

Tilburg University

Hoe geef ik informatie...?

Bloemen, Evert ; Bollen, Naomi; Braakman, Mario H.; Buning, Linda; van Ee, Elisa; van Galen, Imma; Konz, Hugo

Publication date:
2023

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):

Bloemen, E., Bollen, N., Braakman, M. H., Buning, L., van Ee, E., van Galen, I., & Konz, H. (2023). *Hoe geef ik informatie...? Handreiking voor ggz-behandelaars over effectieve medische informatieverstrekking ten behoeve van juridische (vreemdelingen)procedures*. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

HOE GEEF IK INFORMATIE...?

HANDREIKING VOOR GGZ-BEHANDELAARS
OVER EFFECTIEVE MEDISCHE INFORMATIEVERSTREKKING
TEN BEHOEVE VAN
JURIDISCHE (VREEMDELINGEN)PROCEDURES

NVvP Afdeling Transculturele Psychiatrie

Colofon

Uitgave van de afdeling Transculturele Psychiatrie van de Nederlandse vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
April 2023

Copyright © 2023 / NVvP

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, door middel van druk, fotokopieën, geautomatiseerde gegevensbestanden of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever

Auteurs

Evert Bloemen, arts n.p., tot 2022 Pharos, Expertisecentrum Gezondheidsverschillen.

Naomi Bollen, kinder- en jeugdpsychiater, Youz Rotterdam.

Prof. Mario Braakman, psychiater, cultureel antropoloog en bijzonder hoogleraar Transculturele Forensische Psychiatrie, Universiteit Tilburg; President World Association of Cultural Psychiatry.

Linda Buning, psychiater, Dimence.

Prof. Elisa van Ee, klinisch psycholoog, Psychotraumacentrum Zuid-Nederland, Reinier van Arkel en bijzonder hoogleraar Developmental Psychotraumatology, Radboud Universiteit, Nijmegen.

Imma van Galen-Oosterkamp, psychiater, ARQ Centrum '45 en IMMO-rapporteur.

Hugo Konz, psychiater en medisch antropoloog, ARQ Centrum '45.

Meelezers

Marjon Ritstra-Peeters, advocaat te Amsterdam.

INHOUDSOPGAVE

Lijst met begrippen en afkortingen	4
Voorwoord	6
Samenvatting	7
1. Inleiding	9
2. De (juridische) context van informatievragen	12
2.1 Van wie komt de vraag om informatie?	12
2.2 Om wat voor soort procedure gaat het?	13
2.3 Welk doel heeft de vraag om informatie?	13
2.4 In welke fase zit die procedure?	14
3. Passende medische informatie verstrekken	16
3.1 Verschil tussen 'medische informatie' en een 'medische verklaring'	16
3.2 Feitelijk en deskundig	17
3.3 Standaardvragen	17
3.4 Lastige en soms oneigenlijke vragen	17
3.5 Wat kun je wel schrijven?	18
3.6 Wat moet je niet schrijven?	19
4. Uitwerking van diverse thema's	22
4.1 Medische procedure: de begrippen 'medisch noodzakelijk', 'medische noodsituatie' en de gevolgen van het staken van behandeling	22
4.2 Specifieke accenten bij behandelinformatie over kinderen	23
4.3 Wat kun je schrijven over oorzaak en gevolg van problematiek?	25
4.4 Niet goed kunnen vertellen over asielrelaas	26
4.5 Het belang van een als veilig beleefde behandelomgeving	27
4.6 Aanwezigheid van mantelzorg van familieleden en steunfiguren	28
4.7 Uitspraken doen over prognose	29
4.8 Slachtofferschap mensenhandel	30
4.9 Dublin procedure	31
4.10 Risico voor suïcide en wanhoopsdaden bij uitzetting	32
4.11 Verzoek commentaar te geven op een BMA-advies	33
4.12 Continuïteit, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg in land van herkomst	35
4.13 Huisvesting	36
4.14 Medische ontheffing Inburgering	37
5. Betrokkenheid en tegenoverdracht	40

LIJST MET BEGRIPPEN EN AFKORTINGEN

Artikel 64	Zie bij Medische procedure (art. 64).
Asielprocedure	Procedure om asiel en een verblijfsvergunning aan te vragen. De IND verzorgt deze procedure.
Asielzoeker	Een persoon die asiel aanvraagt.
AZC	Asielzoekerscentrum.
BMA	Bureau Medische Advisering, onderdeel van de IND, waar BMA-artsen werken die medische adviezen verzorgen.
COA	Centraal Orgaan opvang Asielzoekers, die de opvang verzorgt van asielzoekers.
Dublin procedure	Procedure waarbij Nederland probeert asielzoekers naar een ander Europees land te sturen, waar zij eerder waren en geacht worden asiel aan te vragen.
iMMO	Instituut voor Mensenrechten en Medisch Onderzoek, waar asielzoekers een forensisch medisch onderzoek kunnen vragen ten behoeve van medisch steunbewijs bij hun asielaanvraag.
IND	Immigratie- en Naturalisatie Dienst, die de diverse procedures verzorgt voor vreemdelingen voor rechtmatig verblijf in Nederland.
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst, de federatie van beroepsverenigingen van artsen.
Medische procedure (art. 64)	Procedure om op basis van medische problematiek uitstel van vertrek te krijgen of een verblijfsvergunning. Deze procedure is onder andere gebaseerd op artikel 64 van de Vreemdelingenwet. De medische adviezen van BMA spelen hierbij een belangrijke rol.
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen, de grootste beroepsvereniging van psychologen.
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, beroepsvereniging van psychiaters.

Ongedocumenteerd	Situatie waarbij een persoon langer dan drie maanden in Nederland verblijft zonder een geldige verblijfsvergunning. Een persoon in een dergelijke situatie wordt een ongedocumenteerde genoemd.
PTSS	Posttraumatische Stress Stoornis.
Statushouder	Een asielzoeker die asiel heeft gekregen. Hiermee krijgt hij/zij een verblijfsvergunning, oftewel een status.

VOORWOORD

'Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen. Ik zal aan de patiënt geen schade doen [...] en ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving...'

Dat beloof ik.

Zo waarlijk helpe mij God Almachtig.

Ontegengesteld en ondubbelzinnig lijken deze citaten uit de artseneed. In een ideale wereld zouden deze zinnen vanzelfsprekend klinken. We leven echter in een wereld die nooit ideaal is geweest. Een wereld die steeds complexer lijkt te worden, waarin we gedwongen zijn om meer te reflecteren op en na te denken over ons handelen. In de praktijk is het daarom meer regel dan uitzondering dat deze zinnen niet logischerwijze met elkaar samenhangen. Overigens het mag wel artseneed heten, maar in essentie betreft het alle hulpverleners.

Mijn ernstig getraumatiseerde patiënt uit Eritrea is een uitgeprocedeerde asielzoeker zonder vaste verblijfsplaats. Doe ik hem geen schade als ik met traumabehandeling start, wetende dat hij waarschijnlijk volgende week naar de andere kant van het land verhuist? Moet ik me bemoeien met zijn huisvesting? Wat schrijf ik in antwoord op een brief van zijn advocaat die probeert op basis van medische gronden een nieuwe procedure te beginnen? Weet ik zeker dat ik mijn patiënt geen schade doe als ik medische informatie over hem verstrek?

De handreiking die u in handen heeft, geeft een inkijkje in de wereld van asielprocedures en het vreemdelingenrecht, en daar waar zij raken aan een (psychiatrische) behandeling, informatieverstrekking en andere zaken die bij een dergelijke behandeling komen kijken. Deze gids benadrukt dat we ons als behandelaar te allen tijde bewust moeten zijn van ons handelen. De auteurs adviseren: "Ga niet op de stoel van de beoordelaar of medisch adviseur zitten. Beperk je tot informatie vanuit je rol als behandelaar." En terecht. Want het is de context die onze rol definieert. Een hulpverlener die zijn positie en rol niet goed in acht neemt, loopt het risico het overzicht te verliezen over de behandeling en wat wel of niet kan.

Hulpverleners voor bijzondere groepen, zoals vreemdelingen, vergt wellicht een extra mate van zelfreflectie. Het vergt het vermogen om onze machteloosheid te verdragen. We kunnen onze patiënten weliswaar geen verblijfvergunning garanderen, maar desondanks kunnen we goede professionals zijn en empathische hulpverleners die medemenselijkheid hoog in het vaandel hebben.

Forugh Karimi, psychiater en psychotherapeut
Voorzitter afdeling Transculturele Psychiatrie van de NVvP

SAMENVATTING

In de praktijk van de GGZ vinden behandelaars het verstrekken van medische informatie over de behandeling van zieke asielzoekers, statushouders, slachtoffers van mensenhandel en andere (ongedocumenteerde) vreemdelingen lastig. Dit wijten zij aan de specifieke juridische situatie van deze doelgroep en het feit dat de geldende algemene richtlijnen onvoldoende houvast bieden. Vandaar dat er behoefte bestaat aan aanvullende informatie over hoe bij deze doelgroep zorgvuldig te handelen bij verzoeken om medische informatie. Deze handreiking helpt behandelaars hierbij.

Het doel van deze handreiking is om kennis over te dragen over de (juridische) context van de verzoeken om informatie. Het biedt een aanvulling op de bestaande richtlijnen door in te gaan op lastige vragen en antwoord te geven op de vraag wat behandelaars wel en niet kunnen schrijven gegeven de specifieke situatie waarin de doelgroep zich bevindt.

Deze doelstelling wordt uitgewerkt voor een aantal veel voorkomende vragen en thema's die spelen bij de vragen om behandelinformatie. Deze vragen raken aan de juridische procedures waarmee de doelgroep te maken heeft, zoals de asielprocedure, de medische procedure (uitstel van vertrek vanwege medische redenen op basis van artikel 64 van de Vreemdelingenwet), de procedure voor slachtoffers van mensenhandel en procedures rondom huisvesting en inburgering. Al deze situaties en vragen worden van uitleg en advies voorzien alsmede geïllustreerd aan de hand van casuïstiek met quotes als voorbeeld voor wat te schrijven in de te verstrekken informatie.

De basisrichtlijnen voor het verstrekken van informatie zijn van kracht: het beroepsgeheim kan alleen worden doorbroken met toestemming van de patiënt; de informatie moet feitelijk en professioneel zijn; het moet over de behandeling gaan; het moet onderbouwd zijn; en het moet geen oordeel bevatten over niet-medische vragen.

De specifieke context van procedures waar zieke vreemdelingen mee te maken krijgen, kunnen van invloed zijn op de medische behandeling. En de voorgeschiedenis en de leefwereld van de vreemdelingen zorgen voor specifieke individuele aspecten die deel uitmaken van de te verstrekken medische informatie.

Deze handreiking geeft invulling aan de speelruimte binnen de bestaande richtlijnen, zodat behandelaars de individuele achtergrond en context kunnen betrekken bij het zo goed mogelijk verstrekken van informatie. Behandelaars achten dit soort specifieke informatie veelal nodig, aangezien deze informatie aan de basis van adviezen en beslissingen staat, die in veel gevallen gaan over legaal in Nederland mogen blijven of niet. De patiënten zelf beleven dit vaak als een zaak van leven of dood. Vandaar dat deze handreiking ook stil staat bij kennisoverdracht en het risico van (te) grote betrokkenheid of juist te veel distantie.

INLEIDING

1. INLEIDING

Behandelaars binnen de GGZ en elders in de zorg krijgen vaak verzoeken tot het verstrekken van medische informatie over asielzoekers, statushouders, ongedocumenteerden, slachtoffers van mensenhandel en aanverwante groepen vreemdelingen. Het beantwoorden van deze verzoeken is vaak complex en kan allerlei vragen oproepen. Deze handreiking biedt handvatten voor het verstrekken van medische informatie over genoemde doelgroepen.

De verzoeken komen vanuit diverse kanten. De meeste verzoeken komen van advocaten en de medisch adviseur van het Bureau Medische Advisering (BMA) en van de Immigratie en Naturalisatie Dienst (IND). De verzoeken komen ook van de vreemdeling zelf, betrokken vrijwilligers en diverse maatschappelijke organisaties. Ook de behandelaar kan de behoefte voelen om in het belang van de medische behandeling informatie te willen delen, bijvoorbeeld vanuit de verantwoordelijkheid ten aanzien van de continuïteit van zorg.

De complexe maatschappelijke en juridische situatie waarin de vreemdelingen zich veelal bevinden, kan het lastig maken om de medische informatie op een adequate en passende wijze te verstrekken. Dit gebeurt bijvoorbeeld als de verzoekende partij de medische situatie sterk juridisch, en in de ogen van zorgverleners erg formalistisch, inzet. Of, in het andere uiterste, deze juist overmatig wil medicaliseren. Dit is lastig laveren voor behandelaars op zoek naar de juiste handelwijze. Hierbij helpt het om kennis te hebben over de juridische context van verzoeken, over de wijze waarop medische informatie in juridische procedures wordt beoordeeld en gebruikt en over de kaders waarbinnen de informatieverstrekking mag plaatsvinden. Deze handreiking is een aanvulling op de KNMG richtlijn *Omgaan met medische gegevens* uit 2021¹ en is te beschouwen als een vervolg op de Pharos publicatie *Een briefje van de dokter* uit 2007². Ook het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) heeft richtlijnen voor psychologen³.

Aanleiding

Veel behandelaars ervaren de bestaande richtlijnen voor informatieverstrekking als te algemeen voor deze specifieke doelgroep van vreemdelingen. De bestaande richtlijnen sluiten onvoldoende aan bij de specifieke procedures waar vreemdelingen mee te maken hebben. Deze procedures zijn ook bij behandelaars vaak niet goed bekend. De algemene richtlijnen sluiten niet geheel aan bij de inrichting van de medische advisering ten aanzien van zieke vreemdelingen door de Nederlandse overheid. De werkwijze van de artsen van het BMA van de IND roept bij behandelaars veel vragen op. De medische beroepsorganisaties hebben in reactie op vragen over deze praktijk al in 2007 het rapport *Arts en vreemdeling* uitgebracht⁴. Diverse betrokken partijen, zoals de KNMG en de Nationale Ombudsman⁵, en behandelaars, waaronder psychiaters en HIV behandelaars, hebben aandacht gevraagd voor de in hun ogen te beperkte medische beoordeling van zieke vreemdelingen door de medisch adviseurs van het BMA.

Dit alles staat mede aan de basis van de ontwikkeling van deze handreiking voor behandelaars. Door het aanreiken van kaders, adviezen en concrete tips hopen de auteurs behandelaars te helpen om de vragen om medische informatie die voortkomen uit ingewikkelde juridische procedures op een effectieve manier te

¹ KNMG (2021). *Richtlijn omgaan met medische gegevens*. Utrecht: KNMG. <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/omgaan-met-medische-gegevens.htm>

² Bloemen E (2007). *Een briefje van de dokter. Medische aspecten in de asielprocedure*. Utrecht: Pharos.

