



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Verantwoorde medische zorg in detentie- en uitzetcentra

Signaleren van psychische kwetsbaarheid moet
systematischer

Utrecht, februari 2014

Inhoud

Voorwoord – 5

Samenvatting – 7

1 Inleiding – 9

- 1.1 Achtergrond – 9
- 1.2 Onderzoeksvragen – 10
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader – 10

2 Conclusies – 11

- 2.1 Verantwoorde medische zorg in detentie- en uitzetcentra – 11
- 2.2 Kwaliteit medische zorg in belangrijke mate op orde, maar beoordelen psychische gesteldheid en dossiervorming behoeven verbetering – 11
- 2.3 Professioneel statuut ontbreekt – 11
- 2.4 Adequate medische informatieoverdracht – 11
- 2.5 Actueel medicatieoverzicht beschikbaar – 11

3 Handhaving – 13

- 3.1 Maatregelen voor Directie Bijzondere Voorzieningen en Directies Detentie- en Uitzetcentra – 13
- 3.2 Aanbevelingen voor ministerie van Veiligheid en Justitie – 14
- 3.3 Vervolgacties inspectie – 14

4 Resultaten – 15

- 4.1 Kwaliteit medische zorg – 15
- 4.2 Tijdige toegang tot deskundig personeel – 17
- 4.3 Medische informatieoverdracht – 18
- 4.4 Medicatieveiligheid – 19

5 Beschouwing – 21

6 Summary – 23

Literatuurlijst – 24

- Bijlage 1 Overzicht wetten, veldnormen en rapporten – 25
- Bijlage 2 Thema's vragenlijst – 26
- Bijlage 3 Afkortingen – 28

Voorwoord

De vreemdelingenketen en de daarbinnen geleverde medische zorg kreeg afgelopen jaar de nodige belangstelling. Met name het overlijden van de heer Dolmatov, de honger- en dorststakingen en de uitzetting van het meisje Renata, leidden tot veel politieke en maatschappelijke aandacht.

Mensen in detentie- en uitzetcentra verkeren in een kwetsbare positie. De Nederlandse overheid is verantwoordelijk voor de medische zorg. Dit maakt zorgvuldig en kritisch toezicht op de medische zorg in deze sector noodzakelijk.

Medisch noodzakelijk is zorg die bij uitstel leidt tot (ernstige) gezondheidsschade. Dit recht leidt tot dilemma's bij hulpverleners: zij moeten zich beperken tot het noodzakelijke. Dit kan op gespannen voet staan met de intentie van zorgverleners om optimale individuele gezondheidszorg te verlenen.

Op basis van voorliggend onderzoek zie ik dat de sector op de onderzochte onderdelen grotendeels voldoet aan de norm voor verantwoorde zorg. Niettemin zijn er drie aandachtspunten: een systematische beoordeling van de psychische gesteldheid van ingeslotenen, integrale dossiervoering en een duidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen de verschillende zorgverleners en beroepsbeoefenaren. Hierbij merk ik op dat de laatste twee punten gedurende de toetsing onvoldoende scoorden, maar dat de sector hier inmiddels verbeteringen op heeft gerealiseerd. Ik heb er vertrouwen in dat de directies van de detentie- en uitzetcentra even voortvarend aan de slag gaan met een systematische beoordeling van de psychische gesteldheid.

Met dit rapport wil ik de sector stimuleren om de positieve ontwikkelingen te continueren en daarmee een verdere reductie van risico's in de medische zorg aan ingeslotenen te realiseren.

Dr. J.A.A.M. van Diemen-Steenvoorde,
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Samenvatting

De Inspectie voor de Gezondheidszorg onderzocht tussen februari en augustus 2013 de kwaliteit en veiligheid van de medische zorg in de detentie- en uitzetcentra in Nederland. Aanleiding voor dit onderzoek waren twee incidenten, onvrede bij ingeslotenen én de kwetsbare positie waarin de binnen detentie- en uitzetcentra verblijvende personen verkeren.

De inspectie bezocht alle detentie- en uitzetcentra tweemaal. Zij toetste of de centra voldeden aan de normen voor verantwoorde zorg. In het bijzonder zijn de kwaliteit van zorg, toegankelijkheid van zorg, deskundigheid van personeel, medische informatieoverdracht en de medicatieveiligheid onderzocht. Tijdens de bezoeken sprak de inspectie met ingeslotenen en medewerkers en had zij inzage in (beleids-) documenten en dossiers.

Uit voorliggend onderzoek oordeelt de inspectie dat de er sprake is van verantwoorde medische zorg aan ingeslotenen in detentie- en uitzetcentra. Screening bij binnenkomst (binnen 24 uur) vindt zorgvuldig plaats en de medische noodzakelijke zorg is voldoende laagdrempelig toegankelijk. Daarnaast is de medische informatieoverdracht adequaat en is er van alle ingeslotenen een actueel medicatieoverzicht beschikbaar.

Drie onderwerpen vragen aandacht. De dossievoering is te gefragmenteerd en onoverzichtelijk. Daarnaast vindt de beoordeling van de psychische gesteldheid onvoldoende systematisch plaats. Hierdoor ontstaat het gevaar dat risico- en beschermfactoren onvoldoende in beeld worden gebracht. Tot slot ontbreekt het aan een uitgewerkt professioneel statuut met afspraken over verantwoordelijkheden en bevoegdheden van en tussen de verschillende zorgverleners. De centra kunnen de multidisciplinaire afstemming/samenwerking verbeteren door de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden te expliciteren in een professioneel statuut.

De inspectie verwacht dat de directies van de centra een elektronisch patiëntendossier (EPD) implementeren, een betere risicotaxatie ter beoordeling van de psychische gesteldheid invoeren en een professioneel statuut vaststellen. Deze maatregelen sluiten aan bij – en overlappen met – het ketenbrede verbeterprogramma zoals opgesteld naar aanleiding van het overlijden van de heer Dolmatov.

