

ARTIKEL

De worsteling van zorgverleners én juristen op het grensvlak van vreemdelingenrecht en gezondheidszorg

Evert Bloemen, Elisa van Ee & Mario Braakman

Vreemdelingenrecht en geneeskunde raken elkaar als vreemdelingen¹ op grond van ziekte om bescherming of verblijf vragen in Nederland, of als medische problematiek een rol speelt in de asielaanvraag in de vorm van potentieel medisch steunbewijs of psychische klachten die het goed kunnen vertellen van het asielrelaas beperken. Medische informatie van behandelaren speelt dan een cruciale rol in de juridische procedure. Met kennis van elkaars vakgebieden kunnen zorgverleners en juristen optimaal gebruik maken van de wederzijdse expertise, wat de ondersteuning van de zieke vreemdeling ten goede komt.

Vignet²

Karim is een 38-jarige Afghaanse man die asiel heeft aangevraagd in Nederland. Aanleiding van zijn vlucht is een ruzie die zijn familie heeft met een commandant van de Taliban, die een stuk land claimt dat van de familie van Karim is. Daarbij is zijn vader gedood door de Taliban. Nu wordt Karim als oudste zoon bedreigd met hetzelfde lot en hij vreest voor zijn leven. De Taliban hebben hun dreigement kracht bijgezet door de oudste zoon van Karim te ontvoeren. Van deze zoon heeft hij niets meer gehoord.

Sinds de dood van zijn vader en daarna de verdwijning van zijn zoon is Karim somber. Tijdens de vlucht wilde hij het opgeven en dacht aan het plegen van zelfmoord. In Nederland verslechtert de psychische toestand van Karim, mede als gevolg van de lange procedure. Hij wordt steeds somberder, heeft nachtmerries over de dood van zijn vader en ziet ook zijn zoon in zijn dromen terwijl die wordt gemarteld. Overdag is hij regelmatig verward en ziet hij beelden van de Taliban die hem achtervolgen. Hij wordt behandeld met medicatie en therapie in de GGZ. Zijn asielaanvraag wordt afgewezen omdat hij geen helder verhaal kan vertellen en daardoor niet wordt geloofd. Ook kan hij zich bepaalde zaken niet goed meer herinneren en spreekt hij zichzelf soms tegen. Nadat zijn afwijzing wordt bevestigd bij de rechtbank en ook in hoger beroep bij de Raad van State, is Karim wanhopig en doet hij een ernstige suïcidepoging door op-hanging, die slechts ternauwernood wordt voorkomen omdat een kamergenoot hem op tijd vindt. Karim wordt opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Zijn advocaat vraagt dan een verblijfsvergunning aan vanwege zijn

- 1 Een vreemdeling is volgens art. 1 Vreemdelingenwet 2000: 'ieder die de Nederlandse nationaliteit niet bezit en niet op grond van een wettelijke bepaling als Nederlander moet worden behandeld'.
- 2 Dit vignet betreft een fictieve situatie, samengesteld uit reële praktijkelementen.

De worsteling van zorgverleners én juristen op het grensvlak van vreemdelingenrecht en gezondheidszorg

medische behandeling. Hij benadert de GGZ-behandelaar van Karim om medische informatie te verstrekken om deze aanvraag te ondersteunen.

1. Inleiding

Vreemdelingenrecht en geneeskunde zijn sterk gescheiden vakgebieden. Toch raken ze elkaar als vreemdelingen op grond van ziekte om bescherming of verblijf vragen in Nederland, of als medische aspecten een rol spelen in de asielaanvraag. Deze vreemdelingen kunnen zowel (uitgeprocedeerde) asielzoekers zijn als vreemdelingen die om een andere reden rechtmatig verblijf in Nederland hebben gehad. Zowel juristen als medici of psychologen krijgen dan met de verstrengeling van beide vakgebieden te maken. Dit gebeurt relatief vaak, aangezien deze groep vreemdelingen meer risico loopt op het ontwikkelen van lichamelijke en mentale ziekten.

Een medisch probleem is in het vreemdelingenrecht een mogelijke grond voor (tijdelijk) verblijf in Nederland. Ook zijn medische aspecten van belang als deze het goed kunnen vertellen van het asielrelaas in de weg staan. Daarnaast kan een medische rapport over littekens en andere restverschijnselen van ondergaan geweld bijdragen aan onderbouwing van een asielverhaal. In de juridische procedures over dit soort zaken speelt medische behandelinformatie dan ook een belangrijke rol. Behandelaren van vreemdelingen krijgen regelmatig vragen om informatie ten behoeve van juridische procedures. Juristen, zoals advocaten, medewerkers van de IND³ en rechters, krijgen deze informatie onder ogen en moeten deze wegen. Dit is voor de professionals uit beide vakgebieden vaak lastig.