³ NIP. *Beroepsgeheim & Privacy (thema)*. <https://www.psynip.nl/actueel/themas/thema/beroepsgeheim-privacy/>

⁴ Commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen (2007). *Arts en vreemdeling*. Utrecht: KNMG, LHV, NVvP, Orde Medisch Specialisten, Pharos. <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/knmg-publicaties/knmg-publicaties/knmg-publicaties/arts-en-vreemdeling-1.htm>

⁵ Zie: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/asielzoekers-en-ongedocumenteerde-vreemdelingen.htm>; <https://www.nationaleombudsman.nl/nieuws/2015/kritischer-beoordeling-medische-informatie-door-bma-en-ind>

beantwoorden. Soms zijn daar extra stappen voor nodig. Het uitgangspunt blijft dat wordt voortgebouwd op de bestaande richtlijnen voor het verstrekken van medische informatie.

Leeswijzer

In het tweede hoofdstuk komt aan de orde wat de achtergrond van de vragen om medische informatie kan zijn. Het is voor het goed geven van medische informatie relevant om iets te begrijpen van de context van de juridische procedure.

Het derde hoofdstuk geeft meer informatie over de kaders en richtlijnen voor informatie verstekken in het algemeen en toegespitst op vreemdelingen en hun procedures.

Het vierde hoofdstuk richt zich op specifieke en veel voorkomende thema's en vragen waar behandelaars mee worden geconfronteerd. Deze situaties worden van uitleg en handreikingen voorzien, met daarbij telkens een kort casusvignet met concrete voorbeeldquotes passend bij de gestelde vraag om informatie.

Het vijfde en laatste hoofdstuk bespreekt kort het belang van aandacht hebben voor overdracht en tegenoverdracht. Dit onderwerp is belangrijk omdat de doelgroep waar we het hier over hebben makkelijk emoties kan oproepen, zowel in de vorm van betrokkenheid als distantie. Bewustzijn hiervan is noodzakelijk om professioneel te kunnen handelen, ook bij het verstrekken van informatie.

Bronnen en verwijzingen staan als voetnoten bij de tekst. Er is voor gekozen deze niet nogmaals achterin op te sommen.

DE (JURIDISCHE)
ACHTERGROND VAN
INFORMATIEVRAGEN

2. DE (JURIDISCHE) ACHTERGROND VAN INFORMATIEVRAGEN

Het Nederlandse vreemdelingenbeleid is in lijn met meerdere internationale verdragen⁶ en met richtlijnen van de Europese Unie (EU)⁷. De belangrijkste wetten en regelingen op het gebied van het vreemdelingenrecht in Nederland zijn de *Vreemdelingenwet (Vw)* die is uitgewerkt in het *Vreemdelingenbesluit (Vb)* en voor de praktische toepassing in de *Vreemdelingencirculaire (Vc)*. De uitvoering van het vreemdelingenbeleid ligt in handen van de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND), onderdeel van het ministerie van Justitie en Veiligheid. Besluiten van de IND kunnen aangevochten worden bij vreemdelingenrechtshouders, en in hoger beroep bij de Afdeling Bestuursrecht van de Raad van State. In dit juridische traject worden de vreemdelingen meestal bijgestaan en vertegenwoordigd door asiel- en vreemdelingenadvocaten.

De Nederlandse regelgeving maakt duidelijk onderscheid tussen de asielprocedure en een reguliere procedure voor vreemdelingen. Een asielaanvraag gaat over het vragen van bescherming in het kader van het Vluchtelingenverdrag van de Verenigde Naties (VN) of andere verdragen. Een reguliere aanvraag betreft het aanvragen van een verblijfsvergunning vanwege diverse mogelijke redenen, zoals voor studie, huwelijk, arbeid of gezinshereniging. En er bestaat ook een reguliere aanvraag vanwege een medische behandeling. Deze procedure, vaak ook 'medische procedure' genoemd, start met een procedure om uitstel van vertrek te verkrijgen vanwege medische redenen⁸. Dit is gebaseerd op artikel 64 van de *Vreemdelingenwet*, vandaar vaak ook een 'artikel 64 procedure' genoemd.

Bij het verstrekken van medische informatie over een asielzoeker of een andere vreemdeling zijn allereerst een paar vragen nuttig om bij stil te staan. Deze vragen helpen om de context van de vraag te begrijpen en om passende informatie te verstrekken.

- Wie vraagt de medische informatie?
- Om wat voor soort procedure gaat het?
- Met welk doel wordt de medische informatie gevraagd?
- In welke fase zit de procedure?

2.1 Wie vraagt de medische informatie?

Veel vragen om medische informatie over een asielzoeker of een andere vreemdeling gaan over medische aspecten en behandelinformatie die een rol kunnen spelen bij juridische procedures om een verblijfsvergunning te krijgen. De informatieverzoeken komen dan meestal van advocaten of de medisch adviseur van het BMA (Bureau Medische Advisering) of van de IND (Immigratie- en Naturalisatie Dienst). In een later stadium van verblijf kan het ook gaan over informatie die moet bijdragen aan het verkrijgen van een medische ontheffing van de inburgeringsplicht. Dan komt de vraag meestal van een adviserend of keurend arts.

Natuurlijk kan het verzoek om informatie ook gaan over 'gewone' niet-vreemdelingrechtelijke zaken, zoals kunnen werken, huisvesting, ontheffing van een sollicitatieplicht, of een strafbaar feit. In al deze zaken is er een beoordelende of keurende arts die behandelinformatie opvraagt.

Soms vragen ook patiënten zelf om een briefje van hun behandelaar. Of vraagt een (vrijwillige) begeleider dit namens en met toestemming van de patiënt.

⁶ Denk aan de volgende verdragen: het VN-Vluchtelingenverdrag, het VN-Antifolterverdrag, het Internationale Verdrag inzake de Rechten van het Kind, het Internationale Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten en het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM).

⁷ Denk aan de volgende EU-richtlijnen: Opvangrichtlijn, procedurerichtlijn, Terugkeerrichtlijn.

⁸ Voor het gemak hebben we het hier over 'de medische procedure'. In juridische zin ligt het complexer. Uitleg hierover voert hier te ver en is minder relevant voor de te verstrekken medische informatie.

2.2 Om wat voor soort procedure gaat het?

Vreemdelingen kunnen te maken krijgen met verschillende procedures:

- Asielprocedure

Een asielzoeker vraagt om bescherming in het kader van internationale verdragen die regelen dat mensen asiel kunnen vragen.

- Medische procedure (art. 64)

De medische procedure gaat doorgaans eerst over een uitstel van vertrek (uitzetting) uit Nederland op basis van artikel 64 van de Vreemdelingenwet. Dit artikel luidt als volgt: 'Uitzetting blijft achterwege zolang het gelet op de gezondheidstoestand van de vreemdeling of die van een van zijn gezinsleden niet verantwoord is om te reizen.' Artsen van het BMA van de IND treden hier op als medisch adviseur die de medische behandelingsinformatie beoordeelt. Zij geven medisch advies aan de IND die daarop een beslissing neemt over deze aanvraag.

Bij toekenning van een medische procedure (art. 64) mag iemand tijdelijk in Nederland verblijven. Ook andere vreemdelingen die nooit asiel hebben aangevraagd kunnen als zij ziek worden een medische procedure (art. 64) opstarten, zoals bijvoorbeeld een familielid die op familiebezoek is in Nederland en een hersenbloeding krijgt of een psychiatrische crisis. Als een art. 64 aanvraag wordt toegekend, kan na één jaar een aanvraag verblijf voor een medische behandeling volgen. Na drie jaar kan een aanvraag voortgezet verblijf volgen wat dan een definitieve verblijfsvergunning is, mits uit het onderzoek van de BMA-arts volgt dat Nederland nog steeds met meest aangewezen land is om de behandeling te ondergaan.

- Dublin procedure

De laatste jaren zijn er steeds meer asielzoekers die eerst in een ander Europees land hebben verbleven. Sommigen zijn daar geregistreerd en hebben mogelijk een (asiel)procedure lopen of hebben zelfs een verblijfsvergunning. Volgens het Dublin verdrag moeten deze mensen terug naar het eerste land van registratie om daar de procedure voort te zetten of te verblijven. In deze zogenoemde Dublin procedure kunnen uitzonderingen worden gemaakt voor mensen met ernstige medische problematiek, die dan wel in Nederland de asielprocedure mogen starten.

- Andere procedures

Er zijn nog diverse andere procedures waar vreemdelingen mee te maken krijgen. Die worden hieronder kort besproken.

2.3 Met welk doel wordt de medische informatie gevraagd?

Bij de verschillende procedures is het doel van de vraag om medische informatie telkens anders:

- Asielprocedure

Als er medische informatie wordt opgevraagd tijdens de asielprocedure, gaat het meestal om een advocaat die met behulp van medische informatie over medische klachten en restverschijnselen van (gewelds)ervaringen aannemelijk wil maken dat die gebeurtenissen hebben plaatsgevonden. Dus medische informatie als onderbouwing of steunbewijs voor het asiel- en vluchtverhaal. Ook kan het gaan om het aannemelijk maken van medische beperkingen ten gevolge van de aanwezige problematiek (bijvoorbeeld geheugen- en/of concentratieproblemen), waardoor de asielzoeker zijn asielverhaal niet goed kan vertellen of dit eerder niet goed heeft kunnen doen. Met deze beperkingen dient de IND vervolgens rekening te houden bij het horen (inclusief eventueel uitstel van gehoor) én beslissen in deze zaak. Dit speelt vooral als asielzoekers snel na aankomst in Nederland al in behandeling komen. Veel asielzoekers komen pas later in behandeling.

- Medische procedure (art. 64)

Een medische procedure (art. 64) staat los van de asielprocedure en bij de benodigde medische informatie gaat het om informatie over een lopende behandeling voor medische problematiek.

De arts van het BMA van de IND beoordeelt de medische behandelingsinformatie en geeft in principe over drie zaken een advies:

1. Ontstaat er op korte termijn een medische noodsituatie zonder behandeling?
2. Is er een behandeling beschikbaar in het land van herkomst?

3. Kan iemand reizen en zijn er medische maatregelen nodig tijdens of meteen na de reis?

Meer informatie over de werkwijze van het BMA is te vinden in het Protocol Bureau Medische Advisering.⁹ Bij toekenning van deze medische aanvraag (art. 64) leidt dit tot een tijdelijk uitstel van uitzetting. In deze procedure is de medische informatie de belangrijkste pijler van de juridische aanvraag. Zonder medische informatie wordt een aanvraag niet in behandeling genomen.

• Dublin procedure

In deze procedure gaat het over de onwenselijkheid dat mensen naar een ander Europees land wordt overgebracht omdat er medische aspecten spelen, meestal in de vorm van een lopende behandeling. Het kan dan gaan om een specifiek behandelaanbod dat elders niet (voldoende) voorhanden is of om de medisch noodzakelijke steun van aanwezige familie of partner hier in Nederland. Soms blijkt ook dat asielzoekers in sommige landen geen toegang tot basisvoorzieningen hebben, zoals huisvesting of gezondheidszorg.

• Procedure Mensenhandel

Slachtoffers van mensenhandel vallen onder een speciale regeling (B8-regeling) die het mogelijk maakt om een tijdelijke verblijfsvergunning te krijgen. Daarvoor moet een slachtoffer van mensenhandel aangifte doen en alles aan de politie vertellen wat hij weet van de mensenhandel. De politie probeert dan de daders op te sporen en het slachtoffer kan tijdelijk in Nederland blijven. Medische informatie wordt opgevraagd om het slachtofferschap te onderbouwen en om te wijzen op medische beperkingen om het relaas goed te kunnen vertellen. Een deel van deze slachtoffers vraagt in een later stadium asiel aan en/of doorloopt een medische procedure. Medische informatie kan ook worden opgevraagd ter onderbouwing van een verzoek om schadevergoeding bij het Schadefonds Geweldsmisdrijven.

• Inburgering

Als een vluchteling een verblijfsvergunning heeft gekregen wordt hij statushouder genoemd. Hij verhuist dan naar een gemeente en moet verplicht inburgeren. Het komt voor dat een statushouder vanwege zijn psychiatrische of somatische problematiek niet (voldoende) in staat is om de taallessen te volgen of het inburgeringsexamen te halen. Er is dan een keurende medische instantie die informatie op kan vragen bij de behandelaar, om daarmee het oordeel te onderbouwen of iemand in staat is de inburgering te halen, uitstel moet krijgen of extra tijd nodig heeft hiervoor.

• Andere procedures

Er zijn andere situaties waarin medische informatie gevraagd kan worden, zoals onder andere:

- Een vraag om een kamer alléén in een azc.
- Een vraag om niet te hoeven verhuizen naar een ander azc of juist wel te willen verhuizen.
- Een vraag om huisvesting in de buurt bij familie of in de regio van de behandelaar.
- Een verzoek om medische informatie bij een aanvraag voor gezinshereniging.

2.4 In welke fase zit die procedure?

Het hebben van enig inzicht in de procedures waar asielzoekers en vluchtelingen mee te maken krijgen, helpt om de juridische realiteit van patiënten te begrijpen. In sommige fasen van een procedure kan de te verstrekken informatie heel beperkt zijn, dan is het bijvoorbeeld voldoende om te schrijven dat iemand onder medische behandeling is vanwege een bepaald ziektebeeld. In een andere fase is het relevant om meer informatie te geven.

Soms is het al bij het voorbereiden van een procedure, die dus nog moet starten, nodig dat er medische informatie over een behandeling beschikbaar is. Dit geldt bijvoorbeeld voor een uitgeprocedeerde asielzoeker die een herhaalde asielaanvraag of medische aanvraag wil doen, waarbij behandelinformatie nodig is om deze aanvraag te kunnen opstarten.

Kennis over de procedures helpt ook om de criteria te begrijpen waarop de medische informatie wordt beoordeeld. En daardoor de te verstrekken informatie te laten aansluiten bij de gehanteerde criteria. Het contact leggen met de advocaat van patiënt of diens juridisch begeleider kan nuttig zijn om uitleg hierover te krijgen. Het zelf (screenend) lezen van juridische stukken, die een patiënt vaak zelf in bezit heeft, kan helpen inzicht te krijgen in de juridische gang van zaken. Zeker als je meer asielzoekers behandelt leer je hiermee de juridische context beter begrijpen.

⁹ Protocol Bureau Medische Advisering (versie 2021): https://puc.overheid.nl/ind/doc/PUC_1287954_1/1/

PASSENDE MEDISCHE INFORMATIE VERSTREKKEN

3. PASSENDE MEDISCHE INFORMATIE VERSTREKKEN

Bij het verstrekken van medische informatie van in behandeling zijnde asielzoekers en andere vreemdelingen dient een behandelaar uit te gaan van de wettelijke kaders van de Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO), de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) en de Wet Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Deze kaders fungeren ook als basis voor de bestaande richtlijnen van de KNMG, het NIP en andere beroepsorganisaties. Dit hoofdstuk bevat een verdere uitwerking van handvatten voor het verstrekken van informatie in de meest voorkomende situaties bij vluchtelingen en andere vreemdelingen.

3.1 Verschil tussen 'medische informatie' en een 'medische verklaring'

In dit verband is het verschil tussen medische informatie en een medische verklaring relevant.

