

'Zorg voor overdracht in de keten'

**Calamiteitenonderzoek naar de medische zorg verleend aan de 6-jarige asielzoekster
Renata A. tijdens haar verblijf in een asielzoekers- en een detentiecentrum in Nederland**

Oktober 2013

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.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
1.1 Opdracht.....	4
1.2 Werkwijze	5
1.4 Bronnen	5
1.5 Beperkingen.....	6
1.6 Vertrouwelijkheid	7
2. Bevindingen	8
2.1 Chronologische reconstructie/ Tijdlijn	8
2.2 Medisch inhoudelijke bevindingen.....	12
2.3 Organisatorische bevindingen	15
3. Conclusie.....	22
4. Aanbevelingen	25
4.1 Algemeen.....	25
4.2 Medisch-inhoudelijk	26
4.3 Toegeleiding	26
4.4 Organisatorisch.....	27
Bijlage 1 – Volledige Reconstructie	29
Bijlage 2 – Lijst van afkortingen.....	34

Voorwoord

Het 6-jarig Georgische meisje Renata A. wordt op 26 november 2012 uitgezet naar Polen op grond van de Dublin-claim. Aldaar wordt kort na aankomst geconstateerd dat zij [REDACTED] heeft. In Nederland komt in de zomer van 2013 met alle heftigheid de vraag naar boven of de betrokken medische diensten dat niet eerder hadden kunnen vaststellen. Als de diagnose eerder was gesteld had ze niet mogen worden uitgezet, aldus de critici.

Een uiterst vervelende zaak, in de eerste plaats voor het meisje en haar familie. De calamiteitencommissie heeft vernomen dat het gelukkig op dit moment redelijk met haar gaat. Zij is in Polen in goede medische handen. Het is ook vervelend voor de betrokken zorgverleners, die naar eer en geweten hun taak proberen te vervullen. Gelukkig kunnen we constateren dat er geen medische fouten zijn gemaakt. Wel zien we, wat helaas vaker voorkomt, dat er met name bij de overdracht van gegevens tussen de diverse partners en betrokken diensten verstoring optreedt en er soms geen dossieruitwisseling plaatsvindt. Merkwaaardig genoeg is het juist de hantering van privacy-regels en het medisch beroepsgeheim, in principe in het belang van de patiënt, die onder meer geleid hebben tot een uitstel van een [REDACTED], die hoogst waarschijnlijk het proces anders had doen verlopen. De commissie heeft wel kunnen constateren dat dit niet geleid heeft tot nadelige medische gevolgen voor Renata.

Ik dank alle betrokken medewerkers en de commissie die in korte tijd zoveel gegevens uit een wat verder verleden boven water hebben weten te krijgen. Voldoende om een onderbouwde beantwoording van de gestelde vragen te kunnen geven. Hiermee kunnen de IGZ en de Inspectie VenJ rapporteren.

[REDACTED], arts

Voorzitter van de onderzoekscommissie

13 oktober 2013

N.B. In deze rapportage wordt de term 'asielzoeker' gebruikt. Deze wordt in ruime zin gehanteerd, namelijk 'een ieder die aan de zorg van een asielzoekerscentrum dan wel een detentiecentrum zijn toevertrouwd' bedoeld.

1. Inleiding

Op 26 november 2012 wordt in Rotterdam het gezin A. naar Polen uitgezet. Kort na de uitzetting wordt in Polen bij de jongste dochter van het gezin, Renata, [REDACTED] gediagnosticeerd. Deze casus komt in de zomer van 2013 onder de aandacht van nationale media, waarna in de Tweede Kamer vragen worden gesteld.

De Staatssecretaris van veiligheid en Justitie (VenJ) verzoekt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Inspectie voor Veiligheid en Justitie (IVenJ) onderzoek te doen naar de toedracht van deze gebeurtenis. Hiertoe verzoeken de inspecties het detentiecentrum Rotterdam (DCR) en de Gezondheidscentrum Asielzoekers (GCA) een calamiteitenonderzoek te starten. Deze rapportage geeft de bevindingen van de calamiteitencommissie en haar aanbevelingen weer.

1.1 Opdracht

De IGZ heeft de volgende onderzoeksvragen meegegeven aan de calamiteitencommissie:

- 1) Voldeed de medisch noodzakelijke zorg die werd geboden door GCA en medische dienst van DCR aan de geldende beroepsnormen (waaronder standaarden van de NHG)?
- 2) Werd alle medisch relevante informatie binnen en tussen de betrokken instellingen tijdig gedeeld met de juiste disciplines?

Daarnaast heeft de calamiteitencommissie zelf de volgende vraag toegevoegd:

- 3) Zijn er organisatorische zaken van invloed geweest op het zorgverleningsproces rond Renata?

Naast de bevindingen geeft de calamiteitencommissie, op basis van de conclusies van het onderzoek, ook een aantal aanbevelingen.

1.2 Werkwijze

De calamiteitencommissie is samengesteld uit een onafhankelijk voorzitter, een onafhankelijk huisarts en medewerkers van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) en het Gezondheidscentrum asielzoekers (GCA). De commissieleden van DJI en het GCA zijn niet direct betrokken geweest bij de casus Renata. Het COA maakte geen deel uit van de commissie, maar is intensief geraadpleegd en heeft, onder de zelfde vertrouwelijkheid als waartoe de commissieleden zijn gebonden, meegekeken op de schriftelijke rapportage.

De commissie heeft allereerst een bronnenonderzoek uitgevoerd en de ontbrekende informatie in kaart gebracht. Vervolgens heeft zij middels aanvullende schriftelijke bronnen en (telefonische) interviews de beschikbare informatie aangevuld. Op basis van de totale informatie is een tijdlijn/reconstructie samengesteld en een systematische analyse gemaakt, resulterend in een thematische opsomming van de bevindingen. Deze zijn getoetst aan de kwaliteitsnormen van de medische beroepsgroep en aan de protocollen van de betrokken organisaties. Naast medisch-inhoudelijke bevindingen heeft de commissie de aan het zorgverleningsproces gerelateerde organisatorische zaken geanalyseerd. Als laatste zijn conclusie en aanbevelingen opgesteld.