Het doel van dit artikel is om duidelijk te maken op welke manier medische problemen, en dan met name psychiatrische stoornissen, kunnen interfereren in vreemdelingenprocedures en wat dit betekent voor het professioneel handelen van beide werkvelden. Aangezien dit het vaakst speelt bij (uitgeprocedeerde) asielzoekers, wordt in dit artikel het meest naar deze groep verwezen.

In dit artikel bespreken we de medische problemen van asielzoekers en andere vreemdelingen, hoe deze medische zaken doorwerken in procedures en wat dit betekent voor het werk van de betrokken juristen en medische behandelaars.

2. Gezondheidsproblemen bij asielzoekers en andere vreemdelingen

De grondslag voor procedures waar zowel behandelaren als juristen mee te maken krijgen zijn medische problemen. Dit kan spelen voor asielzoekers in de asielprocedure en bij andere vreemdelingen van buiten de EU, die als zij ziek worden verblijfsrecht vragen vanwege de hier beschikbare specialistische behandeling.

3 IND: Immigratie- en Naturalisatiedienst van het Ministerie van Justitie en Veiligheid.

Evert Bloemen, Elisa van Ee & Mario Braakman

Het risico op een aantal gezondheidsproblemen is groter bij mensen met een migratieachtergrond.⁴ Allereerst zijn er de leefstijlfactoren zoals gebrek aan beweging, overgewicht, roken en middelengebruik. Deze factoren leiden namelijk tot een groter risico op chronische aandoeningen. Roken vormt een aandachtspunt onder mannen. Jonge mannen die als alleenstaande minderjarige vreemdeling of jonge twintiger naar Nederland zijn gekomen, lopen daarnaast een groter risico op problematisch middelengebruik. Daarnaast vraagt de grote kans op het ontstaan van diabetes om aandacht. Diabetes komt onder asielzoekers en vluchtelingen twee keer vaker voor dan gemiddeld.⁵ Goede toegang tot preventie, zorg en aandacht voor voeding, bewegen en andere leefstijlfactoren kunnen de ontwikkeling hiervan positief beïnvloeden.⁶

Infectieziekten vragen vanzelfsprekend ook om aandacht. Vooral in de beginperiode is alertheid geboden voor ziekten die vaker voorkomen in landen waar vluchtelingen en migranten vandaan komen, denk aan tuberculose, diverse vormen van hepatitis en hiv/aids. Ook kunnen bloedziekten als sikkelcelziekte en tekorten aan vitamine D, ijzer en calcium voorkomen.

Het belangrijkste gezondheidsrisico is de frequent voorkomende psychische problematiek. Die wordt bij asielzoekers drie tot vier keer vaker gezien dan het gemiddelde in Nederland. De gedwongen migratie leidt tot stress en ontworteling. Voor asielzoekers geldt dat ook de lange duur van de procedures bijdraagt aan de psychiatrische problematiek.⁷ Daarnaast veroorzaken de traumatische ervaringen voor en tijdens de vlucht, zoals martelingen, oorlog, de (gewelddadige) dood van familie en vrienden, seksueel geweld en bijna-doodervaringen, psychische klachten. Ook de vele verlieservaringen vormen een psychologische last, zoals het verlies van o.a. familie, baan, huis, maatschappelijke positie, bezit en sociaal netwerk. Van de asielzoekers en vluchtelingen ontwikkelt dan ook 13-25% een PTSS en/of een depressie.⁸

3. Het vreemdelingenbeleid en medische zaken

3.1 De wetgeving

Het Nederlandse vreemdelingenbeleid is gebaseerd op internationale verdragen, zoals het VN-Vluchtelingenverdrag, het VN-Antifolterverdrag, het Internationale Verdrag inzake de Rechten van het Kind en het Europees Verdrag voor de Rechten

4 www.pharos.nl/factsheets/gezondheid-en-gezondheidsrisicos-statushouders.

5 S. Goosen, B. Middelkoop, K. Stronks e.a., 'High diabetes risk among asylum seekers in The Netherlands', *Diabet Med* 2014, 31(12), p. 1532-1541.