Voor artsen geldt de KNMG richtlijn over het verstrekken van medische informatie (herziene versie, april 2021).¹⁰ Daarin staat dat de KNMG het standpunt heeft dat een behandelend arts geen 'medische verklaring' over een eigen patiënt moet opstellen. De omschrijving van een medische verklaring luidt als volgt: een waardeoordeel, op medische gegevens gebaseerd, over de patiënt en diens gezondheidstoestand. Regelmatig wordt een behandelend arts gevraagd om een oordeel te geven over de (medische) geschiktheid van de patiënt om bepaalde dingen wel of niet te kunnen doen. De behandelend arts mag dit niet doen. Daar zijn de volgende redenen voor:

- Ten eerste gaat het bij zo'n verklaring vaak om een belang van de patiënt dat buiten de deskundigheid en verantwoordelijkheid van de behandelend arts ligt en een ander doel dient dan de behandeling of begeleiding.
- Ten tweede is een behandelend arts veelal niet op de hoogte van de medische criteria waarop de instantie die de verklaring nodig heeft de verklaring toetst.
- Ten slotte kan de vertrouwensrelatie tussen de behandelend arts en de patiënt in gevaar komen wanneer de arts een voor de patiënt ongunstig oordeel geeft en er een belangenconflict ontstaat.

De KNMG richtlijn zegt over het medische beoordelen het volgende: *De grens tussen een waardeoordeel dat de behandeling of begeleiding van de patiënt dient en een waardeoordeel dat dat niet doet, is niet altijd scherp te trekken. Een diagnose wordt over het algemeen niet gezien als een waardeoordeel. En dat geldt ook voor een prognose met een behandel doel, die met medische feiten wordt onderbouwd.*¹¹

Voor psychologen heeft het NIP (Nederlands Instituut voor Psychologen) richtlijnen die vergelijkbaar zijn met die voor artsen. Net als de KNMG, stelt het NIP zich op het standpunt dat de behandelend psycholoog zich bij een verzoek van een patiënt om een verklaring zeer terughoudend opstelt en raadt het NIP het afgeven van een verklaring uitdrukkelijk af aan behandelend psychologen wanneer daarmee een direct juridisch of materieel belang is gediend. Met een verklaring wordt een (schriftelijke) verklaring bedoeld die is opgesteld door de behandelend psycholoog ten behoeve van een patiënt die onder behandeling van die psycholoog staat of stond.

Geneeskundige verklaringen mogen alleen door een onafhankelijke arts, die deskundig is op het gebied van de vraagstelling, worden verstrekt. Een onafhankelijke en deskundige arts kan voor het afgeven van een geneeskundige verklaring informatie nodig hebben van de behandelend arts. In het algemeen geldt dat de behandelend arts deze medische informatie gegevens alleen mag verstrekken als de betreffende patiënt daar gerichte toestemming voor heeft gegeven.

¹⁰ KNMG (2021). *Richtlijn omgaan met medische gegevens*. Utrecht: KNMG. <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/omgaan-met-medische-gegevens.htm>

¹¹ Ibid, § 7.8, pagina 116.

3.2 Feitelijk en deskundig

Uitgangspunt van de KNMG richtlijn *Omgaan met medische gegevens* is dat het beroepsgeheim alleen doorbroken kan worden als de patiënt daarvoor toestemming geeft. De verstrekte informatie moet feitelijk en professioneel zijn en over de behandeling gaan, moet onderbouwd zijn en moet geen oordeel bevatten over niet-medische vragen. De informatie vindt zo mogelijk schriftelijk plaats.

Bij het verstrekken van medische informatie is het dus van belang om alleen feiten te noemen, waarbij hieronder ook wordt verstaan: alle psychische klachten, gedrag, gedachten, emoties en gebeurtenissen. Wat ook feitelijke informatie is, zijn zaken als de beschrijvende diagnose en het behandelplan zoals die in het dossier van de patiënt staan. Hierbij moet ook die beschrijvende diagnose feitelijk en deskundig zijn. Een mening of zienswijze is geen feit. Dit heeft een beoordelend karakter en dit hoort thuis bij een onafhankelijk arts (medisch adviseur of keurend arts), die dit doet op basis van de verstrekte medische informatie. Het is dus van belang dat de verstrekte informatie feiten bevat die relevant zijn voor de onafhankelijk arts om zich een indruk te vormen van de problematiek en een oordeel te kunnen geven over de voorliggende vraagstellingen. Het is dus niet aan de behandelaar om een mening te hebben. Informatie verstrekken over een prognose t.a.v. ziekteverloop of te verwachten gebeurtenissen, wordt in het algemeen afgeraden. Het kan alleen als dit met medische feiten wordt onderbouwd, gebaseerd op individuele problematiek en/of medische feiten. Bijvoorbeeld over het risico op suïcide of een psychose op basis van eerder vergelijkbare escalaties of over het verloop van de aanwezige aandoening op basis van beschikbare specialistische kennis over die aandoening.

3.3 Standaardvragen

Meestal bevat de vraag om medische informatie aan een behandelaar meerdere van de volgende vragen:

- Wat is de aard van de klachten?
- Wat is de relevante medische voorgeschiedenis?
- Welke zijn de gestelde diagnoses?
- Wat is het niveau van dagelijks functioneren?
- Wat is de ingezette behandeling (aard, doel, intensiteit, frequentie)?
- Wat is de voorgeschreven medicatie?
- Wat is het beloop van de behandeling?

Dit zijn allemaal feitelijke vragen die vanuit behandelperspectief kunnen worden beantwoord. Als er twijfel is over het beantwoorden van bepaalde vragen, is het van belang dit ook als zodanig te benoemen. Zo kan bijvoorbeeld de diagnostiek nog niet geheel duidelijk zijn. Ook kan het zijn dat het nog te vroeg is om informatie te geven over het te verwachten beloop van de behandeling, omdat iemand pas kort in behandeling is.

3.4 Lastige en soms oneigenlijke vragen

Soms stellen advocaten vragen over zaken die buiten de sfeer van de huidige behandeling liggen. De vraagsteller verzoekt soms de behandelaar om uitspraken te doen die richting een medische verklaring gaan of je in de positie plaatsen van 'onafhankelijk beoordelaar of deskundige', een rol die je als behandelaar niet hebt. Voorbeelden van dergelijke vragen zijn:

- "Is er een causale relatie tussen klachten en gestelde gebeurtenissen?"
- "Is het vanuit de gezondheidsproblemen verklaarbaar dat patiënt inconsistent of incompleet heeft verteld over zijn asielrelaas?"
- "Wat kunt u zeggen over het seksueel geweld dat patiënte zegt te hebben ondergaan?"
- "Kan dit litteken passen bij een verwonding door marteling?"
- "Kan patiënt behandeld worden in land van herkomst waar hij ook getraumatiseerd is geraakt?"
- "Welke behandelmogelijkheden zijn er in het land van herkomst?"
- "Wat zijn de voorwaarden om te komen tot een succesvolle behandeling?"
- "Denkt u dat betrokkene in staat is te reizen?"
- "Is de huidige medicatie verkrijgbaar in het eigen land?"
- "Wilt u het advies van het BMA van inhoudelijk commentaar voorzien?"

Dit soort vragen reiken verder dan de eerder genoemde standaardvragen en behoren veelal niet tot je deskundigheid. Dit zijn allemaal vragen die het gevaar met zich meebrengen dat je als behandelaar bij het beantwoorden buiten je boekje gaat. Het risico is immers aanwezig dat je als behandelaar hier een oordeel gaat geven over zaken die niet persé de behandeling betreffen en dus niet passen bij je rol als behandelaar. Behandelaars worden in Nederland per definitie als partijdig beschouwd. Denk bijvoorbeeld aan het geven van een oordeel over het causale verband tussen een traumatisch voorval en de huidige PTSS klachten. Of een uitspraak over dat in het land van herkomst een PTSS behandeling niet succesvol kan zijn. Het beoordelen van deze vragen is veelal geen onderdeel van een reguliere behandeling. Dus kun je daar in principe niets of weinig over zeggen. En volgens de KNMG richtlijnen moet je je hier niet over uitlaten. Wat je wel kan schrijven, volgt in de volgende paragraaf.

Uiteraard kun je meer schrijven als je geen behandelaar bent van de persoon waar de vragen over gaan. Dan kun je een onafhankelijke beoordelende rol aannemen en een verklaring schrijven, mits je je bekwaam acht om de gestelde vragen te beantwoorden. Dit soort onafhankelijke beoordelingen kunnen ook soms worden verzorgd door een medisch of psychologisch adviesbureau. Dit brengt forse kosten met zich mee, die de asielzoeker niet kan betalen. Hierdoor is dit meestal geen bruikbare optie. Soms is een niet bij de behandeling betrokken collega bereid kosteloos als onafhankelijke beoordelaar op te treden. In de praktijk gebeurt dit nauwelijks.

3.5 Wat kun je wel schrijven?

De bestaande richtlijnen bieden niet altijd houvast voor de vraag wat je wel mag schrijven als behandelaar. En juist bij de doelgroep waar we het hier over hebben, speelt dat de werkwijze van de BMA-artsen zodanig is dat zij maar beperkt vragen stellen aan de behandelaar. Als alleen de gestelde algemene vragen worden beantwoord, bestaat het risico dat dan de (te) summiere verstrekte informatie niet als basis kan dienen voor een kwalitatief goed onderbouwd en voldoende op de individuele persoon toegespitst medisch advies door BMA - of een andere medisch adviseur. Veel behandelaars gaan dan ook op zoek naar manieren om de individuele aspecten van de behandeling van de patiënt - meer dan gevraagd - onder de aandacht te brengen van de adviserend arts.

Er is in Nederland veel medische kennis beschikbaar over de geïndiceerde behandelingen en hoe die van toepassing zijn op de behandeling van een individuele patiënt. Dit is van belang omdat de beoordelend arts dan kan inschatten of de behandeling ook in een ander land kan plaatsvinden. Deze beschikbare kennis kun je als specialistisch behandelaar delen met een advocaat of medisch adviseur. Het is dan wel belangrijk om de informatie zo te formuleren dat je niet vervalt in het geven van een medische verklaring en je daarmee op het terrein van de onafhankelijk beoordelende arts of medisch adviseur (BMA) komt.

Een paar voorbeelden:

- Uitleg van algemene kennis over hoe psychiatrische problematiek tot stand komt of tot welke effecten dit kan leiden kan de adviserende BMA-arts helpen om de problematiek goed te doorgronden. Dat je dit doet kun je ook zo beargumenteren in een brief met informatie. Ook kun je als behandelaar contra-indicaties voor een lopende behandeling benoemen. Een quote:

In aansluiting op de verstrekte informatie denk ik dat het voor u als medisch adviseur nuttig is als ik mijn specialistische kennis deel. Zo is het relevant te vermelden dat het wetenschappelijk bekend is dat de bij patiënt aanwezige psychiatrische problematiek er toe bijdraagt dat het vertrouwen in mensen wordt ondermijnd. Dat heeft ook gevolgen voor het opbouwen van vertrouwen in de behandelrelatie. En juist deze therapeutische relatie is een belangrijk middel in veel behandelingen. Ook bij patiënt is deze moeizaam tot stand gekomen behandelrelatie van groot belang in de behandeling. Vanuit het perspectief van de behandeling is het in geval van deze patiënt gecontra-indiceerd om de huidige behandeling stop te zetten.

- Het geven van een zo compleet mogelijk beeld van de problematiek van een patiënt kan de BMA-arts

helpen om een zo goed mogelijk geïndividualiseerd medisch advies af te geven. Want het kunnen immers de persoonlijke details zijn, die relevant zijn bij een beoordeling van een ziektebeeld. Dit kan ook de levensgeschiedenis betreffen, zoals een patiënt die in de behandeling heeft geschetst. Een tekstvoorbeeld:

De levensgeschiedenis van patiënte, met haar relaas over traumatische verlieservaringen in haar jeugd en later de gewelddadige dood van haar echtgenoot, maken haar kwetsbaar voor psychiatrische problematiek. Zij vertelt in de behandeling over hoe de wanhoop haar al in haar eigen land zodanig in de greep had dat zij nadacht over zelfmoord als oplossing van haar problemen. Ook bij de in de huidige behandeling geconstateerde depressieve en PTSS klachten spelen suïcidale uitingen voortdurend mee. In de behandeling beoordelen wij het risico op een suicide als groot en dit is dus een voortdurend punt van aandacht voor ons als behandelaars. Dit speelt nog nadrukkelijker indien er sprake is van een toename van stress.

De informatie over individuele en persoonlijke aspecten die je als behandelaar verschaft, helpen dus de medisch adviseur om deze aspecten mee te wegen en zich daarover uit te laten. Ook kan later de rechter deze informatie meewegen bij het oordeel in een beroepszaak, aangezien de rechter ook beschikt over de brieven met medische informatie.

- Het komt ook voor dat van de gediagnostiseerde psychiatrische problematiek bekend is dat dit vaak leidt tot cognitieve problemen. Deze kennis mag je benoemen in de informatie die je verstrekt, zeker als dit ook in de behandeling speelt en daarin ter sprake is geweest.

3.6 Wat moet je niet schrijven?

Over zaken waarover je als behandelaar meestal niets weet, zoals behandelmogelijkheden in land van herkomst en de beschikbaarheid van medicatie daar, moet je je niet uitlaten. En dit ook expliciet benoemen. Tenzij je daar natuurlijk onderzoek naar hebt gedaan en feitelijke, objectieve informatie hebt verkregen, bijvoorbeeld doordat je rechtstreeks contact hebt gehad met een behandelaar in het land van herkomst van de patiënt.

De algemene regel is dat je geen informatie verstrekt over zaken die niet relevant zijn in het kader van de gestelde vragen. Dit geldt ook voor het delen van bijvoorbeeld een compleet intakeverslag, een behandelplan of een brief aan de huisarts, die meestal meer informatie bevatten dan gevraagd als medische informatie. Daarom is het raadzaam terughoudend om te gaan met het verstrekken van informatie via het opsturen van kopieën van dit soort bestaande documenten. Het is beter om relevante onderdelen in een aparte brief te zetten.

Het is van belang spaarzaam te informeren over cultureel gevoelige zaken die kunnen leiden tot uitstoting of eervraak. Denk aan verkrachting of seksueel contact buiten het huwelijk. Realiseer je dat dit soort, vaak geheime, informatie dan ter sprake kan komen tijdens een zitting van de rechtbank en daar de familie ter ore kan komen. Als het relevant is om te noemen, kun je het of in meer bedekte termen benoemen (bijvoorbeeld seksueel geweld in plaats van verkrachting) of je kunt aandringen dat deze informatie niet bij de familie bekend is en dat dit zo moet blijven. Zorg dat je dit vooraf ook extra goed bespreekt met je patiënt.

