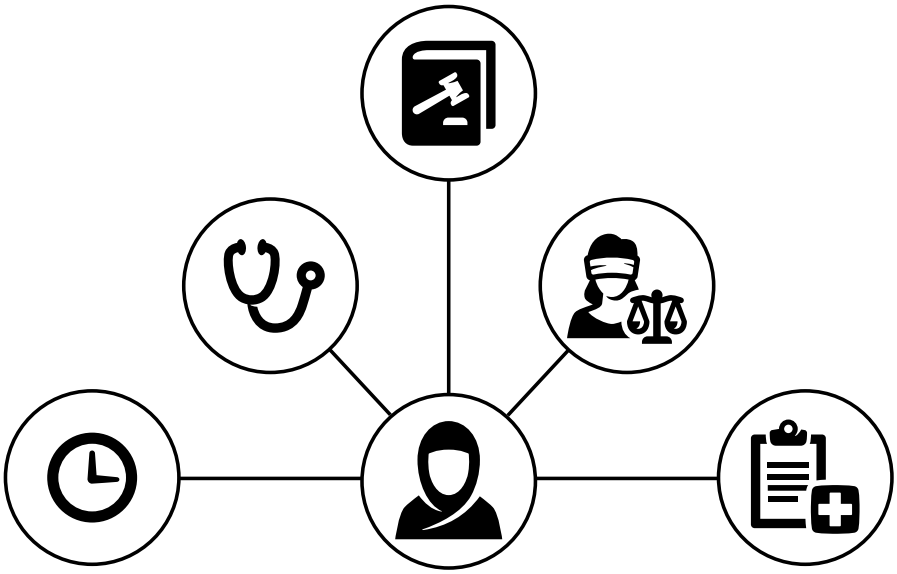
Immigratie- en Naturalisatiedienst
Ministerie van Justitie en Veiligheid

Protocol
Bureau Medische Advisering
Team Beoordeling & Medisch Advies



Immigratie- en Naturalisatiedienst
Directie Dienstverlenen
Afdeling Expertise
Versie 2021

INHOUDSOPGAVE

1. Algemeen

1.1 Doel protocol 4

1.2 Bureau Medische Advisering 4
- 1.2.1 Artsen 4
- 1.2.2 Positionering medisch adviseurs 4
- 1.2.3 Rolverdeling medisch adviseurs en behandelaars 5

1.3 Wettelijke kaders 6

1.4 Eisen aan het medisch advies 6

1.5 Medische gegevens 7

1.6 Juridisch kader 7

1.7 Staand beleid is een vast gegeven 7

1.8 Voorbeelden van situaties waarin BMA geen advies afgeeft en/of geen rol heeft 7

2. Voorbereiding van het medisch advies

2.1 Adviesverzoek 9

2.2 Verantwoordelijkheid 9

2.3 Toestemmingsverklaring 9

2.4 Opvragen medische gegevens bij behandelaars 9

3. Opstellen en uitbrengen van het medisch advies

3.1 Persoonsgebonden deel 10
- 3.1.1 Familiedossiers 10
- 3.1.2 Opbouw en toelichting bij de verschillende onderdelen van het medisch advies 10
- 3.1.3 Medische noodsituatie op de korte termijn bij uitblijven van behandeling 11
- 3.1.4 Reikwijdte medische noodsituatie 12
- 3.1.5 Reizen en reisvoorwaarden 13
- 3.1.6 Reikwijdte reisvraag en reisvoorwaarden 14
- 3.1.7 Bijzondere aandachtspunten persoonsgebonden deel 15

3.2 Landgebonden deel 16
- 3.2.1 Informatiebron - EUAA, MedCOI Sector 16
- 3.2.2 Doorzoeken van het MedCOI systeem en het uitzetten van een request 17
- 3.2.3 Inzage landeninformatie 18
- 3.2.4 Houdbaarheidsdatum medische landeninformatie 18
- 3.2.5 Uitgaan van de juistheid van de informatie van de bronnen 18
- 3.2.6 Notering in medisch advies 18

3.2.7 Reikwijdte landgebonden deel 19
3.2.8 Bijzondere aandachtspunten landgebonden deel 21

4. Omgaan met gegevens na uitbrengen medisch advies

4.1 Houdbaarheidstermijn medisch advies 25

4.2 Bewaartermijn medische gegevens 25

4.3 Inzage en toegang tot de dossiers 25

4.4 Omgaan met nadere gegevens 25

5. Kwaliteitsbewaking en bevordering

5.1 Kwaliteitsbewaking en bevordering 26

5.2 Ketenpartners 26

5.3 Externe verantwoording 26

6. Eindnoot 27

7. Afkortingenlijst 28

8. Bijlagen 29

Bijlage 1 Brief en uitleg aan huisartsen en andere eerstelijns behandelaars 30

Bijlage 2 Brief en uitleg aan GGZ-behandelaren 32

Bijlage 3 Brief en uitleg medisch specialist (niet GGZ) 34

Bijlage 4 Bijlage: Aanvullende informatie bij het opvragen van medische informatie 36

Bijlage 5 Factuurvereisten 38

1. Algemeen

1.1 Doel protocol

Dit protocol beoogt de hoofdlijnen van de werkwijze van het Bureau Medische Advisering (BMA)[1] te beschrijven bij de totstandkoming van de medische adviezen. Deze hoofdlijnen waren al beschreven in eerdere versies van het protocol, waarvan de laatste dateert uit 2016. Met de huidige versie is het BMA protocol geactualiseerd.
Omdat lezers van dit protocol mogelijk onbekend zijn met de juridische en beleidsmatige context van de medische advisering staan er ook nu, zo nodig, relevante verwijzingen naar staand vreemdelingenbeleid en verschillende soorten jurisprudentie (tuchtrechtelijk en vreemdelingrechtelijk).
In de tuchtrechtelijke jurisprudentie is de afgelopen jaren een veelheid van aspecten die samenhangen met de medische advisering aan de orde gekomen. In dit protocol wordt daar waar dat is aangewezen, verwezen naar de uitspraken van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) en het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG).

1.2 Bureau Medische Advisering

Het BMA is een onderdeel van het Ministerie van Justitie en Veiligheid en adviseert zijn opdrachtgever, de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND), desgevraagd over medische aspecten van een vreemdeling (soms zal ook de aanduiding “patiënt” worden gebruikt in dit protocol) verband houdend met het nemen van een besluit op grond van de Vreemdelingenwet 2000. Ook adviseert BMA (desgevraagd) de Minister over medische aspecten verband houdend met de hervestiging van uitgenodigde vluchtelingen.

1.2.1 Artsen

Het BMA laat zich in zijn taakuitoefening bijstaan door medisch adviseurs. Dit zijn artsen die al dan niet in dienst zijn van het Ministerie van Justitie en Veiligheid.
Deze bijstand door medisch adviseurs draagt bij aan een deskundige en objectieve besluitvorming door de IND. Vanwege deze bijstand van artsen is het namelijk mogelijk dat specifiek medische aspecten op deskundige wijze worden meegewogen bij besluiten op grond van de Vreemdelingenwet. De onafhankelijke en onpartijdige positie van de medisch adviseur draagt bij aan objectieve besluitvorming.

1.2.2 Positionering medisch adviseurs

De medisch adviseur brengt op basis van professioneel autonome beantwoording van de voorgelegde vraagstelling medisch advies uit aan de IND.
De vraagstelling aan het BMA vloeit rechtstreeks voort uit het vreemdelingenbeleid. Dat beleid is voor de adviserende arts een gegeven, waarover BMA geen mening, noch invloed op heeft.
De IND legt de arts een vraag voor die op medisch gebied ligt omdat voor het beantwoorden van de vraag medische deskundigheid noodzakelijk is. De medisch adviseurs vormen hun oordeel over de medische aspecten van een zaak op basis van medische stukken over de patiënt die zij, met toestemming van de betrokkene, ter beschikking krijgen. Vervolgens beantwoorden zij op objectieve wijze de voorgelegde vragen van de IND.
De medisch adviseurs nemen hierbij een onafhankelijke en onpartijdige positie in, zowel ten opzichte van de vreemdeling als van de (vreemdelingrechtelijke besluitvorming van de) IND.

De vragen van de IND worden door de medisch adviseurs van BMA uitsluitend beantwoord op basis van medische aspecten. De vreemdelingrechtelijke beslissing en/of beslissing over terugkeer die na

[1] Vanaf september 2015 in de IND-organisatie benoemd als Team **B**eoordeling en **M**edisch **A**dvies (BMA).

een uitgebracht medisch advies valt, ligt dus duidelijk buiten de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur.
De medisch adviseur is ook niet op de hoogte van dergelijke beslissingen van de IND. Daarbij heeft de medisch adviseur van BMA geen rol bij het gehoor over asielmotieven in de asielprocedure en is dan ook niet op de hoogte van deze asielmotieven.

1.2.3 Rolverdeling medisch adviseurs en behandelaars
De rollen van enerzijds de behandelaar van de patiënt/vreemdeling en anderzijds de medisch adviseur van het BMA verschillen wezenlijk van elkaar.

De behandelaar diagnosticeert en stelt een behandelplan vast. Het uitgangspunt van de behandelaar is het geven van een optimale medische behandeling om de medische klachten te bestrijden. De behandelaar heeft een behandelrelatie en een vertrouwensband met de betrokken patiënt. De wens van de patiënt is vaak leidend bij het handelen.
De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) hanteert als standpunt dat een behandelaar geen verklaringen afgeeft over een eigen patiënt, waarbij hij/zij een waardeoordeel geeft over de patiënt en zijn/haar gezondheidstoestand. Dergelijke verklaringen mogen alleen worden afgegeven door een onafhankelijke arts.
Deze arts kan een eigen beoordeling maken van de situatie.[2] Zo nodig kan deze onafhankelijke arts aanvullende informatie opvragen bij de behandelaars. Dit standpunt wordt gesteund door de tuchtrechter. Het CTG heeft in een uitspraak van 4 december 2012 -in het kader van een BMA advies- geoordeeld dat het op gespannen voet zou staan met de richtlijnen van het KNMG als een behandelaar een geneeskundige verklaring afgeeft over een eigen patiënt.[3] In de desbetreffende zaak oordeelde het CTG dat de behandelend arts niet is gevraagd een inschatting te geven over het ontstaan van een medische noodsituatie.

De medisch adviseur van het BMA vervult de rol van onafhankelijk arts en heeft geen behandelrelatie met de betrokken patiënt. De medisch adviseur is de beoordelende arts met kennis van specifieke criteria (zoals het criterium medische noodsituatie op de korte termijn, beschikbaarheid medische behandelmogelijkheden in het land van herkomst, reisvaardigheid of medische reisvoorwaarden) in vreemdelingrechtelijk verband en is daar specifiek deskundig op.
Dat dit tot de deskundigheid van de medisch adviseur behoort wordt door de Raad van State bevestigd in de uitspraak van 11 juni 2015.[4]
De behandelend medisch specialist is deskundig op de diagnostiek en behandeling in het betreffende vakgebied. Het is van groot belang deze verschillende rollen goed van elkaar te onderscheiden en te doorgronden om verwarring over deskundigheid te voorkomen.

Een medisch advies wordt uitgebracht door bijvoorbeeld een sociaal geneeskundige of basisarts met ruime advieservaring, die op alle vakgebieden moet kunnen adviseren.
De adviserend arts wordt daarbij als beoordelend arts, met algemene medische kennis (en kennis van de specifieke criteria in vreemdelingrechtelijk verband), geacht de kennis en kunde te bezitten om aan de hand van beschikbare medische gegevens de gestelde vragen van een deskundig antwoord te voorzien.

---

[2] KNMG-richtlijnen over het omgaan met medische gegevens (april, 2021) https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/omgaan-met-medische-gegevens.htm.
NB; n.a.v. een handhavingsverzoek van BMA aan de Inspectie voor de Gezondheidzorg vanwege het aantal Geneeskundige verklaringen van behandelaars, heeft de Inspectie in 2015 een waarschuwingsbrief afgegeven aan betrokken behandelaars. Dit heeft in de loop van de jaren geleid tot een afname van het aantal Geneeskundige verklaringen.

[3] Uitspraak CTG, 4 december 2012 (C2011.303)

[4] ABRS 11 juni (ECLI:NL:RVS:2015:1924)

Vaak zijn medische gegevens afkomstig van behandelend medisch specialisten. Het feit dat de medisch adviseur zelf geen specialist is in het betreffende gebied, is geen reden om te twijfelen aan zijn of haar deskundigheid om de gestelde vragen van een deskundig antwoord te voorzien.[5]

Op basis van vaststaand vreemdelingenbeleid beantwoordt de medisch adviseur vragen van de IND, zodat de IND in staat is een aanvraag van de vreemdeling (bijvoorbeeld een aanvraag voor verblijf, waarbij medische aspecten een rol spelen) te beoordelen. De rol van de medisch adviseur is om vragen van de IND zorgvuldig, volledig, duidelijk, feitelijk en objectief te beantwoorden met gedegen kennis van de eerder genoemde relevante criteria die binnen het vreemdelingenrecht gelden. In de uitspraak van 20 juni 2017[6] heeft het CTG deze rolverdeling tussen de medisch adviseur en de behandelaar bevestigd en in lijn met eerdere jurisprudentie akkoord bevonden.

1.3 Wettelijke kaders

De taken van het BMA worden uitgeoefend met inachtneming van de toepasselijke wettelijke kaders, waarvan de belangrijkste worden gevormd door de bepalingen van boek 7, titel 7, afd. 5 van het Burgerlijk Wetboek (de Wet inzake de Geneeskundige Behandeling Overeenkomst, WGBO), de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en de Wet Algemene verordening gegevensbescherming (AVG).
De taakuitoefening vindt met name plaats binnen de kaders van de Vreemdelingenwet 2000 en de daarop gebaseerde regelgeving en de Algemene wet bestuursrecht (Awb).