1.4 Bronnen

In haar onderzoek heeft de calamiteitencommissie gebruikt gemaakt van verschillende schriftelijke bronnen. Dit betreffen:

- De medische dossiers van alle gezinsleden, zowel van GCA als van DCR;
- De M118-formulieren van alle familieleden;
- Dagrapportages van de verblijfsafdeling van DCR;
- Intern opgesteld feitenrelaas GCA;
- Intern opgesteld feitenrelaas COA;
- Casus-evaluatie door onafhankelijk huisarts in opdracht van GCA;
- Verschillende intern verstuurd e-mails binnen DCR;
- Protocollen en werkinstructies van de medische dienst van DCR (o.a. werkinstructie 'Intake verpleegkundige bij kinderen van 4 tot 12' en protocol 'Koorts bij zuigelingen en kinderen');
- De TriageWijzer van het Nederlandse Huisartsen Genootschap;

- Antwoorden op door de commissie uitgezette vragen aan de betrokken organisaties (Centraal Orgaan opvang Asielzoekers, de Dienst Terugkeer en Vertrek, Immigratie en Naturalisatiedienst, de Vreemdelingenpolitie en de Dienst Justitiële Inrichtingen) en de advocaat van familie A. in Polen.

Daarnaast hebben telefonische interviews plaatsgevonden met een aantal van de betrokken zorgverleners. Dit betreffen:

- Huisarts verbonden aan de betrokken huisartsenpost;
- De huisarts van de praktijklijn van GCA;
- Twee verpleegkundigen en de betrokken huisarts van DCR.

Ook is het medisch verloop doorgenomen met een kinderoncoloog verbonden aan [redacted] [een academisch ziekenhuis, *toevoeging IGZ*].

1.5 Beperkingen

Het onderzoek van de calamiteitencommissie kent een viertal beperkingen:

- De commissie heeft tijdens haar onderzoek niet gesproken met de ouders van Renata, dan wel met Renata zelf. Zoals hierboven is weergegeven is er wel contact geweest met de advocaat van de familie. De commissie heeft de informatie die zij ter beschikking heeft gekregen echter niet kunnen toetsen bij de familie.
- De reikwijdte van het onderzoek is beperkt tot het inhoudelijke zorgverleningsproces en direct daaraan gerelateerde organisatie van zorg. Deze commissie vindt het niet haar taak om organisatorische bevindingen bij andere betrokken organisaties aan het licht te brengen. Wij doen dit wel daar waar er sprake is van een invloed op de medische zorgverlening rond Renata.
- Het onderzoek vindt bijna een jaar na de gebeurtenissen plaats. De geïnterviewden konden zich niet alles even precies herinneren.
- Bij de zorgverlening in deze casus is doorgaans gebruik gemaakt van een tolk. Het is voor de commissie niet te toetsen hoe de betreffende tolken hebben gefunctioneerd.

1.6 Vertrouwelijkheid

Dit rapport is opgesteld met behulp van vertrouwelijke patiëntgegevens en met de uitkomsten van gesprekken met een beperkt aantal medewerkers. Uitspraken zijn mogelijk herleidbaar tot personen. De interpretatie daarvan dient uiterst vertrouwelijk en voorzichtig gehanteerd te worden.

Dit rapport wordt in de gepresenteerde vorm aangeboden aan DCR en GCA, ter verdere doorgeleiding aan de IGZ en de IVenJ. *(note IGZ: er is alleen sprake geweest van verdere doorgeleiding aan IGZ)*

Het rapport heeft een vertrouwelijk karakter.

19-11-2012 (20:50)	melding kind () bij beveiliging: advies aan vader om praktijklijn te bellen, vader gaat bellen.	COA		Volgens vader reeds enige dagen achtereen 's avonds (); 1 ^e melding daarvan
19-11-2012 (21:40)	Vader geeft bij de receptie aan nog steeds geen contact te hebben gehad met praktijklijn.	COA/ GCA		
19-11-2012 (23:25)	Vader meldt bij receptie dat kind () is, receptie/beveiliging belt praktijklijn voor de vader.	COA/ GCA		
19-11-2012 (23:31)	Vader spreekt met praktijklijn.	GCA	Triagist/HA	Consultatie van de praktijklijn, laat in de avond, resulteert in het regelen van een HuisArtsenPost (HAP)-consult. Reden hiervoor is: () () () - Renata () - Erg ongeruste vader (angst voor ()).
20-11-2012 (01:04)	Consult ouders met kind bij HAP.	HAP	HA	Renata is () Gezien het ontbreken van "red flags" geen reden voor een acute verwijzing. Wel het advies gegeven de volgende dag () te laten onderzoeken bij de eigen HA. Dit ook in de overdracht gemeld. Vader gerustgesteld en akkoord met het voorgestelde beleid.
20-11-2012 (09:24)	Moeder meldt zich bij balie van de GCA-locatie voor opvolging van bezoek van Renata aan de HAP-huisarts.	GCA	PVK	Baliepresentatie vindt plaats vóór het inloopspreekuur van die dag. Er wordt naar het inloopspreekuur, later op de dag, verwezen.
20-11-2012 (15:00- 16:00)	Moeder en Renata melden zich bij de balie.	GCA	PA	Baliepresentatie vindt plaats na het inloopspreekuur van die dag. Er wordt door de PA een afspraak gemaakt voor een consult in het spreekuur van de volgende dag (21-11-2012, om 09.15 uur).
21-11-2012 (7:45-8:30)	De familie wordt staande gehouden door de Vreemdelingenpolitie en overgebracht naar Bureau Cellencomplex ()	VP		In het kader van de voorgenomen uitzetting wordt de familie door de Vreemdelingenpolitie staande gehouden.

23-11-2012 (18:00)	Renata gezien door VPK i.v.m. ██████	DCR	JV	██████ van ██████. Zo nodig ██████ gebruiken.
23-11-2012 (20:30)	VPK komt langs bij Renata op de verblijfsafdeling i.v.m. ██████	DCR	JV	Controle: ██████ verdwenen ██████
23-11-2012 (22:00)	Renata nogmaals gezien door justitieel verpleegkundige.	DCR	JV	Voor de nacht weer een ██████ gegeven. Geen ██████ gemeten. <i><u>Daarna, tot de uitzetting op 26/11, geen contacten meer met de medische dienst</u></i>
26-11-2012 (06:15)	Verlaten van DCR i.v.m. uitzetting.			
27-11-2012	██████ in het ziekenhuis in Polen.			Ernstige verdenking op ██████ naar aanleiding van ██████ direct na aankomst.
30-11-2012	██████ in het ziekenhuis in Polen.			De diagnose ██████ werd gesteld.
11-07-2013	Ouders vragen medische dossier van hun kind op bij GCA	GCA		

2.2 Medisch inhoudelijke bevindingen

Dossiervoering

De dossiervoering bij het GCA is goed op orde. Er wordt gewerkt met episodes en alle contacten worden SOEP-geregistreerd en van een ICPC-code voorzien. De laatste opmerking in het medisch dossier van GCA is dat onbekend is waarheen de familie is overgebracht.

Bij het DCR is op dezelfde, volledige wijze geregistreerd. Ook daar verloopt de dossiervoering correct.

Het DCR beschikt niet over informatie waar de familie A. voor de plaatsing in het detentiecentrum verbleef. Ook is er geen eerder medisch dossier beschikbaar.

