

MEDISCH ADVISEUR BEMOEIT ZICH NIET MET VERBLIJFSVERGUNNING



# IND-artsen: 'Wij maken geen beleid'

Eenieder die professioneel betrokken is bij het vreemdelingenbeleid, krijgt kritiek te verduren. Voor artsen die bij het Bureau Medische Advisering van de immigratiedienst IND werken is dat niet anders. Een gesprek met twee BMA-artsen, over hun werk en de kritiek daarop.

**D**e twee artsen werken allebei al jaren lang bij het Bureau Medische Advisering (BMA) van de IND, de Immigratie- en Naturalisatiedienst (zie *kader*). Voorwaarde voor het gesprek is dat het anoniem kan, uit angst voor bedreigingen en intimidatie. Het is hen zelf ook overkomen,



HOLLANDE HOOGTE | KEES VAN DE VEEN

hoewel niet vaak. Voor dit verhaal heten ze arts Jansen en arts Boersma.

#### **Hoe zien de dagen van BMA-artsen eruit?**

**Jansen:** 'Het zijn vooral de artsen van externe bureaus die adviezen opstellen. De interne BMA-artsen lezen veel adviezen mee, beoordelen of ze volgens de proto-

collen tot stand zijn gekomen en doen jaarlijkse kwaliteitsevaluaties. Daaruit komen maatregelen voort om de kwaliteit te verbeteren. Verder zijn wij vraagbaken voor de externe artsen en overleggen we met andere organisaties, en geven we presentaties over wat wij doen.'

**Boersma:** 'Daarnaast gaan twee artsen van het BMA een paar keer per jaar mee op zogenaamde hervestigingsmissies. Elk jaar worden vluchtelingen uitgenodigd om zich in Nederland te vestigen. Het BMA beoordeelt de medische toestand van deze mensen, en probeert informatie aan de toekomstige huisarts over te dragen.'

## 'Sommige behandelaars vinden dat niet-medische aspecten moeten meewegen'

#### **Kun je een voorbeeld geven van kwaliteitsverbetering in jullie werk?**

**Boersma:** 'Vorig jaar zagen we dat er in de adviezen niet altijd duidelijk genoeg werd geantwoord op vragen naar medische reisvoorwaarden. Dus proberen we de aanwijzingen daarvoor te verduidelijken en daar brengen we de externe artsen van op de hoogte. Het is in dit werk belangrijk om heel precies te beschrijven hoe je tot een conclusie komt, en wat je afweegt. "Als de dokter het zegt, dan is het goed", dat gaat bij ons niet op. De rechter toetst zeer detaillistisch of de conclusies in het advies goed gemotiveerd zijn.'

#### **Kijken jullie nog in hoeverre jullie adviezen kloppen, bijvoorbeeld hoe het mensen vergaat na terugkeer?**

**Jansen:** 'Nee, sterker nog, wij worden

niet op de hoogte gesteld van de beslissing van de IND, of iemand wel of niet een vergunning krijgt. Je wordt dus niet beïnvloed door de beslissing en blijft objectief adviseren op basis van de voorgelegde vraagstelling.'

#### **Hebben jullie invloed op het vreemdelingenbeleid?**

**Jansen:** 'We zijn betrokken bij hoe beleid wordt uitgewerkt, voor wat betreft de medische advisering, maar niet bij zoiets als wat wel of niet gronden zijn op basis waarvan je een verblijfsvergunning kunt krijgen. De kritiek die wij krijgen, is vaak gericht op beleid dat door het parlement is vastgesteld.'