De inspectie toetst de uitvoering van deze maatregelen in de loop van 2014 onaangekondigd.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Sinds 2008 neemt de instroom in vreemdelingenbewaring in Nederland jaarlijks^{a,1} af. Degenen die in vreemdelingenbewaring verblijven, hebben recht op medisch noodzakelijke zorg. Medisch noodzakelijk is zorg die bij uitstel leidt tot (ernstige) gezondheidsschade. Dit recht leidt tot dilemma's bij hulpverleners: zij moeten zich beperken tot het noodzakelijke. Dit kan op gespannen voet staan met de intentie van zorgverleners om optimale individuele gezondheidszorg te verlenen.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: inspectie) hanteert het uitgangspunt dat de zorgverlener zelf bepaalt wat medisch noodzakelijk is. De kwaliteit van zorg in de detentie- en uitzetcentra, hoort gelijk te zijn aan de kwaliteit van de zorg daar buiten. Hierbij moet aangetekend worden dat de in Nederland gebruikelijke zorg, bijvoorbeeld wanneer doorverwijzing naar de tweedelijnszorg of medicatiegebruik aan de orde is, niet altijd aansluit bij verwachtingen van de hulpvrager. In het land van herkomst kunnen andere gewoonten gelden. Daarnaast kan het hebben van een gezondheidsprobleem de aanstaande uitzetting beïnvloeden. Dit maakt het op de juiste manier inschatten van de noodzakelijke zorg complex.

Aanleiding - (inter)nationale signalen

De inspectie onderzocht in 2008 de medische zorg in detentie- en uitzetcentra. Uit dit onderzoek bleek dat de sector voldeed aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg. Als belangrijkste risico's signaleerde de inspectie de toegang tot deskundig personeel en de continuïteit van zorg². Om deze risico's te reduceren, stelde de sector een plan van aanpak op. Op basis van dit plan zijn audits verricht waar de inspectie over is geïnformeerd. Daarnaast stelde de sector – in afstemming met de inspectie – naar aanleiding van de bezoekeronderzoek een uniforme calamiteitenmelding- en onderzoekssystematiek op^b.

In 2012 ontving de inspectie in het kader van haar incidententoezicht twee signalen over de toegankelijkheid en kwaliteit van medische zorg aan vreemdelingen.

Daarnaast berichtte de Inspectie voor de Sanctietoepassing (huidige Inspectie Veiligheid en Justitie) in 2012 over onvrede bij in bewaring gestelde vreemdelingen^c. Deze onvrede betrof de toegankelijkheid en kwaliteit van de geboden medische zorg. Ook de Nationale Ombudsman onderstreepte dit bericht. Hij gaf aan dat de toegankelijkheid en continuïteit van de medische zorg mogelijk in het geding was³. Daarnaast ontving het European Committee for Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment tijdens haar bezoek aan Nederland klachten van vreemdelingen over onvoldoende toegankelijkheid van de medische zorg in een detentiecentrum⁴.

Ten slotte oordeelde de Nationale Ombudsman zeer recent dat de toegang tot medische zorg in vreemdelingendetentie nog te veel drempels kent. De focus op veiligheid in deze sector staat volgens hem eigen regie in de weg⁵.

a Met uitzondering van het jaar 2010, zie ook Vreemdelingenbewaring in getal 2008-2012, mei 2013.

b Inmiddels is de calamiteitenonderzoeksmethodiek gelijk aan de systematiek die gehanteerd wordt in de sector gevangeniswezen.

c Toezicht Centra voor Vreemdelingenbewaring, januari 2012.

Belang inspectieonderzoek

Op grond van bovenstaande signalen en berichten, besloot de inspectie in 2012 om in 2013 (wederom) onderzoek te doen naar de veiligheid en kwaliteit van de medische zorg zoals geboden door medische diensten in detentie- en uitzetcentra. De kwetsbare positie waarin de binnen de detentie- en uitzetcentra verblijvende personen verkeren, onderstreept het belang van het onderzoek.

1.2 Onderzoeksvragen

In dit onderzoek staat de vraag centraal in hoeverre de geleverde medische zorg aan ingeslotenen in detentie- en uitzetcentra voldoet aan de normen voor verantwoorde zorg. Daarbij heeft de inspectie in het bijzonder de kwaliteit van de zorg, de toegankelijkheid van zorg, de deskundigheid van personeel, de medische informatieoverdracht en de medicatieveiligheid onderzocht.

1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

De inspectie bezocht alle detentie- en uitzetcentra^d in Nederland tweemaal. De eerste bezoekenrondes vond plaats in februari 2013, de tweede in juli/augustus 2013. De bevindingen van de twee bezoeken gezamenlijk, zijn vastgelegd in individuele (instellings-)rapporten.

De inspectie gebruikte bij de bezoeken een vragenlijst. Aan deze lijst lag een toetsingskader ten grondslag. Dit was gebaseerd op vigerende wet- en regelgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de brancheorganisaties en beroepsverenigingen (zie ook bijlage 1). De vragenlijst beslaat vier thema's: veiligheid en kwaliteit medische zorg, tijdige toegang tot deskundig personeel, medische informatieoverdracht en medicatieveiligheid. Het onderzoek beperkte zich tot deze vier thema's omdat deze volgens de inspectie de grootste, potentiële, zorggerelateerde risico's voor ingeslotenen omvatten.

