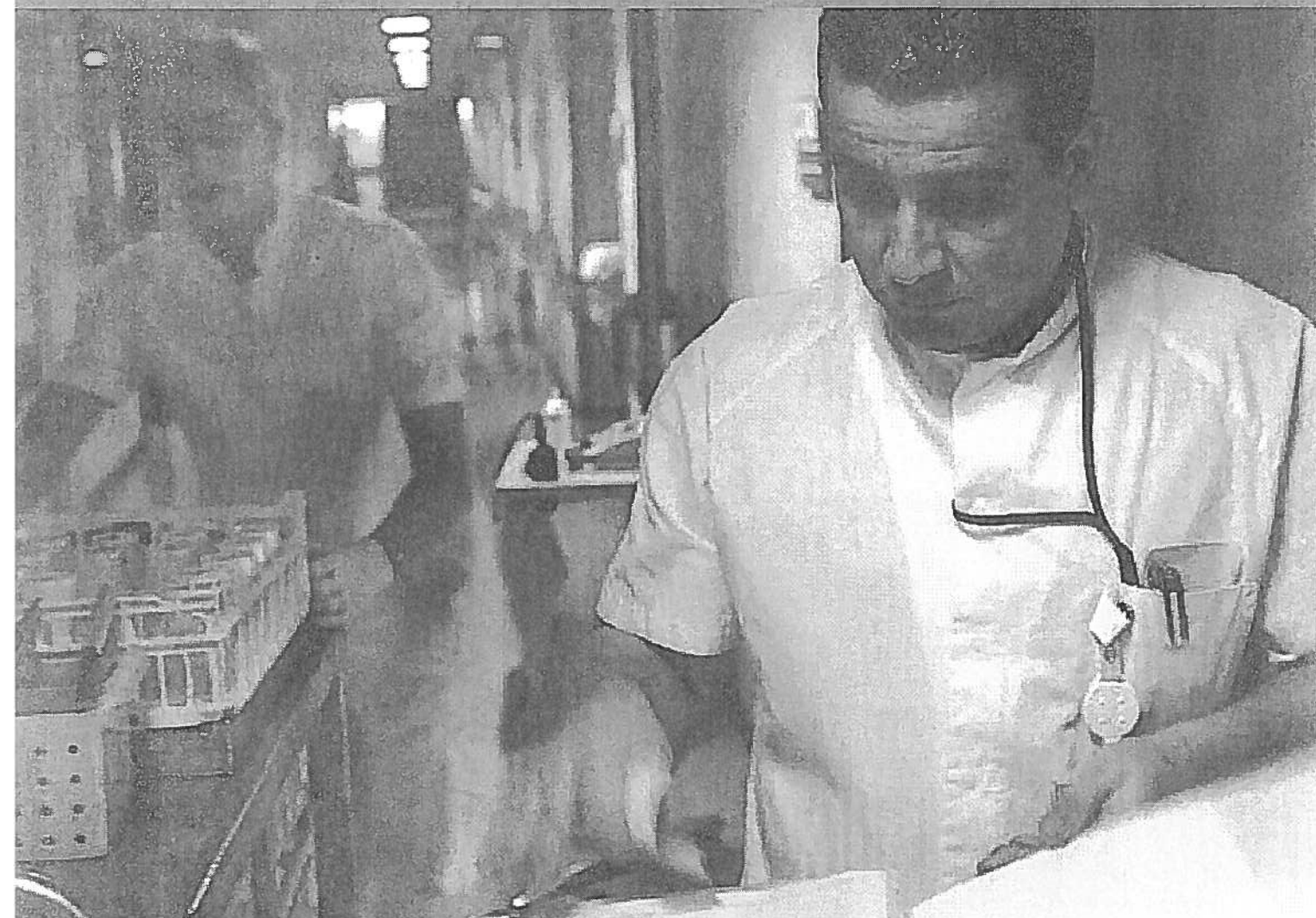




Immigratie- en Naturalisatiedienst
Ministerie van Binnenlandse Zaken en
Koninkrijksrelaties

Bureau Medische Advisering: Terugblik op 2011



Het Bureau Medische Advisering (BMA) brengt advies uit over de medische aspecten van een vreemdeling, die verband houden met een te nemen besluit op grond van de Vreemdelingenwet. BMA wint daartoe medische informatie in bij behandelend artsen en, indien aan de orde, informatie over behandelmogelijkheden in het land van bestemming bij vertrouwensartsen, dan wel International SOS. Ook is BMA actief in het kader van het hervestigingsbeleid met betrekking tot uitgenodigde vluchtelingen en adviseert over individuele voordrachten van de Hoge Commissaris voor de vluchtelingen van de VN (UNHCR), de zogenoemde medical cases (waarover hierna meer).

1. Instroom en afhandeling

In 2011 had BMA een instroom van 5.124 aanvragen (inclusief aanvullende vragen), bijna 350 meer in vergelijking met 2010. BMA heeft in 2011 in totaal 3.153 adviezen uitgebracht, inclusief UNHCR-zaken en adviezen ten behoeve van het Proces Naturalisatie. Zoals uit onderstaand overzicht blijkt zijn de meeste adviezen uitgebracht in het kader van toepassing artikel 64 (kan de vreemdeling reizen gelet op zijn gezondheidssituatie), aanvragen om een verblijfsvergunning regulier medische behandeling, dan wel medische noodsituatie en artikel 3 EVRM (levert uitzetting schending van dat artikel op wegens medische redenen).