1.4 Eisen aan het medisch advies

Het BMA vermeldt in het medisch advies in elk geval de onderstaande gegevens:

- naam, geboortedatum en nationaliteit van de vreemdeling volgens opgave van de opdrachtgever;
- het juridisch kader van de aanvraag ,bijvoorbeeld om toepassing van artikel 64 Vreemdelingenwet (art. 64 Vw) of een Verblijfsvergunning regulier voor bepaalde tijd in verband met de medische situatie van de vreemdeling (VVR-Medisch);
- datum adviesaanvraag;
- welke medische stukken zijn gebruikt;
- welke medische landeninformatie is gebruikt bij het opstellen van het medisch advies;
- aanvullende gegevens zoals bijvoorbeeld een telefoonnotitie.

De vraagstelling moet steeds zorgvuldig en gemotiveerd worden beantwoord. Daarbij moet het medisch advies voldoen aan de zorgvuldigheidscriteria die in de jurisprudentie van de tuchtrechter aan medische adviezen en rapporten worden gesteld: [7]

1. het rapport (medisch advies) vermeldt de feiten, omstandigheden en bevindingen waarop het berust;
2. het rapport geeft blijk van een geschikte methode van onderzoek om de voorgelegde vraagstelling te beantwoorden;
3. in het rapport wordt op een inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de conclusies van het rapport steunen;
4. het rapport vermeldt de bronnen waarop het berust, daaronder begrepen de gebruikelijke literatuur en de geconsulteerde personen en
5. de rapporteur blijft binnen de grenzen van zijn deskundigheid.

[5] Uitspraken van het Centraal Tuchtcollege van 20 december 2012 (C2011.348), CTG 12 augustus 2014 (C2014.027) CTG 24 maart 2015 (C2014.230), CTG 20 juni 2017 (C2016288) en uitspraken RTG 23 januari 2018 ((17/304) en 14 oktober 2019 (19/258)

[6] Uitspraak CTG 20 juni 2017 (C2016.288). Zie tevens RTG- uitspraken 17 januari 2017 (2016-073a/b)

[7] Uitspraak CTG 30 januari 2014 (C2012.100)

Dit laatste criterium brengt met zich mee dat de advisering zich tot de medische aspecten moet beperken.
Deze zorgvuldigheidscriteria legt BMA zichzelf standaard op.

1.5 Medische gegevens

BMA verstaat onder 'medische gegevens': gegevens over de medische toestand van de vreemdeling en direct afkomstig van of rechtstreeks en kenbaar herleidbaar tot stukken opgesteld door BIG- en NIP (Nederlands Instituut van Psychologen)-geregistreerde beroepsbeoefenaars, al dan niet zijnde de behandelaar(s) van de vreemdeling.

1.6 Juridisch kader

De IND kan in verschillende situaties medische adviezen aanvragen bij het BMA, zoals onder andere bij:

- de toets aan artikel 64 Vw. De IND verricht deze toets op aanvraag of ambtshalve in door het Vreemdelingenbesluit bepaalde gevallen.
- de aanvraag voor een verblijfsvergunning regulier voor bepaalde tijd in verband met de medische situatie van de vreemdeling (VVR-Medisch);
- een aanvraag in het kader van de Dublin-procedure;
- de beoordeling van de medische situatie van de vreemdeling in het kader van artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (art. 3 EVRM);
- de beoordeling of de vreemdeling op medische gronden vrijgesteld moet worden van de verplichting om een geldige machtiging tot voorlopig verblijf over te leggen (Mvv-vereiste).

1.7 Staand beleid is een vast gegeven

De medisch adviseurs van BMA brengen adviezen uit in de context van vreemdelingrechtelijke beslissingen door de IND.
De IND neemt die beslissingen in het kader van vaststaand beleid en wet- en regelgeving.
Het beleid, de wet- en regelgeving en de beleidsmatige keuzes binnen het vreemdelingenrecht zijn voor de medisch adviseurs een vast gegeven.
Een vreemdeling of derde die bezwaren heeft over de inhoud van het beleid of wet- of regelgeving moet die bezwaren niet voorleggen aan het BMA, maar daar andere kanalen voor gebruiken.
Een relevant voorbeeld van een gemaakte beleidskeuze is het vaststellen van het criterium van wanneer een medische noodsituatie op de korte termijn zich voordoet (*zie verder hoofdstuk 3.1*).

1.8 Voorbeelden van situaties waarin BMA geen advies afgeeft en/of geen rol heeft

BMA heeft **geen** rol in de volgende situaties:

- medisch advies in het kader van het horen;
- forensisch medisch onderzoek (o.a. littekenonderzoek) ten behoeve van de asielprocedure;
- waarheidsvinding;
- aannemelijkheid van asiel gerelateerde gebeurtenissen;
- leeftijdsonderzoek;
- DNA-onderzoek;
- het uitvoeren van Fit-to-fly keuringen/onderzoeken
- onderzoek naar de veiligheidssituatie in een land.

BMA heeft **geen** rol bij onderstaande vragen, omdat deze vragen buiten de medische deskundigheid van de medisch adviseur liggen:

- Of een vreemdeling verantwoord uit Nederland kan vertrekken; dat zou een vraag zijn naar een persoonlijke visie op vertrek.
- Of een persoon met de Nederlandse nationaliteit in staat geacht kan worden om in het kader van art. 8 EVRM zich in een ander land kan vestigen.

- Of een persoon met de Nederlandse nationaliteit iemand anders over mag laten komen voor mantelzorg.
- Of een vreemdeling detentiegeschikt is.
- Of BMA medische begeleiding binnen Nederland kan regelen.
- Of BMA daadwerkelijke medische begeleiding bij uitzettingen kan regelen en organiseren.
- Of een vreemdeling het “regime” in een vertrekcentrum aankan.
- Of medische zorg in het land van herkomst toegankelijk is voor een vreemdeling of voor een bepaalde groepering.
- Of de overdracht -in het kader van de Dublinprocedure- of verwijdering zelf zal leiden tot een aanzienlijke en onomkeerbare achteruitgang van de gezondheidssituatie van een vreemdeling of dat er een aanzienlijk risico daarop bestaat.

De IND kan in een aantal medische situaties een besluit nemen zonder medisch advies van het BMA (*zie Vreemdelingencirculaire (Vc) paragraaf A3/7.2.6. Vc*);
Dit kan onder andere bij:

- Klinische opname (*zie paragraaf A3/7.3.2.8. Vc*); het gaat dus om een opname in een ziekenhuis; dat kan dus gaan om opnames bij lichamelijke en/of psychiatrische problematiek en bij dat laatste ook om vrijwillige en gedwongen in een ziekenhuis in het kader van de Wet verplichte ggz (Wvggz) voor personen met een psychiatrische aandoening en de Wet zorg en dwang (Wzd) voor personen met een verstandelijke beperking en personen met een psychogeriatrische aandoening.
- Zwangerschap (*zie paragraaf A3/7.3.2.6 Vc*).
- Tuberculose (*zie paragraaf A3/7.2.7 Vc*).

2. Voorbereiding van het medisch advies

2.1 Adviesverzoek

BMA adviseert de IND over medische aspecten van een vreemdeling, nadat de IND een daartoe strekkend verzoek met bijbehorende vraagstelling aan BMA heeft gedaan.

2.2 Verantwoordelijkheid

Het beoordelen van de medische aspecten, voorbereiden en opstellen van het medisch advies geschiedt onder de persoonlijke verantwoordelijkheid van de medisch adviseur die het advies uitbrengt.

2.3 Toestemmingsverklaring

Degene over wiens gezondheidstoestand medisch advies is gevraagd door de IND moet toestemming verlenen voor het opvragen, inzien en gebruiken van medische gegevens door de medisch adviseurs van BMA bij door de vreemdeling zelf op te geven behandelaars.

2.4 Opvragen medische gegevens bij behandelaars

Sinds april 2014 moet de vreemdeling in veel gevallen zelf bij zijn behandelaar(s) zijn medische gegevens opvragen en aan de IND geven (*zie paragraaf A3/7.2 Vc*).
De vreemdeling die zelf een aanvraag indient, moet bij de aanvraag een aantal stukken overleggen, waaronder de relevante medische gegevens; voor art. 64 Vw aanvragen zie paragraaf A3/7.2.2. Vc en paragraaf A3/7.2.4. Vc en voor VVR-Medisch aanvragen zie paragraaf B8/9.3. Vc.

De vreemdeling vraagt deze gegevens zelf op bij de behandelaars met brieven van BMA uit het aanvraagformulier *(zie bijlage 1).*
Opmerkingen van het KNMG, de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP) over de inhoud van de vraagstelling, de redenen van de vraagstelling en voorbeelden zijn verwerkt in deze brieven van het BMA aan de behandelaars.
In deze brieven worden behandelaars erop gewezen uitsluitend feitelijke informatie te verstrekken conform de geldende KNMG-richtlijnen en geen zogeheten ‘geneeskundige verklaring’ af te geven zoals reeds eerder toegelicht.

De door de vreemdeling opgevraagde informatie bij zijn/haar behandelaars moet antwoorden bevatten op de door BMA gestelde vragen uit bovengenoemde brieven en bijvoorbeeld geen antwoorden op door anderen gestelde vragen (zoals bijvoorbeeld van de gemachtigde).
Na ontvangst van de informatie van de behandelaars, beoordeelt het BMA deze informatie op volledigheid en actualiteit.
Is de informatie compleet, dan wordt gestart met het adviestraject.
Is de informatie incompleet, dan koppelt het BMA dit met redenen terug aan de IND. Het is dan aan de vreemdeling zelf deze informatie bij de betreffende behandelaar tijdig te completeren en/of een andere actie te ondernemen zoals bijvoorbeeld een nieuwe toestemmingsverklaring met een nieuwe, eerder ontbrekende, behandelaar aan te leveren met de informatie van deze nieuwe behandelaar.

Als betrokkene de aanvraag niet zelf indient, maar de aanvraag ambtshalve door IND wordt gestart (vanuit bijvoorbeeld doortoetsen in de asielprocedure of n.a.v. een verzoek vanuit de Dienst Terugkeer & Vertrek (DT&V) bijvoorbeeld wanneer vreemdeling in vreemdelingendetentie zit) dan is enkel een toestemmingsverklaring voldoende en zal BMA de informatie bij de behandelaars opvragen.

3. Opstellen en uitbrengen van het medisch advies

Het medisch advies bestaat doorgaans uit twee delen. Enerzijds is er een persoonsgebonden deel waarin de gezondheidstoestand van de vreemdeling wordt beoordeeld, in hoeverre er een medische noodsituatie op korte termijn zal ontstaan bij het uitblijven van behandeling en of betrokkene in staat is om te reizen en welke reisvoorwaarden hier eventueel aan zijn verbonden.
Daarnaast is er een landgebonden deel waarin, op het moment dat er is geconcludeerd dat er sprake zal zijn van een medische noodsituatie op korte termijn bij het uitblijven van behandeling, wordt uitgezocht in hoeverre de behandeling op enige plek aanwezig is in het land van herkomst of land van bestemming.

3.1 Persoonsgebonden deel

Het onderzoek naar de gezondheidstoestand en de behandeling van de vreemdeling vindt in principe plaats op basis van schriftelijke informatie van BIG- en NIP-geregistreerde behandelaars.
Zo nodig wordt aanvullend een behandelaar, telefonisch of schriftelijk, benaderd of wordt na het ontvangen van schriftelijke informatie een expertise bij een onafhankelijke deskundige gevraagd.

De medisch adviseur kan besluiten expertise in te winnen van een onafhankelijke deskundige (niet zijnde de behandelaar) op het desbetreffende vakgebied, als de beschikbare medische informatie daartoe naar zijn oordeel aanleiding geeft.
Dit kan met name het geval zijn als naar het oordeel van de medisch adviseur:

- de door de behandelaar(s) verstrekte informatie niet consistent is;
- twijfels zijn gerezen over de door de behandelaar verstrekte informatie.

De medisch adviseur komt dus op basis van schriftelijke informatie tot een beoordeling en ziet betrokkene niet zelf op een spreekuur. In het verleden is gebleken dat een beoordeling op basis van schriftelijke informatie volstaat (*zie uitleg bij eindnoot*[i]).

3.1.1 Familiedossiers

Als de adviesaanvraag over meerdere zieke personen uit een gezin gaat, dan moet de opdrachtgever dit duidelijk in de aanvraag aan BMA aangeven.
BMA zal dan alle afzonderlijke medische adviezen over de situatie van de desbetreffende gezinsleden zoveel mogelijk door dezelfde medisch adviseur laten uitbrengen. Voor zover aan de orde, betrekt de adviseur de onderlinge samenhang in die verschillende adviezen uit een gezin. Voorbeelden van een dergelijke samenhang zijn: mantelzorg door familieleden en gezinstherapie.

3.1.2 Opbouw en toelichting bij de verschillende onderdelen van het medisch advies

Het medisch advies is primair bedoeld om de vraag van de ambtenaar van de IND te beantwoorden. Hierbij richt de medisch adviseur zich op de vraagstelling. Het is niet de taak van de medisch adviseur om de relevantie van de voorgelegde vraagstelling van de IND in twijfel te trekken.[8]

Medische klachten

In het medisch advies geeft de medisch adviseur een samenvatting van de belangrijkste klachten en/of gestelde diagnoses.
Niet alle klachten die de behandelaar heeft aangegeven in de brieven aan BMA, hoeven te worden belicht. De medisch adviseur maakt een selectie en samenvatting van de belangrijkste klachten

[8] Uitspraak CTG 4 december 2012 (C2011.303/304)

zodat voor de IND-aanvrager duidelijk wordt welke -voor de conclusies van het advies- relevante klachten de vreemdeling heeft.
Ook hoeven de diagnoses niet expliciet te worden genoemd zolang de klachten maar duidelijk worden beschreven. Als de klachten niet expliciet worden genoemd moet de belangrijkste diagnostiek in ieder geval duidelijk zijn.
De klachten hoeven ook niet exact op dezelfde manier te worden beschreven zoals de behandelaar die beschreven heeft. De medisch adviseur schrijft het advies voor een medische leek en probeert het in begrijpelijke taal te beschrijven en medisch jargon zoveel mogelijk te vermijden.[9]

Medische behandeling
In het medisch advies geeft de medisch adviseur een samenvatting van de behandeling die aan de vreemdeling wordt gegeven voor de genoemde klachten in Nederland (inclusief medicatie) en wordt voor zover mogelijk de ingeschatte duur van de behandeling aangegeven.

