



Nader onderzoek naar de zorgverlening aan
Renata A.

Utrecht, januari 2017

Inhoud

| | |
|-----------|---|
| 1 | Inleiding 5 |
| 1.1 | Aanleiding 5 |
| 1.2 | Doelstelling en onderzoeksvragen 6 |
| 1.3 | Onderzoeksmethode 7 |
| 1.4 | Toetsingskader en afbakening 9 |
| 1.5 | Leeswijzer 10 |
| 2 | Conclusies 11 |
| 2.1 | Rol van de ouders van Renata 11 |
| 2.2 | Organisatie van de huisartsenzorg aan asielzoekers in het GC A te Baexem 12 |
| 2.3 | Verslaglegging en dossiervoering 12 |
| 2.4 | Informatieoverdracht bij overplaatsing van het AZC naar het DCR 12 |
| 2.5 | Individueel medisch handelen van betrokken zorgverleners 13 |
| 3 | Verbetermaatregelen en vervolgtoezicht 14 |
| 3.1 | Verbetermaatregelen in de vreemdelingenketen sinds 2012 14 |
| 3.2 | Vervolgtoezicht 16 |
| 4 | Resultaten inspectieonderzoek 18 |
| 4.1 | Verblijf in AZC Baexem 18 |
| 4.2 | Overbrenging naar Detentiecentrum Rotterdam 30 |
| 4.3 | Verblijf in detentiecentrum Rotterdam 32 |
| Bijlage 1 | Lijst van afkortingen 42 |

1 Inleiding

Voorliggende versie van het rapport is een aangepaste versie van het integrale rapport. Deze versie is op hoofdlijnen gelijk aan het integrale rapport. In het integrale rapport zijn bevindingen per tijdscluster schematisch weergegeven. Uit overwegingen van privacy en in het kader van het medisch beroepsgeheim zijn de tijdsclusters en de overige specifieke, tot de persoon herleidbare teksten en medische gegevens in voorliggend rapport weggelaten.

1.1 Aanleiding

Eind 2012 werd het Georgische gezin A. na een verblijf van bijna een half jaar (13 juni 2012 tot en met 26 november 2012) in Nederland, na afwijzing van een asielaanvraag, naar Polen uitgezet. Het gezin bestond uit vader, moeder, twee dochters en grootmoeder. Renata, destijds zes jaar oud, was de jongste dochter in het gezin A. In overeenstemming met de EU-Dublin-verordening was Polen, het land waar het gezin het Schengengebied was binnengekomen, verantwoordelijk voor de behandeling van het asielverzoek.

Tijdens het verblijf van het gezin A. in Nederland waren er verschillende contactmomenten tussen Renata en haar ouders en zorgprofessionals. De ouders meldden zich gedurende de laatste weken van hun verblijf bij zorgverleners en andere medewerkers vanwege terugkerende gezondheidsklachten bij hun dochter Renata.

Enkele dagen na de uitzetting van het gezin naar Polen vond bloedonderzoek plaats bij Renata. Hieruit bleek dat zij aan acute leukemie leed waarna werd gestart met behandeling.

Over de uitzetting van Renata oordeelden de politiek en media kritisch omdat tijdens het verblijf van Renata in Nederland niet aan het licht was gekomen dat Renata ernstig ziek was.

Eind 2013 kreeg het gezin het aanbod van de toenmalige Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie om zich in Nederland te vestigen. Renata onderging na terugkeer naar Nederland een voortgezette intensieve behandeling die helaas niet mocht baten. Zij overleed op 17 oktober 2014.

In 2013 verzochten de Inspectie voor de Gezondheidszorg (verder: IGZ) en de Inspectie Veiligheid en Justitie (verder: Inspectie VenJ) de directies van het Detentiecentrum Rotterdam (DCR) en het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A) om de gebeurtenis te onderzoeken. De directies van het DCR en het GC A gaven een onderzoekscommissie de opdracht om de medische zorg, verleend aan Renata voorafgaande aan haar uitzetting, te onderzoeken. De onderzoekscommissie (verder te noemen 'onderzoekscommissie 2013') bestond uit een onafhankelijke voorzitter, een onafhankelijke huisarts en vertegenwoordigers van de Dienst Justitiële Inrichtingen en het GC A. Het onderzoek werd mede uitgevoerd aan de hand van door de IGZ geformuleerde onderzoeksvragen. De onderzoekscommissie 2013 concludeerde, samengevat, dat geen sprake was van nalatigheid en/of verwijtbaar handelen door de individuele bij Renata betrokken zorgverleners. De medische dossiers gaven een volledig en accuraat beeld van het zorgverleningsproces. Als gevolg van een incomplete, dan wel afwezige overdracht van medische gegevens van de GC A-locatie in AZC Baexem naar de medische dienst van het DCR werden de observaties van successievelijke zorgverleners echter niet in lijn, maar geïsoleerd gebruikt.

Ten slotte concludeerde de onderzoekscommissie 2013 dat een aantal organisatorische factoren rondom de overplaatsing van het gezin van Baexem naar het DCR, van invloed is geweest op het zorgverleningsproces aan Renata. De IGZ en Inspectie VenJ (verder: de Inspecties) namen destijds de conclusies van de onderzoekscommissie 2013, zoals beschreven in het rapport 'Zorg voor overdracht in de keten'¹, over.

Per brief van 8 augustus 2014 wendde het gezin A. zich, door tussenkomst van hun advocaat, met een klacht tot de inspecteur-generaal van de IGZ. Zij deden hun beklag over de handelwijze van de Inspecties naar aanleiding van het rapport 'Zorg voor overdracht in de keten'. Daarnaast beschreef de klachtbrief de kritiek van het gezin A. op voornoemd rapport. De klacht van de ouders ging over de werkwijze van de onderzoekscommissie 2013, waarbij een cruciaal punt was dat zij in het kader van het onderzoek destijds, niet zijn gehoord. Daarnaast hadden zij kritiek op de door de onderzoekscommissie gerapporteerde feiten over de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. De klacht van de ouders is door de IGZ voorgelegd aan de IGZ klachtadviescommissie. De klachtadviescommissie nam de klacht in behandeling.

Mede vanwege wat namens de ouders tijdens de mondelinge behandeling van de klacht naar voren werd gebracht, sprak een vertegenwoordiging van de IGZ op 22 januari 2015 met de ouders, in aanwezigheid van hun advocaat.

Tijdens dit gesprek betwistten de ouders een aantal feiten in het rapport van de onderzoekscommissie 2013. Zij vonden dat hun inspanningen en ervaringen, als ouders van Renata, in dit rapport onvoldoende naar voren kwamen. De IGZ besloot op basis van dit gesprek om, op geleide van de reactie van de ouders, een aanvullend onderzoek in te stellen. De Inspectie VenJ sloot zich bij het onderzoek aan. De IGZ richtte zich daarbij op de medisch gerelateerde aspecten en de Inspectie VenJ op de procesgang door de vreemdelingenketen, waaronder de toegankelijkheid van de zorg.

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

De onderzoekscommissie 2013 hanteerde de volgende onderzoeksvragen bij haar onderzoek:

- Voldeed de medisch noodzakelijke zorg die werd geboden door GC A en medische dienst van het DCR aan de geldende beroepsnormen (waaronder standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)?
- Werd alle medisch inhoudelijke informatie binnen en tussen de betrokken instellingen tijdig gedeeld met de juiste disciplines?
- Zijn er organisatorische zaken van invloed geweest op het zorgverleningsproces rond Renata?

In het verlengde van bovenstaande onderzoeksvragen beantwoorden de Inspecties in dit onderzoek de volgende twee onderzoeksvragen:

- Leidt de aanvullende informatie van de ouders van Renata tot nieuwe/andere onderzoeksbevindingen dan de bevindingen zoals beschreven door de onderzoekscommissie in 2013?
- Geven (eventuele) nieuwe/andere onderzoeksbevindingen aanleiding om de in het eerdere onderzoek geformuleerde conclusies bij te stellen of aan te vullen?

1 Calamiteitenonderzoek naar de medische zorg verleend aan de 6-jarige asielzoekster Renata A. tijdens haar verblijf in een asielzoekers- en een detentiecentrum in Nederland. Onderzoek op verzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Inspectie voor Veiligheid en Justitie, ingesteld door de directies van het detentiecentrum Rotterdam en het Gezondheidscentrum Asielzoekers. Oktober 2013.

1.3 Onderzoeksmethode

Uitgangspunt voor het nader onderzoek door de Inspecties is de aanvullende informatie van de ouders van Renata. Deze aanvullende informatie komt in hoofdstuk 3 aan de orde.

De Inspecties raadpleegden in het kader van informatieverzameling diverse bronnen, de belangrijkste zijn:

Het rapport 'Zorg voor overdracht in de keten' en een deel van de onderliggende stukken die de onderzoekscommissie 2013 destijds heeft gebruikt, te weten:

- De gespreksverslagen van de gesprekken die de onderzoekscommissie 2013 destijds met een aantal betrokken medewerkers van het GC A en het DCR voerde.
- De medische dossiers van Renata en haar familieleden van het GC A en het DCR.
- De dagrapportages in het Integraal Bewoners Informatie Systeem (IBIS) van COA-woonbegeleiders van het AZC Baexem.
- Het feitenrelaas Menzis COA Administratie b.v. (MCA) en het GC A.
- De formulieren M118 Aanmelding vreemdeling/voortzetting IBS (inbewaaringstelling) in een Justitiële Inrichting van het gezin A.

Aanvullend raadpleegden de Inspecties de volgende bronnen:

- Het medisch dossier van Renata van de Jeugdgezondheidszorg/GGD Limburg Noord.
- De logboeken met de dienstrapporten van de beveiliging van het AZC Baexem en detentietoezichthouders van het DCR.
- Het briefje van de Huisartsenpost (HAP)-arts, meegegeven aan ouders;
- De processen-verbaal Vreemdelingenpolitie Venlo van de ouders en grootmoeder van Renata.
- De rittenstaat Dienst Vervoer en Ondersteuning (DV&O) transport familie A. van 21 november 2012.
- Gespreksdata² van het Tolk- en Vertaalcentrum Nederland over getolkte gesprekken tussen hulpverleners en het gezin A. tijdens hun verblijf in het DCR;
- Rapportage en bijzonderhedenlijsten Wachtcommandanten DCR van 21 tot en met 26 november 2012.
- Dienstroosters verpleegkundige bezetting DCR 23 tot en met 26 november 2012.
- Verslag van het gesprek tussen de ouders en advocaat en een vertegenwoordiging van de IGZ op 22 januari 2015.
- Brief advocaat aan Tweede Kamer, Commissie voor Veiligheid en Justitie, 26 mei, 2014.

Voor inzage in de medische dossiers werd toestemming gevraagd aan - en verkregen van - de ouders en indien relevant van de grootmoeder en zus van Renata. Alleen inspecteurs van de IGZ hadden inzage in de medische dossiers. Voorts werd toestemming gevraagd en verkregen van de ouders en zus van Renata voor het kennis nemen van medische informatie zoals beschreven in het onderzoeksrapport, door bij het onderzoek betrokken medewerkers van de Inspectie VenJ. Dit werd gedaan om een gezamenlijke onderzoeksrapportage mogelijk te maken.

2 Beschikbare gespreksdata betroffen: het tijdstip van aanvang van het gesprek, de naam van de aanvrager van het gesprek (=medewerker DCR) en de duur van het gesprek. De inhoud van vertolkte gesprekken wordt niet vastgelegd door tolken/de tolkencentrale.

Voorts voerden de Inspecties in het kader van de informatieverzameling gesprekken met verschillende betrokken functionarissen. Voor het merendeel waren dit interviews op locatie. Bij gesprekken met de medische functionarissen waren alleen inspecteurs van de IGZ aanwezig. Enkele gesprekken werden telefonisch gevoerd en daarnaast leverden betrokkenen op verzoek van de Inspecties aanvullende informatie per mail. Met betrekking tot het verblijf in het Asielzoekers Centrum (AZC) in Baexem (van 23 augustus 2012 tot 21 november 2012) spraken de Inspecties met:

- De locatiemanager van het AZC.
- Drie woonbegeleiders die het gezin A. begeleidden bij de intake, hen wegwijs maakten in het AZC en die fungeerden als vraagbaak gedurende hun verblijf.
- Een leerkracht van de school waarop Renata zat tijdens het verblijf in Baexem.
- Een medewerker beveiliging van het AZC³.
- De verpleegkundige van de Jeugdgezondheidszorg/GGD die Renata zag bij de verpleegkundige intake en de (herhalings)vaccinaties.
- De arts van de Jeugdgezondheidszorg/GGD die lichamelijk onderzoek bij Renata verrichtte in het kader van de intake.
- De praktijkverpleegkundige van het GC A die Renata onderzocht.
- Eén van de twee praktijkassistenten⁴ GC A die Renata zag aan de balie.
- Eén van de twee huisartsen⁵ die destijds de huisartsenzorg leverden aan het AZC.
- De huisarts van de huisartsenpost (HAP) in Weert die Renata onderzocht.

Met betrekking tot het overbrengen van het gezin van het AZC naar het DCR spraken de Inspecties met:

- Twee vreemdelingenrechercheurs en de hulpofficier van justitie die waren betrokken bij de in bewaring stelling en het overbrengen van het AZC naar het arrestantencomplex in Venlo.
- Twee transportbegeleiders van de DV&O die het gezin vervoerden van het arrestantencomplex te Venlo naar het DCR.

Met betrekking tot het verblijf in DCR (van 21 november 2012 tot 26 november 2012) spraken de Inspecties met:

- Drie detentietoezichthouders van DCR die tijdens het verblijf van het gezin A. werkzaam waren op de betreffende afdeling.
- De medewerker vreemdelingenzaken van DCR die een gesprek met de vader van Renata voerde.
- Een Unitmanager van de Dienst Terugkeer en Vertrek (DT&V) met betrekking tot de procedure van de fit-to-fly keuring.
- Drie verpleegkundigen van DCR die volgens het medisch dossier waren betrokken bij de intake en de verleende zorg aan Renata.
- Een arts die volgens het medisch dossier Renata onderzocht in het kader van de intake.
- Vier verpleegkundigen van DCR die dienst hadden in het laatste weekend van verblijf in DCR.
- Vijf tolken van het Tolk- en Vertaalcentrum Nederland die zijn ingezet door de medische dienst van DCR⁶.

3 De inspecties hebben zich ingespannen om de destijds rechtstreeks bij de casus betrokken medewerker receptie te traceren. Dit heeft geen resultaat opgeleverd. In onderhavig rapport is de (proces)informatie afkomstig van een medewerker die toentertijd werkzaamheden als medewerker receptie vervulde.

4 In verband met langdurige afwezigheid van de andere praktijkassistente is deze niet gehoord in het kader van het onderzoek.

5 De huisarts die verantwoordelijk was voor de praktijkvoering van de huisartsenzorg aan bewoners van het AZC Baexem is inmiddels overleden.

- De plaatsvervangend vestigingsdirecteur van DCR.

De Inspectie VenJ verzocht de advocaat die het gezin destijds bijstond in de asielprocedure herhaalde malen om aan dit onderzoek mee te werken; op deze verzoeken werd geen reactie van de toenmalige advocaat ontvangen.

Van de gesprekken die de IGZ voerde met het betrokken medisch personeel zijn gespreksverslagen opgesteld en aan hen voorgelegd ter verificatie op feitelijke onjuistheden waarna ze werden vastgesteld. De gesprekken met de overige betrokkenen betroffen vooral gerichte feitenverzameling en het verzamelen van achtergrond- en contextinformatie. Hiervan zijn, met instemming van de geïnterviewden, geen gespreksverslagen voorgelegd voor correctie op feitelijke onjuistheden.

