hulpverleningsplichten als gevolg van artikelen 240 en 255 van het Wetboek van Strafrecht, het tuchtrecht (art. 47 Wet BIG), het civiele recht (art. 7: 453 en 460 BW) en de beroepseigen regelingen (richtlijnen en gedragsregels). Ook meende de regering dat de medische ethiek garant staat voor de feitelijke toegang tot de zorg. In 1998 riep de overheid de Stichting Koppeling in het leven. De stichting compenseert onder bepaalde voorwaarden het inkomensverlies dat zorgverleners in de eerste lijn lijden, als zij zorg verlenen aan onverzekerde illegale vreemdelingen.



Medische zorg voor  
(dreigend)  
uitgeprocedeerde  
asielzoekers  
en gedetineerde  
illegale  
vreemdelingen

3

In dit hoofdstuk worden de knelpunten besproken die artsen tegenkomen in de praktijk van de medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en gedetineerde illegale vreemdelingen (3.1). Deze knelpunten zijn gekoppeld aan de professionele dilemma's die artsen daarbij ervaren. De commissie formuleert vervolgens haar adviezen en richtlijnen voor artsen en andere betrokkenen in deze situaties (3.2).

In bijlage A zijn de voor dit hoofdstuk relevante bronnen, achtergronden en regelingen beschreven, alsmede casuïstiek uit de praktijk ter illustratie.

### 3.1 KNELPUNTEN EN PROFESSIONELE DILEMMA'S

Artsen ervaren problemen in hun professionele handelen om te komen tot goede zorgverlening aan (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en gedetineerde illegale vreemdelingen. In het kader van dit rapport gaat het vooral om problemen die voortkomen uit de organisatie van het vreemdelingenbeleid en de taken en verantwoordelijkheden van artsen belemmeren.

Hieronder worden de knelpunten en dilemma's benoemd die artsen ervaren bij het uitoefenen van hun professionele verantwoordelijkheid. De dilemma's zijn geformuleerd in de vragende vorm om duidelijk te maken dat het voor de arts gaat om keuzes in de te volgen handelwijze in reactie op het geschetste knelpunt.

#### **Medische zorg voor asielzoekers in opvangcentra en gedetineerde illegale vreemdelingen**

Asielzoekers worden opgevangen in asielzoekerscentra (azc's) om de beslissing van de IND over hun asielaanvraag af te wachten. Gedurende deze periode maken zij gebruik van de reguliere zorgvoorzieningen en worden de kosten gedekt via de Ziektekostenregeling Asielzoekers (ZRA). De collectieve preventie is ingekocht bij de GGD's.

Asielzoekers worden om logistieke redenen regelmatig overgeplaatst van het ene azc naar het andere. Uitgeprocedeerde asielzoekers moeten na het beëindigen van hun procedure vrijwillig of gedwongen Nederland verlaten. In de praktijk betekent dit dat zij vanuit het azc op straat worden gezet en daarmee illegaal worden, of in vreemdelingendetentie of in uitzetcentra worden geplaatst in afwachting van uitzetting. Daar worden ook andere illegale vreemdelingen gedetineerd. Deze voorzieningen maken deel uit van de Dienst Justitiële Instellingen (DJI). Hier gelden de normale detentieprocedures.

Artsen ervaren in hun zorg voor asielzoekers in een azc of aan gedetineerde illegale vreemdelingen in detentiecentra de volgende knelpunten en professionele dilemma's.

### Knelpunt

Artsen werkzaam in asielzoekerscentra constateren meerdere malen ziekmakende omgevingsfactoren (onder meer ten aanzien van hygiëne, veiligheid, overplaatsingen), die leiden tot of bijdragen aan gezondheidsproblemen of ziekte (zie ook bijlage I). Ook constateren artsen dat zieke uitgeprocedeerde asielzoekers op straat of in detentie worden gezet zonder rekening te houden met hun gezondheidstoestand. Artsen werkzaam in detentiecentra voor illegale vreemdelingen komen patiënten tegen voor wie het verblijf in detentie medisch gezien onverantwoord is vanwege de aard van hun medische problematiek. Ook zien zij dat zieke asielzoekers uit het detentiecentrum worden verwijderd voordat de continuïteit van zorg geregeld is. Verder kan in detentiecentra de arts beperkt worden in het leveren van medische zorg vanwege niet-medische redenen door de niet-medische autoriteiten.

Artsen vinden dat genoemde situaties bijdragen aan (de verergering van) gezondheidsproblemen of dat het in die situaties vanuit medisch perspectief moeilijk of onverantwoord is om goede medische zorg te bieden.

### Dilemma

Moet een arts bij de bevoegde instanties ziekmakende omgevingsfactoren signaleren en aandringen op veranderingen? Moet een arts aandringen op plaatsing in een andere omgeving, als de verblijfsomstandigheden vanwege de medische problematiek niet geschikt zijn voor medische behandeling? Moet een arts zich verzetten tegen de beperking van medische zorg door niet-medische autoriteiten of regelgeving? Of moet een arts dit soort situaties beschouwen als een maatschappelijk gegeven waarvoor niet-medische autoriteiten de verantwoordelijkheid dragen?

### Medische advisering in het kader van het vreemdelingenbeleid

De medische advisering in het kader van het vreemdelingenbeleid ligt in handen van het Bureau Medische Advisering (BMA) van de IND en de door hen ingeschakelde externe medisch adviseurs. Het betreft veelal een advies over verblijf in Nederland vanwege een medische behandeling. In sommige situaties doen ook artsen van een GGD dit advieswerk, bijvoorbeeld om medisch in te schatten of iemand niet te ziek is om een asielgehoor te ondergaan of om te reizen.

Ten aanzien van deze advisering ervaren artsen de volgende knelpunten en professionele dilemma's.

### Knelpunt

De medisch adviseur van het BMA werkt in het kader van het vreemdelingenbeleid. De regelgeving in dat kader, vastgesteld door de wetgever, bepaalt dat de medisch adviseur slechts een beperkt oordeel kan geven over de medische zorg in het land van herkomst (of het land waar de vreemdeling naar zal afreizen), te weten een oordeel over aanwezigheid van zorg, maar niet over toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Vanuit deze regelgeving hanteert hij ook het begrip 'medische noodsituatie op korte termijn', voortkomend uit de specifieke context van het vreemdelingenbeleid (zie ook bijlage I). De gehanteerde definitie voor 'medische noodsituatie op korte termijn' is: *'die situatie waarbij het achterwege blijven van de medische behandeling naar alle waarschijnlijkheid op korte termijn – binnen drie maanden – zal leiden tot*



het overlijden van de betrokkene, 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 Opname in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ)' (BMA 2007). Deze definitie is net als de werkwijze van het BMA en de regelgeving veelal onbekend bij behandelend artsen. Dit zorgt voor professionele twijfels en bezorgdheid over de daadwerkelijke behandelingen die patiënten kunnen krijgen na uitzetting en daarmee over de continuïteit van zorg. De twijfel richt zich dan vaak op het werk van de medisch adviseur (in termen van werkwijze, kwaliteit, onvoldoende individuele weging en onduidelijkheid over de daadwerkelijke behandel mogelijkheden in het land van herkomst). Het feit blijft daarbij dat uiteindelijk niemand beoordeelt, welke zorg de vreemdeling daadwerkelijk in het land van herkomst kan krijgen. Dit roept de vraag op of artsen vanuit Nederland eigenlijk wel de daadwerkelijke behandel mogelijkheden in een land van herkomst kunnen beoordelen.

### **Dilemma**

Moet de in het kader van het vreemdelingenbeleid adviserende arts de regelgeving van de opdrachtgever (ten aanzien van het begrip medische noodsituatie, het oordeel over de feitelijke behandel mogelijkheden in het land van herkomst en de continuïteit van zorg) als uitgangspunt voor zijn handelen nemen? Of moet hij de eigen beroepsregels (waarbij de arts vanuit de individuele zorg onder andere verantwoordelijk is voor de continuïteit van zorg) laten prevaleren, waardoor het werken in de setting van het vreemdelingenbeleid lastiger of misschien wel onmogelijk wordt?

### **(Dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers in azc's**

Asielzoekers verblijven in azc's om de beslissing van de IND over hun asielaanvraag af te wachten. Artsen hebben dan vanuit de zorg voor hun patiënten te maken met medische aspecten van de asielprocedure.

Zij ervaren in die situatie het volgende knelpunt en professionele dilemma.

### **Knelpunt**

Artsen die asielzoekers behandelen, krijgen te maken met beslissingen van de IND over hun patiënten op basis van het medisch advies van het Bureau Medische Advisering (BMA) van de IND. Als de IND oordeelt dat behandeling in het land van herkomst mogelijk is, wordt de behandelend arts (mede)verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg en de overdracht van die zorg. Soms echter twijfelt de behandelend arts over de daadwerkelijke behandel mogelijkheden en de continuïteit van zorg als een zieke asielzoeker in een later stadium daadwerkelijk uitgezet gaat worden.

### **Dilemma**

Moet de arts bij twijfel over de continuïteit van zorg in geval van een naderende uitzetting van een asielzoeker nagaan of de medische zorg daadwerkelijk kan worden overgenomen in het land van herkomst (door bijvoorbeeld zelf contact te zoeken met mogelijke behandelaars in het land van herkomst)? Of moet hij zich laten leiden door het oordeel van de medisch adviseur over de behandel mogelijkheden en het aan zijn patiënt overlaten om wegen te zoeken om daar gebruik van te maken?

De commissie wil voor de hierboven beschreven situaties met de genoemde knelpunten en dilemma's komen tot adviezen en richtlijnen voor het professionele handelen van artsen en andere betrokkenen in dit soort situaties.

### 3.2 ADVIEZEN EN RICHTLIJNEN VOOR ARTSEN EN ANDERE BETROKKENEN

De bestaande wetgeving en gedragsregels laten artsen weinig ruimte voor het maken van onderscheid tussen patiënten op basis van andere dan medische argumenten.

Op basis hiervan komt de commissie tot de onderstaande aanvullende adviezen en richtlijnen voor het medisch handelen die betrekking hebben op het vreemdelingenbeleid. Ze gaan over het handelen van artsen bij het meewegen van medische argumenten in de opvang van asielzoekers, de detentie van illegale vreemdelingen en de medische advisering in het vreemdelingenbeleid.

Enkele adviezen zijn bedoeld voor de asielautoriteiten en beleidsmakers in het vreemdelingenbeleid, met als doel de rol en positie van artsen in lijn te brengen met de bestaande medische handelwijze.

- 1 De commissie is van oordeel dat bij de uitvoering van het vreemdelingenbeleid medische argumenten vanuit het belang van de gezondheid van de betrokken asielzoekers dienen te worden meegewogen bij beslissingen en voorzieningen in de opvang van asielzoekers en detentie van illegale vreemdelingen. Artsen moeten zelf in dergelijke situaties zo nodig actief aandacht vragen voor de medische aspecten bij de bevoegde instanties. Artsen dienen hiertoe ook actief te worden benaderd door de bevoegde instanties, maar zij dienen hun optreden niet van het initiatief van die instanties te laten afhangen. Het is wel zaak dat artsen zich in de complexe vreemdelingrechtelijke situaties beperken tot zaken die de gezondheid en het medisch handelen betreffen.
- 2 Ten aanzien van de medische advisering in het kader van het vreemdelingenbeleid kreeg de commissie signalen van artsen over knelpunten, die zich toespitsen op situaties rondom het al dan niet terugsturen van zieke asielzoekers en andere vreemdelingen. Hoewel de positionering van het Bureau Medische Advisering (BMA) binnen de IND regelmatig is bekritiseerd, is de commissie de mening toegedaan dat het vooral de kaders van het vreemdelingenbeleid zijn, waarbinnen artsen van het BMA moeten opereren, die zorgen voor een spanningsveld ten aanzien van het medisch handelen. De hieronder genoemde punten kunnen helpen dit spanningsveld te verminderen.
  - a De commissie adviseert de medisch adviseurs werkzaam in het kader van het vreemdelingenbeleid om in hun contacten met andere artsen de transparantie te vergroten over de werkwijze en specifiek over de invulling van het begrip 'medische noodsituatie op korte termijn'. De IND hanteert dit begrip als volgt: *Die situatie waarbij het achterwege blijven van de medische behandeling naar alle*

*waarschijnlijkheid op korte termijn – binnen drie maanden – zal leiden tot het overlijden van de betrokkene, 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 Opname in Psychiatrische Ziekenhuizen (BMA 2007). Deze definitie is voor artsen veelal onbekend. Heldere communicatie over dit begrip helpt om misverstanden te voorkomen.*

- b** De commissie beschouwt de feitelijke toegankelijkheid en de continuïteit van zorg als belangrijke factoren bij het oordeel over de behandelmogelijkheden in het land van herkomst. De commissie realiseert zich dat de medische zorg in veel landen slechter is dan de zorg in Nederland. Desondanks dient het vertrekpunt van het medisch advies de maatstaven van de medische behandeling in Nederland te zijn.
  - c** De commissie acht het voor een arts in Nederland bijna onmogelijk de vraag naar de daadwerkelijke behandelmogelijkheid in het land van herkomst of terugzending op individueel niveau te beantwoorden. Aangezien de BMA-arts dit wel mee behoort te wegen in het kader van zijn medisch verantwoord advies, betekent dit dat een medisch advies zonder dat de individuele toegang tot zorg kan worden beoordeeld, als onverantwoorde individuele zorg is te beschouwen en dus in strijd is met goed hulpverlenerschap conform de Wet BIG. De commissie acht het vanuit professioneel en medisch-ethisch oogpunt onjuist op deze manier het oordeel over de beschikbaarheid van behandelmogelijkheden in het land van herkomst bij artsen onder te brengen en adviseert de IND dan ook hiervoor zelf de verantwoordelijkheid te nemen.
  - d** De commissie adviseert de IND om bij het bepalen van de daadwerkelijke behandelmogelijkheden en feitelijke toegankelijkheid af te gaan op informatie van meerdere bronnen, waaronder rapporten van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), de Verenigde Naties en medische hulporganisaties ter plekke. Deze algemene medische informatie dient losgekoppeld te worden van het door de BMA-arts te geven advies.
  - e** Om de kwaliteit van de medische adviezen te monitoren, adviseert de commissie aan de IND om te volgen waartoe het medisch advies leidt, zowel in de vreemdelingenprocedure als ten aanzien van de continuïteit van de medische behandeling.
- 3** De commissie is conform de bestaande richtlijnen van oordeel dat behandelend artsen die in het kader van het vreemdelingenbeleid informatie verstrekken aan advocaten en medisch adviseurs van de IND, zich dienen te beperken tot feitelijke gegevens die de medische behandeling betreffen. In het kader van de verantwoordelijkheid voor de continuïteit van zorg hebben artsen een inspanningsverplichting om zorg te dragen voor de continuïteit van behandeling bij overplaatsing en uitzetting van asielzoekers en vreemdelingen. Het gaat om het overdragen van medische informatie aan daadwerkelijke behandelaars. Het is hierbij van belang dat behandelend artsen tijdig worden geïnformeerd over het vertrek om de overdracht van informatie voor te bereiden. Het gebruik

van het Europees Medisch Paspoort is hierbij dringend aan te raden. Indien het overdragen van zorg niet lukt en er twijfel is over de continuïteit van zorg vindt de commissie het tot de taak van de arts behoren dit kenbaar te maken aan de bevoegde autoriteiten.

- 4 Artsen werkzaam in detentiecentra voor illegale vreemdelingen moeten zich vanwege de kwetsbaarheid en afhankelijkheid van deze groep primair richten op het gezondheidsbelang van de gedetineerde vreemdeling en het verlenen van passende en verantwoorde zorg. Artsen dienen hiervoor van de bevoegde instanties voldoende ruimte te krijgen om te voorkomen dat zij professioneel knel komen te zitten in een dubbele loyaliteit tussen de zorg voor de patiënt enerzijds en de belangen van de instelling of overheid anderzijds. Daartoe beveelt de commissie artsen aan te kiezen voor een werksetting waarbij de professionele autonomie is gewaarborgd, waardoor een goede en verantwoorde uitoefening van het beroep mogelijk is. Een professioneel statuut, overleg en gerichte aandacht voor kwetsbare groepen (door bijvoorbeeld casemanagement) kunnen daaraan bijdragen.
- 5 Als individuele artsen in hun werk knelpunten ondervinden zoals hierboven beschreven, dienen zij voor advies en bijstand terug te kunnen vallen op hun beroepsorganisatie. De commissie adviseert de beroepsorganisaties om deze ondersteuning te faciliteren, de signalen te monitoren en richtlijnen over medische zorg voor de in dit rapport bedoelde groepen patiënten een permanente status te geven in het KNMG-Vademecum en op de website.
- 6 De commissie adviseert artsen die werkzaam zijn in een omgeving die verbonden is met het vreemdelingenbeleid en met deze doelgroep, om zich door scholing voldoende kennis en vaardigheden te verwerven over de verantwoordelijkheden en begrenzingen van het medisch handelen in deze complexe situatie. Dit kan bijdragen aan het oplossen van sommige van de genoemde knelpunten en dilemma's.
- 7 De commissie adviseert de beroepsorganisaties en de beleidsmakers én uitvoerders van het vreemdelingenbeleid (ministerie van Justitie en IND) om regelmatig te overleggen over situaties, waarbij het medisch handelen van artsen en de uitvoering van het vreemdelingenbeleid tot knelpunten en professionele dilemma's leiden. Ook in de praktijk is het raadzaam dat artsen en functionarissen in de vreemdelingenketen met elkaar overleggen over lastige situaties. Kennis van en respect voor de taak en opdracht van de betrokken partijen zijn hierbij nodig.