6 M. Braakman, 'Niet-westerse migranten', in W. Cahn, J. Deenik, & J. Vermeulen (red.), *Leefstijl-psychiatrie*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2022, p. 273-287.

7 C.J. Laban, H.H.P.E. Gernaat, I.H. Komproe, e.a., 'Invloed van de duur van de asielprocedure op de prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Iraakse asielzoekers in Nederland', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2015, 47 (11), p. 743-752.

8 U. Ikram, & K. Stronks, *Preserving and Improving the Mental Health of Refugees and Asylum Seekers. Literature Review for the Health Council of the Netherlands*. Amsterdam: AMC 2016.

van de Mens (EVRM). Daarnaast spelen richtlijnen van de Europese Unie (EU), zoals de opvangrichtlijn, de procedurerichtlijnen de terugkeerrichtlijn, een centrale rol. De belangrijkste wetten en regelingen op het gebied van het vreemdelingenrecht in Nederland zijn de *Vreemdelingenwet 2000 (Vw 2000)* die is uitgewerkt in het *Vreemdelingenbesluit 2000 (Vb 2000)* en voor de praktische toepassing in de *Vreemdelingencirculaire 2000 (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 voor asielzoekers en een reguliere procedure voor andere vreemdelingen en andere doelen. Een asielaanvraag gaat over het vragen van bescherming in het kader van internationale afspraken. Medische aspecten kunnen hierbij een rol spelen. In een reguliere aanvraag gaat het om aanvragen van een verblijfsvergunning om verschillende redenen, zoals voor studie, huwelijk, arbeid of gezinshereniging. Ook een medische behandeling is een reden om een reguliere aanvraag voor een verblijfsvergunning te doen.

3.2 Medische aspecten in de asielprocedure

Vanwege het gebrek aan objectief bewijs staat in iedere asielaanvraag de beoordeling van de geloofwaardigheid centraal. Over de asielprocedure vermeldde de Vc tot ruim tien jaar geleden het volgende: 'Medische aspecten spelen in beginsel geen rol bij beoordeling asielaanvraag, aangezien er medisch gezien (meestal) geen zekere uitspraken zijn te doen over een oorzakelijk verband tussen medische bevindingen en een gestelde behandeling of vrees.' Sinds 2010 is er geleidelijk aan meer erkenning gekomen voor de kennis van andere disciplines bij de asielbeoordeling.⁹ Ook is het belang van medische aspecten meer erkend.

Zo kwam er een medisch advies 'horen en beslissen' dat alle asielzoekers aangeboden kregen. Dit advies omvat een oriënterend onderzoek naar aanwezige medische beperkingen die van invloed zijn op hoe iemand vertelt over de asielaanvraag. De IND moet rekening houden met de geconstateerde beperkingen, zowel bij het horen van de asielzoeker als bij het nemen van een beslissing. Dit medisch advies is oriënterend van aard en dat betekent dat niet alle problematiek en beperkingen goed in beeld komen. Als iemand een GGZ-behandeling ondergaat, kan diens advocaat medische informatie opvragen bij de behandelaar en dit inbrengen in de procedure. In sommige gevallen kan het niet adequaat verklaren door een asielzoeker inderdaad door psychiatrische problematiek worden veroorzaakt. De IND-medede-

9 J. Herlihy, K. Gleeson & S. Turner, 'What assumptions about human behavior underlie asylum judgments', *International Journal of Refugee Law* 2010, 22, p. 351-366, doi:10.1093/ijrl/eeq027; T.S. van Veldhuizen, *Where I come from and how I got here: assessing credibility in asylum cases* (academisch proefschrift), Maastricht: Maastricht University 2017.

Evert Bloemen, Elisa van Ee & Mario Braakman

werkers hebben nu een werkinstructie met aanwijzingen hoe zij de uitkomsten van dit medisch advies moeten hanteren.¹⁰

Medische informatie kan ook wijzen op restverschijnselen van (gewelds)ervaringen. Deze informatie kan het asielrelaas aannemelijk maken en als steunbewijs dienen voor het asielverhaal. In de EU-procedure Richtlijn is sinds 2013 een artikel opgenomen over het doen van forensisch medisch onderzoek als er relevante medische aanwijzingen zijn die mogelijk zijn terug te voeren op martelingen of andere vormen van toegebracht geweld. De praktijk in Nederland is echter dat de IND zelf een dergelijk onderzoek bijna nooit relevant acht. Als alternatief kunnen advocaten voor een forensisch medisch onderzoek in Nederland een beroep doen op het Instituut voor Mensenrechten en Medisch Onderzoek (iMMO), dat jaarlijks 70-100 onderzoeken uitvoert. In driekwart van de gevallen leidt een dergelijk onderzoek tot een verblijfsvergunning asiel.¹¹

3.3 Medische procedure (art. 64 Vw 2000)

De medische procedure begint doorgaans met een verzoek om uitstel van vertrek (uitzetting) uit Nederland voor een zieke vreemdeling op basis van artikel 64 Vw 2000. 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.' Zowel zieke uitgeprocedeerde asielzoekers als andere zieke vreemdelingen kunnen een aanvraag voor een medische procedure doen.