Op drie momenten ontvingen de Inspecties informatie van de ouders van Renata:

- Voor aanvang van het onderzoek: gesprek tussen ouders en vertegenwoordiging IGZ op 22 januari 2015 (naar aanleiding van de klacht).
- Aan het einde van de informatie-verzamelingsfase van het onderzoek: de vragen die uit de door de Inspecties verzamelde informatie voortkwamen zijn aan de ouders voorgelegd. De ouders hebben deze vragen, via hun advocaat, schriftelijk beantwoord, juli 2015.
- Na het opstellen van het conceptrapport van bevindingen: wederhoor door ouders op conceptbevindingen, april/juni 2016.

De betrokken medisch beroepsbeoefenaren kregen in het kader van wederhoor eveneens de gelegenheid om te reageren op de conceptbevindingen die voortvloeiden uit de door hen verstrekte informatie. Na ontvangst van de wederhoorreacties van ouders en beroepsbeoefenaren formuleerden de Inspecties de definitieve bevindingen, duiding van de bevindingen, en conclusies.

De Inspecties voerden, als gezegd, op geleide van de informatie en vragen van de ouders het aanvullende onderzoek uit waarbij zij de relevante feiten zo volledig mogelijk reconstrueerden. Vanwege de verstreken tijd konden niet alle feiten meer worden achterhaald. Vaak waren herinneringen van betrokkenen (vooral) gebaseerd op de destijds vastgelegde informatie.

1.4 Toetsingskader en afbakening

Het bij dit onderzoek door de IGZ gehanteerde toetsingskader is gebaseerd op destijds geldende wet- en regelgeving:

- De Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet Big).
- De Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwz).
- Protocol Samenwerking & verantwoordelijkheden bij zorguitvoering. GC A 23-09-2011.
- Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (KNMG e.a. 2010).
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) telefoonwijzer.
- De toetsingskaders die de IGZ hanteerde in haar onderzoek: "Goede vooruitgang in toegankelijkheid huisartsenzorg en bereik publieke gezondheidszorg volgens nieuw zorgmodel voor asielzoekers". September 2011. Deze toetsingskaders zijn destijds, in nauwe samenspraak met het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA), Gemeentelijke Gezondheidsdiensten Nederland (GGD NL), het GC A en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV),

6 Geen van de tolken had specifieke herinneringen aan de getolkte gesprekken in het kader van de verleende zorg aan Renata. Dit is niet verwonderlijk gezien de vele gesprekken die zij beroepshalve uitvoeren en de inmiddels verstreken tijd.

opgesteld op basis van bestaande normen uit wet- en regelgeving, professionele standaarden, protocollen, richtlijnen en geaccepteerde afspraken tussen partners.

- NHG standaard 'Kinderen met koorts'.
 - Destijds geldende veldnormen en (lokale) procedures en werkafspraken.
- De Inspectie VenJ toetst de toegankelijkheid van medische zorg en de gang van zaken tijdens het terugkeerproces, inclusief het verblijf in het detentiecentrum. Uitgangspunt daarvoor zijn de criteria die de Inspectie VenJ hanteert in haar toetsingskaders bij de doorlichting van detentiecentra en de monitoring van het terugkeerproces⁷.

De kwaliteit van de zorgverlening en het verblijf van het gezin A. in Polen maken geen onderdeel uit van het nadere inspectieonderzoek, omdat dit buiten de reikwijdte van toezichtstaken en -verantwoordelijkheden van de Inspecties valt.

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk twee trekken de Inspecties de conclusies van dit onderzoek. Hoofdstuk drie beschrijft vervolgens welke verbetermaatregelen inmiddels zijn getroffen. Aanvullend benoemen de Inspecties aanbevelingen met betrekking tot knelpunten die (nog) niet zijn opgelost. Hoofdstuk vier beschrijft de onderzoeksresultaten. De Inspecties gaan in dit laatste hoofdstuk in chronologische volgorde in op de gebeurtenissen tijdens de laatste periode van het verblijf van het gezin A. in Nederland. Het hoofdstuk beschrijft drie fasen: het verblijf in het AZC te Baexem, de overbrenging vanuit het AZC naar het DCR, en het verblijf in het DCR.

⁷ Ten tijde van het vertrek van het gezin A. uit Nederland werd het toezicht op het terugkeerproces uitgeoefend door de commissie integraal toezicht terugkeer (CITT). Dit toezicht is per 1 januari 2014 ondergebracht bij de IVenJ die hiervoor een toetsingskader vaststelde.

2 Conclusies

In dit hoofdstuk beschrijven de Inspecties de conclusies van het onderzoek en concluderen aan de hand van de volgende onderzoeksvragen:

- Leidt de aanvullende informatie van de ouders van Renata tot nieuwe/andere onderzoeksbevindingen dan de bevindingen zoals beschreven door de onderzoekscommissie in 2013?
- Geven (eventuele) nieuwe/andere onderzoeksbevindingen aanleiding om de in het eerdere onderzoek geformuleerde conclusies bij te stellen of aan te vullen?

Het is van belang om hier op te merken dat er verschillen zijn in de wijze waarop het gezin A. en de betrokken functionarissen terugkijken op de gang van zaken. Herinneringen aan, ervaringen en interpretaties van feiten en omstandigheden bleken, mede door het verloop van tijd, in meer of mindere mate uiteen te lopen en soms ook niet (meer) aanwezig. Op onderdelen leek sprake te zijn van niet optimale communicatie als gevolg van de aanwezige taalbarrière⁸. Ook hierdoor kunnen ervaringen en herinneringen van betrokkenen uiteenlopen.

De Inspecties hebben getracht om met dit onderzoek de gang van zaken rond het gezin A. zo volledig mogelijk te reconstrueren. Het lukte echter, mede door het feit dat dossiers op onderdelen niet volledig bleken, niet altijd om te komen tot een eenduidige reconstructie. Aan sommige onderzoeksaspecten kan dan ook geen conclusie worden verbonden. De Inspecties beseffen dat dit mogelijk niet voldoet aan de verwachtingen van de belanghebbenden.

De conclusies 2.1 t/m 2.3 wijken af van de conclusies zoals beschreven door de onderzoekscommissie 2013.

2.1 **Geen onderbouwing gevonden voor de conclusie van de onderzoekscommissie 2013 over de rol van de ouders van Renata**

In tegenstelling tot het onderzoek uit 2013 vinden de Inspecties in dit onderzoek onvoldoende onderbouwing voor de stelling dat het handelen van de ouders een rol speelde bij het ontstaan van de vertraging in de diagnosticering van de ziekte van hun dochter.

Een belangrijke aanleiding van de ouders om zich niet neer te leggen bij de conclusies van het calamiteitenonderzoek in 2013, en daarmee ook de conclusie van de Inspecties, en daarover hun beklag te doen, is dat zij in het kader van dat onderzoek niet zijn gehoord. In het onderzoek uit 2013 wordt onder meer gesteld dat het handelen van de ouders heeft bijgedragen aan het ontstaan van de vertraging in de diagnosticering. Volgens de ouders is dit onjuist en zij ervaren het beschrevene als zeer pijnlijk en onterecht. Dit temeer omdat de toenmalige bevindingen die hebben geleid tot deze stelling niet bij hen zijn geverifieerd.

⁸ De Inspecties onderschrijven dit op basis van een aantal concrete voorbeelden. Zo was het onderscheid tussen artsen en verpleegkundigen in het DCR voor de ouders onduidelijk. Ook lijkt er sprake te zijn geweest van ruis in de communicatie; de opmerking in de intakegegevens (DCR) van Renata dat zij voor een specifieke klacht naar een specialist zou gaan is bijvoorbeeld niet te herleiden naar informatie die bij de ouders danwel bij zorgverleners bekend was. Een ander voorbeeld dat de Inspecties aantreffen is het feit dat de moeder van Renata de dag na het bezoek aan de Hap een tweede maal verscheen aan de balie, ditmaal met een zelf meegebrachte tolk.

Ondanks dat verificatie bij de ouders in het onderhavige onderzoek wel plaatsvond en de Inspecties zich hebben ingespannen om zoveel mogelijk aanvullende informatie te achterhalen, geeft ook dit onderzoek niet op alle punten een volledige en eenduidige reconstructie en geen antwoord op de vraag: hoe is het nu allemaal precies verlopen?

2.2 De organisatie van de huisartsenzorg aan asielzoekers in het GC A te Baexem was in 2012 kwetsbaar

De Inspecties constateren dat de wijze waarop de huisartsenzorg in 2012 in het AZC te Baexem was georganiseerd kwetsbaar was. De Inspecties stellen vast dat de verantwoordelijkheid van, en regievoering door de huisartsen in het zorgproces onvoldoende was geborgd. De huisartsenpraktijk bevond zich op afstand van het AZC. De wijze van communicatie tussen de huisartsen en praktijkverpleegkundigen, hoofdzakelijk schriftelijk en met weinig laagdrempelig overleg, was niet optimaal ondersteunend om op afstand de verantwoordelijkheid voor de patiëntenzorg te kunnen nemen. Werkafspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen de huisartsen, praktijkverpleegkundigen en praktijkassistenten ontbraken of waren onduidelijk. Binnen het GC A te Baexem werden consulten met de praktijkverpleegkundige, waar geen vraag uit voortvloeide voor de huisartsen, niet door de huisartsen gefiatteerd. Dit was in strijd met de GC A-norm die van toepassing was, omdat alle consulten die door verpleegkundigen werden uitgevoerd gefiatteerd moesten worden door de verantwoordelijk huisarts.

Dit laatste punt heeft, voor zover de Inspecties konden beoordelen op basis van de beschikbare informatie, geen directe invloed gehad op de zorgverlening aan Renata. In geval van Renata werden de consulten wel gefiatteerd door de huisarts, omdat de praktijkverpleegkundige een consultvraag aan de huisarts voorlegde.

2.3 Tekortkomingen in verslaglegging en dossiervoering (zowel medisch als niet-medisch⁹) geconstateerd

De Inspecties delen de conclusie van de onderzoekscommissie 2013 niet, dat de medische dossiers een volledig en accuraat beeld van het zorgverleningsproces geven. De Inspecties troffen een aantal keren onvolledige en onzorgvuldige verwerking van informatie aan in de dossiers.¹⁰

De Inspecties vonden situaties waarbij informatie (intern) niet werd overgenomen, verslaglegging summier was en situaties waarbij aannemelijk is dat informatie in het verkeerde dossier werd opgenomen. Verder worden door de ouders van Renata contacten beschreven die niet als zodanig naar voren komen in de dossiers. Mogelijk zijn er meer contacten geweest dan dat genoteerd staan, echter dit hebben de Inspecties niet kunnen reconstrueren.

De conclusies 2.4 en 2.5 sluiten aan bij de conclusies van de onderzoekscommissie 2013.

2.4 De informatieoverdracht bij overplaatsing van het AZC naar het DCR schoot ernstig tekort

De onderzoekscommissie 2013 constateerde dat de zorgverleners in het DCR niet beschikten over de accurate voorgeschiedenis en medische gegevens. Deze constatering is in lijn met de conclusie van de Inspecties die vaststellen dat de overdracht van medische informatie in de zorgketen onvolledig en onzorgvuldig is geweest.

⁹ De conclusie van de onderzoekscommissie 2013 ging alleen over de medische verslaglegging.

¹⁰ Dit betrof ook niet-medische verslaglegging, zoals in de M118 formulieren

De medische informatieoverdracht van de GC A-locatie in het AZC Baexem naar de medische dienst van het DCR vond niet plaats. Ook de overdracht van informatie over de gezondheid van Renata door de vreemdelingenpolitie middels het M118 formulier verliep onzorgvuldig. Hierdoor konden de zorgverleners in het DCR bevindingen van eerdere hulpverleners niet betrekken in hun beoordeling.

2.5 Individueel medisch handelen van betrokken zorgverleners was conform professionele standaard

De onderzoekscommissie 2013 constateerde dat er geen aanwijzingen zijn gevonden dat individuele hulpverleners zorg hebben verleend die niet aan de beroepsnorm voldeed.

De Inspecties concluderen dat, vanuit individueel perspectief, de bij de zorgverlening aan Renata betrokken zorgverleners medisch handelden in overeenstemming met de geldende normen, uitgaande van de informatie waarover de zorgverleners op dat moment beschikten. De Inspecties constateerden, evenals de onderzoekscommissie 2013, geen verwijtbare tekortkomingen in het individueel medisch handelen van zorgverleners. Zoals beschreven in de voorgaande conclusie was de informatie waarover de individuele zorgverleners beschikten beperkt. Dit leverde een gefragmenteerde zorgverlening op, waardoor zorgverleners nimmer over een samenhangend beeld met betrekking tot de gezondheidstoestand van Renata beschikten.

3 Verbetermaatregelen en vervolgtoezicht

3.1 **Verbetermaatregelen in de vreemdelingenketen sinds 2012**

Bij het voorgenomen vervolgtoezicht betrekken de Inspecties de relevante verbetermaatregelen die vanaf 2012 in de vreemdelingenketen zijn doorgevoerd, om recht te doen aan de hieronder beschreven ontwikkelingen in de vreemdelingenketen sinds 2012.

Als gevolg van de gang van zaken rond het overlijden van een Russische asielzoeker¹¹ zegde de toenmalige staatssecretaris van VenJ verbetermaatregelen toe op onder meer de kwaliteit van de overdracht van informatie binnen de vreemdelingenketen.

De Inspectie VenJ verrichtte in samenwerking met de IGZ in 2014 en 2015 onderzoek naar de doorvoering van deze verbetermaatregelen en deed over de voortgang verslag in een tweetal rapporten: Monitor Vreemdelingenketen I d.d. 8 mei 2014 en Monitor Vreemdelingenketen II d.d. 6 mei 2015.¹²

De Inspecties gaan hieronder in op de ontwikkelingen en stand van zaken van de - voor dit onderzoek relevante- verbetermaatregelen sinds 2012. Zij baseren zich hierbij op de resultaten uit de bovengenoemde Monitor en op de resultaten van toezicht van de IGZ op de medische zorg aan asielzoekers in 2015 en 2016.¹³

De Inspecties gaan in deze paragraaf ten eerste in op de resultaten over de informatieoverdracht in de keten. Hierbij besteden zij specifiek aandacht aan de overdracht van medische informatie en het bieden van een handelingsperspectief¹⁴, het delen van niet medische informatie/gezondheidsgegevens en ketenbewustzijn en professionalisering van medewerkers. Dossiervoering is hierbij een onderdeel van informatieoverdracht in de keten. Vervolgens gaan de Inspecties in op de stand van zaken van de zorg aan asielzoekers in COA-opvanglocaties. De organisatie van de huisartsenzorg door het GC A in opvanglocaties maakt hier onderdeel van uit.

Informatieoverdracht in de keten

In zowel Monitor Vreemdelingenketen I als II werd geconstateerd dat, ondanks dat er sprake was van intensivering van de samenwerking in de keten, het verbeteren van de informatieoverdracht in de keten nog om extra inspanningen vroeg. Eén van de voorwaarden die hiervoor genoemd werd betrof digitalisering van de informatieoverdracht. Participatie van alle partijen en ketenbewustzijn van individuele medewerkers werden hierbij als kritische succesfactoren benoemd. Dit vergt een blijvende investering. Verder was een belangrijke constatering dat er

11 Op 12 april 2013 werd het inspectierapport van de Inspectie VenJ en IGZ naar aanleiding van het overlijden van de Russische asielzoeker Alexander Dolmatov openbaar. Het beschreef de gang van zaken binnen en tussen instanties binnen de vreemdelingenketen gedurende zijn asielpcedure. Het onderzoek bracht aan het licht dat met name de overdracht van informatie, waaronder medische informatie, tussen de verschillende instanties werkzaam binnen de vreemdelingenketen, kwetsbaar was.

12 Voor de actuele stand van zaken baseren de Inspecties zich op de brief die de Minister van VenJ op 19 mei 2016 naar de Tweede Kamer zond.

