

Heel de patiënt

Het handelen van de beroepsmatig betrokkenen na het vertrek van een disfunctionerende medisch specialist

2 september 2010
Tweede externe onderzoekscommissie MST

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
Samenvatting.....	5
1 Inleiding	10
2. Commissie II	12
2.1 Samenstelling en opdracht	12
2.2 Interpretatie van de opdracht	13
2.3 Aanpak en leeswijzer.....	14
3. Reconstructie van feiten	15
3.1 Inleiding	15
3.2 Bestuurlijk-organisatorische context per december 2003	15
3.3 Periode 1: medio december 2003 tot september 2005	17
3.4 Periode 2: najaar 2005 tot januari 2006	24
3.5 Periode 3: januari 2006 tot januari 2009	28
3.6 Periode 4: januari 2009 - heden.....	31
3.7 Samenvattend overzicht: wie wist wat wanneer en wat is met die kennis gedaan? ..	36
4. Beoordeling van het handelen van betrokkenen.....	39
4.1 Raad van Bestuur	39
4.2 De vakgroep Neurologie	45
4.3 Medisch Stafbestuur.....	47
4.4 Raad van Commissarissen.....	49
4.5 Klachtencommissie	50
4.6 Conclusies	51
5. Stand van zaken opsporing gedupeerde patiënten en afhandeling klachten en claims	53
5.1 Inleiding	53
5.2 Opsporing gedupeerde patiënten.....	53
5.3 Afhandeling claims	54
5.4 Afhandeling claims nader bezien	57
5.5 Conclusies	58
6. Aanbevelingen.....	59
6.1 Inleiding	59
6.2 Aanbevelingen.....	59
Cluster 1: Voorkomen en vroegsignalering van disfunctioneren.....	59
Cluster 2: redresseren gevolgen van disfunctioneren voor patiënten.....	62
Zorgvuldig sluiten van de zaak	65
Lijst van afkortingen.....	66

Bijlagen

Voorwoord

Op 1 september 2009 bracht de externe onderzoekscommissie MST, hierna te noemen “commissie I”, haar rapport “*En waar was de patiënt ..?*” uit. Dit rapport werpt een ontluisterende blik op zowel het disfunctioneren van neuroloog Jansen als van zijn professionele omgeving bij het signaleren en aanpakken van diens disfunctioneren. Het rapport concentreert zich op het handelen van betrokkenen in de periode tot aan het feitelijke vertrek van Jansen, in december 2003.

De opdracht aan de tweede externe onderzoekscommissie, hierna te noemen “commissie II”, behelst de vraag wat betrokkenen vanaf het vertrek van Jansen tot heden hebben geweten van het disfunctioneren van Jansen en de gevolgen daarvan voor patiënten en wat zij met die kennis hebben gedaan.

Commissie II heeft zich afgevraagd wat de toegevoegde waarde van dit vervolgonderzoek zou kunnen zijn. Al snel na de start van haar onderzoek kwam zij tot het volgende inzicht: leidraad in het rapport van commissie I is dat patiënten er op moeten kunnen vertrouwen dat zij in een ziekenhuis in goede handen zijn en dat zorgverleners en andere betrokkenen er alles aan doen om te voorkomen dat hun vertrouwen wordt beschaamd. De aanbevelingen van commissie I zijn vooral hierop gericht. De meerwaarde van het vervolgonderzoek ligt vooral besloten in de vraag wat beter kan of moet als het onverhoopt toch fout gaat. Ook dan moeten de patiënt en zijn welzijn centraal staan in het handelen van betrokkenen. Met dit rapport geeft commissie II vooral aanbevelingen, die op het bereiken van deze situatie zijn gericht.

Het is dit inzicht dat de commissie tot uitdrukking brengt in de titel van het rapport: “Heel de patiënt.” Vanzelfsprekend is de kerntaak van elk ziekenhuis en van allen die daarin werkzaam zijn alles te doen wat in hun vermogen ligt om de patiënt te helen, beter te maken. Maar de titel weerspiegelt tevens de noodzaak en het pleidooi om daarnaast ook aandacht te hebben voor de mens achter de patiënt, voor ‘heel de patiënt’, ook wanneer er in de behandeling iets fout is gegaan.

De Commissie realiseert zich dat betrokkenen de zaak-Jansen willen kunnen afsluiten. Dit geldt natuurlijk primair voor gedupeerde patiënten. Het geldt echter evenzeer voor de beroepsmatig betrokkenen. Het Plan van Aanpak dat de Raad van Bestuur heeft opgesteld na het rapport van commissie I is naar het oordeel van de commissie een belangrijke stap op die weg. Zij hoopt dat haar onderzoek zal bijdragen aan de zo gewenste afsluiting.

De commissie is allen die hun medewerking hebben gegeven aan haar onderzoek bijzonder erkentelijk voor hun bereidheid daartoe.

Samenvatting

Nadat aan neuroloog Jansen medio december 2003 de toegang tot het ziekenhuis is ontzegd wegens vervalsing van recepten ten behoeve van eigen gebruik, nemen de leden van de vakgroep Neurologie zijn praktijk waar. Al snel stuiten zij op meerdere onverklaarbare misdiagnoses en onjuiste behandelingen. Zij melden dit mondeling aan de RvB. Daags voor Kerstmis 2003 constateren zij dat Jansen in zijn werkkamer aanwezig is. Een delegatie van de vakgroep heeft hierop een onderhoud met de voorzitter van de RvB, die Jansen wederom de toegang tot het ziekenhuis ontzegt en de vakgroep de opdracht geeft de praktijk van Jansen waar te nemen en notities bij te houden van misdiagnoses en andere onregelmatigheden, maar hiermee voorlopig geen verdere actie te ondernemen en geen informatie naar buiten te verstrekken.

In de weken daarna dringt de omvang van het disfunctioneren van Jansen en de gevolgen daarvan voor zijn patiënten nadrukkelijk door bij de vakgroepleden; zij melden hun bevindingen wederom aan de RvB. De RvB is dan nog van plan Jansen het werk te laten hervatten, aangezien zijn behandelaar schriftelijk heeft verklaard dit verantwoord te achten. Als de vakgroep kennis neemt van dit voornemen, schrijft zij een niet mis te verstane brief aan de RvB waarin zij aangeeft geen vertrouwen (meer) te hebben in verdere samenwerking met Jansen en bovendien melding maakt van “incidenten op het gebied van de patiëntenzorg, die gemeld moeten worden” en van “feiten die vatbaar zijn voor justitieel onderzoek”. De RvB stelt Jansen dan voor een keuze: ofwel hij hervat zijn werkzaamheden, maar dan volgt een extern onderzoek naar zijn functioneren en wordt alsnog aangifte gedaan van de receptvervalsing, dan wel hij blijft met ziekteverlof tot het moment waarop hij gebruik kan maken van de OBU-regeling. Jansen kiest voor het laatste.

Tot zover niets nieuws; het bovenstaande is uitgebreid beschreven in het rapport van “commissie I”. De vraag die in dit onderzoeksrapport echter centraal staat is wat er daarna is gebeurd: wanneer namen naaste betrokkenen in het Medisch Spectrum Twente kennis van het disfunctioneren van Jansen en de gevolgen daarvan voor zijn patiënten en wat hebben zij met die kennis gedaan in de periode vanaf het feitelijke vertrek van Jansen tot heden?

Om deze vraag te beantwoorden heeft commissie II de feiten zoals die uit haar onderzoek naar voren zijn gekomen gereconstrueerd en ingedeeld in een aantal perioden, die zowel samenvallen met wisselingen in de bestuurlijke top van het ziekenhuis als met ontwikkelingen die in het bijzonder aanleiding hadden kunnen – of moeten – zijn tot het ondernemen van actie door (één van de) betrokkene(n).

Daarnaast heeft zij zich verdiept in de wijze waarop gedupeerde patiënten tegemoet getreden zijn. Dit betreft niet alleen de patiënten waarvan bij de aanvang van dit onderzoek reeds bekend was dat zij door het handelen van Jansen benadeeld zijn, maar ook patiënten die tot nog toe niet als zodanig herkend zijn. De commissie heeft hiertoe gebruik gemaakt van de resultaten van het onderzoek van de commissie-Scheltens, die in opdracht van de RvB van het MST de patiëntendossiers van Jansen heeft onderzocht.

