

# **Inspectie voor de Gezondheidszorg**

**Rapport van het onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar aanleiding van het overlijden van een asielzoekster in het AZC Leersum juni 2010**

**12 januari 2011**

## **Rapport van het onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar de medische zorg aan een 32 jarige asielzoekster uit Somalië, die op 27 juni 2010 in het AZC in Leersum is overleden.**

### **Aanleiding voor het onderzoek**

Op 1 juli 2010 kwam bij het loket van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een melding binnen van het Gezondheidscentrum voor Asielzoekers (GCA) in Wageningen, inhoudende dat een 32 jarige asielzoekster uit Somalië in de nacht van 26 op 27 juni 2010 was overleden in het asielzoekerscentrum (AZC) in Leersum. Dit was gebeurd kort nadat deze door de dienstdoende huisarts van de Huisartsenpost (HAP) was gezien en deze voor haar een verwijzing naar het ziekenhuis had geregeld. Deze casus is ook bij de inspectie gemeld door de HAP, door de gemeentelijk lijkschouwer die telefonisch is geconsulteerd door de huisarts en door de organisatie Defence for Children.

Omdat bij de zorg voor de patiënte nogal wat partijen waren betrokken en omdat de casus veel aandacht kreeg van zowel de politiek als de media, besloot de IGZ om deze melding zelf te onderzoeken. Daarbij speelde ook mee dat de gezondheidszorg voor asielzoekers sinds 2009 op een andere wijze is georganiseerd. De zorg wordt nu zoveel mogelijk conform de reguliere zorg (huisartsen, GGD) uitgevoerd en minder categoriaal zoals dat voorheen het geval was. Of in dit nieuwe model de bereikbaarheid en de toegankelijkheid van de huisartsenzorg voldoende is gewaarborgd is op dit moment onderwerp van een groot landelijk onderzoek dat door de inspectie wordt uitgevoerd. In dit nieuwe model is het GCA verantwoordelijk voor de coördinatie en de continue bereikbaarheid van de huisartsenzorg en het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers (COA) voor de niet-medische gidsfunctie. Tot deze niet-medische gidsfunctie behoort o.a. het de weg wijzen van asielzoekers naar de zorg in Nederland. Het COA valt niet onder het toezicht van de IGZ.

### **Doel van het onderzoek**

Het doel van het onderzoek is om vast te stellen of er in elke fase van het hulpverleningstraject is gehandeld op de wijze waarop er op dat moment gegeven de situatie gehandeld had moeten worden volgens de algemene normen voor verantwoorde zorg en volgens de specifieke normen die er bestaan voor de gezondheidszorg voor asielzoekers. Het is dus niet de bedoeling om de vraag te beantwoorden of dit overlijden voorkómen had kunnen worden of om te bepalen of iemand op een verwijtbare manier schuld heeft aan dit overlijden. Dit laatste is een vraag voor het Openbaar Ministerie.

### **Het onderzoek**

Het onderzoek betreft niet alleen de gang van zaken in de nacht van het overlijden van de patiënte, maar ook de zorg in de periode daarvoor.

Allereerst heeft de IGZ aan de betrokken partijen (HAP, GCA, COA) gevraagd om de casus te onderzoeken en de IGZ hierover te rapporteren. De rapportage van de HAP, waarin ook de rol van de ambulancedienst RAVU is opgenomen, is in juli binnengekomen en de rapportages van het COA en van het GCA in september. N.a.v. de rapportage van het GCA heeft de IGZ het medische dossier van de patiënt opgevraagd en de uitdraai van de gesprekken die er in de nacht van 26 op 27 juni zijn gevoerd tussen de echtgenoot van de patiënte en de beveiligingsmedewerkers op het centrum enerzijds en de GCA-praktijklijn en de HAP anderzijds. De GCA-praktijklijn zit in Wageningen en geeft de asielzoeker toegang tot de huisartsenzorg buiten de inloopsprekuren op de opvanglocatie. Ook heeft de IGZ nog gesprekken gevoerd met de eigen huisarts van de patiënte, met diens waarnemer, met de regiomanager van het GCA, waaronder het AZC in Leersum valt en met een van de praktijkondersteuners huisartsen (POH-er) die de patiënte in de weken voor haar overlijden op het spreekuur hebben gezien. POH-ers zijn verpleegkundigen die op de opvanglocatie inloopsprekuren houden voor asielzoekers met huisartsgeneeskundige klachten. Ze zijn in dienst bij het GCA en werken onder eindverantwoordelijkheid van de door Menzis/GCA gecontracteerde huisarts.