13 Op geleide van diverse inspectieonderzoeken werden in de loop van 2013 en 2014 een fors aantal verbetermaatregelen in de vreemdelingenketen doorgevoerd. Op verzoek van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie heeft de Inspectie VenJ in samenwerking met de IGZ de voortgang van de implementatie periodiek getoetst. (Monitor Vreemdelingenketen – rapport d.d. 8 mei 2014 en rapport d.d. 6 mei 2015). Daarnaast heeft IGZ haar toezicht op zorg aan asielzoekers in 2015 geïntensiveerd vanwege de risico's van (te) snelle uitbreiding van het aantal opvangplaatsen en hierover geaggregeerd gerapporteerd (Medische zorg aan asielzoekers onder druk maar ketenpartners beperken gezamenlijk grootste risico's. Maart 2016).

14 Handelingsperspectief bieden betekent aangeven wat men kan of moet doen in een bepaalde situatie en/of handvatten bieden voor bejegening.

binnen de keten behoefte bestond aan duidelijkheid over de reikwijdte van de bevoegdheden van een ieder om medisch inhoudelijke dan wel medisch gerelateerde informatie (gezondheidsgegevens waarop geen medisch beroepsgeheim rust) te delen, passend binnen de grenzen van het medisch beroepsgeheim en privacywetgeving. Duidelijkheid over de reikwijdte van ieders bevoegdheden voor informatie-uitwisseling is van belang, omdat er op meerdere momenten sprake is, of zou moeten zijn, van informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals en andere (niet medische) functionarissen.

Overdracht van medische informatie en bieden van een handelingsperspectief

Ten aanzien van de overdracht van medische informatie (informatie waarop (afgeleid) medisch beroepsgeheim rust) werd in februari 2013 een samenwerkingsovereenkomst gesloten tussen het GC A en de Dienst Bijzondere Voorzieningen (DBV)¹⁵ voor de overdracht van medische gegevens. In het belang van een goede continuïteit van medische zorg bij verplaatsingen van asielzoekers tussen COA-locaties en detentiecentra werden afspraken gemaakt over de overdracht van medische gegevens.

Voorts is in mei 2016 een handreiking¹⁶ gereed gekomen en beschikbaar gesteld aan zorgprofessionals die werkzaam zijn in, of werken met, de vreemdelingenketen. De handreiking heeft als doel duidelijkheid te geven over het delen van medische of gezondheidsinformatie, met inachtneming van het medisch beroepsgeheim. De handreiking gaat in op het delen van informatie tussen zorgprofessionals, maar ook op het uitwisselen van informatie met personen die geen medisch of afgeleid medisch beroepsgeheim hebben, om hen een handelingsperspectief te bieden. Daarnaast is een formulier ontwikkeld waarin een non-consent verklaring en een toestemmingsverklaring zijn geïntegreerd en de vreemdeling kan aangeven of hij al dan niet toestemming verleent om medische informatie over te dragen aan functionarissen binnen de keten. Het formulier zal vanaf medio 2016 in de vreemdelingenketen geïntroduceerd worden. De vreemdeling kan zich op ieder moment bedenken en besluiten zijn toestemming te wijzigen.

Delen van niet medische informatie/gezondheidsgegevens

Met betrekking tot het delen van gezondheidsgegevens waarop geen medisch beroepsgeheim rust zijn in 2014 verbeteringen doorgevoerd met de invoering van het Tijdelijk Informatiesysteem Overdracht Vreemdelingen (TISOV)¹⁷. In TISOV delen ketenpartners gezondheids- en andere gegevens, zodat deze gegevens voor ketenpartners real-time en online beschikbaar zijn. Met de implementatie en werking van dit systeem is de informatieoverdracht tussen de ketenpartners, die zijn betrokken bij het vertrek van een vreemdeling, verbeterd.

Ketenbewustzijn en professionalisering medewerkers

Naast het realiseren van ondersteunende randvoorwaarden om medische informatie uit te wisselen, is het bewustzijn van de medewerkers om relevante informatie tijdig over te dragen minstens zo belangrijk. In de keten is het belang hiervan onder de aandacht gebracht, onder meer door het organiseren van twee ketenbrede werkconferenties over informatieoverdracht. Deze werkconferenties kregen echter geen vervolg, terwijl ketenbewustzijn om continue aandacht vraagt. Om het bevorderen van ketenbewustzijn structureel een plek te geven zal na de zomer van 2016 een

15 Een onderdeel van de Dienst Justitiële Inrichtingen verantwoordelijk voor de huisvesting van ingesloten vreemdelingen.

16 Handreiking uitwisseling medische informatie in de vreemdelingenketen, 2016.

17 TISOV betreft een voorlopige voorziening voor het digitaliseren van het M118-formulier, met het oog op snellere informatie-uitwisseling in de keten. De digitalisering van de informatie in de vreemdelingenketen is echter een voortschrijdend proces, waarbij volledige integratie van alle gebruikte voorzien is per ultimo 2018.

gemeenschappelijke opleidingsmodule gericht op ketensamenwerking gereed komen. Deze module wordt vormgegeven door een ketenbrede werkgroep¹⁸ en zal in het opleidingsprogramma aangeboden worden aan nieuwe medewerkers in de vreemdelingenketen.

Zorg aan asielzoekers in COA-opvanglocaties

Ook binnen het AZC/ GC A zijn de afgelopen jaren diverse verbeteringen in gang gezet en als zodanig vastgesteld door de IGZ. Zo is afgesproken dat iedere asielzoeker - en niet alleen de mensen van wie bekend is dat zij medische problemen hebben of tot een risicogroep behoren -, bij binnenkomst in ieder geval een verkorte intake krijgt. Om achterstanden weg te werken is extra capaciteit beschikbaar gesteld.

Op alle opvanglocaties zijn GC A teams voor huisartsenzorg georganiseerd. Huisartsenzorg is 24/7 beschikbaar. Op iedere locatie zijn, afhankelijk van de omvang, een aantal inloopsprekuren en kan een afspraak met de huisarts ter plaatse worden gemaakt.

In reactie op de aanbeveling van de onderzoekscommissie 2013 over de bereikbaarheid van de Praktijklijn heeft het GC A destijds acties ingezet om de bereikbaarheid te verbeteren. Zo worden telefonische contacten met betrekking tot medisch geïndiceerd vervoer en gesprekken met de huisartsenposten voortaan gevoerd via een andere telefoonlijn dan de Praktijklijn. Hierdoor wordt de wachtrij van patiënten voor de Praktijklijn niet extra belast door voornoemde gesprekken. Onderzoek door de IGZ op de medische zorg aan asielzoekers in 2015 en 2016 wees uit dat de bereikbaarheid van de GC A Praktijklijn voor reguliere zorgvragen verslechterde in de tweede helft van 2015. Door de grote instroom van asielzoekers nam de belasting van de GC A Praktijklijn toe. Voor spoedvragen was de Praktijklijn wel goed bereikbaar. Inmiddels heeft het GC A extra medewerkers aangetrokken om de wachttijd te verminderen. Tevens is met ketenpartners gesproken om de werkprocessen aan te passen zodat aan de bereikbaarheidsnorm van de Praktijklijn¹⁹ kan worden voldaan.

Ten slotte blijkt uit het recente IGZ onderzoek²⁰ dat bij een deel van de asielzoekers onduidelijkheid en onvrede was over de medische zorg. Omdat de gezondheidszorg in het land van herkomst anders is georganiseerd dan in Nederland hebben asielzoekers andere verwachtingen van de zorg. Juiste voorlichting op dit gebied is van belang. Uit het genoemde onderzoek van de IGZ blijkt dat het COA de niet medische gidsfunctie²¹ op de meeste van de onderzochte locaties goed uitvoert.

3.2 Vervolgtoezicht

Zoals in de vorige paragraaf is beschreven zijn er sinds 2012 diverse maatregelen doorgevoerd ter verbetering van de (continuïteit en kwaliteit van) zorg aan asielzoekers, en zijn de ontwikkelingen nog in volle gang. In de randvoorwaardelijke sfeer is veel bereikt, zoals de introductie van nieuwe systemen, handreiking uitwisseling medische informatie in de vreemdelingenketen en de samenwerkings-

18 Met ketenbreed wordt hier bedoeld Immigratie en Naturalisatie Dienst, Dienst Terugkeer & Vertrek en Koninklijke Marechaussee.

19 De norm die GC A hanteert voor de bereikbaarheid van de GC A Praktijklijn is voor reguliere vragen, dat minimaal 85% van de asielzoekers binnen 120 seconden een GC A-medewerker aan de lijn heeft. Bij spoedgevallen is de GC A norm dat minimaal 95% van de asielzoekers binnen 30 seconden een medisch kundig persoon aan de lijn heeft.

20 Medische zorg aan asielzoekers onder druk maar ketenpartners beperken gezamenlijk grootste risico's. Maart 2016.

21 Het wegwijzen maken van de asielzoeker in de organisatie van de gezondheidszorg in Nederland.

overeenkomst GC A/ DBV. Als gevolg van deze ontwikkelingen nopen de conclusies in hoofdstuk twee niet tot specifieke aanvullende maatregelen.

Wel willen de Inspecties benadrukken dat professionalisering en ketenbewustzijn van alle medewerkers in de vreemdelingenketen permanente aandacht vereisen. Enkel het hebben van protocollen, nieuwe (dossier)systemen en een handreiking informatie-uitwisseling is niet afdoende. De Inspecties beschouwen professionalisering en ketenbewustzijn als kritieke factor voor het succesvol implementeren en borgen van de verbetermaatregelen. De Inspecties zijn van mening dat hier ook buiten de opleidingsfase structureel aandacht aan dient te worden besteed.

Vervolgtoezicht/handhaving

De Inspecties vinden het belangrijk dat de ingezette verbetertrajecten worden gecontinueerd en dat binnen de betrokken instellingen wordt toegezien op naleving. Bij haar reguliere toezicht zullen de Inspecties hier ook op toezien. Daarnaast zullen de Inspecties in 2017 een vervolgonderzoek voorbereiden om na te gaan wat het effect van de verbetermaatregelen van informatieoverdracht in de vreemdelingenketen is.

4 Resultaten inspectieonderzoek

Dit hoofdstuk beschrijft in chronologische volgorde de verschillende gebeurtenissen tijdens de laatste periode van het verblijf van het gezin A. in Nederland. Het verblijf is opgedeeld in drie fasen: het verblijf in het AZC te Baexem, de overbrenging vanuit het AZC naar het DCR, en het verblijf in het DCR. Binnen de verschillende fasen zijn de bevindingen in tijdclusters weergegeven.

Iedere fase start met een korte inleiding en waar nodig contextinformatie. Dan volgt een referentiekader met achtergrondinformatie over destijds geldende werkwijzen en/of normen. De bevindingen worden tegen dit referentiekader afgezet en discrepanties worden uitgelicht. Ieder tijdcluster sluit af met een paragraaf waarin de Inspecties een duiding geven aan de bevindingen van het desbetreffende cluster.

4.1 Verbleef in AZC Baexem

Het gezin A., bestaande uit vader, moeder, oma en twee dochters, verbleef in AZC Baexem van 23 augustus 2012 tot hun vertrek naar het DCR op 21 november 2012. Gedurende de hele periode verbleven zij in een familiekamer. De beide kinderen gingen naar een basisschool op het terrein van het AZC.

Organisatie gezondheidszorg asielzoekers

Om de bevindingen in de juiste context te plaatsen, volgt eerst een korte beschrijving van de organisatie van de gezondheidszorg voor asielzoekers in het algemeen (op basis van de Factsheet Gezondheidszorg voor asielzoekers²²) en meer specifiek voor de situatie in Baexem ten tijde van het verblijf van het gezin A. Asielzoekers kunnen in Nederland gebruik maken van zowel publieke gezondheidszorg²³ als van reguliere gezondheidszorg.

Publieke gezondheidszorg

Met betrekking tot de publieke gezondheidszorg voor asielzoekers heeft het COA een overeenkomst gesloten met Gemeentelijke Gezondheidsdienst Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GGD GHOR) Nederland (voorheen GGD NL). GGD GHOR Nederland ondersteunt de GGD'en bij de uitvoering van de publieke gezondheidszorg aan asielzoekers. De publieke gezondheidszorg aan asielzoekers omvat onder meer: de jeugdgezondheidszorg (0 tot 19-jarigen), infectieziektebestrijding, gezondheidsvoorlichting, tuberculosebestrijding en epidemiologie. De Jeugdgezondheidszorgtaken (JGZ) omvatten een verpleegkundige intake, medisch onderzoek door een arts, vaccinaties volgens het Rijksvaccinatieprogramma en periodieke gezondheidsonderzoeken.

Reguliere gezondheidszorg

Asielzoekers die in afwachting zijn van de uitslag van hun asielverzoek verblijven in een asielzoekerscentrum. Zij zijn daar collectief verzekerd via de Regeling Zorg Asielzoekers (RZA). Ze hebben recht op bijna alle zorg uit het basispakket (Zorgverzekeringswet) en zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz). Het COA heeft met ingang van 1 januari 2009 de uitvoering van de RZA in handen gegeven van zorgverzekeraar Menzis. Menzis COA Administratie (MCA) is als opdrachtnemer namens Menzis verantwoordelijk voor de gehele organisatie van beschikbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg aan asielzoekers zoals bepaald in de RZA.

²² Factsheet Gezondheidszorg voor asielzoekers in Nederland. COA, GGD NL, MCA en GC A, November 2010.

²³ Publieke gezondheidszorg wordt in de Wet publieke gezondheid (Wpg) omschreven als de 'gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkomen en het vroegtijdig opsporen van ziekten'.

Menzis heeft voor de organisatie van huisartsenzorg een eerstelijns Gezondheidscentrum voor Asielzoekers (GC A) ingericht. Op een GC A-locatie werken huisartsen nauw samen met praktijkverpleegkundigen (ook wel praktijkondersteuners huisartsenzorg asielzoekers genoemd) en doktersassistenten/ praktijkassistenten. De praktijkverpleegkundige houdt inloopsprekuren op of nabij de opvanglocatie waar de asielzoeker verblijft. De praktijkverpleegkundige verricht binnen de eigen BIG verantwoordelijkheid geprotocolleerde interventies op het vakgebied van de huisartsenzorg. Deze taken worden onder regie en verantwoordelijkheid van de huisarts gedelegeerd aan de praktijkverpleegkundige. Volgens de werkafspraken binnen GC A dienen alle consulten plaats te vinden met fiatting van de huisarts op de inhoud van het consult binnen 24 uur. De teams op locatie worden waar nodig per direct telefonisch bijgestaan door een tolk. In de avond-, nacht- en weekend-uren kunnen asielzoekers via de Praktijklijn bij een huisartsenpost terecht. De Praktijklijn is zeven dagen per week gedurende 24 uur bereikbaar en is onderdeel van het GC A. Het is een centraal georganiseerd medisch call-center, waar triagisten, een huisarts en administratief medewerkers worden werkzaam zijn.

Om de weg te kunnen vinden in de Nederlandse gezondheidszorg heeft het COA een niet-medische gidsfunctie. De werkwijze is dat de opvangmedewerkers (COA) de asielzoekers informeren over de organisatie van de gezondheidszorg en de wijze waarop asielzoekers in contact kunnen komen met de zorg(verleners). Het COA informeert de asielzoeker over het zorgmodel en de verantwoordelijkheid die een asielzoeker hierin zelf heeft.

Situatie medische zorgverlening in AZC Baexem in 2012

In de periode dat Renata en haar familie in AZC Baexem verbleven, was er geen huisartsensprekuren op de locatie zelf. Twee huisartsen uit een praktijk in de regio waren beschikbaar voor consulten en visites. Hun praktijk lag op bijna tien kilometer afstand van het AZC.

Vier dagen per week vond op het AZC op vaste en breed kenbaar gemaakte tijden een verpleegkundig spreekuren plaats. Men kon zich hiervoor aanmelden bij de balie van het GC A. Een praktijkassistente plande dan een afspraak in, indien mogelijk voor dezelfde dag. Een enkele keer als het spreekuren al vol was, gebeurde dat voor de volgende dag. De praktijkassistente overlegde met de praktijkverpleegkundige als zij twijfelde of het consult een dag kon wachten.