Voorafgaand aan het bezoek ontving de inspectie een aantal beleidsnotities, werkinstructies en richtlijnen van de centra. Tijdens het bezoek sprak de inspectie per detentiecentrum met drie ingeslotenen. De selectie van deze ingeslotenen vond steekproefsgewijs plaats. Een aantal ingeslotenen werd geselecteerd vanwege hun specifieke, complexe zorgvraag. Verder sprak de inspectie tijdens het bezoek met diverse medewerkers: justitieel geneeskundige, psycholoog, psychiater, justitieel verpleegkundigen, detentietoezichthouders, directie en hoofd medische dienst. Daarnaast toetste de inspectie 15 dossiers^e per detentiecentrum. Onder deze dossiers waren de dossiers van de ingeslotenen waarmee de inspectie sprak. Inzage van documenten en dossiers vond plaats ter verificatie van de in de gesprekken verkregen informatie.

Op grond van alle informatie beoordeelde de inspectie of de centra aan de normen voldeden.

^d Locaties: Alphen aan den Rijn, Schiphol, Rotterdam, Zeist.

^e Voor deze dossierinzage kreeg de inspectie toestemming van desbetreffende ingeslotene.

2 Conclusies

2.1 **Verantwoorde medische zorg in detentie- en uitzetcentra**

Het belangrijkste oordeel van de inspectie is dat de medische zorgverlening aan ingesloten en in detentie- en uitzetcentra verantwoord is. De inspectie concludeert dat de screening bij binnenkomst binnen 24 uur op een zorgvuldige manier plaats vindt, en dat de medische noodzakelijke zorg voldoende laagdrempelig toegankelijk is en verleend wordt. Een aantal onderwerpen vraagt aandacht: dossiervoering, het beoordelen van de psychische gesteldheid en het ontbreken van een professioneel statuut. Deze conclusie wordt hieronder uitgewerkt aan de hand van de vier getoetste thema's.

2.2 **Kwaliteit medische zorg in belangrijke mate op orde, maar beoordelen psychische gesteldheid en dossiervorming behoeven verbetering**

De inspectie constateert dat de detentie- en uitzetcentra ingesloten en in de daarvoor gestelde termijnen screenen, er bekendheid is met infectieziekten en de daarmee gepaard gaande handelwijze (waaronder contact en afstemming met GGD), incidenten systematisch worden gemeld en geëvalueerd en de coördinatie van zorg wordt geborgd en geregistreerd.

De dossiervoering is daarentegen te gefragmenteerd en onoverzichtelijk.

Het beoordelen van de psychische gesteldheid bij ingesloten en in gebeurt wel, maar is onvoldoende systematisch. Hierdoor ontstaat het gevaar dat risico- en beschermfactoren onvoldoende expliciet in beeld worden gebracht. Een eenduidige en systematische risicotaxatie vindt de inspectie van belang. Onder andere om mogelijke suïcidaliteit tijdig te signaleren.

2.3 **Professioneel statuut ontbreekt**

Een professioneel statuut met afspraken over verantwoordelijkheden en bevoegdheden van (en tussen) de verschillende zorgverleners, evenals de verantwoordelijkheidsverdeling tussen hoofd zorg en zorgverleners, is niet uitgewerkt. Het referentiekader Penitentiair Verpleegkundige Zorg gaat slechts globaal op de taken van de verschillende disciplines in, maar niet op inrichtingsspecifieke situaties. Functiebeschrijvingen en afspraken met artsen en psychologen over hun taken zijn er wel, maar de specifieke invulling ervan binnen de multidisciplinaire samenwerking is onvoldoende beschreven. De centra kunnen de multidisciplinaire afstemming en samenwerking verbeteren door de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden te expliciteren in een professioneel statuut en te operationaliseren in de uitvoeringspraktijk.

2.4 **Adequate medische informatieoverdracht**

De inspectie constateert dat de medische informatieoverdracht voldoet aan de daaraan gestelde normen. De ingesloten en in krijgen bij ontslag uit het detentie- (uitzet)centrum minimaal een medisch paspoort (met diagnoses en ICPC-codes) mee. Reeds bij binnenkomst van ingesloten en in begint de medische dienst met het voorbereiden van de informatieoverdracht in geval van vertrek (opstellen medisch paspoort en klaarmaken bagagemedicatie). De verpleegkundigen van de medische dienst spannen zich in om de noodzakelijke medische informatie ook actief over te dragen.

2.5 **Actueel medicatieoverzicht beschikbaar**

De inspectie concludeert dat alle detentiecentra voldoen aan de getoetste normen rondom medicatieveiligheid: er is een actueel medicatieoverzicht beschikbaar, de werkvoorraad is omschreven en wordt gecontroleerd. Ingesloten en in krijgen

(mondelijke) informatie bij de verstrekte medicatie. De risico's van paracetamol-gebruik en mogelijke negatieve interactie met andere medicatie, is naar aanleiding van het inspectieonderzoek onder de aandacht gebracht van de betrokken hulpverleners.

3 Handhaving

Naar aanleiding van het overlijden van de heer Dolmatov is een ketenbreed verbeterprogramma opgesteld. De hieronder genoemde maatregelen en aanbevelingen sluiten aan of overlappen deels het ketenbrede verbeterprogramma.

3.1 **Maatregelen voor Directie Bijzondere Voorzieningen en Directies Detentie- en Uitzetcentra**

De inspectie legt de detentie- en uitzetcentra de volgende maatregelen op:

- Implementatie van het nieuwe EPD én volgen van juist gebruik.

Begin 2014 zullen de centra gefaseerd een nieuw elektronisch patiëntendossier implementeren. Met een correct gebruik van het nieuwe dossier zal de communicatie intern en de informatie-uitwisseling in de keten verbeteren.

- Betere risicotaxatie om de psychische gesteldheid te beoordelen. Risicotaxatie stelt zorgverleners in staat om in een vroeg stadium risico- en beschermende factoren van ingeslotenen te objectiveren en herkennen. Hiermee kunnen de medische diensten adequaat inspelen op mogelijke risico's, waaronder suicidaliteit. De inspectie verwacht dat de diensten de uitgangspunten zoals geformuleerd in de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag gebruiken.
- Het op peil brengen van kennis en vaardigheden van medewerkers op het hiervoor genoemde punt. Uiterlijk 1 mei 2014 moet scholing van alle medewerkers plaats hebben gevonden.