Ook heeft de IGZ een gesprek gevoerd met de gemeentelijk lijkschouwer en met de echtgenoot van de patiënte.

Tenslotte heeft de IGZ van de Officier van Justitie de rapportage ontvangen van de gerechtelijke sectie die op het lichaam van de patiënte is uitgevoerd.

### **Bevindingen**

Op basis van de informatie die op boven beschreven wijze is verkregen is de IGZ tot de volgende bevindingen gekomen:

#### *Periode tot 26 juni 2010*

In de periode vanaf haar komst in het centrum op half april tot 26 juni heeft de patiënte 9 keer contact gehad met de hulpverleners van het GCA in het AZC in Leersum. Ze had klachten van wisselende aard zoals lage rugklachten, pijnlijke mictie, vaginale afscheiding, misselijkheid en maagpijn. Ernstige lichamelijke oorzaken voor deze klachten werden niet gevonden. Wel werd op 21 juni een zwangerschap vastgesteld van ongeveer twee maanden. Uit het medisch dossier valt voor de inspectie niet op te maken wie welke contacten met de patiënte heeft gehad. Op basis van de gesprekken die zijn gevoerd kan worden geconcludeerd dat deze contacten bijna uitsluitend de POH-er betreffen. Patiënte is in deze periode waarschijnlijk alleen op 4 mei door een tijdelijke waarnemer van de vaste huisarts gezien. De enige overige bemoeienis van een huisarts met de patiënt in deze periode bestaat uit een telefonisch contact op 24 juni van de POH-er met de vaste vakantiewaarnemer van de huisarts.

Op 24 juni heeft de POH-er in het dossier vermeld dat de patiënt een bloeddruk had van 64/51 mmHg bij een polsfrequentie van 130, hetgeen zou kunnen duiden op een circulatoire insufficiëntie. De POH-er stelt dit telefonisch met de waarnemend huisarts te hebben gecommuniceerd en in het dossier wordt ook aangegeven dat er telefonisch contact tussen de POH-er en de waarnemend huisarts is geweest. Uit het dossier wordt niet duidelijk of expliciet de bloeddrukwaarden en de polsfrequentie zijn doorgegeven. De waarnemend huisarts ontkent dit en hij stelt dat hij meteen actie zou hebben ondernomen als hem deze informatie ter ore was gekomen. Een probleem daarbij was dat de waarnemend huisarts geen toegang had tot het dossier van de patiënte zodat zijn bevindingen en beleid hierin niet zijn opgenomen. De waarnemend huisarts heeft deze informatie opgetekend in een waarneembriefje maar dit is niet meer terug te vinden. Dit betekent dat niet meer is te achterhalen wat zich hier werkelijk heeft afgespeeld. Wel staat vast dat de echtgenoot van de patiënte de volgende dag contact heeft gehad met de POH-er. Over dit bezoek heeft de POH-er in het patiëntendossier genoteerd dat de echtgenoot heeft meegedeeld dat het beter ging met de patiënte en dat deze geen last meer had van braken en van hartkloppingen. De echtgenoot zegt dat hij heeft aangegeven dat de patiënte niet meer kon bewegen en dat hem is geadviseerd opnieuw contact op te nemen als de situatie zou verergeren.