Uitspraken die een oordeel vormen over niet-medische zaken moet je achterwege laten, bijvoorbeeld over de causale relatie tussen klachten en de gestelde gebeurtenissen. Zo moet je bijvoorbeeld niet schrijven dat bepaalde gebeurtenissen zeker hebben plaats gevonden omdat er bepaalde PTSS klachten zijn. Een behandelrelatie gaat volgens de Nederlandse regelgeving niet samen met een neutrale beoordeling. Dit oordeel hoort daarom bij een onafhankelijk (forensisch) deskundige. Hiervoor kun je verwijzen naar de mogelijkheid van het doen van forensisch-medisch onderzoek door het Instituut voor Mensenrechten en Medisch onderzoek (iMMO).¹² Bij ongedocumenteerden met littekens en psychische klachten n.a.v. gesteld geweld in land van herkomst, kan het zinvol zijn om hen en de advocaat op de mogelijkheid van een iMMO-onderzoek te attenderen.

¹² Zie <https://www.stichtingimmo.nl/>

Toch komt uit een anamnese vaak informatie over heftige gebeurtenissen die hebben geleid tot de vlucht en die nog opspelen in de symptomatologie, denk aan de inhoud van nachtmerries of flashbacks. Dit soort zaken kunnen relevant zijn om te vermelden in je informatie, maar dan duidelijk als zijnde afkomstig uit wat de patiënt heeft verteld. Daarmee is dit feitelijke informatie uit de anamnese. Je moet voorkomen dat het lijkt alsof je als behandelaar beoordeelt dat die gebeurtenis ook daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. Als je schrijft over anamnestiche informatie schrijf dan: “In de anamnese vertelt patiënt dat...” of “patiënt vertelde mij dat ...”.

UITWERKING VAN DIVERSE THEMA'S

4. UITWERKING VAN DIVERSE THEMA'S

Hieronder worden diverse thema's uitgewerkt waarover medisch adviseurs, advocaten en derden medische informatie opvragen bij behandelaars. Bij ieder thema wordt kort de context geschetst en een casus besproken met daaronder ter illustratie tekstquotes als voorbeeld van de wijze waarop informatie geformuleerd kan worden.

De casuïstiek wordt volgens het volgende format beschreven:

- Personalialia (man, vrouw, leeftijd, land van herkomst)
- Aard problematiek (steekwoorden, diagnose)
- Behandeling (aard, duur)
- Soort procedure
- Van wie komt vraag om informatie?
- Paar quotes uit verstrekte informatie als illustratie

4.1 Medische procedure: de begrippen 'medisch noodzakelijk', 'medische noodsituatie' en de gevolgen van het staken van behandeling

De begrippen 'medisch noodzakelijk' en 'medische noodsituatie' spelen in de juridische context een belangrijke rol in de kaders van een medische procedure (artikel 64: uitstel van vertrek op medische gronden). Het zijn termen die de IND en de BMA-artsen hanteren als kaders om een casus te beoordelen aan de hand van de verstrekte medische informatie. In de gezondheidszorg zijn dit termen die niet vaak worden gebruikt. Een ingezette behandeling is voor behandelaars immers al gauw medisch noodzakelijk, anders zou de behandeling niet zijn ingezet.

Het begrip *medische noodsituatie op korte termijn* staat centraal in het beoordelingskader van de arts van het BMA. Dit begrip is in de kaders van de medische procedure (art.64) gekoppeld aan het staken van de behandeling. En dus niet, zoals behandelaars regelmatig denken, aan het uitzetten naar het land van herkomst. In de behandelcontext wordt dit begrip *medische noodsituatie op korte termijn* niet gebruikt. Het BMA hanteert de volgende definitie: *die situatie waarbij betrokkene lijdt aan een stoornis, waarvan op basis van de huidige medisch-wetenschappelijke inzichten vaststaat dat het achterwege blijven van behandeling op korte termijn (binnen drie maanden) zal leiden tot overlijden, invaliditeit of een andere vorm van ernstige geestelijke of lichamelijke schade.*¹³ De medische noodsituatie kan voorkomen worden als de patiënt na uitzetting naar het land van herkomst, daar kan worden behandeld. Dit onderzoekt de BMA-arts separaat, echter alleen als hij heeft beoordeeld dat er bij het staken van de behandeling een medische noodsituatie ontstaat (zie ook 4.11 en 4.12, alsmede het BMA-protocol ¹⁴)

Het is aan de behandelaar om doelmatige informatie te verstrekken over de psychiatrische stoornis, het daaruit voortkomend gevaar, de ingezette behandeling om de stoornis te behandelen en hoe het gevaar wordt gemonitord en afgewend. Doelmatig in de zin van dat de BMA-arts voldoende informatie heeft om te kunnen beoordelen wat de mogelijke consequenties zijn van het staken van (delen van) de behandeling. Aangezien de beoordeling dus gaat over het 'staken van behandeling' kan het aanleveren van (delen van) het behandelplan zinvol zijn. Het gaat dan met name om bijvoorbeeld het benoemen van wat nodig is om verslechtering te voorkomen en/of gevaar af te wenden, zoals bepaalde medicatie, een bepaalde frequentie van contact en andere behandelinterventies. Voorts is het van belang de taken te benoemen die mantelzorgers in aanvulling op de behandeling verrichten (voor vragen over mantelzorg zie verder onder 4.6).

¹³ Vreemdelingen-circulaire A3/7, <https://wetten.overheid.nl/BVBR0012287/2022-01-06>

¹⁴ Protocol Bureau Medische Advisering (versie 2021): https://puc.overheid.nl/ind/doc/PUC_1287954_1/1/

Het begrip *medische noodsituatie (op korte termijn)* moet je als behandelaar niet gebruiken in je correspondentie. Als je dit als behandelaar wel opschrijft, begeef je je buiten het domein van het informatie verstrekken. Het gebruik van dit begrip is een beoordeling buiten het domein van de behandeling en is voorbehouden aan de beoordelende arts, dit is de BMA-arts in geval van vreemdelingenprocedures. In de te verstrekken informatie is het wel van belang om dreigende en gevaarlijke situaties, zoals gevaar vanuit een psychose, expliciet te benoemen. Dit geldt ook voor suïcidaliteit en daadwerkelijke suïcidepogingen. Daarbij kun je dan de gevolgen van het staken van de behandeling betrekken. Als je vanuit behandelersperspectief professionele zorgen hebt over de gevolgen van het moeten afbreken van de behandeling, dan hoort dat bij je professionele taak hier melding van te maken. Hierbij geldt: hoe feitelijker je dit opschrijft, hoe beter het is. Het helpt als je de informatie onderbouwt met voorvallen die zijn opgetreden tijdens de behandeling. Ook hier geldt dat je deze informatie alleen opschrijft, als je dit vanuit professioneel oogpunt en vanuit de behandeling ook echt zo ziet en je niet laat leiden door alleen compassie of 'iemand willen redden' (zie ook hoofdstuk 5). Als er escalaties, wanhoopsdaden, suïcidepogingen, psychische decompensaties, contacten met crisisdienst en/of klinische opnames zijn opgetreden tijdens de behandeling, dan is het belangrijk dit te beschrijven. Dit geldt ook voor zaken als: zichzelf niet meer kunnen verzorgen, snel verslechteren, dreiging van overlijden, agressieve ontledingen en risico op agressie naar anderen. Het kan zinvol zijn dit te illustreren met een gebeurtenis of voorval uit de behandeling.

CASUS

- Een 40-jarige man uit Guinee, uitgeprocedeerd en ongedocumenteerd.
- Bekend met een PTSS en somberheidsklachten.
- Traumagerichte behandeling.
- Medische procedure (art. 64) in voorbereiding.
- Verzoek informatie van advocaat met vraagstelling over het risico op suïcide als patiënt wordt teruggestuurd naar land van herkomst.
- Quotes:
 - *Na een afwijzing van zijn asielaanvraag rapporteerde patiënt een toename van klachten, te weten piekeren, nachtmerries en gevoelens van hopeloosheid ten aanzien van de toekomst. Er was tevens sprake van een toename van de chronisch aanwezige suïcidale gedachten, zonder dat er sprake was van concrete plannen om daadwerkelijk suïcide te plegen. De suïcidale gedachten namen echter wel toe: patiënt geeft regelmatig aan dat hij, bij een stopzetting van de behandeling door een eventuele gedwongen terugkeer naar land van herkomst, zeer sterk overweegt om daadwerkelijk suïcide te plegen. Omdat we de kans op suïcide als redelijk hoog inschatten, hebben we extra behandelcontacten nodig gehad als deze dreiging opspeelde. Dit als manier om de kans op een daad gericht op suïcide te verkleinen.*
 - *Na een negatieve beschikking uitte patiënt zich in toenemende mate suïcidaal. Hij werd na een TS middels inname 30 tabletten Quetiapine 25mg beoordeeld door de crisisdienst waarbij een geagiteerde depressie en een PTSS werd geconstateerd. Na opname van 5 dagen op een gesloten afdeling, werd hij ambulante begeleid door een ACT team en poliklinische contacten bij ondergetekende. Er werd gestart met medicatie. In de contacten bleef hij zich suïcidaal uiten, maar was niet meer acuut suïcidaal en gaf aan zeer veel steun aan de wekelijkse begeleidende gesprekken te ontvangen. De depressieve klachten verminderden iets. De eerder opgetreden suïcidaliteit en de klinische opname hiervoor, maken dat we als behandelaars voortdurend alert zijn op een toename van suïcidale uitingen.*

4.2 Specifieke accenten bij behandelingsinformatie over kinderen

Landen die het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind hebben ondertekend, waaronder Nederland, hebben de plicht de rechten van kinderen te respecteren. Dat betekent dat ook de rechten en belangen van kinderen moeten worden meegewogen in vreemdelingenprocedures.

Bij het verstrekken van informatie over kinderen is het nuttig om het belang van een optimale ontwikkeling mee te nemen en overwegingen die specifiek voortkomen uit de levensfasen van de kindertijd. Bij het beoordelen van de gevolgen voor kinderen van het staken van een behandeling is het goed om, naast de inventarisatie van kind-eigen psychopathologie en kwetsbaarheden, ook te benoemen wat het effect is van de huidige situatie op de psychologische ontwikkeling en de psychologische problematiek van het kind. Te denken valt o.a. aan de gevolgen van toxische stress (voortdurende verhoogde en niet gereguleerde stress)

op de ontwikkeling van het kind door de veel voorkomende verhuizingen en de regelmatig optredende externe dreiging van uitzetting in combinatie met soms aanwezige beperkte ouderschapscompetenties. Ook is het van belang de relatie te benoemen tussen stress en problematiek bij ouders en stress en klachten bij kinderen. Dit heeft ook effect op zaken als identiteitsvorming en ontwikkeling.

Dit soort inhoudelijke informatie is van belang om mee te nemen in je informatie die je verstrekt aan een advocaat of BMA-arts, om ertoe bij te dragen dat het medisch advies zich specifiek richt op de kind-eigen factoren. Hierbij is het zaak de kwetsbaarheid van een kind expliciet te benoemen en te onderbouwen in de te verstrekken informatie.

Het is goed om te weten dat advocaten, als het om kinderen gaat, om een onderzoek kunnen vragen bij het Onderzoeks- en Expertisecentrum voor kinderen en vreemdelingenrecht van de Rijksuniversiteit Groningen¹⁵. Dit betreft een diagnostisch onderzoek door gedragswetenschappers die zijn getraind in de *Best Interest of the Child* methodiek. Dit rapport kan door de advocaat van het kind in de vreemdelingenprocedure worden ingebracht.

Een speciale positie is er voor de alleenstaande minderjarige vreemdelingen (AMV) die asiel aanvragen. Als hun asielaanvraag wordt afgewezen, mogen zij meestal tot hun 18^e jaar in de Nederlandse opvang verblijven. Als zij 18 jaar worden moeten zij terugkeren naar hun land. Als dit niet mogelijk is of niet lukt, worden zij uit de opvang gezet en belanden op straat. Dan zijn het vaak opvangorganisaties voor uitgeprocedeerde asielzoekers die zich over hen ontfermen. Vaak worden er dan nieuwe pogingen gedaan om toch een verblijfsvergunning te krijgen.

CASUS

- Een 13-jarig meisje uit Congo, woont in AZC met moeder en jongere broer.
- Ernstige depressie.
- Behandeling met medicatie en begeleiding samen met moeder.
- Asielprocedure, asielaanvraag afgewezen, in afwachting van beroepszaak bij rechtbank.
- Verzoek om informatie van advocaat met een vraag over de ernst van de situatie van het meisje en haar moeder en wat de risico's zijn van uitzetten naar Congo.
- Quotes:

- *Het ziektebeeld, te weten een ernstige depressie, van onze jonge patiënte, is bedreigend voor haar gezondheid en ontwikkeling. Dit beeld kenmerkt zich door weinig voedselinname, afvallen, schoolverzuim, zich isoleren en zwiëgend in een hoekje zitten en het vermijden van sociale contacten. De vele verhuizingen van het ene AZC naar het andere hebben een negatieve ontwikkeling op haar ontwikkeling en hechting. De individuele medische problematiek die bij moeder van patiënte speelt, is nog een extra complicerende factor. Dit lijkt een negatieve invloed te hebben op de draagkracht van patiënte en de mate waarin zij ondersteuning ervaart van haar primaire steunnetwerk.*

- *De continu verhoogde stress bij patiënte beschouwen wij als toxische stress en dit leidt tot blijvende veranderingen in de hersenstructuren waar de emotieregulatie plaatsvindt met levenslange negatieve fysieke en psychische consequenties. Dit betekent dat patiënte wordt bedreigd in haar ontwikkeling. We weten uit onderzoek dat bij volwassenen die in hun kindertijd stressvolle levenservaringen hadden meegemaakt, er verstoringen optreden in de stresshormoon reacties en het functioneren van die hersendelen waar de emoties en stress worden gereguleerd. Hoe jonger het kind, hoe langduriger en groter de stress en hoe minder het bufferende vermogen van de ouders, hoe schadelijker het effect op de ontwikkeling en het psychisch functioneren van het kind.*

- *Over de gevolgen van een eventuele terugkeer naar Congo kan ik u geen informatie verstrekken, aangezien dit buiten de kaders van de huidige behandeling valt. Wel is duidelijk dat de destructieve neigingen van patiënte in de vorm van automutilatie veel zorgen oproepen, zowel bij haar moeder als bij de medewerkers in het AZC. Ook wij als behandelaars beschouwen haar situatie als zeer zorgelijk. De kans dat haar zelfdestructieve impulsen kunnen uitmonden in suïcidepogingen, zien wij als reëel. Daarom hebben we ook het suïcidepreventieplan in werking gesteld met haar verzorgers en belangrijke ondersteuners. De ernst van de klachten maken dat patiënte niet zonder behandeling kan. Bij staken van de huidige behandeling zien wij vanuit behandelperspectief een groot*

¹⁵ <https://www.rug.nl/research/study-centre-for-children-migration-and-law/>

risico op een toename in ernst van de symptomen, wat kan leiden tot een verdere escalatie en verslechtering van haar psychische en lichamelijke gezondheid.