Op 21 november maakt de politie een M118-formulier (zie 'organisatorische bevindingen') aan. Hierin wordt over Renata gemeld dat ze ' [REDACTED]'. Verder geen opmerkingen. Er is vanuit de Bevolkingsadministratie van DCR op 21 november 2012 (om 15:58) een mail gestuurd aan de Medische Dienst met de medische gegevens uit het M118-formulier. Deze informatie is niet terug te vinden in het medisch dossier.

Toegeleiding

De consulten van de verpleegkundigen bij het GCA worden naar behoren gefiatteerd door de huisarts en diens adviezen worden opgevolgd. Het komt voor dat er geen fiatting plaatsvindt, daar waar er geen beoordeling van de huisarts nodig is. Het tweede consult door de verpleegkundige was op advies van de huisarts. Bij dat tweede consult leek Renata [REDACTED] en was er geen sprake van [REDACTED].

Op advies van de huisartsenpost meldde moeder van Renata zich op 20 november 2012 bij het GCA. Zij was te vroeg; met haar is afgesproken dat zij later die dag op het inloopspreekuur zou verschijnen. Zij arriveerde echter pas na het inloopspreekuur die middag. Er is toen een afspraak voor een consult met de praktijkverpleegkundige voor de volgende dag gemaakt. Op of na die afspraak zou naar alle waarschijnlijkheid het door de HAP-arts geadviseerde [REDACTED] onderzoek plaatsvinden.

Er is na aankomst in het DCR conform protocol een intake gedaan door een verpleegkundige en Renata is de dag er na onderzocht door de huisarts.

Medisch inhoudelijke bevindingen

De casus betreft een dan 6-jarig meisje (Renata), die op 13 november 2012 door een verpleegkundige wordt gezien i.v.m. [REDACTED]. De moeder van het meisje geeft aan dat de [REDACTED] reeds drie dagen zou bestaan. De [REDACTED] wordt op het spreekuur niet [REDACTED], omdat de [REDACTED] een paar uur daarvoor al was vastgesteld. Verder is de keel [REDACTED] en er is sprake van [REDACTED]. De huisarts fiatteert dit consult en geeft het advies de [REDACTED] na te kijken. De volgende dag (14 november 2012) lijkt Renata wat [REDACTED]), is er niets bijzonders bij het [REDACTED] onderzoek te vinden en is de [REDACTED] normaal. De verpleegkundige adviseert bij aanhoudende [REDACTED] terug te komen. Ook dit consult wordt door de huisarts gefiatteerd.

Op 19 november 2012 wordt Renata (adequaat) door de praktijklijn naar de huisartsenpost verwezen i.v.m. [REDACTED]. De dienstdoende arts vindt het kind [REDACTED] maar signaleert geen [REDACTED]. Advies van de huisarts is de volgende dag [REDACTED]. Hoewel in het consult wordt vermeld dat er nog sprake zou zijn van [REDACTED], wordt daar niet verder op ingegaan en geen [REDACTED]. Op 20 november 2012 krijgt moeder, nadat zij te laat komt voor het inloopsprek uur, instructie hoe te handelen bij [REDACTED].

Op 21 november 2012 is Renata met familie vertrokken naar het DCR. Er vindt geen actieve overdracht tussen GCA en DCR plaats.

Bij aankomst in het DCR is, conform de protocollen, op 22 november een kinderintake door de verpleegkundige en een onderzoek door de huisarts (23 november 2012) verricht. Het meisje werd [REDACTED] bevonden, maar bij beide onderzoeken zijn geen verdere bijzonderheden aan het licht gekomen. De avond van 22 november 2012 heeft Renata [REDACTED] zij is gezien door de verpleegkundige. In overleg met de dienstdoende huisarts is besloten af te wachten tot de volgende dag. Renata kreeg [REDACTED] voorgeschreven. Bij de huisarts de volgende dag (23 november 2012) was de [REDACTED] weer normaal. 's Avonds werd opnieuw de verpleegkundige geconsulteerd. Deze vond een [REDACTED], die later op de avond normaliseerde. Daarna is er geen melding van [REDACTED] meer geweest. Er is geen contact meer met de Medische Dienst geweest over Renata.

Nagenoeg alle betrokkenen (medisch, verpleegkundig en niet-medisch) vermelden dat Renata [REDACTED] is. In het AZC hebben deze opeenvolgende waarnemingen tot het voornemen geleid [REDACTED] te onderzoeken. Daar is het helaas niet van gekomen. In het DCR wordt de observatie [REDACTED] opnieuw gedaan, maar door de afwezige overdracht begint de waarnemingsreeks hier opnieuw. De verpleegkundige bij DCR verklaart dat het [REDACTED] een regelmatige bevinding is bij kinderen. Veelal is de stressvolle situatie waarin de kinderen verblijven, het jaargetijde en het langdurig binnen verblijven daarvoor een afdoende verklaring. Omdat Renata [REDACTED] was en in [REDACTED] [REDACTED] indruk maakte, heeft zij het ook deze keer als zodanig uitgelegd.

In de kinderintake is gevraagd naar de voorgeschiedenis van Renata. Daarbij is melding gemaakt van een [REDACTED] en een ziekenhuisbezoek (men bedoelde waarschijnlijk de HAP) zonder verdere consequenties. Die avond (22 november 2012) heeft Renata voor het eerst [REDACTED] in het DCR. Men had de medische gegevens bij GCA kunnen opvragen, maar in de informatie die bij de intake naar voren is gekomen werd geen aanleiding gezien dat in dit geval te doen.

De ouders hebben bij de intake, voor zo ver na te gaan, geen melding gemaakt van het voorgenomen [REDACTED] onderzoek bij Renata in AZC [REDACTED].

Als het tot een [REDACTED] in Nederland zou zijn gekomen zou de volledige diagnose waarschijnlijk niet direct zijn gesteld. Naar de mening van de geconsulteerde kinderoncoloog zouden er echter wel [REDACTED] gevonden die in een directe verwijzing naar een kinderoncoloog zouden hebben geresulteerd.

Op 26 november 2012 is het gezin A. uitgezet naar Polen.

In Polen werd Renata naar aanleiding van een [REDACTED] onderzoek op 27 november 2012 verdacht van [REDACTED]. De diagnose [REDACTED] is na een [REDACTED] op 30 november 2012 bevestigd. Zij wordt nog steeds behandeld met [REDACTED] en [REDACTED]
[REDACTED]

2.3 Organisatorische bevindingen

Het beschrijven van alle organisatorische zaken die van invloed zijn geweest op het zorgverleningsproces valt buiten het bereik van dit onderzoek. De commissie beperkt zich bij de 'organisatorische bevindingen' tot die zaken die zij in haar onderzoek aantrof en in relatie staan tot de casus van Renata.