Tabel 1: Overzicht uitgebrachte adviezen naar soort aanvraag en aantallen andere productsoorten

Soortaanvraag	Aantal
Verblijfsvergunning regulier (vvr)-medische behandeling dan wel medische noodsituatie	890
Vrijstelling mvv-vereiste	107
3 EVRM	538
Artikel 64/Analoge toepassing artikel 64	1.146
Naturalisatie	9
UNHCR	463
Totaal aantal uitgebrachte adviezen	3.153
Aanvullende vragen afgehandeld	1.021
Aanvragen administratief afgehandeld	819
Totale productie	4.993

BMA heeft in 2011 ten opzichte van het jaar 2010 meer adviezen (+ 236) uitgebracht in het kader van toepassing artikel 64. BMA heeft minder adviezen (- 209) uitgebracht in het kader van medische behandeling dan wel medische noodsituatie. Reden daarvan is een beleidswijziging met ingang van 1 juli 2010 om de toepassing van artikel 64 uit te breiden en geen verblijfsvergunning onder de beperking 'verblijf wegens medische noodsituatie' meer te verlenen. In totaal heeft BMA in vergelijking met 2010, 8% meer adviezen (190 adviezen) uitgebracht.

In 2011 is in 91% van de zaken tijdig advies uitgebracht, dat wil zeggen binnen de gestelde termijnen. Ten opzichte van 2010 (87%) is dit opnieuw een verbetering. De gemiddelde doorlooptijd van de adviesaanvragen was in 2011 63 dagen en 21 dagen voor aanvullende vragen.

2. Achtergrondinformatie medische adviezen

2.1 Diagnosegroepen

BMA registreert bij elk uitgebracht advies een diagnose. Hierbij gaat het in het algemeen om psychiatrische dan wel somatische aandoeningen. De somatische aandoeningen zijn verder onderverdeeld in subcategorieën (zie tabel 2). De verhouding tussen psychiatrische en somatische aandoeningen is 57% tegenover 43%. Ten opzichte van 2010 betekent dat nagenoeg geen verschuiving heeft plaatsgevonden.

Tabel 2: Onderverdeling van de subcategorieën uitgedrukt in aantallen

Categorieën	Aantal
Psychiatrie	1.540
Hartvaatstelsel	263
Algemene infecties/systematische aandoeningen	192
Endocrien Stelsel	174
Urogenitaal stelsel	103
Centraal en perifeer zenuwstelsel	100
Maagdarmstelsel	80
Bewegingsapparaat	54
Respiratoir systeem	50
Ziekte NNO: wel ziek en geen diagnose	34
Bloed	32
Huid	23
Gehoör	16
Visus	11
Rondom zwangerschap	9
Totaal	2.681

2.2 Subcategorieën

Met betrekking tot de verschillende, meest voorkomende, specifieke diagnoses hebben zich geen grote wijzigingen voorgedaan ten opzichte van 2010. De ziektebeelden/diagnoses PTSS, HIV, Suikerziekte en Hypertensie komen het meeste voor. Verder valt op dat het aantal diagnoses PTSS steeds verder toeneemt. In tabel 3 is de top 10 van diagnoses weergegeven voor wat de psychiatrie en lichamelijke klachten betreft.

2.3 Medische noodsituatie en behandelmogelijkheden

In 53% van het totaal aan uitgebrachte adviezen is sprake van een zogenoemde medische noodsituatie op de korte termijn bij uitblijven van behandeling. In 16% van de adviezen is er sprake van een 'en-en situatie'. Dat wil zeggen bij uitblijven van behandeling treedt een medische noodsituatie op de korte termijn op, waarbij tevens sprake is van geen, dan wel onvoldoende behandelmogelijkheden in het land van herkomst of land van verwijdering (zie tabel 4.) Deze percentages zijn ten opzichte van 2010 iets lager.

Tabel 3: Top 10 diagnoses psychiatrie en lichamelijke klachten

Top 10 diagnose psychiatrie	Aantal	Top 10 diagnose lichamelijke klachten	Aantal
1. PTSS	986	1. HIV	147
2. Depressie	175	2. Suikerziekte	146
3. Aanpassingsstoornis	115	3. Hypertensie	145
4. Schizofrenie	77	4. Nierinsufficiëntie	46
5. Kortdurende psychotische stoornis	24	5. Hepatitis B en C	43
6. Ontwikkelingsstoornis	19	6. Onbekend	34
7. Gegeneraliseerde angst	16	7. Epilepsie	31
8. Waanstoornis	16	8. Cara en astma	28
9. Organische psychose	14	9. Ischaemische vaatstoornis van extremiteiten	22
10. Dementie	13	10. CVA	18

Tabel 4: Overzicht met betrekking tot behandelmogelijkheden in het land van herkomst afgezet tegen medische noodsituatie

Zijn er behandelmogelijkheden in land van herkomst?	Is er sprake van een medische noodsituatie?				Totaal
	Ja	Nee	N.v.t.	Onbekend	
Ja	918	235	-	-	1.153
Nee	192	34	-	-	226
N.v.t.	88	910	11	1	*1010
Onvoldoende	248	44	-	-	292
Totaal	1.446	1.223	11	1	2.681

* Ten opzichte van voorgaande jaren ligt dit aantal aanzienlijk hoger. Dit heeft te maken met gewijzigd IND-beleid; alleen in zaken waarin sprake is van een medische noodsituatie worden de behandelmogelijkheden uitgezocht.