# Medische zorg voor illegale vreemdelingen

# 4

In dit hoofdstuk worden de knelpunten besproken die artsen in de praktijk ervaren in de medische zorg voor illegale vreemdelingen en daaraan gekoppeld de professionele dilemma's (4.1). De commissie formuleert vervolgens haar adviezen en richtlijnen voor artsen en andere betrokkenen in deze situaties (4.2).

In Bijlage B zijn de voor dit hoofdstuk relevante bronnen, achtergronden en regelingen beschreven en ter illustratie casuïstiek uit de praktijk.

#### 4.1 KNELPUNTEN EN PROFESSIONELE DILEMMA'S

De commissie is zich bewust van de maatschappelijke en politieke beeldvorming over illegale vreemdelingen. Ten aanzien van de gezondheidszorg hebben illegale vreemdelingen echter geen keuzevrijheid; zij kunnen zich niet verzekeren voor ziektekosten en worden in een aantal gevallen (ernstig) ziek. Dit leidt tot hulpvragen bij artsen. Illegale vreemdelingen onderscheiden zich nadrukkelijk van onverzekerde Nederlanders, die zich wel kunnen (en zelfs moeten) verzekeren.

Artsen die met hulpvragen van deze groep worden geconfronteerd, maken veelal vanuit hun professionele standaard (zie hoofdstuk 2) geen onderscheid tussen verschillende groepen als het gaat om zorg. Ze doen over het algemeen hun werk voor deze groep patiënten kwalitatief verantwoord en gewetensvol.

Toch zijn er signalen van verscheidene organisaties (zoals Lampion – Landelijk informatie- en adviespunt over de zorg voor illegalen, ondergebracht bij Pharos, Stichting Landelijk Ongedocumenteerden Steunpunt, Johannes Wier Stichting voor mensenrechten en gezondheid, Dokters van de Wereld) en individuele artsen over knelpunten in de toegang tot gezondheidszorg voor illegalen. Deze signalen betreffen vooral situaties waarbij de medische zorg voor illegalen onder druk staat door het spanningsveld tussen de zorgplicht en de dreiging van financieel verlies of tekorten. Dit betekent dat de mogelijkheden voor medisch handelen soms beperkt worden door financiële aspecten. Voornamelijk bij de toegang tot ziekenhuizen en AWBZ-voorzieningen (ggz en verpleeghuis) spelen financiële aspecten een belangrijke rol. Deze prevaleren daar dan boven de medische en zorginhoudelijke argumenten. Huisartsen hebben hierdoor problemen met het verwijzen van illegale vreemdelingen naar medisch specialisten. Een monitor onder artsen bevestigt dit beeld: meer dan de helft van de artsen geeft aan dat het feit dat een patiënt onverzekerd is, invloed heeft op de aard en omvang van de zorg die wordt verleend (Van Wijlick 2006).

De vraag om directe betaling of een betalingsregeling weerhoudt veel illegale vreemdelingen van het vragen om medische zorg, omdat zij veelal over te weinig financiële middelen beschikken om de medische kosten te betalen en bang zijn voor registratie in een administratie. Dit kan ertoe leiden dat zij pas in een later stadium en dus bij ernstigere problematiek medische hulp inroepen dan in het belang van de patiënt of de volksgezondheid wenselijk en verantwoord is. Centraal

bij dit knelpunt staat de interpretatie van de term ‘medisch noodzakelijke zorg’. Hieronder volgen de knelpunten en dilemma’s die artsen ervaren in hun zorg voor illegale vreemdelingen. De dilemma’s zijn geformuleerd in de vragende vorm om duidelijk te maken dat het voor de arts gaat om keuzes in de te volgen handelwijze in reactie op het geschetste knelpunt.

### **Knelpunt**

Artsen werken niet met de term ‘medisch noodzakelijke zorg’. Zij vinden dat de beoordeling welke zorg wel of niet valt onder ‘medisch noodzakelijke zorg’, niet aansluit bij hun taken en werkwijze. Vanuit hun professionele verantwoordelijkheid hebben en ervaren zij een behandelingsplicht zonder onderscheid des persoons bij aandoeningen waarvoor verzekerde patiënten een behandeling krijgen.

### **Dilemma**

Moet een arts zorg, die aan verzekerde patiënten wordt verleend voortvloeiend uit richtlijnen en protocollen, onthouden aan onverzekerde illegale patiënten, omdat deze niet valt onder ‘medisch noodzakelijke zorg’? Of behoort de arts alle zorg aan een illegale vreemdeling te verlenen, zoals hij die ook aan een verzekerde patiënt zou bieden?

### **Knelpunt**

Artsen en zorginstellingen weigeren in sommige situaties zorg te verlenen aan onverzekerde illegale vreemdelingen als duidelijk wordt dat de kosten van de te verlenen zorg niet betaald kunnen worden. Illegale vreemdelingen die hulp vragen bij zorginstellingen, komen soms niet voorbij de medewerkers van de balie of het afsprakenbureau en worden dan niet medisch onderzocht door een arts. Ook dringen soms financieel verantwoordelijken van ziekenhuizen bij artsen aan op goedkopere vormen van zorg dan verzekerden krijgen. Dit kan leiden tot het onthouden van adequate medische zorg.

### **Dilemma**

Mag een arts in geval van een onverzekerde illegale vreemdeling afwijken van bestaande medische richtlijnen en protocollen en vanwege financiële redenen kiezen voor geen of een andere (goedkopere) behandeling? Of behoort hij altijd te handelen volgens de bestaande medische richtlijnen en protocollen?

### **Knelpunt**

Artsen gebruiken soms argumenten als ‘een naderend vertrek (uitzetting)’ of ‘de onbekende tijdsduur van verblijf van een illegale vreemdeling’ om af te zien van medische behandeling van illegale vreemdelingen. Het niet kunnen afmaken van een behandeling kan in sommige medische situaties leiden tot ineffectief en inadequaat behandelen. In de praktijk zijn er ook groepen illegale vreemdelingen die (semi-)permanent aanwezig zijn in Nederland en niet vertrekken of uitgezet (kunnen) worden.

### **Dilemma**

Moeten de te verwachten verblijfsduur in Nederland en de naderende uitzetting een zodanige



invloed hebben op het verlenen van medische zorg aan illegale vreemdelingen dat bij een korte verblijfsduur artsen eerder dienen af te zien van zorg, terwijl zij bij (semi-)permanent verblijf juist eerder dienen over te gaan tot het verlenen van (passende) medische zorg? Of dienen artsen de verblijfsduur in Nederland niet mee te laten wegen, omdat dit geen medisch inhoudelijk argument is?

De commissie wil voor de hierboven beschreven situaties met de genoemde knelpunten en dilemma's tot richtlijnen komen voor het professioneel handelen van artsen en andere betrokkenen in dit soort situaties.

## 4.2 ADVIEZEN EN RICHTLIJNEN VOOR ARTSEN EN ANDERE BETROKKENEN

De bestaande richtlijnen en gedragsregels laten voor de arts weinig ruimte voor het maken van onderscheid in de te bieden medische zorg op basis van andere dan medische argumenten. De arts kan zich niet verschuilen achter de overheid, het management, de administratie of de receptie van een instelling als het gedrag van die personen er in feite toe leidt dat zijn of haar zorg voor bepaalde groepen ontoegankelijk wordt. De wettelijke voorwaarde dat de arts de 'zorg van een goede hulpverlener' betracht (WGBO – art. 7:453 BW), moet worden gezien als de wettelijke verankering van een zonder aanzien des persoons geldende professionele standaard. De arts kan afwijken van richtlijnen, maar dan slechts beargumenteerd en handelend in het belang van de patiënt.

De realiteit ten aanzien van de medische zorg voor illegale vreemdelingen dwingt tot het beantwoorden van vragen als: Hoever reikt de verplichting van de arts? Moet alle zorg die is geïndiceerd volgens de professionele standaard, worden geleverd?

Bij het beheersen van stijgende zorguitgaven hebben artsen in het algemeen een taak die het maatschappelijk belang dient. Dit geldt ook voor de kosten die zijn verbonden aan de zorg voor illegale vreemdelingen. Tot op heden zijn er overigens geen aanwijzingen dat artsen de zorgkosten van deze groep onvoldoende bewaken.

De commissie stelt vast dat de voor de beroepsgroep geldende normen het niet mogelijk maken op het punt van het bieden van zorg onderscheid te maken tussen verzekerde en onverzekerde vreemdelingen.

Op basis hiervan komt de commissie met de volgende adviezen en richtlijnen betreffende het verlenen van medische zorg aan illegale, onverzekerde vreemdelingen.

- 1 De commissie is van oordeel dat die zorg medisch noodzakelijk is, waarvoor een persoon hulp vraagt aan een arts en waarvan de arts bepaalt dat hij die moet leveren om die persoon in goede gezondheid te houden, (medisch) lijden te verminderen of het risico op complicaties te verminderen. Aangezien de term medisch noodzakelijk discussie oproept over de interpretatie in de

praktijk stelt de commissie voor om op grond van de KNMG-standpunten (KNMG 1998, KNMG 2002b) en de Kwaliteitswet Zorginstellingen het begrip ‘medisch noodzakelijke zorg’ als volgt te definiëren: ‘Zorg die volgens professionele richtlijnen of standaarden geïndiceerd is en die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. De indicatie komt tot stand op basis van een gedegen analyse van de gezondheidsproblemen en inzicht in de (kosten)effectiviteit van bestaande interventiemogelijkheden. De geïndiceerde interventie is bewezen effectief, dan wel volgens de normen van de beroepsgroep adequaat, en is, voor zover aantoonbaar, kosteneffectief. In geval van een keuzemogelijkheid tussen interventies van gelijke effectiviteit geven veiligheids- en doelmatigheidsargumenten de doorslag.’

- 2 Naast de inhoudelijke factor gezondheidswinst kan de tijdsfactor een secundaire rol spelen bij de te leveren zorg. De inschatting van de duur van het illegale verblijf in Nederland kan een arts mee laten wegen bij het beginnen van de behandeling. Dit is in de ogen van de commissie alleen gerechtvaardigd als het doel van gezondheidswinst daardoor niet onevenredig wordt geschaad. De commissie realiseert zich dat het voor artsen vaak lastig en onmogelijk zal zijn de verblijfsduur te beoordelen. Het gaat immers om een prognose die bepaald wordt door meerdere niet-medische, onzekere en individuele factoren. De commissie is van mening dat bij uitstelbare zorg in combinatie met kort verblijf in Nederland de behandeling beperkt kan blijven (tot bijvoorbeeld enkele dagen of weken) of dat er zelfs kan worden afgezien van behandeling. Maar als de verblijfsduur in Nederland onduidelijk is of nog lang zal zijn, moet het belang van continuïteit van adequate medische zorg zwaarder wegen. In deze gevallen is er vaak sprake van feitelijk langdurig verblijf. In de situatie van langdurig illegaal verblijf in Nederland dient volgens de commissie de te verlenen medische zorg gelijk te zijn aan de reguliere zorg voor verzekerden.
- 3 Volgens de commissie dienen artsen bij het beoordelen van de medische noodzaak van een behandeling van een illegale vreemdeling uit te gaan van de bestaande richtlijnen en gedragsregels van de medische beroepsgroep, om hiermee te komen tot verantwoorde en passende zorg. De indicatiestelling voor het leveren van zorg is dan niet anders dan bij andere patiënten en artsen laten zich hierbij leiden door algemene factoren, zoals
  - de ernst van de aandoening
  - het chronische karakter van de aandoening
  - de te verwachten complicaties
  - de te verwachten gezondheidswinst
  - de individuele situatie van de patiënt
  - het lijden van de patiënt
  - de hulpbehoefte van de patiënt

- de (on)uitstelbaarheid van de te verlenen zorg
  - de continuïteit van zorg.
- 4 Voor de implementatie van deze richtlijn voor de medische zorg voor illegalen is het van belang dat artsen en zorginstellingen zich bij het verlenen van zorg primair kunnen richten op medische en zorginhoudelijke aspecten. Volgens de commissie hebben zorginstellingen en artsen gezamenlijk de plicht tot het leveren van verantwoorde en passende medische zorg. Gezien de zorgplicht van artsen ziet de commissie een voor de diverse sectoren van de gezondheidszorg van toepassing zijnde financiële regeling als een positieve ontwikkeling (Ministerie van vws 2007). Ze is echter van oordeel dat de mogelijke nadelige gevolgen van een financiële regeling voor de toegankelijkheid of de kwaliteit van zorg nadrukkelijk dienen te worden onderkend. Deze kunnen artsen en instellingen in een lastige positie plaatsen, waarbij keuzes op andere dan medisch-inhoudelijke gronden moeten plaatsvinden.
  - 5 In het algemeen dient een arts zich bewust te zijn van het kostenaspect van zijn medisch handelen, zonder dat dit een leidend principe mag worden. De commissie vindt dat het bij de zorg voor illegale vreemdelingen geëigend kan zijn financiële argumenten een rol te laten spelen bij de keuze van behandeling, mits de geldende richtlijnen voor medisch handelen daarvoor ruimte laten. Deze afweging dient in essentie echter geen andere te zijn dan die bij in het kader van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ verzekerde zorg (behalve de algemeen aanvaarde uitzonderingen, ivf en genderoperaties).
  - 6 De commissie adviseert artsen en zorginstellingen om afspraken te maken en procedures vast te leggen, zodat de werkwijze bij de zorg voor onverzekerbare illegale vreemdelingen voor alle betrokken partijen transparant en toetsbaar is. Hierbij moet vooropstaan dat de zorgvragen door artsen adequaat afgehandeld worden; daarnaast dienen afspraken gemaakt te worden over de mogelijkheden van betaling.
  - 7 Gezien de politieke en maatschappelijke lading en het gebrek aan eenduidige gegevens adviseert de commissie de overheid en zorginstellingen om de medische zorg voor illegale vreemdelingen op een voor alle betrokken partijen acceptabele manier te monitoren op aard en omvang. Hierdoor kan in de toekomst met gegevens onderbouwd tot eventuele bijsturing van beleid worden besloten. Een jaarlijkse rapportage van de voor de nieuwe regeling verantwoordelijke instantie over aard en omvang van het zorggebruik van illegalen zou daartoe een praktisch instrument kunnen zijn. De registratie van problemen in de toegang tot zorg op basis van gegevens van artsen, instellingen alsook van de doelgroep illegale vreemdelingen zelf, zou onderdeel van een dergelijke monitor dienen te zijn.

- 8** Met het oog op een nieuwe financieringsregeling bepleit de commissie gerichte voorlichting aan artsen, zorginstellingen, intermediairs en illegale vreemdelingen over rechten, plichten, regelingen en procedures. Ook in onderwijs en nascholing dient deze thematiek aandacht te krijgen.
- 9** De commissie adviseert de beroepsorganisaties om te streven naar richtlijnen voor de zorg voor illegale vreemdelingen in Europees verband.



# Literatuur

5

- Amnesty International (2000). *Ethical codes and Declarations relevant to the health professional*. London: Amnesty International.
- Borst, E. (2006). Uitspraak van oud-minister Borst tijdens een symposium van de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (25 maart 2006).
- Bosch, M. van den, Dijk, G.J. van & Zwaan, K. (2002). *Medische aspecten van het Vreemdelingenbeleid. Bijlage bij het rapport Medische aspecten van het Vreemdelingenbeleid van de Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid*. Katholieke Universiteit Nijmegen: Centrum voor Migratierecht.
- Bureau Medische Advisering (BMA) (2007). *Protocol Bureau Medische Advisering*. Den Haag: IND.
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR) (2000). *General Comment 14, II-8-2000*.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) (2006). *Gezondheidszorgvisie DJI*. Den Haag: DJI, afdeling Gezondheidszorg.
- Europese Unie (EU) (2003). *Richtlijn tot vaststelling van minimum normen voor de opvang van asielzoekers in de lidstaten*. Publicatieblad van de Europese Unie, L31, p. 18-25. Brussel: Europese Unie.
- GGZ Nederland (2006). *Handreiking onverzekerde in de GGZ (versie 060717)*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- KNMG (1998). Arts en de Wet BIG. *Vademecum, IV, 2 (Versie 3.0)*. Utrecht: KNMG. (<http://knmg.artsennet.nl/vademecum/files/II.04.html#>).
- KNMG (2002a). Gedragsregels voor artsen. *Vademecum, II.1*. Utrecht: KNMG. ([http://knmg.artsennet.nl/?p=caxv&uri=AMGATE\\_6059\\_100\\_TICH\\_R155015671032043](http://knmg.artsennet.nl/?p=caxv&uri=AMGATE_6059_100_TICH_R155015671032043)).
- KNMG (2002b). *Gezonde Verhoudingen. Politiek Manifest*. Utrecht: KNMG.
- KNMG (2007). *Medische Professionaliteit. KNMG Manifest*. Utrecht: KNMG.
- Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid (2004). *Medische aspecten van het Vreemdelingenbeleid (rapport)*. Den Haag: Ministerie van Justitie/Ministerie van vws.
- Markenstein, L.F. (1998). Het tuchtrecht voor huisartsen in de Wet BIG. *Bijblijven*, 1998-6. Gezondheidsrecht: p. 45-52.
- Ministerie van vws (2007). *Een regeling voor financiering zorg aan illegalen*. Persbericht ministerraad, 6-7-2007. ([http://www.minaz.nl/actueel/persber\\_minraad/index.html](http://www.minaz.nl/actueel/persber_minraad/index.html)).
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) (2006) ([www.nvk.pedinet.nl/pdfs/gedragscode\\_kinderarts\\_illegaal.pdf](http://www.nvk.pedinet.nl/pdfs/gedragscode_kinderarts_illegaal.pdf)).
- Nys, H. (Ed.) (1998). *Conventie Mensenrechten en Biogeneeskunde van de Raad van Europa*. Antwerpen: Intersentia.
- Vereniging van Universiteiten (VSNU) (2005). *Nederlandse artseneed*. Den Haag: VSNU (<http://www.vsnu.nl/web/show/id=47476/langid=43>).
- WMA (2007). Website van de World Medical Association ([www.wma.net/e/policy/c8.htm](http://www.wma.net/e/policy/c8.htm)).
- Wijlick, E.H.J. van (2006). Onverzekerden krijgen andere zorg. *Medisch Contact*, 39, p. 1535.