Periode 1: medio december 2003 – september 2005

De leden van de RvB wisten al in december 2003 van de misdiagnoses. In de weken daarna is dit gegeven regelmatig mondeling bevestigd, hetgeen eind februari 2004 resulteerde in een

brief van de vakgroep als ultieme melding. Kort daarna vertrekt één van de leden van de RvB na een conflict met de Medische Staf. De overblijvende bestuurder richt zich vervolgens uitsluitend op het beëindigen van de arbeidsovereenkomst met Jansen. De praktijkovername laat hij geheel over aan de vakgroep, onder een strikt communicatieverbod en zonder vinger aan de pols te houden over de bevindingen van de vakgroep. De afhandeling van klachten en claims laat hij over aan de klachtencommissie, de aansprakelijkheidsverzekeraar en aan enkele lijnfunctionarissen, zonder te voorzien in supervisie en/of terugkoppeling. Hij heeft zich kennelijk niet afgevraagd of het disfunctioneren van Jansen gevolgen had gehad voor diens patiënten, laat staan actie ondernomen om door hen ondervonden leed te verzachten en schade te compenseren. Deze bestuurder werd in april 2005 (overigens om een andere reden) gedwongen te vertrekken. Hij heeft de ontwikkelingen in de zaak Jansen niet gedocumenteerd en evenmin overgedragen aan opvolgende bestuurders. Hoewel de bestuurlijke discontinuïteit in deze periode met zich meebracht dat de bestuurlijke aandacht zich beperkte tot zaken als financiën en bouw, is het onbegrijpelijk dat de gevolgen voor patiënten van het disfunctioneren van de betreffende neuroloog kennelijk niet tot die prioritaire aangelegenheden behoorde. De RvB is hiermee tekort geschoten in zijn kerntaak, te weten het aanbieden en leveren van kwalitatief goede en veilige zorg.

Intussen nemen de leden van de vakgroep de praktijk van Jansen over; zij richten zich bij de overname van patiënten met name op correctie van misdiagnoses en onjuiste behandelingen maar hebben (te) weinig aandacht voor de emotionele en psychosociale aspecten. Ze beperken zich tot de patiënten die nog actief onder behandeling zijn, houden geen notities bij van geconstateerde fouten (op één van de neurologen na, die deze notities voor zichzelf houdt) en voeren geen overleg over hoe te handelen, noch binnen de vakgroep, noch met de RvB. Hoewel zij hun handen vol hebben aan de overname van de praktijk, geven zij hiermee blijk van een weinig assertieve opstelling en onvoldoende betrokkenheid bij de belangen van gedupeerde patiënten.

Gegeven het feit dat patiënten met chronische neurologische aandoeningen tenminste halfjaarlijks ter controle op de polikliniek komen, zijn de leden van de vakgroep ervan overtuigd dat rond medio 2004 alle gemaakte fouten gecorrigeerd zijn en de praktijk gesaneerd is. Daarmee is de zaak Jansen voor de neurologen opgelost. Desgevraagd verschaffen zij informatie en/of verlenen zij daarna hun medewerking aan de afhandeling van klachten en claims.

Het Medisch Stafbestuur heeft na het doorsturen van schriftelijk bewijs inzake de receptvervalsing in januari 2004 geen bemoeienis met het verdere traject inzake Jansen. Het MSB wordt (formeel) niet geïnformeerd over de geconstateerde misdiagnostiek en onjuiste behandelingen, maar vraagt zich ook niet af of de medicijnverslaving van Jansen gevolgen heeft gehad voor de kwaliteit van de geleverde zorg aan patiënten en laat na daar onderzoek naar te doen.

De RvC wordt door de RvB (pas) in augustus 2004 geïnformeerd over het vertrek van Jansen. Daarbij wordt geen informatie gegeven over de misdiagnoses en foutieve behandelingen. De RvC ziet op dat moment geen rol voor zichzelf.

De RvC heeft in deze periode zijn verantwoordelijkheid voor de bestuurlijke continuïteit onvoldoende genomen. Sinds april 2004 is er een eenmansbestuur en pas een jaar later neemt de RvC het besluit om een interim-bestuurder aan te trekken, overigens met het oog op het aanstaande gedwongen vertrek van de dan nog zittende bestuurder. Pas in augustus 2005

neemt hij het besluit over invulling van de bestuurlijke top van het MST met drie leden, hetgeen pas met ingang van januari 2007 is gerealiseerd. Mede door deze langdurige bestuurlijke discontinuïteit blijft het bestuur van de organisatie lange tijd beperkt tot urgente zaken, waar kwaliteit en veiligheid van zorg kennelijk niet toe behoorden.

Periode 2: september 2005 – februari 2006

Voor de opvolgende (ad interim) bestuurders die in respectievelijk april en juni 2005 zijn aangetreden, is er bij gebreke van bestuurlijke overdracht geen duidelijke aanleiding c.q. momentum om zich met de zaak Jansen bezig te houden. Die aanleiding komt er wel als de belangenbehartiger van vele door Jansen gedupeerde patiënten tijdens een persconferentie in oktober 2005 enkele tientallen schadeclaims tegen Jansen en het MST aankondigt. Op basis van – achteraf gezien onjuiste – interne informatie over het aantal reeds ingediende klachten en claims besluit de RvB echter niet in gesprek te gaan met de belangenbehartiger, maar af te wachten waar hij feitelijk mee komt. Een onbegrijpelijke beslissing, temeer daar in deze periode het aantal klachten weliswaar afneemt, maar het aantal claims significant stijgt.

Mede doordat de in oktober 2005 aangekondigde claims tijdens hun resterende zittingsperiode uitblijven, laten de interim bestuurders een bestuurlijke overdracht van de zaak Jansen aan de nieuwe bestuursvoorzitter, die per februari 2006 aantreedt, achterwege.

De eerder genoemde persconferentie is voor het MSB aanleiding om afspraken te maken met de RvB over lessen voor de toekomst. Ondanks het uitdrukkelijk uitgesproken voornemen om functioneringsgesprekken voor medisch specialisten in te voeren en een procedure te ontwikkelen over hoe om te gaan met een mogelijk disfunctionerend medisch specialist, duurt het nog tot eind 2008 voordat deze procedure daadwerkelijk geïmplementeerd wordt. Gegeven de kerntaak van een medisch stafbestuur, namelijk het bevorderen van de kwaliteit en veiligheid van zorg in brede zin, alsmede zijn materieel sterke positie in het ziekenhuis als representant van de medische professionals, heeft het MSB in de zaak Jansen blijk gegeven van een zeer zwakke rolinvulling.

Na de aankondiging van claims door het letselschadebureau in het najaar van 2005 vraagt de RvC aan de RvB om nadere informatie. Hij krijgt inzage in de lopende klachten en claims, vindt de afhandeling daarvan adequaat en geeft aan van het verdere verloop op de hoogte gehouden te willen worden. Die informatie volgt niet. Het had op de weg van de RvC gelegen om dóór te vragen; het is immers bij uitstek een taak van de RvC om toezicht te houden op de risico's verbonden aan de activiteiten van het MST. Hij heeft niet onderkend dat hier sprake was van een zodanig risico.

Periode 3: februari 2006 tot januari 2009

De nieuwe bestuursvoorzitter treft in februari 2006 een organisatie aan waarin als gevolg van de langdurige bestuurlijke discontinuïteit veel achterstallig onderhoud is, dat bestuurlijke aandacht vereist. In de loop van 2006 groeit de RvB toe naar een driehoofdig bestuur, dat met ingang van 2007 gerealiseerd is. Vanaf dat moment ontstaat langzaam maar zeker meer structurele aandacht voor kwaliteit en veiligheid in het algemeen; de zaak Jansen is daarbij echter niet meer in beeld. Dit is opmerkelijk aangezien het aantal claims tegen Jansen en het MST in de jaren 2006 en 2007 wederom significant toeneemt. Deze informatie bereikt de RvB niet.

Conclusie

Bezien vanuit het perspectief van de patiënt – en daar gaat het om - kan de conclusie niet anders luiden dan dat de patiënt, vijf jaar lang, in de periode 2004 tot en met 2008 op meerdere momenten aan zijn lot is overgelaten. Of, zoals één van de gedupeerde patiënten, het treffend stelt: “De eerste klap was de mededeling over de misdiagnose. Daarna bleef elke begeleiding of zelfs maar belangstelling door het ziekenhuis uit; dat was de tweede klap. De derde klap was de bejegening en afhandeling van mijn claim door de aansprakelijkheidsverzekeraar.”