Artsen van het Bureau Medische Advisering (BMA) van de IND treden hier op als medisch adviseur om de medische behandelingsinformatie te beoordelen. Zij geven advies aan de IND die daarop een beslissing neemt over de aanvraag. Het advies is gebaseerd op de medische informatie van behandelaren en richt zich in principe op drie zaken:

- 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?

Alleen als een vreemdeling op korte termijn (in drie tot zes maanden) zonder behandeling in een medische noodsituatie belandt en er geen behandelingsmogelijkheid in het land van herkomst is of deze niet toegankelijk is voor de vreemdeling, kan iemand een toekenning van deze medische aanvraag krijgen. Bij toekenning van deze medische aanvraag (art. 64 Vw 2000) leidt dit tot een tijdelijk uitstel van uitzetting. Na één jaar kan een aanvraag verblijf voor een medische behandeling volgen, als de omstandigheden niet gewijzigd zijn. Als de medische situatie voortduurt, kan iemand na drie jaar een definitieve verblijfsvergunning krijgen.

10 IND-werkinstructie 2021-12 Medische problemen bij horen en beslissen.

11 www.stichtingimmo.nl.

4. Het perspectief van behandelaren van zieke asielzoekers

Behandelaren van zieke asielzoekers of andere vreemdelingen krijgen regelmatig het verzoek om medische informatie te verstrekken over de behandeling. Advocaten vragen dit ter ondersteuning van een asielprocedure of ten behoeve van het opstarten van een medische procedure. De medische adviseurs van de IND vragen om medische behandelinformatie. En ook patiënten zelf vragen om een briefje van hun behandelaar, al dan niet op verzoek van een advocaat of een begeleider. Behandelaars hebben vaak weinig kennis over de juridische context en hoe daarin medische zaken worden gewogen. Ook is er huiver om betrokken te raken in juridische procedures. Zij ervaren deze vragen als een fikse belasting bovenop hun werk. Dit komt door de veelheid van vragen, door de tijd die dit kost en door de druk die uitgaat van het enorme belang van een procedure voor hun patiënten. Voor de betrokken asielzoeker of vreemdeling is het vaak een zaak van leven of dood, zeker als hun asielaanvraag is afgewezen en gedwongen terugkeer dreigt. De behandelaar kan dit meestal niet beoordelen, maar heeft vanwege het verhaal van de patiënt soms wel twijfels of terugkeer wel zo veilig is.

Bij het verstrekken van medische informatie dienen behandelaren uit te gaan van de wettelijke kaders (WGBO, Wet BIG en Wet AVG). Deze kaders fungeren als basis voor de bestaande richtlijnen van beroepsorganisaties, de KNMG voor medische professionals en het NIP voor psychologen. Uitgangspunt van deze richtlijnen is dat het beroepsgeheim alleen doorbroken kan worden als de patiënt daar nadrukkelijk toestemming voor geeft. De verstrekte informatie moet feitelijk en professioneel zijn en alleen over de diagnose en behandeling gaan. De informatie moet onderbouwd zijn en mag geen oordeel bevatten over niet-medische vragen. De informatie vindt zo mogelijk schriftelijk plaats. De verstrekte informatie kan dus alleen feiten bevatten die relevant zijn voor de medisch adviseur om zich een indruk te vormen van de problematiek waarop de voorliggende vraagstellingen worden beoordeeld. Het is niet aan de behandelaar om een mening of een oordeel te formuleren.