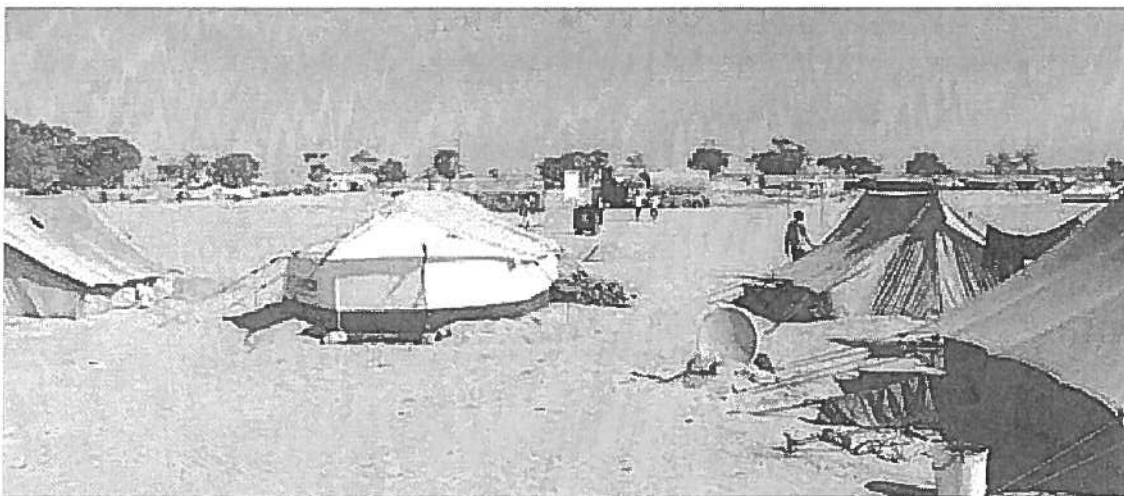
2.4 Reisvraag

Voor wat de reisvraag betreft blijkt dat in 80% van de uitgebrachte adviezen betrokkene in staat was te reizen, waarbij ongeveer 48% met en 52% zonder gestelde reisvoorwaarden. In 20% van de gevallen blijkt dat er op medische gronden niet gereisd kan worden. Dat is een iets lager percentage dan in 2010 (23%).

Tabel 5: Overzicht met betrekking tot de reisvraag

Is betrokkene in staat om te reizen?	Aantal
Ja, met reisvoorwaarden	0
Ja, zonder begeleiding	1.122
Nee	0
Niet van toepassing	6
Totaal	1.128

3. UNHCR: de individuele voordracht en de hervestigingsmissie



Tijdelijk UNHCR vluchtelingenkamp in Tunesië, ligt ongeveer 4 km van de Libische grens. De foto is genomen op 21 september 2011, een maand voor de machtswisseling in Libië.

Evenals in de voorgaande jaren heeft BMA in 2011 activiteiten verricht in het kader van hervestiging van vluchtelingen (UV), die door de UNHCR als zodanig zijn erkend en voor hervestiging in Nederland zijn voorgedragen. BMA adviseert de unit Hervestigingszaken van de IND over de gezondheidssituatie van deze vluchtelingen. In geval van voordracht van een individuele vluchteling voor hervestiging, zie 3.1, zal de medische beoordeling enkel op basis van een medisch dossier plaatsvinden. Dit dossier wordt door de UNHCR aangeleverd en BMA beoordeelt met name of medische behandeling in Nederland tot duurzame verbetering in de gezondheidssituatie zal leiden.

In geval van een groepsgewijze voordracht, zie 3.2, verricht BMA de medische beoordeling door de betrokken vluchteling zelf te zien en te onderzoeken. Het onderzoek vindt dan plaats in het land waar de vluchtelingen verblijven en wordt uitgevoerd in het kader van een selectiemissie. Bij een selectiemissie zijn tevens betrokken hoor- en beslisambtenaren van de unit Hervestigingzaken, medewerkers van het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) en een vertegenwoordiger van het Ministerie van Buitenlandse Zaken. Deze missies vinden gemiddeld 5 keer per jaar plaats.

3.1 Individuele voordracht

Anders dan in de voorgaande jaren zijn er in 2011 geen individuele voordrachten voor hervestiging ter beoordeling voorgelegd aan BMA. BMA heeft in de afgelopen jaren steeds minder beoordelingen alleen op dossier-basis

(individuele voordachten) verricht. Voor BMA is het accent meer komen te liggen op beoordeling en advies op basis van onderzoek van de vluchteling ter plekke tijdens de hervestigingmissies.

3.2 Hervestigingsmissie

In 2011 heeft BMA aan 8 hervestigingmissies deelgenomen, meer dan gebruikelijk in vergelijking met andere jaren. Hiervan waren 4 missies kleiner van omvang dan in andere jaren voor wat betreft de caseload en duur. In tabel 6 zijn de landen van opvang aangegeven waar deze missies zijn uitgevoerd.