CASUS

- Een 17-jarige alleenstaande minderjarige jongen uit Afghanistan, die al ruim drie jaar in Nederland is en woont in een COA-wooneenheid voor AMV's (alleenstaande minderjarige vreemdelingen).
- PTSS en depressie.
- Behandeling, ondersteunend en trauma-gericht.
- Medische procedure (art 64) in voorbereiding, nadat asielaanvraag is afgewezen. Heeft tot 18 jaar recht op opvang, daarna geen recht op verblijf in Nederland.
- Verzoek om informatie van advocaat met een vraag naar informatie over de behandeling en de risico's bij staken van behandeling.
- Quotes:
 - *Het gaat hier om een Afghaanse adolescent die ernstige PTSS klachten heeft, naar eigen zeggen, nadat zijn ouders en oudere broer voor zijn ogen zijn vermoord door de Taliban. De behandeling richt zich op de herbelevingen in de vorm van nachtmerries in de nacht en flashbacks overdag en bestaat uit EMDR en Narratieve Exposure Therapie. Ook krijgt patiënt medicatie in de vorm van een SSRI, waardoor hij beter slaapt en iets minder arousal klachten heeft.*
 - *Bij aanmelding had patiënt suïcidale gedachten. Door het gemis van zijn familie zag hij voor zichzelf geen toekomstperspectief. Het was ook in die tijd dat het hem duidelijk werd dat hij bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar Nederland zou moeten verlaten. De angst voor terugkeer en de confrontatie met de Taliban speelt voortdurend een rol in de behandeling. Deze angstklachten worden door patiënt als zeer reëel ervaren en zijn lastig behandelbaar. Wij schatten als behandelaars in op basis van onze behandelcontacten dat zonder behandeling de klachten in ernst zullen toenemen en dat daarbij het risico op suïcide en wanhoopsdaden van patiënt ook zal toenemen.*

4.3 Wat kun je schrijven over oorzaak en gevolg van problematiek?

Een behandelaar krijgt in het kader van de behandeling vaak veel te horen over het leven van een asielzoeker. Dit betreft naast informatie over de oorzaken en achtergrond van gezondheidsproblemen ook informatie over gebeurtenissen die aanleiding waren voor de vlucht uit het land van herkomst. Vanwege de opgebouwde vertrouwensrelatie kan je als hulpverlener meer te horen krijgen dan anderen. De informatie betreft dan met name de anamnese als belangrijk onderdeel van de diagnostiek en behandeling. Dit soort informatie kan in het kader van de asielprocedure belangrijk zijn, bijvoorbeeld als het gaat om informatie die een asielzoeker nog niet heeft kunnen of willen vertellen in de asielprocedure door bijvoorbeeld schaamte of angst voor eerverlies. Daarmee kan het (onbedoeld) een aanvulling zijn op het vluchtverhaal.

Het kan gebeuren dat de aldus verstrekte informatie anders is dan de informatie verteld aan de IND. Helaas ziet de IND tegenstrijdigheid of inconsistenties vaak als een uiting van onbetrouwbaarheid en ongelooftwaardigheid van de asielzoeker. Het is dus van belang om de te verstrekken informatie eerst af te stemmen met hem of haar. Het is dan aan de advocaat om de informatie in juridische zin van de juiste duiding te voorzien.

Als behandelaar moet je je onthouden van het doen van een uitspraak over een causale relatie tussen de gezondheidsproblemen en de mogelijke oorzaken, want je wordt als behandelaar niet geacht neutraal en objectief hierin te zijn (zie ook 3.1). Wel kun je als behandelaar benoemen wat je als professional weet over risicofactoren voor het ontstaan van bepaalde problematiek en in hoeverre je die factoren waarneemt of anamnestic heb gehoord bij je patiënt.

Ook kun je als behandelaar vaak een inschatting maken van de reactie of de toename van klachten die op zal treden als de behandeling wordt gestopt. Het is verstandig hierover alleen informatie te verstrekken die gaat over wat je hebt gezien in de behandeling in reactie op stress of de dreiging die uitgaat van de procedure.

CASUS

- Een 29-jarige vrouw uit Afghanistan.
- Bekend met een depressie en PTSS.
- Behandeling gericht op vermindering symptomen en activering, als voorbereiding van een traumagerichte aanpak.
- Uitgeprocedeerd. Informatie wordt verzameld in het kader van keuze voor volgende stap: een nieuwe asielaanvraag of toch een medische procedure.
- Verzoek informatie van advocaat die vraagt of behandelaar kan zeggen in hoeverre de problematiek is terug te voeren op ondergaan geweld zoals patiënte stelt. Ook vraagt de advocaat of de behandelaar denkt dat zij kan terugkeren naar Afghanistan in deze getraumatiseerde toestand.
- Quotes:

- Patiënte heeft een relaas van ontvoering door de Taliban samen met haar jonge dochter van anderhalf jaar. Zij vertelt hoe haar man is gedood tijdens het gevecht bij de ontvoering en dat haar dochter overlijdt tijdens de ontvoering door een koortsende ziekte en ondervoeding. De symptomen van de PTSS in de vorm van nachtmerries en flashbacks gaan bijna altijd over het overlijden van dochter of echtgenoot en imponeren voor ons als behandelaars als levensechte herbelevingen van de gestelde ervaringen.

- In de loop van de behandeling heeft patiënte steeds meer in detail kunnen spreken over de traumatische gebeurtenissen. Bij het begin van de behandeling kon zij dat nog nauwelijks, emoties overmanden haar toen nog in belangrijke mate. De behandeling heeft haar geholpen om de traumatische gebeurtenissen onder ogen te zien en er over te spreken. Als behandelaars kunnen wij ons goed voorstellen dat patiënte tijdens de gehoren, ruim voor aanvang van de behandeling bij ons, door de toen aanwezige psychische symptomen minder goed heeft kunnen vertellen over ervaringen van voor de vlucht.

- Over wat er gaat gebeuren met patiënte bij een gedwongen terugkeer naar Afghanistan kunnen wij geen uitspraken doen, dat behoort niet tot onze competentie. Wel zien wij in de behandeling dat patiënte erg angstig is in reactie op de dreiging van terugkeer in de vorm van correspondentie van de IND of van u als advocaat. Wij hebben al regelmatig extra afspraken moeten maken vanwege de verheviging van de klachten van patiënte of als er bij begeleiders in het AZC vrees was voor wanhoopsdaden. Deze heftige reacties passen bij en komen voort uit het nog steeds aanwezige psychiatrische ziektebeeld. Het behandelcontact is daarbij belangrijk gebleken in het voorkomen van verdere escalatie of crises.

4.4 Niet goed kunnen vertellen over asielrelaas

Asielaanvragen worden nogal eens afgewezen met het argument dat het asielrelaas ongeloofwaardig wordt geacht vanwege tegenstrijdige of inconsistente verklaringen door asielzoekers. Medische klachten, veelal van psychische aard, kunnen leiden tot minder coherente verklaringen.

Dit is ook de reden dat er sinds 2010 een *Medisch Advies Horen en Beslissen* is ingevoerd in de Nederlandse asielprocedure. Voor aanvang van de procedure krijgen alle asielzoekers dit medisch advies aangeboden. Dit omvat een oriënterend onderzoek naar aanwezige medische beperkingen die van invloed zijn op hoe iemand kan vertellen over de reden van de asielaanvraag. Dit medisch advies wordt uitgevoerd door een adviserend verpleegkundige onder supervisie van een arts/medisch adviseur. De IND moet rekening houden met de geconstateerde beperkingen. Omdat dit medisch advies oriënterend van aard is, lukt het niet alle problematiek en beperkingen goed in beeld te krijgen.

Als een advocaat vermoedt dat er beperkingen zijn en iemand is in behandeling, dan kan de advocaat informatie opvragen bij behandelaar met een specifieke vraagstelling over bijvoorbeeld cognitieve beperkingen. In een aantal gevallen kan het niet adequaat verklaren door patiënt bij het asielgehoor bij de IND inderdaad door psychische of psychiatrische problematiek veroorzaakt worden. In een dergelijk geval kan de vastgestelde medische/psychiatrische problematiek van patiënt worden weergegeven, inclusief de resultaten van psychiatrisch onderzoek en de indruk die dit oplevert over mogelijke aanwijzingen van cognitieve beperkingen ten aanzien van concentratie en geheugen en hoe die kunnen passen bij dissociatieve

klachten, angsten, herbelevingen, overspoeld raken bij bepaalde onderwerpen en (daardoor) vermijding van bepaalde onderwerpen. Dit alles toegespitst en uitgelegd voor de betreffende individuele patiënt. Wanneer er een lichte verstandelijke beperking wordt vermoed of vastgesteld, is dit ook belangrijk te noemen. Het gaat er dan met name om wat er vanuit medisch oogpunt bekend is over de effecten hiervan op bijvoorbeeld concentratie en geheugen, de coherentie van een herinnering en de mate van detail. Gemeld kan worden door behandelaar, mits behandelaar aanwijzingen heeft dat de klachten vanaf een moment in het verleden al aanwezig waren, dat het aannemelijk is dat dergelijke klachten ook speelden direct na aankomst in Nederland ten tijde van de IND-gehoor in het begin van de asielprocedure. Van belang is om te onderbouwen op basis van welke feitelijke aanwijzingen je denkt dat de klachten toen al speelden. Aanwijzingen zijn ook te vinden in anamnestiche gegevens en medische stukken uit de voorgeschiedenis.

Voorts kan algemene medische kennis ook dienen als onderbouwing, zoals bijvoorbeeld dat het medisch gezien bekend is dat deze problematiek een negatieve invloed kan hebben op concentratie en geheugen en dat dit mogelijk ook speelde vlak na aankomst in Nederland ten tijde van het begin van de asielprocedure. Ook algemene medische informatie zoals dat uit onderzoek bekend is dat traumatische gebeurtenissen soms niet of partieel herinnerd kunnen worden. En dat deze amnesie tijdelijk kan zijn. In het kader van een behandeling kunnen herinneringen weer naar boven komen. Het kan van belang zijn uitleg over dit soort fenomenen mee te nemen in de te verstrekken informatie.

Voor onafhankelijk onderzoek naar medische beperkingen en restverschijnselen ten gevolge van het ondergaan van geweld, kan verwezen naar het Instituut voor Mensenrechten en Medisch Onderzoek (iMMO).¹⁶

CASUS

- Een 28-jarige vrouw uit Eritrea.
- Psychische klachten en een licht verstandelijke beperking (LVB) met beperkt eigen inzicht.
- Krijgt ambulante GGZ- behandeling.
- Lopende asielprocedure.
- De advocaat vraagt of er een relatie kan zijn tussen het psychiatrisch ziektebeeld en het feit dat er communicatieproblemen optraden tijdens het gehoor met de IND.
- Quotes:

- Wij zijn als haar huidige GGZ-behandelaars niet aanwezig geweest bij het interview en kunnen dus alleen iets zeggen over de problemen die wij nu zien in de communicatie met patiënte in onze behandelcontacten en over wat wij weten van de beperkingen die wetenschappelijk gezien bekend zijn bij een ziektebeeld dat patiënte heeft. Het is voor patiënte regelmatig lastig een vraag en de context daarvan te begrijpen of haar verhaal over te brengen en de lijn daarin vast te houden, met name als het om complexe zaken gaat. Tegelijkertijd is zij geneigd om het niet te laten merken als ze iets niet begrijpt.

- Dat patiënte ten tijde van het interview met de IND niets heeft aangegeven over een mogelijke beperking is begrijpelijk, omdat zij geen ziektebesef of ziekte-inzicht heeft. Zij ziet zelf niet in dat zij beperkt is. De beperking is pas recent formeel vastgesteld en aan patiënte uitgelegd. Dat bij een oriënterend medisch onderzoek een verstandelijke beperking niet eerder is opgemerkt, is niet uitzonderlijk. Ook binnen behandelingen in de GGZ wordt dit soms pas later duidelijk. Ook in het geval van patiënte maakt de taal- en culturele barrière het vaststellen van een verstandelijke beperking lastig, mede door het ontbreken van familieleden als informatiebron.

4.5 Het belang van een als veilig beleefde behandelomgeving

Een door patiënt als voldoende veilig beleefde leefomgeving is een factor waar veel discussie over is in procedures van psychiatrisch zieke vreemdelingen. Het is vanuit behandelperspectief vaak duidelijk dat

¹⁶ Zie <https://www.stichtingimmo.nl/>

gevoelens van onveiligheid een negatieve invloed hebben op behandelingen. Het land waar traumatische ervaringen hebben plaats gevonden is voor veel patiënten omgeven met gevoelens van onveiligheid, zeker als een patiënt niet vertrouwt op de mogelijkheden dat een overheid hen daartegen beschermt. Deze vraag om bescherming is feitelijk de reden van een vlucht en de kern van veel asielaanvragen. Daarbij staat het feitelijk onderbouwen van de gestelde onveiligheid centraal.

Het kan zinvol zijn om te benoemen in de te verstrekken informatie dat de patiënt uitgesproken is over de gevoelens van onveiligheid die geassocieerd worden met zijn land van herkomst. Juridische beoordelaars van dit soort zaken zien deze vorm van veiligheid als subjectief en als minder relevant.

Als je in je behandelcontacten ervaringen hebt waargenomen dat gevoelens van onveiligheid de klachten versterkten, kun je hierover informatie verstrekken. Door individueel te informeren over de beleefde onveiligheid van patiënt wordt dit een factor die meegewogen zou kunnen worden.

Soms is de context van deze angst duidelijk, als bijvoorbeeld bekend is dat minderheden in een bepaald land geen of beperkt gebruik kunnen maken van zorgvoorzieningen. Een relaas van een dergelijke discriminatoire behandeling kan worden benoemd in de informatie over de anamnese. Het verstrekken van dit soort anamnestic verkrege informatie heeft tot doel om de individuele context van de problematiek te schetsen.

CASUS

- Een 32-jarige alleenstaande man uit Pakistan.
- Posttraumatische en depressieve klachten bij homoseksuele man met handicap ten gevolge van polio.
- Behandeling gericht op angst- en wanhoopklachten, naast revalidatietraject voor polio.
- Medische aanvraag (art. 64) na afgewezen asielaanvraag.
- Informatie voor de medisch adviseur van het BMA die vraagt naar klachten, diagnose en behandeling.
- Quotes:
 - *Patiënt heeft een combinatie van PTSS en depressie. Anamnestic blijkt dat deze klachten al langer bestaan. Zij lijken voor een deel voort te komen uit het feit dat hij vanwege zijn handicap veel is gepest en gediscrimineerd in zijn land van herkomst. Hij vertelt hoe dit toenam nadat erover hem werd geroddeld dat hij homoseksueel was. Naar zijn zeggen is dit uitgemond in een ontvoering en marteling door een extremistische moslimgroepering. Toen patiënt na vrijlating aangifte ging doen bij de politie werd hij uitgelachen en weggestuurd.*
 - *In de behandelcontacten hebben wij begrepen dat het leven als homoseksueel in Pakistan moeilijk is vanwege de sterke culturele en religieuze taboes, waarbij patiënt vertelt dat hij te maken kreeg met ernstige discriminatie en geweld. Dit levert sterke gevoelens van waakzaamheid en onveiligheid op. Deze gevoelens versterken de angstklachten van patiënt. Ook in Nederland is hij een keer agressief belaagd door een groep jongeren. Hij durfde niet meer op straat te komen en durfde niet meer naar behandelafspraken te komen. Dit belemmerde onze behandeling. Patiënt geeft aan dat hij zijn seksuele oriëntatie in Pakistan niet met derden zou kunnen delen, uit angst voor afwijzing en mishandeling. Op basis van bovenstaande behandelervaringen met patiënt kan dit vragen oproepen over de uitvoerbaarheid en effectiviteit van een (trauma)behandeling in een dergelijke context.*

4.6 Aanwezigheid van mantelzorg van familieleden en steunfiguren

Het belang van steun en zorg van familieleden kan een grote rol spelen in de aanpak van medische problematiek. Voor kinderen is dat het behoud van familierelaties, wat onder andere het voorkomen van het gescheiden worden van de ouders omvat, zoals in artikel 9 van het Kinderrechtenverdrag beschreven. Tenzij deze scheiding noodzakelijk is in het belang van het kind.