Mantelzorg
Naast de medische behandeling is er soms ook sprake van mantelzorg. De behandelaars kunnen dit aangeven in hun informatie aan BMA en worden daar ook naar gevraagd in de brieven *(zie bijlage 1).*
Mantelzorg is per definitie zorg door niet-professionals zoals bijvoorbeeld zorg door familieleden of vrienden. Mantelzorg kan dus variëren van enige hulp in de huishouding, emotionele ondersteuning tot aan toezicht op medicatie-inname bij patiënten zonder ziekte-inzicht.
Mantelzorg is dus geen professionele zorg -maar indien aan de orde- mogelijk een onderdeel van de medische behandeling.

Noodzakelijke mantelzorg zoals bedoeld in de Vreemdelingencirculaire (Vc):
In paragraaf A3/7.1.6. Vc staat ook uitgelegd wat onder mantelzorg wordt verstaan.
Naast bovengenoemde algemene uitleg moet de mantelzorg daarbij een essentieel onderdeel zijn van de medische behandeling.
Als uit bijvoorbeeld de informatie van de behandelaars blijkt dat er sprake is van mantelzorg beoordeelt de medisch adviseur in het advies of die mantelzorg een essentieel onderdeel is van de medische behandeling c.q. nodig is om de behandeling te doen slagen.
Een voorbeeld hiervan is noodzaak van toezicht en hulp van familie bij gebruik van de medicatie, omdat betrokkene zelf hiertoe niet in staat is. Niet elke vorm van mantelzorg vormt dus een essentieel onderdeel van de medische behandeling. Ook het CTG heeft geoordeeld dat slechts sprake is van noodzakelijke mantelzorg als mantelzorg een essentieel onderdeel van de medische behandeling vormt.[10]

Terminale fase van een ziekte
In geval de medisch adviseur, op basis van de medische klachten en behandeling, vaststelt dat er sprake is van een terminale fase van een ziekte, er niet meer medisch behandeld wordt en enkel palliatieve zorg wordt gegeven, dan zal geen volledig advies worden uitgebracht maar een Memo terminale patiënt.
In de Memo terminale patiënt worden enkel de klachten en of diagnose en de gegeven zorg vermeld. Terminaal betekent dat de verwachting is dat betrokkene binnen 6 maanden tot één tot anderhalf jaar overlijdt (*zie paragraaf B8/12. Vc*).

3.1.3 Medische noodsituatie op de korte termijn bij uitblijven van behandeling
De medisch adviseur geeft in het medisch advies een inschatting over het ontstaan van een medische noodsituatie binnen drie maanden bij uitblijven van behandeling.

[9] Uitspraak CTG 22 december 2016 (C2016.017)
[10] Uitspraken CTG 24 maart 2015 (C2014.229) en 5 juni 2018 (C2017.088)

Het begrip 'medische noodsituatie op korte termijn' is een vreemdelingrechtelijk criterium waarbij een medische beoordeling door een medisch adviseur noodzakelijk is. Dit criterium zelf is uitdrukkelijk de verantwoordelijkheid van de voor vreemdelingenzaken verantwoordelijke bewindspersoon en niet van de artsen of de medische beroepsgroep.

Bij de beantwoording van de vraag naar de verwachting over het ontstaan van een medische noodsituatie op korte termijn als behandeling uitblijft, gaat BMA uit van de omschrijving in paragraaf A3/7.1.3. van de Vreemdelingencirculaire:
"Onder een medische noodsituatie verstaat de IND: die situatie waarbij de vreemdeling lijdt aan een aandoening, waarvan op basis van de huidige medisch-wetenschappelijke inzichten vaststaat dat het achterwege blijven van behandeling binnen een termijn van drie maanden zal leiden tot overlijden, invaliditeit of een andere vorm van ernstige geestelijke of lichamelijke schade."

In de praktijk wordt de medische noodsituatie als volgt geoperationaliseerd:
"Het achterwege blijven van de medische behandeling zal naar alle waarschijnlijkheid op korte termijn leiden tot betrokkenes overlijden, een (vrijwel) volledig verlies van ADL-zelfstandigheid (activiteiten dagelijks leven) of gedwongen opname in een psychiatrische ziekenhuis in het kader van de Wet verplichte ggz (Wvggz) of de Wet zorg en dwang (Wzd)."

Op deze manier is het duidelijk voor de medisch adviseurs wat er met de algemene formuleringen invaliditeit of een andere vorm van ernstige geestelijke of lichamelijke schade wordt bedoeld. De operationalisering van de omschrijving in de Vc betekent dus geen strengere of een andere definitie maar een nadere uitleg voor de medisch adviseurs van deze omschrijving.[11]

Of er al dan niet sprake is van een medische noodsituatie op de korte termijn is van toepassing bij de beoordeling in het kader van art. 64 Vw en de aanvraag voor een vergunning voor medische behandeling (VVR-Medisch). Naar aanleiding van het arrest van het Europees Hof voor de Rechten van de mens (EHRM) van 13 december 2016 is in lijn met dit arrest de beoordeling van de medische noodsituatie op de korte termijn eveneens van toepassing als de medische gesteldheid ten grondslag wordt gelegd aan een beroep op art.3 EVRM.[12] In dat kader wordt aan BMA gevraagd te beoordelen of de vreemdeling lijdt aan een aandoening waarvan op basis van medisch-wetenschappelijke inzichten vaststaat dat het achterwege blijven van de medische behandeling binnen een termijn van drie maanden zal leiden tot een medische noodsituatie op de korte termijn (*zie paragraaf A3/7.1.3. en B8/9.1.3. Vc*).

3.1.4 Reikwijdte medische noodsituatie:

I. Beoordeling staat los van overige factoren
De vraag naar een medische noodsituatie op de korte termijn bij uitblijven van de behandeling wordt los van overige factoren beoordeeld. Het gaat dus puur om de beoordeling bij uitblijven van behandeling en niet bijvoorbeeld over de gevolgen bij of na terugkeer naar het land van herkomst/bestemming.[13]

---

[11] In het vreemdelingenrecht is in verschillende uitspraken van de Raad van State het standpunt bevestigd dat het begrip "medische noodsituatie" in BMA-adviezen en BMA-protocol dezelfde betekenis toekomt als in de relevante paragraaf A3/7.1.3 Vc omdat het BMA in het protocol ook uitgaat van deze omschrijving: Vgl. ABRS 7 september 2017 (ECLI:NL:RVS:2017:2435).
Ook het CTG heeft bevestigd dat de medisch adviseur mag uitgaan van de nadere uitleg die het BMA aan het begrip medische noodsituatie heeft gegeven in het Protocol BMA (CTG 20 december 2012).

[12] ECLI:CE:ECHR:2016:1213JUD00417381 : arrest Paposhivili
[13] Uitspraak CTG 21 juni 2016 (C2015.427)

Eventuele te verwachten medische gevolgen in de toekomst rondom een terugkeer vallen dus buiten deze beoordeling; zoals acting–out gedrag of toename van suïcidaliteit door de uitzetting zelf of wat er te verwachten valt na een eventuele terugkeer.

II. Prognose
De inschatting van de gevolgen bij uitblijven van behandeling binnen een termijn van drie maanden (ook op basis van medisch wetenschappelijke inzichten) betreft een medische prognose en kan daarom maar zelden door een medisch adviseur met 100% exacte zekerheid worden gemaakt.

III. Geen medische noodsituatie op de korte termijn en de indicatie van de behandeling
Als er volgens de medisch adviseur geen medische noodsituatie op de korte termijn te verwachten is bij uitblijven van behandeling betekent dit niet dat de gegeven medische behandeling niet zinvol zou zijn. Dat zou een verkeerde interpretatie van deze beoordeling zijn.
Het is zuiver een inschatting van dit specifieke vreemdelingrechtelijk criterium door de medisch adviseur. Het is aan de behandelaar om te bepalen of een bepaalde behandeling zinvol en geïndiceerd is.

IV. Medische noodsituatie op de korte termijn bij kinderen en ouderen
De Vreemdelingencirculaire maakt bij dit criterium geen onderscheid qua leeftijd en bij kinderen en ouderen geldt dus hetzelfde criterium.

V. Medische noodsituatie op de korte termijn bij kinderen onder de 12 jaar met psychiatrische problematiek
Gedwongen opnames binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie komen zelden voor; vooral bij kinderen onder de 12 jaar.[14] Ook psychotische klachten en suïcidepogingen komen bij deze doelgroep maar zeer zelden voor. Bij deze doelgroep wegen de medisch adviseurs deze omstandigheden mee bij de beoordeling van de medische noodsituatie op de korte termijn.

3.1.5 Reizen en reisvoorwaarden

Reizen
De medisch adviseur beoordeelt of de vreemdeling op het moment van advisering -in objectieve zin- medisch gezien in staat is om te reizen.
Hierbij wordt in de regel uitgegaan van een vliegreis naar het land van eventuele terugkeer (en zeer sporadisch en bij specifieke navraag gaat het bijvoorbeeld om een reis per auto of trein).

Het in staat zijn om te reizen wordt geheel los van de volgende situaties beoordeeld: gedwongen uitzetting via de Dienst Terugkeer en Vertrek (DT&V), zelfstandige terugkeer via de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) of een geheel vrijwillige terugkeer door de vreemdeling zelf.
Dat is ook op het moment van advisering in de regel niet bekend en niet relevant voor de beantwoording van de vraag.
De medisch adviseur geeft hierbij geen persoonlijke visie: hij geeft dus niet aan of hij een reis, terugkeer of gedwongen uitzetting persoonlijk verantwoord acht.

De aard en ernst van de aandoening en de ingeschatte medische risico's rondom een reis bepalen of een vreemdeling in objectieve zin kan reizen. Hierbij let de medisch adviseur ook op specifieke medische vliegreiscondities. Als de toestand van de vreemdeling daartoe aanleiding geeft (zoals blijkend uit concrete medische gegevens) besteedt de medisch adviseur ook aandacht aan medische reisvoorwaarden om een zorgvuldige reis te borgen.

[14] www.kenniscentrum-kjp.nl.

Als een vreemdeling medisch gezien in het geheel niet in staat is om te reizen, geeft de medisch adviseur -indien mogelijk- een inschatting van de tijdsduur daarvan.

Reisvoorwaarden
In zijn algemeenheid adviseert BMA om een schriftelijke overdracht van de medische gegevens mee te nemen (zoals bijvoorbeeld een ingevuld Europees Medisch Paspoort) als de vreemdeling onder medische behandeling staat. Als de vreemdeling daarbij ook medicatie krijgt voorgeschreven, adviseert BMA in zijn algemeenheid ook om deze medicatie te continueren tijdens de reis en voldoende medicatie (bijvoorbeeld voor enkele weken; in de praktijk vaak een ontslagrecept van een maand) mee te nemen om de periode van de reis te overbruggen.
Deze algemene reisvoorwaarde hoeft niet in elk advies expliciet benoemd te worden en kan door dit protocol als algemeen uitgangspunt van BMA beschouwd worden. Strikt genomen betreft het ook geen harde reisvoorwaarde waarbij, als hier niet aan voldaan wordt, de reis niet kan doorgaan.

Andere reisvoorwaarden betreffen reisvoorwaarden waarbij derden moeten worden ingeschakeld. Er zijn veel verschillende reisvoorwaarden mogelijk. De meest voorkomende reisvoorwaarden zijn de volgende:

- Voorafgaand aan de reis: rolstoelvervoer op de vliegvelden.
- Tijdens de reis: begeleiding door een verpleegkundige of arts.
- Vlak na de reis: een fysieke overdracht in het land van terugkeer aan een instelling ter plekke of aan een arts/specialist op het vliegveld.

Fysieke overdracht
De fysieke overdracht is de meest vergaande reisvoorwaarde en deze voorwaarde wordt alleen gesteld als direct medisch ingrijpen wordt verwacht vlak na de reis.
Als deze specifieke reisvoorwaarde aan de orde is vraagt de IND ook naar een voorbeeld van een instelling waar de behandeling beschikbaar is waarvoor de fysieke overdracht noodzakelijk is. De medisch adviseur geeft dan vervolgens ook een voorbeeld van een naam van een instelling waar behandeling aanwezig is (deze wordt vaak ook genoemd bij de beantwoording van de land gebonden vragen). Bij een fysieke overdracht aan een arts/specialist op het vliegveld hoeft in principe niet nog een voorbeeld van een instelling te worden genoemd; de “instelling” is dan die betreffende arts of specialist op het vliegveld.

3.1.6 Reikwijdte reisvraag en reisvoorwaarden

I. Geen persoonlijke visie over terugkeer
De medisch adviseur geeft, zoals hierboven eerder genoemd, niet zijn persoonlijke visie over een eventuele terugkeer. De medisch adviseur zal hierover -ook ongevraagd- geen uitspraken doen, omdat deze hoe dan ook speculatief van aard zullen zijn en dus niet voldoen aan de eerder gestelde zorgvuldigheidseisen.

II. Medische reisvoorwaarden worden ook op zijn individuele merites beoordeeld
Vreemdelingen met vergelijkbare diagnoses, aandoeningen en behandelingen zijn eigenlijk nooit volledig op alle feiten vergelijkbaar. Daarmee kunnen ook conclusies en beoordelingen van de medische reisvoorwaarden bij ogenschijnlijk vergelijkbare vreemdelingen met vergelijkbare behandelingen van elkaar verschillen.