Organisatie van de zorg binnen een AZC

De zorg binnen een AZC wordt door het gezondheidscentrum asielzoeker (GCA) geleverd. De meeste asielzoekers vinden de toegang tot de zorg op een AZC via het aanmeld-/ inloopsprek uur bij het GCA op locatie. Daarnaast biedt de Praktijklijn, 24 uur per dag en zeven dagen in de week toegang tot de zorg. Dus ook als er bij het GCA op locatie op dat moment geen gezondheidszorgmedewerkers aanwezig zijn. De praktijklijn functioneert als medisch callcenter met aanwezigheid van huisartsen en triagisten.

De vader van Renata probeerde in de avond van 19 november 2012 meerdere malen de praktijklijn te bereiken. Analyse van het dataverkeer laat zien dat op de betreffende avond er sprake was van piekbelasting van de praktijklijn en dat het daardoor langer dan normaal duurde voordat de telefoon werd beantwoord. Naar alle waarschijnlijkheid heeft de vader van Renata een aantal keer het gesprek beëindigd en opnieuw gebeld, waardoor hij weer achteraan in de wachtrij belandde. Gezien de vader van Renata uiteindelijk wel de praktijklijn kreeg te spreken en Renata werd doorverwezen naar de huisartsenpost, heeft dit geen invloed gehad op het verloop van de behandeling.

De medewerkers van het COA hebben ten aanzien van zorgverlening een zogenaamde niet-medische gidsfunctie: zij maken de bewoners van het AZC wegwijs in de organisatie van zorg in Nederland en in het AZC specifiek. Hierover worden bewoners van het AZC zowel schriftelijk als mondeling ingelicht. De commissie heeft niet achterhaald op welke manier de familie A. door het COA is geïnformeerd over de toegang tot gezondheidszorg. Wel is duidelijk dat de receptie/beveiliging van AZC [REDACTED] de vader ondersteund heeft in het bereiken van de praktijklijn.

Dossier-overdracht tussen GCA en DCR

In deze casus speelt het niet overdragen van medische dossiers een gewichtige rol. Het ontbreken van het medisch dossier van GCA bij het DCR heeft er voor gezorgd dat de waarnemingsreeks van de gezondheid van Renata door huisarts en verpleegkundigen opnieuw startte. Indien het DCR wel in het bezit zou zijn geweest van het medisch dossier van Renata bij GCA, dan zou naar verwachting het voornemen om █████ te █████ zijn uitgevoerd in Nederland.

GCA beheert alle medische dossiers van de bewoners van de AZC's. Er bestaat een centrale database van medische dossiers, waardoor bij een verhuizing tussen de AZC's het medisch dossier automatisch beschikbaar komt voor de zorgverleners op de nieuwe verblijfslocatie. Ook bij de detentiecentra is het medisch dossier bij overplaatsing beschikbaar: indien iemand bekend is bij de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) is het medisch dossier centraal op te vragen. Bij een 'verhuizing' van een AZC naar een Detentiecentrum, of vice versa, is er geen toegang tot het digitale medisch dossier. GCA en DJI bouwen hun eigen medisch dossier op.

Indien er aanleiding toe bestaat vraagt het detentiecentrum het medisch dossier op bij de eerdere zorgverlener. Deze aanleiding kan naar voren komen in een intakegesprek of bij een consult. Bij Renata is er geen aanleiding gevonden om een eerder medisch dossier op te vragen.

Dat er niet standaard een medisch dossier bij de vorige zorgverlener wordt opgevraagd komt o.a. doordat het verblijf in een detentiecentrum in principe kort van aard is en dat niet altijd bekend is wie de eerdere zorgverlener is. In februari 2013 zijn er samenwerkingsafspraken gesloten tussen GCA en de detentiecentra, die de uitwisseling van medische dossiers tussen deze organisaties protocollert. Dit betekent dat, indien bekend is dat de asielzoeker afkomstig is uit een asielzoekerscentrum dan wel een detentiecentrum én er aanleiding is om het medisch dossier op te vragen, het dossier gemakkelijker overgedragen kan worden.

Uitwisseling van medische gegevens

De Nederlandse wet- en regelgeving, de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst in het bijzonder, hecht grote waarde aan privacy betreffende medische gegevens en beschermt de patiënt tegen uitwisseling van dergelijke gegevens zonder zijn/haar toestemming. Dit resulteert in een reactieve rol van de arts als het gaat om uitwisseling van medische gegevens: de arts deelt in principe

Zorgverlening in de vreemdelingenketen

Cultuur is een belangrijke factor in het gebruik maken van gezondheidszorg. In het geval van asielzoekers in Nederland zijn zij veelal niet bekend met de Nederlandse (medische) cultuur: zij zien erg op tegen de autoriteit van de arts en zijn gewend aan een paternalistisch werkende arts. Daarnaast komen asielzoekers vaak uit een cultuur waarin klachtenexpressie gebruikelijk is, die door de nuchtere Nederlander nogal eens wordt ervaren als theatraal. De commissie veronderstelt dat de huisarts die asielzoekers tot zijn patiënten rekent, zich hiervan bewust is. Dat neemt niet weg dat zijn werk door deze andere signaal-ruisverhouding aanzienlijk moeilijker is en de kans op fouten vergroot.

Daarnaast zien asielzoekers de arts in Nederland vaak als onderdeel van 'het vreemdelingsysteem'. Dit 'systeem' doet vanuit hun optiek veel moeite hen de toegang tot de vrije maatschappij te ontzeggen. Ook is de asielzoeker zich er vaak van bewust dat een definitieve afwijzing van de toegang tot de Nederlandse maatschappij kan worden uitgesteld op medische gronden, oftewel een uitstel van een definitief negatieve beoordeling op de asielaanvraag. Er is daarmee sprake van secundaire ziekte winst van bijna existentiële aard.

Het hierboven geschetste algemene beeld van de context waarin zorg aan asielzoekers wordt verleend, dat de commissie ten tijde van haar onderzoek heeft opgedaan, bemoeilijkt in meerdere of mindere mate voor elke asielzoeker de toegang tot zorg. Welke rol dit in de betreffende casus heeft gespeeld is onduidelijk. Wel stelt de commissie dat dit ongetwijfeld een rol heeft gespeeld in het zorgverleningsproces.