Mantelzorg is een expliciete factor in het juridisch beleid en moet dus meegewogen worden bij een (medische) beoordeling. Als mantelzorg een rol speelt in een casus is het belangrijk om als behandelaar dit te benoemen in de te verstrekken informatie, ook als het niet wordt gevraagd. Want alleen als een behandelaar er iets over zegt moet de medisch adviseur (BMA) het ook bij een op te stellen medisch advies

betrekken. Het kan dan gaan over de aan- of afwezigheid van mantelzorg, zowel hier als in het land van herkomst (voor zover bekend). Belangrijk is de vraag of mantelzorg nodig is in het kader van de behandeling. Voor de juridische kaders waarin het BMA moet adviseren op basis van de door jou verstrekte informatie, is met name mantelzorg van belang als het wordt ingezet voor handelingen die een direct verband hebben met de lopende behandeling. Denk aan zaken zoals:

- het afwenden van diverse vormen van gevaar (bijvoorbeeld toezicht houden op suicidaliteit, het inroepen van hulpverlening bij decompensatie of gevaar).
- het in beheer hebben en verstrekken van medicatie.
- het helpen bij verzorging of het begeleiden bij essentiële activiteiten.
- als noodzakelijke bijdrage om op behandelafspraken te komen, omdat de patiënt dat niet zelfstandig kan om welke reden dan ook (bijvoorbeeld cognitieve klachten, niet alleen kunnen reizen). Het gaat in ieder geval om een direct verband met de medische behandeling.

Voor patiënten die vanwege cognitieve problemen niet goed in staat zijn om medicatie adequaat in te nemen, is het van belang om dit te benoemen in de informatie. Bijvoorbeeld als ze medicatie dubbel innemen of een dag overslaan door problemen met concentratie of oriëntatie, en daarvoor een baxterrol hebben. En je kunt ook benoemen dat als er geen baxterrol mogelijk is, het voor de behandeling van belang is de medicatie te laten beheren en verstrekken door een verzorger of mantelzorger.

CASUS

- Een 45-jarige man uit Tunesië.
- Therapieresistente schizofrenie, chronisch psychotisch met wanen en het horen van stemmen.
- Behandeling door psychoseteam gericht op continuïteit medicatie, crisispreventie en voorkomen klinische opname waar patiënt slecht op reageert. Coaching van woonbegeleiders van begeleid wonen plek waar patiënt verblijft.
- Medische procedure (art. 64).
- Vraag om informatie komt eerst van BMA en later van advocaat in reactie op negatieve beslissing van IND.
- Quotes:

- In het chronisch psychotisch beeld wisselen zich stabiele periodes af met labiele periodes met een hoog crisiskarakter. Aanpassing van de medicatie en intensivering van de contacten zijn dan noodzakelijk. De behandeling en de setting van beschermd wonen kunnen deze escalaties niet voorkomen. Wel lukt het meestal om opnames te voorkomen. Want eerdere opnames hebben geleerd dat een dergelijke opname geen juiste interventie is voor patiënt. Dit ontregelt hem nog meer en verdiept de crisis. De laatste opname moest daarom worden afgebroken, gevolgd door een intensieve ambulante begeleiding. Een klinische opname is dus in de behandeling van patiënt een te vermijden optie vanwege de verslechtering die optreedt.

- Patiënt heeft enkele vrienden die een belangrijke ondersteunende mantelzorgtaak vervullen. Daarbij ondersteunen zij de behandelaars. Deze vrienden helpen met het signaleren wanneer patiënt achteruit gaat en zorgen voor activering en beweging als patiënt zich lethargisch dreigt terug te trekken. Zij spelen dus een essentiële rol in de behandelplan van patiënt.

4.7 Uitspraken doen over prognose

Het informeren van een patiënt over de ernst en de prognose van zijn aandoening hoort tot de professionele taak van de behandelaar.

De KNMG richtlijn *Omgaan met medische gegevens* (zie 3.1) adviseert om bij het verstrekken van informatie voorzichtig te zijn met uitspraken over prognose van een aandoening. Een diagnose is geen waardeoordeel maar feitelijke medische informatie. Dat geldt ook voor informatie over een prognose als die voortkomt uit feiten vanuit de behandeling. Dit betekent dat informatie verstrekken over een prognose altijd moet zijn gebaseerd op feitelijke behandelinformatie over de individuele patiënt in combinatie met bestaande kennis

over betreffende aandoening. Het antwoord op de vraag om een uitspraak te doen over de prognose, kan dus ook zijn dat het niet goed mogelijk is om daar uitspraken over te doen.

Onderscheid kan gemaakt worden tussen de prognose met en zonder behandeling. Als er sprake is van een chronische (psychische) aandoening of problematiek die gevaar, beperkingen (ook psychische beperkingen) of een handicap (ook psychische handicap) met zich meebrengt, is het zinvol dit te noemen. Het gaat dan om gevaar voor zowel zichzelf als derden en qua gevaar zowel om fysiek gevaar, psychisch gevaar of maatschappelijke teloorgang. Voorts gaat het om beperkingen t.a.v. ADL (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen) of BDL (Bijzondere Dagelijkse Levensverrichtingen). Juist het gevaar en de beperkingen bepalen vaak de prognose.

Regelmatig is het lastig prognostische uitspraken te doen op medische gronden. Dit geldt bijvoorbeeld voor psychiatrische problematiek waarbij de angst voor terugkeer een belangrijke rol speelt in toename van klachten of in gevaarlijk gedrag. Hierbij valt onderscheid te maken tussen wilsbekwaam gedrag en gedrag voortkomend uit de psychische stoornissen. Enerzijds kan iemand door angst voor terugkeer naar land van herkomst komen tot wanhoopsdaden, zie hiervoor onder 4.10. Anderzijds kan angst voor terugkeer ook klachten doen verergeren als de druk voor terugkeer toeneemt. Mogelijk is sprake van het optreden van psychotische klachten of paniekaanvallen of andere psychiatrische stoornissen waardoor iemand wilsonbekwaam is voor het gedrag dat dan ontstaat, zoals agressie naar derden of een suïcidepoging. Een prognostische uitspraak over dit soort situaties kan gedaan worden indien dit met medische feiten van de individuele patiënt onderbouwd kan worden, eventueel in combinatie met algemene medische feitenkennis.

CASUS|

- Een 39-jarige man uit Iran.
- Een depressieve man met epileptische insulten ten gevolge van hersenbeschadiging.
- Krijgt behandeling voor depressie bij niet-aangeboren hersenletsel in nauwe samenwerking met neurologische behandeling van epilepsie.
- Medische procedure (art 64) in voorbereiding.
- De advocaat vraagt wat u als behandelaar kunt zeggen over de prognose.
- Quotes:

- In de anamnese meldt patiënt dat hij sinds martelingen in Iraanse gevangenschap, waarbij hij in coma raakte, last heeft van epileptische insulten en psychische klachten. Op de MRI-scan van de hersenen is een litteken te zien na een bloeding of een hersenkneuzing. Dit litteken is de focus van waaruit de insulten ontstaan. De psychische klachten, met in het bijzonder de depressieve stoornis, passen bij het beeld van niet-aangeboren hersenletsel. Ook past het samen met de post-traumatische herbelevingen bij restverschijnselen die we na martelingen vaker zien.

- Het niet-aangeboren hersenletsel is blijvend. Prognostisch betekent dit dat patiënt waarschijnlijk levenslang anti-epileptica zal moeten slikken. Na diverse niet succesvolle andere anti-epileptica is hij nu aanvalsvrij met het huidige middel. De neuroloog kan hier meer over vertellen. Ten aanzien van de psychische klachten kunnen wij geen harde uitspraak doen over de prognose. Bekend is dat mensen met niet-aangeboren hersenletsel levenslang psychische klachten kunnen houden. Of dit ook voor patiënt zal gelden kunnen wij nu nog niet zeggen.

4.8 Slachtofferschap mensenhandel

Bij de procedure ten behoeve van mensen die aangifte willen doen als slachtoffer van mensenhandel, vaak betreft het gedwongen prostitutie, kan medische informatie een functie hebben die vergelijkbaar is met de rol die medische informatie heeft bij asielaanvragen. Het gaat daarbij om het aannemelijk maken en onderbouwen van het gestelde slachtofferschap van mensenhandel. Medische behandelinformatie kan daarbij soms nuttig zijn. Een advocaat kan deze informatie gebruiken. Enerzijds om aandacht te vragen voor mogelijke medische beperkingen die hinderen bij het compleet, coherent en consistent doen van het relaas bij aangifte. Anderzijds kan medische informatie dienen als steunbewijs bij het vaststellen van het

slachtofferschap. Voorkom daarbij wel het direct leggen van een causaal verband. Je kunt wel verwijzen naar de inhoud van anamnese en symptomen, zoals herbelevingen en nachtmerries.

CASUS

- Een 22-jarige vrouw uit Nigeria, samen met dochter van 1 jaar.
- Mengbeeld van depressie en PTSS.
- Behandeling gericht op vermindering symptomen en verwerking van ervaringen van seksueel geweld en uitbuiting in Nederland. Zij vertelt dat zij in Nederland werd gedwongen tot prostitutie en hier is bevallen van een dochter.
- Procedure vanwege mensenhandel.
- Advocaat vraagt naar aard van problematiek en in hoeverre dit is toe te schrijven aan haar ervaringen als slachtoffer van mensenhandel en gedwongen prostitutie.

- Quotes:

- Patiënte heeft klachten horend bij PTSS en depressie. Deze klachten schrijft patiënte toe aan haar ervaringen als slachtoffer van mensenhandel en gedwongen prostitutie. Patiënte vertelt dat voor haar vertrek uit haar land van herkomst er in opdracht van de mensenhandelaren diverse voodoo-rituelen zijn uitgevoerd, waarbij haar schaamharen zijn gebruikt om macht over haar te kunnen houden. Later is dit naar haar zeggen ook weer in Nederland gedaan met haren van haar dochter.

- In de behandeling is steeds duidelijker geworden dat patiënte een grote vrees heeft om weer in handen te vallen van de mensenhandelaren. In de behandeling is de angst hiervoor een centraal thema. Het feit dat de dreiging hiervoor nog steeds zo aanwezig is, hindert de behandeling in forse mate. Het verwerken van de traumatische ervaringen opgedaan in de gedwongen prostitutie verloopt moeizaam. De onzekerheid en angst over haar toekomstige verblijfplaats spelen hierbij een complicerende rol.

- De vraag of de problematiek rechtstreeks is toe te schrijven aan haar ervaringen van mensenhandel kunnen wij als behandelaars niet beantwoorden. Wel zien zij wij symptomen van herbelevingen die qua aard en inhoud aansluiten bij hetgeen patiënte heeft verteld over haar ervaringen.

4.9 Dublin procedure

Binnen de Europese Unie (EU) hebben de verschillende landen in het Dublin akkoord afgesproken dat het Europese land waar asielzoekers Europa binnenkomen verantwoordelijk is voor diens asielprocedure. Dit wordt gecontroleerd door het verzamelen van vingerafdrukken van alle asielzoekers in een grote EU-database. Bij iedere asielaanvraag in Nederland controleert de IND of de vingerafdruk van een asielzoeker al voorkomt in deze database. Als dit zo is, betekent dit dat iemand al eerder in een ander EU-land is geregistreerd als asielzoeker. Dit land is dan verantwoordelijk voor diens asielverzoek. Nederland legt dan een zogenaamde Dublin-claim neer bij dit land met de vraag om deze asielzoeker terug te nemen. Een advocaat kan aan behandelaar medische informatie vragen in de hoop daarmee te kunnen onderbouwen dat er medische belemmeringen zijn om patiënt naar een EU-land terug te sturen. Het Dublin akkoord geeft landen ruimte om bij bijzondere omstandigheden toch zelf het asielverzoek te behandelen. Dit geldt ook voor een ernstige ziekte en aantoonbaar risico op achteruitgang na uitzetting naar een ander Europees land. Soms is iemand slachtoffer geweest van mensenhandel (bijvoorbeeld gedwongen prostitutie) in een ander EU-land.

In zijn algemeenheid geldt dat hierbij vergelijkbare medische informatie verstrekt kan worden als in het geval van een medische procedure (art. 64). Zaken als het belang van mantelzorg van hier in Nederland verblijvende familieleden of landgenoten en onduidelijkheid over continuïteit van zorg spelen ook in geval van een Dublin-claim. Dit geldt zeker als duidelijk is dat in bepaalde Europese landen de toegang tot zorg voor vluchtelingen niet gegarandeerd kan worden. Om dit te onderbouwen is de rol van de advocaat zeker ook cruciaal.

CASUS

- Een 27-jarige vrouw uit Oeganda, samen met dochter van 3 jaar.
- Mengbeeld van depressie en PTSS.
- Behandeling gericht op vermindering symptomen en verwerking van de dood van haar man tijdens de vlucht en haar ervaringen van overleven als asielzoeker in Griekenland.
- Soort procedure: Dublin procedure, waarbij patiënte terug moet naar Griekenland, om daar de asielprocedure te doorlopen.
- Advocaat vraagt naar aard van problematiek, naar noodzaak van behandeling in Nederland en of patiënte in Griekenland kan worden behandeld, waar zij eerder op straat moest leven en geen zorg kon krijgen.
- Quotes:

- Patiënte heeft klachten horend bij PTSS en depressie. Deze klachten schrijft patiënte toe aan haar ervaringen tijdens de vlucht, waarbij haar echtgenoot voor haar ogen is dood geslagen door bendes in Noord-Afrika en zij zelf slachtoffer werd van seksueel geweld. In Griekenland moest zij naar eigen zeggen op straat leven en werd zij voortdurend lastig gevallen door mannen. En toen haar dochter ziek werd lukte het haar niet om zorg te krijgen voor dochter.

- In de behandeling is steeds duidelijker geworden dat patiënte een grote vrees heeft om terug te moeten gaan naar Griekenland. In haar ogen is er daar niemand die haar daar beschermt en voor haar en haar kind zorg draagt. In de behandeling is naast de rouw over de dood van haar echtgenoot de angst voor gedwongen terugkeer naar Griekenland een centraal thema. Zij heeft nachtmerries over dreigende situaties in Griekenland en over haar zieke kind die geen zorg kreeg. Het feit dat de dreiging hiervoor nog steeds reëel aanwezig is, hindert de behandeling in forse mate. Vanuit behandelersperspectief is het van belang dat de huidige behandeling voortgezet wordt. Onderbreking van de behandeling kan leiden tot een onverantwoorde achteruitgang van haar toestandbeeld.