# Bijlagen

# Bijlage A

## Achtergronden van medische zorg voor asielzoekers en illegalen in detentie

Inhoud	
1	Medische aspecten in de asielprocedure .....51
2	Medische beoordeling van (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers ..... 53
3	Medische noodsituatie en behandeling in land van herkomst ..... 54
4	Commentaar op de werkwijze van het BMA ..... 56
5	Medische zorg voor uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen in detentiecentra .....60
6	Casuïstiek ..... 62
7	Literatuur ..... 68

## 1 MEDISCHE ASPECTEN IN DE ASIELPROCEDURE

### Asielprocedure en medische zaken

Om een asielaanvraag in Nederland te doen doorloopt een asielzoeker de juridische asielprocedure die gebaseerd is op internationale verdragen en de Nederlandse Vreemdelingenwet. In die asielprocedure beoordeelt de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) namens de Nederlandse overheid of een asielzoeker in aanmerking komt voor bescherming en verblijf in Nederland. Daarvoor moet de asielzoeker allerlei documenten tonen en bewijzen aanvoeren die dienen te bewijzen dat zijn asielaanvraag gegrond is. De meeste asielverzoeken worden beoordeeld in de snelle 48-uurs procedure in een aanmeldcentrum (AC).

Bij het begin van de asielprocedure kan medische problematiek de asielaanvraag beïnvloeden, doordat medische en psychische klachten de herinneringen van en het vertellen over het vluchtverhaal kunnen belemmeren (Bloemen 2003; ACVZ 2007). In het kader van de commissie is het relevant zich te realiseren dat deze problematiek kan meespelen tot aan het eind van de asielprocedure, bij uitzetting en zelfs in de illegaliteit. Vooral de niet onaanzienlijke groep getraumatiseerde asielzoekers kan het slachtoffer worden van snel getrokken, veelal negatieve, conclusies over hun asielverzoek. Dit heeft geleid tot kritiek op de Nederlandse werkwijze, vooral vanwege het risico van onzorgvuldigheid (NJCM 2003; UNHCR 2003; HRW 2003; ACVZ 2004). De evaluatie van de Vreemdelingenwet in 2006 sluit bij deze kritiek aan en geeft adviezen om de asielprocedure aan te passen (WODC 2006).

De Vreemdelingencirculaire (Vc), instructies van het ministerie van Justitie aan ambtenaren belast met de uitvoering van de Vreemdelingenwet, bepaalt dat medische klachten die een asielzoeker zegt te ondervinden als gevolg van gebeurtenissen in het land van herkomst, geen rol spelen bij de beoordeling van het asielrelaas, omdat er medisch gezien geen zekerheid kan zijn over de oorzaak van medische klachten of littekens (Vc C14/4.4.2).

Internationale verdragen, waaraan Nederland gebonden is bij het vaststellen en uitvoeren van het asielbeleid, kennen wél gewicht toe aan medisch onderzoek (Van den Bosch e.a. 2002).

Ook de door de overheid ingestelde Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid (Commissie Smeets) is van mening dat medische aspecten nadrukkelijker meegewogen moeten worden in de asielbeoordeling (Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid 2004). Verder adviseert de Adviescommissie Vreemdelingenzaken (ACVZ) in haar advies over de nieuwe inrichting van de asielprocedure nadrukkelijk om plaats in te ruimen voor medisch onderzoek ten bate van de asielprocedure (ACVZ 2007).

Zolang asielzoekers nog geen definitieve beslissing hebben ontvangen, verblijven zij in een asielzoekerscentrum (azc) en worden de kosten van de curatieve zorg gedekt door de Ziektelasten Regeling Asielzoekers (ZRA). Indien een asielzoeker uit het azc wordt gezet en op straat belandt, of zelf vertrekt en on-

derduikt, is hij onverzekerd voor ziektekosten en wordt hij een ‘illegale vreemdeling’ (zie verder Bijlage B).

### **Gezondheidsproblemen bij asielzoekers**

Uit onderzoek blijkt dat asielzoekers veel gezondheidsproblemen hebben. In de periode na aankomst betreft dit vooral infectieziekten (zoals tuberculose, hepatitis, hiv en parasitaire infecties) en gezondheidsproblemen door ondergaan geweld. Ook de in de periode voorafgaande aan de vlucht ondervonden problemen spelen een rol, veelal door verwaarloosde gezondheid en door gebrekkige medische zorg in conflictgebieden (Norredam e.a. 2005). Klachten van het houdings- en bewegingsapparaat en psychiatrische aandoeningen, zoals depressie, angst en posttraumatische stressstoornis (pts) hebben een groot aandeel in de problematiek (Gerritsen e.a. 2006). Onderzoek naar psychiatrische stoornissen onder asielzoekers in Drenthe (Laban e.a. 2005) laat zien dat de groep asielzoekers die langer dan twee jaar in een azc verblijft, psychiatrisch zeker is dan de groep die daar korter dan zes maanden verblijft. Deze studie maakt aannemelijk dat er een relatie bestaat tussen een lange asielprocedure en verblijf in azc's en psychiatrische problematiek bij asielzoekers.

Deze hoge prevalentiecijfers worden in een internationaal vergelijkende meta-analyse onder vluchtelingen gerelativeerd (Fazel e.a. 2005). Na correctie op onderzoeksmethode en de grootte van de onderzoeksgroep resteert voor deze groep 11 procent pts en 5 procent depressie. Wel wordt hierbij geen onderscheid gemaakt tussen asielzoekers (die onzeker zijn over hun recht op verblijf) en vluchtelingen (die zeker zijn over hun recht op verblijf). Waarschijnlijk kunnen deze percentages als een soort ondergrens van het voorkomen van deze aandoeningen bij vluchtelingen beschouwd worden.

De sociale omstandigheden en psychische problemen leiden tot suïcide (pogingen) en andere wanhoopsdaden, zoals hongerstakingen. Uit de beperkte cijfers blijkt dat het aantal zelfdodingen onder asielzoekers bijna tweemaal zo hoog ligt als onder de totale Nederlandse bevolking (GGD Nederland 2005). Asielzoekers krijgen medische zorg in het reguliere gezondheidssysteem. Gezien de forse hoeveelheid psychische en psychiatrische problematiek vindt een groot deel van die zorg plaats in de ggz (GGZ Nederland 2005).

Het grote aantal overplaatsingen van asielzoekers naar andere azc's en naar detentiecentra voor vreemdelingen zet de continuïteit van zorg onder druk. Ook bij uitzetting krijgen zorgverleners dit vaak te laat of zelfs achteraf te horen. Artsen zijn hierdoor niet meer in de gelegenheid om op verantwoorde wijze medische informatie over te dragen en het Europees Medisch Paspoort in te vullen. Hierdoor wordt de continuïteit van zorg onmogelijk (IGZ 2006a).

Verscheidene artsen en organisaties in de gezondheidszorg hebben de afgelopen jaren signalen afgegeven over het negatieve effect van het asiel- en opvangbeleid op de gezondheid van asielzoekers en de geringe aandacht hiervoor bij (de uitvoering van) het asielbeleid (Oomen 2001; Van Es 2003; Mensinga 2003; Abkheer e.a. 2004; Smeets 2005).

## 2 MEDISCHE BEOORDELING VAN (DREIGEND) UITGEPROCEDEERDE ASIELZOEKERS

### Beoordeling asielverzoek en uitzetting van zieke asielzoekers

Asielzoekers die ziek zijn en onder medische behandeling staan, kunnen worden geconfronteerd met een dreigende uitzetting als zij uitgeprocedeerd dreigen te raken. Als er in het land van herkomst geen medische behandelmogelijkheden zijn, kan uitzetting in bepaalde gevallen worden aangemerkt als een vorm van onmenselijke behandeling en kunnen zij een beroep doen op artikel 3 van het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens (EVRM).

Ook kunnen asielzoekers een reguliere verblijfsvergunning (deze valt buiten de asielaanvraag) aanvragen voor het ondergaan van een medische behandeling. Dit heet een ‘reguliere verblijfsvergunning vanwege medische behandeling’. Daarvoor gelden strikte voorwaarden: (1) Nederland dient naar het oordeel van de Minister het meest aangewezen land te zijn voor de medische behandeling; (2) het dient te gaan om een medisch noodzakelijke behandeling; en (3) de financiering van de medische behandeling dient deugdelijk geregeld te zijn. Deze voorwaarden zijn zo strikt, dat weinig, ook ernstig zieke, asielzoekers daaraan kunnen voldoen. Daarom wordt er afgezien van deze voorwaarden als er een medische noodsituatie ontstaat zonder behandeling. Als dit het geval is, gaat het om een ‘verblijfsvergunning vanwege medische noodsituatie’. In de praktijk gaat het bij medische problematiek bijna altijd om deze laatste verblijfsvergunning. Ook andere vreemdelingen kunnen deze verblijfsvergunningen aanvragen. Voor de beoordeling van een aanvraag voor een verblijfsvergunning vanwege medische behandeling of vanwege medische noodsituatie gelden verscheidene criteria, waarbij vanuit medisch perspectief de volgende criteria centraal staan: (1) de aard van de medische problematiek; (2) de aard van de behandeling; (3) het ontstaan van een medische noodsituatie op korte termijn bij het uitblijven van behandeling; en (4) de medische behandelmogelijkheden in het land van herkomst of het land waarnaar uitgezet zal worden.

Slechts de combinatie van het ontstaan van een medische noodsituatie op korte termijn, die langer dan één jaar zal duren, bij het uitblijven van medische behandeling én een onmogelijkheid van behandeling in het land van herkomst leidt tot een verblijfsvergunning. Deze verblijfsvergunning voor het ondergaan van een medische behandeling of vanwege een medische noodsituatie is tijdelijk voor de duur van de behandeling met een maximum van één jaar, waarna een nieuwe herbeoordeling volgt (Bloemen 2005).

Als een uitgeprocedeerde asielzoeker of vreemdeling vlak voor de uitzetting ziek is, kan hij een beroep doen op artikel 64 van de Vreemdelingenwet, waarin staat dat ‘uitzetting achterwege blijft zolang het gelet op de gezondheidstoestand van de vreemdeling niet verantwoord is om te reizen’. Dit artikel wordt ook gebruikt als de behandeling ter voorkoming van een medische noodsituatie korter duurt dan één jaar, zoals in het geval van een behandeling van een infectieziekte als tuberculose (Minister voor Vreemdelingenzaken en Integratie

2004a). Ook illegale vreemdelingen kunnen een beroep doen op artikel 64 van de Vreemdelingenwet.

### **Het Bureau Medische Advisering van de IND**

De medische beoordelingen in vreemdelingenprocedures gebeuren door artsen die werkzaam zijn als medisch adviseurs voor het Bureau Medische Advisering (BMA) van de IND. Het BMA brengt adviezen uit in het kader van verschillende vreemdelingenrechtelijke procedures (aanvragen voor asiel, gezinshereniging en medische behandeling, uitzetting). In 2005 bracht het BMA 3200 adviezen uit (IND 2006). In 2006 is dit aantal toegenomen tot 3754. Het merendeel van de aanvragen is afkomstig van (bijna) uitgeprocedeerde asielzoekers. De aard van de problematiek waarover het BMA moet adviseren, betreft in 57 procent van de gevallen psychiatrische problematiek (IND 2007). De medisch adviseurs van het BMA onderzoeken een beperkt deel van de patiënten zelf (in 2006: 18 procent), vooral in het geval van een aanvraag voor artikel 64 van de Vreemdelingenwet. In de andere gevallen neemt het BMA bijna altijd de diagnostiek van de behandelende sector over. In uitzonderlijke gevallen schakelt het BMA een externe deskundige in.

Het BMA geeft, uitsluitend op verzoek van de IND én enkel aan de IND, op basis van de bij behandelaars ingewonnen medische informatie, een advies over (1) het ontstaan van een medische noodsituatie op korte termijn; (2) de behandel mogelijkheden in het land van herkomst; (3) de mogelijkheden om te reizen met de medische problemen; en (4) de voorwaarden waaronder dit eventueel moet gebeuren. Op basis van dit advies neemt de IND zelf een beslissing over het al dan niet toekennen van een (tijdelijke) verblijfsvergunning. Het advies van het BMA wordt in de vreemdelingenprocedures beschouwd als een deskundigenadvies aan de minister (BMA 2007).

Nederland is overigens een van de weinige Europese landen waar de overheidsinstantie die beslist over het asielverzoek, zelf ook de verantwoordelijkheid draagt voor de medische advisering in vreemdelingenprocedures (Van den Bosch e.a. 2002).

## **3 MEDISCHE NOODSITUATIE EN BEHANDELING IN LAND VAN HERKOMST**

### **Medische beoordeling en advisering**

Bij de beoordeling van de medische problematiek door het BMA en in het kader van de probleemstelling van dit rapport zijn de volgende medische situaties relevant.

#### *Medische noodsituatie*

De Vreemdelingencirculaire (Vc) definieert een ‘medische noodsituatie op korte termijn’ als: *‘die situatie waarvan op basis van de huidige medisch-wetenschappelijke inzichten vaststaat dat het achterwege blijven van behandeling op korte*

*termijn zal leiden tot overlijden, invaliditeit of een andere vorm van ernstige geestelijke of lichamelijke schade.’ (Vc B8/3.1). Onder ‘korte termijn’ wordt verstaan binnen een termijn van drie maanden (Minister voor Vreemdelingenzaken en Integratie 2004b). In het Protocol van het BMA wordt deze definitie als volgt verder uitgewerkt: ‘die situatie waarbij het achterwege blijven van de medische behandeling naar alle waarschijnlijkheid op korte termijn zal leiden tot het overlijden van de betrokkene, 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 Opname in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ)’ (BMA 2007).*

Voor het vaststellen van het al dan niet ontstaan van een medische noodsituatie wordt doorgaans uitgegaan van de door de behandelaars verstrekte medische informatie. In 2006 stelde het BMA in 52 procent van de aanvragen vast dat er een medische noodsituatie op korte termijn zou ontstaan bij het staken van behandeling (IND 2007).

#### *Behandel mogelijkheden in het land van herkomst*

Het advies over de behandel mogelijkheden in het land van herkomst, dan wel het land waarnaar uitgezet zal worden, baseert het BMA op informatie van de organisatie International sos, een internationale medische hulporganisatie gericht op bemiddeling en medische zorg voor werknemers van multinationals en ngo’s in bijna alle landen van de wereld. Verder kan het BMA door het ministerie van Buitenlandse Zaken aangezochte vertrouwensartsen in de landen van herkomst raadplegen met specifieke vragen. De adviezen van het BMA over behandel mogelijkheden in de landen van herkomst betreffen alleen de behandeling in medisch-technische zin, en niet de daadwerkelijke individuele toegankelijkheid. Ook zaken als betaalbaarheid en bereikbaarheid worden niet meegenomen in het advies. Het BMA beschouwt dit als niet-medische zaken en benoemt deze beperking ook nadrukkelijk in zijn adviezen. Het wordt hierin gesteund door de instructie van het ministerie van Justitie in de Vreemdelingencirculaire (Vc B8/4.4) die als volgt luidt: ‘Omstandigheden die de feitelijke toegankelijkheid van de medische zorg in het herkomstland betreffen, worden niet betrokken bij het beoordelen van aanvragen tot het verlenen van een verblijfsvergunning regulier onder de beperking ‘medische behandeling’ of ‘vanwege medische noodsituatie’.’ (Minister voor Vreemdelingenzaken en Integratie 2004b). Asielgerelateerde redenen voor een niet toegankelijke zorg (door bijvoorbeeld discriminatie op basis van ras of religie) kunnen niet in deze procedure voor een verblijfsvergunning voor medische behandeling beoordeeld worden, maar slechts in een asielaanvraag. Onbekend is hoe de IND in zijn uiteindelijke beslissingen omgaat met deze als niet-medisch benoemde zaken (IGZ 2006b).

In 2006 stelde het BMA in 29 procent van de aanvragen vast dat er geen, onvoldoende of onbekende behandel mogelijkheden zijn in het land van herkomst (IND 2007).