Fit-to-fly

In de casus van Renata hebben de ouders en grootmoeder van Renata een fit-to-fly onderzoek gehad. De IND voert, voor een voorgenomen uitzetting, deze zogenaamde fit-to-fly onderzoeken uit indien hier aanleiding toe bestaat. In het fit-to-fly onderzoek wordt gekeken of de gezondheid van de vreemdeling aanleiding geeft om de voorgenomen uitzetting uit te stellen. Globaal zijn er een aantal zaken die aanleiding kunnen vormen voor een fit-to-fly onderzoek. Dit betreft o.a. indien er medische zaken naar voren zijn gekomen in het zogenaamde 'vetrekgesprek', dat de IND voert bij elke

voorgenomen uitzetting, of indien de betreffende vreemdeling in een eerder stadium de rechter om uitstel van uitzetting heeft gevraagd op basis van zijn/haar gezondheidstoestand (zogenaamde artikel 64-aanvraag). De ouders en de grootmoeder van Renata hebben de rechter verzocht de voorgenomen uitzetting omwille van hun gezondheid uit te stellen. Dit verklaart waarom zowel de grootmoeder als de ouders van Renata werden onderworpen aan een dergelijk onderzoek en Renata zelf niet.

M118-formulier

Het formulier M118 heeft als doel een volledig beeld van een vreemdeling beschikbaar te hebben tijdens een inbewaringstelling (IBS) en/of uitzetting. Met deze informatie-uitwisseling in de keten wordt getracht incidenten tijdens een IBS en uitzetting door gebrek aan (actuele) informatie, over bijvoorbeeld agressief gedrag, medicijngebruik of eerdere suïcide pogingen, zoveel mogelijk te voorkomen. Sinds de casus D [REDACTED], welke nationaal ging spelen na de casus Renata, wordt er meer aandacht gegeven aan de vermelding van medische zaken op het M118-formulier.

In het geval van de familie A. is er, bij de overplaatsing van het AZC naar het detentiecentrum, medische informatie vermeld op het M118-formulier. Deze informatie is door de Vreemdelingenpolitie op het formulier gezet, nadat de familie door hen was opgehaald bij AZC [REDACTED]. De informatie is niet afkomstig uit het medisch dossier, maar komt uit het interview dat de Vreemdelingenpolitie met de familie had. Bij Renata is het volgende vermeld: [REDACTED] [REDACTED].

Na ontvangst van het M118-formulier heeft het DCR de medische informatie apart naar de medische dienst gemaïld. De medische dienst heeft kennis genomen van de informatie. Deze is echter niet overgenomen in het medisch dossier. Daarmee hebben zorgverleners dit niet kunnen meenemen bij de latere beoordelingen van de gezondheid van Renata bij DCR.

Tolk

In het contact tussen Renata en haar ouders met betrokken zorgverleners is, gezien hun gebrekkige kennis van de Nederlandse taal, veelal gebruik gemaakt van tolken. Dat de communicatie via een tolk verliep kan extra ruis opleveren. De commissie heeft geen aanwijzingen gevonden die wijzen dat het gebruik van tolken het zorgverleningsproces op negatieve wijze hebben beïnvloed.

Wel heeft een van de betrokken artsen verklaard dat tijdens het telefonisch contact een mededeling niet werd vertaald. Dit kon de huisarts constateren, na het terugluisteren van een opname van het gesprek, gezien hij Russisch verstond. In het telefonisch contact is deze mededeling niet verder uitgediept, omdat die geen invloed had op het reeds op grond van de andere informatie genomen besluit Renata naar de huisartsenpost te verwijzen.

Het [REDACTED] onderzoek

Op basis van de organisatorische bevindingen kan een groot aantal factoren, dat er toe heeft geleid dat er in Nederland geen [REDACTED] onderzoek bij Renata is verricht, worden aangewezen.

- Geen actieve opvolging door het GCA na het bezoek aan de HAP (Renata is niet opgeroepen na het nachtelijk consult, hetgeen overigens niet gebruikelijk is);
- De ouders van Renata melden zich twee keer buiten het inloopspreekuur, waardoor zij niet direct terecht kunnen;
- Het in hechtenis nemen vindt plaats, vlak voordat het [REDACTED] onderzoek plaats zou vinden;
- Er is geen check door de politie geweest op voorgenomen medische handelingen of lopende afspraken;
- Er is geen vermelding op het M118 formulier van het voornemen tot [REDACTED] onderzoek (wat naar alle waarschijnlijkheid niet door de ouders bij de Vreemdelingenpolitie is aangegeven);
- De ouders van Renata vermelden bij aankomst in het DCR niet dat er een [REDACTED] onderzoek voorgenomen was;

- Er is geen uitwisseling van medische dossiers of gegevens tussen DCR en GCA, vooral vanwege het ontbreken van een aanleiding om deze op te vragen;
- Tijdens het korte verblijf was er geen medische aanleiding opnieuw aan een [REDACTED] onderzoek te denken, mede omdat de ziektegeschiedenis opnieuw aanving bij binnenkomst in het DCR.

Geen van deze factoren zijn in de ogen van de commissie van ernstige aard. De stapeling leidt er echter wel toe, dat het [REDACTED] onderzoek uiteindelijk niet heeft plaatsgevonden. Dat is wel van groot belang en betreurenswaardig. Het betekent ook dat veel van deze factoren verbeterd moeten worden.

3. Conclusie

De conclusie van de commissie in deze casus luidt als volgt:

Op 26 november 2012 is de familie A., waaronder dochter Renata, in het kader van de Dublin-claim uitgezet naar Polen. Na de uitzetting is bij Renata de [REDACTED] [REDACTED] gediagnosticeerd. Deze diagnose had eerder, al in Nederland, gesteld kunnen worden. De vertraagde diagnostiek heeft geen consequenties gehad op het beloop van de aandoening en heeft de prognose niet in ongunstige zin beïnvloed. Wel zou eerdere [REDACTED] diagnostiek (in Nederland) met vrij grote zekerheid invloed gehad hebben op het uitzettingsproces.

De commissie concludeert op basis van de voor haar beschikbare informatie dat de oorzaak voor de vertraagde diagnostisering niet te wijten is aan het individueel handelen van een van de betrokken zorgverleners. Er is geen sprake geweest van nalatigheid en/of verwijtbaar handelen door hen. De verleende zorg is gelijkwaardig aan de zorg die een reguliere Nederlandse burger in een vergelijkbare situatie zou ontvangen en voldoet aan de door de beroepsgroep gestelde standaard.