Tabel 6: Overzicht van het aantal vluchtelingen dat in Nederland is hervestigd

Land van opvang	Land van herkomst UV	Aantal hervestigd
Roemenie	Eritrae-Sri Lanka	25
Thailand	Birma	36
Kenia	DRC -Eritrea	86
Nepal	Buthan	97
Libanon	Irak	74
Tunesie	Eritrea	26
Thailand	Birma	62
India/Thailand	Birma	25

In februari werd een pilot-missie in Roemenie in het European Transfer Center (ETC) te Timisoara uitgevoerd. Tijdens deze missie werd voor het eerst gebruik gemaakt van een video verbinding (Digital Video Conference) waarbij de

IND-gehoorambtenaar in Rijswijk, via een webcam-video verbinding, het interview afnam van enkele vluchtelingen in het ETC te Roemenie.

Nieuw in het hervestigingsprogramma in het afgelopen jaar was de "medische missie" in Thailand (maart 2011). Tijdens deze missie werden alleen maar medische zaken beoordeeld en geselecteerd.

Voorts werd in september 2011 voor het eerst een hervestigingsmissie uitgevoerd in Tunesië, dicht bij de grens met Libië en kort voor de machtswisseling aldaar. Eveneens voor de eerste keer vond in december een missie plaats in New Delhi in India. De missie in New Delhi werd gecombineerd met een korte missie naar het vluchtelingenkamp Mae Lah in Thailand. Daar zijn alsnog de vluchtelingen onderzocht die tijdens de Thailand-missie van oktober niet konden worden gezien vanwege de overstromingen.

In tabel 7 staan de belangrijkste medische aandoeningen weergegeven die tijdens de missies in 2011 bij de onderzochte vluchtelingen zijn geconstateerd.

3.3 Overige activiteiten

In 2011 is een nieuwe werkwijze ingevoerd met betrekking tot de uitgenodigde vluchteling (UV), inhoudende dat de UV na aankomst in Nederland binnen enkele dagen geplaatst wordt in de gemeente alwaar hij woonplaats krijgt. Voorheen verbleef de UV eerst enkele maanden in het AZC Amersfoort voordat hij in een gemeente werd geplaatst. Aan het opstellen van het implementatie plan "Direct Plaatsen UV in gemeenten" heeft BMA een bijdrage geleverd en in dat kader heeft BMA tevens een formulier ontworpen

waarin -op medische gronden- de eventuele urgentie van overkomst en eventuele specifieke wooncondities voor de betreffende UV staan aangegeven. Deze informatie is voornamelijk bedoeld voor het COA.

Bij de nieuwe werkwijze verdient nog extra aandacht de aanlevering van gegevens door het COA aan BMA met betrekking tot de toekomstige huisartsen van de UV. BMA beoogt dat in het komende jaar een goede evaluatie van de nieuwe werkwijze zal plaatsvinden.

Tabel 7: Diagnoses missie-zaken

Diagnose medische aandoeningen of klachten	Aantal
Geen klachten	247
Wel klachten, geen specifieke diagnose	36
Infecties en aandoeningen van de luchtwegen	32
Psychiatrische klachten m.n. PTSD/depressie	28
Hypertensie	21
Visus klachten	13
Klachten en aandoeningen van het gehoor	12
Maag/darm/lever ziekten	11
COPD/ cara	10
Overige aandoeningen	9
Klachten bewegingapparaat	8
Neurologische aandoeningen	8
Huidziekten	7
Nierziekten en klachten van de urinewegen	6
Suikerziekte	5
Hart en vaat ziekten	5
Aangeboren afwijkingen	3
Malaria	1
TBC	1
Totaal	463



Tijdelijk UNHCR vluchtelingenkamp in Tunesië. De vluchtelingen gebruiken afgedankte waterflessen voor de watervoorziening t.b.v. kleine gewassen.

4. Spreekuur en expertises

Zoals in het vorig jaarverslag met redenen is aangegeven is in mei 2010 de zogenoemde artikel 64 procedure, zoals ook vóór april 2005 het geval was, weer een schriftelijke procedure geworden. Deze beleidswijziging bracht ten opzichte van 2010 het aantal spreekuurcontacten in 2011 naar beneden.

Niettemin heeft BMA in het kader van de UNCHR-missies 463 spreekuurcontacten gehouden. Daarnaast zijn tientallen spreekuurcontacten gehouden in het kader van aanvragen om een verblijfsvergunning regulier medische behandeling, dan wel medische noodsituatie, toepassing artikel 64 en artikel 3 EVRM. Voorts zijn 8 expertises verricht door onafhankelijke psychiaters.

5. Kwaliteitsbevordering

BMA is ook in 2011 zich er zeer wel van bewust dat de goede kwaliteit van zijn adviezen geen statisch gegeven is. Dat stelt BMA voortdurend voor de uitdaging om de kwaliteit te handhaven en waar nodig op een hoger niveau te brengen, wat uit het volgende blijkt.

5.1 Kwaliteitstoets medische adviezen

In 2011 is de kwaliteitstoetsing op vergelijkbare wijze ver-richt als in het voorgaande jaar. In totaal werd bij 53% (1424) van alle adviezen (n = 2681) een quick scan uitgevoerd. In 185 zaken (13%) bleek een resumptie (verdiepingslag ter verbetering) noodzakelijk en dus een aanpassing van het advies. Deze percentages zijn vergelijkbaar met de uitslag van de kwaliteitstoets over het jaar 2010.