Destijds waren er in het GC A te Baexem drie mogelijke vervolgstappen bij een consultvraag tijdens het verpleegkundig spreekuren:

- 1 Een consultvraag tijdens het verpleegkundig spreekuren leidde tot een doorverwijzing voor een bezoek aan de huisarts. Als een bezoek aan de huisarts was geïndiceerd, dan moesten bewoners (op eigen gelegenheid en kosten) naar de praktijk van de huisarts reizen.
- 2 Een consultvraag tijdens het verpleegkundig spreekuren leidde tot consultatie van de huisarts door de praktijkverpleegkundige via de functie 'telefonisch consult' in het digitale dossiersysteem. Dit is een agendasysteem dat onderdeel is van het Huisarts Informatie Systeem (HIS), specifiek voor de zorg in het AZC. Vragen waarover de huisarts in telefonisch consult werd gevraagd verschenen in kleur in de agenda. De kleurmarkering wijzigde nadat het consult was geopend, er iets werd aangevuld of gewijzigd in het dossier en daarna het dossier weer werd gesloten. De huisarts controleerde deze consultvragen twee maal dagelijks op vaste tijdstippen en reageerde en fiatteerde via het digitale dossiersysteem. Als hij aanvullende vragen had, volgde eventueel telefonisch overleg of overleg via het digitale systeem met de praktijkverpleegkundige in het AZC.
- 3 Een consultvraag tijdens het verpleegkundig spreekuren, waar geen vraag uit voortvloeide voor de huisarts, werd afgehandeld door de praktijkverpleeg-

kundige van het GC A. Deze consulten werden genoteerd in het medisch dossier en vonden plaats zonder fiattering van de huisarts op de inhoud van het consult²⁴.

Een JGZ arts en een JGZ verpleegkundige voerden in AZC Baexem de JGZ taken (zoals eerder beschreven onder publieke gezondheidszorg) uit voor de asielzoekerskinderen. De spreekuurruimtes van JGZ en GC A lagen naast elkaar.

23 augustus – 6 september 2012: Aankomst en intake

Referentiekader

Alle asielzoekers (volwassenen en kinderen) die voor het eerst een asielzoekerscentrum binnenkomen, ontvangen van het COA zo spoedig mogelijk na binnenkomst een uitnodigingsbrief voor een medische intake bij het GC A. Het COA wijst asielzoekers nadrukkelijk op het belang van de medische intake.

De vreemdelingenpolitie houdt met alle nieuw binnenkomende vreemdelingen in het AZC een kennismakingsgesprek en bespreekt, indien van toepassing, de meldplicht met hen en reikt daarvoor een formeel document uit dat de meldplicht schriftelijk bevestigt²⁵. Dit alles registreert de vreemdelingenpolitie, samen met overige relevante informatie over de vreemdeling, in het eerder genoemde systeem PSV-H. Deze informatie is relevant omdat hier in paragraaf 4.2 op wordt teruggekomen.

Asielzoekers tot 19 jaar dienen daarnaast, in het kader van publieke gezondheidszorgtaken, binnen zes weken na aankomst in Nederland een verpleegkundige intake te krijgen bij de JGZ en een medisch onderzoek door een arts binnen de daarop volgende week.

Alle zorglocaties van het GC A en de Praktijklijn maken gebruik van hetzelfde HIS zorgdossier. De JGZ rapporteert in haar eigen JGZ-dossier. De dossiers van GC A en het JGZ-dossier zijn, analoog aan de reguliere gezondheidszorg, niet aan elkaar gekoppeld. Inzage in het GC A dossier door JGZ, en vice versa, is niet mogelijk.

Bevindingen casus

Het GC A nam bij Renata geen medische intake af. De Inspecties konden niet meer vaststellen op welke wijze het gezin werd geïnformeerd over (het aanbod van) de gezondheidszorg en of een medische intake aan Renata is aangeboden. Aanvullend op de resultaten van de onderzoekscommissie 2013 stelde de IGZ vast dat Renata bekend was bij de JGZ en dat zij in dit kader een verpleegkundige intake kreeg en een lichamelijk onderzoek bij een JGZ- arts. Deze contacten vonden plaats in het AZC Baexem. Als er bijzonderheden waren met een kind en/of men (JGZ/GC A) zich zorgen maakte, dan werden die altijd onderling (mondeling) uitgewisseld tussen de betrokken zorgverleners. Daarnaast konden casus in een maandelijks multidisciplinair overleg (MDO), waar GC A, JGZ en COA aan deelnamen, worden besproken. De contacten met de JGZ vonden, voor zover de IGZ kon nagaan, plaats toen Renata nog geen ziekteverschijnselen vertoonde. Er werden bij de JGZ-contacten in het kader van de verpleegkundige intake en het medisch onderzoek geen bijzonderheden geconstateerd, zo blijkt uit het JGZ-dossier.

24 Vanuit het GC A is in wederhoor op de conceptbevindingen aangegeven dat de werkafspraken destijds binnen GC A waren dat alle consulten werden genoteerd in het medisch dossier en plaatsvonden met fiattering van de huisarts op de inhoud van het consult binnen 24 uur.

25 Hiervoor gebruikt de vreemdelingenpolitie het formulier Model 117 A dat de inhoud van de meldplicht omschrijft en tegelijkertijd dient als proces verbaal van uitreiking.

Duiding Inspecties

Het is niet duidelijk geworden of vanuit het GC A aan Renata een medische intake is aangeboden en waarom deze niet heeft plaatsgevonden. Dossieraantekeningen hierover ontbreken.

Renata is onderzocht door een arts jeugdgezondheidszorg van de GGD: deze heeft aanvullend op de verpleegkundige (JGZ) intake een lichamelijk onderzoek verricht en dit ook vastgelegd in het JGZ dossier. Wederzijdse inzage in de dossiers van GC A en JGZ is, zoals aangegeven, niet mogelijk (analoog aan reguliere huisartsenpraktijk en JGZ).

7 september – 10 november 2012: Medische contacten

Referentiekader

Wetgeving²⁶ schrijft voor dat een hulpverlener voor iedere patiënt een volledig patiëntendossier aanlegt en bijhoudt. Richtlijnen voor dossiervoering in de huisartsenpraktijk²⁷ geven aan dat het elektronisch patiëntendossier (EPD) een belangrijke rol vervult bij de taakdelegatie in de huisartspraktijk. De praktijk-assistente en de praktijkondersteuner leggen in het kader hiervan hun eigen contactgegevens vast in het EPD.

Volgens het Protocol vaccineren asielzoekerkinderen 0-19 jaar van GGD Nederland, vindt bij binnenkomst in een centrale opvang van het COA basisimmunisatie en zo nodig vervolgvaccinatie plaats. Het gaat hierbij om Jeugdgezondheidszorg (JGZ). Tijdens het vaccinatiesprekuur vraagt de JGZ-verpleegkundige naar de gezondheidstoestand van het kind (vanwege mogelijke contra-indicaties) en eventuele eerdere reacties op een vaccinatie. Bij (tijdelijke) contra-indicatie wordt de vaccinatie uitgesteld. Dit wordt geregistreerd in het JGZ dossier van het kind.

Bevindingen

Een contactmoment met het GC A eind oktober 2012 zoals de ouders dat beschrijven, staat niet genoteerd in het medisch dossier GC A van Renata. Het medisch dossier GC A van de zus van Renata toont wel een consult in die periode, namelijk op 23 oktober 2012, met als overeenkomst het door de ouders geschetste advies dat tijdens dat consult was gegeven. De ouders kunnen zich een consult van hun oudste dochter (de zus van Renata) in deze periode niet herinneren. Zij zijn er van overtuigd dat informatie over Renata in het dossier van haar zus is vastgelegd. De mogelijkheid dat per abuis informatie over Renata in het dossier van haar zus terecht is gekomen, is door de IGZ besproken met destijds betrokken medewerkers van het GC A. Theoretisch is het denkbaar, maar het lijkt hen onwaarschijnlijk. Personen die zich bij het GC A meldden werden volgens GC A-medewerkers altijd opgezocht via de geboortedatum die op het zorgpasje staat en niet op naam. Ook de mogelijkheid dat medewerkers per ongeluk het verkeerde zorgpasje gebruikten achten de medewerkers GC A niet aannemelijk. Het leeftijdsverschil tussen beide zussen (bijna 6½ jaar) zou volgens betrokkenen zijn opgevallen. In de herinnering van de ouders werd echter in de meeste gevallen niet naar het zorgverzekeringspasje gevraagd, zo geven zij aan in hun reactie op de conceptbevindingen. Baliecontacten werden volgens de medewerkers van het GC A door de praktijk-assistente in het medisch dossier van het GC A vastgelegd, tenzij bewoners zich ruim buiten de openingstijden meldden (en dan werden doorverwezen naar een volgend spreekuur en/of de GC A Praktijklijn). Het is niet te achterhalen of in deze

26 Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (BW 7:446 en volgende)

27 NHG-richtlijn 'Adequate dossiervoering met het Elektronisch Patiëntendossier'. Tweede versie 2009.

periode (buiten openingstijden) baliecontacten met Renata en haar ouders hebben plaatsgevonden, die niet zijn geregistreerd.

Duiding Inspecties

De Inspecties constateren een verschil tussen wat de ouders zeggen over hun contacten met het GC A en de informatie daarover in het medisch dossier van Renata. De ouders zijn er van overtuigd dat er meer contacten hebben plaatsgevonden dan vastgelegd zijn in het GC A dossier.

De consulten van GC A en JGZ vonden in naast elkaar gelegen spreekkamers plaats. Mogelijk was het verschil in aard van beide consulten (JGZ consult vs. GC A consult) voor hen moeilijk te onderscheiden.

Consulten bij de JGZ werden niet vastgelegd in het medisch dossier van het GC A, maar in een separaat JGZ-dossier. Uit de verslaglegging van de JGZ-contacten blijkt dat bij die consulten symptomen niet werden waargenomen/vastgelegd.

De onderzoekscommissie 2013 beschreef geen bevindingen over de eerste twee maanden van het verblijf van Renata in het AZC Baexem. De Inspecties hebben wel een aantal constatering over deze periode gedaan. Zij constateerden dat informatie die in het dossier van de zus van Renata is opgenomen, overeenkomt met de informatie die de ouders over Renata vermelden. De Inspecties achten het daarom waarschijnlijk dat informatie in het verkeerde dossier is vastgelegd.

10-12 november 2012: Signalen ziekte Renata

Referentiekader

Zoals in voorgaand referentiekader staat beschreven, wordt een vaccinatie bij een contra indicatie uitgesteld.

Bevindingen

Volgens haar ouders kreeg Renata vanaf circa 10 november 2012 specifieke gezondheidsklachten en vroegen zij hiervoor herhaaldelijk en bij veel verschillende medewerkers van het AZC om hulp. De JGZ constateert op basis van het JGZ-dossier dat Renata in die periode inderdaad gezondheidsklachten had, welke reden waren om de geplande vaccinatie uit te stellen. Echter betroffen dit andere gezondheidsklachten dan door de ouders gerapporteerd.

De JGZ-verpleegkundige verwees Renata en haar ouders mondeling door naar het GC A in verband met de door de JGZ geconstateerde gezondheidsklachten. Dat was het laatste contact dat Renata had met de JGZ-verpleegkundige. Een geplande vervolgspraak bij de JGZ-arts vond niet plaats, omdat het gezin A. toen niet meer in het AZC verbleef.

Duiding Inspecties

De Inspecties kunnen de discrepantie in hetgeen de ouders zeggen over het zich voordoen van specifieke gezondheidsklachten bij Renata sinds circa 10 november en het ontbreken van enige vermelding hierover in (medische) dossiers niet verklaren.

13 en 14 november 2012: Consulten Renata GC A

Referentiekader

De verantwoordelijkheden en taakafbakening van de verschillende bij de huisartsenzorg aan asielzoekers betrokken zorgverleners, zijn door het GC A in een landelijk

protocol²⁸ vastgelegd. De huisarts is zorginhoudelijk verantwoordelijk voor de praktijkvoering op de locatie en heeft een regierol. Hij moet zich ervan vergewissen dat de praktijkverpleegkundige en de praktijkassistent bevoegd en bekwaam zijn voor het uitvoeren van de werkzaamheden en heeft hierin een nauwe samenwerking met de praktijkverpleegkundige en praktijkassistent. De huisarts delegeert geprotocolleerde en vastgestelde taken aan de praktijkverpleegkundige en praktijkassistent. Hierbij stelt het protocol dat het van belang is dat de huisarts:

- Na elk spreekuur van de praktijkverpleegkundige, en indien nodig vaker, contact heeft met de praktijkverpleegkundige, praktijkassistent en – indien van toepassing – de consultant GGZ.
- Dagelijks de registraties in het huisartseninformatiesysteem (HIS), de consulten en overige werkzaamheden van de praktijkverpleegkundige en praktijkassistent fietteert.
- Alle handelingen registreert in HIS volgens de landelijke richtlijn Registreren in Elektronisch Patiënten Dossier.

Bovenstaande afspraken gelden ook tijdens vakantie en waarnemingen van de huisarts.

- Goede werkafspraken maakt met de praktijkassistent en praktijkverpleegkundige op locatie.
- Deelneemt aan het teamoverleg.

De huisarts houdt de eindverantwoordelijkheid en regie door het fatteren in HIS en er zijn (telefonische, of via HIS) overlegmomenten. Dit dient te worden vastgelegd in werkafspraken op elke locatie.

De praktijkverpleegkundige is, conform de beschrijving in het protocol en binnen het kader van de wet BIG, verantwoordelijk voor het verrichten van geprotocolleerde medisch/verpleegkundige zorg, zoals onderzoek, deeldiagnose en behandeling van asielzoekers; zelfstandig dan wel voorafgaand aan een consultatie bij de huisarts of in het kader van begeleiding van patiënten met medische aandoeningen. De praktijkverpleegkundige draagt een eigen verantwoordelijkheid voor zijn/haar handelen.

Met betrekking tot de klachten en consulten die Renata had, is de richtlijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap, de NHG standaard 'Kinderen met koorts' relevant. Deze stelt dat koorts meestal berust op een onschuldige virale infectie, maar dat het belangrijk is om kinderen met een ernstig ziektebeloop tijdig te herkennen. Tevens staat in de richtlijn dat koorts als zodanig geen behandeling behoeft en dat de mate van ziek zijn en de alarmsignalen belangrijker zijn dan de hoogte van de koorts. De standaard benoemt een aantal alarmsymptomen waarbij kinderen verwezen moeten worden. Deze alarmsymptomen, die nadrukkelijk in relatie tot het ziekzijn van het kind moeten worden beoordeeld, luiden: ernstig zieke indruk bij lichamelijk onderzoek, verlaagd bewustzijn, verminderde perifere circulatie²⁹, bleek of grauw zien, aanhoudend braken, petechiën³⁰, meningeale prikkelingsverschijnselen³¹ en/of tekenen van ernstige tachypneu³².

Het GC A dossier van Renata vermeldt dat het consult werd gevoerd met behulp van een Russische tolk. De veldnorm voor het gebruik van tolken in de gezondheidszorg bepaalt dat zorgverleners moeten communiceren in een voor de cliënt begrijpelijke

28 Protocol samenwerking & verantwoordelijkheden bij zorguitvoering. GC A september 2011.

29 De bloedstroom die de bovenste en onderste uiteinden van het lichaam en het oppervlak van de huid bereikt.

30 Kleine puntvormige huidbloedingen (van de haarvaten).

31 Verschijnselen die voorkomen bij prikkeling van de hersenvliezen, zoals nekstijfheid.

32 Te snelle ademhaling.

taal. Het kan noodzakelijk zijn om hiervoor een professionele tolk in te schakelen. Een professionele tolk in elke taal dient 7x24 uur telefonisch beschikbaar te zijn, binnen twee minuten zonder reservering vooraf.