De oorzaken van de vertraagde diagnostisering kunnen worden gevonden in niet-medische zaken en zijn meervoudig:

- Overdracht: Incomplete, dan wel afwezige overdracht van medische gegevens van de GCA-locatie in AZC [REDACTED] naar de medische dienst van detentiecentrum Rotterdam. Hierdoor werden de observaties van successievelijke zorgverleners niet in lijn, maar geïsoleerd gebruikt. Daardoor ontbrak het noodzakelijke overzicht dat met grote waarschijnlijkheid, ook in detentiecentrum Rotterdam, tot een [REDACTED] onderzoek zou hebben geleid.
- Patiënt: Op 20 november 2012 zijn de ouders van Renata niet op het inlooppreekuur verschenen, maar ervoor en erna. Dit leidde in eerste instantie tot uitstel en daarna tot afstel van [REDACTED] onderzoek in het AZC. Daarnaast hebben de ouders van de patiënt geen melding gemaakt van het voorgenomen [REDACTED] onderzoek bij de medische dienst van detentiecentrum Rotterdam.
- Organisatie: Door het in hechtenis nemen van Renata en haar familie ± één uur voor het voorgenomen consult bij GCA op locatie AZC [REDACTED] is de aandacht rondom de familie naar de uitzetting, gegaan in plaats van het medisch aandachtsveld. Daarbij is er geen gelegenheid geboden om medische zaken te regelen.

De commissie stelt verder dat de medische dossiers een volledig en accuraat beeld van het zorgverleningsproces geven. Er is geen enkele aanwijzing dat medische gegevens zijn achtergehouden, of doelbewust niet zijn gegenereerd.

De medische opvang van asielzoekers in Polen is een uitstekend vangnet gebleken voor de vertraagde diagnostiek in Nederland. Heel anders had het met Renata kunnen verlopen indien zij was overgedragen aan een land dat niet dusdanig adequaat op haar gezondheidstoestand reageerde.

Vragen uit de opdracht

Ad 1): Voldeed de medisch noodzakelijke zorg die werd geboden door GCA en medische dienst van DCR aan de geldende beroepsnormen (waaronder standaarden van de NHG)?

Er zijn geen aanwijzingen gevonden dat individuele hulpverleners zorg hebben verleend die niet aan de beroepsnorm voldeed.

Ad 2): Werd alle medisch relevante informatie binnen en tussen de betrokken instellingen tijdig gedeeld met de juiste disciplines?

Het op zich adequate zorgproces in het AZC is enerzijds gefrustreerd door de uitvoer van een in gang gezette uitzettingsprocedure en anderzijds doordat voortzetting van het adequaat opgestarte diagnostische proces door ontbrekende overdracht werd verhinderd. De zorgverleners in het DCR beschikten niet over de accurate voorgeschiedenis en medische gegevens. Hierbij speelt het handelen van de ouders van Renata mee, welke bij de intakegesprekken door de medische dienst geen aanleiding hebben gegeven om eerdere medische gegevens op te vragen. Ook zijn zij op 21 november 2012 niet op het juiste tijdstip van het inloopsprek uur verschenen. Het niet voorhanden hebben van de eerdere medische gegevens heeft erin geresulteerd dat de medische dienst van het DCR op hun eigen bevindingen hebben gevaren en in hun interpretatie daarvan de bevindingen van eerdere hulpverleners niet heeft kunnen betrekken. Als dat wel was gebeurd had naar alle waarschijnlijkheid het diagnostisch proces in Rotterdam een [REDACTED] vervolg gekregen.

Ad 3): Zijn er andere organisatorische zaken van invloed geweest op het zorgverleningsproces rondom Renata?

- Renata had op 22 november 2012 een afspraak voor een consult bij GCA. Het mislopen van de afspraak heeft tot gevolg gehad dat er geen █████ onderzoek plaats vond.
- Het niet verschijnen dan wel de melding bij GCA dat de familie inmiddels het AZC had verlaten, heeft niet kunnen leiden tot het nemen van stappen door GCA om de toekomstige zorgverlener op de hoogte te stellen van het voorgenomen █████ onderzoek.
- Bij de staande houding door de vreemdelingenpolitie is nagelaten te vragen of er nog afspraken bij zorgverleners gepland stonden en, gezien Renata nog een consult gepland had staan, nagelaten hier rekening mee te houden. Hierdoor is de aandacht uitgegaan naar het uitzettingsproces, wat heeft geprevaleerd boven de gezondheid van Renata.
- Onbekendheid bij de zorgverleners van GCA over de (toekomstige) verblijfplaats van de familie, heeft de overdracht tussen GCA en de medische dienst van DCR onmogelijk gemaakt.

De commissie heeft in haar onderzoek geconstateerd dat asielzoekers barrières ervaren in de toegang tot zorg, bijvoorbeeld door taal of cultuur. Dit heeft ongetwijfeld een rol gespeeld in deze casus.

4. Aanbevelingen

4.1 Algemeen

1. Zie de asielzoeker als behorend tot een kwetsbare groep

Toelichting: De professionele basisattitude van een huisarts is reactief. Hij gaat daarbij uit van een weerbare, mondige, zelfredzame patiënt. In toenemende mate verruimt de huisarts bij specifieke, kwetsbare doelgroepen (bejaarden in wooncentra, instellingsbewoners, terminale patiënten, chronisch zieken) de reactieve houding voor een proactieve. Er is veel voor te zeggen asielzoekers te beschouwen als behorend tot een kwetsbare doelgroep en daarvoor een proactief beleid voor te staan.

Het kan niet zo zijn dat wetgeving bedoeld om de rechten van de patiënt te beschermen, zoals rondom privacy en het medisch beroepsgeheim, kunnen resulteren in situaties die gevaarlijk zijn voor die patiënt. Deze rechten zijn opgesteld voor burgers in de vrije Nederlandse samenleving. Het is de vraag in hoeverre personen die in Nederland verblijven, de Nederlandse taal, cultuur en wetgeving niet kennen en vaak in situaties verkeren waarin de bewegingsvrijheid is ingeperkt, op dezelfde wijze als overige Nederlanders gebruik kunnen maken van deze rechten.

Daarbij zijn asielzoekers vaak kwetsbare en beschadigde mensen, waarbij het voor de behandelaars én de asielzoeker zelf van het grootste belang is dat toekomstige behandelaars kunnen beschikken over een adequaat, up-to-date medisch dossier. De werkwijze, zoals gebruikt voor Nederlanders die vrijwillig van huisarts veranderen, lijkt daardoor niet te passen voor de groep asielzoekers die gedwongen van het ene naar het andere medische circuit worden verplaatst. De commissie adviseert een aparte benadering en daarop aansluitende werkwijze voor deze doelgroep te ontwikkelen.

2. Creëer ruimte voor het uitwisselen van urgente medische gegevens

Toelichting: Indien er geen urgente medische zaken overgedragen hoeven te worden, bij de overplaatsing van een asielzoeker van AZC naar detentiecentrum, dan biedt de huidige inrichting voldoende ruimte om dit te organiseren. Voorwaarde hiervoor is wel dat bij de medische dienst van het detentiecentrum bekend is dat de asielzoeker van een AZC afkomstig is en dat deze toestemming

geeft om de medische gegevens op te vragen. In dat geval kan het detentiecentrum de medische gegevens bij GCA opvragen. De inmiddels opgestelde samenwerkingsafspraken tussen GCA en het detentiecentrum formaliseren het proces van overdracht. Aanvullend dient, in de ogen van de commissie, door zowel GCA als door de medische dienst van het detentiecentrum, standaard het medisch dossier uitgewisseld te worden met de zorgverlener van de vorige verblijfplaats. Hier kan na de overplaatsing toestemming voor worden gevraagd. De voorkeur geniet dit digitaal te organiseren.