#### **Niet medisch**

*Voorafgaand aan het gesprek sturen de artsen een stuk met daarin een aantal aspecten die ze graag willen toelichten. Zo willen ze gezegd hebben dat ze als BMA-artsen onderdeel zijn van de IND, maar dat zij in hun advisering niet gestuurd worden. Ze benadrukken dat ze de voorgelegde vragen objectief en onafhankelijk beantwoorden, en zich daarbij beperken tot de medische aspecten. 'Sommigen zijn het met die begrenzing niet eens', staat in het stuk. Wat bedoelen jullie daarmee?*

**Jansen:** 'Neem de vraag of de zorg in een land van herkomst daadwerkelijk toegankelijk is voor de individuele betrokkene. Dat hangt van meer af dan alleen medische aspecten, zoals geografische bereikbaarheid en betaalbaarheid van de behandeling. Die andere aspecten wegen volgens het huidige vreemdelingenbeleid niet mee in de medische procedures. Het BMA zoekt uit of een bepaalde medische behandeling al dan niet aanwezig is in het land van herkomst. Daarbij baseren we ons op landeninformatie, die afkomstig is van een internationale medische alarmcentrale en plaatselijke vertrouwensartsen. Sommige behandelaars vinden dat die niet-medische aspecten moeten meewegen. Dat mogen ze vinden, maar het is staand vreemdelingenbeleid, dat dit niet wordt meegewogen. Daar hebben wij geen invloed op.'

*Kritiek is er ook omdat soms mensen naar een omgeving worden teruggestuurd, die volgens de behandelaars funest is voor hun toestand. Vaak gaat het dan om PTSS, de meest voorkomende diagnose waar jullie mee te maken hebben. Waarom houden jullie daar geen rekening mee?*

**Jansen:** 'Dat hebben wij nooit zo goed begrepen, waarom dat zo'n enorm issue werd. Wij zijn geen behandelaars, wij zijn medisch adviseurs. Als we kijken naar de zorgvuldigheidseisen voor medische advisering zijn er twee belangrijke aspecten: baseer je op feiten en blijf binnen je medische deskundigheid. Voorspelde gevoelens van onzekerheid op basis van wat iemand meegemaakt zou kunnen hebben en hoe dat weer van invloed zou kunnen zijn op de effectiviteit van een toekomstige behandeling na een mogelijke terugkeer zijn geen objectieve feiten, en kunnen dus ook geen grond zijn voor een conclusie. Als je daarover wel iets in je advies zou gaan meewegen, word je eigenlijk gedwongen tot speculeren.'

*Maar jullie lezen ook de krant. Neem als voorbeeld iemand uit Irak, getraumatiseerd geraakt bij een bomaanslag, heeft bij wijze van spreken de scherven nog in zijn zij zitten. Je leest dat er in Irak alleen dit jaar al duizenden doden zijn gevallen bij bomaanslagen. Het advies luidt: er zijn psychiaters in Irak die PTSS kunnen behandelen. Maar je kunt toch op je klompen aanvoelen dat Irak geen veilige plek is voor deze PTSS-patiënt.*

**Jansen:** 'De IND zoekt de veiligheids-situatie uit; dat is geen onderdeel van het medisch advies.'

*Maar artsen hebben het toch over meer dan alleen behandeling. De omgeving is van invloed op hoe het met iemand gaat. Dat maakt het medisch.*

**Jansen:** 'Ja, de omgeving kan van invloed zijn op een gesteldheid, maar het onderzoek naar die omgevingsfactoren is niet-medisch. Of iemand kans maakt op een baan kan ook van invloed zijn. Dat is misschien nog wel belangrijker dan of een bepaald medicijn verkrijgbaar is.'

## BUREAU MEDISCHE ADVISERING

Er zijn allerlei redenen, gronden en wetten op basis waarvan 'vreemdelingen' een vergunning kunnen krijgen om in Nederland te blijven. Als medische aspecten daar een rol bij spelen, adviseert het Bureau Medische Advisering (BMA) erover. Jaarlijks brengen zij ruim drieduizend adviezen uit, waarbij het meestal om beantwoording van de volgende vragen gaat: wat zijn de klachten, hoe ernstig is het, wat is de behandeling, is die in het land van herkomst beschikbaar voor de specifieke klachten en kan iemand reizen, al dan niet met medische reisvoorwaarden. In ongeveer de helft van de adviezen gaat het om vreemdelingen die in een asielprocedure zitten of hebben gezeten, de rest bestaat uit bijvoorbeeld illegalen of mensen met een tijdelijke verblijfsvergunning, die op medische gronden in Nederland willen blijven.