III. Het reizen (inclusief reisvoorwaarden) wordt geheel los beoordeeld van overige factoren zoals het criterium medische noodsituatie op de korte termijn of de landgebonden informatie

De indicatie voor de reisvoorwaarde fysieke overdracht betreft een geheel andere dan het criterium medische noodsituatie op de korte termijn; deze reisvoorwaarde wordt immers geadviseerd als direct medisch ingrijpen wordt verwacht vlak na de reis.

Als een vreemdeling medisch gezien niet kan reizen, zoekt de medisch adviseur in beginsel om pragmatische redenen de landgebonden informatie niet uit. Er kan immers niet gereisd worden naar dat land of welk land dan ook. Als de IND deze informatie voor het toetsingskader nodig heeft, zoals bijvoorbeeld in het kader van VVR-Medisch, wordt de landgebonden informatie wel uitgezocht.

IV. Geen uitvoering/uitwerking van gestelde reisvoorwaarden
BMA is niet verantwoordelijk voor het regelen of uitwerken van de reisvoorwaarden zoals de fysieke overdracht. De medisch adviseur neemt bijvoorbeeld ook geen contact op met eventuele toekomstige behandelaars van de vreemdeling in het eventuele land van terugkeer om de behandeling of behandelgegevens over te dragen. De medisch adviseur adviseert alleen welke reisvoorwaarde medisch noodzakelijk is.
Het is aan derden (zoals DT&V, IOM of de vreemdeling zelf) om deze voorwaarden uit te voeren als de reis daadwerkelijk aan de orde is.
Ook het CTG bevestigt dat het niet de taak van de medisch adviseur is om de reisvoorwaarden verder uit te werken.[15]

V. Niet de enige instelling bij de reisvoorwaarde fysieke overdracht maar een voorbeeld van een instelling
Bij de reisvoorwaarde fysieke overdracht voor een bepaalde behandeling, staat in het advies een naam van een instelling waar die behandeling beschikbaar is. Dit is een voorbeeld van een instelling waar die behandeling aanwezig is, maar het hoeft niet de enige instelling te zijn in het land waar die behandeling aanwezig is. Het moet dus ook gelezen worden als een voorbeeld van een instelling waarnaartoe fysieke overdracht zou kunnen plaatsvinden na een eventuele reis.
De uitvoerders van de reisvoorwaarden beslissen over de uitvoering van een fysieke overdracht naar een specifieke instelling. Het is niet aan de medisch adviseur om de uitvoering van een fysieke overdracht naar een specifieke instelling te bepalen.

3.1.7 Bijzondere aandachtspunten persoonsgebonden deel

Bezorgdheid behandelaars
Regelmatig uiten behandelaars hun zorgen in de schriftelijke (of mondelinge) informatie over een patiënt aan BMA. Dit is goed voorstelbaar vanuit de positie als behandelaar. Zorgen die vaak geuit worden zijn: de medische situatie van de betrokken patiënt is slechter geworden sinds het uitbrengen van het advies, zorgen over de toegang tot behandeling in het land van herkomst, medische gevolgen van terugkeer, gevoel van onveiligheid bij de patiënt in relatie tot toekomstige behandeling in het land van herkomst en twijfels of er een vertrouwensband kan worden opgebouwd met een behandelaar in het land van herkomst.

BMA laat feitelijke informatie van behandelaars in het medisch advies tot uitdrukking komen. Dat betekent dat de medisch adviseur zich in zijn advisering niet laat leiden door de (persoonlijke) opvattingen van behandelaars. Zoals eerder beschreven kan de medisch adviseur alleen rekening houden met de vraagstelling en de voor het advies geldende zorgvuldigheidseisen.
Soms leidt deze bezorgdheid van de behandelaar tot het afgeven van geneeskundige verklaringen over de reisvaardigheid, de behandelmogelijkheden in het land van herkomst of de beoordeling van de medische noodsituatie op de korte termijn. Hoewel begrip bestaat voor de betrokkenheid van

[15] Uitspraak CTG 12 augustus 2014 (C2014.027)

behandelaars bij hun patiënten, is een dergelijke handelwijze niet in overeenstemming met de reeds genoemde KNMG-richtlijnen “Omgaan met medische gegevens”.

De medisch adviseur ontleent alleen feitelijke informatie over klachten, diagnostiek en behandeling in Nederland uit de informatie van de behandelaars.
Reden daarvan is dat het tot de taak en verantwoordelijkheid van de medisch adviseur hoort om de medische gegevens en de gestelde omstandigheden te beoordelen, geheel onafhankelijk van de visies van de behandelaar of van de IND, en op basis daarvan een advies uit te brengen dat voldoet aan de zorgvuldigheidseisen (*zie hoofdstuk 1: Eisen aan het medisch advies*).

Zorgen van behandelaars over essentiële wijzigingen van de medische klachten, diagnostiek of medische behandeling in Nederland, op een tijdstip na het uitbrengen van het medisch advies en die ter kennisgeving worden ingebracht, kunnen eventueel leiden tot een nieuw of aanvullend advies waarin deze nieuw ingebrachte gegevens worden verwerkt.

3.2 Landgebonden deel

Wanneer de medisch adviseur heeft beoordeeld dat er, bij het uitblijven van behandeling, een medische noodsituatie op korte termijn kan ontstaan of als de medisch adviseur een fysieke medische overdracht als reisvoorwaarde stelt (*zie hoofdstuk 3.1.5*), wordt de beschikbaarheid van de medische behandeling in het land van herkomst of land van bestemming uitgezocht.
Beschikbaarheid van een medische behandeling betekent dat een gevraagde specifieke medische behandeling (waaronder ook medicatie) aanwezig is op enige plek op een bepaald moment in het gevraagde land van herkomst of land van bestemming. Hierbij beoordeelt de medisch adviseur of de beschikbare behandeling al dan niet voldoende is om een medische noodsituatie op de korte termijn te voorkomen.

3.2.1 Informatiebron - EASO, MedCOI Sector

Bij het onderzoek naar beschikbaarheid van medische behandeling in de gevraagde landen kan gebruik gemaakt worden van Medical Country of Origin Information (MedCOI); dit is het medisch landeninformatiesysteem met informatie bronnen van o.a. International SOS en vertrouwensartsen. Voorheen was het medische landeninformatiesysteem een specifiek onderdeel van BMA, waarvoor BMA ten aanzien van de organisatie en uitvoering de verantwoordelijkheid droeg en waarbij verschillende Europese landen waren aangesloten.
Met ingang van 1 januari 2021 is het systeem officieel overgenomen door de European Asylum Support Office (EASO) en ondergebracht in de EASO, MedCOI Sector, Third Country Research Unit, Asylum Knowledge Centre in Malta (hier verder aangeduid als EASO). Daarmee vallen ook de contacten met International SOS en de werving en auditen van vertrouwensartsen onder de verantwoordelijkheid van EASO. Per 19 januari 2022 is EASO over gegaan naar The European Union Agency for Asylum (EUAA).

In het medisch landeninformatiesysteem van EASO (hier verder aangeduid als MedCOI systeem) wordt gebruik gemaakt van de volgende informatiebronnen:

* International SOS is een grote internationale organisatie op het gebied van assistentie voor medische zorg en security en op het gebied van het managen van internationale medische risico’s. Tevens heeft International SOS eigen klinieken in verschillende landen in de wereld en heeft zij een wereldwijd netwerk van alarmcentrales. International SOS levert informatie over behandelmogelijkheden in antwoord op een specifieke vraagstelling (de request) van BMA.
Bij International SOS worden de antwoorden opgesteld op basis van het wereldwijde medische netwerk van deze organisaties waarbij de specifieke vragen zijn doorgeleid naar de hulpverleners in de landen ter plekke.

* Vertrouwensartsen[16]: Het werven en auditen van en de rechtstreekse communicatie met vertrouwensartsen valt officieel onder de verantwoordelijkheid van EUAA. Vertrouwensartsen oefenen verschillende functies uit en hebben verschillende achtergronden in meerdere vakgebieden. De vragen aan de vertrouwensarts kunnen elk medisch specialisme betreffen. Als het de vertrouwensarts uit eigen kennis bekend is welke specifieke gevraagde behandelmogelijkheden aanwezig zijn in het land, kan deze arts de vragen zelf beantwoorden, anders raadpleegt hij of zij zijn netwerk c.q. professionele contacten.

De vertrouwensartsen moeten aan een aantal specifieke criteria voldoen. Deze criteria en nadere informatie over de werving en selectie van vertrouwensartsen door EASO is te vinden op "Call for expressions of interest for local MedCOI experts | European Union Agency for Asylum" (https:// www.euaa.europa.eu/procurements/call-expressions-interest-local-medcoi-experts)

Het is van groot belang om de privacy van de vertrouwensartsen en de artsen van International SOS te waarborgen. Hiertoe is onder andere redengevend dat de persoonlijke levenssfeer en veiligheid van deze artsen in het geding kan komen. Het bekendmaken van de identiteit zou onder omstandigheden kunnen leiden tot intimidatie door landgenoten of anderen, of negatieve maatregelen van de zijde van de autoriteiten in het land van herkomst. Het bekend worden van de identiteit zou er ook toe kunnen leiden dat de vertrouwensartsen hun werkzaamheden niet meer onbevangen en zonder persoonlijke gevolgen kunnen uitoefenen. Gegevens die kunnen leiden tot het achterhalen van de identiteit van deze artsen zal om die reden niet verstrekt worden. Bovendien is de kans groot dat vertrouwensartsen, als hun privacy onvoldoende is gegarandeerd, niet meer werkzaam willen zijn voor EUAA.

Ook het verstrekken van extra informatie over artsen die de vertrouwensartsen of International SOS op hun beurt in hun professionele netwerk hebben geraadpleegd, zoals de telefoonnummers van de ziekenhuizen, instellingen en apotheken (de bron van de bron) is uit oogpunt van privacybescherming niet mogelijk. Nog meer inzicht in specialisatie en achtergrond per vertrouwensarts of andere artsen kan niet gegeven worden. Zelfs het benoemen van een specialisme van geraadpleegde artsen kan in voorkomende gevallen tot veiligheidsproblemen leiden. Dit is het beleid van EUAA.

Het kan voorkomen dat er geen lokale vertrouwensartsen zijn te werven in bepaalde landen. Dit heeft te maken met de gewenste specifieke criteria. In dat geval zal EUAA zich wenden tot International SOS. Het kan echter voorkomen dat ook International SOS geen (betrouwbare) contacten heeft in een bepaald land waardoor er geen informatie is over behandelmogelijkheden in dat betreffende land. De medisch adviseur zal in dergelijk geval in het advies geen duidelijk antwoord kunnen geven op de vraag van de IND of de beschikbare behandeling voldoende aanwezig is om een medische noodsituatie op de korte termijn te voorkomen.

3.2.2 Doorzoeken van het MedCOI systeem en het uitzetten van een request

Wanneer blijkt dat er landeninformatie moet worden uitgezocht zal de medisch adviseur eerst kijken of deze informatie reeds aanwezig is in het MedCOI systeem. Wanneer blijkt dat deze informatie niet aanwezig is, dan wel gedateerd, dan zal er een nieuwe aanvraag (request) worden uitgezet. EUAA beoordeelt aan welke provider, i.c. International SOS of de vertrouwensarts, de request van BMA ter behandeling wordt aangeboden.

Wanneer er door de vertrouwensarts of International SOS is gereageerd op de uitgezette request, zal EUAA, eerst de antwoorden op volledigheid en actualiteit controleren voordat deze verstuurd worden naar BMA. Ook wordt de informatie vergeleken met eerdere informatie.

[16] De vertrouwensarts wordt in de bronnen in het Engels als “local doctor” aangeduid.

Bij eventuele onduidelijkheden die uit deze vergelijking blijken, wordt door EUAA verheldering gevraagd aan vertrouwensarts of International SOS. De medisch adviseur van het BMA controleert de informatie nogmaals voordat de informatie, onder vermelding van de bron, in het medisch advies wordt opgenomen.

Informatie van vertrouwensartsen en International SOS wordt, onder vermelding van de gebruikte bron, in het individuele adviesdossier gebruikt én wordt opgenomen in het MedCOI systeem. Dit systeem kan op zijn beurt ook als informatiebron voor een ander individueel adviesdossier worden benut, mits de informatie naar het oordeel van de medisch adviseur voldoende actueel en bruikbaar is. Dat betekent dat bronnen met andere klachtenbeschrijvingen, bronnen met andere leeftijden en bronnen met betrekking tot personen met een ander geslacht dan de vreemdeling in kwestie, gebruikt worden in een medisch advies over de vreemdeling in kwestie omdat er relevante behandelingen in staan vermeld die gebruikt kunnen worden voor dat betreffende individuele adviesdossier. Voor de volledigheid dient te worden opgemerkt dat gebruikte bronnen geen persoonlijke informatie bevatten en niet te herleiden zijn tot personen c.q. individuen.

3.2.3 Inzage landeninformatie

De landeninformatie die ter beschikking wordt gesteld door EUAA wordt door BMA gebruikt om de vraagstelling vanuit de IND te kunnen beantwoorden. Deze informatie wordt alleen gebruikt binnen het proces van de advisering en is niet bestemd voor publieke inzage. De informatie bevat casus specifieke medische analyses en kan in geval van publieke inzage leiden tot misinterpretaties en fouten. Dit dient voorkomen te worden.

3.2.4 Houdbaarheidsdatum medische landeninformatie

Voor de medisch adviseur is in het MedCOI systeem alleen landeninformatie van de laatste twee jaren zichtbaar en te raadplegen.
BMA hanteert als richtsnoer dat de bronnen over medische landeninformatie die in een medisch advies gebruikt worden in beginsel niet ouder zijn dan één jaar. In voorkomende gevallen, bijvoorbeeld als een stabiel patroon bekend is over de beschikbaarheid van medische behandeling in een bepaald land, kan dat een reden zijn oudere landeninformatie te gebruiken, maar in elk geval niet ouder dan twee jaar.