Alle 185 resumpties werden inhoudelijk bekeken op thema-tiek/aandachtspunten. In vergelijking met de uitslag van de kwaliteitstoets over 2010 (uitgevoerd in 2011) waren er ver-gelijkbare soorten thema's/aandachtspunten, echter de frequentie van verschillende thema's/aandachtspunten was deze keer verschillend: er waren in verhouding met name meer opmerkingen bij de beschrijving van de klachten en behandeling en er waren wat meer opmerkingen bij tekstuele fouten/lay-out fouten/printfouten. De extra print-fouten en lay-out fouten waren een verklaarbaar gevolg van het in gebruik nemen van een nieuw advies-format. Hierna worden kort de bevindingen weergegeven.

1. Blijvende noodzaak voor goede motivering van de con-clusie of er wel of geen medische noodsituatie op de korte termijn zal ontstaan bij het uitblijven van behande-ling of een artikel 3 EVRM situatie.

Deze goede motivering is zowel van belang uit medisch zorgvuldigheidsoogpunt (ook tuchtrechtelijk) als vanuit vreemdelingrechtelijk oogpunt. Wat medische zorgvul-digheid betreft, het volgende: drie van de vier zorgvuldi-gheidscriteria bij medische adviezen hebben betrekking op een goede motivering (zie ook protocol BMA en tucht-rechtelijke zorgvuldigheidscriteria):

- het advies zet op inzichtelijke en consistente wijze uiteen op welke gronden de conclusie van het advies steunt;
- in het advies uiteengezette gronden vinden aantoonbaar voldoende steun in de feiten, omstandigheden en bevindingen;
- de gronden kunnen de daaruit getrokken conclusie rechtvaardigen.

2. Duidelijkheid over klachten en behandeling; nader onderzoek behandelaar.
Bij onduidelijke, onvolledige en/of tegenstrijdige infor-

matie van behandelaars betreffende de diagnostiek en behandeling en mantelzorg is nader onderzoek bij behandelaars noodzakelijk.

3. Duidelijke en passende formulering van medische reis-voorwaarden conform de interne werkrichtlijn reiscondities.

Het moet voor de uiteindelijke uitvoerders van de reis-condities (DT&V en Marechaussee) volledig helder zijn wat er precies georganiseerd moet worden rondom een reis. Ook moet duidelijk zijn wat de patiënt zelf kan orga-niseren (zoals bijvoorbeeld het meenemen van medicatie of een schriftelijke medische overdracht) en wat de overheid dient te organiseren in het geval van een gedwongen reis. Ook moet voorkomen worden dat niet onnodig te zware of te lichte reisvoorwaarden worden opgesteld in het kader van de eenduidigheid. De fysieke overdracht dient bijvoorbeeld alleen te worden aanbevolen bij een hoog risico op direct medisch ingrijpen rondom een reis.

4. Nader onderzoek landeninformatie.

Het blijft belangrijk voldoende op de specifieke zaak gerichte informatie te verzamelen met betrekking tot de medische landeninformatie; bij te algemene, onvol-ledige, onduidelijke of tegenstrijdige informatie dient nader onderzoek plaats te vinden.

5. Goede motivering moet gegeven worden voor wijzigin-gen ten opzichte van eerder uitgebrachte adviezen, dit item blijft van belang.
6. Het enige nieuwe aandachtspunt/thema was de kwestie van het gestelde gevoel van onveiligheid; formuleringen in adviezen hierover in relatie tot de landeninformatie dienen te geschieden conform het BMA protocol.

5.2 Onderzoek INDIAC

Zoals in het jaarverslag BMA over 2010 is aangegeven is in 2009 het rapport van het IND Informatie- en Analyse-centrum (INDIAC) over de BMA-adviezen uitgebracht. Met name wordt de gebruiker van de adviezen door INDIAC bevraagd op de bruikbaarheid, leesbaarheid en toepasbaar-heid van de uitgebrachte adviezen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft de wens te kennen gegeven dat eenmaal per drie jaar zo'n onderzoek wordt gehouden. In 2012 zal opnieuw een onderzoek worden opgestart.

5.3 Advies-ondersteunend systeem

Door BMA is grotendeels in eigen beheer een applicatie advies-ondersteunend systeem (aos) ontwikkeld, dat in september 2011 is geïmplementeerd. Het aos is niet alleen een kwaliteitsinstrument dat de opsteller van het advies ondersteunt bij het maken van het advies en van essentiële actuele informatie voorziet, maar ook een instrument dat

uniformiteit in de advisering van BMA moet bewerkstelligen. BMA verwacht van bedoeld instrument de kwaliteit van de adviezen op een nog hoger niveau te brengen.

5.4 Deskundigheidsbevordering artsen

Zoals gewoonlijk had ook dit verslagjaar de deskundigheidsbevordering van de artsen alle aandacht. In dat verband wordt onder meer verwezen naar de gehouden kwaliteits-toets hiervoor bij 5.1. bedoeld, het in 5.3. genoemde advies-ondersteunend systeem en de cursussen die zijn gevolgd, onder meer op het gebied van TBC, psycho- trauma, trauma en traumaverwerking en voorts de deelname aan symposia.