*Medische belemmeringen bij het reizen*

Het BMA baseert het advies of de betrokkene al dan niet kan reizen op de informatie van de behandelaars. In bijna alle gevallen is het advies positief ten aanzien van reizen. In 2006 oordeelde het BMA in 8 procent van de aanvragen dat de vreemdeling niet zou kunnen reizen (IND 2007). Wel worden er vaak enkele voorwaarden gesteld aan dit reizen in de zin van medische begeleiding tijdens de reis, zorg dragen voor voldoende medicatie en de overdracht van gegevens. De richtlijnen van de IND vermelden dat de uit te zetten asielzoeker zelf verantwoordelijk is voor de overdracht van zijn medische gegevens (Minister voor Vreemdelingenzaken en Integratie 2004). Daartoe kan hij gebruik maken van het Europees Medisch Paspoort (EMP) waar de behandelaars medische informatie in kwijt kunnen.

Alleen als de adviserende arts van het BMA oordeelt dat er sprake is van zowel de hierboven genoemde medische noodsituatie op korte termijn als de beschreven afwezigheid van behandelmogelijkheden in het land van herkomst, kan een vreemdeling een verblijfsvergunning vanwege een medische noodsituatie krijgen. In 2006 kwam het in 18 procent van de door het BMA uitgebrachte adviezen tot een combinatie van een medische noodsituatie op korte termijn bij het uitblijven van de behandeling en afwezige, onvoldoende dan wel onbekende behandelmogelijkheden in het land van herkomst (IND 2007). De dan afgegeven verblijfsvergunning is tijdelijk voor de duur van de behandeling en wordt jaarlijks herbeoordeeld. Na drie jaar kan deze tijdelijke verblijfsvergunning overgaan in een permanente verblijfsvergunning, mits de medische behandeling nog steeds nodig is om een noodsituatie te voorkomen en er in het land van herkomst nog steeds geen of onvoldoende behandelmogelijkheden zijn.

#### 4 COMMENTAAR OP DE WERKWIJZE VAN HET BMA

De afgelopen jaren is er van diverse kanten commentaar geleverd op de werkwijze van het BMA. De belangrijkste commentaren volgen hieronder.

##### **Commissie Smeets**

De commissie Smeets (Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid) benoemt in haar rapport een aantal in het kader van dit rapport relevante punten van kritiek op de medische aspecten van het vreemdelingenbeleid (Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid 2004). Allereerst vindt de commissie Smeets dat operationalisering van het begrip medische noodsituatie beter kan plaatsvinden via een zorgvuldige procedure dan via definiëring van het begrip. De interpretatie van het begrip is sterk situationeel bepaald en de criteria die gebruikt worden door de IND en het BMA (zie 3.1), creëren een norm die voor hulpverleners onhanteerbaar is. De commissie Smeets adviseert dan ook om op basis van de individuele omstan-



digheden van een vreemdeling te adviseren over de gezondheidstoestand als reden om in Nederland toegelaten of niet uitgezet te worden. De volgende factoren zijn daarbij van belang (Commissie Smeets, aanbeveling 1):

- de aard, de ernst en het stadium van de ziekte;
- de prognose over de ontwikkeling van de ziekte bij het ontbreken van medische zorg (in termen van sterfte, morbiditeit, invaliditeit en snelheid van optreden van deze situatie);
- de oorzaak, het tijdstip en de context van het ontstaan van de ziekte;
- de mogelijkheid van medische behandeling in het land van herkomst;
- de feitelijke toegankelijkheid van de benodigde medische zorg alsmede de beschikbaarheid van de benodigde medicijnen;
- de aanwezigheid van familieleden als sociaal en medisch vangnet;
- de duur van het verblijf in Nederland.

Door het zorgvuldig wegen van deze relevante factoren ontstaat een grote transparantie en toetsbaarheid.

De commissie Smeets acht de schijn van belangenverstrengeling tussen het BMA en de IND, en dus de huidige inbedding van het BMA binnen de IND onwenselijk (aanbeveling 8). Het door het BMA zelf onderzoeken of doen onderzoeken van de betrokken asielzoekers acht zij vooral relevant als het advies mogelijk strijdig zal zijn met de opvattingen van de behandelaars (aanbeveling 9).

De commissie Smeets is van oordeel dat het niet aan artsen is om een finaal oordeel te vellen over de aanwezigheid en feitelijke toegankelijkheid van medische behandeling in het land van herkomst. Het BMA beantwoordt die vragen veeleer vanuit algemene beleidsinformatie dan dat het onderdeel uitmaakt van een individuele medische verklaring. Het is beter deze vraag los te koppelen van de individuele medische adviesvraag en door de IND te laten beantwoorden (aanbeveling 10).

De commissie Smeets adviseert de overheid expliciet te erkennen dat, indien Nederland overgaat tot uitzetting van zieke vreemdelingen, er een morele verantwoordelijkheid van Nederland bestaat zich ervan te vergewissen of er voor betrokkene adequate gezondheidszorg aldaar voorhanden en toegankelijk is (aanbeveling 12).

In de reactie van de regering op het rapport van de commissie Smeets worden sommige aanbevelingen overgenomen, maar andere verworpen. Zo kiest de regering er nadrukkelijk voor de feitelijke toegankelijkheid van zorg niet mee te beoordelen bij aanvragen van verblijfsvergunningen op medische gronden, want dit is vanuit Nederland niet mogelijk en zou leiden tot onrechtvaardigheid jegens de andere landgenoten die ook geen toegang tot zorg hebben. Aangezien niet-medische factoren hierbij een centrale rol spelen, ziet de regering dit niet als een medische vraag. Ook oordeelt de regering dat er geen sprake is van belangenverstrengeling tussen de IND en het BMA en ziet ze geen noodzaak verandering aan te brengen in de werkwijze (Minister van Vreemdelingenzaken en Integratie 2004a).

### Inspectie voor de Gezondheidszorg

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft onderzoek gedaan naar de medische advisering in het kader van het vreemdelingenbeleid door het BMA (IGZ 2006b). De IGZ concludeert dat *'binnen de aan het BMA gestelde randvoorwaarden de medisch adviseurs hun werk over het algemeen deskundig, professioneel autonoom en zorgvuldig verrichten.'* Wel is op onderdelen verbetering nodig.

De IGZ vraagt nadrukkelijk aandacht voor de professionele normen: *'De medisch adviseurs zullen zich steeds moeten blijven afvragen of en hoeverre bij de beantwoording van de aan hen gestelde vragen, de professionele normen in het gedrang komen. Het gaat hierbij 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 noodsituatie op korte termijn.'* De beperking van de medische noodsituatie op korte termijn tot een periode van drie maanden doet artsen tegen grenzen aanlopen: ook problemen op middellange termijn kunnen relevant zijn en een antwoord met 'ja' of 'nee' is vaak niet mogelijk. Hier is het knelpunt dat de IND een eenduidig advies wil en de BMA-arts professioneel gezien weet dat het genuanceerder ligt en dit niet kan betrekken in het advies. Hierdoor kan de professionele zorgvuldigheid onder druk komen te staan (IGZ 2006b).

De IGZ stelt net als de Commissie Smeets de vraag of het oordeel over de behandelbaarheid in het land van herkomst wel onderdeel moet zijn van het medisch advies. Feitelijk is er vaak geen sprake van een individuele medische beoordeling. Slechts in uitzonderlijke gevallen is een individuele beoordeling van een arts nodig. De kwaliteit van de landeninformatie van International sos en de door het BMA geraadpleegde vertrouwensartsen kan de IGZ niet beoordelen.

Verder constateert de IGZ dat onduidelijk is hoe het zit met het inzage- en blokkeringsrecht van asielzoekers met betrekking tot het advies van het BMA.

De aanbevelingen van de IGZ hebben geleid tot een plan van aanpak van het BMA (IND 2006) en tot een nieuw protocol (BMA 2007). Daarin meldt het BMA zijn plannen ten aanzien van zaken als kwaliteitsbewaking, afspraken met ketenpartners, externe verantwoording, en aanpassing van het protocol voor de werkwijze van de medisch adviseurs. Het inzage- en blokkeringsrecht ten aanzien van de door het BMA uitgebrachte adviezen is nog onderwerp van studie.

Het BMA meldt dat de medische uitleg van het criterium van de termijn van drie maanden voor een medische noodsituatie op korte termijn tot stand is gekomen na consultatie van organisaties uit het veld en met name van meerdere, externe artsen met advieservaring. Het BMA is van mening dat deze invulling van medische noodsituatie voor de BMA-artsen zeer werkbaar is.

Het BMA is van oordeel dat het voldoende ruimte heeft voor nuancering in de medische advisering om bij moeilijke casuïstiek niet simpelweg met ja of nee te antwoorden.

In zijn reactie geeft het BMA uitleg over de medische reisvoorwaarden. Voor de uitvoering van deze voorwaarden is de nieuwe Dienst Terugkeer en Vertrek van het ministerie van Justitie verantwoordelijk.

Over de interpretatie van het begrip toegankelijkheid versus beschikbaarheid van medische behandelmogelijkheden in het land van herkomst is het BMA van oordeel dat de tuchtrechtelijke jurisprudentie geen mogelijkheid geeft uitspraken te doen over de individuele toegankelijkheid tot medische behandelmogelijkheden in het land van herkomst dan wel het land waarnaar wordt uitgezet.

### **Medische tuchtzaken**

Een medisch advies moet aan de volgende eisen voldoen (Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 2006):

- In het rapport moet op inzichtelijke en consistente wijze worden uiteengezet op welke gronden de conclusie van het rapport is gebaseerd.
- De in de uiteenzetting genoemde gronden moeten op hun beurt aantoonbaar voldoende steun vinden in feiten, omstandigheden en bevindingen, vermeld in het rapport.
- Bedoelde gronden moeten de daaruit getrokken conclusies kunnen rechtvaardigen.
- De rapportage dient zich in beginsel te beperken tot het gebied waarop de rapporteur de bijzondere kennis heeft op grond waarvan hij als adviseur is aangezocht. Indien buiten dit kennisterrein conclusies worden getrokken, dient dit ondubbelzinnig uit de rapportage te volgen.

Een deskundige die door de rechter of een andere partij wordt gevraagd te adviseren, is gebonden aan zijn medisch-professionele standaard. Een deskundige mag niet meer zekerheid suggereren dan op medisch-professionele gronden verantwoord is. Ook mag hij niet meer informatie meedelen dan strikt nodig is gezien het beroepsgeheim en de privacywetgeving (Leenen 2002).

Er zijn regelmatig zaken over medische adviezen van het BMA aan de medische tuchtrechter voorgelegd. In 2005 liepen er twaalf tuchtzaken tegen artsen van het BMA, waarvan de helft ongegrond is verklaard en de andere helft nog niet is afgerond (IND 2006). In 2007 liepen er twaalf tuchtzaken, waarvan in zeven zaken nog geen uitspraak is gedaan. Twee zaken zijn ongegrond verklaard. Eén zaak leidde tot een waarschuwing die in hoger beroep werd vernietigd. Een andere zaak leidde tot een gedeeltelijke ongegrondverklaring (IND 2007). Dit betekent dat de tuchtrechter de meeste zaken tegen artsen van het BMA als niet gegrond beoordeelt en daarmee de werkwijze van het BMA grotendeels onderschrijft.

In het kader van dit rapport is het relevant te kijken naar enkele kritische uitspraken van het tuchtcollege.

In een uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege in Den Haag krijgt een BMA-arts in 2004 een waarschuwing opgelegd (Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 2004). Het betreft een Armeense man die in Nederland hemodialyse ondergaat en die dit volgens het BMA-advies in Armenië op min of meer vergelijkbare wijze als in Nederland zou kunnen verkrijgen. Het tuchtcollege heeft geen probleem met het adviseren zonder de patiënt zelf te zien, aangezien

er voldoende recente medische informatie beschikbaar is van behandelaars. De BMA-arts heeft volgens het college zijn advies onvoldoende onderbouwd. Zich beroepen op de landeninformatie oordeelt de tuchtrechter als onvoldoende. Ook wordt dit niet anders omdat de arts binnen de eigen werkinstructie handelde en het niet zijn taak was een oordeel te geven over de feitelijke beschikbaarheid van behandelmogelijkheden. Juist door deze beperking acht het tuchtcollege duidelijkheid en onderbouwing op zijn plaats.

De interferentie tussen het antwoord op de vraag welke behandelmogelijkheden er zijn in het land van herkomst en de verantwoordelijkheden van de BMA-arts jegens de patiënt, wordt geïllustreerd door de uitspraak van het Centraal Tuchtcollege (Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 2006). De BMA-arts krijgt daarbij een waarschuwing, omdat hij door weigering om rekening te houden met door de advocaat aangedragen inhoudelijke informatie blijk geeft van een te enge opvatting over de te leveren individuele zorg. Het gaat in deze zaak om een man uit Pakistan met ptss door terreur van islamitische zijde en de vraag of behandeling mogelijk is in een ultra-islamitisch land als Pakistan. Het college is van oordeel dat in het advies ten onrechte geen rekening wordt gehouden met het specifieke karakter van de klachten en de oorzaak hiervan. Net als in andere zaken vindt het tuchtcollege het achterwege blijven van een persoonlijk onderzoek geen probleem, aangezien de arts beschikte over uitvoerige en recente informatie van de behandelaars. Ook oordeelt het college het verwijt dat de arts onvoldoende onafhankelijk is van het ministerie van Justitie of de IND ongegrond. Het feit dat de arts in dienst is van de IND, is volgens de tuchtrechter onvoldoende om van een gebrek aan onafhankelijkheid te kunnen spreken. Deze laatste uitspraak heeft geleid tot een beleidswijziging ten aanzien van het omgaan met informatie die is binnengekomen na het uitbrengen van het medisch advies (IND 2007).

In een andere zaak gaat het Centraal Tuchtcollege in op de eisen die uit een oogpunt van zorgvuldigheid aan een BMA-arts gesteld mogen worden bij de beantwoording van de in het kader van een adviesaanvraag voorgelegde vraagstelling (Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 2007). Het Centraal Tuchtcollege schrijft in die uitspraak: 'Een BMA-arts die volstaat met zich aan de hand van de ter beschikking staande gegevens in het algemeen uit te laten over de beschikbaarheid van de zorg in het land van terugkeer althans van verwijdering, geeft naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege blijk van een te enge opvatting over de omvang van de door hem/haar te verlenen zorg.'

## **5 MEDISCHE ZORG VOOR UITGEPROCEDEERDE ASIELZOEKERS EN ILLEGALE VREEMDELINGEN IN DETENTIECENTRA**

Uitgeprocedeerde asielzoekers worden geacht mee te werken aan hun terugkeer. Daartoe vinden al voor het definitieve einde van de procedure zogeheten 'terugkeergesprekken' plaats. Na het definitieve einde van de asielprocedure

kunnen uitgeprocedeerde asielzoekers zonder geld en ziektekostenverzekering op straat worden gezet. Dit komt voort uit de visie van de overheid dat het vertrek uit Nederland een eigen verantwoordelijkheid is van de uitgeprocedeerde asielzoekers. Deze zijn hiermee als ex-asielzoeker in de illegaliteit geplaatst. Indien er echter kans is op uitzetting uit Nederland, worden zij overgebracht naar een vertrekcentrum (om toe te werken naar vertrek). Net als opgepakte illegale vreemdelingen kunnen zij ook gedetineerd worden in een uitzetcentrum (als er daadwerkelijk uitzicht is op uitzetting), detentieboten of een Huis van Bewaring voor vreemdelingenbewaring. Deze detentiecentra resulteren onder de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het ministerie van Justitie en beschikken over medische diensten. Het basisprincipe is dat de medische zorg in de centra gelijk moet zijn aan de reguliere medische zorg (equivalentieprincipe) (Leenen 2002). Daartoe zijn werkafspraken gemaakt met lokale zorgverleners in de tweede lijn en crisisdiensten.

Een arts die werkzaam is in een detentiecentrum, kan in een dubbele positie belanden (Physicians for Human Rights & University of Cape Town 2002). Hij verleent medische hulp aan gedetineerden en heeft terzake zijn eigen professionele standaarden en verantwoordelijkheden. Tegelijkertijd maakt hij (en de medische dienst als geheel) deel uit van de penitentiaire instelling onder leiding van de directeur. De arts kan gevraagd worden om een medisch advies te geven over de plaatsing in een isoleercel of veiligheidsbed. Hiermee kan hij in een loyaliteitsconflict komen tussen zijn curatieve taak en de hiërarchische positie ten opzichte van de leiding van het detentiecentrum. Zeker als een uitzetting aanstaande is, kan het belang van medische behandeling ondergeschikt worden aan dat van inrichtingsregels of het afwerken van procedures.

In het rapport *Zorg achter Tralies* is de IGZ kritisch over de zorg in gevangenissen en huizen van bewaring (IGZ 1999). Het ontbreekt aan zorgvisie, kwaliteitsbeleid met aandacht voor scholing, wetgeving en continuïteit van zorg (Crommentuyn 2003). De IGZ heeft ook kritiek op de medische zorg in de detentiecentra voor vreemdelingen (IGZ 2005). Het ontbreekt daar regelmatig aan voldoende kwaliteit en continuïteit van zorg. Er ontbreken medische normen en richtlijnen om in geval van ziekte of handicap vast te stellen of plaatsing in een dergelijk centrum medisch wel verantwoord is vanuit het perspectief van de kwaliteit van zorg (de zogenaamde detentieongeschiktheid).