Bevindingen

In 2012 waren de werkafspraken tussen huisartsen en medewerkers van het GC A te Baexem niet schriftelijk vastgelegd. Voor de praktijkverpleegkundige waren meerdere algemene (aandoening gerichte) protocollen beschikbaar. Voor bijvoorbeeld kinderen met koorts gebruikte de praktijkverpleegkundige de standaard 'Kinderen met koorts' van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Verdeling van taakafbakening van praktijkverpleegkundige en huisarts staat hierin niet beschreven. De huisartsen waren iedere dag telefonisch bereikbaar voor overleg. Gemiddeld drie keer per jaar vond een bijeenkomst plaats met een klinische les en casusbespreking op de praktijk van de huisartsen. Hierbij waren de praktijkverpleegkundige en de praktijkassistent aanwezig en vaak ook de GGZ consulent van het GC A.

De onderzoekscommissie 2013 stelde dat de praktijkverpleegkundige telefonisch overleg pleegde met de huisarts na het consult op 13 november 2012. In het geval van het consult van Renata op 13 november 2012 was volgens haar medisch dossier sprake van een 'telefonisch consult'. Dat betekende echter niet dat er daadwerkelijk telefonisch overleg tussen de praktijkverpleegkundige en de huisarts plaatsvond, maar dat de verpleegkundige haar bevindingen via het digitale systeem (via functie genaamd 'telefonisch consult') aan de huisarts ter fiattering voorlegde. Er was in onderhavige casus geen sprake van direct telefonisch contact tussen verpleegkundige en arts.

De ouders gaven aan dat tijdens gesprekken met de praktijkverpleegkundige voor maximaal vijf minuten gebruik werd gemaakt van een tolk. Voor de gesprekken aan de balie werd volgens hen geen tolk ingezet. Uit de informatie in de medische dossiers maakt de IGZ op dat bij de consulten op 13 en 14 november 2012 gebruik is gemaakt van de diensten van een tolk.

Duiding Inspecties

De organisatie van de huisartsenzorg aan asielzoekers in AZC Baexem destijds beoordeelt de IGZ als kwetsbaar. Werkafspraken, waaronder de onderlinge taakafbakening van de betrokken zorgverleners, waren vooral mondeling geregeld en weken af van de algemeen geldende GC A- werkafspraken. Deze situatie bood voor eenieder ruimte in de eigen taakopvatting. Consulten waar geen consultvraag voor de huisarts uit voortkwam, werden door de praktijkverpleegkundige zelfstandig afgehandeld, zonder inhoudelijke beoordeling en fiattering door de huisarts. In onderhavige casus werd door de praktijkverpleegkundige wel een consultvraag aan de huisarts gesteld, waarbij de huisarts zijn fiat gaf voor het voorgestelde plan. De beoordeling door de verpleegkundige en de huisarts is, met inachtneming van de op dat moment voor hen beschikbare informatie³³, volgens de IGZ in overeenstemming met het NHG protocol verlopen.

De ouders hebben een ander beeld van het aanwezig zijn van een specifiek symptoom, dan het beeld op basis van de informatie van het GC A. De Inspecties kunnen dit verschil niet verklaren.

33 Voor zover bij de Inspecties bekend tijdens dit onderzoek.

15-18 november 2012: Dagen tussen consulten

Referentiekader

In het kader van de 'niet-medische gidsfunctie' van het COA verwijst de COA-medewerker de asielzoeker met een medische hulpvraag door:

- naar de Praktijklijn GC A buiten inloopsprekuren;
- naar de praktijkverpleegkundige van het GC A tijdens inloopsprekuren.

Bevindingen

De Inspecties informeerden bij de medewerkers van de woonbegeleiding die betrokken waren bij de begeleiding van het gezin A. naar het voor komen van klachten bij Renata vóór 19 november. Zij gaven aan dat zij daar geen wetenschap van hadden en ook niet bekend waren met hulpvragen van de ouders daaromtrent. Het systeem (Integraal Bewoners Informatie Systeem (IBIS)) waarin door woonbegeleiders bijzonderheden worden genoteerd en dat de Inspecties inzagen, bevat geen informatie gerelateerd aan klachten van medische aard.

Duiding Inspecties

De Inspecties hebben nadrukkelijk bij de COA-medewerkers geïnformeerd naar hun betrokkenheid bij het gezin A. Alle medewerkers die deelnamen aan het gesprek herinnerden zich het gezin: oma, vader, moeder en twee leuke dochters. Zij herinnerden zich desgevraagd niets over betrokkenheid bij, of wetenschap van gezondheidsklachten van Renata. De Inspecties informeerden naar rapportages door de woonbegeleiding uit die tijd. Het was toentertijd gebruik om uitsluitend opvallende bijzonderheden schriftelijk aan elkaar door te geven bij wisseling van dienst of in werkoverleg. Vastgelegde informatie uit het werkoverleg bleek niet meer beschikbaar omdat deze uit privacyoogpunt bij vertrek van bewoners na enige tijd vernietigd wordt.

De Inspecties kunnen niet beoordelen of de COA medewerkers hun taken in het kader van de niet- medische gidsfunctie al dan niet hebben uitgevoerd.

19 november 2012 avond: Contact met Praktijklijn

Referentiekader

Huisartsenzorg voor asielzoekers is vierentwintig uur per dag, zeven dagen per week, telefonisch bereikbaar en, indien nodig, beschikbaar via de Praktijklijn van het GC A. De receptie van het AZC is zeven dagen per week, vierentwintig uur per dag bemand. Als een bewoner zich bij de receptie meldt met een medische hulpvraag buiten kantooruren dan belt de medewerker receptie/beveiliging de Praktijklijn of verwijst de bewoner naar de Praktijklijn om zelf te bellen. Het COA stelt een telefoon beschikbaar waarmee iedere asielzoeker contact kan leggen met de Praktijklijn van het GC A. In verband met privacygevoeligheid van de gesprekken staat de telefoon waar mogelijk in een afgesloten ruimte. In AZC Baexem hangt de telefoon voor het bellen van de Praktijklijn tegenover het receptieloket in een (met glas) afgesloten ruimte. Als het nodig is wordt bij het bellen naar de Praktijklijn de tolkentelefoon ingezet.

Een COA medewerker biedt op aanvraag ondersteuning aan die asielzoekers die niet in staat zijn zelfstandig contact te leggen met de zorg.

De Praktijklijn kent, vergelijkbaar met de reguliere gezondheidscentra en huisartsenpraktijken, twee toegangsmogelijkheden: een reguliere lijn en een spoedlijn. Als de reguliere lijnen bezet zijn krijgt de beller een meertalig informatiebandje te horen waarin wordt gemeld om bij spoed de spoedlijn te bellen.

De norm voor bereikbaarheid is bij spoed binnen dertig seconden en regulier binnen twee minuten.

De Praktijklijn doet de triage op basis van de geldende normen en richtlijnen van het NHG. Als een consult bij een arts of een spoedvisite gewenst is, neemt de GC A Praktijklijn contact op met de Huisartsenpost (hierna HAP) in de regio van het asielzoekerscentrum.

Dienstdoende beveiligingsmedewerkers moeten over bijzonderheden die zich voordoen tijdens hun dienst rapporteren in een dienstrapport.

Bevindingen

De vader van Renata probeerde op de avond van 19 november 2012 op advies van de medewerker receptie/ beveiliging de Praktijklijn te bereiken, echter zonder resultaat. In de dienstrapporten van de beveiliging stond een aantal acties op 19 en 20 november 2012 beschreven. Een dienstrapport meldde om 21.40 uur dat "...hij (vader) de poging om medisch advies te vragen ondertussen had opgegeven". Zoals het onderzoek van de onderzoekscommissie 2013 aangaf was de reguliere Praktijklijn niet bereikbaar vanwege piekbelasting op dat moment. De spoedlijn was wel goed bereikbaar, maar hiervan werd geen gebruik gemaakt³⁴. Volgens de ouders hielpen COA medewerkers Renata omdat zij gezondheidsklachten had. De dienstrapporten van de medewerkers receptie/beveiliging vermelden dat COA medewerkers op verzoek van de ouders in ieder geval twee keer zijn meegelopen naar de kamer om te kijken hoe het met Renata ging.

Duiding Inspecties

Uit de ondernomen acties van de ouders blijkt hoezeer zij bezorgd waren over de gezondheid van Renata en zich inspanden om haar gezondheid onder de aandacht van zorgverleners te brengen. De ouders geven daarbij aan dat COA-medewerkers assisteerden bij hulpverlening aan Renata. De door de Inspecties gesproken woonbegeleiders, die bekend waren met het gezin A., herinneren zich deze assistentie niet. Het dienstrapport van de receptie vermeldt niet dat vader A. actief is ondersteund bij zijn pogingen om de praktijklijn te bereiken.

Nacht van 19 op 20 november 2012: Consult Huisartsenpost (HAP) Weert en informatie-overdracht naar de eigen huisarts

Referentiekader

Volgens de richtlijn Adequate dossiervorming met het Elektronisch Patiënten Dossier dienen alle relevante patiëntgegevens eenduidig, goed gestructureerd en snel terug te vinden te zijn en moet bovendien sprake zijn van goede uitwisselbaarheid van gegevens tussen verschillende zorgverleners. 24 uur per dag, zeven dagen per week beschikbare huisartsenzorg door een multidisciplinair team van vaak meer-dere huisartsen, praktijkmedewerkers en triagisten maakt elektronische beschikbaarheid, communi-catie en uitwisseling van gegevens noodzakelijk.

De Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (KNMG e.a., 2010) beschrijft als aandachtspunt over dossiervoering het volgende: relevante gegevens worden aangetekend in een dossier betreffende de cliënt. Bij voorkeur is dit een geïntegreerd dossier, dat door alle bij de samenwerking betrokken zorg-verleners kan worden geraadpleegd en aangevuld. Zo niet, dan worden afspraken

³⁴ In de wederhoorreactie stellen de ouders dat het onderscheid tussen praktijklijn en spoedlijn is aan de vader niet uitgelegd; hij had enkel het nummer van de praktijklijn. Vader wist, tot de confrontatie daarmee in deze rapportage, niet dat er ook een mogelijkheid was om de spoedlijn te bellen.

gemaakt over de wijze waarop samenwerkingspartners relevante informatie uit een dossier kunnen verkrijgen.

Voorts is een aandachtspunt uit deze handreiking: Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband maken duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt.

Voor de informatieoverdracht tussen de HAP en het GC A te Baexem gold de werkwijze dat na een bezoek aan de HAP door een asielzoeker, via een Edifact bericht, de consultbevindingen vroeg in de ochtend werden doorgestuurd naar de Praktijklijn van het GC A. Praktijklijnmedewerkers zorgden voor de verwerking in het medisch dossier van het GC A. Deze aanvullingen in het dossier werden via de 'waarnemingen'-functie onder de aandacht gebracht bij de praktijkverpleegkundigen op de AZC-locatie. Op het AZC werden elke ochtend door de dienstdoende praktijkverpleegkundige alle zogeheten 'waarnemingen' gecontroleerd in het medisch dossier om relevante informatie eruit te halen.

Met betrekking tot het consult van Renata bij de HAP is de richtlijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap, de NHG standaard 'Kinderen met koorts' relevant (zie referentiekader onder schema 13 en 14 november 2012).

Bevindingen

Volgens de NHG standaard 'Kinderen met koorts' is persisterende ongerustheid van de ouders een indicatie voor de huisarts om het kind dezelfde dag nog te beoordelen. Dit is in het geval van Renata gebeurd. Bleekheid in samenhang met verminderde perifere circulatie bij een kind met koorts, evenals ongerustheid van de ouders, kan volgens de NHG standaard als alarmsignaal worden beschouwd. Uit de dossiervoering blijkt dat de indicaties die genoemd worden in de richtlijn van het NHG door de HAP-arts zijn beoordeeld. De combinatie van onderzoeksbevindingen gaf op dat moment geen aanleiding tot een acute doorverwijzing.

Uit aanvullende informatie van de ouders blijkt dat zij een handgeschreven briefje van de HAP-arts meekregen. Dit gegeven stond niet vermeld in het onderzoek van de onderzoekscommissie 2013.

De praktijkverpleegkundige van het GC A nam de ochtend van 20 november 2012 de waarnemingen door, zoals zij (of de collega praktijkverpleegkundige) dat iedere dag deed. Zij deed dat zodat ze wist wat ze kon verwachten als AZC bewoners zich meldden op het GC A spreekuur. De praktijkverpleegkundige nam kennis van het bericht over Renata als gevolg van het bezoek aan de HAP. De praktijkverpleegkundige stuurde het bericht niet door aan de eigen huisarts, omdat de praktijkverpleegkundige daarvoor geen aanleiding zag. In het GC A in AZC Baexem waren destijds geen expliciete werkafspraken over het filteren van de waarnemingen door de praktijkverpleegkundige en het al dan niet doorgeven van berichten aan de huisarts.

De HAP-arts verkeerde in de veronderstelling dat zijn bericht direct bij de (eigen) huisarts van Renata terecht zou komen. Ook de (GC A) huisarts veronderstelde dat Edifact-berichten naar aanleiding van (bijvoorbeeld) een HAP- bezoek door een bewoner van het AZC, rechtstreeks bij hem in het (digitale) postvak belandden.

Duiding Inspecties

Op basis van de informatie uit het medische dossier en het gesprek dat de IGZ had met de HAP-arts, beoordelen de Inspecties het handelen van de HAP-arts als adequaat. Hij heeft de ouders, aanvullend op het doorgeven van zijn bevindingen

ten behoeve van het elektronisch dossier, een briefje meegegeven voor hun eigen huisarts.

De inspecties constateren dat het systeem van overdracht van informatie van de HAP naar de eigen huisarts via het GC A niet sluitend is. De HAP dient er voor te zorgen dat het bericht in de juiste postbus komt, de routing van dit bericht is vervolgens de interne verantwoordelijkheid van het GC A. Er waren binnen het GC A te Baexem geen heldere afspraken en/of werkinstructies over wanneer toegeleiding naar de huisarts plaats moest vinden en op welke manier.

20 november 2012: Bezoeken Renata en moeder aan GC A

Referentiekader

Het destijds geldende protocol¹¹ stelt dat de praktijkassistente verantwoordelijk is voor de ondersteuning van de praktijkverpleegkundige en de huisarts in de organisatie van de praktijk. De praktijkassistente maakt afspraken, doet triages en voert eenvoudige medische handelingen en administratieve werkzaamheden uit op de locatie. Indien de medewerker niet is opgeleid tot praktijkassistente, dan vervallen de taken op het gebied van triage en het uitvoeren van eenvoudige medische handelingen.

De NHG Telefoonwijzer beschrijft normen voor triage. Deze standaard geeft een urgentieclassificatie voor de keten acute zorg. De urgentie geeft de snelheid aan waarmee de huisarts iets moet beoordelen. De urgentieclassificatie kent zes urgentieklassen: van U0 (Reanimatie) tot U5 (advies). Bij urgentieklassen U1 tot en met U3 is betrokkenheid van de huisarts direct of op korte termijn aangewezen³⁵.

Bevindingen

Volgens de onderzoekscommissie 2013 verschenen ouders tot twee keer toe buiten het spreekuur op de dag na het nachtelijk bezoek aan de HAP. De eerste keer was dat volgens de commissie in de ochtend van 20 november 2012 om 09.24 uur en daarna nog eens tussen 15.00 en 16.00 uur.

Uit het inspectieonderzoek komt naar voren dat het spreekuur van de praktijkverpleegkundige op 20 november 2012 van 13.30-14.30 uur was. De IGZ constateerde in haar onderzoek echter dat de aantekening door de praktijkassistent in het medisch dossier van Renata over het tweede bezoek van moeder en dochter aan de balie, gedateerd was op 20 november 2012 om 10.40 uur. De weergegeven data en tijdstippen in het medisch dossier worden automatisch gegenereerd op het moment van het invoeren van gegevens maar kunnen handmatig worden aangepast door gebruikers. Navraag bij de praktijkverpleegkundige en praktijkassistent maakte de Inspecties duidelijk dat de praktijkassistente die de afspraak destijds had gemaakt, deze informatie pas op donderdag 22 november om 10.40 uur zou hebben ingevoerd. Zij heeft vervolgens wel de datum veranderd van 22 in 20 november, maar verzuimd om de tijd aan te passen. De juiste tijd zou volgens betrokkenen tussen 15.00 en 16.00 uur zijn geweest, dus na het middagspreekuur.