4.10 Risico voor suïcide en wanhoopsdaden bij uitzetting

Hierboven is al veel over dit thema gezegd. Nog niet aan de orde kwam het risico op een wanhoopsdaad of suïcide specifiek gekoppeld aan de situatie van uitzetting. Zoals hierboven al beschreven focust het juridische kader voor dit soort zaken op de vraag wat de medische gevolgen zijn van het staken van de behandeling. En dus niet op het risico bij uitzetting. Dat het in de praktijk ook over dit laatste gaat is evident.

Bij het verstrekken van informatie over mogelijk gevaar bij uitzetting is het van belang om ook hier feitelijk te blijven. Feitelijk houdt hierbij in dat het gaat over het vermelden van gevaarlijke situaties die zich in het verleden hebben voorgedaan en de achtergrond van deze situaties, aangezien dit enige voorspellende waarde heeft ten aanzien van wat verwacht kan worden bij uitzetting. Met name van belang is het onderscheid tussen gevaar voortkomend uit psychische klachten of gevaar vanuit een wilsbekwame balansoverweging om voor suïcide te kiezen of een andere wilsbekwame wanhoopsdaad uit te voeren, zoals zichzelf uit protest in brand steken. Patiënt ziet hierin dan de enige keuze die hij/zij heeft als alternatief voor de gevreesde uitzetting.

In de praktijk is het niet altijd makkelijk een goed onderscheid tussen wel of niet wilsbekwaam te maken. Het denken van een patiënt is dan vaak verstrengeld met psychiatrische klachten. Bepaald gedrag, gedachten en argumenten lijken dan wilsbekwaam, maar worden ook gekleurd door een psychiatrische stoornis. Denk bijvoorbeeld aan het gemis aan perspectief bij depressie of triggers en vermijdingsgedrag bij PTSS dat samenvloeit met de vrees naar een als onveilig beleefde omgeving waarin de traumatische ervaringen zijn opgedaan.

Een feitelijke aanwijzing uit het verleden waarbij psychische klachten ten grondslag hebben gelegen aan een wanhoopsdaad kan bijvoorbeeld zijn een eerdere suïcidepoging na een negatieve beslissing van de IND, waarbij acute herbelevingen en panieklachten leidden tot heftige angst uitmondend in een suïcidepoging. Feitelijk is ook het vermelden van anamnestiche gegevens, zoals een dusdanige angst van een patiënt om door (vermeende) belagers in land van herkomst weer iets aangedaan te worden, dat hij niet terug durft en

uitspreekt zich dan te suïcideren. Ook daarbij is van belang zo mogelijk aan te geven of en op welke manier er een verband is met de psychische klachten. En aan te geven hoe serieus je als behandelaar deze suïcidaliteit inschat.

Het kan ook gebeuren dat de suïcidale impuls voortkomt uit een gebrekkige realiteitstoetsing bij bijvoorbeeld psychotische klachten in het kader van een PTSS met hallucinaties over voormalige belagers.

CASUS

- Een 42-jarige man uit Sierra Leone.
- PTSS met psychotische kenmerken en een depressieve stoornis.
- Gedurende 3 jaar tot heden in behandeling bij de GGZ: PTSS behandeling gehad met zowel EMDR als Narratieve Exposure Therapie (NET). Hij krijgt medicatie in de vorm van een SSRI, een antipsychoticum en een middel tegen nachtmerries. Ondanks behandeling nog last van het horen van stemmen (van daders van martelingen in land van herkomst) en van zich opdringende traumatische herinneringen en nachtmerries.
- Twee maal asielpcedure doorlopen, beide keren afgewezen. Nu dreigt hij uitgezet te worden naar land van herkomst.
- Advocaat vraagt om informatie waarin het gevaar bij uitzetting wordt beschreven.
- Quotes:

- Patiënt is bij ons in behandeling vanwege een PTSS met psychotische kenmerken en een depressieve stoornis, matig-ernstig. De PTSS klachten en depressieve klachten zijn ondanks de traumagerichte en farmacotherapeutische behandeling nagenoeg hetzelfde gebleven. In september 2020 uitte patiënt zich suïcidaal na de mededeling van een negatieve beschikking. Hij wilde destijds van een brug in het water springen, maar werd op de brug tegengehouden door omstanders. Gedurende enkele weken werd hij toen aanvullend begeleid door de lokale crisisdienst. In deze gesprekken gaf hij aan dat hij liever dood wilde, dan opnieuw gemarteld te worden in zijn land van herkomst bij gedwongen terugkeer. Hij trok hierbij telkens zijn T-shirt op, om de littekens op zijn buik en rug te laten zien. Hij hoorde ook stemmen die aangaven dat hij een einde aan zijn leven moest maken. Met de extra begeleiding, ophoging van de anti-psychotische medicatie, gaf hij aan dat de stemmen minder werden die opdracht gaven tot suicide. Hij bleef echter gedurende de behandeling bij herhaling aangeven dat hij een einde aan zijn leven zou maken bij eventuele gedwongen terugkeer. Tijdens de behandeling namen de stemmen toe als hij meer stress voelde, bijvoorbeeld bij verandering van huisvesting of verlies van zijn rugzak.

4.11 Verzoek commentaar te geven op een BMA-advies

Het komt regelmatig voor dat een advocaat het BMA-advies van de IND voorlegt aan de behandelaar met het verzoek om dit advies van commentaar te voorzien. Hiermee wordt je als behandelaar gevraagd uitspraken te doen over een advies dat in juridische zin een zogenaamd 'deskundigenadvies' wordt genoemd, namelijk gemaakt door een onafhankelijk beoordelende arts.

Over de onafhankelijkheid van de BMA-arts is altijd veel debat geweest. De BMA-arts is in dienst is van de IND en werkt vanuit het kader dat is aangedragen door de vreemdelingenwetgever. Daarnaast ziet hij de te beoordelen patiënt niet zelf, zoals wel gebruikelijk is bij medische advisering in de meeste andere situaties. Toch beschouwt de rechter de BMA-arts als onafhankelijk deskundige. Dit is daarmee een gegeven.

De vraag om commentaar op een medisch advies is een lastige, want het past eigenlijk niet bij je rol als behandelaar. De advocaat moet primair beoordelen of het medisch advies zorgvuldig, transparant en inhoudelijk deugdelijk is. Advocaten kunnen alleen een medisch advies weerleggen als zij een gemotiveerd weerwoord van een deskundige of de behandelaar hebben. Opmerkingen van de advocaat zelf worden door de IND en rechter als weinig zeggende kritische kanttekeningen afgedaan, want niet komende van een arts of andere zorgprofessional. Omdat er bijna geen onafhankelijke medische professionals beschikbaar zijn, vraagt de advocaat dan commentaar aan de behandelaar. Deze vraag is te beschouwen als een vorm van een inhoudelijk controle van de eerder verstrekte informatie: is de verstrekte informatie goed terecht gekomen in het BMA-advies en is het medisch gezien juist meegewogen.

Als je geen commentaar hebt kun je dit telefonisch melden. Bij serieuze discrepanties of lacunes, is het raadzaam dit schriftelijk te doen. Zonder een reactie op schrift wordt het commentaar niet meegewogen. Er lijkt een trend zichtbaar dat de rechters de beschikbare medische informatie en commentaren betrekken bij integrale beoordeling.

Het is van belang bij het geven van commentaar niet op de stoel van de medisch adviseur, de onafhankelijk beoordelend arts van het BMA, te gaan zitten en geen eigen invulling te geven van het advies.

In het BMA-advies wordt de inhoud van de verstrekte medische informatie meestal letterlijk geciteerd. Als behandelaar kun je nalezen of dit volledig is gedaan en of er relevante informatie niet in het medisch advies is vermeld, terwijl die informatie wel is verstrekt. Je kunt nagaan of de geciteerde informatie vervolgens is meegewogen bij de inhoud van het advies van de BMA-arts. Een voorbeeld hiervan is dat een patiënt vanwege psychische klachten volgens het BMA-advies begeleiding op de reis nodig heeft vanwege gevaar op decompensatie of suïcide. Het is dan onjuist als er dan vervolgens niet vermeld staat wat er dan moet gebeuren als patiënt aankomt op het vliegveld in het land van herkomst, waar immers dit gevaar ook blijft bestaan.

Als behandelaar kun je het eventueel aangeven naar de advocaat als het advies niet lijkt te passen bij de informatie over de problematiek zoals je die hebt verstrekt, of dat er onjuist is geciteerd uit verstrekte informatie. Hierbij is dan wel onderbouwing nodig met feitelijke medische informatie.

- Het BMA kan bijvoorbeeld stellen dat er geen medische noodsituatie op korte termijn ontstaat, omdat er nog geen daadwerkelijke suïcidepoging heeft plaats gevonden. Terwijl in de verstrekte informatie wel vermeld is dat er een constante dreiging van suïcide aanwezig is en mantelzorg of intensivering van afspraken nodig zijn in het kader van suïcidepreventie. Je kunt hierbij ook verwijzen naar de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*¹⁷.
- Of in het BMA-advies staat dat patiënt wel zelfstandig kan reizen terwijl de patiënt alleen met begeleiding of per taxi kan reizen naar de behandelafspraken vanwege diens specifieke psychische klachten.
- Het komt ook voor dat het BMA-rapport melding maakt van bepaalde behandelonderdelen als alternatief voor een huidige aanpak die niet voorhanden is in het land van herkomst. Dit geldt zeker ook voor bepaalde medicijnen, waarvoor de BMA-arts dan alternatieve medicatie adviseert. De advocaat kan aan behandelaar vragen of deze alternatieven inderdaad een afdoende alternatief zijn of zo nee, waarom niet. Soms zijn er al ervaringen met alternatieve medicatie die niet effectief bleek te zijn. Soms kan met een onderbouwing van gangbare professionele kennis een antwoord gegeven worden. Eventueel aangevuld met de consequenties van dat alternatief, zoals een risico op decompensatie en het eventueel daaruit voortkomende gevaar.

CASUS

- Een 35-jarige man uit Rwanda.
- Psychose, depressie, met daarnaast een comorbide HIV.
- Behandeling: poliklinisch, medicatie, sociaalpsychiatrisch begeleiding door casemanager.
- Soort procedure: medische procedure (art. 64).
- Advocaat vraagt naar aanleiding van het BMA-advies of je als behandelaar het medisch gezien verantwoord vindt dat patiënt zelf de voortzetting van zijn behandeling in Rwanda moet regelen?
- Quotes:
 - *Voor een situatie waarbij patiënt zelf voortzetting van zijn behandeling in Rwanda moet regelen, wijzen we nog eens op het in de verstrekte informatie beschreven uitgebreide waansysteem. Juist vanwege dit waansysteem en een beperkt ziektebesef verwachten we niet dat patiënt zelf zijn behandeling zal gaan regelen, wat aansluit op de algemene kennis rond psychose, waarbij veel patiënten vermijnd worden ten aanzien van de*

¹⁷ Zie <https://www.nji.nl/richtlijnen/multidisciplinaire-richtlijn-diagnostiek-en-behandeling-van-suicidaal-gedrag>

zorg en/of de mensen die zij wantrouwen. Het gaat hier niet om simpel moeite met vertrouwen, het gaat hier om een sterke psychotische angst vanuit het waansysteem. Patiënt toetst voortdurend of mensen betrouwbaar zijn. De stemmen die hij hoort vertellen hem dat bepaalde mensen onderdeel uitmaken van het complot vanuit zijn waan. Op een dergelijk moment vermijdt hij hen volkomen. Het is precies in deze toestand dat wij merken dat patiënt alleen nog enkele mensen vertrouwt en zich tot zijn huidige behandelaars wendt voor ondersteuning en advies. Het is dan ook moeilijk voor te stellen dat patiënt zelf actief de mensen die hij zo wantrouwt zal benaderen voor voortzetting van behandeling.

- Patiënt kan zich vanuit deze angst onttrekken aan het toezicht, behandeling mislopen en verder decompenseren, terwijl hij op dat moment ook zijn HIV medicatie trouw moet blijven innemen om te voorkomen dat het HIV-virus resistentie ontwikkelt tegen de medicatie. Het BMA-advies vermeldt dat outreachende GGZ-behandeling ter plaatse niet voorhanden is. Als dan ook nog mantelzorg ontbreekt om patiënt eventueel naar behandelaars te begeleiden, zijn dit extra belemmeringen voor het tot stand komen van een behandeling.

4.12 Continuïteit, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg in land van herkomst

Bij de overdracht van een behandeling naar een andere behandelaar, draag je als behandelaar altijd een verantwoordelijkheid voor de continuïteit van zorg. Dit is natuurlijk lastig als het gaat om asielzoekers en andere vreemdelingen die in hun land van herkomst of een ander land waar ze terecht komen verder behandeld moeten worden. Als behandelaar in Nederland weet je meestal weinig tot niets over wat er in andere landen mogelijk is qua behandeling. Toch heb je als behandelaar een verantwoordelijkheid voor de overdracht van zorg.

In dit verband is het van belang dat de Dienst Terugkeer en Vertrek (DT&V) verantwoordelijk is voor de uitvoering van hetgeen het BMA-advies adviseert over de overdracht van medische zorg. Dit laat onverlet dat je ook als behandelaar een verantwoordelijkheid hebt voor de continuïteit van zorg. In dat kader kan het soms nodig zijn om contact proberen te krijgen met behandelaars in het land van herkomst. Meestal worden die zorginstellingen in het BMA-advies genoemd. Een deel van de behandelaars vindt dit buiten hun taak vallen en doen dit niet. Een ander deel zal dit wel proberen. Ook een advocaat zou dit kunnen en moeten doen. Onderzoek naar de daadwerkelijke beschikbaarheid van behandeling en vervolgens de daadwerkelijke toegankelijkheid is vaak een tijdrovende en ondankbare klus voor een advocaat.

Het komt voor dat contacten met behandelaars in het land van herkomst duidelijk maken dat een behandeling niet voorhanden is, ondanks dat het BMA stelt dat behandeling wel mogelijk is. Dit soort informatie kan dan weer een geheel ander licht op een medisch advies werpen. Een advocaat kan deze informatie inbrengen in de procedure of bij de rechter.

Het dilemma hierbij is wel dat een eventuele terugkeer naar het land van herkomst meestal tegen de wens is van de patiënt, die de behandelaar toestemming kan onthouden om dit soort activiteiten te ondernemen. Tegenwoordig is het ook van belang dat de feitelijke toegankelijkheid van de zorg in het land van herkomst wordt meegewogen in de beslissing van de IND. Dit betreft zaken als betaalbaarheid, geografische beschikbaarheid of andere aanwezige drempels. Nederland heeft dit in de praktijk zo geregeld dat de patiënt zelf of diens advocaat dit aannemelijk moet maken. Dus moeten er 'bewijzen' komen dat een patiënt geen toegang krijgt tot of gebruik kan maken van de zorg die hij nodig heeft in het land van herkomst. In de praktijk is het erg lastig om hierover informatie te krijgen, ook voor de advocaat.