De inspectie heeft in haar onderzoek geconstateerd dat er in de periode waarin de calamiteit speelde een moeizame relatie bestond tussen de huisarts enerzijds en de leiding van het AZC en de daar werkzame POH-ers anderzijds. De huisarts mocht van de locatiemanager van het opvangcentrum alleen nog maar voor spoedgevallen op het AZC komen omdat hij zich niet aan de huisregels van het centrum zou houden. Dit betekende dat de huisarts vanaf mei geen spreekuur op het AZC kon houden en ook niet op het AZC voor overleg beschikbaar was. Vanaf dat moment bezochten de asielzoekers de huisarts in zijn eigen praktijk.

Daar komt nog bij dat ook los van dit feit de samenwerking tussen de huisarts en de POH-ers niet goed was. Als voorbeeld werd in dit verband genoemd dat de huisarts er een voorkeur voor had om na kantoortijd met de POH-ers te overleggen terwijl deze alleen tijdens kantoortijd werken.

### *De nacht van 26 op 27 juni*

In deze nacht heeft zich in grote lijnen het volgende afgespeeld.

De echtgenoot van de patiënt heeft om 00.45 uur met behulp van de beveiliging de praktijklijn van het GCA gebeld. De klacht hield in dat zijn vrouw die zwanger was, ziek was en pijn had in heel haar lichaam. De temperatuur was niet gemeten. De medewerker van de praktijklijn heeft in het Arabisch met de echtgenoot gecommuniceerd en meegedeeld dat ze contact met de HAP in Zeist zou opnemen. Het overleg van de praktijklijn met de doktersassistente van de HAP resulteert erin dat wordt afgesproken dat de patiënt op de post door een huisarts zal worden gezien en met de taxi naar de post moet komen. De praktijklijn regelt een taxi en geeft dit aan de echtgenoot van de patiënt door. De echtgenoot geeft vervolgens aan dat de patiënt niet zelf van de vierde verdieping naar beneden kan komen. Dit wordt door een andere asielzoeker bevestigd en daarop adviseert de medewerker van de praktijklijn aan deze asielzoeker om de patiënt met meerdere mensen naar beneden te dragen. Om 1.45 uur meldt een medewerker van de beveiliging aan de praktijklijn dat patiënte op een matras buiten bij de receptie ligt maar dat de taxi die is gearriveerd haar niet kan meenemen. De praktijklijn belt vervolgens de HAP en de assistente besluit, zonder opnieuw een triage te doen, dat de huisarts dan naar het AZC zal komen. Dit wordt door de praktijklijn aan de beveiliging doorgegeven die dit weer communiceert met de echtgenoot van de patiënt. Na ongeveer 25 minuten komt de huisarts. Deze vermeldt dat ze de patiënte aantroef liggend op een matras in de gang. Patiënte was helder en goed aanspreekbaar maar door de taalbarrière was het nauwelijks mogelijk is om een anamnese af te nemen. Bij onderzoek was er sprake van een soepele buik en de patiënte kon zich zelfstandig op de rug draaien. De longen waren niet goed te beluisteren door de adipositas. De bloeddruk was 110/70mmHg, de zuurstofsaturatie 99% en patiënte had 39 graden koorts. Een differentiaal diagnose werd niet gesteld. De huisarts overlegt vervolgens telefonisch met een assistent-arts interne geneeskunde van het ziekenhuis de Gelderse Vallei in Ede en besloten wordt de patiënt voor nader onderzoek in te sturen. Rond 2.45 uur bestelt de huisarts zonder spoed een ambulance en verlaat het centrum. De centralist van de meldkamer geeft niet aan wanneer de ambulance te verwachten is. Om 3.15 uur meldt de beveiliging aan de praktijklijn dat de ambulance er nog steeds niet is. De ambulance arriveert om 3.30 uur en op datzelfde moment heeft de beveiliging reeds aan de meldkamer doorgegeven dat men vermoedt dat de patiënt is overleden. De ambulancebemanning start met de reanimatie maar er is reeds sprake van een asystolie. Om 3.40 uur arriveert nog een tweede ambulance maar uiteindelijk wordt geconcludeerd dat de patiënt is overleden. Uit het sectierapport blijkt dat het overlijden van de patiënte zonder meer kan worden verklaard door de aangetoonde ernstige algemene infectie met daarbij ook een ontsteking van de hartspier.