Daarnaast zal er speciaal voor spoedeisende zaken of zaken die geen uitstel wat betreft de informatieoverdracht kunnen velen (bijvoorbeeld bij overdracht op vrijdagmiddag, terwijl er sprake is van een belangrijke medische aangelegenheid) een regeling moeten komen. Hierbij zal bij de overdracht van medische gegevens rond asielzoekers een oplossing gezocht moeten worden voor de toestemmingsvereiste van de patiënt/ asielzoeker en de laatst betrokken huisarts. Deze bijzondere overdrachten zullen wellicht een aanpassing vragen van de gebruikelijke gang van zaken in de huisartspraktijk in Nederland. De commissie beveelt aan dit voor de overdracht over de gehele keten (dus ook met medeneming van COA en GCA) te regelen.

4.2 Medisch-inhoudelijk

De commissie heeft geen medisch-inhoudelijke aanbevelingen.

4.3 Toegeleiding

1. Bereikbaarheid van de praktijklijn is een aandachtspunt.

Toelichting: De vader van Renata heeft op 19 november 2012 meerdere malen geprobeerd de praktijklijn te bereiken. Analyse van GCA laat zien dat hij belde op een moment dat de bereikbaarheid van praktijklijn onder druk stond, zogenaamde piekbelasting. Het advies aan GCA is om de bereikbaarheid van de praktijklijn beter af te stemmen op deze piekbelasting.

4.4 Organisatorisch

1. Uitzetting met medisch dossier

Toelichting: Op dit moment worden asielzoekers zonder hun medisch dossier Nederland uitgezet. Wel krijgen zij een medicijnpaspoort mee en een brief met vermelding van de ICPC -codes van de ziektebeelden. Door het niet meegeven van het volledige medisch dossier dreigen de resultaten daarvan daarmee verloren te gaan. Daaraan kunnen voor de patiënt nadelige consequenties verbonden zijn, bijvoorbeeld bij het verkrijgen van een goed inzicht in de relevante voorgeschiedenis door een toekomstig zorgverlener. Ook genereert het mogelijk nodeloos kosten in het land waarnaartoe wordt uitgezet. Het verdient aanbeveling te zoeken naar mogelijkheden om de asielzoeker samen met het medisch dossier uit te zetten. Uiteraard dient de privacy en de veiligheid van de patiënt daarbij niet in gevaar te komen. Belangrijk is dat de verantwoordelijkheid voor de gezondheid niet ophoudt bij de Nederlandse landsgrens, maar dat de intentie moet bestaan om op zijn minst de voorwaarden te scheppen die ook, zo veel als mogelijk en veilig is, te beschermen in het buitenland.

2. Transparantie in de keten over verblijf vreemdeling

Toelichting: De betrokken diensten zijn niet altijd op de hoogte van de verplaatsing van een asielzoeker en zijn toekomstige verblijfplaats. Daardoor is het bijna onmogelijk om medische gegevens over te dragen/op te vragen. Zorgverleners moeten in staat gesteld worden om, indien hun beroepsethiek of -norm dit vraagt, proactief te handelen. Hiervoor is het noodzakelijk dat zij op de hoogte zijn van de verblijfplaats of de verantwoordelijke instantie van de betreffende asielzoeker. De commissie adviseert de IND om de bij de vreemdelingenketen betrokken diensten in staat te stellen de verblijfplaats van de vreemdeling te achterhalen, voor zover deze zich nog in de vreemdelingenketen bevindt.

3. M118-formulier overnemen in medisch dossier

Toelichting: In de casus van Renata zijn de medische bevindingen die vermeld stonden op het M118-formulier niet overgenomen in het medisch dossier. Alle medische gegevens vermeld op het M118-formulier dienen structureel gemeld te worden bij de medische dienst van het detentiecentrum en opgenomen te worden in het medisch dossier.

4. Vreemdelingenpolitie controleert of er afspraken bestaan bij GCA voordat zij asielzoekers meenemen uit het AZC

Toelichting: Bij staandehouding door de Vreemdelingenpolitie in AZC [REDACTED] werd in deze casus geen rekening gehouden met het geplande consult bij de praktijkverpleegkundige. De commissie adviseert om bij dergelijke staandehoudingen, voorafgaand aan een overplaatsing naar een detentiecentrum, bij GCA te controleren of er nog urgente afspraken bij zorgverleners gepland staan.

5. Doorgaan met accuraat registreren

Toelichting: In deze casus is door zowel GCA als door DCR een accuraat en volledig medisch dossier bijgehouden. De commissie acht het actueel, direct en uitgebreid registreren van de bevindingen door zorgverleners in het medisch dossier van belang. Zij adviseert dan ook GCA en de detentiecentra om dit in de toekomst te blijven doen.

6. Protocolleren van het nabespreken van de avond- en nachtconsulten

Toelichting: In het onderzoek kwam naar voren dat bij GCA niet protocollair is vastgelegd dat bezoeken aan de huisartsenpost in avond, nacht of weekend, de volgende werkdag voor opvolging worden doorgenomen. In de praktijk worden de bevindingen vaak wel doorgesproken en, zo nodig, een actie aan verbonden, maar de commissie adviseert dit te formaliseren.

N.B. in het kader van de casus 'D [REDACTED]' zijn verschillende verbetertrajecten opgestart. Deze casus heeft raakvlakken met de casus 'D [REDACTED]' waardoor enkele aanbevelingen in dit rapport al zijn opgepakt.

Bijlage 1 – Volledige Reconstructie

Datum (tijd)	Gebeurtenis	Organisatie	Zorgverlener	Aanvullende gegevens
13-06-2012	Gemeld bij de Nederlandse autoriteiten	IND		
19-06-2012	Claim gelegd bij de Poolse autoriteiten	IND		
25-06-2012	Claimakkoord van Poolse autoriteiten	IND		
13-08-2012	Familie vraagt asiel aan.	IND		
21-08-2012	Negatieve asielbeschikking	IND		
22-08-2012	Beroep ingesteld op asielbeschikking en aanvraag voorlopige voorziening.			
23-08-2012	Plaatsing in AZC ██████████			
17-09-2012	Voorlopige voorziening afgewezen, beroep tegen asielbeschikking ongegrond verklaard.			
24-09-2012	Beroep tegen asielbeschikking ingesteld.			
24-09-2012	Aanvraag uitstel uitzetting o.b.v. art. 64 voor vader, moeder en oma.			
15-10-2012	Aanvraag uitstel uitzetting o.b.v. artikel 64 afgewezen.			
15-10-2012	Bezwaarschrift tegen afwijzing art. 64 en verzoek om voorlopige voorziening.			
16-10-2012	Raad van State bevindt hoger beroep asielbeschikking niet ontvankelijk.			