Deze kritische rapporten hebben geleid tot verscheidene vervolgtacties, zoals het formuleren van de gezondheidsvisie van de DJI: 'DJI draagt in haar inrichtingen zorg voor een doeltreffende, doelmatige en op de patiënt gerichte gezondheidszorg, waarvan de kwaliteit gelijkwaardig is aan de gezondheidszorg in de vrije maatschappij, rekening houdend met de bijzondere situatie van de vrijheidsbeneming' (DJI 2006). Dit houdt in dat DJI 'zorgt voor een gezond en psychohygiënisch klimaat in haar inrichtingen, waardoor preventie van ziekten zoveel mogelijk wordt gewaarborgd en verslechtering van de gezondheidssituatie van ingeslotenen zoveel mogelijk wordt voorkomen. In de inrichtingen krijgen ingeslotenen zorg op maat aangeboden in passende omstandigheden

en door goed opgeleide professionals. Ook neemt DJI maatregelen voor continuïteit van zorg na verblijf in een van haar inrichtingen' (AVVV 2004). In 2003 is het project 'Verantwoorde medische zorg' binnen DJI van start gegaan. Dit heeft geleid tot een professionalisering van de medische sector bij de instellingen van DJI. In 2006 is ook de Directie Bijzondere Voorzieningen van DJI, waar de detentiecentra voor vreemdelingen onder vallen, gaan participeren in het project Verantwoorde medische zorg. Hierdoor ontstaan er ook voor vreemdelingen bijzondere zorgafdelingen voor ingesloten met psychische of psychiatrische problematiek. Bij de zorg voor deze groep speelt het psycho-medisch overleg een belangrijke rol. Ook kunnen vreemdelingen tegenwoordig op indicatie geplaatst worden in de forensische observatie- en begeleidingsafdeling (DJI 2007).

In 2007 constateert de IGZ dat er in de zorg voor gedetineerde vreemdelingen mede door genoemde maatregelen en initiatieven verbeteringen zijn aangebracht en dat het beeld nu positiever is dan voorheen. Het betekent niet dat dit al voor alle gedetineerde vreemdelingen geldt. Punt van zorg blijft het signaal dat (psychiatrisch) zieke vreemdelingen uitgezet worden of vanuit detentie op straat belanden zonder dat artsen in staat zijn geweest goede vervolgzorg te regelen (IGZ 2007). De gesprekken die de commissie voerde met het veld, leverden het beeld op dat de IND, die hierbij leidend is, in sommige situaties geen oog heeft voor de zorgen van artsen en DJI over de gezondheid van vreemdelingen.

## 6 CASUÏSTIEK

Onderstaande casuïstiek illustreert de hierboven beschreven situaties vanuit het perspectief van de betrokken artsen. De beschrijvingen zijn gebaseerd op bestaande casussen en door aanpassingen geanonimiseerd. De casus wordt beknopt beschreven volgens een vast stramien, gevolgd door een kort commentaar van de commissie.

### Casus 1 Oude man met multiple trombose op straat

#### *Personalia*

Afghaanse man, 76 jaar, alleenstaand, heeft zes jaar geleden asiel aangevraagd in Nederland.

#### *Medisch*

Ten tijde van zijn verblijf in het azc is hij enkele malen in het ziekenhuis opgenomen. De eerste keer vanwege een trombosebeen en vier jaar geleden acuut vanwege massale dubbelzijdige longemboliën. Sindsdien wordt hij ontsteld via de Trombosedienst.

*Juridisch*

Zijn asielverzoek wordt afgewezen. Volgens de beslissing van de IND kan hij terug naar zijn land van herkomst. Daarmee vervalt zijn recht op opvang in een azc en de man wordt op straat gezet. De advocaat noch de IND weet van de medische complicaties.

*Beloop*

De huisarts hoort dat de oude man onverzekerd op straat is gezet en vindt dit medisch onverantwoord. Zij probeert de uitzetting uit het azc te voorkomen via een manager van het azc. Zij informeert de advocaat over haar medische zorgen. De advocaat, die tot dan toe niet op de hoogte was van de medische problemen, probeert via een spoedprocedure bij de rechtbank te voorkomen dat de man onverzekerd op straat belandt, maar krijgt van de rechter geen gelijk.

Als de man daadwerkelijk op straat wordt gezet, meldt de huisarts dit bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg en informeert zij de burgemeester over deze voor haar medisch onverantwoorde situatie. De gemeente zorgt dan voor een plek in de noodopvang waar hij een bed, eten en wat zakgeld krijgt.

De advocaat start een herhaald asielverzoek, waarbij hij ook de medische toestand van de cliënt en de onmogelijkheid van behandeling van zijn aandoening in Afghanistan zal gebruiken als onderbouwing van de nieuwe aanvraag.

*Knelpunt*

De medische informatie is niet bekend in de juridische procedure en is dus niet meegewogen in de beslissing van de IND. Op de dag van de uitzetting uit het azc hoort de huisarts dit van haar patiënt. Pogingen om de verwijdering uit het azc en het op straat zetten te voorkomen, mislukken.

*Dilemma*

Voor de huisarts is het medisch-professioneel gezien niet acceptabel dat een oude en verzwakte man, die een antistollingbehandeling nodig heeft, op straat belandt en onverzekerd raakt. Ondanks de aandacht die zij hiervoor vraagt bij diverse instanties, lukt het niet om vanwege medische redenen de uitzetting van de man ongedaan te maken.

*Commentaar commissie*

Er zijn hier medische argumenten om te voorkomen dat de overheid deze oude, zieke man op straat zet. Dit vraagt om het nadrukkelijk mee laten wegen van medische aspecten bij een dergelijke beslissing over opvangvoorzieningen en het tijdig informeren van en overleggen met behandelende artsen. De bevoegde instanties hadden gehoor moeten geven aan de zorgen van de huisarts en een medisch advies moeten vragen. De huisarts heeft hier conform haar verantwoordelijkheid voor de gezondheid van haar cliënt terecht op aangedrongen.

## Casus 2 Man met psychiatrische problematiek in detentie

### *Personalia*

Man uit Sierra Leone, 24 jaar, heeft op 16-jarige leeftijd in Nederland asiel aanvraagd als alleenstaande minderjarige asielzoeker (ama).

### *Medisch*

De man is lange tijd behandeld door de ggz, afdeling jeugd, vanwege posttraumatische psychische klachten als reactie op de gewelddadige dood van zijn ouders in Sierra Leone. In 2000 is hij een maand opgenomen in de PAAZ na een suïcidepoging door verhangen in reactie op een negatieve beslissing in zijn asielprocedure. In 2003 is hij opnieuw opgenomen na een suïcidepoging. Hij hoort dan stemmen en de diagnose ptss met psychotische episodes wordt gesteld.

### *Juridisch*

Zijn asiilverzoek is definitief afgewezen. Hij wordt opgepakt en in een uitzetcentrum geplaatst. Omdat er geen uitzicht is op snelle uitzetting, wordt hij overgeplaatst naar een andere locatie voor vreemdelingenbewaring. Na acht maanden vreemdelingenbewaring wordt de bewaring opgeheven. Uitzetting lukt niet, omdat zijn land geen reisdocumenten wil afgeven. Vanuit het detentiecentrum zal hij op straat worden gezet.

### *Beloop*

Tijdens de laatste maanden van de detentie verblijft de man grotendeels in een isoleercel vanwege zijn gedrag (hoofdbonken, schreeuwen, automutilatie, anderen lastig vallen en stemmen horen). De arts duidt het gedrag als passend bij een psychose en vindt dat de man psychiatrische behandeling nodig heeft buiten het detentiecentrum. De directeur van het detentiecentrum is het hier echter niet mee eens en roept er een forensisch psychiater van de DJI bij. Deze geeft de man antipsychotische en kalmerende medicatie en meent dat de man in detentie behandeld kan worden.

Als de detentie afloopt, reageert hij verward, opgewonden en dreigend suïcidaal. De crisisdienst van de regionale ggz-instelling wordt erbij gehaald. De medewerkers van de crisisdienst treffen hem aan, terwijl hij in bedwang wordt gehouden met boeien. Na inschatting wordt hij met een inbewaringstelling (IBS) opgenomen op een gesloten psychiatrische afdeling. Daar verbetert zijn toestand. Wel houdt hij dissociatieve episodes met onrust en stemmen.

### *Knelpunt*

Het oordeel van de arts van het detentiecentrum wordt overruled door de directeur. Ook de ingeroepen psychiater denkt dat de man in detentie kan blijven. Er is een professioneel verschil van mening. De medewerkers van de crisisdienst vinden dat een psychiatrisch zieke vreemdeling niet behoort te verblijven in een



dergelijk detentieregime. Ook ervaren zij de toestand waarin zij de man aantreffen, als niet passend bij een menswaardige behandeling. Overleg hierover houdt de medische dienst van het detentiecentrum af.

#### *Dilemma*

Het oordeel van de arts wordt zowel hiërarchisch als inhoudelijk genegeerd. Daarmee heeft hij geen invloed meer op de situatie. De medewerkers van de crisisdienst zijn ernstig geschokt een psychiatrisch zieke man in dergelijke omstandigheden aan te treffen. Zij vragen zich nadrukkelijk af of een man met een dergelijk ziektebeeld en met een psychiatrische voorgeschiedenis zo lang in detentie moet blijven en geïsoleerd moet worden opgesloten. Zij vragen zich tevens af of zij deze mistoestand onder de aandacht moeten brengen van instanties.

#### *Commentaar commissie*

Er is een meningsverschil over het beoordelen van detentie als ongewenst voor deze psychiatrisch zieke man. De vraag is gerechtvaardigd of artsen zich bij dit soort complexe problematiek niet vaker hard zouden moeten maken voor behandeling buiten het detentiecentrum. Dit vraagt om een werkomgeving met heldere professionele autonomie voor artsen, met voldoende aandacht voor kwetsbare individuen en een heldere procedure voor de beslissing over beëindiging van detentie vanwege medische redenen.

### **Casus 3 Medische advisering bij psychiatrische problematiek**

#### *Personalia*

Man uit Iran, 36 jaar, verblijft in Nederland met vrouw en twee kinderen.

#### *Medisch*

De man is in behandeling bij de ggz vanwege een ptss in combinatie met een depressieve stoornis. De klachten zijn ontstaan na gevangenschap en marteling door Iraanse veiligheidstroepen. Na zijn vrijlating is hij eerst opgelapt in een kliniek. Hij is veranderd in een schuwe, angstige man, die extreem wantrouwend is. Dit is soms zo sterk dat het een waanachtig karakter krijgt en hij zelfs zijn vrouw sterk wantrouwt. Op andere momenten heeft hij een sterke doodswens. Met behulp van sociaal-psychiatrische begeleiding en medicatie lukt het om escalaties te voorkomen.

#### *Juridisch*

De asielaanvraag van de man is afgewezen, omdat de IND zijn verhaal als ongehoorbaar beoordeelt. Ook in beroep bij de vreemdelingenrechter en in hoger beroep bij de Raad van State wordt zijn zaak afgewezen.

#### *Beloop*

Na de afwijzing van zijn asielaanvraag verslechtert de psychiatrische toestand

van de man. Zijn vrouw moet regelmatig met de kinderen bij familie verblijven, omdat hij hen niet verdraagt en vertrouwt.

De advocaat vraagt dan een verblijfsvergunning voor medische behandeling aan vanwege de behandeling die hij ondergaat in de ggz. De behandelaars verstrekken informatie aan het BMA. Op basis van het advies van het BMA besluit de IND dat er wel een medische noodsituatie dreigt bij uitblijven van de behandeling, maar dat de man behandeld kan worden in Iran. De namen van de behandelinstellingen waar behandeling kan plaatsvinden in Teheran, worden genoemd.

#### *Knelpunt*

De psychiater is het vanuit zijn behandelperspectief niet eens met de beslissing van de IND, aangezien hij ervan overtuigd is dat de problematiek van de man en zijn gezin ernstig zal escaleren als hij opgepakt en uitgezet wordt. De angst en wanhoop zullen dusdanig toenemen dat de man gevaarlijk voor zichzelf en anderen zal worden. Ook twijfelt hij over de daadwerkelijke behandelmogelijkheden in Iran, mede vanwege de onveiligheid die de man daar zal ervaren. De psychiater schrijft de advocaat over de eisen waaraan de behandeling in Iran volgens hem zou moeten voldoen en dat hij zich afvraagt hoe hieraan kan worden voldaan. Ook probeert hij zijn zorgen te delen met de arts van het BMA. De psychiater heeft sterk de indruk dat de individuele psychiatrische aspecten van de patiënt niet meewegen in het oordeel van het BMA. Dit geldt ook voor de aanwezigheid van de steun van zijn familie in Nederland.

#### *Dilemma*

De psychiater voelt zich machteloos en boos over het oordeel van het BMA, waar hij het als behandelaar totaal mee oneens is. Hij vraagt zich af of hij niet, zonder personalia te noemen, moet proberen te bellen of schrijven naar collega's in de door het BMA genoemde ziekenhuizen om met hen te overleggen over de behandelmogelijkheden.

#### *Commentaar commissie*

Deze casus laat het bijna onoverkomelijke spanningsveld zien tussen het oordeel van het BMA en de mening van de behandelaar. De beperkte invulling van het deskundigenadvies door het BMA brengt dit met zich mee en is voor de psychiater onacceptabel en strijdig met passende en verantwoorde individuele zorg. Vanuit de medische richtlijnen en gedragsregels is er reden om het oordeel van het BMA te beschouwen als onvoldoende toegespitst op de individuele situatie van deze patiënt.

### **Casus 4 Vrouw met hiv-infectie**

#### *Personalia*

Vrouw uit Angola, 32 jaar, alleenstaand, heeft vijf jaar geleden asiel aangevraagd.

*Medisch*

Vrij snel na aankomst in Nederland wordt duidelijk dat de klachten die zij heeft, voortkomen uit haar hiv-infectie. Zij is chronisch onder behandeling van een hiv-behandelcentrum. Zij injecteert dagelijks zelf haar medicatie. Regelmatig verzet zij zich tegen de chronische medicatie en onttrekt zich aan de behandeling, totdat zij weer ziek wordt.

*Juridisch*

Haar asielverzoek is definitief afgewezen. De advocaat heeft een reguliere vergunning aangevraagd vanwege haar medische behandeling hier in Nederland. Het BMA vraagt informatie op bij haar behandelaars en stelt in zijn advies dat er in Angola hiv-behandel mogelijkheden zijn, waar zij behandeld kan worden en dat er geen sprake is van een medische noodsituatie op korte termijn, als de behandeling wordt onderbroken. De IND wijst op basis van dit advies haar aanvraag af.

*Beloop*

De advocaat gaat in beroep tegen de afwijzing. De advocaat komt erachter dat het oordeel van het BMA dat er geen medische noodsituatie op korte termijn ontstaat, gebaseerd is op de informatie verstrekt door de behandelaar. Deze schrijft desgevraagd over de prognose dat zonder behandeling de vrouw waarschijnlijk in vier tot zes maanden ernstig ziek zal worden en zal overlijden. Aangezien dit buiten de termijn van drie maanden valt die de IND en het BMA hanteren voor een medische noodsituatie op korte termijn, is er volgens hen geen sprake van deze noodsituatie. Als de advocaat bij de behandelaar nagaat, hoe hard diens prognose is, blijkt dat daar eigenlijk weinig over te zeggen valt. De behandelaar meende toch een termijn te moeten noemen, mede uit compassie met de patiënt.

Met de nieuwe informatie van de behandelaar dat er eigenlijk weinig te zeggen valt over de prognose, alsmede informatie van de WHO over het zeer lage percentage hiv-geïnfecteden dat in Angola daadwerkelijk behandeld wordt, lukt het de advocaat de beroepszaak te winnen. De IND moet zijn beslissing herzien.

*Knelpunt*

De behandelaar laat zich verleiden tot het uitspreken van een prognose. Normaal doet hij dit eigenlijk niet. Hij heeft geen weet van de definitie die de IND en het BMA hanteren en dat zijn informatie bijdraagt aan de afwijzing van de aanvraag voor een verblijfsvergunning. Overleg met de advocaat helpt hem om de kaders van het werk van het BMA en de IND te begrijpen.

*Dilemma*

Vanuit de hem bekende informatie denkt de behandelaar te weten dat deze vrouw weinig kans maakt op behandeling in Angola. Maar hij twijfelt sterk of hij wel of niet moet meegaan in de strijd die de advocaat voert voor zijn patiënt. Pas als de advocaat hem schetst dat de vrouw grote kans maakt om als illegale

vreemdeling op straat te belanden, besluit hij in overleg met enkele collega's om vanuit behandelperspectief toch mee te werken en de advocaat te informeren over de prognose en over de cijfers van de WHO over hiv-behandelingen in Angola.

*Commentaar commissie*

De negatieve beslissing van de IND voor de vrouw komt mede voort uit het feit dat de behandelaar zich uitsprak over een prognose, die buiten de door de IND en het BMA gehanteerde definitie viel van medische noodsituatie op korte termijn. Dit illustreert het belang van terughoudendheid hierbij. Kennis en heldere communicatie hierover kunnen ook helpen dit soort situaties te voorkomen. Verder laat de casus zien dat het advies van het BMA over behandelmogelijkheden niet de feitelijke behandelmogelijkheden betreft. Dit kan ertoe leiden dat er na uitzetting naar Angola geen sprake is van continuïteit van zorg. De handelwijze van de behandelaar vindt steun in de professionele richtlijnen en gedragsregels, temeer daar het informatie betreft die betrekking heeft op medische kennis en medisch handelen.