Periode 4: vanaf januari 2009 tot heden

Na grote landelijke media-aandacht voor de zaak Jansen in januari 2009 raakt de RvB doordrongen van de omvang van de zaak en werkt, in nauw overleg met het MSB en de RvC, een gestructureerde aanpak uit, bestaande uit een aantal onmiddellijke maatregelen richting gedupeerde patiënten en de instelling van een externe, onafhankelijke onderzoekscommissie (commissie I).

Vanaf dat moment is er ook een meer geïntegreerde aanpak van klachten en vooral claims: het overleg met de belangenbehartiger van vele gedupeerde patiënten en met de aansprakelijkheidsverzekeraar van het MST wordt geïntensiveerd, teneinde snel tot een voor gedupeerde patiënten bevredigende afhandeling te kunnen komen.

Commissie I brengt op 1 september 2009 haar rapport uit. De RvB neemt de aanbevelingen van de commissie, voor zover aan het MST gericht, over en werkt deze uit in een omvattend Plan van Aanpak. In feite onderneemt de RvB nu wat de toenmalige RvB destijds had moeten doen. Hij gaat bovendien een stap verder: behalve maatregelen gericht op directe interventie en aanpassing van de organisatiestructuur, is in het Plan van Aanpak een ruime plaats ingeruimd voor maatregelen die een cultuuromslag moeten bewerkstelligen, waarin het tijdig signaleren van aanwijzingen voor verminderde kwaliteit van zorg en het aanpakken daarvan centraal staan.

Aanbevelingen¹

De aanbevelingen van commissie II zijn primair gericht aan de RvB van het MST. Het merendeel van deze aanbevelingen heeft echter een algemeen bereik en kunnen daarom ook voor andere ziekenhuizen van belang zijn.

Het rapport van commissie I bevat vooral aanbevelingen die gericht zijn op het voorkomen en vroegtijdig signaleren van disfunctioneren van medisch specialisten. In aanvulling daarop beveelt Commissie II aan om

- het functioneren van medisch specialisten periodiek te beoordelen aan de hand van een uitgewerkt kader;
- zorg te dragen voor een zorgvuldige registratie van klachten en claims, die de RvB in staat stelt zo nodig bestuurlijke actie te ondernemen.

Het onderzoek van commissie II maakt duidelijk dat daarnaast tevens maatregelen nodig zijn voor het geval waarin het desondanks fout gaat. Het is van belang dat ook in die situatie de patiënt centraal staat in het handelen. Daartoe beveelt de commissie aan de RvB aan:

¹ Zie onderstaand schema voor een uitgebreidere weergave van de aanbevelingen

- in het calamiteitenplan een protocol op te nemen voor situaties zoals de onderhavige, net zoals er een protocol is voor de uitbraak van een besmettelijke ziekenhuisbacterie, brand of andere calamiteit, waarin een actief beleid richting alle (mogelijk) gedupeerde patiënten centraal staat;
- Een nadrukkelijker aandeel te nemen in de claimbehandeling door
 - a) een substantieel hoger eigen risico te nemen voor de aansprakelijkheidsverzekering, zodat het ziekenhuis de afhandeling van zgn. kleinere claims geheel zelf ter hand kan nemen;
 - b) de patiënt en diens eventuele belangenbehartiger te begeleiden bij claimbehandeling door de aansprakelijkheidsverzekeraar.

Tenslotte

Het kunnen sluiten van de zaak Jansen is voor alle betrokkenen van belang: primair voor gedupeerde patiënten, zodat zij de draad van hun leven weer op kunnen pakken, maar ook voor de beroepsmatig betrokkenen, zodat zij zich – met inachtneming van de geleerde lessen - weer ten volle kunnen richten op hun kerntaak: het verlenen van kwalitatief verantwoorde zorg aan patiënten.

Om het dossier Jansen te kunnen sluiten moet nog een aantal stappen gezet worden:

1. In de eerste plaats is het noodzakelijk dat de patiënten die via het dossieronderzoek van de commissie-Scheltens zijn opgespoord worden getraceerd en vervolgens actief worden benaderd door het MST. Uit dit onderzoek is namelijk naar voren gekomen dat er 13 patiënten zijn, waarbij zeer waarschijnlijk sprake is van een misdiagnose en of onjuiste behandeling, terwijl niet bekend is of zij (of hun nabestaanden) hiervan op de hoogte zijn. Op peildatum 1 augustus 2010 was er met 10 van de betreffende patiënten via de huisarts contact gelegd.
2. Voorts is het gewenst dat lopende schadeclaims spoedig en op voor patiënten bevredigende wijze worden afgehandeld. Per 1 augustus 2010 zijn er in totaal 69 schadeclaims ingediend, waarvan er thans 26 zijn afgehandeld. Daarnaast zijn er tenminste nog 23 patiënten die een schadeclaim willen indienen, maar waarvan de verwachting is dat de kosten van een eventuele procedure niet zullen opwegen tegen een (eventuele) schadevergoeding. Het initiatief van het MST om in overleg met de aansprakelijkheidsverzekeraar en de belangenbehartiger van veel gedupeerde patiënten zogenaamde kleinere claims zelf af te handelen biedt voor dit deel van de claims perspectief. De grotere claims worden echter afgehandeld door de aansprakelijkheidsverzekeraar en dit vergt veel tijd, doorzettingsvermogen en kosten, vooral als gevolg van een aantal inherente kenmerken van de huidige aansprakelijkheidsverzekering.

Het is daarom van belang deze gelegenheid tevens aan te grijpen om aanpassingen aan te brengen in het stelsel van aansprakelijkheidsverzekering. Vooral het opnemen van een mogelijkheid voor claimanten en hun (eventuele) belangenbehartiger om een onafhankelijk oordeel in te roepen over de aansprakelijkheidsvraag zal de bestaande bezwaren kunnen terugdringen.

3. Tenslotte is gewenst dat het MST zowel de voortgang van de implementatie van het Plan van Aanpak als de afhandeling van claims periodiek openbaar maakt, en uiteindelijk een eindbericht publiceert wanneer alle onderdelen van het plan zijn verwezenlijkt en alle claims zijn afgehandeld.

Schema aanbevelingen

Cluster 1: voorkómen en vroegsignalering van disfunctioneren

	Aanbeveling	Aan	waarin
1	Ontwikkel beoordelingskader voor medisch specialisten	Raad van Bestuur en bestuur medische staf	overeenkomst
2	Beoordeel elke specialist periodiek volgens dit beoordelingskader	Medisch manager	Functie omschrijving medisch manager; arbeids-/toelatings-overeenkomst
3	Stel beoordeling vast en neem deze op in personeelsdossier	Raad van Bestuur	Personeelsdossier
4	Verbind consequenties aan deze beoordeling	Raad van Bestuur	Personeelsdossier
5	Pas taak en positionering klachtenfunctionarissen aan	Raad van Bestuur	
6	Houd periodiek overleg met klachtencommissie over patronen	Raad van Bestuur, klachtencommissie	
7	Ontwikkel gespecificeerde claimoverzichten per specialist	Raad van Bestuur, aansprakelijkheidsverzekeraar	

Cluster 2: redresseren gevolgen voor patiënten van disfunctioneren

8	Bij aanwijzingen voor disfunctioneren dient direct gekeken te worden naar gevolgen voor patiënten	Raad van Bestuur	Calamiteitenplan
9	Meld disfunctioneren aan Raad van Toezicht en IGZ	Raad van Bestuur	Calamiteitenplan
10	Bied nazorg en informatie over (pre)juridische mogelijkheden aan patiënten aan	Raad van Bestuur	Calamiteitenplan
11	Handel kleinere claims zelf af	Raad van Bestuur	
12	Begeleid patiënt bij claimbehandeling door aansprakelijkheidsverzekeraar	Raad van Bestuur	
13	Creëer mogelijkheid om een onafhankelijk oordeel in te roepen	Aansprakelijkheids-verzekeraars. Minister VWS	
14	Onderzoek de mogelijkheid om rechtsbijstand van claimanten uit te breiden	Minister VWS	
15	Stel beleid op inzake bevoorschotting van claimanten, die kosten moeten maken	Aansprakelijkheids-verzekeraars	

Sluiten van de zaak-Jansen

16	Bericht openbaar over voortgang implementatie maatregelen en afhandeling claims	Raad van Bestuur	
----	---	------------------	--

1 Inleiding

Wat vooraf ging ...