3.2.5 Uitgaan van de juistheid van de informatie van de bronnen

De medisch adviseur mag bij het uitbrengen van een medisch advies uitgaan van de juistheid van de informatie die door een vertrouwensarts of International SOS wordt verstrekt, tenzij de medisch adviseur over informatie beschikt die aanleiding zou geven tot twijfel aan de juistheid van de verstrekte informatie.[17]
De medisch adviseur mag zich bij zijn of haar advisering op deze informatie baseren.[18]

3.2.6 Notering in medisch advies

In het advies wordt een verwijzing naar de gebruikte bronnen en een toelichting op de beschikbare behandeling in het gevraagde land opgenomen. Het gaat dan bijvoorbeeld om de soort instelling (ziekenhuis, apotheek enz.), het type hulpverlener (bepaalde medisch specialist, huisarts, psycholoog enz.) en de beschikbare medicijnen.

[17] Uitspraken CTG 14 mei 2013 (C2012.067) en 9 juni 2015 (C2014.278)
[18] Uitspraken CTG 15 mei 2012 (C.2011.021) en 25 juni 2013 (C2012.455)

3.2.7 Reikwijdte landgebonden deel

I. Westers of Nederlands niveau/standaard van zorg of maximale kwaliteit van zorg
De medisch adviseur beoordeelt of bepaalde specifieke behandelfeiten, al dan niet of gedeeltelijk aanwezig zijn op enige plek in het land en deze informatie is aangedragen door een lokale arts of hulpverlener in dat land vanuit het oogpunt van de lokale situatie en of het daar in zijn algemeenheid effectief is. De voorgelegde vraag is daarmee niet of de medische behandeling aan dezelfde standaard voldoet als in Nederland.[19]
De medisch adviseur en de bronnen van medische landeninformatie hoeven niet exact dezelfde behandeling uit te zoeken zoals die bijvoorbeeld in Nederland wordt gegeven. Er wordt namelijk naar behandelingen gevraagd die in dat land voor bepaalde klachten al dan niet aanwezig/beschikbaar en ter plekke gangbaar zijn.
De medisch adviseur beoordeelt dan in het advies of de beschikbare/aanwezige (alternatieve) behandeling al dan niet voldoende is om een medische noodsituatie op de korte termijn te voorkomen.

II. Alternatieve medicatie en gerede twijfel bij de effectiviteit van behandeling in het land van herkomst/bestemming
Het kan voorkomen dat de gegeven medicatie zoals die bijvoorbeeld in Nederland gegeven wordt, niet beschikbaar is in een bepaald land. In dat soort situaties kan de medisch adviseur zelf alternatieve medicatie uitvragen of kan de informatiebron in dat land alternatieve medicatie aandragen. Het beoordelen van alternatieve medicatie in een land valt onder de beoordeling van beschikbaarheid van medische behandelmogelijkheden in het land van herkomst en deze beoordeling behoort daarmee tot de rol van de medisch adviseur conform de eerder genoemde rolverdeling tussen medisch adviseurs en behandelaars.
De medisch adviseur kan deze alternatieven zelf uitvragen (hij hoeft dit niet eerst af te stemmen met de behandelaar) en beoordelen. Hij kan daarbij bijvoorbeeld gebruikmaken van het Farmacotherapeutisch Kompas. Verder moet de medisch adviseur daarbij rekening houden met eventuele medische contra-indicaties van de alternatieve medicatie.[20]
Ook het beoordelen van alternatieve medicatie wordt gedaan vanuit het oogpunt van de lokale situatie en wordt dus niet gedaan vanuit het oogpunt van het optimale niveau van medicatie naar Nederlandse of Europese standaarden (zoals behandelaars wel eens aangeven in medische verklaringen).
De medisch adviseur beoordeelt dan verder in het advies of de beschikbare/aanwezige alternatieve medicatie al dan niet voldoende is om een medische noodsituatie op de korte termijn te voorkomen. Een dergelijke beoordeling hoort dus bij de rol van de medisch adviseur vanwege zijn rol als beoordelend arts met kennis van de specifieke criteria.

Als er wel alternatieve geneesmiddelen beschikbaar zijn, hoeft de medisch adviseur niet te onderzoeken en zeker te stellen dat die alternatieve medicatie daadwerkelijk in de toekomst effectief is voor de behandeling. Dat valt niet te voorspellen en is per definitie speculatief. De medisch adviseur moet daarbij wel rekening houden met medische contra-indicaties van de alternatieven.[21]
De medisch adviseur dient tevens na te gaan of de betreffende alternatieve medicatie in het verleden eerder is gebruikt en toen is gestaakt vanwege ernstige bijwerkingen en /of onvoldoende effectiviteit. In dat geval is de betreffende alternatieve medicatie ongeschikt.
Als er voor alle mogelijke alternatieve medicatie om een medische noodsituatie op de korte termijn te voorkomen medische contra-indicaties bestaan, zou er dus gerede twijfel kunnen ontstaan bij de

[19] Uitspraken CTG 9 juni 2015 (C2014.026) en 5 november 2019 (C2018.215) en uitspraak RTG 17 januari 2017 (2016-073a/b)
[20] Uitspraken CTG 27 januari 2015 (C2014.333), 21 juni 2016 (C2015.406) en 5 november 2019 (C2018.215)
[21] Uitspraken CTG 13 februari 2014 (C2012.312), 27 januari 2015 (C2014.070), 27 januari 2015 (C2014.333), 24 maart 2015 (C2014.228), 9 juni 2015 (C2014.026), 17 mei 2016 (C2015.413), 21 juni 2016 (C2015.406) en 5 november 2019 (C2018.215)

effectiviteit van de behandeling. In die bijzondere situaties zal het eerder in de lijn liggen dat in het medisch advies wordt aangegeven dat de behandelmogelijkheden onvoldoende beschikbaar zijn dan dat wordt uitgegaan van gerede twijfel ten aanzien van de effectiviteit van de behandeling.

Ter verdere verduidelijking: een medische contra-indicatie is wat anders dan een waarschuwing bij extra bijwerkingen van of een wat mindere werking van een alternatief medicijn; het betreft een absolute medische contra-indicatie voor het geven van de alternatieve medicatie.

III. Geen uitputtende lijst met alle behandelmogelijkheden in het gehele land èn niet de enige mogelijke behandelplek

De medische instellingen zoals ziekenhuizen en apotheken, die vermeld worden in de brondocumenten van het MedCOI systeem, worden genoemd als voorbeelden van instellingen waar een bepaalde behandeling beschikbaar is.
Het is geen uitputtende lijst met alle instellingen in het gehele land waar de behandeling beschikbaar zou kunnen zijn. De voorbeelden van instellingen moeten ook niet geïnterpreteerd worden als de enige instelling in dat land waar behandeling beschikbaar is (alleen in zeer zeldzame situaties is het genoemde voorbeeld ook de enige instelling in het land waar behandeling beschikbaar is).

IV. Beschikbaarheid medicatie en lokale registratie van medicatie

Medicatie die op een of ander wijze op een bepaald moment aanwezig is in bijvoorbeeld een apotheek in een bepaald land, wordt als beschikbaar beschouwd.
Als een medicijn in een bepaald land geregistreerd is door bijvoorbeeld een lokale (gezondheids)autoriteit, betekent dit doorgaans ook dat het medicijn beschikbaar is. Echter het komt ook voor dat niet geregistreerde medicatie toch beschikbaar is (bijvoorbeeld via apotheken met een speciale licentie) of dat geregistreerde medicatie niet beschikbaar is vanwege bijvoorbeeld problemen in de toevoer of bevoorrading.

V. Bevoorradings-/toevoerproblemen, bestellingen en parallelle import van medicatie

Bij alle gevraagde medicatie wordt standaardmatig ook naar eventuele bevoorradingsproblemen of toevoerproblemen gevraagd.
Als die problemen zich voordoen, wordt uitgezocht wat de levertijd is van de gevraagde medicatie. Als in de antwoorden de gevraagde medicatie als beschikbaar wordt beantwoord en deze bevoorradingsproblemen niet zijn vermeld, dan zijn ze dus wel onderzocht en zijn deze problemen niet aan de orde.

Er kunnen zich dus bevoorradingsproblemen of toevoerproblemen voordoen bij medicatie. Het kan zijn dat de apotheek dit medicijn dan bestelt/zich bevoorraadt met een bepaalde levertijd vanuit het land zelf (via bijvoorbeeld een centrale apotheek) of vanuit het buitenland (via bijvoorbeeld parallelle import). De wijze waarop een apotheek zich (her)bevoorraadt is niet relevant voor de conclusie of een medicijn al dan niet beschikbaar is in het desbetreffende land; dat geldt ook voor bestellingen vanuit het buitenland.[22]
Het feit dat er op medicijnen soms een bepaalde levertijd zit van bijvoorbeeld enkele weken hoeft niet te betekenen dat de medicamenteuze behandeling en dagelijkse inname van de patiënt onderbroken wordt. Immers, medicijnen kunnen voor een langere tijd besteld worden bij bijvoorbeeld een apotheek. Het is de verantwoordelijkheid van de patiënt om de benodigde medicijnen tijdig te bestellen. Gezien het belang van consistente dagelijkse inname van medicijnen bij bijvoorbeeld een HIV- of diabetesbehandeling zal de patiënt zelf moeten anticiperen op

[22] In het vreemdelingenrecht heeft de Raad van State over dit thema uitspraak gedaan: 13 december 2012 (201202753/1/V3) en 15 juli 2015 (201500308/1/V1). Zie ook uitspraak CTG 5 november 2019 (C2018.215).

eventuele onderbrekingen van bevoorrading bij de apotheek. In voorkomende gevallen kan een ruimere voorraad meegenomen worden zodat de dagelijkse inname gecontinueerd kan worden. Onderbrekingen in de medicijnvoorraden zijn ook in de Vreemdelingencirculaire benoemd (*zie paragraaf A3/7.1.4.Vc)*.

VI. Medische landeninformatie wordt op zijn individuele merites beoordeeld
BMA beoordeelt elke betrokken patiënt op zijn individuele medische merites. Elke patiënt vraagt om een individuele afweging waarin rekening gehouden moet worden met alle bekende concrete feiten en medische omstandigheden. Ook patiënten met vergelijkbare diagnoses, aandoeningen en behandelingen zijn eigenlijk nooit volledig op alle feiten vergelijkbaar. Daarmee kunnen ook conclusies en beoordelingen van de medische landeninformatie bij ogenschijnlijk vergelijkbare patiënten met vergelijkbare behandelingen in hetzelfde land van elkaar verschillen.[23]

3.2.8 Bijzondere aandachtspunten landgebonden deel

Toegankelijkheid
(Individuele) toegankelijkheid duidt op de bereikbaarheid, betaalbaarheid en de mate waarin de individuele vreemdeling toegang kan krijgen tot de geïndiceerde behandeling
Die toegankelijkheid hangt van andere aspecten af dan van de medische aspecten (denk aan culturele opvattingen over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor bijvoorbeeld vrouwen, religieuze invloeden op verschil in toegang tot zorg voor verschillende groeperingen, sociaal-geografische aspecten, waardoor de zorg in de stad feitelijk voor inwoners van het platteland nauwelijks beschikbaar is en financiële randvoorwaarden, bijvoorbeeld wordt de behandeling op een of ander manier vergoed of moet eerst een aanzienlijke som geld betaald worden voordat zorg beschikbaar komt).
BMA kan niet de (individuele) toegankelijkheid tot een behandeling beoordelen vanwege het eerdergenoemde vijfde zorgvuldigheidscriterium; de rapporteur (medisch adviseur) blijft binnen de grenzen van zijn deskundigheid oftewel de rapportage (medisch advies) beperkt zich dus tot de medische aspecten. Verder is het voor BMA ook niet mogelijk gefundeerde uitspraken te doen over de (individuele) toegankelijkheid. Bij de vraag naar medische behandelmogelijkheden in het land van herkomst of het land van bestemming gelden de volgende begrenzingen:

De aan BMA gevraagde informatie over de medische behandelmogelijkheden in het land van herkomst of land van terugkeer gaat alleen over de beschikbaarheid van behandeling(en) in medisch-technische zin. Er wordt geen informatie gevraagd over de individuele toegankelijkheid tot die behandeling(en), waarbij niet-medische factoren, zoals onder meer politieke, veiligheids-, geografische, economische en inkomensaspecten, een rol spelen.

Wel wordt gevraagd naar specifieke medische behandelmogelijkheden voor specifieke klachten in een bepaalde kliniek/instelling op enige plaats in het land van herkomst of terugkeer.
Dit laat onverlet dat deze niet-medische factoren in het algemeen ook van groot belang kunnen zijn om voortzetting van de medische behandeling in het land van herkomst te garanderen. Een onderzoek hiernaar valt echter niet binnen het deskundigheidsgebied van de arts van BMA zodat daarover geen uitspraken worden gedaan.

De medisch adviseur beperkt zich dus tot het beoordelen van de beschikbaarheid: namelijk of specifieke medische behandelmogelijkheden voor specifieke klachten in een bepaalde kliniek/instelling op enige plaats in het land van herkomst of terugkeer al dan niet aanwezig is. Economische toegangsaspecten worden bijvoorbeeld niet gevraagd aan BMA.[24]

[23] Uitspraak CTG 17 mei 2016 (C2015.414) en RTG uitspraken 24 november 2017 (17/233) en 23 januari 2018 (17/304)
[24] Uitspraak CTG 8 maart 2016 (C2015.152)

Naar aanleiding van de uitspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens 13 december 2016 Paposhvili moet de IND, anders dan voorheen nu ook de toegang tot de medische behandeling in land van herkomst betrekken bij de beoordeling van een aanvraag om in Nederland te mogen blijven voor medische behandeling. Vanaf 1 september 2017 wordt hiervoor door de IND zelf een toegankelijkheidstoets uitgevoerd (*zie paragraaf A3/7.1.5.Vc*).