De adviezen worden opgesteld door in totaal twaalf artsen die zowel in dienst zijn bij het BMA zelf als bij twee externe bureaus. Acht van hen zijn sociaal geneeskundigen, de andere zijn basisartsen met verschillende achtergronden, zoals huisarts of bedrijfsarts, of arts-assistent bij verschillende afdelingen. De BMA-artsen zijn medisch adviseurs en hebben geen behandelrelatie met de persoon over wie ze advies uitbrengen. Boersma: 'Wij hebben een neutrale positie. Voor behandelaars is de wens van de patiënt vaak leidend bij het handelen. Voor ons zijn dat de vraagstelling en de zorgvul-

digheidscriteria voor het afgeven van medische verklaringen.'

Om tot een advies te komen vragen zij medische gegevens op bij de behandelende artsen op basis van een gerichte vraagstelling. Indien nodig zien zij de patiënt zelf. Ook kunnen ze bij twijfel een onafhankelijke deskundige inschakelen. Verder maken ze gebruik van zogenaamde medische landeninformatie (informatie over behandelmogelijkheden in een bepaald land) die door een internationale medische alarmcentrale en lokale vertrouwensartsen wordt geleverd. Voor het opstellen van een advies zien ze trouwens zelden een vreemdeling. Enkele jaren geleden zagen ze jaarlijks nog standaard honderden patiënten, maar volgens de artsen had deze werkwijze met standaard spreekuren – achteraf bekeken – geen toegevoegde waarde ten opzichte van de standaard schriftelijke procedure (zo nodig aangevuld met een spreekuur). Zoals BMA-arts Jansen het zegt: 'Wij krijgen in een uur tijd vaak geen volledig beeld van de situatie, dus was er na het spreekuur vaak nog heel veel schriftelijke informatie nodig. Daarnaast gaat het meestal om chronische aandoeningen, zoals hiv, psychiatrie, cardiovasculaire aandoeningen, suikerziekte; in die gevallen is het belangrijk juist de informatie van de gehele behandelperiode te kunnen beoordelen. Een momentopname tijdens een spreekuur levert dan geen extra informatie op.'

Maar ik kan geen zinnig woord zeggen over de vraag of iemand kans maakt op die baan en het zou dus een uitspraak zijn die niet conform de tuchtrechtelijke zorgvuldigheidseisen is, namelijk: blijf binnen je medische deskundigheid en

baseer je conclusies op feiten. Het enige medische dat je kunt uitzoeken is welke behandeling er voorhanden is voor specifieke klachten, zoals welke specialisten en welke medicijnen.'



*En als zijn behandelaar nu schrijft in zijn informatie aan BMA: terugkeer is funest voor zijn psychische toestand?*

**Jansen:** 'Dat is dan een persoonlijke en mogelijk voorstelbare visie van die behandelaar. Maar hij geeft dan wel een medische verklaring af die in strijd is met de KNMG-richtlijnen "omgaan met medische gegevens".'

## Onze conclusies worden steeds vaker aangevochten bij de tuchtrechter

*Maar jullie vragen die informatie aan de behandelaar.*

**Jansen:** 'Nee, wij vragen nu juist niet om een dergelijke medische verklaring, we stellen gerichte vragen, waar feitelijke antwoorden op moeten worden gegeven. Dat moet ook volgens de KNMG-richtlijnen. Zo voorkom je dat de behandelrelatie tussen patiënt en behandelend arts onnodig wordt belast. Ik vind het ook wel vreemd, en dit zien we met name bij PTSS, dat een behandelaar er blindelings van uitgaat dat een bepaald trauma exact heeft plaatsgevonden zoals het wordt verteld. De ernst en aannemelijkheid van traumata moet in de asielprocedure worden ingebracht en beoordeeld. Dat is niet de taak van de medisch adviseur of de behandelend arts.'