				- Renata [REDACTED] - Erg ongeruste vader [REDACTED]
20-11-2012 (00:25)	Zorgtaxi arriveert op AZC [REDACTED] i.v.m. HAP bezoek van kind.			
20-11-2012 (01:04)	Consult ouders met kind bij HAP.	HAP	HA	[REDACTED]). Renata is [REDACTED] Gezien het ontbreken van [REDACTED] geen reden voor een acute verwijzing. Wel het advies gegeven de volgende dag [REDACTED] te laten onderzoeken bij de eigen HA. Dit ook in de overdracht gemeld. Vader gerustgesteld en akkoord met het voorgestelde beleid.
20-11-2012 (01:30)	Vader, moeder en kind komen weer terug op AZC na bezoek aan HAP.	COA		
20-11-2012 (09:24)	Moeder meldt zich bij balie van de GCA-locatie voor opvolging van bezoek van Renata aan de HAP-huisarts.	GCA	PVK	Baliepresentatie vindt plaats vóór het inloopspreekuur van die dag. Er wordt naar het inloopspreekuur, later op de dag, verwezen.
20-11-2012 (15:00-16:00)	Moeder en Renata melden zich bij de balie.	GCA	PA	Baliepresentatie vindt plaats na het inloopspreekuur van die dag. Er wordt door de PA een afspraak gemaakt voor een consult in het spreekuur van de volgende dag (21-11-2012, om 09.15 uur).
21-11-2012 (7:45-8:30)	De familie wordt staande gehouden door de Vreemdelingenpolitie en overgebracht naar Bureau Cellencomplex [REDACTED].	VP		In het kader van de voorgenomen uitzetting wordt de familie door de Vreemdelingenpolitie staande gehouden.
21-11-2012 (09:15)	Geplande afspraak voor consult. Er vindt geen doorgang door het niet verschijnen van Renata en/of ouders.	GCA		In verband met de overbrenging naar het Bureau Cellencomplex [REDACTED] heeft Renata dan wel ouders niet kunnen verschijnen bij het geplande consult bij GCA.
21-11-2012 (15:32)	Bevolkingsadministratie mailt o.a. de Medische dienst over de binnenkomst van de familie.	DCR		Bij DCR wordt niet gemeld dat de familie afkomstig is uit een AZC.
21-11-2012 (15:58)	Bevolkingsadministratie van DCR mailt de medische bijzonderheden uit het M118-formulier door naar	DCR		Bij DCR wordt niet gemeld dat de familie afkomstig is uit een AZC.

	de medische dienst.			Het M118-formulier spreekt in het geval van Renata over [REDACTED].
21-11-2012 (19:55)	Binnenkomst bij de verblijfsafdeling van DCR	DCR		Verpleegkundige signaleert familie op de afdeling: 'meisje gezien liep met zus over de kamer maakte een gezonde indruk, vrolijk'.
22-11-2012 (07.30-16.00)	Kinderintake van Renata door verpleegkundige.	MD-DCR	Justitieel Verpleegkundige (JV)	Renata [REDACTED] met moeder. In het intakeconsult wordt de voorgeschiedenis uitgevraagd. Er wordt, zoals protocollair voorgeschreven, een intakeconsult ingepland bij de huisarts voor de volgende dag.
22-11-2012 (11:28)	COA meldt aan GCA dat de familie niet langer in AZC [REDACTED] verblijft.	COA/GCA		De nieuwe verblijfplaats van de familie wordt niet vermeld.
22-11-2012 (?)	[REDACTED] onderzoek van ouders en grootmoeder.	IND		Renata krijgt geen [REDACTED] onderzoek i.v.m. het [REDACTED] hiervoor.
22-11-2012 (na 17:00)	Consult door verpleegkundige na melding verblijfsafdeling dat Renata [REDACTED] heeft. Ruggespraak met dienstdoende huisarts van het DCR.	DCR	JV en HA	[REDACTED] Overleg HA; Beleid: [REDACTED] morgen beoordelen.
23-11-2012 (13:30-17:00)	Renata wordt gezien door huisarts.	DCR	HA	Omdat er geen sprake meer was van [REDACTED] beschouwde de HA het als een regulier intakeconsult. Behoudens wat [REDACTED], geen andere relevante bevindingen. Werkdiagnose [REDACTED]. Er wordt een advies meegegeven wanneer opnieuw de huisarts te consulteren.
23-11-2012	Medische dienst wordt geïnformeerd over vertrek van de familie op 26 november 2012.	DCR		
23-11-2012 (18:00)	Renata gezien door VPK i.v.m. [REDACTED]	DCR	JV	[REDACTED] Zo nodig [REDACTED] gebruiken.
23-11-2012 (20:30)	VPK komt langs bij Renata op de verblijfsafdeling i.v.m. [REDACTED]	DCR	JV	Controle: [REDACTED] verdwenen [REDACTED]

23-11-2012 (22:00)	Renata nogmaals gezien door justitieel verpleegkundige.	DCR	JV	Voor de nacht weer een [REDACTED] gegeven. Geen [REDACTED] gemeten. <u>Daarna, tot de uitzetting op 26/11, geen contacten meer met de medische dienst</u>
26-11-2012 (06:15)	Verlaten van DCR i.v.m. uitzetting.			
27-11-2012	[REDACTED] in het ziekenhuis in Polen.			Ernstige verdenking op [REDACTED] naar aanleiding van [REDACTED] direct na aankomst.
30-11-2012	[REDACTED] in het ziekenhuis in Polen.			De diagnose [REDACTED] werd gesteld.
11-07-2013	Ouders vragen medische dossier van hun kind op bij GCA	GCA		

Bijlage 2 – Lijst van afkortingen

AZC - Asielzoekerscentrum

COA – Centraal Orgaan Asielzoekers

DJI – Dienst Justitiële Inrichtingen

DT&V – Dienst Terugkeer en Vertrek

GCA – GezondheidsCentrum Asielzoekers

HA - Huisarts

IGZ – Inspectie voor de Volksgezondheid

IND – Immigratie- en Naturalisatiedienst

IVenJ – Inspectie voor Veiligheid en Justitie

JV – Justitieel Verpleegkundige

MD – Medische Dienst (detentiecentrum)

PA – Praktijkassistente (GCA)

PVK – Praktijkverpleegkundige (GCA)