In januari 2009 wordt publiekelijk bekend dat neuroloog dr. E. Jansen² (hierna: Jansen) eind 2003 het Medisch Spectrum Twente (MST) heeft moeten verlaten wegens disfunctioneren. De betreffende arts zou vele misdiagnoses hebben gesteld en patiënten ten onrechte riskante medicijnen hebben voorgeschreven. Desondanks is hij met stille trom en een goede vertrekregeling uit het ziekenhuis vertrokken. De zaak krijgt landelijke media-aandacht nadat bekend wordt dat de neuroloog inmiddels in Duitsland aan het werk is, waarbij de indruk rijst dat hier sprake is van een doofpotaffaire. Het disfunctioneren van de neuroloog zou bij het MST al langer bekend zijn, maar willens en wetens zijn togedekt.

De Raad van Bestuur (RvB) wil openheid van zaken geven. Hij stelt begin 2009 een onafhankelijke onderzoekscommissie onder leiding van prof. dr. W. Lemstra in, die de opdracht krijgt zowel het handelen van de neuroloog in kwestie, als van andere betrokkenen te onderzoeken.

De onderzoekscommissie (hierna te noemen: commissie I) stelt op basis van haar onderzoek vast dat neuroloog Jansen een solitair werkend medisch specialist is, die nauwelijks dossiers bijhoudt, diagnoses stelt die niet onderbouwd kunnen worden, ongebreideld en niet onderbouwd aanvullend onderzoek aanvraagt en op eigen wijze interpreteert; vaak niet geïndiceerde medicatie voorschrijft en gefingeerde uitslagen van een neuropsychologische test vermeldt op machtigingsformulieren om een bepaald geneesmiddel voor te kunnen schrijven. Daarnaast bestaat er gerede twijfel of de neuroloog in alle voorkomende gevallen patiënten heeft geïnformeerd over voorgenomen medisch-wetenschappelijk onderzoek en of hij hun toestemming voor deelname heeft verkregen.

Commissie I stelt tevens vast dat andere beroepsmatig betrokkenen, waaronder de achtereenvolgende Raden van Bestuur, het Medisch Stafbestuur, de vakgroep neurologie, de Raad van Commissarissen en de Inspectie voor de Gezondheidszorg niet hebben gehandeld zoals van hen had mogen worden verwacht.

De conclusie van commissie I luidt dan ook dat hier “sprake is van een disfunctionerende medisch specialist, die met zijn handelen schade heeft berokkend aan de patiënten die zich aan zijn zorg hebben toevertrouwd. Deze schade zou beduidend minder omvangrijk zijn geweest indien naaste betrokkenen hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg hadden genomen.”³

² Commissie II heeft, in navolging van commissie I, besloten om de naam van de neuroloog te vermelden, omdat deze al volop in de publiciteit is geweest. In navolging van zijn advocaat en belangenbehartiger hanteert commissie II de naam Jansen in plaats van Jansen Steur, zoals de neuroloog zichzelf ook wel noemt

³ En waar was de patiënt ..? Rapport van de externe onderzoekscommissie MST (commissie I) over het (dis)functioneren van een medisch specialist en zijn omgeving, 1 september 2009, blz. 62.

Politieke druk

Tijdens een algemeen overleg van de minister van VWS met de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport uit de Tweede Kamer over het onderwerp “IGZ en toezicht” op 24 september 2009 gaan de leden van de vaste Kamercommissie uitgebreid in op de gebeurtenissen rond de neuroloog in het MST en het rapport van de externe onderzoekscommissie. De Kamerleden geven aan het van groot belang te vinden dat er een nader onafhankelijk onderzoek komt naar de rol van de professionals, de Raad van Bestuur en de Raad van Commissarissen in de periode vanaf het vertrek van de neuroloog in kwestie tot en met heden. Daarnaast geven de Kamerleden aan het een morele plicht van het MST te vinden om alle patiëntendossiers van de neuroloog te onderzoeken op mogelijke slachtoffers.

Op uitdrukkelijk verzoek van de Kamerleden doet de minister per brief d.d. 14 oktober 2009⁴ een appèl op de Raad van Bestuur van het MST om tegemoet te komen aan de wensen van de Tweede Kamer in deze. Hij onderschrijft tevens de opvatting van de Kamerleden dat onafhankelijkheid van dit onderzoek moet zijn geborgd. De minister geeft tenslotte aan geïnformeerd te willen worden over het gewenste vervolgonderzoek en de onderzoeksopzet daarvoor, die hij aan de Kamerleden zal doorzenden.

Instelling commissie II

De Raad van Bestuur van het MST antwoordt de minister per brief van 28 oktober 2009 dat hij de behoefte aan een dergelijk vervolgonderzoek onderschrijft en dat reeds een concept onderzoeksopdracht is geformuleerd, die is afgestemd met de beoogde voorzitter van de tweede externe onderzoekscommissie (hierna te noemen: commissie II) maar nog de instemming behoeft van de andere commissieleden en de goedkeuring van de Raad van Commissarissen.

Voorts meldt hij dat het MST naast dit vervolgonderzoek een onderzoek start naar alle patiëntendossiers, teneinde mogelijke slachtoffers van de diagnostiek en behandeling van de betrokken neuroloog op te sporen. Hiervoor zal een separate onderzoeksgroep worden geformeerd waarin onafhankelijke externe deskundigen zullen participeren. De onderzoeksopzet zal voor aanvang van het onderzoek worden getoetst door commissie II. De uitkomsten van het dossieronderzoek zullen zowel aan commissie II als aan de RvB worden gerapporteerd.

De instelling van commissie II krijgt medio november 2009 haar beslag.

Parallele onderzoeken

De Tweede Kamer verzoekt de minister van VWS in hetzelfde Algemeen Overleg van 24 september 2009 om een extern onderzoek naar de vraag ‘wie binnen de IGZ (inclusief de toenmalige Inspecteur-generaal) wanneer over welke relevante informatie met betrekking tot de neuroloogcasus beschikte, wat betrokkene met die informatie heeft gedaan en wat de IGZ moet veranderen om soortgelijke situaties in de toekomst te voorkomen’. Dit onafhankelijke vervolgonderzoek is uitgevoerd onder leiding van de heer mr. R.J. Hoekstra. Het onderzoeksrapport, ‘Angel en Antenne’, is op 27 mei 2010 aangeboden aan de opdrachtgever, de minister van VWS.

Het Openbaar Ministerie te Almelo is in het najaar van 2009 gestart met een gerechtelijk vooronderzoek⁵ (GVO) tegen de betrokken neuroloog en tegen de rechtspersoon MST in

⁴ Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2009-2010, 32 123 XVI, nr. 13

⁵ Een Gerechtelijk vooronderzoek is een strafrechtelijk onderzoek teneinde een overwogen besluit te kunnen nemen omtrent al dan niet strafrechtelijke vervolging van een verdachte. Binnen een GVO kan een aantal handelingen door de rechter-commissaris worden verricht: hij kan getuigen horen of deskundigen benoemen die

onderhavige kwestie. Ten tijde van het afronden van het onderzoek van commissie II was dit GVO nog niet gesloten.

2. Commissie II

2.1 Samenstelling en opdracht

Commissie II is op 11 november 2009 geïnstalleerd en bestaat uit de volgende personen:

- De heer prof. dr. W. Lemstra (oud-voorzitter NVZ Vereniging van Ziekenhuizen, oud lid Eerste Kamer), voorzitter
- De heer mr. dr. M. Oosting (staatsraad; oud Nationale ombudsman), vice-voorzitter
- Mevrouw mr. I.P. Michiels van Kessenich-Hoogendam (oud-coördinerend vice-president Gerechtshof 's-Gravenhage, oud-plaatsvervangend voorzitter Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg), lid
- De heer drs. P.C.H.M. Holland (oud-voorzitter KNMG, voormalig ziekenhuisbestuurder), lid
- De heer prof. dr. Ph. Scheltens (hoogleraar cognitieve neurologie VUMC, hoofd Alzheimercentrum VUMC), q.q. lid namens de onderzoeksgroep
- Mevrouw mr. M.W. de Lint (senior-adviseur Raad voor de Volksgezondheid&Zorg), secretaris

Commissie II heeft tot taak onderzoek te doen naar de rol van de professionals, de Raad van Bestuur, de Raad van Commissarissen en andere betrokkenen in de periode vanaf het feitelijke vertrek van Jansen uit MST (eind 2003) tot en met heden. Centraal staat de vraag welke kennis zij droegen van de gevolgen van disfunctioneren van Jansen voor zijn patiënten, wat met die wetenschap is gedaan en met name tot welke acties dit heeft geleid. De commissie dient bij haar onderzoek de conclusies van het rapport van Commissie I als startpunt te gebruiken.