*Dit klinkt als een aantijging aan het adres van de behandelaar.*

**Boersma:** 'Nee, dat is geen aantijging, dat is het verschil tussen medisch adviseur en behandelaar. Ik ben zelf huisarts geweest; als behandelaar zou ik

de laatste zijn om te twijfelen aan het verhaal van de patiënt. De positie van de medisch adviseur is om onafhankelijk naar de huidige medische situatie te kijken en voor de beoordeling binnen zijn medische deskundigheid te blijven. In hoeverre traumatische gebeurtenissen die de patiënt vertelt, echt hebben plaatsgevonden, kan ik in de positie als medisch adviseur niet beoordelen en ook niet voor waar aannemen.'

**Jansen:** 'Die verregaande verklaringen blijven ook maar komen, honderden per jaar. Daarbij zijn er behandelaars die zich structureel niet houden aan de KNMG-richtlijnen. Daar zou iets aan gedaan moeten worden. Maar het lijkt voor niemand een probleem te zijn, misschien omdat de verklaringen ten faveure van de patiënt zijn. Terwijl wij voor relatief kleine onzorgvuldigheden soms voor de tuchtrechter moeten verschijnen.'

*Zijn het hoofdpijndossiers voor jullie, die PTSS-dossiers?*

**Jansen:** 'Dat associeer ik meer met dossiers waarbij suïcidaliteit aan de orde is: is de dreiging reëel, komt het door de aandoening, of wordt die als drukmiddel ingezet? Dat onderscheid is soms lastig te maken. Bij het inzetten van suïcidaliteit als drukmiddel zou een meer kritische houding van de behandelende arts niet misstaan. Als dat te vaak gebeurt, bestaat het gevaar dat het op een gegeven moment minder serieus wordt genomen en de serieuze suïcidedreigingen in het kader van een ziektebeeld niet meer als zodanig worden herkend.'

*Word je cynisch van dit werk, neem je met een korrel zout wat er wordt verteld?*

**Boersma:** 'Ik denk dat dat wel meevalt. Een vorm van cynisme kan bij elk vak optreden, maar het hoort bij een professionele houding om je daar bewust van te zijn.'

**Jansen:** 'We wapenen ons daartegen door het er steeds over te hebben. Wat ook helpt zijn de nieuwe artsen die er elke keer opnieuw weer met een frisse blik tegenaan kijken.'

### Tucht

*Hoe staan jullie tegenover de tuchtklachten die tegen BMA-artsen worden ingediend?*

**Boersma:** 'In 2012 werden er dertien tuchtklachten ingediend. Dat is relatief veel bij drieduizend adviezen die jaarlijks worden uitgebracht. We hebben gemerkt dat onze conclusies steeds vaker worden aangevochten bij de tuchtrechter, als de vreemdelingrechtelijke beslissingen ná het advies voor de vreemdeling niet gunstig zijn. Weinig klachten hebben betrekking op medisch-inhoudelijke onzorgvuldigheden in de medische advisering zelf.'

**Jansen:** 'We proberen een open blik te houden ten aanzien van tuchtprocedures en te leren van eventuele fouten om zo de kwaliteit van de advisering te verhogen. Maar in de jarenlange praktijk hebben de uitspraken geen structurele kwaliteitsverbeteringen opgeleverd. Ze wekken eerder irritatie, met name vanwege de zeer lange doorlooptijden bij de tuchtcolleges, en omdat klachten vaak worden ingezet om staand vreemdelingenbeleid de medisch adviseur in persoon te verwijten.

Daarnaast zijn er tuchtuitspraken geweest die we niet begrepen, die gezondheidsjuristen en artsen allemaal verschillend interpreteerden. Of de tuchtcolleges spraken elkaar in sommige uitspraken tegen.'

**Boersma:** 'Je krijgt soms de indruk dat het tuchtcollege ook niet precies wist welke kant het op moet.'

**Jansen:** 'Misschien moet het tuchtrecht voor adviserende en rapporterende artsen wel apart komen te staan, nu wordt vooral vanuit de optiek van de behandelaar geoordeeld. Terwijl dat in ons werk juist niet aan de orde is.' ■

### web

Het BMA-protocol en eerdere artikelen over het BMA vindt u bij dit artikel via [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).