De sector heeft aangegeven in het najaar van 2013 extra scholing te organiseren voor zorgprofessionals (huisartsen, verpleegkundigen, psychologen en psychiaters) voor het vroegtijdig signaleren van risico- en beschermende factoren. De suïcidepreventie – het hanteren van de behandelinhoudelijke uitgangspunten van de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag – staat hierbij centraal.

- Vaststellen van het professioneel statuut en het integreren van de daarin beschreven uitgangspunten in het dagelijks handelen. In dit professioneel statuut moet beschreven staan vanuit welke visie de zorgverlening binnen de sector Bijzondere Voorzieningen vorm wordt gegeven, welke professionele kernwaarden worden gehanteerd en hoe verantwoordelijkheden van de professionals binnen het multidisciplinair teamverband zijn geregeld. Dit professioneel statuut moet de grenzen van de individuele beroepsverantwoordelijkheid van de zorgverleners verhelderen en de multidisciplinaire samenwerking bevorderen.

De sector heeft in oktober jl. gesproken over de vaststelling van een professioneel statuut. Naar verwachting is dit document in het eerste kwartaal van 2014 geïmplementeerd.

3.2 Aanbevelingen voor ministerie van Veiligheid en Justitie

De inspectie beveelt het ministerie van Veiligheid en Justitie, het primair voor deze instellingen verantwoordelijke departement, het volgende aan:

- Ondersteun de implementatie en het gebruik van het (nieuwe) EPD en evalueer dit begin 2015.

3.3 Vervolgacties inspectie

De inspectie toetst de uitvoering van bovengenoemde maatregelen in de loop van 2014 door middel van onaangekondigde bezoeken. Deze toetsing zal de inspectie afstemmen met de inspectie veiligheid en justitie. De inspectie zal daarbij ook de verbetermaatregelen betrekken die benoemd zijn in andere onderzoeken die de inspecties in de loop van 2013 hebben uitgevoerd^f.

^f Calamiteitenonderzoek Dolmatov, onderzoek casus Renata en inspectieonderzoek Honger- en dorststakers.

4 Resultaten

In voorliggend hoofdstuk beschrijft de inspectie op geaggregeerd niveau de resultaten van haar toezicht op grond van de twee inspectiebezoeken. Aan de hand van de vier thema's geeft zij haar bevindingen per getoetst onderwerp weer. Per onderwerp is aangegeven hoeveel centra op het moment van toetsing voldoen aan de normen. Hieronder volgt eerst een beknopte weergave van de gesprekken die de inspectie met ingeslotenen voerde.

Uit gesprekken met ingeslotenen

De persoonlijke ervaringen van ingeslotenen, gaven de inspectie een goed inzicht in de algehele gang van zaken rondom de getoetste thema's. Uit deze gesprekken kwam naar voren dat ingeslotenen op de hoogte waren van de wijze waarop de medische zorg in de detentiecentra georganiseerd was. Voor eenvoudige, gangbare zorgvragen gold naar het oordeel van sommige ingeslotenen een lange wachttijd, terwijl anderen aangaven dat zij altijd binnen een dag na het indienen van een verzoek gezien werden. In geval van een meer urgente zorgvraag was zorg snel ter plekke. Het invullen van het zogenoemde 'verzoekbriefje' (waarin met omschreven klacht een consult kan worden aangevraagd) werd soms als onprettig ervaren, evenals de onzekerheid die gepaard ging met het niet altijd weten wanneer een afspraak precies zou plaatsvinden. Bij sommigen bestond het gevoel niet bij een arts terecht te kunnen zonder de hulpvraag eerst met een verpleegkundige te hebben besproken. Vrijwel alle ingeslotenen gaven aan dat zij op hoofdlijnen tevreden waren over de geleverde zorg en noemden daarbij specifiek hun positieve ervaringen met de wijze waarop ze werden bejegend en geïnformeerd door de verpleegkundigen. De dagelijkse aanwezigheid van verpleegkundigen op de leefafdelingen werd als prettig ervaren.

Meerdere ingeslotenen hadden de indruk dat assertiviteit en goede communicatieve vaardigheden behulpzaam waren bij het krijgen van goede, tijdige zorg.

In geval van een zwangere gedetineerde constateerde de inspectie een discrepantie tussen de informatie die betreffende ingeslotene gaf en hetgeen in het dossier gerapporteerd stond over de ontvangen zorg. Op basis van het medisch dossier van betreffende ingeslotene en gesprekken met hulpverleners kon worden opgemaakt dat de zwangerschap met voldoende aandacht en zorg door verpleegkundigen, justitieel geneeskundige, verloskundige en gynaecoloog werd gevolgd.

4.1 Kwaliteit medische zorg

Het thema *kwaliteit medische zorg* bestaat uit de onderwerpen 1) screening, 2) dossiervoering, 3) aandacht voor psychische kwetsbaarheid, 4) infectiepreventie, 5) evaluatie en borging kwaliteit en 6) zorgcoördinatie, zie ook bijlage 2. Op de onderwerpen dossiervoering en aandacht voor psychische kwetsbaarheid na, voldeden alle detentiecentra na het tweede bezoek bij deze onderwerpen aan de norm. Zie voor een gevisualiseerde weergave van de resultaten tabel 1.