## 7 LITERATUUR

- Abkhezr, Y., Klink, B. van & Konink, M.F. de (2004). Inhumaan en schrijnend. De harde werkelijkheid achter het asielbeleid. *Medisch Contact*, 59, p. 149-151.
- Adviescommissie Vreemdelingenzaken (ACVZ) (2004). *Naar één snelle en zorgvuldige asielprocedure (advies)*. Den Haag: ACVZ.
- Adviescommissie Vreemdelingenzaken (ACVZ) (2007). *Secuur en Snel. Voorstel voor een nieuwe asielprocedure*. Den Haag: ACVZ.
- Algemene Vereniging Verpleegkundige en Verzorgenden (AVVV) (2004). *Justitieel Verpleegkundige (beroepsdeelprofiel)*. Utrecht: AVVV.
- Bloemen, E. (2003). Hippocrates in het aanmeldcentrum. De Ac-procedure vanuit medisch perspectief. In A. Terlouw, *Binnen 48 uur. Zorgvuldige behandeling van asielverzoeken?* (p. 103-115) Nijmegen: Wolf Legal Publishers.
- Bloemen, E. (2005). *Een briefje van de dokter... Medische zaken in de asielprocedure*. Utrecht: Pharos.
- Bosch, M. van den, Dijk, G.J. van, Zwaan K. (2002). *Medische aspecten van het Vreemdelingenbeleid. Bijlage bij het rapport Medische aspecten van het Vreemdelingenbeleid van de Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid*. Katholieke Universiteit Nijmegen: Centrum voor Migratierecht.
- Bureau Medische Advisering (BMA) (2007). *Protocol Bureau Medische Advisering*. Den Haag: IND, Gemeenschappelijk Centrum Kennis, Advies en Ontwikkeling.
- Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (2006). *Uitspraak 2004/254 (19-1-2006)*. Den Haag: Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. Ook in *Medisch Contact*, 61, p. 408-410.

- Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (2007). *Uitspraak 2006/147* (4-9-2007). Den Haag: Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg.
- Crommentuyn, R. (2003). Gevangenisartsen in het nauw. *Medisch Contact*, 58, p. 1638-1640.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) (2006). *Gezondheidszorgvisie DJI*. Den Haag: DJI, afdeling Gezondheidszorg.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) (2007). *Psychosociale zorg DJI* (flyer). Den Haag: DJI, afdeling Gezondheidszorg.
- Es, A. van (2003). Trauma's asielzoekers genegeerd. *De Volkskrant*, 30 juli 2003.
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorders in 7000 refugees resettled. *The Lancet*, 365, p. 1309-1314.
- Gerritsen, A., Devillé, W., Linden, F. van der, et al. (2006). Psychische en lichamelijke gezondheidsproblemen van en gebruik van zorg door Afghaanse, Iraanse en Somalische asielzoekers en vluchtelingen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 150, p. 1983-1989.
- GGD Nederland (2005). *Sterfte en doodsoorzaken onder asielzoekers in 2002-2003*. Utrecht: GGD Nederland.
- GGZ Nederland (2005) *Ondanks krimp toch groei? Een Quick Scan naar de behoefte en gebruik van geestelijke gezondheidszorg door asielzoekers in Nederland*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Human Rights Watch (HRW) (2003) *Fleeting Refuge: The triumph of efficiency over protection in Dutch asylum policy* (report). New York: Human Rights Watch ([www.hrw.org](http://www.hrw.org)).
- Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) (2006). Bijlage 3. Externe verantwoording van BMA over 2005. In *Plan van aanpak Bureau Medische Advisering ter uitvoering van het rapport van de Inspectie voor de gezondheidszorg*. Den Haag: BMA. ([www.justitie.nl/images/reactie%20op%20het%20Inspectierapport%20medische%20advisering%20door%20BMA\\_6260\\_tc\\_m34-21201.pdf](http://www.justitie.nl/images/reactie%20op%20het%20Inspectierapport%20medische%20advisering%20door%20BMA_6260_tc_m34-21201.pdf)).
- Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) (2007). *Jaarverslag BMA 2006*. Den Haag: IND, Gemeenschappelijk Centrum Kennis, Advies en Ontwikkeling, Bureau Medische Advisering.
- Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) (1999). *Zorg achter de tralies*. Den Haag: IGZ.
- Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) (2005). Aan medische zorg in aanmeldcentra, vertrekcentra en uitzetcentra mankeert veel. In *IGZ Jaarbericht 2005*, 3.3: 60-61. Den Haag: IGZ.
- Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) (2006a). *Kwaliteit Medische Opvang Asielzoekers* (rapport). Den Haag: IGZ.
- Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) (2006b). *Medische advisering in het kader van het vreemdelingenbeleid door BMA* (rapport). Den Haag: IGZ.
- Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) (2007). *Brief aan Uitzetcentrum Rotterdam Airport, 9-3-2007 (kenmerk 2007-26256/Pr.2/WV/jk) en aan Detentieboten Zuid-Holland, 29-3-2007 (kenmerk 2007-29800/Pr.2/LR/jk)*. Den Haag: IGZ.

- Laban, C., Gernaat, H., Komproe, I., et al. (2005). Invloed van de duur van de asielprocedure op de prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Iraakse asielzoekers in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, p. 743-752.
- Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid (2004). *Medische aspecten van het Vreemdelingenbeleid* (rapport). Den Haag: Ministerie van Justitie/Ministerie van vws.
- Leenen, H.J.J. (2002). *Handboek Gezondheidsrecht, Deel II*. Houten: Bohn Staf-leu Van Loghum.
- Mensinga, M. (2003). *Meldpunt schrijvende gevallen in de ggz* (rapportage). Utrecht: Pharos.
- Minister voor Vreemdelingenzaken en Integratie (2004a). Brief van Minister voor Vreemdelingenzaken en integratie aan de Tweede Kamer, 19-3-2004 (Kamerstuk 75118 / 0304tkkst19637-806).
- Minister voor Vreemdelingenzaken en Integratie (2004b). Wijziging Vreemdelingen-circulaire 2000, nummer 2004/48. Staatscourant, 21 december 2004.
- Nederlands Juristen Comité voor de Mensenrechten (NJCM) (2003). *De AC-procedure: de Achilleshiel van het asielbeleid. Een commentaar van het Nederlands Juristen Comité voor de Mensenrechten op het gebruik van de versnelde asielprocedure in de aanmeldcentra*. (Zie [www.njcm.nl](http://www.njcm.nl)).
- Norredam, M., Mygind, A. & Krasnik, A. (2005). Access to health care for asylum seekers in the European Union – a comparative study of country policies. *European Journal of Public Health*, oktober 2005 (<http://eurpub.oxford-journals.org/cgi/content/abstract/cki191v1>).
- Oomen, H. (2001). Littekens spelen geen rol. *Medisch Contact*, 56, p. 365-367.
- Physicians for Human Rights & University of Cape Town (2002). *Dual Loyalty & Human Rights in Health Professional Practice*. Boston/Kaapstad: Physicians for Human Rights/University of Cape Town.
- Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (2004). *Uitspraak 2002/136 (20-1-2004)*. Den Haag: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg.
- Smeets, R. (2005). Het rapport van de Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid. *Tsg*, 83, p. 183-186.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2003). *Implementations of the Aliens Act*. Geneva: UNHCR.
- Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatie Centrum (wOdc) (2006). *Rapport van de Commissie Evaluatie Vreemdelingenwet 2000*. Den Haag: wOdc/Sig-nificant.



# Bijlage B

## Achtergronden van medische zorg voor illegale vreemdelingen

Inhoud	
1 Huidige situatie .....	73
2 Financiering van zorg .....	74
3 Medisch noodzakelijke zorg .....	76
4 Medische zorg voor illegalen in Europa .....	80
5 Casuïstiek .....	82
6 Literatuur .....	86



## 1 HUIDIGE SITUATIE

### Aantallen illegale vreemdelingen

De groep vreemdelingen in beeld brengen die geen toestemming (meer) heeft om in Nederland te verblijven, is een lastige zaak. Onderzoek komt uit op schattingen met een grote bandbreedte (Engbersen e.a. 2002). In 2005 zijn er tussen de 75.000 en 185.000 illegale vreemdelingen in Nederland (Van der Heiden e.a. 2006). Hieronder bevinden zich 62.500 tot 115.000 niet-Europese illegalen en 12.000 tot 70.000 Europese illegalen. Naar schatting is de helft van de Europese illegalen afkomstig uit Bulgarije en Roemenië. Na de toetreding van deze beide landen tot de Europese Unie in 2007 zijn hun onderdanen vreemdelingrechtelijk niet meer illegaal in Nederland. De onderzoekers schatten dat 10 procent van de niet-Europese illegalen eerder een asielaanvraag heeft gedaan die is afgewezen. De onderzoeksresultaten tonen niet aan dat het aantal niet-Europese illegalen is gedaald. Wel lijkt het aantal Europese illegalen gedaald, maar dit ligt voor de hand gezien de uitbreiding van de EU de laatste jaren.

### Gezondheidsproblemen van illegale vreemdelingen

Huisartsen vinden de aard van de problematiek van illegalen anders dan die van verzekerde patiënten. Kwetsbare groepen zijn vrouwen, bejaarden, jongeren. Het betreft vaak psychische problemen, sociale problemen, klachten over spijsverteringsorganen, urinewegen, huid en zwangerschap. Ook psychosomatiek, functioneel somatische klachten en tropische en/of importziekten komen vaker voor. De klachten van illegalen zijn gemiddeld genomen ernstiger dan van reguliere patiënten. Dit komt doordat het bezoek aan een arts langer wordt uitgesteld. Verder gaan illegalen vaak naar de afdeling spoedeisende hulp van ziekenhuizen. Verloskundigen rapporteren dat illegale vrouwen vaker en ernstiger problemen hebben rondom zwangerschap en bevalling, waardoor ze vaker klinisch bevallen (Kulu Glasgow e.a. 2000; Van Oort e.a. 2001).

### Medische zorg voor illegale vreemdelingen

De effecten van de Koppelingswet op de toegankelijkheid van de gezondheidszorg zijn geëvalueerd in een aantal onderzoeken. Een analyse van deze onderzoeken naar de gezondheid van en de gezondheidszorg voor illegalen heeft geleid tot een aantal waarnemingen.

De toegankelijkheid van de eerstelijns zorg is voor illegalen redelijk. Knelpunten betreffen vooral de duurdere zorg en de zorg waarbij een verwijzing naar de tweede of derde lijn nodig is. De toegankelijkheid van de tweede lijn lijkt beperkt te zijn. De hoge kosten van specialistische en ziekenhuiszorg vormen een belemmering. Er zijn signalen dat deze zorg wordt beperkt. Weinig illegalen ontvangen nazorg en revalidatie. Ook geestelijke gezondheidszorg is waarschijnlijk beperkt toegankelijk. De moeilijkheden om door te verwijzen maken huisartsen over het algemeen terughoudend in het doorverwijzen van illegale patiënten (Van Hertzen & Reijneveld 2002).

De medische zorg lijkt zich te concentreren bij een beperkt aantal zorgverleners. Dit kan leiden tot overbelasting van deze zorgverleners, waardoor de toegankelijkheid en kwaliteit verder onder druk komen te staan. Afgewezen asielzoekers lijken makkelijker dan illegale arbeidsmigranten medische zorg te krijgen, omdat zij de Nederlandse gezondheidszorg beter kennen. Dit geldt ook voor illegalen met een sociaal of familienetwerk. Waarschijnlijk maken illegalen slechts beperkt gebruik van de gezondheidszorg. Dit heeft onder andere te maken met de gemiddeld lage leeftijd van illegalen, angst voor autoriteiten en uitzetting, geen financiële middelen om zorg te betalen, angst om werk en inkomsten te verliezen, onbekendheid met bepaalde voorzieningen en regelingen, en slechte ervaringen met zorgverleners. Ook de maatregelen in het kader van de Koppelingswet kunnen hebben geleid tot een minder gebruik van bepaalde delen van de gezondheidszorg (Van den Muijsenbergh 2004).

De indruk bestaat dat de in 2006 ingevoerde nieuwe zorgverzekeringswet en identificatieplicht in zorginstellingen de medische zorg voor illegalen verder onder druk hebben gezet (Kok en Sikken 2006; Den Otter & Tavenier 2006). Naar aanleiding van de signalen en vragen van de Tweede Kamer heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) onderzoek gedaan (IGZ 2006). Dit leverde geen bevestiging op van ernstige knelpunten in de medische zorg voor illegalen. Wel zal de IGZ de ontwikkelingen nauwlettend volgen en beveelt ze nauwere lokale samenwerking aan. Verder oordeelt de Inspectie dat het begrip 'medisch noodzakelijke zorg' verheldering verdient om conflicten tussen zorginstellingen en verwijzers te voorkomen. Het rapport van de IGZ heeft geleid tot een reactie van de betrokken artsen die zich niet met de conclusies van de IGZ kunnen verenigen. Zij stellen dat er wel degelijk aan mensen tweedelijns zorg wordt onthouden (Sikken & Slockers 2006).

## 2 FINANCIERING VAN ZORG

De Regeling Stichting Koppeling biedt eerstelijns zorgverleners en kraamzorginstellingen een financieel vangnet. Alleen als een in Nederland verblijvende illegale vreemdeling de medische zorg niet kan betalen (ook niet via een betalingsregeling of door derden) is de regeling van toepassing. In sommige situaties doen ook hulpverleners van uitgeprocedeerde asielzoekers een beroep op deze regeling als deze legaal in Nederland zijn, omdat ze een nieuwe procedure zijn gestart, maar toch onverzekerd zijn voor ziektekosten. De Regeling Stichting Koppeling is geen verzekering en biedt evenmin gratis gezondheidszorg. Tegenover het recht op zorg staat immers voor iedereen, ongeacht nationaliteit of verblijfsstatus, de plicht tot betalen. De regeling biedt de arts en andere eerstelijns zorgverleners alleen compensatie voor inkomstenderving van enige omvang als gevolg van het onbetaald verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan vreemdelingen zonder verblijfsvergunning. De zorgverlener bepaalt zelf of er sprake is van een dergelijke inkomensschade.

Algemene en academische ziekenhuizen vallen buiten de regeling; ze kunnen een beroep doen op de voorziening voor dubieuze debiteuren binnen hun eigen budget. Medisch specialistische zorg valt voor een deel ook onder de regeling van de ziekenhuizen. Revalidatiecentra en ambulancediensten kennen een vergelijkbare voorziening. Zorginstellingen gefinancierd via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), zoals ggz en verpleeghuizen kunnen geen beroep doen op de Regeling Stichting Koppeling. De stichting heeft geen financiële middelen beschikbaar om AWBZ-gefinancierde instellingen tegemoet te kunnen komen. Voor de ggz gaat het jaarlijks om 2000 onverzekerde illegale vreemdelingen met een schadelast van 4 miljoen euro (GGZ Nederland 2006a). Wel heeft de rechter de overheid gelast de in het kader van de BOPZ verplichte klinische ggz-zorg te vergoeden aan de betrokken ggz-instelling (Rechtbank Den Haag 2006).

Het is bij zieke illegale vreemdelingen relevant om na te gaan of de situatie van de patiënt zonder verblijfsvergunning van dien aard is, dat een verblijfsvergunning kan worden verkregen op grond van de medische behandeling of medische noodsituatie (zie Bijlage A onder 3). In afwachting van een dergelijke beslissing kan tevens worden geprobeerd de patiënt onder te brengen in de Regeling verstrekkingen asielzoekers (Rva), waardoor de vreemdeling weer in een opvangvoorziening van het COA kan verblijven en verzekerd is tegen ziektekosten. Het is tijdrovend en moeilijk om op dit soort aanvragen een positieve beslissing van de IND te krijgen.

De Stichting Koppeling stelt voorwaarden aan de zorgverlener die medische hulp aan een illegale vreemdeling heeft gegeven, wil deze voor financiële compensatie in aanmerking komen (Stichting Koppeling 2007):

- Er moet sprake zijn van een onbetaalde rekening. Kunnen de kosten van behandeling of medicijnen door of namens de patiënt worden betaald, dan kan geen beroep op de regeling worden gedaan.
- Het moet gaan om medisch noodzakelijke zorg. De Regeling Stichting Koppeling compenseert alleen wanneer er sprake is van het verlenen van ‘medisch noodzakelijke zorg’. De zorgverlener bepaalt of de te verlenen zorg medisch noodzakelijk is. Als uitgangspunt wordt gehanteerd dat het gaat om zorg die onder de Zorgverzekeringswet valt, met een paar uitzonderingen, zoals ivf en geslachtsveranderende behandelingen.
- De patiënt is onverzekerd én onverzekerbaar als gevolg van de Koppelingswet. Vaak zal het gaan om illegale arbeidsmigranten, uitgeprocedeerde asielzoekers, vreemdelingen die niet-uitzetbaar zijn en mensen verwickeld in een aanvraagprocedure voor een verblijfsvergunning of een tweede asielaanvraag.

Omdat de aard en omvang van de problematiek per regio verschilt, werkt Stichting Koppeling nauw samen met regionale platforms. Vertegenwoordigers van huisartsen, apothekers, verloskundigen, ggz, tandartsen en zorgverzekeraars hebben zitting in deze platforms, die gecoördineerd worden door de GGD. Jaarlijks stelt het

regionale platform een begroting op van kosten die de zorgverleners in de betreffende regio verwachten te gaan maken. Namens het regionale platform is de lokale GGD verantwoordelijk voor het indienen van de aanvraag, het beheer van de bijdrage en het vergoeden van de kosten. Het regionale overleg van het platform is het aanspreekpunt voor de individuele zorgverleners. Heel Nederland is afgedekt met deze regionale netwerken (Stichting Koppeling 2007).