Toch krijgen behandelaren regelmatig vragen over zaken die verder reiken dan de huidige behandeling. Zo komt het voor dat advocaten proberen om van behandelaren uitspraken te ontlokken over vragen als: *Kunt u medisch gezien een uitspraak doen over of het asielverhaal waar is? Denkt u dat hij behandeld kan worden in zijn land? Is uw patiënt in staat om te reizen?* Indien een behandelaar deze vragen beantwoordt, gaat hij buiten zijn boekje. De vragen betreffen immers een oordeel over zaken die niet de huidige behandeling betreffen. In Nederland is de afspraak dat behandelaren geen waardeoordeel geven. Behandelaars zijn betrokken bij hun patiënt en daarmee niet onpartijdig. Het beoordelen en adviseren hoort te gebeuren door onafhankelijke beoordelaars of medisch adviseurs.

Wat behandelaren wel kunnen schrijven, krijgt in de praktijk weinig aandacht. Zo kan de behandelaar algemene kennis delen over hoe psychiatrische problematiek tot stand komt, of tot welke effecten dit kan leiden. Dit geldt ook voor kennis over somatische ziektebeelden als hiv/aids of diabetes. Deze informatie kan de advise-

Evert Bloemen, Elisa van Ee & Mario Braakman

rende BMA-arts helpen om de problematiek goed te doorgronden. Ook kan de behandelaar medische contra-indicaties benoemen voor het onderbreken van een lopende behandeling.

Ten slotte kan de behandelaar persoonlijke details beschrijven in de informatie die hij verstrekt, die relevant zijn bij een beoordeling van een ziektebeeld. Door de adviserende en beoordelende arts te informeren over de individuele aspecten van de behandeling van de patiënt kan deze een kwalitatief goed onderbouwd en op de individuele persoon toegespitst medisch advies uitbrengen. Het zijn vaak persoonlijke details die relevant zijn voor de beoordeling van het ontstaan, beloop en herstel van een ziektebeeld. Dit soort informatie van een behandelaar helpt de medisch adviseur om deze aspecten mee te wegen en te benoemen in het advies. Op deze manier kan de informatie van de behandelaar ook terecht komen bij de rechter in een beroepszaak.

Ter illustratie hieronder een korte praktijkcasus met tekstquotes uit de recente handreiking voor GGZ-behandelaars ‘Verstrekken van medische informatie bij juridische vreemdelingenprocedures’.¹² Deze casus laat zien hoe individuele aspecten, die een rol spelen in de behandeling, belangrijk kunnen zijn voor de medisch adviseur van de IND en daarmee ook voor de juridische procedure.

CASUS¹³

Een 32-jarige alleenstaande man uit Pakistan krijgt een psychiatrische behandeling voor zijn posttraumatische stressstoornis en depressieve klachten. Hij is een homoseksuele man met een handicap ten gevolge van polio. Zijn behandelaars krijgen het verzoek om informatie van de medisch adviseur van het BMA die vraagt naar klachten, diagnose en het beloop van de behandeling. Dit in het kader van een medische procedure (art. 64 Vw 2000) na een afgewezen asielaanvraag.

Quotes uit de verstrekte informatie:

- *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*

12 E. Bloemen, N. Bollen, M. Braakman, L. Buning, E. van Ee, I. van Galen & H. Konz., *Hoe geef ik informatie...? Handreiking voor GGZ-behandelaars over effectieve medische informatieverstrekking ten behoeve van juridische (vreemdelingen)procedures*, Utrecht: NVvP, Afdeling Transculturele Psychiatrie 2023, www.nvvp.net/website/nieuws/2023/handreiking-en-webinar-over-het-verstrekken-medische-informatie-bij-juridische-vreemdelingenprocedures.

13 Dit is een fictieve casus, samengesteld uit bestaande elementen.

De worsteling van zorgverleners én juristen op het grensvlak van vreemdelingenrecht en gezondheidszorg

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.

Op basis van deze informatie van de behandelaar heeft de medisch adviseur van het BMA in haar medisch advies gesteld dat zij twijfel heeft of een effectieve behandeling mogelijk is voor deze man in Pakistan. Op basis hiervan heeft de IND zijn medische aanvraag (art. 64 Vw 2000) toegekend.

5. Het perspectief van advocaten en andere juristen betrokken bij medische zaken

Voor advocaten die zieke vreemdelingen bijstaan en voor de IND en rechters die moeten beslissen in dit soort zaken zijn medische aspecten niet makkelijk. Het betreft een ander vakgebied met eigen regels en gedragscodes. In de medische wereld wordt ten aanzien van ziekten veel meer in gradaties van ernst gedacht dan in de juridische wereld, waar het dichotome denken overheerst (wel of niet schuldig, wel of niet geloofwaardig, wel of niet recht op verblijf in Nederland). Dit verschil in benadering leidt soms tot misverstanden en onbegrip. Ook krijgen juristen te maken met behandelaren die in hun opleiding zijn gewaarschuwd voor juristen die door hun vragen hen uitspraken willen ontlokken die vallen buiten hun professionele grenzen, zoals de vraag of iemand medisch gezien kan terugkeren.