## **Conclusies**

### *Periode tot 26 juni*

Gegeven de aard en de frequentie van de contacten tot 26 juni is de inspectie van oordeel dat de patiënt in deze periode intensiever door de huisarts had moeten worden gezien, zodat deze zich op basis van zijn huisartsgeneeskundige kennis een algemeen beeld had kunnen vormen van de gezondheidstoestand van de patiënt. Daar komt bij dat noch uit het medisch dossier, noch uit de gesprekken die de inspectie heeft gevoerd duidelijk is geworden of de huisarts de contacten van de POH-er met de patiënte heeft gecontroleerd, besproken of gefiatteerd. De inspectie gaat er van uit dat dit niet is gebeurd en vindt dit niet acceptabel. Dat dit mogelijk was heeft naar het oordeel van de inspectie o.a. te maken met het feit dat binnen het GCA in zijn algemeenheid de samenwerking tussen de huisarts en de POH-ers niet eenduidig is omschreven en geprotocolleerd. Dit betreft met name de taakdelegatie van de huisarts naar de POH-er toe. Zo is niet helder hoe en in welke mate de spreekuurcontacten van de POH-er door de huisarts moeten worden gefiatteerd.

Het voert te ver om te stellen dat er een directe relatie is tussen de moeizame samenwerking van de huisarts met de POH-ers en de calamiteit, maar dat deze moeizame samenwerking heeft geleid tot een te eigenstandig optreden van de POH-ers is zeer wel voorstelbaar. De inspectie concludeert dat hier sprake is van een onverantwoorde situatie en dat het GCA veel actiever had moeten optreden om deze samenwerking te verbeteren.

De inspectie vindt het al niet goed te begrijpen dat de COA-locatiemanager van het centrum aan de huisarts een terreinverbod kan opleggen, maar vindt het nog onbegrijpelijk dat dit terreinverbod langere tijd heeft kunnen bestaan. Zowel de huisarts als het GCA hadden dit verbod als onaanvaardbaar moeten bestempelen en dienovereenkomstig moeten handelen.

Gezien bovenstaande conclusies moet worden gesteld dat de huisarts en het GCA een situatie hebben laten ontstaan en ook langere tijd laten voortbestaan waarin de huisartsenzorg op marginale wijze was geregeld en waarin de huisarts zijn eindverantwoordelijkheid voor de medische zorg in het AZC niet op een verantwoorde wijze kon invullen. Dit moet het GCA en de huisarts ernstig worden aangerekend.

Uit het onderzoek wordt niet duidelijk of de lage bloeddrukwaarden en de snelle polsfrequentie op 24 juni ter kennis zijn gekomen van de waarnemend huisarts. Dit laat onverlet dat als het inderdaad zo zou zijn dat de POH-er de bloeddrukwaarden en de pols aan de waarnemend huisarts heeft doorgegeven en de huisarts deze voor kennisgeving heeft aangenomen, de POH-er hierin niet had mogen berusten.

Het feit dat de huisarts die waarnam gedurende de vakantie van de vaste huisarts geen inzage had in het medisch dossier, vindt de inspectie ongewenst. Goed hulpverlenerschap betekent dat de huisarts bij langer durende afwezigheid ervoor zorg dient te dragen dat de waarnemer toegang heeft tot het medisch dossier.

### *De nacht van 26 op 27 juni*

De inspectie concludeert dat het op zich al dramatisch is als een 32 jarige vrouw plotseling zonder duidelijke oorzaak overlijdt maar dat de omstandigheden waaronder dit is gebeurd dit des te schrijnender maken. Het is dan ook zeer begrijpelijk dat wat er in deze nacht is gebeurd veel verontwaardiging heeft opgeroepen bij de direct betrokkenen en ook in de politiek en in de media. Aan de inspectie is het echter om te beoordelen of door de betrokken hulpverleners op elk moment van hun betrokkenheid is gehandeld op een wijze die op dat moment van hun verwacht mocht worden gegeven de normen voor verantwoorde zorg.