In 2008 treedt naar alle waarschijnlijkheid een nieuwe regeling in werking voor de financiering van de zorg voor illegale vreemdelingen (Tweede Kamer der Staten-Generaal 2007).

### 3 MEDISCH NOODZAKELIJKE ZORG

#### Parlementair debat

De begrippen ‘medisch noodzakelijke zorg’, ‘medische zorg in acute noodsituaties’, ‘adequate en onvermijdelijke zorg’ en ‘noodzakelijke medische zorg’ zijn in het politieke debat in de aanloop naar de Koppelingswet door elkaar gebruikt als het gaat om medische hulp voor illegale, onverzekerde vreemdelingen. Daar vallen in elk geval onder: levensbedreiging, gevaar voor blijvend verlies van essentiële functies, gevaar voor derden (infecties als tuberculose, agressief gedrag bij psychische stoornis), zorg voor het (ongeboren) kind, preventieve jeugdgezondheidszorg en vaccinaties (Commissie Zeevalking 1991; Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1995).

Daarom wordt er op het koppelingsbeginsel van de Koppelingswet een uitzondering gemaakt voor spoedeisende en medisch noodzakelijke hulp. In de memorie van toelichting op de Koppelingswet wordt deze zorgplicht beschreven voor die gevallen ‘(...) waarin de verlening van medische zorg niet kan worden uitgesteld of onthouden zonder het leven of de gezondheidstoestand van de betrokkene dan wel Nederlandse Volksgezondheid ernstig in gevaar te brengen’ (Ministerie van vws 1999). Tijdens de behandeling in de Tweede Kamer is de definitie verschoven van acute medische zorg naar medisch noodzakelijke zorg. Een dergelijk begrip is ook in de meeste voorwaarden van ziektekostenverzekeringen opgenomen. Onder medisch noodzakelijke zorg wordt verstaan: onderzoek, behandeling en verpleging die volgens de algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen noodzakelijk zijn. Uiteindelijk bepaalt de arts of in een voorkomend geval sprake is van medisch noodzakelijke zorg (Ministerie van vws 1999).

De Stichting Koppeling beschouwt als medisch noodzakelijke zorg hetzelfde pakket aan zorg dat aan legale asielzoekers wordt verstrekt. Dat omvat alle zorg op basis van de Ziekenfondswet en de AWBZ uitgezonderd IVF, geslachtsveranderende behandelingen en bepaalde tandheelkundige zorg (Stam & Jansen 1999).

Tijdens parlementaire discussies in 2006 over de medische zorgverlening aan illegalen in het licht van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel is het standpunt van de overheid nog eens bevestigd. De minister van vws: ‘Ik concludeer

dat zorg waarop illegalen aanspraak kunnen maken, nagenoeg alle zorgvormen betreft die zijn opgenomen in het wettelijke sociale verzekeringspakket (Zvw en Awbz), maar slechts onder de voorwaarde dat de vraag of de zorg wel nu en hier moet worden verleend positief wordt beantwoord door de behandelend arts' (Ministerie van vws 2006). Wel brengt de minister een nieuw element in dat meegewogen zou moeten worden in de beoordeling van de te verlenen medische zorg, namelijk de duur van het verblijf: 'De noodzaak van de medische zorg dient te worden gezien in samenhang met de nog te verwachten duur van het verblijf. Daarbij geldt dat bij personen die hier niet rechtmatig verblijven er per definitie niet van mag worden uitgegaan dat deze hier gedurende onbepaalde tijd zullen blijven.'

### **Commissie Smeets**

De Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid, ook genoemd de Commissie Smeets, heeft zich ook uitgesproken over de medisch noodzakelijke zorg voor illegale vreemdelingen (Landelijke Commissie Medische aspecten van het Vreemdelingenbeleid 2004). In het kader van dit rapport is de daar gevoerde discussie relevant. De commissie stelt dat 'het begrip 'noodzakelijk' een waardeoordeel behelst over de kans dat het onthouden van zorg voor het betreffende individu tot negatieve uitkomsten leidt. Het waardeoordeel kan worden beschouwd vanuit het perspectief van drie elementen: kansen, individu en uitkomst. Het is lastig is om tot een dergelijk waardeoordeel te komen vanwege medisch ethische bezwaren alsmede onduidelijke haalbaarheidsgronden. Anderzijds is er sprake van pogingen om deze drie elementen 'kansen', 'individu' en 'uitkomst' nader te expliciteren en vanuit een utilitaire gedachtevorming te komen tot grenzen rond het begrip medisch noodzakelijke zorg. Dit laatste speelt met name bij de samenstelling van het basispakket en betreft een waardeoordeel over het aanwenden van gemeenschapsmiddelen voor de zorgvraag van een individu.

Het begrip 'uitkomst' omvat sterfte (mortaliteit), ziektebelasting (morbiditeit), handicaps en beperkingen (disabilities) en kwaliteit van leven. Het begrip 'individu' omvat leeftijd, geslacht, inkomenspositie, etnische identiteit en maatschappelijke status. Het begrip 'kansen' is gebaseerd op kennis over een bepaalde aandoening en de inschatting van de gevolgen van het geven of onthouden van zorg aan een specifiek individu.'

Ook zegt de commissie Smeets dat 'vanuit de medische ethiek er geen grondslag is voor het maken van onderscheid tussen vreemdelingen en Nederlandse staatsburgers; de waardering van de uitkomsten en kansen op basis van medische inzichten zal niet veranderen en de medisch ethische beroepsnormen stellen daarnaast dat een ieder die zorg nodig heeft ook geholpen dient te worden. Er zijn vanuit medisch ethisch perspectief geen gronden om het begrip medisch noodzakelijke zorg voor illegalen verder in te beperken dan de inperking die vanwege de sociale ziektekostenverzekering al voor alle (overige) ingezetenen van Nederland geldt, en af te wijken van de praktijk dat het bepalen van de

noodzakelijkheid van de zorg door de arts geschiedt vanuit het principe dat elke patiënt gelijk is.’

Dit resulteert in aanbeveling 11: ‘De commissie adviseert de ministers expliciet de verantwoordelijkheid te erkennen voor de gezondheidszorg van een ieder die op Nederlands grondgebied verblijft. Aan een ieder die op Nederlands grondgebied verblijft, dient de overheid het recht op noodzakelijke zorg te blijven garanderen, waarbij de medische professie het primaat houdt op indicatiestelling. Wel verdient het aanbeveling de toegankelijkheid tot noodzakelijke zorg voor zowel onverzekerde vreemdelingen als onverzekerde Nederlanders de komende jaren te monitoren.’

De commissie Smeets wil met deze aanbeveling aangeven dat zij het begrip ‘medisch noodzakelijke zorg’ zo wil uitleggen dat daaronder wordt verstaan de zorg volgens het basispakket van het ziekenfonds. Wel vindt zij dat ‘een onzekere verblijfsstatus onderdeel kan vormen van de gebruikelijke indicatiestelling door de arts, bijvoorbeeld als door de te verwachten verblijfsduur het beoogde behandelings-effect niet kan worden bereikt. Op grond daarvan kan de arts besluiten de behandeling niet te beginnen of voor een andere behandeling te kiezen.’

### **GGZ Nederland**

GGZ Nederland omschrijft op grond van de geldende wetgeving het begrip medisch noodzakelijke zorg als de zorg volgens de AWBZ en het basispakket Zorgverzekeringswet. Voor de vraag of genoemde zorg als ‘noodzakelijke’ zorg moet worden verleend, wordt aangesloten bij hetgeen er over het begrip ‘medisch noodzakelijke zorg’ is vastgesteld tijdens de behandeling van de Koppelingswet in 1998. Volgens de (toenmalige) minister van vws is medisch noodzakelijke zorg alle medische zorg die artsen noodzakelijk vinden. Daaronder valt dus ook een verwijzing naar een psychiater, indien dat de behandeling is die een arts voor de betreffende patiënt het meest geëigend acht.

Voor de ggz kunnen bij de invulling van het begrip ‘noodsituatie’ parallellen (en mogelijk daarmee houvast) worden gezocht in de gevaarscriteria voor opnemming in het kader van de wet BOPZ.

GGZ Nederland concludeert dat alle personen die in Nederland verblijven, recht hebben op ‘medisch noodzakelijke zorg’ met inbegrip van zorg die moet worden verleend om te voorkomen dat iemand in een acute noodsituatie terechtkomt. Het is uiteindelijk aan de arts/psychiater om te beoordelen of zorg noodzakelijk en niet uitstelbaar is, handelend vanuit zijn medisch-professionele verantwoordelijkheid en zonder onderscheid des persoon (GGZ Nederland 2006b).

### **Medisch noodzakelijke zorg in buitenland**

De term medisch noodzakelijk wordt in de vs en Canada vooral gebruikt in de context van de te vergoeden zorg door verzekeringsmaatschappijen. Toch kan de daar gevoerde discussie relevant zijn voor de situatie in Nederland.

De door de Canadese overheid ingestelde *Commission on the Future of Health Care in Canada* zoekt naar verheldering van de term medisch noodzakelijk, wat

het is en wie erover beslist (Commission on the Future of Health Care in Canada 2002). Dit is daar relevant omdat de Canadese Health Act bepaalt dat als zorg medisch noodzakelijk is, deze volledig wordt gefinancierd en aangeboden door de overheid, gebaseerd op de behoefte van de patiënt en niet op het vermogen om hiervoor te betalen. Voor zorg die wordt beoordeeld als niet noodzakelijk, moet de patiënt direct betalen. Deze terminologie is niet verder uitgewerkt. Artsen beslissen wat medisch noodzakelijk is op basis van individuele patiëntkenmerken.

In een poging om meer grip te krijgen op het concept van medisch noodzakelijke zorg is in Canada gekeken naar drie manieren om tot een verheldering van dit begrip te komen.

- 1 Definiëring van medisch noodzakelijk door de overheid, vanuit het perspectief van verplichte dekking door de verzekering. Het definiëren van medisch noodzakelijke zorg kan variëren van het formuleren van principes tot een lange lijst van omschreven zorg.
- 2 Een groep experts uit de gezondheidszorg moet bepalen, welke diensten en behandelingen medisch noodzakelijk zijn. In het hele spectrum van medische behandelmogelijkheden zijn er verschillen in medische noodzaak, afhankelijk van de omstandigheden en de ernst van de aandoening. Medische noodzaak bij de ene patiënt betekent nog niet dat dit ook het geval is bij een patiënt. Ook de effectiviteit van behandeling moet een rol spelen, hoewel dit zeer complex is.
- 3 De individuele gezondheidswinst voor de patiënt gebruiken als maat voor medische noodzaak. Bij een dergelijke brede benadering kan het ook passen om te zeggen dat alles wat de gezondheid van een patiënt verbetert, gefinancierd moet worden. Dit biedt tevens ruimte voor diverse vormen van preventie en voor niet-medische zaken zoals huisvesting en onderwijs. Er komen dan geen definities of een lijst. Het is aan de arts om in samenspraak met de patiënt hierbij beslissingen te nemen.

Het debat hierover is in Canada nog niet afgerond. De benaderingswijze vertoont parallellen met de discussie in Nederland. Alleen betreft het in Nederland vooral illegale vreemdelingen, waar het in Canada gaat over onverzekerde ingezetenen.

Vergelijkbaar is de situatie in de Verenigde Staten waar de *Health Security Act* stelt dat de kosten worden gedekt van zorg die medisch noodzakelijk is (Mariner 1994). Deze wet definieert echter niet de term ‘medisch noodzakelijk’. Bij afwezigheid van een breed gedragen definitie van medische noodzaak zullen bepaalde medische diensten niet gegarandeerd zijn voor alle patiënten. Zonder een definitie van medische noodzaak of regelgeving met behandelingen die vergoed worden, zullen verzekeringsmaatschappijen zelf bepalen wat medisch noodzakelijk is voor hun klanten. Medische zorg moet soms via rechtszaken afgedwongen worden. Rechtbanken besluiten dan soms dat de beslissing over de medische noodzaak van een behandeling bij de behandelend arts ligt en niet bij

niet-medisch personeel of bij overheidsambtenaren. Maar ook komt het tot beslissingen waarbij aan de soms zeer strikte richtlijnen van een verzekeraar meer gewicht wordt toegekend dan aan het oordeel van de individuele arts. Een van de weinige definities van medisch noodzakelijke zorg staat in het reglement van een bedrijf dat de tegemoetkoming van kosten voor medische zorg limiteert tot medisch noodzakelijke zorg: *'Medically necessary means any service or supply used to identify or treat an illness or injury which is appropriate to the patient's diagnosis, consistent with the location of service and with the level of care provided. The service should be widely accepted by the practicing peer group, should be based on scientific criteria, and should be determined to be reasonable safe. The service may not be of an experimental, investigative or research nature, except in those instances in which prior approval has been obtained.'* (Mariner 1994)

De problemen bij het definiëren van psychische ziekten heeft in de Verenigde Staten bijgedragen aan het uitsluiten van vergoedingen voor behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg.

Gezien de verschillende belangen (patiënt, overheid, verzekeraar) bij het definiëren van de noodzaak van bepaalde vormen van medische zorg wordt geadviseerd dat een onafhankelijk instituut (als de National Health Board) aanbevelingen en regelingen ontwikkelt die leiden tot een uniforme verdeling van medische zorg. Tot op heden is het daar niet van gekomen.

Door de onduidelijkheid over de al dan niet noodzakelijkheid van zorg dreigt de autonomie van artsen af te nemen en de macht van verzekeraars toe te nemen (Rosenbaum e.a. 1999). Artsen ervaren het als slecht medisch beleid om algemene regels toe te passen op iedere individuele patiënt zonder rekening te houden met specifieke individuele aspecten. Rekening houden met individuele variatie is de kern van het medisch handelen. Regelingen over medische noodzaak dienen flexibel genoeg te zijn om rekening te houden met de behoeften en omstandigheden van iedere patiënt. Het is van belang om goed te kijken naar het proces van beslissen bij zorgverzekeraars over de medische noodzaak van bepaalde medische behandelingen. Vaak krijgen de eigen regels en beslissingen van de verzekeraar een groter gewicht in hun richtlijnen en financiële dekking dan gedegen wetenschappelijk onderzoek. De conclusie is dat het nodig is dat er regelgeving komt om de verbinding tussen medische noodzaak en medisch-professionele standaarden in de praktijk te waarborgen.

#### 4 MEDISCHE ZORG VOOR ILLEGALEN IN EUROPA

In België geldt voor vreemdelingen zonder wettig verblijf dat zij recht hebben op 'dringende medische hulp' (Medimmigrant 2004). Het omvat medische zorg van zowel preventieve als curatieve aard. De zorg kan ambulante en klinisch worden verstrekt, met inbegrip van noodzakelijke nazorg. Hieronder vallen onderzoeken die noodzakelijk zijn om tot een juiste diagnose te komen, behande-



lingen, medicatie, nazorg en revalidatie. Het woord ‘dringend’ doet vermoeden dat het alleen gaat om hulp in heel dringende gevallen, maar dit is niet het geval. Ook als iemand ‘gewoon’ ziek is, heeft hij recht op medische zorg. De overheid heeft niet bepaald op welke zorg iemand wel of niet recht heeft en het is alleen aan de arts om dit te bepalen. Acute medische zorg wordt in België omschreven als ‘hoogdringende geneeskundige hulpverlening’ (die onmiddellijk vereist is bij een ongeval of ziekte) en geldt voor iedereen, ook voor mensen zonder wettig verblijf. Het ocmw (Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn) moet de kosten van de dringende medische hulp terugbetalen aan de zorgverlener, mits er een medisch getuigschrift van de arts ligt waarin de dringende noodzakelijkheid van de zorg is vastgesteld.

In een onderzoek naar de toegankelijkheid van de zorg voor illegale migranten in zes Europese landen (Spanje, Italië, Verenigd Koninkrijk, Duitsland, België en Nederland) worden de volgende zaken geconcludeerd (Romero-Ortuno 2004). Illegale migranten vertegenwoordigen 1 procent van de populatie in de Europese Unie (EU). Daarbij is gezondheidszorg geen *pull factor* en het ontzeggen van medische zorg geen *push factor*. Als staten willen voldoen aan alle verplichtingen ten aanzien van gezondheid(szorg) voor alle personen binnen hun landsgrenzen volgens de internationale verdragen, vraagt dit noodzakelijkerwijs om een inclusie van illegale migranten in het gezondheidszorgsysteem.

Er zijn aanwijzingen dat illegale migranten minder gebruik maken van gezondheidszorgvoorzieningen dan anderen. Dit is te wijten aan zaken als angst voor (aangifte bij) autoriteiten, gebrek aan geld en tijd, gebrek aan informatie over rechten en voorzieningen, ingewikkelde procedures en discriminatie.

Van de onderzochte landen is de toegang tot zorg voor illegalen in Spanje het best. Illegale migranten kunnen zich bij de lokale overheid laten registreren, waarmee zij voor dezelfde medische zorg in aanmerking komen als Spanjaarden. Uitwisseling tussen deze lokale registratie en de centrale registratie van vreemdelingen in het kader van opsporing is bij wet verboden.