Commissie II dient haar bevindingen, oordelen en aanbevelingen aan de Raad van Bestuur te rapporteren. Daarbij dient zij ook het pakket van maatregelen dat de RvB naar aanleiding van het rapport van Commissie I getroffen heeft te betrekken, alsmede de bevindingen uit het dossieronderzoek uitgevoerd door de onderzoeksgroep.

Zie bijlage 1 voor het instellingsbesluit.

De onderzoeksgroep

Het onderzoek van de dossiers van Jansen is door een onderzoeksgroep onder verantwoordelijkheid van de heer prof. dr. Ph. Scheltens, neuroloog, en q.q. lid van commissie II uitgevoerd. De onderzoeksgroep was als volgt samengesteld:

- De heer prof. dr. Ph. Scheltens, neuroloog, voorzitter
- Mevrouw drs. S. Hosman, arts, projectcoördinator

een rapportage over de verdachte moeten opstellen. Wanneer een getuige een oproep van de rechter-commissaris krijgt en daar geen gehoor aan geeft is dat een strafbaar feit.

- De heer dr. C. C. Tijssen, neuroloog, namens de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVvN)
- De heer dr. T.C.A.M. van Woerkom, neuroloog, namens de NVvN
- Mevrouw C. ten Bloemendal, hoofd medische administratie MST

De opdracht aan de onderzoeksgroep was onderzoek te doen naar de dossiers uit de praktijk van Jansen, teneinde nog niet als zodanig herkende oud-patiënten van de neuroloog, waarbij sprake kan zijn van misdiagnoses en/of onjuiste behandelingen, op te sporen. Deze opsporing dient mede het doel de betreffende patiënten (of hun nabestaanden) passende nazorg te kunnen bieden.

Commissie II heeft de opzet voor het dossieronderzoek getoetst. De onderzoeksgroep heeft haar bevindingen zowel aan de RvB als aan commissie II gerapporteerd.

2.2 Interpretatie van de opdracht

De opdracht aan de commissie behelst in wezen het beantwoorden van een vraag van feitelijke aard, namelijk het in beeld brengen van wat betrokkenen op welk moment wisten van het disfunctioneren van Jansen en van de (mogelijke) gevolgen daarvan voor zijn patiënten, in de periode vanaf diens feitelijke vertrek uit het MST tot heden, en het aangeven wat met die kennis is gedaan.

De commissie beperkt zich echter niet tot een weergave van de feiten, maar geeft ook een oordeel over het handelen van betrokkenen. Zij neemt bij haar beoordeling in acht dat in het afgelopen decennium de opvattingen over de verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden van partijen in de gezondheidszorg op het gebied van kwaliteit van de zorg zijn gewijzigd en op onderdelen zijn aangescherpt. Zij zijn ook nu nog in ontwikkeling. De commissie baseert haar oordelen echter op datgene wat destijds, onder de toen heersende omstandigheden, van betrokkenen mocht worden verwacht.

In het onderzoek van commissie I stond het handelen van Jansen centraal, alsmede dat van betrokkenen in zijn professionele omgeving bij het ontdekken van zijn disfunctioneren en het aanpakken daarvan. Aanbevelingen in het rapport van commissie I zijn vooral gericht op het voorkómen en tijdig signaleren van disfunctioneren van medisch specialisten. Eén van de conclusies (behalve dat aan die aanpak het nodige schortte) was dat er geen aandacht was voor de patiënt en zijn belangen. In dit vervolgonderzoek gaat het om het handelen van betrokkenen nadat Jansen uit het MST was vertrokken (aanvankelijk met ziekteverlof, later met vervroegd pensioen). Daarbij gaat het bij uitstek over de wijze waarop betrokkenen met (mogelijk) gedupeerde patiënten zijn omgegaan, alsmede om de lessen die de organisatie heeft geleerd uit het gebeurde.

Bovengenoemde uitgangspunten geven de commissie aanleiding tot de volgende deelvragen:

- a) Wie wisten op welk moment van het disfunctioneren van Jansen en van de gevolgen daarvan voor zijn patiënten?
- b) Wat hebben zij met die kennis gedaan?
- c) In het bijzonder: hoe is omgegaan met patiënten, hun vragen, klachten en/of claims?
- d) Hebben betrokkenen gehandeld zoals van hen destijds mocht worden verwacht? Zo nee, wat hadden zij, gegeven hun verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden, moeten doen?

- e) Welke maatregelen heeft het MST genomen naar aanleiding van het rapport van commissie I en zijn deze toereikend?
- f) Zijn er thans nog oud-patiënten van Jansen bij wie destijds door hem een verkeerde diagnose is gesteld, en/of aan wie een verkeerde behandeling is gegeven en/of bij wie een andere onregelmatigheid heeft plaatsgevonden, terwijl zij hiervan niet op de hoogte zijn? En zo ja, wat heeft het MST ten aanzien van deze patiënten ondernomen?
- g) Wat is de stand van zaken met betrekking tot de afhandeling van claims?
- h) Welke adviezen en/of aanbevelingen heeft commissie II, in aanvulling op die van commissie I?

2.3 Aanpak en leeswijzer

Het onderzoek van commissie II richt zich op het handelen van de interne primair betrokkenen: de Raad van Bestuur, de leden van de vakgroep Neurologie, het Medisch Stafbestuur en de Raad van Commissarissen.

Het handelen van de IGZ als externe betrokkene blijft derhalve in dit onderzoek buiten beschouwing⁶.

De commissie heeft voor haar onderzoek gebruik gemaakt van alle beschikbare schriftelijke documentatie; ze heeft deze op relevantie onderzocht en geselecteerd. Vervolgens heeft zij gesprekken gevoerd met (oud) patiënten, belangenbehartigers van patiënten, medewerkers van het MST, bestuurders, toezichthouders, medewerkers van de aansprakelijkheidsverzekeraar van het MST en andere betrokkenen. De heer R. Ramaker, van oktober 2003 tot april 2005 voorzitter van de RvB van het MST, heeft, als enige van allen die de commissie heeft benaderd, elke medewerking aan het onderzoek van de commissie geweigerd. De commissie heeft in totaal 31 malen vergaderd. Een uitgebreide verantwoording van de onderzoeks aanpak en werkwijze van commissie II is te vinden in bijlage 2, inclusief een lijst van geïnterviewde personen.

Na dit inleidende hoofdstuk volgt eerst een reconstructie van relevante feiten (hoofdstuk 3), inclusief bestuurlijke en/of andere organisatorische omstandigheden. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een resumé, waarin de hoofdvraag wordt beantwoord: wie wist wat wanneer van het disfunctioneren van Jansen en de (mogelijk) gevolgen voor patiënten en wat is met die kennis gedaan? Dit geeft antwoord op de vragen a, b en c.

In hoofdstuk 4 volgt, na een korte beschrijving van de verantwoordelijkheden en verplichtingen van betrokkenen, een beoordeling van hun handelen. In dit hoofdstuk wordt tevens een oordeel gegeven over de maatregelen die het MST heeft genomen naar aanleiding van het rapport van commissie I. Daarmee wordt een antwoord gegeven op onderzoeksvragen d en e.

In hoofdstuk 5 wordt ter beantwoording van de vragen f en g in beeld gebracht wat de stand van zaken is met betrekking tot de opsporing van nog niet eerder als zodanig herkende gedupeerde patiënten en de afhandeling van claims.

⁶ Zie hiervoor het rapport van de commissie-Hoekstra, 'Angel en Antenne', Den Haag, mei 2010

Tenslotte volgen in hoofdstuk 6 de aanbevelingen van commissie II. Daarmee wordt de laatste vraag beantwoord.

3. Reconstructie van feiten

3.1 Inleiding

De commissie acht het van belang de weergave van de feiten, zoals zij deze heeft kunnen reconstrueren, te plaatsen in de bestuurlijk-organisatorische context. Daartoe zijn de feiten ingedeeld in periodes. Deze indeling is zowel gebaseerd op momenten waarop wisselingen hebben plaatsgevonden in de Raad van Bestuur, als op momenten waarop externe ontwikkelingen of gebeurtenissen in het bijzonder aanleiding waren of hadden moeten zijn tot handelen van (bepaalde) betrokkenen.

De reconstructie van feiten begint met een weergave van de bestuurlijk-organisatorische situatie in het MST ten tijde van het vertrek van Jansen, gevolgd door een overzicht van de samenstelling van de RvB in de gehele periode waarop het onderzoek van de commissie betrekking heeft.