5.5 Bijeenkomst met Landsadvocaat, theorie en rollenspel

In mei van het afgelopen verslagjaar hebben de medisch adviseurs van BMA (ook de externe adviseurs) op uitnodiging van de Landsadvocaat een programma bijgewoond rondom het thema tuchtrecht. Aan de orde kwamen het wettelijk kader waarmee een BMA-adviseur te maken heeft, ontwikkelingen binnen de tuchtrechtspraak BMA en tuchtrecht in de praktijk: do's en dont's (rollenspel tuchtzitting). BMA kan terugzien op een leerzame bijeenkomst waarin ook de praktijk genoegzaam aan de orde kwam.

5.6 Tuchtzaken

Hoeveel klachten zijn er ingediend in 2011?

In 2011 zijn 16 tuchtklachten ingediend tegen medisch adviseurs van BMA. Het aantal ingediende tuchtklachten ligt substantieel hoger dan in 2010, waarin er nog slechts 9 tuchtklachten werden ingediend. De sterke toename van de klachten wordt verklaard door het feit dat één advocatenkantoor in een korte tijdspanne 11 soortgelijke klachten heeft ingediend tegen verschillende medische adviseurs van BMA. De klachten hebben vrijwel allemaal betrekking op het ontbreken van zelfstandig onderzoek naar de toegankelijkheid en effectiviteit van de beschikbare zorg in het land van herkomst of terugkeer. In geen van de zaken is er al uitspraak gedaan. Gezien het grote aantal tuchtklachten in 2011, beproeft BMA samen met een aantal andere instanties de mogelijkheden van mediation.

Wat is er te zeggen over de uitspraken in 2011?

In 2011 is in 15 zaken uitspraak gedaan. In 7 zaken zijn de klachten ongegrond verklaard (5 x RTG, 2 x CTG). In 8 zaken kreeg de medisch adviseur in kwestie een waarschuwing opgelegd (8 x RTG). In 7 zaken is hoger beroep ingesteld tegen de waarschuwing.

Net als in 2010, hadden de meeste uitspraken in 2011 betrekking op de vraag in hoeverre van de medisch adviseur verwacht kan of moet worden dat hij uitspraken doet over de effectiviteit van de behandeling van een patiënt met PTSS indien die behandeling plaats zal vinden in het land waar betrokkene trauma's heeft opgelopen. Over dit lastige vraagstuk heeft het CTG in 2011 twee uitspraken gedaan

(CTG 10 februari 2011, nr. C2009.260 en CTG 15 maart 2011, nr. C2010.126). In deze uitspraken borduurt het CTG voort op de 'gerede twijfel' jurisprudentie uit voorgaande jaren. Daaraan voegt het CTG toe dat het tot de professionele verantwoordelijkheid van de BMA-arts behoort om onder ogen te zien of er in het individuele geval gerede twijfel kan bestaan over de effectiviteit van de behandeling in het land van herkomst, met name gelet op de aard van het trauma en de omstandigheden waaronder dit is veroorzaakt.

Uit de hiervoor genoemde uitspraken van het CTG valt af te leiden dat er aanleiding is voor een kanttekening in het advies met betrekking tot de beschikbare behandelmogelijkheden in het land van herkomst, wanneer de psychische klachten van de betrokkene door de behandelaar worden gerelateerd aan gebeurtenissen in het land van herkomst. De BMA-arts hoeft in zo'n geval volgens het CTG niet te onderzoeken of behandeling in het land van herkomst kan plaatsvinden in een omgeving die door de betrokkene als voldoende veilig wordt ervaren. Wel dient de arts te onderkennen dat voor de effectiviteit van de behandeling een veilige omgeving nodig is, maar dat de arts vanuit zijn deskundigheidsgebied niet kan beoordelen of het land van herkomst voor betrokkene een veilige omgeving is (zie C2009.260, rov. 4.6). Voor de artsen in kwestie pakten de uitspraken van het CTG overigens gunstig uit; in beide gevallen werd de klacht (al dan niet alsnog) ongegrond verklaard.

In de lagere tuchtrechtspraak in 2011 zijn, onder verwijzing naar het hiervoor genoemde 'gerede twijfel' criterium, een aantal waarschuwingen uitgedeeld, omdat in de betreffende BMA-adviezen niet was ingegaan op opmerkingen van behandelaars over gevoelens van onveiligheid bij de vreemdeling bij behandeling in het land van herkomst. Niettemin zijn er verschillen tussen de uitspraken van de RTG's waar te nemen. Waar het RTG Amsterdam en Eindhoven zich strikt vasthouden aan de lijn van het CTG, lijkt het RTG Den Haag hiervan juist afstand te nemen. In twee uitspraken van 13 december 2011 (zaaknr. 2010-218a en 218b) heeft het RTG Den Haag beslist dat de taak van de BMA-arts beperkt is tot de beantwoording van de vraag of de klachten in medisch-technische zin behandeld kunnen worden in het land van herkomst en dat de arts, gelet op zijn deskundigheidsgebied, niet hoeft in te gaan op de te verwachten individuele effecten van terugkeer of individuele effecten van voortzetting van behandeling in het land van herkomst. Het is aan het CTG om in 2012 meer duidelijkheid te geven over de taak van de BMA-arts op dit punt.

6. BMA en de buitenwereld

6.1 Presentaties

BMA werd ook in het afgelopen verslagjaar gevraagd presentaties te geven over de werkwijze en inhoud van het werk van BMA. Aan de orde kwamen daarbij de reisvoorwaarden die BMA aan de uitvoering van de adviezen verbindt, tuchtuitspraken en de duiding van de medische landeninformatie, met name op het punt van de beschikbaarheid en toegankelijkheid. De presentaties gegeven aan collega's van de IND en DT&V werden ook in dit verslagjaar gewaardeerd.