35 Urgentieklassen: U1 Levensbedreigend. Vitale functies zijn in gevaar. De assistente informeert de Huisarts terstond. Deze onderbreekt onmiddellijk het werk en gaat naar de patiënt. Eventueel wordt de ambulancedienst tegelijkertijd gewaarschuwd. Voorbeelden zijn shock en bewusteloosheid. U2 Spoed. Er bestaat een reële kans dat de toestand van de patiënt op korte termijn verslechtert. De assistente informeert de huisarts meteen. Hij ziet de patiënt zo snel mogelijk, in ieder geval binnen een uur. Voorbeelden zijn ziek kind met hevige buikpijn, en mictieklachten met koude rillingen. U3 Dringend. Patiënten met klachten die binnen enkele uren moeten worden beoordeeld om medische of emotionele redenen. De assistente zorgt ervoor dat de patiënt binnen enkele uren contact heeft met de huisarts. Voorbeelden zijn kortademigheid met koorts en verstopte katheter. U4 Niet dringend. De kans op schade op korte termijn is verwaarloosbaar. Beoordeling binnen 24 uur. U5 Advies.

Volgens een aantekening in het medisch dossier van Renata overlegde de praktijkassistente met de praktijkverpleegkundige over het verzetten van de afspraak.

Duiding Inspecties

Het onderzoek van de Inspecties geeft geen uitsluitsel over de exacte tijden waarop Renata en haar moeder zich hebben gemeld bij de balie van het GC A. Het is ook niet duidelijk geworden hoe zij geïnformeerd zijn over de spreekuurtijden. De tijden zoals vastgelegd in het dossier wijken af van de mondelinge toelichting door de betrokken medewerkers. De Inspecties hebben niet kunnen achterhalen waarom het melden aan de balie op 20 november pas twee dagen later werd vastgelegd in het dossier.

Het verzetten van de afspraak van Renata naar de volgende dag in overleg met de praktijkverpleegkundige op de dag na het HAP bezoek, was volgens de Inspecties niet in strijd met de geldende norm. Afgezet tegen de urgentieclassificatie beschouwen zij dit als een hulpvraag zonder tijdsdruk, waarbij, gegeven de informatie die op dat moment over de gezondheidstoestand bij de hulpverleners bekend was, direct handelen niet geboden was.

Algemene bevindingen verblijf familie in AZC Baexem

Tijdens het verblijf in AZC Baexem had het gezin met veel verschillende functionarissen te maken. Ten behoeve van dit onderzoek spraken de Inspecties met meerdere van hen om inzicht te krijgen in de algemene gang van zaken destijds en om te achterhalen of en zo ja welke specifieke herinneringen de functionarissen hadden aan Renata en haar familie.

Referentiekader

De locatiemanager van AZC Baexem geeft aan dat het uitgangspunt binnen het COA is dat alle bijzonderheden en informatie met betrekking tot bewoners op basis van reguliere contacten en uit functioneel overleg worden gerapporteerd in het IBIS.

Bevindingen casus

Op verzoek van de onderzoekscommissie (2013) gaf het COA aan dat er geen relevante informatie over het gezin in IBIS stond vermeld. De Inspecties hebben de informatie uit IBIS opgevraagd en bekeken. In de periode 23 augustus 2012 tot en met 17 september 2012 is summier in IBIS gerapporteerd. Er staan geen medisch gerelateerde zaken over het gezin A. in IBIS vermeld, alleen informatie over de asielprocedure en het verzoek tot de verhuizing naar een ruimere kamer.

De Inspecties interviewden verschillende woonbegeleiders van het AZC te Baexem, die ten tijde van het verblijf van het gezin A. contact hadden met het gezin. Allen herinnerden zich het verblijf van het gezin A., mede vanwege hun dochters, omdat deze actief aan (kinder)activiteiten meededen. Geen van de geïnterviewden herinnerde zich een zieke Renata of specifieke aandacht vanuit de ouders voor hun zieke dochter. Desgevraagd bleek verslaglegging van intern werkoverleg uit de periode van verblijf van het gezin A. niet meer beschikbaar. Na vertrek worden deze bestanden na verloop van tijd gewist uit het oogpunt van privacy.

Het feit dat Renata nooit is besproken op het maandelijks overleg tussen woonbegeleiders en schoolleiding impliceert volgens hen, terugkijkend naar de situatie, dat er waarschijnlijk geen sprake was van opvallend verzuim of gedrag. In de laatste week voor het vertrek van het gezin meldde haar vader Renata ziek op school, blijkt uit een gesprek met de betrokken schoolmedewerkers. Over de ziekmelding had de school geen nadere informatie meer. Het absentiesysteem werd destijds nog handmatig bijgehouden en bleek niet meer beschikbaar. De ouders

bevestigden de ziekmelding van hun dochter, die in hun herinnering de laatste acht tot tien dagen van hun verblijf in Baexem betrof.

Duiding inspecties

Het onderzoek door de Inspecties bevestigt de ziekmelding van Renata op school in de laatste fase van het verblijf van het gezin A. in het AZC te Baexem, zoals ook door de ouders aangegeven. De beleving van de ouders in deze fase van het verblijf loopt niet parallel met die van de COA medewerkers van het AZC. De verslaglegging in IBIS heeft geen betrekking op de periode dat de medische klachten van Renata manifest werden.

De Inspecties kunnen de achtergronden van dit verschil niet achterhalen.

4.2 Overbrenging naar Detentiecentrum Rotterdam

21 november 2012: Staandehouding, overbrenging en verblijf politiebureau Venlo

Referentiekader

Aan de feitelijke inbewaringstelling door de vreemdelingenpolitie gaat een zogenaamde vooraankondiging vooraf. Met dit document informeert de vreemdelingenpolitie het bureau plaatsing en de dienst vervoer en ondersteuning (beide van DJI) over een op handen zijnde insluiting in een detentiecentrum. Het gaat dan om het reserveren van celruimte in, respectievelijk vervoer naar het detentiecentrum. Op de vooraankondiging kunnen, naast personalia, bijzonderheden over de in te sluiten personen worden aangegeven. De in de vooraankondiging opgenomen informatie is mede gebaseerd op de mutaties in het informatiesysteem PSH-V.

Een inbewaringstelling in het kader van de vreemdelingenwet vereist verhoor van de vreemdeling door een hovj. Van dit verhoor wordt een proces-verbaal opgemaakt. Indien blijkt dat bij insluiting van een familieverband het gezin als geheel niet wil meewerken aan het vertrekproces is het DT&V-beleid dat de bij de in bewaringstelling betrokken hovj aangeeft dat dan het 'hoofd' van het gezin in bewaring wordt gesteld om de beschikbaarheid van de overige familieleden -die dan niet in bewaring kunnen worden gesteld- te borgen.

Het M118-formulier dient ervoor om een vreemdeling in het gehele terugkeerproces te begeleiden en te fungeren als een groeidocument, waarmee de ketenpartners elkaar informeren in het terugkeerproces.

Voorts is onderdeel van de inbewaringstelling dat de vreemdelingenpolitie bij het verhoor informeert naar de medische toestand, inclusief eventuele medische (vervolg)afspraken van betrokkenen. Als er geen dringende medische afspraken op korte termijn zijn, dan verwijst de vreemdelingenpolitie de vreemdeling naar zijn/haar advocaat voor overleg en bijstand met betrekking tot de medische toestand cq. afspraken met medici. Ook adviseren zij de vreemdeling om na binnenkomst in het detentiecentrum contact op te nemen met de medische dienst en eventuele lopende medische afspraken daarmee kort te sluiten.

Bevindingen

De vooraankondiging over de komst en het vervoer van het gezin A. bevat medisch gerelateerde aandachtspunten van vader, moeder, oudste dochter en oma. Over de gezondheid van Renata is geen informatie opgenomen. Deze informatie is afkomstig uit het kennismakingsgesprek dat de vreemdelingenpolitie op 5 september 2012, kort na hun plaatsing in het AZC Baexem, had met de volwassen leden van het gezin A. en is vastgelegd in het informatiesysteem PSH-V.

In het proces-verbaal dat de vreemdelingenpolitie opmaakte van het verhoor van de moeder van Renata staat dat de zus van Renata, klachten had die (zo blijkt nu) bij het ziektebeeld van Renata passen. De Inspecties hebben niet kunnen achterhalen of hier sprake is van een onjuiste vertaling en/of onjuiste weergave (verwisseling) in het proces-verbaal.

Het M118-formulier vermeldde over de fysiek/medische toestand van de zus van Renata geen bijzonderheden. Over Renata is op het M118-formulier aangegeven dat zij gezondheidsklachten had. De e-mail met de vooraankondiging geeft aan dat haar zus andersoortige gezondheidsklachten had en vermeldt over Renata geen bijzonderheden. De rapportage van de onderzoekscommissie 2013 sluit aan bij de informatie op het M118 formulier namelijk dat Renata gezondheidsklachten had. Het proces-verbaal omvat ook bijzonderheden over de medische toestand van de vader. Deze bijzonderheden zijn niet opgenomen in het M118-formulier terwijl in de vooraankondiging wel de medische klachten van vader A. zijn vermeld. Ditzelfde geldt voor de gegevens over de oma van Renata. In het proces-verbaal heeft zij last van bepaalde gezondheidsklachten. Op het M118-formulier is vermeld dat zij medicijnen voor deze klachten gebruikt en in de vooraankondiging staat vergelijkbare informatie. Dit alles maakt duidelijk dat de informatiedeling met betrekking tot bijzonderheden over het gezin tussen verschillende functionarissen binnen de politie niet eenduidig was; de inhoud van het PV, het M118-formulier en de overdrachts-mail verschilden qua inhoud aanmerkelijk van elkaar.

De inspecties stellen vast dat de hovj, in lijn met het beleid van de DT&V, aan vader A. meedeelde dat, als hij niet meewerkte aan de terugkeer, hij afzonderlijk van zijn gezinsleden zou worden ingesloten. De betrokken hovj, die de Inspectie VenJ interviewde, kon zich de casus van het gezin A. niet meer herinneren, maar kon zich voorstellen dat de inhoud van deze (standaard) mededeling, gegeven de omstandigheden, door betrokkenen als intimiderend is ervaren.

De beleving van de ouders dat zij twaalf uur in een politiecel hebben doorgebracht komt niet overeen met de werkelijke tijd die zij in de gezinsruimte van het politiebureau verbleven. Dit kan maximaal van 09.00 uur tot 16.30 zijn geweest.

Het is de Inspecties niet duidelijk geworden òf en zo ja, welke rol de asieladvocaat die zowel door de ouders als door de vreemdelingenpolitie werd benaderd, bij het proces van de inbewaringstelling en het verdere verloop daarvan, speelde. Voor zover bij de Inspecties bekend ondernam hij geen actie meer na het bericht over de staande houding en inbewaringstelling van het gezin. De Inspectie VenJ verzocht deze advocaat, zoals eerder gemeld, herhaaldelijk om een interview voor een nadere toelichting op de feiten en omstandigheden; een reactie op dit verzoek bleef echter uit.

Duiding inspecties

De verslaglegging door de vreemdelingenpolitie over de leden van het gezin A. is niet eenduidig en volledig. De Inspecties maken uit de documenten op dat tijdens de inbewaringstelling relevante informatie niet is gekoppeld aan de juiste persoon en als zodanig onjuist is vastgelegd. De onderzoekscommissie 2013 heeft zich kennelijk uitsluitend gebaseerd op de informatie van het toegepaste M118-formulier. Dit formulier bevat weliswaar de juiste, maar niet de volledige informatie over de gezondheidstoestand van Renata. De inspecties hebben niet meer kunnen achterhalen of bepaalde gezondheidsaspecten aan bod zijn gekomen in het gesprek, en indien dit wel is besproken waarom dit niet is vastgelegd.

21 november 2012: Vervoer van Venlo naar het DCR

Referentiekader

Het vervoer door de DV&O van families met kinderen in het kader van vreemdelingenbewaring vindt altijd plaats in een regulier personenbusje zonder de toepassing van in de bus aangebrachte voorzieningen om ontvluchting te voorkomen. Afhankelijk van de leeftijd van de kinderen zijn er speciale voorzieningen beschikbaar zoals verhoogde (kleuter)zittingen. Voorts dienen bijzonderheden rond personen die getransporteerd worden vermeld te worden op de vervoersopdracht. Dit kan ook betrekking hebben op de gezondheidstoestand van de vervoerde personen.

Bevindingen

Volgens de ouders liet de vader tijdens de rit de brief van de HAP-arts zien aan de chauffeur en een beveiligder. Hierop volgde geen actie. Als Renata tijdens de rit moest braken krijgt ze een zakje en minderde de chauffeur vaart. Verder volgde geen actie. Het gezin had het gevoel te worden vervoerd als criminelen, terwijl de locatiemanager van AZC had gezegd dat ze naar een "open" centrum gaan en daar medische hulp krijgen. De twee destijds ingezette transportbegeleiders van de Dienst Vervoer en Ondersteuning (DV&O) konden zich het gezin A. niet meer herinneren. Nagenoeg wekelijks vervoeren zij families met kinderen en deze familie was daar één van. Het vervoer van families met kinderen vond en vindt altijd plaats in een uiterlijk regulier personenbusje zonder de toepassing van voorzieningen om ontvluchtingen te voorkomen³⁶. De transportbegeleiders herinneren zich niet of door de vader expliciet aandacht is gevraagd voor zijn zieke dochter of (medisch) onderzoek dat daarmee samenhangt. Ook wisten zij niet meer of zij waren gestopt vanwege het braken van Renata.

De vervoersopdracht van de betreffende rit vermeldde geen bijzonderheden. Het overgeven door Renata, waaraan de ouders refereerden, stond niet genoteerd op de rittenstaat.

Duiding Inspecties

De Inspecties konden op basis van de beschikbare informatie niet verifiëren welke hulpvragen door het gezin tijdens het vervoer werden geuit, noch vaststellen of de betrokken transportbegeleiders hierop correct reageerden.

4.3 Verblijf in detentiecentrum Rotterdam

Van 21 tot en met 26 november 2012 verbleef het gezin A. in het DCR.

Organisatie gezondheidszorg DCR

Om de bevindingen in de juiste context te plaatsen, volgt eerst een korte beschrijving van de organisatie van de medische zorg in het DCR ten tijde van het verblijf van het gezin A.

De toegang tot de medische zorg was in het DCR als volgt geregeld. Iedere nieuwe vreemdeling onderging binnen vierentwintig uur een intake door een verpleegkundige; een arts van het DCR fiatteerde deze intake (zie voor de intakeprocedure verder referentiekader onder 22 november 2012). Aanvullend op de intake door een verpleegkundige kregen alle kinderen een intakeconsult met een arts van het DCR.

³⁶ Het beleid van de DV&O is om het justitieel vervoer van ouders met kinderen zoveel mogelijk in onopvallende voertuigen uit te voeren. Dat betekent dat het uiterlijk van het voertuig niet herkenbaar is als justitievoertuig. Bij het vervoer van ouders met kinderen worden de in het voertuig aangebrachte veiligheidsvoorzieningen die ontvluchting tegengaan, niet toegepast.

Tijdens het verdere verblijf konden vreemdelingen via verzoekbriefjes hun gezondheidsklacht en/of behoefte aan een consult bij de medische dienst kenbaar maken. Zij werden dan binnen 24 uur opgeroepen voor het verpleegkundig spreekuur. Behalve het systeem met verzoekbriefjes vond in het DCR destijds tweemaal per week een verpleegkundig inloosspreekuur plaats.

Zo nodig verwezen verpleegkundigen vreemdelingen dan door naar de huisarts. Om te bepalen of iemand een verwijzing naar de huisarts nodig had, werd door verpleegkundigen gebruik gemaakt van een daartoe ontwikkelde set toegeleidingskaarten. Daarnaast konden vreemdelingen rechtstreeks een afspraak maken bij de huisarts, zonder eerst een beoordeling door een verpleegkundige.