De inspectie komt tot de conclusie dat dit inderdaad het geval is met uitzondering van het feit dat de medewerker van de praktijklijn opnieuw contact had moeten opnemen met de HAP toen de echtgenoot en ook andere asielzoekers aangaven dat de patiënt niet van haar kamer naar beneden kon komen. Ook had de doktersassistente van de HAP een nieuwe triage moeten uitvoeren toen bleek dat de patiënte niet per taxi naar de HAP kon worden vervoerd. Dit laatste punt heeft aandacht gekregen in het evaluatieonderzoek van de HAP en de richtlijnen voor triage zijn aangescherpt.

Voor enkele kritische aspecten zal de inspectie haar conclusie nader toelichten.

Wanneer er buiten de kantooruren geen arts op de praktijklijn aanwezig is heeft de medewerker van de praktijklijn de taak om de hulpvragende asielzoeker te faciliteren in het directe contact met de HAP. Dat is hier niet gebeurd en in die zin heeft de medewerker niet gehandeld volgens de instructies. Kijkend naar de omstandigheden waaronder de hulpvraag heeft plaats gevonden heeft de inspectie er echter begrip voor dat dit niet is gebeurd. In plaats van een tolk in te schakelen en de echtgenoot via deze tolk in verbinding te brengen met de HAP, heeft de medewerker van de praktijklijn ervoor gekozen om zelf in het Arabisch met de echtgenoot te communiceren. Je zou ook nog kunnen zeggen dat de medewerker van de praktijklijn als tolk is opgetreden tussen de echtgenoot van de patiënte en de HAP. De vraag moet hier gesteld worden of de praktijklijn de rol die van haar wordt gevraagd als er geen arts aanwezig is wel in redelijkheid kan vervullen en of er niet 24 uur per dag een huisarts op de praktijklijn aanwezig zou moeten zijn. Via deze huisarts kan immers de hulpvraag veel beter in kaart worden gebracht en soms ook worden afgehandeld. Ook zou veel gerichter via deze huisarts de huisartsenpost kunnen worden ingeschakeld. De inspectie ziet echter alleen op basis van deze casus niet voldoende grond om deze vraag nu al definitief te beantwoorden.

Een vraag is ook of de beveiligingsmedewerkers op de opvanglocatie zich niet actiever hadden moeten opstellen door zich bijvoorbeeld zelf een oordeel te vormen over de hulpvraag en door eventueel zelf een ambulance te bellen. Kijkend naar de rol die de beveiligingsdienst heeft in de 'niet medische gidsfunctie' en gegeven het feit dat de hulpvraag reeds behandeld werd door de praktijklijn en de HAP, is de inspectie van oordeel dat dit niet het geval is. De beveiligingsmedewerkers hebben gedaan wat van hen verwacht mocht worden namelijk de echtgenoot van de patiënt helpen bij het leggen van contact met de praktijklijn.

Er bestond veel onbegrip over het feit dat de ambulance pas na 45 minuten arriveerde. Hierover moet worden gesteld dat het overleg tussen de HAP-arts en de arts assistent in het ziekenhuis had opgeleverd dat er niet met spoed een ambulance hoefde te komen. Het betrof hier dus besteld ambulancevervoer en dan is een aanrijdtijd van 45 minuten niet ongewoon. Wel had de centralist informatie moeten verschaffen over het tijdstip dat de ambulance zou arriveren want dan had hierover geen verkeerd verwachtingspatroon kunnen ontstaan. In het onderzoek dat binnen de ambulancedienst is uitgevoerd heeft dit punt nadrukkelijk aandacht gekregen.