Tabel 1

Aantal detentie- en uitzetcentra (n=4) dat voldoet aan de normen van het thema kwaliteit van medische zorg.

| Onderwerp | 1e bezoek | 2e bezoek |
|--|-----------|-----------|
| Screening | 4 | 4 |
| Dossiervoering | 0 | 0 |
| Aandacht voor psychische kwetsbaarheid | 0 | 0 |
| Infectiepreventie | 4 | 4 |
| Evaluatie en borging kwaliteit | 3 | 4 |
| Zorgcoördinatie | 3 | 4 |

Screening

Bij alle detentiecentra vond binnen 24 uur screening van de ingeslotene plaats door een justitieel verpleegkundige. Een justitieel arts accordeerde deze handeling. Uit de gesprekken met verpleegkundigen bleek dat het voor hen duidelijk was wanneer zij een justitieel arts moesten inschakelen. Hier waren ook schriftelijke instructies (protocollen) voor beschikbaar. Bijzonderheden die volgden uit de screening, werden vastgelegd in het dossier.

Dossiervoering

Een actueel (elektronisch) medisch dossier was in alle centra beschikbaar voor iedere ingeslotene, echter de dossiersystematiek omvatte enkele onvolkomenheden. Er was geen sprake van een integraal elektronisch dossier waardoor het dossier gebruiksonvriendelijk en foutgevoelig was. Mede hierdoor was het dossier niet in alle gevallen volledig. Naast het medisch dossier (Microhis) was er een dossier dat door de psychologen (ISP) werd bijgehouden. Het beleid en de adviezen voortkomend uit het Pschycho Medisch Overleg (PMO) werden samengevat in het journaal of onder de correspondentie in Microhis opgenomen. Niet alle professionals waren geautoriseerd om in Microhis en/of het psychologen dossier te rapporteren en/of dit in te zien. Verder bleek niet alle informatie uit het sectorbrede medisch archiefsysteem altijd beschikbaar. Bijvoorbeeld niet in de weekenden. Steeksproefgewijs (door het hoofd zorg) en structureel (door verpleegkundigen tijdens de weekenddienst) werden dossiers getoetst op kwaliteit en volledigheid.

Psychische kwetsbaarheid

Zowel verpleegkundigen als detentietoezichthouders (DTH'ers) toonden zich alert en betrokken tot de (algehele) gezondheidstoestand van ingeslotenen en mogelijke psychische kwetsbaarheden. Er vond op indicatie onderzoek plaats. Verpleegkundigen voerden dit onderzoek uit, waarna zonodig toegeleiding naar arts, psycholoog of psychiater plaatsvond. Gesproken verpleegkundigen waren zich bewust van de grenzen van hun bevoegdheid de eigen beperkingen. Zorgverleners gaven aan dat toegeleiding in geval van mogelijk psychische kwetsbaarheid, laagdrempelig plaatsvond. De bestaande protocollen waren nog te veel gericht op beheersing, acute dreigingen en suicide(pogingen). Systematische risicotaxaties vonden in geen van de centra plaats. De uitgangspunten van de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal gedrag waren nog niet in beleid uitgewerkt.

Ondanks de geconstateerde alertheid en laagdrempelige toegeleiding, scoren de centra onvoldoende op deze norm vanwege het feit dat het signaleren van psychische kwetsbaarheid onvoldoende systematisch plaatsvond.

Infectiepreventie

Het was in alle detentiecentra duidelijk waaruit de screening bij binnenkomst moest bestaan en hoe gehandeld moest worden in geval van een infectie. Infectieziekten konden tijdig worden herkend. Zo nodig was er contact en afstemming met de GGD.

Evaluatie en borging kwaliteit

In alle detentiecentra werden – na het tweede inspectiebezoek – (zorggerelateerde) incidenten gemeld én geëvalueerd. In geval van een incident met medicatie vond een RIG (Registratie Incident Geneesmiddelendistributie) melding plaats. Sectorbreed gold een uniforme procedure waarbij in geval van overlijden, een onafhankelijke multidisciplinaire onderzoekscommissie onderzoek verrichtte. Medewerkers gaven aan elkaar laagdrempelig te kunnen aanspreken. Dossiers werden door hoofd zorg en verpleegkundigen getoetst en bij gesignaleerde tekortkomingen besproken in het werkoverleg. In het teamoverleg was gelegenheid om bijzondere situaties te bespreken en te volgen. Om protocollen 'levend' te houden werden deze geregeld onder de aandacht gebracht van personeel.

Zorgcoördinatie

De inspectie constateerde dat in alle centra de coördinatie en registratie van zorg voldoende zorgvuldig werd uitgevoerd. In een Multidisciplinair Overleg (MDO) en/of een Psycho Medisch Overleg (PMO) werden zorgdossiers besproken en eventuele gezondheidsrisico's in kaart gebracht en gevolgd door de medische dienst. Het opstellen van multidisciplinaire behandelplannen is voorzien in afspraken uit ondermeer het PMO in Microhis en diverse andere systemen voor de follow-up van gemaakte afspraken, zo bleek uit het dossieronderzoek. Binnen het PMO was aandacht voor de psychische kwetsbaarheid van ingeslotenen en indicatiestelling voor psychiatrische zorg.

4.2 Tijdige toegang tot deskundig personeel

Het thema *tijdige toegang tot deskundig personeel* bestaat uit de onderwerpen: 1) tijdig, 2) toegang, 3) deskundig⁹. Alle detentiecentra scoorden onvoldoende op het derde onderwerp, zie ook tabel 2.