Voor advocaten betekent dit dat zij moeten aandringen op medische informatie bij behandelaren die weinig kennis hebben over de juridische context waarin de informatie gebruikt zal worden. Voor het verkrijgen van medische informatie krijgt een advocaat een rekening van de behandelaar of diens instelling. Hij kan dit niet op de asielzoeker verhalen, aangezien deze geen inkomsten heeft. Veel advocaten dringen dan ook aan op het niet in rekening brengen van deze kosten of stellen dat het informatieve vragen zijn waar de patiënt gratis recht op heeft in het kader van de informatieplicht van de behandelaar.

Zowel advocaten, IND-medewerkers als rechters gebruiken soms het begrip ‘medische verklaring’ terwijl ‘medische informatie’ wordt bedoeld. Het bewustzijn dat in Nederland een behandelaar geen medische verklaring kan afgeven over diens eigen patiënten is nog niet overal doorgedrongen.¹⁴ Als alternatief voor het vragen om medische informatie, vragen juristen regelmatig kopieën op van medische dos-

14 A.C. Hendriks, ‘Mag ik een geneeskundige verklaring verstrekken?’, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2018, 162, D3008.

Evert Bloemen, Elisa van Ee & Mario Braakman

siers, mede omdat dit namens de patiënt opvragen gratis is in het kader van het inzagerecht. Het is echter voor juristen niet altijd evident hoe een medisch dossier goed te duiden en de juiste interpretaties eruit te destilleren, die procedureel bruikbaar zijn.

Van belang is dat de medische adviezen die in vreemdelingenprocedures worden ingezet in juridische zin als deskundigenbericht worden beschouwd. Dit betekent dat van deze adviezen een grote mate van gezag uitgaat. Als dit advies zorgvuldig tot stand is gekomen en de conclusie inzichtelijk is, dan mag de overheid van dit advies uitgaan. Alleen een contraexpertise van een onafhankelijk deskundige die concrete aanknopingspunten biedt voor twijfel aan de juistheid of volledigheid van het medisch advies kan hier met enige kans op succes tegen in worden gebracht. Maar zo'n contraexpertise is moeilijk te organiseren. Onafhankelijke artsen en psychologen die dit doen zijn nauwelijks te vinden en kosten veel geld. Daarnaast maakt de bestuursrechter in het vreemdelingenrecht bijna geen gebruik van de mogelijkheid om zelf een deskundige aan te wijzen en te betalen. In de praktijk vallen advocaten bij het aanvechten van een medisch advies terug op het zaaien van twijfel over de zorgvuldigheid en de inzichtelijkheid van het advies. Hiervoor leggen advocaten nogal eens het medisch advies voor aan de betrokken behandelaren met de vraag om commentaar te geven. Dit is voor behandelaren een ingewikkelde vraag, want ze begeven zich op de rand van wat zij mogen doen. Toch signaleren behandelaren regelmatig dat de door hen verstrekte informatie onvolledig wordt geciteerd of niet goed wordt geduid door de medisch adviseur en maken daar melding van.

Overigens tikt de Raad van State de staatssecretaris in hogerberoepszaken regelmatig op de vingers als deze de informatie van behandelaren terzijde schuift zonder een medische contraexpertise.¹⁵ De Raad van State argumenteert dat juristen geen recht van spreken hebben als hun kritiek op de conclusies van een medische expert niet wordt ondersteund door tegenexpertise.

6. Spanningsveld

Het bovenstaande maakt duidelijk hoe in vreemdelingenzaken waarin medische aspecten spelen zowel de jurist als de zorgverlener worstelt met het geven van invulling aan het eigen werk. Behandelaren en advocaten dienen beiden vanuit hun eigen taak de belangen van hun patiënt en cliënt. De juristen en de medisch adviseurs van de IND hebben een beoordelende en adviserende rol vanuit de door de overheid en politiek vastgestelde wet- en regelgeving. Beide perspectieven leiden met name tot een spanningsveld als het een zieke asielzoeker of andere vreemdeling betreft. De kritiek op de werkwijze in dit soort zaken heeft een lange historie, waarover meerdere commissies zich hebben gebogen met adviezen gericht op een meer onafhankelijke positie van het BMA en een andere werkwijze van de medisch