6.2 KNMG en LHV

Op 18 mei 2011 heeft BMA op uitnodiging van de LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) en KNMG een presentatie gegeven aan huisartsen uit het hele land die veel met asielzoekers te maken hebben. Naast een toelichting op de taken van BMA ging het met name over de informatie-uitwisseling tussen BMA en de huisartsen en de relevante KNMG-richtlijnen op dit punt. Een opvallend gegeven was dat veel huisartsen zich op een oneigenlijke manier onder druk voelen gezet door verschillende vreemdelingsadvocaten om medische verklaringen af te geven.

6.3 Stichting Centrum '45

Op dinsdag 29 november 2011 vond het congres "Psychotrauma: behandelkamer en maatschappij" plaats, georganiseerd door de Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma. Deze vereniging is een ontmoetingsplek en een platform voor iedereen in Nederland en België die professioneel werkzaam is op het gebied van psychotrauma. Eén van de tijdens het congres gegeven workshops werd door Stichting Centrum '45 en een medisch adviseur van BMA en beleidsmedewerkers van de IND verzorgd. Centraal stond het thema medisch-ethische dilemma's rond de behandeling van getraumatiseerde asielzoekers.

6.4 Johannes Wierstichting

Begin augustus 2011 heeft een arts van de Johannes Wierstichting BMA bezocht. De taken en met name ook grenzen en reikwijdte van de BMA advisering zijn nader toegelicht. Verder heeft de Johannes Wierstichting haar taken toegelicht en werd er informatie gegeven over een nieuw instituut voor mensenrechten en medische onderzoek (IMMO).

6.5 Nierstichting Nederland en Nierpatiënten Vereniging Nederland

BMA heeft in het najaar 2011 een bezoek afgelegd aan bedoelde Nierstichting en patiëntenvereniging. Centraal in de bespreking stonden de werkwijze van BMA, de patiënten met nierfalen en de zorg van beide organisaties met betrek-

king tot de terugkeer van die patiënten naar hun land van herkomst. BMA heeft beide organisaties inmiddels in contact gebracht met de Dienst Terugkeer en Vertrek. Voorts is BMA via hun netwerk in de gelegenheid gesteld een nefroloog (specialist op het gebied van nieraandoeningen) te benaderen in complexe medische zaken.

6.6 Defensie en UWV

In april van het verslagjaar heeft BMA een kennismakingsbezoek afgelegd aan het Bureau Bijzondere Beoordelingen (BBB) van Defensie. Bedoeld bureau brengt onder meer forensisch sociaal psychiatrisch en of psychologisch advies uit over militairen, burgers en recruten. Het bezoek heeft geresulteerd in het delen van kennis op het gebied van (de ernst van) PTSS en het aanbod gebruik te maken van (een deel van) het netwerk van BBB. Via BBB heeft BMA vervolgens contacten gelegd met het UWV, voor welke organisatie honderden artsen werken.

Centraal in de gesprekken met het UWV staat de zorg omtrent de tuchtklachten en de vraag op welke wijze deze te voorkomen zijn, dan wel in aantal terug te brengen zijn. Inmiddels wordt een aantal ideeën nader bestudeerd. Aandacht vraagt daarbij dat sommige advocatenkantoren middels het indienen van een tuchtklacht een second opinion willen hebben van het tuchtcollege over het advies van BMA. Dat type klachten hoort uiteraard niet bij een tuchtcollege thuis. Inschakeling van een eigen medisch adviseur ligt meer voor de hand. Inmiddels wordt de mogelijkheid van het aanbieden van mediation nader door het UWV en BMA onderzocht.

6.7 ACVZ

De Adviescommissie voor vreemdelingenzaken stelt een advies voor Minister Leers op over de rol van de deskundigen in de vreemdelingenprocedure. In dat kader heeft ook BMA een gesprek gehad met de ACVZ. Daarbij kwamen onder meer aan de orde de volgende onderwerpen: (het vergroten van) het draagvlak van het medisch advies, het aantal spreekuurcontacten, de vraag of de specifieke verantwoordelijkheid van de BMA-adviseur voldoende tot zijn recht komt en of er ruimte is om de opdrachtverlening van de IND aan BMA te verbeteren. Naar verwachting wordt bedoeld advies in de eerste helft van 2012 uitgebracht.

6.8 Nationale Ombudsman (NO)

In het verslagjaar lag ter behandeling een klacht voor bij de NO inhoudende dat BMA hangende een tuchtprocedure bij een tuchtcollege, geen nieuw advies in dezelfde zaak uitbrengt. Achtergrond daarvan is dat BMA het standpunt

inneemt dat indien tegen een BMA-adviseur een klacht bij een tuchtcollege is ingediend in verband met een eerder uitgebracht advies, het voor dezelfde of een andere medisch adviseur niet mogelijk is een nieuw medisch advies uit te brengen. Dat in verband met mogelijke medisch-tuchtrechtelijke maatregelen en de daaruit volgende consequenties. De adviseur of een andere adviseur weet namelijk niet, totdat uitspraak is gedaan, of een bepaald onderdeel van het advies tuchtrechtelijk verwijtbaar is of niet. Ook is relevant dat een andere adviseur, wetende dat een tuchtklacht in een zaak tegen een collega in dezelfde zaak is ingediend, niet in staat is voldoende professionele distantie in acht te nemen en onafhankelijk te oordelen. Daarbij komt dat een tuchtklacht het persoonlijk functioneren van een adviseur raakt en ingrijpende en persoonlijke gevolgen heeft.