Tabel 2

Aantal detentie- en uitzetcentra (n=4) dat voldoet aan de normen van het thema tijdige toegang tot deskundig personeel.

| Onderwerp | 1e bezoek | 2e bezoek |
|-----------|-----------|-----------|
| Tijdig | 4 | 4 |
| Toegang | 4 | 4 |
| Deskundig | 0 | 0 |

Tijdig

Medische zorg kon in acute situaties altijd tijdig beschikbaar zijn. De spoedarts kon te allen tijde ingeschakeld worden, door tussenkomst van verpleegkundigen of

⁹ De inspectie heeft niet de individuele deskundigheid van de verschillende medewerkers getoetst, maar toetste op de aanwezigheid van randvoorwaarden en de deskundigheidsvereisten, die ertoe bijdragen dat men op het juiste moment bij de beroepsbeoefenaar met de juiste deskundigheid terecht komt.

wachtcommandant (bij afwezigheid medische dienst na 22.00 uur). Ter ondersteuning van de boordeling van de gezondheidssituaties door de wachtcommandant als niet medisch geschoold, was een checklist voorhanden. De inspectie heeft na de eerste bezoeken aandacht gevraagd voor het feit dat er onduidelijkheid bestond bij DTH-ers over het betreden van een cel in medische noodsituaties. De instructie luidde dat in situaties waarbij het noodzakelijk is om onmiddellijk medische zorg te verlenen, celdeuren direct na de constatering van een mogelijk levensbedreigende toestand mogen worden geopend, mits is vastgesteld dat de veiligheid van ingeslotenen en personeel 'geborgd' is. Tijdens gesprekken met DTH-ers bleken deze instructies verschillend te worden toegepast. De werkinstructie werd naar aanleiding van het eerste inspectiebezoek opnieuw onder de aandacht gebracht in de teamoverleggen.

Zorgverleners gaven aan de samenwerking met ziekenhuizen en/of eerste- en tweedelijns zorginstellingen als laagdrempelig te ervaren. Doorverwijzingen naar tweedelijnsgezondheidszorg verliepen goed.

Toegang

Verpleegkundigen waren frequent op de leefafdelingen aanwezig en hielden daar spreekuur om op deze wijze zorg te dragen voor een laagdrempelige toegang tot de medische dienst. Ten tijde van het tweede bezoek was in één detentiecentrum het spreekuur niet meer operationeel omdat het voor de daar verblijvende populatie onvoldoende meerwaarde had volgens de directie. Voor niet-spoedeisende consulten was soms sprake van een wachttijd. Sommige ingeslotenen gaven aan dit onprettig te vinden. DTH'ers konden altijd een beroep doen op medische dienst of indien nodig buiten kantoortijd op de spoedarts. Verpleegkundigen werkten met toegeleidingskaarten bij hun afweging om een justitieel arts in te schakelen. Over de (on)mogelijkheden om medische informatie met DTH'ers te delen ten behoeve van hun signaleringstaak bestond bij sommige medewerkers onzekerheid.

De ingeslotenen waarmee de inspectie een gesprek had, waren zonder uitzondering bekend met de afspraken rondom de toegang tot de medische dienst. Sommige ingeslotenen gaven aan het werken met aanvraagbriefjes voor een consult als extra drempel te ervaren.

Deskundig

De kwaliteits- en opleidingseisen voor de verschillende zorgverleners waren sectorbreed vastgelegd en werden gevolgd. Jaarlijks vonden functioneringsgesprekken plaats. DTH'ers waren alert op gezondheidsklachten maar gaven aan frequentere en structurele scholing op prijs te stellen. Het ontbrak aan een duidelijk uitgewerkt professioneel statuut met daarin afspraken over taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van verschillende zorgverleners en hoe deze zich ten opzichte van elkaar verhouden. De visie op zorg was bij de meeste medewerkers bekend.

4.3 Medische informatieoverdracht

Dit thema bestaat uit één aspect: *de medische informatieoverdracht*. Alle detentiecentra voldeden tijdens het eerste en tweede bezoek aan de normen.

Tabel 3

Aantal detentie- en uitzetcentra (n=4) dat voldoet aan de normen van het thema medische informatieoverdracht.

| Onderwerp | 1e bezoek | 2e bezoek |
|-------------------------------|-----------|-----------|
| Medische informatieoverdracht | 4 | 4 |

Medische informatieoverdracht

Na ontslag uit het centrum kregen alle ingeslotenen voor een bepaalde tijd medicatie mee en een medisch paspoort met een omschrijving van gezondheidsproblemen, ICPC^h-codes en zonodig een Engelstalige brief. De justitieel verpleegkundige of arts droeg actief (schriftelijk) medische informatie over aan de nieuwe behandelaar. De medische dienst gaf aan zich in te spannen voor een goede informatieoverdracht en dit als belangrijk deel van hun werk te zien. Vanwege onbekendheid met de bestemming van de ingeslotene, bleek het in voorkomende gevallen niet mogelijk om actief alle medische informatie over te dragen. Het medisch paspoort werd in alle gevallen aan ingeslotenen meegegeven.

4.4 Medicatieveiligheid

Het thema *medicatieveiligheid* bestaat uit de onderwerpen medicatieoverzicht, de medicatie-verstrekking en de werkvoorraad, zie tabel 4.

Tabel 4

Aantal detentie- en uitzetcentra (n=4) dat voldoet aan de norm van het thema medicatieveiligheid.

| Onderwerp | 1e bezoek | 2e bezoek |
|--|-----------|-----------|
| Medicatieoverzicht | 4 | 4 |
| Medicatieverstrekking | 4 | 4 |
| Werkvoorraad en bewaren van geneesmiddelen | 4 | 4 |

In alle detentie- en uitzetcentra was een actueel medicatieoverzicht per ingeslotene beschikbaar en werd er getoetst of wijzigingen tijdig en adequaat werden verwerkt. Betrokkenen gaven aan dat het momenteel niet altijd mogelijk was, met het huidige Microhissysteem, om tot een printversie van het medicatieoverzicht te komen.