15 M. Ristra-Peeters, 'Kroniek Medisch', *Asiel- & Migrantenrecht*, 2022, 5, p. 290-298.

adviseurs.¹⁶ Behandelaren vinden dat de medisch adviseur onvoldoende oog heeft voor de individuele aspecten van een ziektebeeld.¹⁷ Ook is er kritiek op de bijzondere definiëring die wordt gebruikt in de medische procedure. Zo is het begrip ‘medische noodsituatie op korte termijn’ voor veel behandelaren onbekend en zien zij dit vooral als hulpmiddel voor een restrictief beleid ten aanzien van hun patiënten. Verder roept de werkwijze van de IND om asielzoekers zelf hun medische informatie te laten verzamelen, daar waar dit nergens anders zo gebeurt, vragen op.

Vreemdelingenadvocaten zijn ook kritisch op de huidige praktijk.¹⁸ De Nationale ombudsman bracht een kritisch rapport uit nadat een advocaat had geklaagd over de werkwijze van het BMA.¹⁹ De kritiek op de medisch adviseurs van het BMA leidde tot een aantal medisch tuchtklachten tegen hen.²⁰ Mede hierdoor is de werkwijze van het BMA aangescherpt.²¹ Zo heeft de tuchtrechter bijvoorbeeld bepaald dat de medisch adviseur van het BMA melding moet maken van gereede twijfel over zijn advies als de verstrekte informatie aanwijzingen geeft over twijfel ten aanzien van de effectiviteit van een behandeling in het land van herkomst.²² Dit is vervolgens opgenomen in het BMA-protocol. De laatste jaren worden er nauwelijks nog tuchtzaken gevoerd.

Het spanningsveld tussen de medisch adviseurs van het BMA en behandelaars (in de GGZ) culmineerde toen het BMA de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) inschakelde, die een berispende brief stuurde aan een zestigtal GGZ-behandelaren.²³ In de ogen van de IGZ schreven deze behandelaren medische verklaringen, hetgeen niet is toegestaan. Op initiatief van de Artsenfederatie KNMG heeft dit geleid tot een gesprek tussen vertegenwoordigers van alle betrokken partijen. Dit gesprek leverde weinig op: behandelaren vonden dat zij geen medische verklaringen schreven en slechts het BMA uitgebreid informeerden met het oog op een zorgvuldige advisering. Het BMA veranderde niets aan zijn werkwijze. De conclusie van het gesprek, dat het goed zou zijn als er meer communicatie zou zijn tussen het

- 16 Landelijke commissie medische aspecten van het vreemdelingenbeleid (Commissie-Smeets) 2004; Commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen (Commissie-Klazinga); *Arts en vreemdeling*, Utrecht: Commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen 2007.
- 17 M. de Boo & J. Gilhuis, ‘Artsen moeten zich niet lenen voor asielbeleid (opinie)’, *Medisch Contact* 2014, p. 154-155; GGZ Drenthe, *Brief aan Tweede Kamer over medische zorg voor vreemdelingen* (6 maart 2014); I. Hein, E. Bloemen, J. Bala & J van Essen, ‘Psychische beoordeling asielzoekerskind deugt niet’, *Medisch Contact* 2015, p. 2456-2459.
- 18 L. van Wijnbergen, ‘Het Bureau Medische Advisering: de stand van zaken’, *Journal Vreemdelingenrecht* 2014, 2, p. 98-110.
- 19 Nationale ombudsman, *Zorg over de grenzen. Rapport naar aanleiding van een klacht over het Bureau Medische Advisering*, Den Haag: Nationale ombudsman 2015.
- 20 M. Braakman, *Verslag van analyse van tuchtzaken tegen artsen van het BMA in de periode 2010-2016*, Presentatie op Voorjaarscongres Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Maastricht, 5 april 2017.
- 21 J. ten Berg & M. Peeters, ‘Kroniek Medisch’, *Asiel- & Migrantenrecht* 2018, 5: p. 223-232.
- 22 Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 25 maart 2015, C2014.143, ECLI:NL:TGZCTG:2015:83, *JV* 2015/132.
- 23 Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Brief inzake het opstellen van een medische verklaring* (14 december 2015).