De NO oordeelde dat de klacht gegrond was wegens schending van het vereiste van goede samenwerking (tussen de IND en BMA), maar gaf geen aanbevelingen. De IND en BMA hadden volgens de NO om tafel moeten gaan om te zoeken naar een manier om de behandeling van het bezwaarschrift (waarvoor een medisch advies nodig was) te kunnen voortzetten en ook recht te doen aan verzoekers klachtrecht. Er had volgens de NO buiten bestaande kaders naar een oplossing moeten worden gezocht.

BMA heeft vervolgens met de advocaat in deze zaak een plezierig telefoongesprek gehad en haar voor een bezoek aan BMA uitgenodigd. Bedoelde advocaat gaf aan graag langs te komen.

6.9 Symposium KNMG

BMA heeft in april deelgenomen aan een symposium, belegd door de KNMG, met als onderwerp: "Arts en recht - gezonde spanning?". Op dat symposium stonden actuele ontwikkelingen in het gezondheidsrecht centraal. Deelnemers waren artsen en juristen. De praktijkvisie van artsen werd aangevuld met commentaar van juristen op de actuele rechtsontwikkelingen.

6.10 Samenwerkingsverband tussen Gemeente Den Haag en BMA

BMA stelt sinds 2011 leer- en werkplekken beschikbaar aan kandidaten die in het kader van hun re-integratie in de arbeidsmarkt een traject volgen bij de Startbaan Dienstverlening, een project van de Gemeente Den Haag. Aangezien de instroom van aanvragen periodiek erg fluctueert, is BMA content met deze samenwerking. Inmiddels hebben een aantal kandidaten met name door de opgedane werkervaring bij BMA, succesvol gesolliciteerd naar zogenoemde betaalde banen in de arbeidsmarkt.

7. Overige ontwikkelingen

7.1 EAUT aanleveren medische gegevens door de vreemdeling
In 2010 is BMA begonnen met de uitvoering van de motie Spekman. Deze motie houdt onder meer in dat uitgeproceeerde asielzoekers die een verblijfsvergunning op medische gronden aanvragen in aanmerking kunnen komen voor opvang gedurende de behandeling van de aanvraag. Anders dan gebruikelijk, is de vreemdeling in deze procedure zelf verantwoordelijk voor het aanleveren van zijn medische gegevens. Gebleken is dat in 40% van de gevallen dat mis gaat. In de overige gevallen scoort BMA, nu in die situatie het tijdrovend verwerven van medische informatie over een vreemdeling achterwege kan blijven, aanmerkelijk kortere doorlooptijden. Het beleidsvoornemen bestaat om met ingang van 1 januari 2013 de vreemdeling in alle medische procedures verantwoordelijk te maken voor het aanleveren van zijn gegevens als hiervoor bedoeld. BMA heeft er de aandacht voor gevraagd dat van ernstige psychiatrische patiënten niet verwacht kan worden dat zij zelf hun eigen medische gegevens bij behandelaars opvragen. Voorts heeft BMA aangegeven dat er een oplossing bedacht moet worden voor bedoelde categorie van 40% zaken.

heid om BMA-zaken op een veilige manier digitaal door te zetten naar de externe medische adviseurs, zal verdere versnelling van het proces worden bereikt.

7.2 Dwangsomzaken
BMA heeft een aparte werkinstructie opgesteld voor de behandeling van de zogenoemde dwangsomzaken. BMA neemt deze zaken versneld in behandeling. Zo is met name aandacht gegeven aan het digitale logistieke verkeer tussen de Klantdirectie en BMA en tussen BMA en de externe medisch adviseur. Daarnaast belt BMA vaker de behandelend arts van betrokkene om de medische informatie snel te verkrijgen. Verder zal, zo luidt de werkinstructie, BMA in dwangsomzaken gebruik maken van het instrument spoedrequest om sneller informatie te verkrijgen van de vertrouwensarts in het land van herkomst/terugkeer of van International SOS.

7.3 INDiGO
In het vorig jaarverslag is al de nodige aandacht gegeven aan het nieuwe informatiesysteem van de IND, INDiGO, dat ook voor BMA van toepassing zal zijn. Inmiddels heeft BMA in het afgelopen verslagjaar per 1 november 2011 het digitaal dossier in gebruik genomen. De medische informatie is voortaan digitaal beschikbaar in INDiGO. Om de medische informatie te raadplegen is een speciale autorisatie vereist die alleen wordt afgegeven aan de medewerkers die werkzaam zijn bij het Bureau Medische Advisering, voor overige medewerkers van de IND is de informatie afgeschermd. Naar verwachting zal het Behandelplan van BMA 'Medisch Onderzoek' eind 2012 beschikbaar zijn voor gebruik. Door deze ontwikkeling en de nog te ontwikkelen mogelijk-



Deze publicatie is een uitgave van:
Immigratie- en Naturalisatiedienst
www.ind.nl

Aan de inhoud van de publicatie kunnen geen
rechten worden ontleend. Tekst uit deze uitgave
mag onder bronvermelding worden gebruikt.

April 2012