Receptplichtige medicatie werd altijd door een daartoe bevoegde zorgverlener (verpleegkundige) verstrekt. De ingeslotenen ontvingen hierbij (mondelijke) informatie. Bijsluiters werden op verzoek gegeven. Een DTH'ers verstrekten op verzoek paracetamol (met een maximum per dag) zonder tussenkomst van een arts/verpleegkundige. DTH'ers registreerden de paracetamolverstrekking. Vervolgens controleerde een verpleegkundige de lijsten van de verstrekte paracetamol. Wanneer een ingeslotene veel paracetamol slikte, vond frequentere controle door de medische dienst plaats. Naar aanleiding van het inspectieonderzoek, zijn de risico's van paracetamol gebruik en mogelijk negatieve interacties met andere medicatie onder de aandacht gebracht binnen de detentiecentra.

In de centra werden farmacotherapeutische overleggen georganiseerd, in aanwezigheid van een apotheker, huisarts en/of psychiater.

De werkvoorraad was in alle locaties omschreven en deze werd dagelijks gecontroleerd door dienstdoende verpleegkundigen en periodiek door de apotheker.

^h International classification of primary care, een internationaal geaccepteerde standaard voor het coderen en classificeren van (registratie)gegevens in de eerstelijnszorg.

5 Beschouwing

Recent hebben diverse onderzoeken vanuit steeds wisselende perspectieven geleid tot kritische beschouwingen over het (bestuursrechtelijk) insluiten van vreemdelingen en de effecten ervan op de ingeslotenen. De Nationale Ombudsman (No), het European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), maar ook de onderzoeken van de inspectie voor de gezondheidszorg en de inspectie veiligheid en justitie brengen vanuit de verschillende perspectieven risico's van en/of binnen het systeem aan het licht. Als gevolg hiervan is de boodschap in voornoemde onderzoeken ook van een andere dan het oordeel in het voorliggend inspectieonderzoek.

Het feit dat de No⁵ en het CPT in hun oordeel kritischer zijn, heeft volgens de inspectie deels te maken met het perspectief dat wordt gekozen en deels met het feit dat aanbevelingen uit het CPT-rapport zijn overgenomen. Daardoor constateerde de inspectie de gesignaleerde problemen tijdens voorliggend onderzoek niet. De vraagstelling en daaraan gekoppelde onderzoeksmethodiek van de inspectie verschilt met die van de No. De No richt zich in zijn onderzoeken op de effecten van vreemdelingenbewaring op onder andere het welzijn van ingeslotenen.

De inspectie toetst of de geboden zorg voldoet aan de normen voor verantwoorde zorg. Dit leidt soms tot een ander oordeel dan bij de Nationale Ombudsman. Zo schrijft de No bijvoorbeeld dat de zelfredzaamheid van de ingeslotenen nadelig wordt beïnvloed door hem zelfzorgmedicatie in eigen beheer te onthouden. Hierdoor moet hij telkens een beroep doen op het zeer gereguleerde medicatie-uitgiftebeleid. De inspectie stelt daarentegen dat het in het kader van de veiligheid van de betrokkenen juist goed is toe te zien op de reden en mate van gebruik van een middel als paracetamol. Een in een opwelling of juist gepland ingenomen grotere hoeveelheid paracetamol kan immers levensbedreigende consequenties hebben. Het is daarom voor de inspectie van belang dat er toezicht is op het gebruik van paracetamol.

6 Summary

Between February and August 2013, the Health Care Inspectorate conducted an investigation examining the quality and safety of medical care provided by the detention and removal centres which fall under the responsibility of the Netherlands Immigration and Nationalization Service (IND). These centres accommodate undocumented aliens and failed asylum-seekers awaiting deportation. The investigation was prompted by two incidents and reports of dissatisfaction on the part of detainees, as well as the evident vulnerable position of those detainees.

The Inspectorate made two separate visits to each detention or removal centre to assess whether the criteria for responsible care are being met in full. Particular attention was devoted to the quality and accessibility of care, the expertise of the staff responsible, the transfer of medical information, and medication safety. Interviews were held with both detainees and staff. Policy documents and other records were scrutinized.

The Inspectorate concludes that the medical care provided by the detention and removal centres can indeed be deemed responsible. All detainees are seen and assessed by qualified staff within 24 hours of arrival, and any medical care necessary during their stay is readily available. Medical information is transferred in a satisfactory manner and a current record of the medications prescribed to each detainee is kept.

There are, however, three aspects to which closer attention must be devoted. First, maintenance of medical records is overly fragmented, resulting in a potential lack of clarity. Second, a more systematic assessment of detainees' psychological health is required in order to decrease the likelihood of risk factors being overlooked. Third, there is currently no standard professional protocol setting out the tasks, rights and responsibilities of the various care providers. Centres can do much to improve interdisciplinary cooperation by rectifying this omission.

The Inspectorate has called upon the management of detention and removal centres to implement the Electronic Patient Record (EPD) system, to introduce a more systematic assessment of psychological health, and to adopt a formal professional protocol. These measures are consistent with those set out in the improvement programme introduced following the death of a Russian asylum-seeker, Aleksandr Dolmatov, at a Rotterdam detention centre in January 2013.

Compliance with the Inspectorate's recommendations and requirements will be monitored by means of further, unannounced inspection visits in the course of 2014.

Literatuurlijst

- 1 Ministerie van Veiligheid en Justitie. Rapportage Vreemdelingenketen. Periode januari-juni 2013. 27 september 2013.
- 2 Inspectie voor de Gezondheidszorg, Medische diensten in detentiecentra: verantwoorde zorg, maar nog niet geborgd, december 2009.
- 3 Nationale ombudsman. Vreemdelingenbewaring: strafregime of maatregel om uit te zetten, augustus 2012.
- 4 European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), Report to the government of the Netherlands on the visit of oktober 2011, augustus 2012.
- 5 Nationale ombudsman, Medische zorg vreemdelingen: over toegang en continuïteit van medische zorg voor asielzoekers en uitgeprocedeerde asielzoekers, oktober 2013.
- 6 Dienst Justitiële Inrichtingen, Vreemdelingenbewaring in getal 2008 – 2012, mei 2013.
- 7 Justitia et Pax, Effect door respect: januari 2012.
- 8 Rapportage Vreemdelingenketen, periode januari – juni 2012.