Evert Bloemen, Elisa van Ee & Mario Braakman

BMA en behandelend artsen, heeft nooit een vervolg gekregen. Uiteindelijk is dit de aanleiding geweest tot het schrijven van de eerder genoemde handreiking.²⁴

Duidelijk is dat ten aanzien van zieke asielzoekers en andere vreemdelingen het spanningsveld tussen behandelaars enerzijds en medisch adviseurs, IND en overheid anderzijds al lang bestaat. Daarbij speelt een rol dat de medische procedure (art. 64 Vw 2000) door asieladvocaten vaak als laatste wettelijk ‘redmiddel’ wordt gezien. Dit uitstel van vertrek is voor behandelaren en de behandeling juist desastreus. Het betekent voor de door hen behandelde patiënten dat ze niet beter mogen worden, omdat ze dan hun verblijfsrecht verliezen en uitgezet worden. Voor behandelaren rest vaak niets anders dan verdragen dat patiënten niet kunnen of zullen genezen en dat behandelingen lang en uitzichtloos zijn.

7. Conclusie

Vreemdelingenrecht en gezondheidszorg zijn verschillende vakgebieden. Toch raken ze verstrengeld wanneer vreemdelingen op grond van ziekte om bescherming of verblijf vragen, of wanneer medische problematiek een rol speelt in de asielaanvraag. In die verstrengeling leiden de verschillen in taken en regelgeving tussen juristen en zorgverleners regelmatig tot spanning of conflict. In de geestelijke gezondheidszorg speelt dit het vaakst. Een advocaat vraagt bijvoorbeeld een psychiater om informatie over de behandelbaarheid van de stoornis in land van herkomst of het risico op suïcide bij terugkeer. Indien de behandelaar hierop reageert, riskeert hij een berisping van de beroepsgroep, omdat hij iets verklaart dat buiten de huidige behandeling ligt. Indien hij de advocaat laat weten dat hij hierover niets kan zeggen, kan de advocaat dit beoordelen als een weigering om informatie te verstrekken en een hierover een klacht indienen. Dit spanningsveld is reëel en vaker aanwezig in situaties waarbij een medisch adviseur of beoordelend arts moet oordelen over de impact van een ziektebeeld op andere situaties, zoals werk, uitkeringen en voorzieningen. De praktijk laat zien dat juist in het vreemdelingenrecht dit spanningsveld sterk lijkt te spelen. Mogelijk speelt de confrontatie met leed en onrecht in deze wereld naast een restrictief asielbeleid hierin een rol. Dit laat menig behandelaar en jurist niet onberoerd en kan leiden tot sterkere reacties dan bij andere patiënten of cliënten. Het leidt tot ethische dilemma’s en het risico van (te) grote betrokkenheid.²⁵

Aan de andere kant is het risico aanwezig dat juristen en medisch adviseurs van de IND zich zodanig vereenzelvigen met het door de overheid gevoerde overheidsbeleid dat er onvoldoende oog is voor het menselijk lijden en de menselijke maat als het gaat om ernstig zieke asielzoekers en vreemdelingen. Vreemdelingenadvocaten

24 Bloemen e.a. 2023 (noot 12).

25 S. Kramer, M.H.H. Hoogsteder, E. Olsman & L.H.M. van Willigen, *Handreiking ethische dilemma’s in de GGZ voor asielzoekers*, Amsterdam: Johannes Wier Stichting voor gezondheidszorg en mensenrechten 2015.

De worsteling van zorgverleners én juristen op het grensvlak van vreemdelingenrecht en gezondheidszorg

caten en wetenschappers hebben gewezen op de parallellen die zij zien met de slachtoffers van de kindertoeslagaffaire.²⁶

Het is in deze complexe context dat zorgverleners en juristen hun werk moeten doen. In deze verstrengeling hebben zij elkaar nodig. Met kennis van de mogelijkheden en van de grenzen van elkaars vakgebieden kunnen zij optimaal gebruik maken van de wederzijdse expertise en de kwaliteit verbeteren van procedures waarbij medische aspecten een rol spelen. Door met elkaar in gesprek te blijven over zowel de medische en juridische realiteit kunnen zij gezamenlijk optrekken in de ondersteuning van de vreemdeling die ook patiënt is.

26 Vereniging Asieladvocaten en Juristen Nederland (VAJN) & Specialistenvereniging Migratierecht Advocaten (SVMA), *Ongehoord onrecht in het vreemdelingenrecht*, Amsterdam/Den Haag: VAJN/SVMA 2021; K. Geertsema, K. Groenendijk, C. Grütters e.a., 'Ongezien onrecht in het vreemdelingenrecht', *Nederlands Juristenblad* 2021, 14: p. 1046-1053.