Ook in Italië kunnen illegale migranten gelijke medische zorg krijgen als ingezetenen door te verklaren dat ze de financiële middelen ontberen. Daarmee krijgen ze een anonieme identificatiecode, die gedurende zes maanden toegang geeft tot de medische zorg. De regionale gezondheidsautoriteit vergoedt de kosten van deze zorg.

In het Verenigd Koninkrijk is de medische zorg gratis voor ingezetenen. Alleen de acute ziekenhuiszorg is gratis toegankelijk voor illegale migranten, inclusief een opname van één nacht. Verdere (poli)klinische zorg moet worden betaald. Huisartsen mogen iedereen 14 dagen gratis behandelen als er sprake is van ‘acute of direct noodzakelijke’ zorg.

In Duitsland is het voor illegale migranten lastig medische zorg te krijgen zonder dat ervoor betaald wordt. Alleen acute medische hulp kan verleend worden, waarbij de zorgverleners hun kosten terug kunnen krijgen.

De gang van zaken in België en Nederland is hierboven beschreven.

## 5 CASUÏSTIEK

In onderstaande casuïstiek worden de hierboven genoemde knelpunten en dilemma's geïllustreerd vanuit het perspectief van de betrokken artsen. De casussen zijn gebaseerd op bestaande situaties en door aanpassingen geanonimiseerd. De casus wordt beknopt beschreven volgens een vast stramien, gevolgd door een kort commentaar van de commissie.

### Casus 1 Operatie vanwege galstenen

#### *Personalia*

Een Armeense vrouw, 38 jaar, woont als uitgeprocedeerde asielzoekster met haar twee kinderen bij een opvanggezin (via de kerk). Zij verblijft illegaal in Nederland en is niet verzekerd voor ziektekosten.

#### *Medisch*

Zij bezoekt de huisarts voor koliekachtige pijnklachten in de rechterbovenbuik. Vanwege haar onverzekerde status overlegt de huisarts vooraf met de röntgenoloog van het ziekenhuis om te regelen dat een echografie van de bovenbuik gemaakt wordt. Op de echografie is zichtbaar dat zij galstenen heeft. Zij wordt verwezen naar de chirurg die haar toezegt te zullen opereren en op de opnamelijst plaatst. Op de dag van de opname wordt zij weer naar huis gestuurd, als blijkt dat zij onverzekerd is en de kosten van de operatie niet kan betalen. De chirurg verontschuldigt zich nog voor de vervelende situatie, maar zegt daaraan ook niets te kunnen veranderen omdat het geen acute zorg betreft.

#### *Beloop*

Vrijwilligers die haar begeleiden, proberen een operatie gedaan te krijgen in een ander ziekenhuis, maar zonder succes. De vrouw komt vaak bij de huisarts met heftige pijnklachten in de bovenbuik. Ook doet zij frequent een beroep op de huisartsenpost. Zij slikt veel pijnstillers.

De huisarts overlegt nog eens met de chirurg, maar die zegt dat hij het niet gedaan krijgt in het ziekenhuis om haar te opereren. Wel suggereert hij dat een spoedoperatie onder verdenking van acute cholecystitis zeker zal moeten gebeuren, als zij onverhoopt hoge koorts krijgt in combinatie met pijn in de gals-treek. De huisarts neemt zich voor haar bij de eerste de beste periode met koorts naar het ziekenhuis te sturen voor een operatie.

#### *Knelpunt*

De indicatie voor een operatieve verwijdering van de galblaas is evident voor alle partijen. Toch vindt deze operatie niet plaats vanwege onvoldoende urgentie. Hierdoor is er veel medisch lijden voor de vrouw. Het wachten is op een complicatie, namelijk een ontsteking van de galblaas.

*Dilemma*

Mag de arts vanwege de onverzekerde staat van de patiënte anders handelen, namelijk niet opereren, dan hij volgens normale eigen richtlijnen zou moeten doen, namelijk wel opereren?

*Commentaar commissie*

Er is hier reden om medisch te handelen volgens de richtlijnen. Gezien de klachten van de vrouw, het frequent consulteren van artsen en het risico op complicaties heeft de chirurg de plicht passende medische zorg te leveren in de vorm van het operatief verwijderen van de galblaas. Financiële argumenten dienen hier ondergeschikt te zijn aan de medische argumenten.

**Casus 2 Opstarten oncologische behandeling***Personalia*

Een vrouw van onbekende nationaliteit met een geschatte leeftijd van 40 tot 50 jaar is door de politie in een stadspark opgepakt. Zij is niet in het bezit van papieren en haar identiteit kan niet worden vastgesteld. Zij spreekt een paar woorden Nederlands, maar haar herkomst en geschiedenis zijn niet te achterhalen. Het vermoeden bestaat dat zij uit een Oost-Europees land komt.

*Medisch*

De politiearts onderzoekt haar in de cel en constateert een zwerende, kwaadaardig ogende tumor aan een van haar borsten. Hij regelt een afspraak bij de internist in het ziekenhuis. Na onderzoek blijkt zij een kwaadaardig mammacarcinoom te hebben. Aangezien de prognose redelijk goed is vanwege de afwezigheid van metastasen, wil de internist een behandeling starten met cytostatica en bestraling.

*Beloop*

Tussen de maatschap van internisten en de ziekenhuisdirectie ontstaat discussie over de aan te bieden behandeling bij deze onverzekerde vrouw. Een complicerende factor is dat het moeilijk is de vrouw uit te leggen wat er medisch aan de hand is en wat de behandelplannen zijn. Zij lijkt dit niet te snappen en verzet zich soms tegen de behandeling. Via het maatschappelijk werk worden er pogingen gedaan haar herkomst te achterhalen. Ook wordt contact gelegd met een vreemdelingenadvocaat die mogelijkheden ziet voor een verblijfsvergunning. Dit vraagt wel om een goed samenspel tussen artsen en advocaat. Bij een positieve beslissing is de vrouw verzekerbaar. Probleem is dat de behandeling medisch gezien niet kan wachten op de afloop van deze procedure.

*Knelpunt*

De internist wil medisch gezien zo snel mogelijk beginnen met behandelen, maar dreigt hierover in conflict te komen met de directie van het ziekenhuis. De

juridische mogelijkheden bieden geen oplossing op korte termijn.

#### *Dilemma*

Mag de arts vanwege de onverzekerde staat van de patiënte anders handelen, namelijk niet starten met de behandeling, dan hij volgens normale eigen richtlijnen zou moeten doen?

#### *Commentaar commissie*

Er is hier reden om snel medisch te handelen volgens de richtlijnen. Gezien de ernst van de diagnose en de afwezigheid van uitzaaiingen is het starten van de behandeling volgens protocol medisch noodzakelijk. Financiële argumenten dienen hier ondergeschikt te zijn aan de medische argumenten.

### **Casus 3 Operatie voor glaucoom**

#### *Personalia*

Een Antilliaanse vrouw van 58 jaar verblijft al acht jaar illegaal bij haar kinderen in Nederland en is niet verzekerd voor ziektekosten.

#### *Medisch*

Vanwege visusklachten bezoekt zij een oogarts die een verhoogde oogdruk (glaucoom) constateert en medicatie voorschrijft. De familie betaalt zowel de consulten als de medicatie. Als na jaren behandeling de visus verslechtert, is een operatie noodzakelijk. De familie meldt aan de oogarts dat zij de kosten voor een operatie niet kan opbrengen zonder zelf in de problemen te geraken met schuldeisers en deurwaarders. Vanwege de zorg voor hun moeder hebben enkele kinderen al veel schulden moeten maken. Zonder betaling wil de oogarts de operatie echter niet doen.

#### *Beloop*

Als na enige tijd de visus nog verder verslechtert, overlegt de huisarts van haar dochter met een andere oogarts over een verzoek om toch de noodzakelijke operatie te doen. Deze oogarts zegt dit te willen doen als hij dit nodig acht. In het ziekenhuis ontstaan problemen met de financiële administratie die van de vrouw een schuldbetekenis en betalingsregeling eist, alvorens zij in aanmerking kan komen voor een operatie. De familie is ten einde raad. De oogarts wil geen conflict met het ziekenhuis.

#### *Knelpunt*

De indicatie voor een urgente operatieve behandeling van het glaucoom is helder. Toch laat de eerste oogarts dit achterwege, omdat de operatie niet betaald kan worden. Bij de tweede oogarts staat het ziekenhuis de operatie in de weg vanwege de eis tot betaling. Hierdoor treedt er ernstige vertraging op in een noodzakelijke behandeling met waarschijnlijk een meer dan nodig verlies van functie.

*Dilemma*

Mag de arts vanwege de onverzekerde staat van de patiënte anders handelen, namelijk niet opereren, dan hij volgens normale eigen richtlijnen zou moeten doen, namelijk wel opereren?

*Commentaar commissie*

Er is hier reden om snel medisch te handelen volgens de richtlijnen. Gezien de gestelde indicatie voor operatie is het risico op onnodig functieverlies bij uitstel medisch niet verantwoord. De plicht tot het verlenen van zorg dient voorop te staan. Financiële argumenten dienen hieraan ondergeschikt te zijn.

**Casus 4 Behandeling voor depressie***Personalia*

Een Iraanse man van 42 jaar is uitgeprocedeerd als asielzoeker, woont bij vrienden en verblijft illegaal in Nederland.

*Medisch*

De man komt bij de huisarts vanwege ernstige depressiviteit. De huisarts begint met antidepressieve medicatie en overlegt met een psychiater van de ggz-instelling over een verwijzing gezien de ernst van het ziektebeeld. Na overleg met de directie weigert de psychiater de verwijzing omdat de man onverzekerd is, geen perspectief heeft op een bestaan in Nederland en elk moment opgepakt kan worden om uitgezet te worden. Deze factoren maken volgens de psychiater een ggz-behandeling niet zinvol.

*Beloop*

De huisarts behandelt de man aanvankelijk zelf met medicatie en korte gesprekken. Als na enkele maanden de klachten verergeren en de man zich in toenemende mate suïcidaal uit, overlegt hij nog een keer met de psychiater. De crisisdienst van de ggz-instelling beoordeelt de man en na overleg met de psychiater komt er advies voor aanpassing van de medicatie. Maar een behandeling bij de ggz wordt wederom afgehouden.

*Knelpunt*

De huisarts hanteert zijn normale criteria voor een verwijzing naar de ggz. Daar worden de situationele factoren als reden gehanteerd om zorg niet te indiceren en te weigeren. Ook de kans op uitzetting en afbreken van behandeling wordt als reden van weigering genoemd. De huisarts wordt hiermee gedwongen zorg te verlenen, terwijl er naar zijn inzicht behoefte is aan specialistische hulp.

*Dilemma*

Mag de arts (psychiater) andere dan de gebruikelijke criteria hanteren voor het in behandeling nemen vanwege de specifieke situatie en onverzekerde staat

van de depressieve illegale vreemdeling? Kan de onzekerheid over de verblijfsduur fungeren als argument tegen het opstarten van een ggz-behandeling, mede gezien het feit dat de man enkele maanden later nog steeds hier verblijft en medische zorg nodig heeft?

*Commentaar commissie*

De ggz-richtlijn voor depressie noemt sociale omstandigheden en onverzekerde zijn niet als contra-indicatie voor een behandeling. Wel kunnen specifieke individuele elementen, zoals het risico op afbreken van de behandeling bij uitzetting, van invloed zijn op de wenselijk geachte aard van de zorg die aangeboden wordt. De huisarts en de psychiater lijken verschillende ideeën te hebben over de indicatie voor de benodigde zorg mede op basis van de illegale status.

In het kader van de Handreiking onverzekerden in de ggz (GGZ Nederland 2006) is er een plicht tot het beoordelen van de medische noodzakelijkheid van zorg. Daarbij is het uiteindelijk aan de arts en psychiater om te beoordelen of zorg noodzakelijk en niet uitstelbaar is, handelend vanuit zijn medisch-professionele verantwoordelijkheid en zonder onderscheid des persoons. Deze casus laat zien dat het afhouden van zorg later tot een crisissituatie kan leiden. Dit kan voorkomen worden door bij de indicatiestelling uit te gaan van passende en verantwoorde zorg.

## 6 LITERATUUR

- Commissie Zeevalking (1991). *Eindrapport van de Commissie Binnenlands Vreemdelingentoezicht*. Den Haag: Ministerie van Justitie/Ministerie van vws.
- Commission on the Future of Health Care in Canada (2002). *Medically Necessary: What is it and who decides?* Ottawa: Commission on the Future of Health Care in Canada.
- Engbersen, G., Staring, R., Leun, J. van der, Boom, J. de, Heijden, P. van der & Cruijff, M. (2002). *Illegale vreemdelingen in Nederland. Omvang, overkomst, verblijven uitzetting*. Rotterdam: RISBO.
- GGZ Nederland (2006a). *Financiering medisch noodzakelijke ggz aan illegalen*. Brief aan de Tweede Kamer (3-10-2006).
- GGZ Nederland (2006b). *Handreiking onverzekerden in de GGZ (versie 060717)*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Heiden, P. van der, Gils, G. van, Cruijff, M. & Hessen, D. (2006). *Een schatting van het aantal in Nederland verblijvende illegale vreemdelingen in 2005*. Den Haag/Utrecht: WODC/Universiteit Utrecht.
- Herten, L.M. van & Reijneveld, S.A. (2002). *Gezondheidszorg voor illegalen en asielzoekers: Resultaten van een literatuurstudie en een invitationale conferentie*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) (2006). *Interne nota*. ([www.igz.nl/274616/nota\\_igz\\_zorg\\_voor\\_onverzekerden.pdf](http://www.igz.nl/274616/nota_igz_zorg_voor_onverzekerden.pdf)).

- Kok, M. & Sikken, F. (2006). Tweedeling op straat. *Medisch Contact*, 61 (20), p. 843.
- Kulu Glasgow, I., Bakker, D. de, Weide, M. & Arts, S. (2000). *Illegalen aan de 'poort' van de gezondheidszorg: toegankelijkheid en knelpunten in de zorg van huisartsen, verloskundigen en spoedeisende hulpafdelingen*. Utrecht: NIVEL.
- Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid (2004). *Medische aspecten van het Vreemdelingenbeleid* (rapport). Den Haag: Ministerie van Justitie/Ministerie van vws.
- Mariner, W.K. (1994). Patients' Rights after Health Care Reform: Who decides what is medically necessary? *American journal of Public Health*, 84 (9), p. 1515-1520.
- Medimmigrant (2004). *Toegang tot de gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf* (notitie) ([www.medimmigrant.be/dmh%20tekst%20voor%20website%20nl.pdf](http://www.medimmigrant.be/dmh%20tekst%20voor%20website%20nl.pdf)). *Dringende medische hulp aan mensen zonder wettig verblijf* (folder) ([www.medimmigrant.be/dringende%20medische%20hulp.ned.web.pdf](http://www.medimmigrant.be/dringende%20medische%20hulp.ned.web.pdf)). Brussel: Medimmigrant.
- Ministerie van vws (1999). *Brief aan de Tweede Kamer betreffende de Regeling Stichting Koppeling d.d. 17-3-1999* (GVM/MO/991069).
- Ministerie van vws (2006). *Brieven Tweede Kamer d.d. 21-3-2000* (Kamerstuk 44648) en d.d. 16-10-2006 (Z/VV-2723002).
- Muijsenbergh, M. van den (2004). *Ziek en geen papieren. Gezondheidszorg voor mensen zonder geldige verblijfspapieren*. Utrecht: Pharos.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1995). *Gezondheidszorg voor illegaal verblijvende vreemdelingen. Advies over de gevolgen van de koppelingswet voor de gezondheidszorg*. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid.
- Oort, M. van, Kulu Glasgow, I., Weide, M. & Bakker, D. de (2001). *Gezondheidsklachten van illegalen: een landelijk onderzoek onder huisartsen en spoedeisende hulpafdelingen*. Utrecht: NIVEL.
- Otter, J. den & Tavenier, D. (2006). Gelijke rechten op gezondheidszorg. *Medisch Contact*, 61 (33/34), p. 1316-1318.
- Rechtbank Den Haag (2006). Uitspraak Kort Geding 06/686, *Gezondheidszorg Jurisprudentie*, d.d. 26-7-2006, met noot van V.L. Derckx.
- Romero-Ortuno, R. (2004). Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned? *European Journal of Health Law*, 11, p. 245-272.
- Rosenbaum, S., Frankford, D. & Moore, B. (1999). Who should Determine when health care is medically necessary? *The New England Journal of medicine*, 340 (3), p. 229-232.
- Sikken, F. & Slockers, M. (2006). *Open brief*, 17-7-2006.
- Stam, T. & Jansen, K. (1999). *Jaarverslag 1997/1998 en werkplan 1999*. Amsterdam: Stichting Koppeling.
- Stichting Koppeling (2007). Informatie van website [www.stichtingkoppeling.nl](http://www.stichtingkoppeling.nl).
- Tweede Kamer der Staten-Generaal (2007). *Voorstel van Wet 31249* 17.10.2007.

*knmg*  
Beleid & Advies  
Opleiding & Registratie  
Medisch Contact & Artsennet

 **LHV**  
Landelijke Huisartsen Vereniging

NEDERLANDSE  
VERENIGING VOOR  
PSYCHIATRIE 

 Orde van Medisch Specialisten

**PHAROS** 