Dagelijks waren er van 8:00 uur tot 22:00 uur verpleegkundigen aanwezig in het DCR. Verpleegkundigen konden tijdens hun dienst op ieder moment een arts consulteren. Tijdens kantooruren de dienstdoende huisarts van het DCR, buiten kantooruren een spoedarts van een artsensamenwerkingsverband dat de avond-, nacht- en weekenddiensten voor het DCR verzorgde.

Toezichthoudend personeel kon dagelijks tussen 8:00 en 22:00 de medische dienst bellen voor een bezoek aan de afdeling. Na 22:00 uur kon de wachtcommandant rechtstreeks contact opnemen met de spoedarts.

21 november 2012: Informatieoverdracht en binnenkomst DCR

Referentiekader

Indien het M118-formulier over een nieuw inkomende vreemdeling medische informatie bevatte, was het gebruikelijk dat de afdeling bevolkingsadministratie van het DCR deze informatie mailde aan de medische dienst om deze informatie op te nemen in het medisch dossier.

In het DCR was het gebruikelijk dat, kort na binnenkomst van een gezin, een verpleegkundige een kort bezoek aan de afdeling bracht om een eerste indruk te krijgen van het gezin. Het was tevens gangbaar om deze indruk vast te leggen in het medisch dossier.

Bevindingen casus

De Inspecties hebben niet kunnen achterhalen waarom sommige informatie van het M118-formulier niet in het medisch dossier terecht kwam, terwijl deze informatie de medische dienst via een e-mail van de bevolkingsadministratie wel bereikte. De eerste indruk die de verpleegkundige over Renata vastlegde is waarschijnlijk, conform de toen gebruikelijke werkwijze, gebaseerd op een kort bezoek aan de afdeling vlak na binnenkomst. De verpleegkundige kon zich het betreffende moment niet meer herinneren.

De ouders kunnen zich niet vinden in de waarneming van de verpleegkundige dat Renata kort na binnenkomst in het DCR een gezonde en vrolijke indruk maakte. Volgens de ouders was Renata toen al ziek en lag veel in bed. Opnames van beveiligingscamera's in het DCR die de Inspecties mogelijk een beeld zouden kunnen geven van Renata's toestand ten tijde van haar verblijf in het DCR, zijn niet meer beschikbaar omdat deze opnames standaard na één jaar worden gewist.

Duiding Inspecties

De Inspecties achten het niet overnemen van de informatie over Renata's klachten van het M 118 formulier in het medisch dossier een omissie. De Inspecties hebben niet kunnen achterhalen waarom dit niet is gebeurd.

De ouders geven aan zich niet te kunnen verenigen met de vastgelegde waarneming dat hun dochter een gezonde, vrolijke indruk achterliet, zeker gezien de wetenschap (achteraf) dat zij destijds ernstig ziek was. Het inspectieonderzoek heeft geen andere waarnemingen op de verblijfsafdeling over de toestand van Renata aan het licht gebracht die mogelijk een completer beeld hadden kunnen geven. Detentietoezichthouders rapporteerden destijds alleen bijzonderheden en hebben deze blijkbaar niet waargenomen dan wel niet gerapporteerd ten aanzien van de gezondheidstoestand van Renata.

22 november 2012: Intakeconsult verpleegkundige DCR

Referentiekader

De destijds geldende intakeprocedure³⁷ voor detentiecentra schrijft voor dat alle nieuwe vreemdelingen door een verpleegkundige worden gezien voor een intake, uiterlijk op de eerstvolgende dag na binnenkomst. De procedure is dat de verpleegkundige beoordeelt of alle relevante gegevens over het gezondheidsverleden van de vreemdeling aanwezig zijn. Zonodig vragen zij om het ondertekenen van een toestemmingsformulier door (de ouders van) de vreemdeling voor het opvragen van informatie. In het gesprek dat de IGZ had met de verpleegkundigen en arts van het DCR wordt toegelicht dat destijds, wanneer tijdens de intake een relevante lopende behandeling elders (in Nederland) of een relevante ziekenhuisopname ter sprake kwam, getracht werd deze informatie op te vragen.

De intakeprocedure behelst ook dat de verpleegkundige relevante gegevens registreert in het medisch dossier en daarbij onder meer het standaard intakeformulier gebruikt.

De medische eindverantwoordelijkheid ligt bij de arts. De arts beoordeelt de door de verpleegkundige verzamelde informatie over de nieuwe vreemdeling.

Bevindingen casus

Conform de procedure vond de intake (met de hele familie A.) door een verpleegkundige een dag na binnenkomst plaats. Hierbij werden ook intakegegevens over Renata verzameld en vastgelegd aan de hand van het standaard intakeformulier. Volgens notities in het dossier werd daarbij gevraagd naar het 'ziekteverleden' van Renata. Dit ziekteverleden was 'normaal' volgens dossieraantekeningen uit de intake.

In de herinnering van de verpleegkundige die de intake afnam, toonde het gezin tijdens de intake geen briefje van de HAP-arts met een indicatie voor onderzoek, of maakte melding van een dergelijk briefje. De verpleegkundige gaf aan dat, wanneer tijdens een intake een briefje van een arts met die strekking zou worden getoond, zij dat als relevante informatie zou hebben beoordeeld. Volgens de verpleegkundige zou zij dit hebben geregistreerd in het dossier, in de vorm van een notitie en/of een kopie van het briefje. De IGZ trof in het dossier van Renata geen registratie over, of kopie van het briefje aan.

In de intakegegevens van Renata staat vermeld dat Renata voor een andere klacht naar een specialist zou gaan. De verpleegkundige die de intake verzorgde herinnerde zich niet of en hoe deze informatie ter sprake kwam tijdens de intake en/of waar de informatie vandaan kwam. De ouders gaven desgevraagd aan dat hen niets bekend was over een dergelijke doorverwijzing. In geen van de beschik-

³⁷ Procedure 1: intake, begeleiding en consult, Dienst Bijzondere Voorzieningen, versie oktober 2011, afdeling Gezondheidszorg DJI.

bare schriftelijke bronnen is een verwijzing gevonden. Betrokkenen herinneren zich niet of, en op welke wijze deze informatie in het intakegesprek aan bod is gekomen. De tijdens de intake verkregen informatie over Renata was voor de betrokken verpleegkundige geen aanleiding om aanvullende informatie elders op te vragen.

Duiding Inspecties

De Inspecties beoordelen dat de intake van Renata is verlopen conform de geldende procedure. Bij de verpleegkundige intake kwamen geen bijzonderheden aan het licht, ook niet toen de verpleegkundige vroeg naar het ziekteverleden van Renata. De intake gaf voor het DCR dan ook geen aanleiding om navraag te doen naar eventuele voorgaande dossiers.

De Inspecties hebben geen verklaring kunnen vinden voor het ontbreken van informatie over het briefje van de HAP arts, dat de ouders volgens eigen zeggen aan meerdere medewerkers van het DCR hebben getoond.

Ook kunnen de Inspecties niet achterhalen waar de opmerking in de intakegegevens van Renata, dat zij naar een specialist zou gaan, vandaan is gekomen/op gebaseerd is. De informatie is niet te herleiden naar informatie die bij de ouders danwel bij zorgverleners in het DCR bekend was. Ook het briefje van de HAP-arts, dat ouders naar hun idee hebben getoond tijdens de intake, zegt niets over een dergelijk consult of verwijzing. In de overdracht van de HAP naar het GC A, is over een mogelijke verwijzing geschreven, zoals te lezen is in het GC A-dossier.

22 november 2012: Intake medewerker vreemdelingenzaken en fit-to-fly-onderzoek

Referentiekader

Bij nieuw binnengekomen vreemdelingen in het DCR wordt standaard een (niet-medische) intake afgenomen door de medewerker vreemdelingenzaken. Deze intake heeft als doel de vreemdeling te ondersteunen bij de voorbereiding op zijn terugkeer. Voor families geldt dat niet met alle gezinsleden een intake wordt gehouden, maar dat het hoofd van een familie of gezin hiervoor wordt benaderd. (Bron: functiebeschrijving medewerker vreemdelingenzaken DBV).

Daarnaast is het gebruikelijk dat door een medewerker van de DT&V (regievoerder) met een vertegenwoordiger van een familie een vertrekgesprek wordt gehouden. Ten tijde van het vertrek van het gezin A. werden door de DT&V geen vertrekgesprekken gevoerd met vreemdelingen die op grond van een Dublinclaim naar het land van eerste (EU) aankomst terugkeerden. Met het gezin A. zijn dan ook geen vertrekgesprekken gevoerd.

Fit-to-fly-onderzoek

Een fit-to-fly onderzoek is aan de orde als er indicaties zijn dat door een arts moet worden vastgesteld of de vreemdeling vanuit medisch oogpunt op het geplande moment in staat is om met het vliegtuig te reizen. Dit kan zowel in de voorbereidingsfase als in de daadwerkelijke terugkeerfase van de vertrekoperatie worden geïnitieerd.

Wanneer een vreemdeling is ingesloten in een detentiecentrum kan een fit-to-fly onderzoek worden aangevraagd door de regievoerder van de DT&V wanneer er bijvoorbeeld bijzonderheden zijn gemeld via het M118-formulier (Bron: DT&V). Voorts bestaat de mogelijkheid dat de arts van het DCR een verzoek doet bij de DT&V om een fit-to-fly onderzoek uit te voeren. (Bron: DCR).

Als de regievoerder van de DT&V in de terugkeerfase van mening is dat er indicaties zijn die erop wijzen dat de vreemdeling om medische redenen niet kan reizen en/of er bij terugkeer naar het land van herkomst een medische noodsituatie zou kunnen ontstaan, kan hij ambtshalve verzoeken om toepassing van artikel 64 Vw. Dit houdt in dat, nadat de IND heeft geoordeeld dat art 64 Vw van toepassing is, de uitzetting van de vreemdeling achterwege blijft zo lang het, gelet op de gezondheidssituatie, niet verantwoord is om te reizen.

Bevindingen

Een medewerker vreemdelingenzaken van het DCR sprak in het kader van een (niet-medische) intake met vader A., in zijn hoedanigheid van vertegenwoordiger van het gezin. De medewerker vreemdelingenzaken herinnerde zich het gesprek naar eigen zeggen nog goed vanwege het feit dat het haar niet lukte om met vader het gesprek op gang te brengen. Omdat vader A. aangaf verder geen gebruik te willen maken van de diensten van de medewerker vreemdelingenzaken is het gesprek beëindigd en is vader A. teruggegaan naar de afdeling van verblijf.

Voor Renata en haar zus is vanuit de DT&V en vanuit de medische dienst van het DCR geen verzoek gedaan voor een fit-to-fly onderzoek omdat daar op grond van de beschikbare informatie kennelijk geen aanleiding voor was. Voor de ouders en de grootmoeder is wel een fit-to-fly onderzoek geïndiceerd (Bron: journaalposten vertrekprocedure DT&V).

Op 22 november 2012 ondergingen vader en moeder een fit-to-fly onderzoek, met als uitkomst dat zij medisch gezien in staat waren om te reizen. In tegenstelling tot wat de onderzoekscommissie 2013 stelt, heeft grootmoeder geen fit-to-fly keuring ondergaan.

Duiding Inspecties

In het korte gesprek dat vader A. met de medewerker vreemdelingenzaken had is de gezondheid van Renata niet aan de orde geweest.

Hoewel niet relevant voor het oordeel over de zorgverlening aan Renata constateren de Inspecties dat grootmoeder geen fit-to-fly-keuring heeft ondergaan. De reden waarom dit niet is gebeurd hebben de Inspecties niet kunnen achterhalen.

22 november 2012: Extra consult DCR

Referentiekader

Het destijds geldende protocol van het DCR³⁸ voor kinderen met koorts schrijft voor dat een kind met koorts (> 38,0°C) dezelfde dag gezien en onderzocht wordt door een verpleegkundige. De verpleegkundige tracht daarbij de volgende informatie te achterhalen: leeftijd, ziekteverleden, sinds wanneer koorts, comorbiditeit, andere symptomen, vochtinname en -uitscheiding, koortsstuipen, medicijngebruik, zieken in omgeving en mate van ongerustheid bij ouders.

Bij het onderzoeken van het kind dient de verpleegkundige zich een algemene indruk van het kind te vormen, waarbij de verpleegkundige let op de volgende symptomen: bewustzijn, mate van ziekzijn, activiteit/sloomheid bij kind, koude rillingen, huidturgor³⁹, huidafwijkingen, kleur huid en capillaire hervulling⁴⁰, ademhaling beoordelen, vochtigheidsgraad slijmvliezen, temperatuur rectaal.

38 Handboek medische dienst DCR, protocol 'Koorts bij zuigelingen en kinderen', versie 01.2013

39 Spanningstoestand van de huid die op een grove, doch gemakkelijk waarneembare wijze een indruk geeft van het vochtgehalte van het lichaam.

Volgens protocol dient de verpleegkundige de huisarts direct te raadplegen bij twijfel en/of bij aanwezigheid van de volgende aspecten: leeftijd <2 jaar, toenemend ziekzijn en diarree, toenemend ziekzijn en verminderde vochtinname, kreunen/huilen/ontroostbaar zijn, benauwdheid, suf/moeilijk te wekken, puntvormige donkerrode vlekjes, koorts >3 dagen, opnieuw hoge koorts na aantal koortsvrije dagen, bekende medische voorgeschiedenis, bleek of grauw zien, signalen van meningeale prikkeling, aanhoudend braken, sprake van koortsconvulsie.

In het protocol staat opgenomen dat indien de koorts blijft, na overleg met de huisarts, paracetamol verstrekt kan worden. Voorts beschrijft het protocol dat de verpleegkundige de zorg aan en toestand van het kind dient over te dragen aan de eerst verantwoordelijke van de dienst als er geen medische dienst meer aanwezig is na 22.00 uur.

Uit navraag bij het DCR komt aanvullend naar voren dat gezinnen geen paracetamol in eigen beheer kregen. Bij aanwezigheid van de medische dienst werd paracetamol door de verpleegkundige (in opdracht van de huisarts) verstrekt aan het betreffende kind. Bij afwezigheid van de medische dienst kon (indien de huisarts dit voorgeschreven had) een paracetamol op naam van het betreffende kind worden achtergelaten (voor de nacht) op de teampost, zodat dit volgens voorschrift van de huisarts kon worden verstrekt door DTH'ers⁴¹. DTH'ers verstrekten niet op eigen initiatief paracetamol aan kinderen, ook niet op verzoek van ouders.

Bevindingen

De verpleegkundige nam een anamnese af met behulp van een tolk, voerde onderzoek uit en rapporteerde haar bevindingen uit anamnese, onderzoek en algemene indruk. Als vangnetadvies werd een beoordeling door de huisarts voor de volgende dag geïndiceerd. De verpleegkundige overlegde de bevindingen met de spoedarts en verstrekking van (zelfzorg)medicatie vond plaats na overleg met de arts. De verpleegkundige communiceerde zijn/haar bevindingen en beleid naar de teampost van de afdeling.

In het dossier van Renata staat opgenomen dat zij volgens de moeder sinds die avond bepaalde klachten had, sinds vijf dagen niet lekker was en last had van een specifieke andere gezondheidsklacht. De ouders geven aan zich niet te herkennen in deze tekst. Volgens de ouders betrof het vijf weken in plaats van vijf dagen en had Renata al vele dagen last van de beschreven gezondheidsklachten.

De IGZ trof in de aantekeningen van het consult geen verwijzingen aan naar (het tonen van) het briefje van de HAP-arts. Ook blijkt uit dossierinformatie en uit informatie uit gesprekken met zorgverleners niet dat bepaalde symptomen zijn waargenomen.

Duiding Inspecties

Het handelen van de verpleegkundige en het raadplegen van de arts beoordelen de Inspecties als in overeenstemming met het geldende protocol. Dat geldt eveneens voor het verstrekken van (zelfzorg)medicatie.