Gevoel van veiligheid en gerede twijfel bij de effectiviteit van behandeling in het land van herkomst/bestemming
De volgende drie uitgangspunten spelen bij dit thema een rol:

1. Het is niet aan de medisch adviseur om te bepalen of een land in algemene zin daadwerkelijk veilig genoeg is om naar terug te kunnen keren.
2. Een gevoel van (on)veiligheid is in hoge mate subjectief en is voor de medisch adviseur niet te objectiveren. Evenmin is medisch gezien te objectiveren en te voorspellen hoe iemand zich na een eventuele terugkeer zal gaan voelen. Hetzelfde geldt voor de (on)mogelijkheid om een vertrouwensband op te bouwen met behandelaars ter plaatse na terugkeer
3. Het is niet aan een medisch adviseur om de aannemelijkheid van een trauma of andere psychisch belastende gebeurtenis vast te stellen of te weerspreken. Deze beoordelingen horen in de asielprocedure.

Veiligheid
Allereerst is het van groot belang om te benadrukken dat niet de medisch adviseur maar de Minister/Staatssecretaris/IND bepaalt of een land in algemene zin daadwerkelijk veilig genoeg is om naar terug te kunnen keren. De beoordeling van de daadwerkelijke veiligheid valt buiten het deskundigheidsterrein van de arts.

Het komt voor dat de betrokkene en/of zijn behandelaar stelt dat er geen behandelmogelijkheden zijn, omdat ernstig getwijfeld moet worden aan de effectiviteit van behandeling in het land van herkomst/bestemming. Gesteld wordt dat de behandeling niet effectief zal zijn vanwege gevoelens van onveiligheid en/of de onmogelijkheid van het opbouwen van een vertrouwensband met een behandelaar in het land van herkomst. Beide aspecten worden ook vaak in relatie gebracht met een gesteld doorgemaakt trauma in het desbetreffende land.

Gevoel van veiligheid/veilige behandelomgeving/vertrouwensband
Over dit standpunt dat een veilig ervaren behandelomgeving in het land van herkomst een belangrijke of noodzakelijke behandelvoorwaarde is voor de effectiviteit van de behandeling, het volgende:
In de eerste plaats is gevoel van (on)veiligheid in hoge mate subjectief en voor de medisch adviseur niet te objectiveren. Evenmin is medisch gezien te objectiveren en te voorspellen hoe iemand zich na een eventuele terugkeer zal gaan voelen. Hetzelfde geldt voor de mogelijkheid om al dan niet een vertrouwensband op te bouwen met behandelaars ter plaatse.

Het voorgaande brengt met zich mee dat uitspraken over effectiviteit van de behandeling in overwegende mate een als speculatief aan te merken karakter zullen hebben. Als een medisch adviseur zou gaan speculeren over gevoelens van onveiligheid en/of de vertrouwensband met behandelaars in het land van herkomst/bestemming en als mogelijke grond voor twijfel aan de effectiviteit van behandeling in het land van herkomst/bestemming zou aannemen, dan zou hij dat doen op basis van niet-onderbouwde aannames. En dat is niet conform de eerder genoemde

tuchtrechtelijke zorgvuldigheideisen, want conclusies moeten getrokken worden op basis van objectieve feiten of in elk geval op basis van medisch objectiveerbare omstandigheden.

Of een geïndiceerde behandeling bij een psychiatrische patiënt effectief zal zijn hangt bovendien niet alleen af van de beschikbaarheid van psychiaters en psychiatrische medicatie. De effectiviteit van een behandeling is afhankelijk van diverse factoren, zoals de aanwezigheid van een steunsysteem bestaande uit familieleden, vrienden en kennissen, voldoende financiële middelen om de behandeling te bekostigen, passende huisvesting, een zinvolle dagbesteding en natuurlijk ook de medewerking van de patiënt zelf. Het totaal van deze omstandigheden is bepalend voor het welslagen van een psychiatrische (trauma verwerkende) behandeling. Een medisch adviseur kan de medisch-technische beschikbaarheid van de geïndiceerde behandeling van de individuele klachten van betrokkene in het land van terugkeer uitzoeken. De medisch adviseur kan echter omtrent diverse overige factoren geen deugdelijk onderbouwde uitspraak doen, omdat hij zich moet houden aan de grenzen van zijn deskundigheidsgebied en zijn advies moet steunen op medisch objectiveerbare feiten en omstandigheden. Het CTG heeft erkend dat de medisch adviseur over diverse niet-medische factoren geen deugdelijk onderbouwde uitspraak kan doen, omdat die factoren niet zijn te objectiveren of gelegen zijn buiten zijn of haar deskundigheidsterrein.[25]

Over eventuele bestaande gevoelens van (on)veiligheid kan een medisch adviseur dus geen deugdelijk onderbouwde uitspraak doen. Een gevoel van (on)veiligheid over de behandelomgeving moet gezien worden als onderdeel van het totale complex aan omstandigheden dat een bijdrage kan leveren aan de verbetering van de mentale toestand van de patiënt. Gevoelens van (on)veiligheid zijn echter subjectief en medisch gezien niet objectiveerbaar. Het is daarom voor een medisch adviseur niet mogelijk om een medisch gefundeerde uitspraak te doen over de vraag of betrokkene de behandelomgeving in een bepaald land als veilig zal ervaren (waar al dan niet eventuele trauma's hebben plaatsgevonden). Evenmin is voor de medisch adviseur te beoordelen welke invloed dat heeft op het welslagen van de behandeling (effectiviteit van de behandeling), omdat hierbij ook vele andere factoren van betekenis zijn. De stelling dat de behandeling van psychische klachten in het land waar de oorzaak van die klachten ligt of wordt vermoed te liggen niet of niet succesvol kan plaatsvinden, kan in het algemeen niet als juist worden aanvaard.

Aannemelijkheid van gebeurtenissen uit asielprocedure
De medisch adviseur kan, in het bijzonder, geen uitspraken doen over de aannemelijkheid van het voorkomen van een trauma of andere gebeurtenis die heeft geleid tot de desbetreffende psychiatrische aandoening. De medisch adviseur staat onafhankelijk ten opzichte van de IND en de asielbeoordeling zelf. De medisch adviseur gaat voor de advisering uit van de psychiatrische aandoening waaraan de patiënt volgens de behandelaar(s) lijdt. De behandeling voor die aandoening wordt uitgezocht in het land van herkomst, zonder daarbij de omstandigheden waaronder de medische toestand van de patiënt is veroorzaakt te kunnen betrekken.
Het is dus niet aan een medisch adviseur om de aannemelijkheid van een trauma of andere psychisch belastende gebeurtenis vast te stellen of te weerspreken en mede daarop het advies te baseren want dan zou de arts zich niet aan een van de tuchtrechtelijke zorgvuldigheideisen houden; dan zou de arts zich namelijk buiten zijn of haar deskundigheidsgebied begeven.
Het is aan de IND om de aannemelijkheid van trauma's of andere (asiel gerelateerde) gebeurtenissen te toetsen. Het is dan ook de asielprocedure waarin de vreemdeling die aspecten moet inbrengen. BMA speelt geen rol bij de waarheidsvinding in de asielprocedure.

[25] Uitspraken CTG 27 april 2010 (C2009/105), 8 mei 2012 (C2011.221), 27 januari 2015 (C2014.029) en 20 juni 2017 (C2016.288)

Algemene rapportages over de gezondheidszorg in landen van herkomst
In bepaalde gevallen wordt door c.q. namens de vreemdeling ook algemene informatie zoals rapportages over de gezondheidszorg in land van herkomst bij de aanvraag toegevoegd, waarbij vervolgens de beschikbaarheid van medische behandeling ter discussie wordt gesteld.
BMA wordt in de adviesaanvragen niet gevraagd naar algemene inschattingen om de gezondheidszorgsituatie en infrastructurele aspecten in het gehele land of een regio te beoordelen. Ook wordt niet gevraagd of voldoende medische behandeling beschikbaar is voor alle inwoners -met een bepaalde aandoening- in het gehele land:
Als bijvoorbeeld uit een algemeen rapport met landelijke behandelpercentages blijkt dat slechts een bepaald percentage van patiënten die een bepaalde behandeling nodig heeft ook daadwerkelijk toegang heeft tot die behandeling in dat land, is het niet aan de medisch adviseur om te beoordelen of de patiënt tot deze groep zal gaan behoren. Hierbij spelen ook niet-medische factoren een rol. Voorspellingen hierover zijn dus ook niet conform eerder genoemde zorgvuldigheidseisen. Algemene rapporten over de gezondheidszorg in bepaalde landen van bijvoorbeeld de World Health Organization (WHO) of UNAIDS betreffen een geheel ander soort informatie. Dergelijke rapporten beschrijven bijvoorbeeld niet specifieke op een individu toegespitste medische behandelmogelijkheden voor specifieke klachten in een bepaalde kliniek in een land zoals dat aan BMA wordt gevraagd. De rapporten beschrijven bijvoorbeeld de stand van de algemene gezondheidszorg en infrastructurele aspecten in het gehele land of in een regio van een land.
De informatie in deze rapporten is dus veel algemener en betreft een geheel andere, niet te vergelijken beoordeling van informatie over de gezondheidszorg in een land dan die aan BMA wordt gevraagd. Ook blijkt in de regel niet uit dergelijke rapporten dat de genoemde behandelingen bij de instellingen zoals vermeld in de bronnen bij een BMA-advies, niet beschikbaar zouden zijn.[26]

[26] Over dit thema heeft ook de Raad van State uitspraak gedaan in het vreemdelingenrecht: ABRS van 17 november 2006 nr. 200605175/1 en 9 juni 2010 nr. 200908839/1/V2.

4 Omgaan met gegevens na uitbrengen medisch advies

4.1 Houdbaarheidstermijn medisch advies

BMA adviseert in het algemeen geen beslissingen te nemen op een medisch advies ouder dan zes maanden omdat de medische situatie van de vreemdeling gewijzigd zou kunnen zijn. In dat geval adviseert BMA een nieuw adviesverzoek.

Mocht na zes maanden na het uitbrengen van het medisch advies aangetoond zijn dat de medische situatie en/of de medische behandeling van de vreemdeling niet is veranderd, dan adviseert BMA geen nieuw adviesverzoek en verlengt dat dus de houdbaarheidstermijn.

Mocht binnen zes maanden na het uitbrengen van het medisch advies aangetoond zijn dat de medische situatie en/of de medische behandeling van de vreemdeling wezenlijk is veranderd, dan adviseert BMA een aanvullend adviesverzoek.

4.2 Bewaartermijn medische gegevens

Gegevens van BMA worden ten minste 15 jaar (digitaal) bewaard. Dit is afgeleid uit een hoofdregel met betrekking tot bewaartermijnen van medische dossiers. Verder wordt het advies van BMA gebruikt bij een besluit waartegen bestuursrechtelijke rechtsgang openstaat. De gegevens van BMA moeten dan geraadpleegd kunnen worden.

4.3 Inzage en toegang tot de dossiers

BMA is verantwoordelijk voor het beheer van het dossier en verstrekt alleen inzage in de dossiers aan medewerkers van BMA of medisch adviseurs die voor BMA werkzaam zijn. Desgevraagd heeft degene op wie het dossier betrekking heeft recht op inzage in en afschrift van het dossier. Anderen, inbegrepen de gemachtigde van de vreemdeling, hebben geen inzage, tenzij de betrokken vreemdeling uitdrukkelijk schriftelijke toestemming heeft gegeven.

4.4 Omgaan met nadere gegevens

Als na het uitbrengen van het medisch advies nadere gegevens worden ontvangen, beoordeelt BMA of het hier gaat om medische gegevens. Is dat het geval, dan laat BMA de opdrachtgever schriftelijk weten of de inhoud van die gegevens wel of geen aanleiding geeft tot het uitbrengen van een nader/aanvullend medisch advies.

Als de nadere gegevens geen medische gegevens zijn, maar bijvoorbeeld de zienswijze van de gemachtigde van de vreemdeling, wordt de gemachtigde schriftelijk doorverwezen naar de organisatie, die het medisch advies heeft aangevraagd.

5. Kwaliteitsbewaking en bevordering

5.1 Kwaliteitsbewaking en bevordering [ii]

BMA zorgt dat periodiek een bepaald percentage van zijn adviezen, op systematische wijze, wordt getoetst en de uitkomsten daarvan worden teruggekoppeld aan de medisch adviseurs. De uitkomsten van de kwaliteitstoetsen komen in het jaarverslag aan de orde.

BMA legt in samenwerkingsovereenkomsten met externe bureaus de kwaliteitseisen vast en de wijze waarop de kwaliteit wordt getoetst. In deze overeenkomsten is daarom onder meer vastgelegd dat BMA het recht heeft audits uit te voeren of te laten uitvoeren bij externe bureaus.

BMA zorgt ervoor dat de medisch adviseurs, verbonden aan BMA en in dienst van het Ministerie van Justitie en Veiligheid, voldoen aan de gebruikelijke eisen van deskundigheidsbevordering (waaronder bij- en nascholing, intercollegiale toetsing en periodieke casuïstiek bespreking).

5.2 Ketenpartners

BMA draagt bij aan de bruikbaarheid (leesbaarheid, eenduidigheid en volledigheid) van zijn adviezen en maakt met inachtneming van de onderscheiden rollen en verantwoordelijkheden afspraken met zijn ketenpartners.

5.3 Externe verantwoording

BMA brengt jaarlijks een jaarverslag uit.