Advocaten vragen hierbij soms hulp van een behandelaar. Een advocaat kan vragen of je vanuit je behandelervaring kunt inschatten of de patiënt met diens aanwezige medische klachten zijn eigen toegang tot medische zorg kan regelen. Of dat je als behandelaar kunt beoordelen of een patiënt voldoende inkomen kan genereren om de zorg te betalen. Dit zijn vragen die erg lastig zijn om als behandelaar te beantwoorden. Soms biedt behandelingsinformatie hier echter wel aanknopingspunten voor, bijvoorbeeld als de patiënt dermate vaak ontregeld en weinig zelfredzaam is. Dan kun je als behandelaar hier iets over opschrijven.

CASUS

- Een 36-jarige vrouw uit Oezbekistan.
- PTSS met psychotische kenmerken.
- Behandeling: poliklinisch, medicatie, stabilisering, traumabehandeling, is meerdere malen klinisch opgenomen.
- Juridisch: artikel 64.
- Advocaat vraagt hoe de behandelaar kijkt naar de door BMA genoemde behandelmogelijkheid in het land van herkomst en verwijst daarbij naar informatie op website van de genoemde kliniek.
- Quotes:

- *Vanuit mijn verantwoordelijkheid voor een goede overdracht van zorg voor mijn patiënte heb ik contact gezocht met mevrouw X, werkzaam als psychiater in de door de BMA-arts genoemde kliniek. Zij heeft antwoord gegeven op mijn verzoek over mogelijkheden om de zorg voor mijn patiënte over te nemen. Belangrijke quotes daaruit noem ik hieronder (conform origineel in het Engels), zie ook de bijgevoegde mailwisseling:*

- *'Our clinic does not have a psychiatric ward, the only option is admittance to the general medical ward, without specialized psychiatric care and no psychiatric nurses'.*

- *'I am the only psychiatrist working at our clinic, although this is not a permanent position for me and during the year I am out of the country for several weeks a couple of times'.*

- *For the majority of local citizens, fees in our private clinic are high, especially for inpatient stays, so your patient might have to look for care elsewhere due to the financial costs.*

- *De behandelervaringen met patiënte hier in Nederland lieten zien dat de acute ontregelingen gepaard gingen met psychotische symptomen en toename van suïcidale uitingen en dat de beschikbaarheid van een psychiater en een psychiatrische opname afdeling noodzakelijk waren om de veiligheid voor patiënte te garanderen.*

4.13 Huisvesting

Er doen zich situaties voor waarbij je als behandelaar wordt gevraagd naar medische informatie als input voor een sociaal medisch advies over huisvesting.

De meest urgente situatie doet zich voor als een zieke asielzoeker uit de opvangvoorziening dreigt te worden gezet. Hij belandt dan onverzekerd en dakloos op straat waarbij het risico op decompensatie en/of gevaar vanuit de psychische problematiek kan ontstaan. Met het oog op je verantwoordelijkheid voor de continuïteit van zorg en het afwenden van gevaar, is het zaak hiervoor aandacht te vragen in de te verstrekken informatie.

De vraag om informatie kan ook spelen in asielzoekerscentra, waar mensen samen kamers delen. Vaak komt de vraag van asielzoekers zelf, die vanwege hun problematiek problemen hebben gekregen met een kamergenoot. In lijn met de KNMG richtlijn moet je hier geen verklaring geven. Het advies aan patiënt is om bij het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) aan te geven dat hij in behandeling is en aan te dringen op een sociaal medisch advies over de huisvesting. Soms is het nodig om het COA hiertoe te bewegen met een kort briefje dat patiënt voor een ziektebeeld in behandeling is, uiteraard met toestemming van patiënt. In contact met het COA is het altijd van belang te beseffen dat medewerkers van het COA geen medische scholing hebben gehad en geen beroepsgeheim hebben. Informatie moet dus zo algemeen en beknopt mogelijk zijn en in leektaal geformuleerd zijn.

Tenslotte kan er ook een vraag naar medische informatie komen als een asielzoeker een woning kan krijgen in een gemeente nadat hij een verblijfsvergunning heeft gekregen. Het kan medisch gezien relevant zijn dat iemand met een goed lopende behandeling deze kan afmaken en dus niet te ver van de behandellocatie een woning krijgt. Ook huisvesting in de buurt van essentiële mantelzorgers is een factor die vanuit behandel oogpunt belangrijk kan zijn. Soms komt het voor dat iemand met een verhoogd angstniveau een huis krijgt toegewezen op de begane grond van een flat waar jongeren tot 's avonds laat voor lawaai en overlast zorgen. Of dat iemand met suïcidale gedachten en paniekaanvallen erg angstig wordt van huisvesting op de 12^e verdieping en bang is dat hij die impulsen niet kan beheersen. In dit soort gevallen is medische informatie soms nodig om het traject van sociaal medische advisering in gang te zetten. Dit kan heel beperkt,

zoals hierboven bij het COA, geschetst. Als het dan tot een sociaal medisch advies komt, vraagt de medisch adviseur bij de behandelaar om aanvullende medische informatie. Inhoudelijk gelden voor de te verstrekken medische informatie de reguliere richtlijnen in combinatie met veel van hetgeen hierboven al is geschetst.

CASUS

- Een 35-jarige vrouw uit Ethiopië, verblijft in AZC.
- Bekend met ernstige PTSS klachten n.a.v. seksueel geweld in land van herkomst en tijdens vlucht.
- Krijgt een stabiliserende behandeling waarbij wordt toegewerkt naar een traumagerichte behandeling. Ook heeft zij medicatiecontacten bij de arts.
- Verzoek van patiënte om brief voor een kamer alleen omdat zij zich onveilig voelt 's nachts bij haar kamergenote en daardoor niet kan slapen. Patiënte wil die brief aan COA geven.

- Quote:

- Bovenstaande patiënte is bij ons in behandeling sinds een half jaar. Er is sprake van een complex ziektebeeld. Patiënte geeft aan dat het delen van een kamer een negatieve invloed heeft op haar klachten. Desgewenst kunnen wij nadere medische informatie verschaffen in het kader van een Sociaal Medisch Advies, indien met schriftelijke toestemming van patiënte.

4.14 Medische ontheffing Inburgering

Als een asielzoeker een verblijfsvergunning asiel heeft gekregen, krijgt hij een woning in een gemeente. Hij wordt dan statushouder genoemd en moet verplicht inburgeren. Ook sommige andere vreemdelingen kunnen inburgeringsplichtig zijn. Inburgeren betekent dat iemand de taal moet leren en de Nederlandse samenleving moet leren kennen. Daartoe volgt hij cursussen en moet hij aan het eind van dit traject een inburgeringsexamen doen. Het is de bedoeling dat iemand zo snel mogelijk economisch zelfstandig wordt. Voor 2022 kon een statushouder de inburgering betalen met een lening die de Dienst Uitvoering Onderwijs (DUO) verstrekte. Als het inburgeringsexamen op tijd en met goed gevolg werd gehaald, werd de lening kwijt gescholden. Het komt voor dat het een statushouder (of andere vreemdeling) vanwege medische problematiek niet lukt om de taal te leren of de lessen te volgen. Denk bijvoorbeeld aan psychische klachten die het vermogen om te concentreren of te onthouden verminderen. Het is dan niet verwijtbaar dat het inburgeren niet lukt. De groep statushouders die voor 2022 al de inburgering volgde kan in zo'n situatie een medische ontheffing aanvragen voor de eis tot inburgeren. Dit ook om te voorkomen dat zij de lening moeten terugbetalen. Zij ondergaan hiertoe een medische keuring. Daarbij kan de keuringsarts medische informatie opvragen bij de behandelaar. De te verstrekken informatie kan hierbij conform de KNMG richtlijnen worden verstrekt en is in wezen niet anders dan zoals bijvoorbeeld het UWV.

Vanaf 2022 betaalt de gemeente de inburgering en beoordeelt vooraf voor welk inburgeringstraject iemand in aanmerking komt. Voor de mensen die eerder nooit of weinig onderwijs hebben gevolgd of voor kwetsbare personen voor wie taallessen niet haalbaar zijn, is er een zogenaamde *zelfredzaamheidsroute (Z-route)*. Ook statushouders met psychische problemen zullen hieronder vallen. Deze route is gericht op het beheersen van de Nederlandse taal op een minimaal taalniveau, zodat deze doelgroep uiteindelijk toch zelfstandig kan deelnemen aan de Nederlandse samenleving. De verwachting is dat er zich hier toch ook situaties zullen voordoen waarbij een gemeente medische informatie nodig zal hebben om een goede persoonlijke beoordeling te kunnen maken.

CASUS

- Een 35-jarige man uit Turkije, statushouder in gemeente.
- Bekend met een depressie en PTSS mede ten gevolge van martelingen.
- Hij krijgt een traumagerichte behandeling bij GGZ instelling.
- Verzoek om medische informatie van de keuringsarts in het kader van een medische ontheffing voor de inburgeringsplicht. Ook vraagt de keuringsarts naar de prognose ten aanzien van het ziektebeeld.

• Quotes:

- Patiënt is bij ons in behandeling vanwege zijn depressieve stoornis in combinatie met een PTSS. Hij heeft de volgende klachten: ernstige somberheid, geen energie, slaapstoornis, herbelevingen in de vorm van nachtmerries in de nacht en flashbacks overdag. Hij is vergeetachtig, zegt dat hij niets kan onthouden. Ook kan hij zich slecht concentreren. Dat merken wij ook in onze behandelgesprekken, waarbij hij vaak afwezig in de verte staart. Patiënt zegt dat dit hem ook vaak overkomt in de taallessen en dat het leren niet lukt, terwijl hij goed opgeleid is in zijn land van herkomst.

- De ingezette behandeling heeft nog maar een beperkt effect. Hij krijgt cognitieve gedragstherapie en medicatie in de vorm van een antidepressief middel. Hij slaapt iets beter en wordt iets minder overspoeld door de herbelevingen. Over de prognose kunnen wij op dit moment nog geen onderbouwde uitspraken doen, daarvoor loopt de behandeling nog te kort. Wel zien wij vaker dit soort beperkingen bij getraumatiseerde vluchtelingen. Bij een aantal verdwijnen de klachten door de behandeling grotendeels, bij een andere groep blijven er restklachten bestaan. Hoe dit voor patiënt uitpakt kunnen wij dus nog niet zeggen.

BETROKKENHEID EN TEGENOVERDRACHT

5. BETROKKENHEID EN TEGENOVERDRACHT

Contacten met asielzoekers en vluchtelingen confronteren je als behandelaar met het leed in deze wereld en dat laat je niet altijd onberoerd. Dit kan tot sterkere reacties leiden dan bij andere patiënten. Dit kan gaan om het ervaren van meer dan normale betrokkenheid bij deze patiënten, tot het juist meer afstand nemen om de eigen emotionele belasting te reguleren¹⁸.

Zorg aan deze doelgroep doet dus een sterk beroep op hoe je omgaat met gevoelens van overdracht en tegenoverdracht. Bij 'overdracht' gaat het om de gevoelens van de patiënt jegens de behandelaar, voortkomend uit eerdere relaties in het leven. Onder 'tegenoverdracht' wordt verstaan de bewuste en onbewuste reacties op en gevoelens van de behandelaar over de patiënt. Hierbij kunnen waarden botsen zoals professionele objectiviteit enerzijds en compassie anderzijds. Als compassie tot meer 'sympathie' dan 'empathie' leidt, raak je als behandelaar te veel betrokken. Aan de andere kant wil je als behandelaar kunnen blijven functioneren en dat kan door een bepaalde afstand te bewaren tot de asielzoeker of vluchteling. Dit laatste kan doorslaan in te grote reserve en cynisme. Volgens onderzoekers is tegenoverdracht vaak sterk in de zorg aan deze doelgroep¹⁹.

Soms verwachten patiënten dat een behandelaar opkomt voor hun belangen als asielzoekers in de juridische procedure. Dit kan leiden tot een te grote afhankelijkheid. Ook dit probleem vraagt om het nauwkeurig observeren en analyseren van de eigen (tegenoverdracht)reacties; het hoeft geen ethisch dilemma te worden, maar dat kan wel.

En juist bij de vragen om medische informatie wordt er een beroep gedaan op de reacties van overdracht en tegenoverdracht. De complexe maatschappelijke situatie waarin de vreemdelingen zich veelal bevinden worden of sterk juridisch ingestoken of juist gemedicaliseerd. De veelheid en de soms oneigenlijke aard van de vragen leiden soms tot irritatie. Behandelaars voelen zich in een ongemakkelijke positie gebracht of weten niet of en hoe ze aan deze verzoeken kunnen voldoen. De kennis over de juridische context van de verzoeken om informatie ontbreekt of is beperkt. Soms komt daar ergernis bij over de manier waarop de medische adviezen van het BMA tot stand komen of over de vraag hoe neutraal de werkwijze van de medisch adviseur is. Al deze genoemde aspecten kunnen bijdragen aan gevoelens van machteloosheid en daarmee aan het risico op sterke tegenoverdrachtsreacties. En dat maakt het lastig laveren voor behandelaars tussen betrokkenheid en distantie.

In het kader van het verstrekken van informatie zijn een paar adviezen van belang om te voorkomen dat je als behandelaar teveel in de uitersten van over-betrokkenheid of over-distantie belandt:

- Ga niet op de stoel van de beoordelaar of medisch adviseur zitten. Beperk je tot informatie vanuit je rol als behandelaar. Laat je niet 'verleiden' tot het gebruiken van diens kaders en terminologie. Dit past niet bij je rol en het kan er ook voor zorgen dat de verstrekte informatie verder als nutteloos en te betrokken terzijde wordt geschoven.
- Benoem expliciet dat je vragen die een beoordeling inhouden niet kunt beantwoorden. Aanvullend kun je wel schrijven wat je vanuit behandelersperspectief hebt waargenomen of geconstateerd.
- Geef alleen informatie waar je vanuit professioneel oogpunt echt achter staat. Laat je niet leiden door alleen compassie of ideeën van iemand redden.
- Maak het verstrekken van informatie onderwerp van onderling gesprek en intervisie.
- Als je er uiteindelijk niet goed uitkomt in specifieke situaties, probeer dan terug te vallen op het onderdeel van je medische eed: *primum non nocere* (in ieder geval geen kwaad doen).

¹⁸ Haans T m.m.v. Tienhoven H van (2004). Het Labyrint van Ares. *Werkbelasting door hulpverlening aan geweldsgetroffenen*. Utrecht: Pharos.

¹⁹ Kramer S, Hoogsteder MHH, Olsman E., & Willigen L van. (2015). *Handreiking ethische dilemma's in de GGZ voor asielzoekers*. Amsterdam: Johannes Wier Stichting voor gezondheidszorg en mensenrechten.
<https://www.johannes-wier.nl/bijzondere-dossiers/ethische-dilemmas-in-de-ggz-voor-asielzoekers/>

Voor tips en adviezen over het omgaan met ethische dilemma's in de GGZ , waaronder ook rondom het verstrekken van medische informatie, verwijzen we naar de *Handreiking ethische dilemma's in de GGZ voor asielzoekers* uitgegeven door de Johannes Wier Stichting (zie voetnoot 19).