De Inspecties nemen aan dat de opmerking in het medisch dossier dat Renata met klachten naar het ziekenhuis ging, zonder vervolgbehandeling, verwijst naar het

40 Geeft een maat voor de doorbloeding van de weefsels behorende tot de huid en zegt in het algemeen wat over de kwaliteit van de circulatie.

41 DTH is een afkorting van de functie: detentietoezichtouder.

bezoek aan de HAP dat tot dan toe geen vervolg had gekregen (terwijl dat wel geïndiceerd was).

Het verschil tussen de in de anamnese vergaarde informatie dat Renata sinds die avond volgens haar moeder voor het eerst bepaalde klachten had, en de informatie dat Renata in het AZC ook reeds deze klachten had, kunnen de Inspecties niet verklaren. Dat geldt ook voor de opmerking in het dossier dat Renata volgens haar moeder sinds vijf dagen niet lekker was en last had van een specifieke andere klacht dan de hierboven bedoelde klacht, terwijl dat volgens de ouders vijf weken moet zijn. Gebaseerd op de gegevens van het GC A en JGZ dossier gaan de inspecties ervan uit dat het inderdaad om een langere periode moet gaan.

23 november 2012: Intakeconsult arts DCR

Referentiekader

Het was in 2012 gebruikelijk dat bij kinderen, naast de intake met een verpleegkundige, ook een intakeconsult met de arts plaatsvond. Dit blijkt uit het beleidsprotocol en het interview met diverse medewerkers en de directie van het DCR. De procedure met betrekking tot intake, toegeleiding en consult schreef voor dat de arts de door de verpleegkundige verzamelde informatie over de nieuw binnen gekomen vreemdeling beoordeelde en indien nodig lichamelijk onderzoek deed naar de gezondheidstoestand van de vreemdeling. De arts was verantwoordelijk voor het besluit over de behandeling of een eventuele doorverwijzing van de vreemdeling naar een medisch specialist.

Bevindingen casus

Het intakeconsult door de arts met Renata, inclusief een lichamelijk onderzoek op een aantal aspecten, vond volgens diverse dossieraantekeningen op 23 november 2012 plaats. De ouders gaven aan dat Renata nooit (lichamelijk) is onderzocht door een arts in het DCR. In de herinnering van de ouders is Renata wel éénmaal door een arts gezien in het DCR, maar werd zij daarbij aanvankelijk niet, en na aandringen van de ouders, vluchtig onderzocht. Betreffende arts was volgens hen een vrouwelijke arts, waarbij de ouders een specifiek uiterlijk kenmerk schetsten. Tevens gaven de ouders aan dat de arts een toegangspas droeg met de vermelding 'dr'. Uit door de IGZ opgevraagde informatie over de artsenbezetting in het DCR destijds komt naar voren dat in de periode dat familie A. in het DCR verbleef geen artsen in het DCR werkzaam waren met het door de ouders beschreven specifieke uiterlijke kenmerk. Waarschijnlijk is de persoon waar de ouders aan refereren een verpleegkundige geweest. Daarom wordt hierna gesproken over 'de medewerker'. Ouders vertelden dat de betreffende medewerker, ondanks de uiterlijke symptomen die Renata volgens hen toonde, geen initiatief nam om Renata te onderzoeken. De medewerker oordeelde volgens de ouders dat 'alles goed' was en verstrekte (zelfzorg)medicatie. Over het consult dat de ouders bedoelen zijn geen aantekeningen in het medisch dossier aangetroffen. Ook zijn in het afdelingslogboek geen aantekening gevonden over een dergelijk medisch consult. Het consult vond volgens de ouders plaats zonder tolk.

Om na te gaan of de medewerker in bovenbeschreven consult mogelijk een verpleegkundige betrof in plaats van een arts, is aan de hand van het verpleegkundigendienstrooster van 21 tot en met 26 november 2012 nagegaan welke destijds dienstdoende verpleegkundigen voldeden aan de omschrijving van de ouders. De verpleegkundigen die qua uiterlijk voldeden aan de omschrijving van de ouders zijn benaderd door de IGZ. Geen van de verpleegkundigen kan zich contact met het gezin A. en/of een consult zoals de ouders schetsen herinneren.

Verpleegkundigen geven desgevraagd aan dat er regelmatig verwarring bestaat over hun functie: ze worden op de afdeling vaak aangesproken met 'dokter'. Dit ondanks dat zij zich consequent met naam én functie voorstellen. Volgens de verpleegkundigen kan het te maken hebben met het feit dat ze altijd een witte jas dragen. Artsen dragen geen witte jas maar normale kleding.

Op basis van de beschikbare (dossier)informatie constateert de IGZ dat Renata in het DCR eenmaal door een arts gezien en onderzocht is. Op 23 november 2012 staat in het medisch dossier van Renata een consult met een huisarts (anders dan door de ouders beschreven) van het DCR genoteerd. Ook is in een aantal andere bronnen (medisch dossier en afdelingslogboek) het plaatsvinden van het betreffende consult, danwel de planning ervan, vastgelegd.

De arts die het consult met Renata deed kan zich niet herinneren waar de opmerking in het medisch dossier van Renata vandaan komt dat zij doorverwezen was.

De Inspecties konden niet verifiëren of het consult van de arts met Renata met behulp van een tolk plaatsvond. Volgens de data van de tolkcentrale heeft de betreffende arts op 23 november 2012 een gesprek gevoerd met een tolk Georgisch om 10:43 uur (enige gesprek met tolk Georgisch/ Armeens/ Russisch door de arts die dag). Niet is vast te stellen of dit het gesprek met Renata en haar moeder betrof, omdat de tijd van dat consult niet bekend is. De onderzoekscommissie 2013 rapporteerde dat het consult met de arts in de middag plaatshad. Het is op basis van de geraadpleegde bronnen voor de Inspecties onduidelijk waar deze tijdsindicatie van de onderzoekscommissie 2013 op gebaseerd is.

Duiding Inspecties

De Inspecties constateren dat er verwarring is ontstaan over de functie van een aantal zorgverleners waarmee de ouders contact hebben gehad. Blijkbaar was voor de ouders het onderscheid tussen artsen en verpleegkundigen niet altijd duidelijk. De arts die Renata zag voor een intakeconsult heeft volgens de Inspecties correct gehandeld op basis van de informatie die hij had uit de verpleegkundige intake en zijn eigen onderzoeksbevindingen. Uit de dossieraantekeningen blijkt dat ook lichamelijk onderzoek door de arts is verricht.

De Inspecties hebben niet kunnen achterhalen of het gesprek met de arts is gevoerd door tussenkomst van een tolk. Volgens de arts was dit gebruikelijk om te doen, maar hij heeft hierover in dit geval geen informatie opgenomen in het dossier.

23 november 2012: Extra consult DCR

Referentiekader

Zie voor het referentiekader de toelichting onder 22 november 2012 over het protocol 'koorts bij zuigelingen en kinderen'.

De werkinstructie MicroHIS⁴² schrijft voor dat verpleegkundigen systematisch en eenduidig alle verrichte verpleegkundige handelingen in het medisch dossier rapporteren en alle gegevens toevoegen die van belang zijn voor een goede medische zorg.

Bevindingen

In de verslaglegging van het extra consult in de avond van 23 november 2012 ontbreekt een beschrijving van (de bevindingen van) een onderzoek door de

42 Werkinstructie MicroHIS agenda verpleegkundigen en artsenspreekuur versie 08.2011, Directie Bijzondere Voorzieningen, Medische dienst.

verpleegkundige, zoals het destijds geldende protocol voor Kinderen met koorts voorschrijft (zie het referentiekader onder het schema betreffende 22 november 2012, extra consult vanwege koorts DCR).

Er vond (volgens notities in het dossier) geen overleg plaats met een arts over het verstrekken van (zelfzorg)medicatie, zoals bovengenoemd protocol voorschrijft. De tijd die de verpleegkundige noteerde voor het volgende verstrekkingmoment (22:00 uur) wijkt af van hetgeen door de afdelingsmedewerkers (teampost) in het logboek is opgenomen (23:00 uur). Beide genoteerde tijden sluiten niet aan bij de geïndiceerde tussenliggende tijd van 6 uur (ervan uitgaande dat Renata om 18:00 uur (zelfzorg)medicatie kreeg).

In tegenstelling tot wat de onderzoekscommissie 2013 vermeldt, gaan de Inspecties er vanuit dat Renata om 22.00 uur niet is gezien door een verpleegkundige, maar dat de aantekening in het dossier achter 'P' een instructie aan de teampost betrof.

Duiding Inspecties

De Inspecties beoordelen de dossiervoering door de verpleegkundige over diens bevindingen als summier. De verpleegkundige legde, afgezien van de gemeten temperatuur, niets vast over een algemene indruk, over de aan- of afwezigheid van symptomen en of hier onderzoek naar verricht is.

De verstrekte medicatie is geen receptplichtig geneesmiddel. Desondanks schrijft het DCR-protocol 'Kinderen met koorts' voor dat verpleegkundigen deze medicatie niet mogen verstrekken zonder tussenkomst van een arts. De verpleegkundige week af van de interne werkafpraak door deze medicatie te verstrekken zonder overleg te plegen met een arts.

Vanaf 23 tot 30 november 2012: Dagen voorafgaand aan, tijdens en na uitzetting naar Polen

Referentiekader

In het weekend zijn er in het DCR verpleegkundigen aanwezig van 7:30 uur tot 22:00 uur. Verpleegkundigen komen in de weekenden regelmatig op de afdeling, in elk geval vier keer per dag om medicatie uit te delen. Op deze momenten kunnen vreemdelingen ook vragen stellen aan verpleegkundigen.

Tijdens de nachtdiensten (na 22:00 uur) zijn er geen verpleegkundigen aanwezig. De wachtcommandant is dan verantwoordelijk voor het inschakelen van de spoedarts.

In de periode dat het gezin A. in het DCR verbleef werden door de DTH'ers uitsluitend bijzonderheden gerapporteerd⁴³, zoals geconstateerd afwijkend gedrag, de noodzaak tot bijzondere zorg of de verstrekking van medicatie.

Bevindingen

De Inspecties constateerden zowel in interviews met medewerkers als in de dossier-systemen geen onderbouwing en/of bevestiging voor hulpvragen voor Renata en/of van haar ouders, het tonen van het briefje van de HAP-arts en het verstrekken van (zelfzorg)medicatie/hulpmiddelen in het weekend voorafgaand aan het vertrek. Door DTH'ers werden geen bijzonderheden gerapporteerd.

⁴³ Sinds medio 2013 is het beleid dat er meer specifiek over alle bewoners wordt gerapporteerd; ook als er geen aanleiding is om bijzonderheden te vermelden. Uitgebreider rapporteren is een van de verbeteracties naar aanleiding van het overlijden van Alexander Dolmatov.

Ook uit de algemene bevindingen (niet te koppelen aan een specifiek moment) van de Inspecties over het verblijf van het gezin A. in het DCR kwamen geen bijzonderheden naar voren zoals in onderstaand cluster staan beschreven. Dit staat haaks op de verklaringen van de ouders dat zij gedurende de gehele periode van het verblijf om aandacht voor de ziekte van hun dochter hebben gevraagd.

Duiding Inspecties

De Inspecties kunnen de tegenstellingen in bevindingen, waarbij de informatie van de ouders aanmerkelijk afwijkt van die van de betrokken medewerkers, niet verklaren. Op basis van de informatie van de ouders en de medische informatie vastgesteld in Polen is het aannemelijk dat Renata steeds zieker werd, haar ouders steeds bezorgder en dat zij deze zorg ook uitten.

In de praktijk kwamen verpleegkundigen dagelijks meerdere keren op de afdeling om medicatie te verstrekken en waren zij aanspreekbaar voor vragen. Mogelijk hebben de ouders vragen gesteld, maar dit hebben de Inspecties niet teruggevonden in het dossier. DTH'ers rapporteerden ook geen bijzonderheden over het gezin A.

Algemene bevindingen tijdens verblijf in het DCR (niet onder te brengen in specifiek tijdsblok)

De ouders geven aan dat zij vanaf het moment van binnenkomst in het DCR de brief van de HAP-arts lieten zien aan diverse medewerkers in verschillende functies. Ook probeerden zij via de intercom een beroep te doen op DTH'ers, waarna zij het briefje door het cellulijke lieten zien aan DTH'ers en zo probeerden duidelijk te maken dat Renata ziek was. Een arts, verpleegkundigen en DTH'ers namen symptomen waar, aldus de ouders. Ook toonden de ouders de brief van de HAP-arts aan de medewerker van de Dienst Terugkeer & Vertrek. Volgens hen probeerden zij tot in den treure maar tevergeefs de gezondheidstoestand van Renata onder de aandacht te brengen, waarbij zij er van overtuigd zijn dat door medewerkers van het DCR bewust signalen werden genegeerd.

De door de Inspecties geïnterviewde DTH'ers herinneren zich het gezin niet. In de periode dat het gezin A. in het DCR verbleef rapporteerden de DTH'ers uitsluitend bijzonderheden zoals geconstateerd afwijkend gedrag, de noodzaak tot bijzondere zorg of de verstrekking van medicatie. Over het gezin A. werden, afgezien van de verstrekking van (zelfzorg)medicatie, geen bijzonderheden gerapporteerd. In de rapportages van 21 t/m 26 november 2012 van de wachtcommandanten (verantwoordelijk DTH'ers van dienst) staan geen bijzonderheden genoteerd over het gezin A.

Uit registraties over contacten die medewerkers van de DT&V, of de Koninklijke Marechaussee namens de DT&V, met het gezin A. hadden over het aanstaande vertrek, bleek niet dat in deze contacten aan bod kwam dat er (medisch) iets aan de hand was met Renata.

Bijlage 1 Lijst van Afkortingen

| | |
|---------|---|
| AVIM | Afdeling Vreemdelingenpolitie Immigratie en Mensenhandel |
| AZC | Asielzoekerscentrum |
| BHV | Bedrijfshulpverlening |
| CITT | Commissie Integraal Toezicht Terugkeer |
| COA | Centraal Orgaan opvang Asielzoekers |
| DBV | Directie Bijzondere Voorzieningen |
| DCR | Detentiecentrum Rotterdam |
| DJI | Dienst Justitiële Inrichtingen |
| DT&V | Dienst Terugkeer en Vertrek |
| DTH | Detentietoezichthouder |
| DV&O | Dienst Vervoer en Ondersteuning |
| EPD | Elektronisch patiëntendossier |
| EU | Europese Unie |
| GC A | Gezondheidscentrum Asielzoekers |
| GGD | Gemeentelijke Gezondheidsdienst |
| GGD NL | Gemeentelijke Gezondheidsdiensten Nederland, nu GGD/GHOR |
| GGZ | Geestelijke Gezondheidszorg |
| HAP | Huisartsenpost |
| HIS | Huisarts Informatie Systeem |
| Hovj | Hulpofficier van justitie |
| IBIS | Integraal Bewoners Informatie Systeem |
| IBS | Inbewaringstelling |
| IGZ | Inspectie voor de Gezondheidszorg |
| IVenJ | Inspectie Veiligheid en Justitie |
| JGZ | Jeugdgezondheidszorg |
| Kwz | Kwaliteitswet zorginstellingen |
| KNMG | Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst |
| LHV | Landelijke Huisartsen Vereniging |
| M118 | Formulier voor aanmelding van een vreemdeling of voortzetting van bewaring (IBS) in een justitiële inrichting. |
| MCA | Menzis COA Administratie b.v. |
| MDO | Multidisciplinair overleg |
| NHG | Nederlands Huisartsen Genootschap |
| PSH-V | Politiesuite handhaving – vreemdelingenzaken |
| PV | Proces verbaal |
| RZA | Regeling Zorg Asielzoekers |
| SOEP | Subjectief, Objectief, Evaluatie, Plan |
| TISOV | Tijdelijke Informatiesysteem Overdracht Vreemdelingen |
| VenJ | Veiligheid en Justitie |
| Wet Big | Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg |
| Wlz | Wet langdurige zorg |