6. Eindnoot

[i] *Uitleg over spreekuren in het verleden:*
BMA heeft tot mei 2010 in de loop der jaren vele honderden spreekuren uitgevoerd (2007:441, 2008:785, 2009:1001) vanwege art. 64-procedures. Dat is zo gedaan om proceduretijd te bekorten. Toen werd dus bij art. 64 standaard een spreekuur gedaan en zo nodig schriftelijke informatie opgevraagd. Uit deze jarenlange praktijk bleek uiteindelijk niet dat deze werkwijze een toegevoegde waarde had ten opzichte van de werkwijze om standaard schriftelijke informatie op te vragen en zo nodig aan te vullen met telefonische informatie en/of het laten uitvoeren van een expertise. Ook bleek dat na het spreekuur vaak toch nog extra schriftelijke informatie opgevraagd moest worden om advies uit te kunnen brengen.
Een ander argument tegen een standaardspreekuur is dat de doelgroep van BMA in het algemeen chronische ziektebeelden betreft met maanden- tot jarenlange behandelingen. In die gevallen is het belangrijk juist de dossierinformatie van de gehele periode van behandeling te kunnen beoordelen. Een momentopname tijdens een spreekuur levert dan geen extra informatie meer op voor het advies. Als bij een advies dus een indruk gegeven moet worden van <u>alle</u> relevante klachten en behandelingen is een standaardspreekuur minder geschikt dan standaard opvragen van schriftelijke gegevens.

[ii] *In 2012 heeft de IGZ de kwaliteitsborging bij BMA onderzocht en op 31 mei 2012 concludeerde de IGZ het volgende: "De Inspectie concludeert dat voldoende helder is wat er van de BMA-arts verwacht mag worden en dat de deskundigheid van BMA-artsen op verantwoorde wijze is geborgd, evenals het werken volgens BMA-protocollen. De Inspectie is ook van mening dat het BMA de kwaliteit van de medische advisering door BMA-artsen op verantwoorde wijze borgt."*

7. Afkortingenlijst

ABRS	Afdeling Bestuursrechtspraak Raad van State
AVG	Wet Algemene verordening gegevensbescherming
Awb	Algemene wet bestuursrecht
BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
BMA	Bureau Medische Advisering
CTG	Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidzorg
DT&V	Dienst Terugkeer & Vertrek
EASO	European Asylum Support Office
ECHR	European Convention on Human Rights
ECLI	European Case Law Identifier
EUAA	The European Union Agency for Asylum
EVRM	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
IND	Immigratie- en Naturalisatiedienst
IOM	International Organization For Migration
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LHV	Landelijke Huisartsenvereniging
MedCOI	Medical Country of Origin Information
Mvv	machtiging tot voorlopig verblijf
NVVP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
RTG	Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidzorg
Vc	Vreemdelingencirculaire 2000
VVR	Vergunning voorgezet verblijf
WGBO	Wet inzake de Geneeskundige Behandeling Overeenkomst
Wvggz	Wet verplichte ggz
Wzd	Wet zorg en dwang

Bijlagen

Brief en uitleg aan huisartsen en andere eerstelijnsbehandelaars zoals artsen werkzaam bij de GGD, Kruisposten en Menzis

Stuur deze brief niet mee met de aanvraag

Geachte collega,

Uw patiënt(e) heeft de Immigratie- en Naturalisatiedienst gevraagd om in Nederland te kunnen verblijven vanwege zijn of haar medische situatie. Bureau Medische Advisering beoordeelt de medische omstandigheden van uw patiënt(e). Met deze brief verzoek ik u daarom enkele gegevens te overleggen.

Mocht u geen behandelaar (meer) zijn van deze patiënt(e), dan hoeft u uiteraard geen medische gegevens aan BMA te verstrekken. In dat geval verzoek ik u aan te geven dat u geen behandelaar bent.

Waarom dit verzoek?
Bureau Medische Advisering (BMA) heeft in de bijlage bij deze brief voor u als medische behandelaar beschreven waarom medische informatie in bepaalde vreemdelingrechtelijke procedures van belang is. Ook vindt u in de bijlage verdere verduidelijking over de aard van de medische gegevens die wij van u vragen. Ik verzoek u deze bijlage goed te lezen.

Om welke medische informatie gaat het?
We vragen u om zowel de somatische problematiek als eventuele psychiatrische klachten te beschrijven. Als er ook een behandelaar voor de psychiatrie door de patiënt(e) is gemachtigd, zal BMA deze behandelaar eveneens om medische gegevens vragen.

Verstuur geen antwoorden op vragen van andere instanties of van de advocatuur.

Hoe levert u de informatie aan?
U kunt de medische patiëntinformatie op één van de volgende twee manieren aanleveren:

- u stelt zelf een brief op waarin u puntsgewijs onderstaande vragen beantwoordt, of
- u stuurt een kopie van de relevante medische gegevens waaruit de antwoorden op onderstaande vragen duidelijk worden (zoals een psychiatrisch behandelplan).

Waar moet u op letten bij het aanleveren van de informatie?
Gelet op bovenstaande, dient de informatie antwoord te geven op de volgende vragen:

1. Wat is/zijn de actuele of meest recent gestelde diagnose(s)?

2. Wat zijn op dit moment de belangrijkste door u geconstateerde somatische klachten en wat is het beloop van deze klachten?

3. Wat is de relevante medische voorgeschiedenis van uw patiënt(e)? (NB: het gaat hierbij uitdrukkelijk *niet* om het asielrelaas en/of traumatische ervaringen in land van herkomst.)

4. Wat is de soort behandeling die al is ingezet of is geïndiceerd?
   Wat is de frequentie van de behandelcontacten en hoe lang zal de behandeling - naar verwachting - geïndiceerd zijn?

5. Welke geneesmiddelen worden momenteel aan de patiënt(e) voorgeschreven? Zijn er allergieën bekend met betrekking tot bepaalde medicatie en kunt u aangeven welke specifiek eerder voorgeschreven medicatie niet heeft gewerkt?

6. In het geval dat bij u bekend is dat mantelzorg aan de orde is (zorg door niet-professionals, zoals familie of vrienden) en dat dit ook een essentieel onderdeel is van de medische behandeling: kunt u aangeven wie deze mantelzorg geeft, op welke wijze precies en de frequentie ervan? (Het gaat hierbij niet om hulp bij financiën of om huishoudelijke hulp, maar wel bij bijvoorbeeld toezicht op inname van medicatie bij schizofrene patiënten.)

Wie levert de gegevens aan bij BMA?
De medische informatie kunt u meegeven aan uw patiënt(e). Doet u dit in het belang van uw patiënt(e) zo snel en volledig mogelijk, in een gesloten enveloppe met de aantekening 'medisch geheim'.

Uw patiënt(e) is verantwoordelijk voor de verzending van de volgende stukken naar de Immigratie- en Naturalisatiedienst:
- De enveloppe met de medische informatie die door u en de andere medische behandelaars van uw patiënt(e) is aangeleverd, gericht aan Bureau Medische Advisering.
- De bijlage 'Toestemmingsverklaring medische gegevens'.
- De bijlage 'Bewijs omtrent medische situatie vreemdeling'.

Vergoeding gemaakte kosten
Uw kosten worden vergoed volgens de richtlijn voor schriftelijke informatie-verstrekking van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Volgens wettelijke vereisten dient u de kosten te declareren door middel van een factuur.

Facturen worden sinds 1 juli 2020 verwerkt door het Financieel Diensten Centrum SSC DJI (FDC) en kunnen uitsluitend digitaal worden verzonden naar: Facturen@dji.minjus.nl

Daarom dient u de factuur afzonderlijk, zonder de medische stukken, te versturen.

In de bijlage treft u de voorwaarden waaraan uw factuur moet voldoen. Verkeerd geadresseerde facturen of facturen die niet aan deze voorwaarden voldoen, kunnen niet in behandeling worden genomen.

Heeft u vragen?
Vragen over deze brief kunt u per email richten aan: InformatievragenStavaza.BMA@ind.nl

Met collegiale hoogachting,

Artsengroep Bureau Medische Advisering

Brief en uitleg aan GGZ-behandelaren zoals psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut en sociaal psychiatrisch verpleegkundige

Stuur deze brief niet mee met de aanvraag

Geachte collega,

Uw patiënt(e) heeft de Immigratie- en Naturalisatiedienst gevraagd om in Nederland te kunnen verblijven vanwege zijn of haar medische situatie. Bureau Medische Advisering beoordeelt de medische omstandigheden van uw patiënt(e). Met deze brief verzoek ik u daarom enkele gegevens te overleggen.

Mocht u geen behandelaar zijn van deze patiënt(e), dan hoeft u uiteraard geen medische gegevens aan BMA te verstrekken. In dat geval verzoek ik u aan te geven dat u geen behandelaar bent.

Waarom dit verzoek?
Bureau Medische Advisering (BMA) heeft in de bijlage bij deze brief voor u als medische behandelaar beschreven waarom medische informatie in bepaalde vreemdelingrechtelijke procedures van belang is. Ook vindt u in de bijlage verdere verduidelijking over de aard van de medische gegevens die wij van u vragen. Ik verzoek u deze bijlage goed te lezen.

Om welke medische informatie gaat het?
We vragen u om zowel de psychiatrische problematiek als eventuele somatische klachten te beschrijven. Als er ook een behandelaar voor de somatiek door de patiënt(e) is gemachtigd, zal BMA deze behandelaar eveneens om medische gegevens vragen.

Verstuur geen antwoorden op vragen van andere instanties of van de advocatuur.

Hoe levert u de informatie aan?
U kunt de medische patiëntinformatie op één van de volgende twee manieren aanleveren:

- u stelt zelf een brief op waarin u puntsgewijs onderstaande vragen beantwoordt, of
- u stuurt een kopie van de relevante medische gegevens waaruit de antwoorden op onderstaande vragen duidelijk worden (zoals een psychiatrisch behandelplan).

Waar moet u op letten bij het aanleveren van de informatie?
Gelet op bovenstaande, dient de informatie antwoord te geven op de volgende vragen:

1. Wat is/zijn de actuele of meest recent gestelde diagnose(s) (conform DSM V)?

2. Wat zijn op dit moment de belangrijkste door u geconstateerde psychiatrische klachten en wat is het beloop van deze klachten?

3. Wat is de relevante medische voorgeschiedenis van uw patiënt(e)?
   Is er, voor zover u kunt nagaan, sprake geweest van klinisch psychiatrische opnames of gedwongen opname in een psychiatrische ziekenhuis in het kader van de Wet verplichte ggz (Wvggz) of de Wet zorg en dwang (Wzd), van psychotische klachten in het verleden, of van andere belangrijke crisissituaties zoals een tentamen suïcide? Zo ja, is er een directe aanleiding aan te geven waardoor deze crisis ontstond? (NB: het gaat hierbij uitdrukkelijk *niet* om het asielrelaas en/of traumatische ervaringen in land van herkomst.)

4. Wat is de soort behandeling die al is ingezet of is geïndiceerd?
   Wat is de frequentie van de behandelcontacten en hoe lang zal de behandeling - naar verwachting - geïndiceerd zijn?

5. Welke geneesmiddelen worden momenteel aan de patiënt(e) voorgeschreven? Zijn er allergieën bekend met betrekking tot bepaalde medicatie en kunt u aangeven welke specifiek eerder voorgeschreven medicatie niet heeft gewerkt?

6. In het geval dat bij u bekend is dat mantelzorg aan de orde is (zorg door niet-professionals, zoals familie of vrienden) en dat dit ook een essentieel onderdeel is van de medische behandeling: kunt u aangeven wie deze mantelzorg geeft, op welke wijze precies en de frequentie ervan? (Het gaat hierbij niet om hulp bij financiën of om huishoudelijke hulp, maar wel bij bijvoorbeeld toezicht op inname van medicatie bij schizofrene patiënten.)

Wie levert de gegevens aan bij BMA?
De medische informatie kunt u meegeven aan uw patiënt(e). Doet u dit in het belang van uw patiënt(e) zo snel en volledig mogelijk, in een gesloten enveloppe met de aantekening 'medisch geheim'.

Uw patiënt(e) is verantwoordelijk voor de verzending van de volgende stukken naar de Immigratie- en Naturalisatiedienst:
- De enveloppe met de medische informatie die door u en de andere medische behandelaars van uw patiënt(e) is aangeleverd, gericht aan Bureau Medische Advisering.
- De bijlage 'Toestemmingsverklaring medische gegevens'.
- De bijlage 'Bewijs omtrent medische situatie vreemdeling'.

Vergoeding gemaakte kosten
Uw kosten worden vergoed volgens de richtlijn voor schriftelijke informatieverstrekking van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Volgens wettelijke vereisten dient u de kosten te declareren door middel van een factuur.

Facturen worden sinds 1 juli 2020 verwerkt door het Financieel Diensten Centrum SSC DJI (FDC) en kunnen uitsluitend digitaal worden verzonden naar: Facturen@dji.minjus.nl.

Daarom dient u de factuur afzonderlijk, zonder de medische stukken, te versturen.

In de bijlage treft u de voorwaarden waaraan uw factuur moet voldoen. Verkeerd geadresseerde facturen of facturen die niet aan deze voorwaarden voldoen, kunnen niet in behandeling worden genomen.

Heeft u vragen?
Vragen over deze brief kunt u per email richten aan: InformatievragenStavaza.BMA@ind.nl

Met collegiale hoogachting,

Artsengroep Bureau Medische Advisering

Brief en uitleg medisch specialist (niet GGZ)

Stuur deze brief niet mee met de aanvraag

Geachte collega,

Uw patiënt(e) heeft de Immigratie- en Naturalisatiedienst gevraagd om in Nederland te kunnen verblijven vanwege zijn of haar medische situatie. Bureau Medische Advisering beoordeelt de medische omstandigheden van uw patiënt(e). Met deze brief verzoek ik u daarom enkele gegevens te overleggen.

Mocht u geen behandelaar zijn van deze patiënt(e), dan hoeft u uiteraard geen medische gegevens aan BMA te verstrekken. In dat geval verzoek ik u aan te geven dat u geen behandelaar bent.

Waarom dit verzoek?
Bureau Medische Advisering (BMA) heeft in de bijlage bij deze brief voor u als medische behandelaar beschreven waarom medische informatie in bepaalde vreemdelingrechtelijke procedures van belang is. Ook vindt u in de bijlage verdere verduidelijking over de aard van de medische gegevens die wij van u vragen. Ik verzoek u deze bijlage goed te lezen.