3.2 Bestuurlijk-organisatorische context per december 2003

De bestuurlijk-organisatorische situatie in het MST per december 2003 is, voor zover relevant, als volgt:

RvB en onderliggende bestuurslaag

De heer dr. H.G. Bijker, sinds 1 januari 1997 voorzitter van de RvB, neemt in december 2003 afscheid. Hij wordt opgevolgd door de heer drs. R. Ramaker, die in oktober 2003 in het MST is begonnen. Samen met de heer drs. T.R. Zijlstra, die op 1 februari 2001 is aangetreden als bestuurslid, vormt deze de Raad van Bestuur van het MST.

De bestuurders zijn gezamenlijk verantwoordelijk en aansprakelijk voor het reilen en zeilen van het MST. Desalniettemin hebben zij ieder hun aandachtsgebieden, die overigens niet expliciet zijn vastgelegd. Zijlstra is het eerste aanspreekpunt voor de patiëntenzorg, inclusief kwaliteit en veiligheid.

De RvB vergadert (twee)wekelijks. Op de agenda staan vooral op dat moment actuele zaken, zoals financiën, bouw en de locatie Oldenzaal. Kwaliteit van zorg is geen vast agendapunt en komt alleen aan de orde indien daar een concrete aanleiding voor is.

De RvB wordt ondersteund door een secretaris, die tevens is belast met bedrijfsjuridische aangelegenheden.

De organisatie is ingedeeld in clusters, die worden aangestuurd door een clustermanager. De clustermanagers geven bestuurlijk leiding aan de tot hun cluster behorende afdelingshoofden en medewerkers. De medisch specialisten hebben een eigen verantwoordelijkheid voor de (kwaliteit van) zorg aan de individuele patiënt en het medisch stafbestuur heeft een verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg en de borging daarvan op systeemniveau. De besluitvorming over medisch-inhoudelijke aangelegenheden die de kwaliteit van zorg

betreffen, is uit dien hoofde voorbehouden aan de Medische Staf en namens deze aan het Medisch Stafbestuur (MSB). De medisch specialisten participeren niet in het management van de ziekenhuisorganisatie. De clustermanagers vallen hiërarchisch onder de RvB. Het aanspreekpunt voor de clustermanager Neurologie binnen de RvB is Zijlstra.

Er is periodiek overleg tussen de RvB en het MSB over bestuurlijk-organisatorische aangelegenheden en overige zaken die de medisch specialisten betreffen. Vakgroepen en maatschappen⁷ hebben een medisch coördinator (een lid van de betreffende vakgroep of maatschap) die de vakgroep of maatschap vertegenwoordigt en haar belangen behartigt.

Behandeling klachten en claims

Het MST heeft sinds 1990 een klachtencommissie, die aanvankelijk steeds werd voorgezeten door een voorheen aan het ziekenhuis verbonden medisch specialist. Sinds 1 januari 2003 heeft de klachtencommissie op voordracht van het toenmalige PatiëntenConsumentenPlatform een voorzitter die nimmer voor of namens het MST werkzaam is geweest. De klachtencommissie werkt onafhankelijk en behandelt individuele klachten van patiënten over de behandeling in brede zin door het MST. Zij brengt rapport uit aan zowel de klager als aan de RvB en adviseert de RvB over eventueel te nemen maatregelen naar aanleiding van de klacht. Er vindt niet structureel overleg plaats tussen de klachtencommissie en de RvB.

De klachtencommissie wordt ondersteund door een ambtelijk secretaris en een secretaresse. Beiden zijn in dienst van het MST en vallen hiërarchisch gezien onder de RvB, en ontvangen dagelijkse leiding van de manager Concernstaf.

Naast de klachtencommissie zijn in het MST op dat moment drie klachtenfunctionarissen werkzaam. Ook zij zijn in dienst van het ziekenhuis; zij vallen hiërarchisch gezien onder de Stafdienst Zorg. Zij nemen klachten in ontvangst en proberen te bemiddelen tussen de klager en de beklagde(n). Als de bemiddelingspoging niet lukt, ondersteunen zij de klager in het verdere klachttraject. Er is regelmatig overleg tussen de klachtencommissie en de klachtenfunctionarissen.

De ambtelijk secretaris van de klachtencommissie is tevens ‘inzage- en claimbehandelaar’, dat wil zeggen de functionaris die belast is met het inwilligen van verzoeken om inzage in medische dossiers en het doorgeleiden van schadeclaims naar de aansprakelijkheidsverzekeraar van het MST. De behandeling van claims geschiedt door de aansprakelijkheidsverzekeraar.

Overzicht samenstelling Raad van Bestuur

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Bijker, vz	X							
Zijlstra	X	APR ⁸ ←						
Ramaker, vz	OKT→	X	APR ⁹ ←					
Overkamp, vz a.i.			APR →	MRT←				

⁷ De aanduiding vakgroep heeft betrekking op een collectief van medisch specialisten behorend tot dezelfde medische discipline die in dienstverband werkzaam zijn. De term maatschap heeft betrekking op een zodanig collectief van vrij gevestigde medisch specialisten.

⁸ Feitelijke beëindiging dienstbetrekking

⁹ idem

Keim, a.i.			JUN→	OKT←				
Kingma, vz				FEB→	X	X	X	X
Vos				JUN→	X	SEP←		
Lensink					X	X	X	X
Hilbers							X	X

Legenda:

X : gedurende het gehele betreffende jaar werkzaam als bestuurder in MST

→ : vanaf genoemde maand in het betreffende jaar werkzaam als bestuurder in MST

← : tot en met genoemde maand werkzaam als bestuurder in MST

3.3 Periode 1: medio december 2003 tot september 2005

Jansen gaat op 10 december 2003 na een gesprek met de clustermanager en de personeelsfunctionaris in opdracht van de RvB met (gedwongen) ziekteverlof, nadat aan het licht gekomen is dat hij recepten heeft vervalst ten behoeve van eigen gebruik. Eerder dat jaar, in mei, had de clustermanager hem al een waarschuwing gegeven, nadat gebleken was dat hij medicijnen voor eigen gebruik had onttrokken van de afdeling neurologie.

Van de problemen rond de receptvervalsing zijn in december 2003 de volgende personen op de hoogte: de drie leden van de Raad van Bestuur, de clustermanager, de personeelsfunctionaris voor medisch specialisten, medewerkers van de klinische afdeling Neurologie (A5), de overige leden van de vakgroep Neurologie en het Medisch Stafbestuur (MSB). Daarnaast is de centrumapotheker op de hoogte; hij heeft de kwestie bij de IGZ gemeld¹⁰.

In de eerste twee weken van de waarneming van de praktijk van Jansen valt het de neurologen op dat er – behalve gebrekkige dossiervorming – sprake is van meerdere moeilijk te verklaren misdiagnoses en verkeerde (medicamenteuze) behandelingen. Zij melden dit in een spoedoverleg op 23 december 2003 aan de voorzitter van de Raad van Bestuur, Ramaker. Deze geeft de neurologen de volgende instructies: de praktijk van Jansen volledig waarnemen, notities bijhouden over misdiagnoses en andere onregelmatigheden, maar voorlopig geen verdere actie hiermee en geen informatie ‘naar buiten’ verstrekken.

De RvB beraadt zich intussen op het verdere traject met Jansen, die graag weer aan het werk wil. De inzet van de RvB is dan nog gericht op werkhervatting door Jansen, zij het onder de voorwaarde dat Jansen zich onder behandeling van een psychiater stelt en dat deze schriftelijk verklaart dat werkhervatting door Jansen verantwoord is. Een verklaring van deze strekking wordt in de loop van februari 2004 afgegeven aan de RvB.

Hierop stuurt de vakgroep op 26 februari 2004 een brief aan de RvB, waarin zij expliciet melding maakt van ‘incidenten op het gebied van de patiëntenzorg, die (aan de Inspectie) gemeld moeten worden’ en waarin zij aangeeft geen vertrouwen te hebben in verdere samenwerking met Jansen.

Naar aanleiding van deze brief biedt Zijlstra namens de RvB Jansen op 1 maart 2004 de volgende keuze aan: Jansen gaat ofwel met ziekteverlof totdat hij gebruik kan maken van de

¹⁰ Zie rapport van de commissie Hoekstra, ‘Angel en Antenne’, Den Haag mei 2010, blz. 41 e.v.

OBU-regeling, of hij keert terug, maar dan vindt onafhankelijk onderzoek plaats naar zijn geschiktheid en wordt tevens aangifte gedaan van de receptvervalsing.