Tenslotte is de vraag aan de orde of de huisarts van de HAP wel juist heeft gehandeld nu de patiënt, ruim een uur nadat deze door de huisarts is onderzocht, een hartsstilstand bleek te hebben en bleek te zijn overleden. Dit feit op zichzelf is onvoldoende om een oordeel over het handelen van de huisarts uit te spreken. Ook hier moet de vraag zijn of de huisarts heeft gehandeld op een wijze zoals op dat moment van haar verwacht mocht worden. De inspectie vindt dat dit het geval is. De huisarts heeft de patiënt zo goed als mogelijk onderzocht, heeft overlegd met een arts in het ziekenhuis en had op dat moment klaarblijkelijk geen reden om de patiënt met spoed naar het ziekenhuis te laten vervoeren.

Tenslotte concludeert de inspectie dat het sectierapport geen feiten heeft opgeleverd die bovenstaande bevindingen en conclusies in een ander daglicht zouden moeten stellen. Met name betekent dit dat dit rapport geen informatie bevat die twijfels oproept t.a.v. het handelen van de huisarts van de HAP.

### **Te nemen maatregelen**

Het GCA/Menzis dient er onverwijld voor te zorgen dat de samenwerking tussen de huisarts en de POH-er en met name de taakdelegatie van de huisarts aan de POH-er goed wordt beschreven, wordt vastgelegd in een protocol en dat er volgens dit protocol wordt gewerkt. Dit met inachtneming van hetgeen is gesteld over de verantwoordelijkheid van de huisarts in de 'Samenwerkingsovereenkomst zelfstandige beroepsbeoefenaar-GCA'.

Het GCA dient er voor te zorgen dat de problemen die er in het AZC in Leersum zijn tussen de huisarts en de leiding van het centrum en in de samenwerking tussen de huisarts en de POH-ers onverwijld worden opgelost.

Het GCA, de POH'ers en de betrokken huisarts dienen onverwijld te zorgen voor een werkwijze die leidt tot verantwoorde zorg voor de bewoners van het AZC. Dit heeft in het bijzonder betrekking op de wijze van samenwerking en de taakdelegatie.

De huisarts dient er zo spoedig mogelijk voor zorg te dragen dat in geval van langer durende waarneming binnen kantooruren de waarnemend huisarts de beschikking heeft over het dossier van de asielzoeker.

Ondanks de conclusie van de inspectie dat de huisartsenzorg in het centrum marginaal geregeld was en dat dit de huisarts ernstig moeten worden aangerekend, neemt de inspectie geen maatregelen tegen de huisarts, zoals het indienen van een tuchtklacht. De redenen hiervoor zijn dat ook het GCA hier een duidelijke verantwoordelijkheid draagt en dat er geen directe relatie kan worden gelegd tussen de calamiteit en de slechte wijze waarop de zorg was geregeld. Tenslotte verwacht de inspectie dat de huisarts zijn verantwoordelijkheid nu zal nemen. De inspectie zal een gesprek voeren met de huisarts en hem daarin voorhouden dat van hem verwacht wordt dat hij zijn taak als huisarts invult op een wijze zoals dat is beschreven in de Samenwerkingsovereenkomst zelfstandig beroepsbeoefenaar-GCA en dat hij de samenwerking met de POH-ers zodanig invult dat dit leidt tot verantwoorde zorg.

De inspectie neemt geen maatregelen tegen de POH-er die geen verdere actie heeft ondernomen op de door haar geconstateerde afwijkende bloeddrukwaarden in de veronderstelling dat betrokkene voor zichzelf voldoende lering uit het gebeurde heeft getrokken.

In het huisartseninformatiesysteem (HIS) dat door het GCA wordt gebruikt moet duidelijk worden aangegeven door welke persoon de patiënt tijdens een consult is gezien en of er fiatting door de huisarts heeft plaats gevonden.

In deze casus bleek de taalbarrière een probleem te vormen in de contacten tussen de patiënte en de HAP-arts. Het GCA en wellicht ook het COA dienen zich te beraden op de vraag in hoeverre tolfaciliteiten ook bij de huisartsenzorg buiten kantooruren beschikbaar dienen te zijn en hoe dit kan worden gerealiseerd.

De inspectie zal toezien op de uitvoering van bovengenoemde maatregelen.