Om welke medische informatie gaat het?
Stuurt u mij informatie over de meest actuele stand van zaken in de medische situatie van uw patiënt(e). Maak daarbij in ieder geval gebruik van onderstaande vragen 1 t/m 6.

In de bijlage vindt u verdere uitleg en voorbeelden.

Verstuur geen antwoorden op vragen van andere instanties of van de advocatuur.

Hoe levert u de informatie aan?
U kunt de medische patiëntinformatie op één van de volgende twee manieren aanleveren:

- u stelt zelf een brief op waarin u puntsgewijs onderstaande vragen beantwoordt, of
- u stuurt een kopie van de relevante medische gegevens waaruit de antwoorden op onderstaande vragen duidelijk worden (zoals een kopie van een patiëntendossier).

Waar moet u op letten bij het aanleveren van de informatie?
Gelet op bovenstaande, dient de informatie antwoord te geven op de volgende vragen:

1. Wat is/zijn de actuele of meest recent gestelde diagnose(s)?
2. Wat zijn op dit moment de belangrijkste door u geconstateerde klachten en wat is het beloop van deze klachten?
3. Wat is de relevante medische voorgeschiedenis van uw patiënt(e)? (NB: het gaat hierbij uitdrukkelijk *niet* om het asielrelaas en/of traumatische ervaringen in land van herkomst, maar wel bijvoorbeeld om eerdere ziekenhuisopnames, behandelingen en/of doorgemaakte ziekteperiodes.)
4. Wat is de soort behandeling die al is ingezet of is geïndiceerd?
   Wat is de frequentie van de behandelcontacten en hoe lang zal de behandeling - naar verwachting - geïndiceerd zijn?

5. Vindt er - voor zover u bekend - op dit moment medische (specialistische) behandeling of diagnostiek plaats door andere medisch (super)specialismen dan het uwe? (NB: over eventuele behandeling door de huisarts wordt BMA meestal separaat ingelicht.)

6. Welke geneesmiddelen worden momenteel aan de patiënt(e) voorgeschreven? Zijn er allergieën bekend met betrekking tot bepaalde medicatie en kunt u aangeven welke specifiek eerder voorgeschreven medicatie niet heeft gewerkt?

Wie levert de gegevens aan bij BMA?
De medische informatie kunt u meegeven aan uw patiënt(e). Doet u dit in het belang van uw patiënt(e) zo snel en volledig mogelijk, in een gesloten enveloppe met de aantekening 'medisch geheim'.

Uw patiënt(e) is verantwoordelijk voor de verzending van de volgende stukken naar de Immigratie- en Naturalisatiedienst:

- De enveloppe met de medische informatie die door u en de andere medische behandelaars van uw patiënt(e) is aangeleverd, gericht aan Bureau Medische Advisering.
- De bijlage 'Toestemmingsverklaring medische gegevens'.
- De bijlage 'Bewijs omtrent medische situatie vreemdeling'.

Vergoeding gemaakte kosten
Uw kosten worden vergoed volgens de richtlijn voor schriftelijke informatie-verstrekking van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Volgens wettelijke vereisten dient u de kosten te declareren door middel van een factuur.

Facturen worden sinds 1 juli 2020 verwerkt door het Financieel Diensten Centrum SSC DJI (FDC) en kunnen uitsluitend digitaal worden verzonden naar: Facturen@dji.minjus.nl.

Daarom dient u de factuur afzonderlijk, zonder de medische stukken, te versturen.

In de bijlage treft u de voorwaarden waaraan uw factuur moet voldoen. Verkeerd geadresseerde facturen of facturen die niet aan deze voorwaarden voldoen, kunnen niet in behandeling worden genomen.

Heeft u vragen?
Vragen over deze brief kunt u per email richten aan: InformatievragenStavaza.BMA@ind.nl

Met collegiale hoogachting,

Artsengroep Bureau Medische Advisering

Bijlage: Aanvullende informatie bij het opvragen van medische informatie bij medisch behandelaars

U heeft van Bureau Medische Advisering (BMA) een brief ontvangen waarin u wordt verzocht medische informatie te geven. In deze bijlage leest u de achtergrond van dit verzoek, en wat er precies van u wordt gevraagd.

In deze bijlage zijn opmerkingen verwerkt van het KNMG, de NVVP en LHV over de inhoud van de vraagstelling, de redenen voor de vraagstelling en de voorbeelden.

*NB: Stuur deze bijlage **niet** mee met de aanvraag*

Waarom wij u vragen medische informatie te verstrekken
De Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) laat zich in een aantal vreemdelingrechtelijke procedures adviseren door Bureau Medische Advisering over de medische situatie van een persoon. Zo'n procedure kan betrekking hebben op een aanvraag om een verblijfsvergunning regulier op medische gronden. Of op het uitstellen van het vertrek van een uitgeprocedeerde vreemdeling op grond van artikel 64 van de Vreemdelingenwet. Ook kan door de IND beoordeeld worden of op grond artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens een verblijfsvergunning moet worden verleend. De IND vraagt BMA bij dergelijke procedures om een medisch advies op te stellen en betrekt dat advies vervolgens bij de besluitvorming.

Wat houdt een BMA advies in?
Centraal in het BMA advies staat de beoordeling van de medische gevolgen voor de patiënt(e) als de medische behandeling zou worden gestaakt: leidt het uitblijven van de medische behandeling binnen drie maanden tot een medische noodsituatie? Ook wordt gewogen, als dat aan de orde is, welke therapiemogelijkheden voor de patiënt(e) in het land van herkomst aanwezig zijn.

In hoeverre de vreemdeling feitelijk toegang heeft tot aanwezige therapiemogelijkheden, bijvoorbeeld financieel of geografisch, onderzoekt het BMA niet. Dit zijn namelijk vreemdelingrechtelijke voorwaarden waar de IND aan toetst.

Trauma en vertrouwensband
Met enige regelmaat brengen medisch behandelaars in de informatie die zij aan BMA verstrekken, ook niet-medische omstandigheden ter sprake. Bijvoorbeeld het gevoel van onveiligheid van de patiënt(e) en de onmogelijkheid van het opbouwen van een vertrouwensband met een behandelaar in het land van herkomst. Dit zou dan het gevolg zijn van een door de vreemdeling gesteld ondervonden trauma in het land van herkomst.

De vragen die BMA aan u stelt gaan echter niet over het beoordelen van een (vermeend) trauma in relatie tot de asielaanvraag van betrokkene. De vragen van BMA gaan alleen over het verhelderen van de actuele medische zorgvraag van uw patiënt(e). De aannemelijkheid van een trauma en de vraag of een trauma al dan niet gerelateerd is aan de asielaanvraag, worden door de IND in de asielprocedure onderzocht en beoordeeld. Dergelijke aspecten kan de vreemdeling in die procedure inbrengen. BMA artsen hebben bij het opstellen van een medisch advies geen betrokkenheid bij de waarheidsvinding in de asielprocedure.

Vraagstelling door BMA
Voor het schrijven van een degelijk medisch advies heeft BMA de medische informatie van de patiënt(e) nodig. Aan de hand van gerichte vragen wordt u verzocht om die medische informatie conform de KNMG Richtlijnen aan te leveren (zie: KNMG Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens). Hierbij is de gehele actuele medische behandeling van de patiënt(e) van belang. Vaak bestaat deze behandeling uit diverse onderdelen en wordt deze vanwege meerdere tegelijk bestaande klachten uitgevoerd. Daarom kunnen wij u niet meer gerichte vragen voorleggen, dan die in onderstaande vraagstelling staan.

Beperkt u zich tot uitsluitend feitelijke medische informatie. Van u wordt niet verlangd te beoordelen of een medische noodsituatie ontstaat bij het uitblijven van een behandeling. Ook wordt van u niet verlangd de beschikbaarheid van de behandelmogelijkheden in het land van herkomst en de reisvaardigheid van de patiënt(e) te beoordelen. De medisch adviseur van BMA beoordeelt dit, mede op basis van de door u aangeleverde, feitelijke medische informatie.

Toelichting en voorbeelden
Hieronder worden enkele veel voorkomende situaties genoemd om aan te geven welke medische informatie relevant kan zijn. Deze voorbeelden dienen ter illustratie. Het is aan u om op grond van bovenstaande informatie af te wegen welke medische informatie relevant is of kan zijn.

U hoeft in ieder geval geen informatie aan te leveren over:

- klachten waarvoor geen medische behandeling noodzakelijk is, zoals een lichte huidaandoening waarvoor geen behandeling nodig is;

- klachten die in het verleden zijn behandeld, maar geen relatie meer hebben met de huidige behandeling (b.v. doorgemaakte infecties die succesvol zijn uitbehandeld met antibiotica);

- het asielrelaas van uw patiënt(e) of de inhoud van traumatische ervaringen in het land van herkomst.

U dient, indien van toepassing, wel onderstaande vragen te beantwoorden en informatie aan te leveren over:

Patiënten met een Post Traumatisch Stress Stoornis

- Is bij uw patiënt(e) momenteel deze diagnose gesteld en zijn deze klachten momenteel actief aanwezig, of betreft het een reeds doorgemaakte PTSS waarbij er nog restklachten zijn? Benoem de bijkomende aandoeningen zoals depressie en somatische aandoeningen, verslaving of middelengebruik.

- Beloop en voorgeschiedenis van de medische klachten: eerdere (Wvggz) opnames, doorgemaakte psychoses, andere crisissituaties en eventuele medicatiewisselingen.

- Behandeling: psychotherapie en het soort psychotherapie, EMDR, de frequentie van therapiesessies. Benoem of en zo ja, welke psychofarmaca worden gegeven.

Patiënten met schizofrenie

- Is bij uw patiënt(e) momenteel de diagnose schizofrenie gesteld? Benoem de bijkomende aandoeningen (waaronder ook somatische aandoeningen), het ziekte-inzicht, ziektebesef en de medicatietrouw.

- Beloop en voorgeschiedenis: is er sprake van eerdere klinische opnames, doorgemaakte psychotische decompensaties en andere crisissituaties? Beschrijf eerdere BOPZ maatregelen. Benoem eventuele medicatiewisselingen.

- Behandeling: ambulant of klinisch (open of gesloten) en de frequentie van de behandelsessies. Beschrijf eventueel bijzondere woonvormen zoals beschermd/begeleid wonen. Is er sprake van mantelzorg door familieleden die essentieel is voor het slagen van de medische behandeling? Benoem welke psychofarmaca worden gegeven.

Patiënten met nierinsufficiëntie, diabetes mellitus, astma en/of hypertensie

- Aanwezigheid van bijkomende aandoeningen en complicaties (zoals orgaanschade) die eventueel ook worden behandeld (mogelijk ook door andere specialisten).

- Beloop en voorgeschiedenis, indien bekend: beloop van de nierfunctie, beloop van de bloedsuikers, beloop van de longfunctie, exacerbaties/opnames wegens astma en beloop van de tensie. Eerdere ziekenhuisopnames en waarvoor.

- Behandeling: benoem welke medicatie wordt gegeven (bij dialyse patiënten wordt soms vergeten alle gegeven medicatie mee te sturen). Welke controles vinden er plaats en wat is de frequentie van de controles? Indien relevant: het soort dialyse (hemodialyse of peritoneaal dialyse), of transplantatie geïndiceerd is of mogelijk al is uitgevoerd.

Factuurvereisten

Uw factuur voldoet aan de bekende **wettelijke** vereisten en bevat:

1. uw volledige naam- en adresgegevens:
   a) vermeld de juridische naam zoals geregistreerd bij de Kamer van Koophandel;
   b) andere handelsnamen zijn alleen toegestaan als die in combinatie met de adresgegevens geregistreerd zijn bij de Kamer van Koophandel.
2. het volledige factuuradres van de IND, zoals onderaan deze brief vermeld;
3. uw Btw- en KvK-nummer;
4. het factuurnummer en de factuurdatum;
5. de datum en aard van de verrichte dienst;
6. het bedrag dat u in rekening brengt, exclusief btw (inclusief de omvang/hoeveelheid en de prijs per stuk);
7. het btw-bedrag gesplitst naar btw-categorie;
8. het totaal te betalen factuurbedrag.

Daarnaast voldoet uw factuur aan de **algemene** vereisten:

1. het bevat de volledige bankgegevens: naam rekeninghouder, IBAN, BIC/Swiftcode;
2. deze rekening is de rekening waarop het factuurbedrag uitbetaald zal worden;
3. de naam rekeninghouder/tenaamstelling correspondeert met de KvK-registratie.

Om uw factuur goed te kunnen verwerken en tijdig uit te betalen, vermeldt u:

1. de persoonsgegevens van de vreemdeling: voornaam, achternaam en geboortedatum;
2. het IND zaaknummer, op te geven als factuurkenmerk; alleen wanneer deze niet bekend is, volstaan een naam en geboortedatum.

Let op!

- Verzamelfacturen worden niet geaccepteerd; per geleverde dienst dient een separate factuur verstuurd te worden.
- Betalingsverzoeken aan (zelfstandige) beroepsuitoefenaars worden alleen gehonoreerd indien er sprake is van een zelfstandige KvK-registratie. Indien dit niet het geval is, dient de zorginstelling zelf een factuur te sturen naar de IND.

De betaaltermijn bedraagt 30 dagen.

Wij behouden ons het recht voor om facturen, die niet aan al de bovenstaande vereisten voldoen, aan u te retourneren.

Factuuradres

Facturen worden sinds 1 juli 2020 verwerkt door het Financieel Diensten Centrum SSC DJI (FDC) en kunnen uitsluitend digitaal worden verzonden naar: Facturen@dji.minjus.nl.

Deze publicatie is een uitgave van:
Immigratie- en Naturalisatiedienst
Directie Dienstverlenen
Afdeling Expertise

Januari 2022