In de weken daarna beraadt Jansen zich op de keuze waarvoor hij gesteld is. Intussen wordt een vertrekregeling voorbereid door de secretaris van de RvB in overleg met de personeelsfunctionaris.

Op 10 maart 2004 neemt de regionaal inspecteur naar aanleiding van geruchten over Jansen telefonisch contact op met Ramaker¹¹. Hij vraagt wat er aan de hand is en waarom de RvB de situatie rond de neuroloog niet eerder heeft gemeld. Ramaker antwoordt dat er sprake was van ‘gerommel met medicijnen’, dat er geen sprake was van opiatenmisbruik en dat het MST melding niet nodig achtte omdat er “geen sprake was van onverantwoorde zorg”. De inspecteur bevestigt het gesprek schriftelijk en geeft aan kennis te hebben genomen van de voorgestelde vertrekregeling. Hij wil geïnformeerd worden als Jansen het voorstel heeft geaccepteerd en hij geeft aan dat de IGZ volledig geïnformeerd wil worden over de huidige problemen die aanleiding vormen tot dit voorstel.

Tijdens een bestuurlijk overleg op 22 maart 2004 tussen de RvB van het MST en zorgverzekeraar Amicon¹², waarbij namens het MST de twee leden van de RvB, de secretaris van de RvB en de voorzitter van het MSB aanwezig zijn, informeert Amicon naar Jansen omdat zij hierover door de media is benaderd. Medegedeeld wordt dat Jansen niet meer in het MST werkzaam is. Verdere uitlatingen wil het MST hier niet over doen. Amicon geeft aan een onderzoek te zijn gestart naar het voorschrijven van dure geneesmiddelen, o.a. door Jansen. Het MST deelt mede dat de collegae van Jansen eventuele vragen graag zullen beantwoorden.

Op 22 maart, 5 april en 19 april 2004 voert Amicon het genoemde onderzoek uit.

Tijdens het jaarlijkse reguliere overleg tussen het MST en de IGZ op 23 maart 2004 meldt Zijlstra namens de RvB dat collega-neurologen het werk van Jansen hebben overgenomen en dat daarbij is gebleken dat Jansen bij een aantal patiënten ten onrechte de diagnose MS had gesteld. Dit had, aldus Zijlstra, drie klachten tot gevolg, waaronder één claim. De inspecteur gaat akkoord met de voorgestelde strategie, maar geeft tevens aan op de hoogte gesteld te willen worden van het verloop van de klachtenprocedures.

Op 29 maart 2004 laat Jansen weten in beginsel akkoord te gaan met de voorgestelde vertrekregeling, mits finale kwijting¹³ plaatsvindt. De RvB gaat hier niet mee akkoord; hij wil dat Jansen meewerkt aan de afhandeling van klachten en claims. Wat betreft de communicatie rond zijn vertrek, zegt de RvB toe hierover geen uitlatingen te zullen doen. In het Spectrum Bulletin zal een bericht worden opgenomen, dat Jansen op eigen verzoek vervroegd met pensioen zal gaan.

Aan de leden van de vakgroep wordt meegedeeld dat het dienstverband van Jansen per 1 mei 2004 wordt beëindigd. Vanaf dat moment kunnen zij aan patiënten van Jansen meedelen dat Jansen niet meer terugkeert in het MST.

¹¹ Commissie-Hoekstra, a.w., blz. 48

¹² Eén van de rechtsvoorgangers van zorgverzekeraar Menzis

¹³ Finale kwijting houdt in dat werkgever en werknemer verklaren niets meer van elkaar te vorderen te hebben.

Intussen rommelt het binnen MST op bestuurlijk vlak: Zijlstra krijgt na terugkeer van een vakantie op 5 april 2004 van Ramaker te horen dat het MSB zich tegen hem heeft gekeerd vanwege problemen rond de ICT-ontwikkeling in het ziekenhuis. Zijn positie als lid van de RvB wordt hierdoor onhoudbaar. Formeel neemt Zijlstra afscheid op 15 juli 2004, maar feitelijk is 5 april zijn laatste werkdag in het MST.

De Inspectie geeft in een brief op 7 april 2004 aan Ramaker aan nog steeds geen bericht te hebben ontvangen over de door Jansen te accorderen vertrekregeling. De inspecteur beklaagt zich over het late informeren van de Inspectie en over het ontbreken van afschriften van documenten die relevant zijn in het licht van het disfunctioneren van Jansen. De secretaris van de RvB reageert de volgende dag telefonisch, waarbij hij aangeeft dat er nog geen akkoord is met Jansen.

Op 19 april 2004 meldt zorgverzekeraar Amicon aan de IGZ dat zij een zogenoemde materiële controle heeft uitgevoerd op een aantal patiëntendossiers van Jansen en dat daaruit is gebleken dat sprake was van onjuist declaratiegedrag (hetgeen volgens Amicon al eerder was voorgekomen) en dat Jansen bovendien over meerdere jaren geen dossiers had bijgehouden. Hoewel het slechts een gering aantal dossiers betrof, bleek dit voor deze gehele selectie van dossiers te gelden. “Dit doet vermoeden”, aldus Amicon, “dat hier sprake is van een structureel probleem van kwalitatieve aard dat ook tot problemen kan leiden in de continuïteit van zorg; vandaar deze melding aan de Inspectie”. Amicon geeft aan de bevindingen van dit onderzoek uiteraard ook besproken te hebben met de RvB van het MST.

Op hetzelfde moment wordt ook duidelijk dat Jansen de vertrekregeling (nog) niet accepteert. Hij heeft moeite met de voorwaarde dat hij tot 1 oktober 2005 niet meer zou mogen werken. Hij vraagt om hier van af te zien, waarbij hij aanmerkt dat hij niet in de regio Twente aan het werk zal gaan en dat zijn werkzaamheden uiteraard niet onder de verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van het MST zullen vallen. Ramaker gaat hier niet mee akkoord: “Als Jansen ons voorstel niet kan accepteren, dan gaan we naar de tuchtrechter”, aldus valt te lezen in de notulen van de RvB-vergadering van 19 april 2004. Ramaker kondigt daarin tevens aan de regionaal inspecteur te zullen bellen om hem deze insteek mee te delen.

Op 20 april 2004 stuurt de secretaris van de RvB een faxbericht aan de IGZ, met daarbij een kopie van een op 1 april 2004 door Ramaker ondertekende brief aan de raadsvrouw van Jansen. Punt 7 daarvan bevat de volgende afspraak: “Tot 1 oktober 2005 zal cliënt zijn professie als neuroloog niet uitoefenen.” Daarnaast is nadere achtergrondinformatie over Jansen ingesloten, waaruit blijkt dat reeds vanaf mei 2003 bekend is dat hij medicijnen heeft ontvreemd. Deze informatie is voor de IGZ aanleiding om een eigen traject met Jansen in te zetten¹⁴.

In het overleg tussen de RvB en het MSB van 28 april 2004 deelt Ramaker mee dat Jansen akkoord is gegaan met de voorwaarden die de RvB heeft gesteld in de beëindigings-overeenkomst.

Op 1 mei 2004 stapt MST over naar een andere aansprakelijkheidsverzekeraar, Medirisk.

Op 14 juni 2004 sluit de RvB een vaststellingsovereenkomst met Jansen, waarin de volgende afspraken staan:

¹⁴ Zie uitgebreid hierover het rapport van de commissie-Hoekstra, ‘Angel en Antenne’, Den Haag mei 2010

- Jansen zal per 1 mei 2004 zijn vrijgesteld van werkzaamheden als neuroloog in het MST en met ingang van 1 oktober 2005 gebruik maken van de OBU-regeling;
- Het MST betaalt tot die tijd salaris en emolumenten door;
- Jansen zal tot 1 oktober 2005 zijn professie als neuroloog niet uitoefenen (inclusief het voorschrijven van medicijnen). De sanctie op niet nakoming van deze afspraak bedraagt 10.000 euro per overtreding, door Jansen aan het MST te voldoen;
- Binnen het MST zal het vertrek van Jansen gecommuniceerd worden als een vertrek wegens vervroegde pensionering. Tegenover de pers zal uitdrukkelijk geen mededeling door Jansen of door het MST worden gedaan;
- Jansen zal naar beste vermogen het MST ondersteunen en meewerken aan de afhandeling van klachten en claims.