Bijlage 1 Overzicht wetten, veldnormen en rapporten

Het toetsingskader en de vragenlijst zijn ondermeer gebaseerd op wetgeving en daarvan afgeleide veldnormen die de branche-, beroepsorganisaties hebben ontwikkeld. Het betreft ondermeer de volgende wetgeving:

- 1 Grondwet, artikel 5, 10, 11, en 22 lid 1.
- 2 Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens, artikel 2, 5 en 15.
- 3 Vreemdelingenwet 2000.
- 4 Kwaliteitswet zorginstellingen.
- 5 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- 6 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst.
- 7 Geneesmiddelenwet.

De volgende veldnormen en rapporten zijn gebruikt:

- 1 Gezondheidszorgvisie Dienst Justitiële Inrichtingen.
- 2 DBV procedures 1 t/m 7 voor zorgverlening, oktober 2011.
- 3 Vigerende richtlijnen en beroepscodes (waaronder NHG-standaarden)
- 4 Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, 2011.
- 5 Handreiking Werkvoorraad geneesmiddelen 2011.
- 6 Arts en Vreemdeling 2007 (KNMG, LHV, NVvP, Orde van Medisch Specialisten, Pharos).
- 7 Standard Rules for the Treatment of Prisoners (United Nations 1984).
- 8 European Prison Rules (Council of Europe 2006).

Bijlage 2 Thema's vragenlijst

1 Kwaliteit medische zorg

Screening: Uiterlijk 24 uur na binnenkomst heeft eerste screening plaatsgevonden door de justitieel verpleegkundige en accordering vindt plaats door een justitieel arts. Bij de screening is duidelijk voor de justitieel verpleegkundige wanneer en hoe deze de justitieel arts inschakelt. Bijzonderheden zijn in het dossier opgenomen en beschikbaar.

Dossiervoering: Een actueel (elektronisch) dossier is voor iedere ingeslotene beschikbaar. Het hoofd zorg toetst de dossiervoering steekproefsgewijs.

Aandacht voor psychische kwetsbaarheid: Direct bij binnenkomst en gedurende het verblijf wordt door zorgprofessionals een inschatting gemaakt van de psychische conditie en kwetsbaarheid. Het systematisch en methodisch inventariseren van risico- en beschermende factoren met als oogmerk om mogelijke suicidaliteit vroegtijdig te herkennen maakt daarvan onderdeel uit. Ook DTH-ers zijn alert op signalen die wijzen op psychische kwetsbaarheid.

Infectiepreventie: Infectieziekten worden herkend. Het is duidelijk hoe bij uitbraak van een infectieziekte gehandeld moet worden.
Evaluatie en borging kwaliteit: Evaluatie van incidenten vindt plaats. Het hoofd zorg ziet toe op de kwaliteit van zorg.

Evaluatie en borging kwaliteit: Evaluatie van incidenten vindt plaats. Het hoofd zorg ziet toe op de kwaliteit van zorg.

Zorgcoördinatie: Coördinatie van zorg is geborgd en wordt geregistreerd. Regulier PMO vindt plaats. In het PMO is aandacht voor indicatiestelling van klinische psychiatrische zorg. Ingeslotenen met gezondheidsrisico's zijn in beeld en worden adequaat behandeld.

2 Tijdige toegang tot deskundig personeel

Tijdig: Zorg is bij acute klachten altijd tijdig beschikbaar.

Toegang: Het is bij ingeslotenen bekend hoe zorgverlening toegankelijk is. De toegankelijkheid is geborgd. DTH-ers zijn alert op gezondheidsklachten van ingeslotenen en kunnen altijd een beroep doen op een verpleegkundige. Het is duidelijk op welke momenten en op welke manier een justitieel verpleegkundige en/of arts betrokken moet worden.

Deskundig: Deskundigheid en opleidingseisen van professionals zijn vastgelegd. Justitieel artsen zijn in dienst of in detacheringsovereenkomsten beschikbaar. Er is een professioneel statuut met afspraken over verantwoordelijkheden. DTH-ers zijn alert op gezondheidsklachten. De visie op zorg is beschreven en bekend bij betrokkenen.

3 Medische informatieoverdracht

Bij ontslag uit detentie- (en uitzet)centrum krijgt de ingeslotene medicatie en een medisch paspoort mee met daarin medische gegevens. Indien van toepassing, krijgt de betrokkene ook informatie mee over zorg voor illegalen. De justitieel verpleegkundige draagt (schriftelijk) medische informatie over aan de nieuwe behandelaar.

4 Medicatieveiligheid

Medicatieoverzicht: Een actueel medicatieoverzicht per patiënt is beschikbaar. Dit wordt getoetst. De werkvoorraad is omschreven en wordt gecontroleerd. Ingeslotenen krijgen informatie die hoort bij de verstrekte medicatie.

Medicatieverstrekking: Ingeslotenen krijgen informatie die hoort bij de verstrekte medicatie.

Werkvoorraad en bewaren van medicatie: De werkvoorraad is omschreven en wordt gecontroleerd.

Bijlage 3 Afkortingen

| | |
|--------|--|
| IGZ | Inspectie voor de Gezondheidszorg |
| DTH | Detentie Toezichthouder |
| EPD | Elektronisch patiëntendossier |
| FTO | Farmacotherapeutisch overleg |
| HIS | Huisartseninformatiesysteem |
| I VenJ | Inspectie Veiligheid en Justitie |
| MDO | Multidisciplinair overleg |
| PMO | Psycho Medisch Overleg |
| CPT | European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment |
| ISP | Informatie Systeem Psychologen |
| GGD | Gemeentelijke Gezondheidsdienst |
| ICPC | International Classification of Primary Care |