In de maanden die inmiddels zijn verstreken sinds het feitelijke vertrek van Jansen hebben de overige leden van de vakgroep patiënten van Jansen overgenomen en waar nodig diagnoses gecorrigeerd, behandelingen bijgesteld en alle patiëntendossiers bijgewerkt. De gesprekken hierover met patiënten verlopen vaak moeizaam; veel patiënten geven aan moeite te hebben met de gemaakte fouten en meerdere patiënten twijfelen aan de ‘nieuwe’ diagnose. Incidenteel bieden de neurologen patiënten een second opinion (elders) aan en desgevraagd informeren zij patiënten over de mogelijkheid om een klacht in te dienen. Patiënten worden daarin niet verder begeleid¹⁵.

Na een half jaar zijn, naar de inschatting van de leden van de vakgroep, alle ‘lopende’ patiënten van Jansen door één van de andere neurologen ter controle en/of behandeling gezien.

Eén van de neurologen heeft conform de afspraak met de RvB aanvankelijk overzicht bijgehouden van misdiagnoses en andere onregelmatigheden. Dit overzicht vermeldt 35 patiënten, bij wie sprake is van onjuist gestelde diagnose, zinloze behandeling, (ingrijpend) onderzoek zonder indicatie, onjuiste registratie van verrichtingen, en/of het ontbreken van documentatie. Hij stelt deze lijst niet ter beschikking aan de RvB; de RvB vraagt er niet meer naar.

Voor de neurologen is ‘de zaak Jansen’ hiermee afgesloten: Jansen komt definitief niet terug en de praktijk is gesaneerd. De afhandeling van klachten en claims is de primaire verantwoordelijkheid van de RvB, aldus de vakgroep. Wel verklaren zij zich bereid op aanvraag/verzoek informatie te verstrekken die voor de afhandeling noodzakelijk is.

Tijdens de vergadering van de vakgroep van 22 juni 2004 meldt de medisch coördinator dat hij is aangesproken door ‘een gepikeerde secretaris van de RvB’, die vertelde dat inmiddels allerlei geruchten de ronde doen, onder andere over financiële claims van patiënten maar ook van Jansen zelf. Ook zijn er geruchten over uitingen die de neurologen zich zouden laten ontvallen naar patiënten over de psyche van Jansen. Tenslotte is er een gerucht dat de neurologen ‘wederrechtelijk’ de brief die de vakgroep aan de RvB heeft gestuurd over de onwenselijkheid van de terugkeer van Jansen¹⁶, naar de regionale inspectie zou hebben gestuurd c.q. gelekt. De aanwezige neurologen ontkennen iets van doen te hebben met deze geruchtenstroom.

¹⁵ Ontleend aan het verslag van het gesprek met een lid van de vakgroep Neurologie

¹⁶ Brief van 26 februari 2004

Verder heeft de secretaris van de RvB de verwachting uitgesproken dat ‘de storm volgende week goed los zal barsten’, inclusief een bezoek van de advocaat van de aansprakelijkheids-verzekeraar aan het MST en berichten die klaarliggen bij de landelijke pers. De rol van de vakgroep in dit alles is gelukkig nihil, zo merkt de vakgroep op. Eén van de vakgroepleden vestigt aandacht op het feit dat juist dankzij de loyaliteit van de vakgroep de schade nog beperkt is gebleven.

De vakgroep besluit voorts dat vaart zal worden gezet achter een georganiseerde ontruiming van de voormalige kamer van Jansen. Een ongesuperviseerde aanwezigheid van Jansen in het gebouw achten de neurologen ongewenst en zij zullen maatregelen treffen om Jansen te begeleiden tijdens de verwijdering van persoonlijke eigendommen uit zijn kamer.

De kamer van Jansen wordt vervolgens ontruimd onder supervisie van de clustermanager. Er wordt veel verlopen medicatie¹⁷ aangetroffen, waaronder botulinetoxine ter waarde van 40.000 euro.

In het interne bulletin (Spectrum Bulletin) van 24 juni 2004 wordt gemeld dat Jansen per 1 juli 2004 met vervroegd pensioen gaat.

Op 9 juli 2004 schrijft de IGZ een brief aan de RvB dat zij op 25 juni van dat jaar de ondertekende vaststellingsovereenkomst heeft ontvangen en dat zij goede nota neemt van de bepalingen die daarin zijn vastgelegd, waaronder het niet als neuroloog werkzaam zijn tot 1 oktober 2005. Voorts meldt de IGZ dat zij een eigen traject met Jansen heeft ingezet. Tenslotte vraagt zij de RvB om informatie over de uitkomst van twee in behandeling zijnde klachten. Een reactie hierop blijft uit.

Op 21 juli 2004 biedt de klachtencommissie haar rapport inzake een op 4 maart 2004 ontvangen klacht over Jansen aan Ramaker aan. Het verwijt aan Jansen luidt dat hij op basis van onvoldoende onderzoek de diagnose MS heeft gesteld met daarop gerichte medicamenteuze behandeling en dat geen heroverweging van de diagnose heeft plaatsgevonden toen geen verbetering optrad. De communicatie hierover met Jansen verliep bovendien moeizaam. De klachtencommissie oordeelt dat de klachten gegrond zijn: de neuroloog die de behandeling overnam beschikte over dezelfde gegevens als Jansen, liet een totale MRI van de nek maken en stelde vervolgens snel de juiste diagnose, namelijk een nekhernia. De commissie geeft geen aanbevelingen. De secretaris van de RvB geeft op 29 juli 2004 aan dat een reactie van de RvB op het rapport later volgt in verband met afwezigheid van betrokkenen. In september 2004 bericht hij de patiënt dat de RvB het oordeel van de klachtencommissie onderschrijft.

Op 3 augustus 2004 stuurt de klachtencommissie een volgend rapport aan de RvB inzake de klacht van een patiënt dat Jansen ten onrechte de diagnose MS heeft gesteld, daarop gerichte behandeling heeft ingezet en op slordige wijze een lumbaalpunctie heeft uitgevoerd. De klachtencommissie acht de klachten gegrond en beveelt aan schriftelijke informatie te doen opstellen over de lumbaalpunctie voor patiënten die deze ingreep poliklinisch zullen ondergaan. Op 26 augustus 2004 volgt een brief van de concernstaf, taakgroep relatiebeleid, aan de secretaris van de RvB met de mededeling dat ‘de concernstaf in een eerder advies heeft aangegeven dat er nog een paar klachten over Jansen in de pijplijn zitten. Dit is er één, ook nog gegrond. Vooral onvoldoende informeren was de grondslag. Daar ligt dus het

¹⁷ Medicatie waarvan de houdbaarheidsdatum is overschreden

aangrijpingspunt voor de noodzakelijke excuses van de RvB.’ Op dezelfde dag stuurt de secretaris van de RvB een brief met excuses van deze strekking aan de klager.

Ten behoeve van de vergadering van de RvC van 23 augustus 2004 informeert de RvB de RvC schriftelijk dat de RvB afscheid heeft genomen van Jansen na een intern afstemmingstraject met de medische staf en externe coördinatie met de IGZ. Desgevraagd licht de RvB in de vergadering toe dat Jansen verslaafd bleek te zijn aan medicijnen die hij zich op dubieuze wijze verschaft en dat hij een eerdere ernstige waarschuwing in de wind had geslagen. Er wordt geen melding gemaakt van verkeerde diagnoses of anderszins van onverantwoorde zorg. Evenmin wordt gesproken over schadeclaims en klachten. De RvC kan zich vinden in de door de RvB gekozen afhandeling van de affaire Jansen, die hij als een ongelukkig incident beschouwt.

Op 29 september 2004 vindt wederom overleg plaats met de Inspectie, onder andere over Jansen. De Inspectie vraagt naar het aantal klachten. Ook nu blijft een reactie uit.

Op 8 oktober 2004 biedt de klachtencommissie aan de RvB haar rapport aan terzake een op 2 februari 2004 ontvangen klacht over Jansen. De klager verwijt hem dat hij ten onrechte de diagnose Alzheimer heeft gesteld, behandeling met Exelon heeft voorgeschreven en op ondeskundige wijze een lumbaalpunctie heeft uitgevoerd. De klachtencommissie acht de klacht op alle onderdelen gegrond en overweegt voorts dat het haar bekend is dat de RvB reeds stappen heeft ondernomen die herhaling van de in het rapport beschreven gebeurtenissen onmogelijk maken en dat daarom een advies van de commissie niet in de rede ligt.

Op 11 oktober 2004 bericht Amicon de RvB van het MST per brief over de bevindingen van haar in maart en april 2004 uitgevoerde onderzoek. Zij geeft aan dat vier patiëntendossiers van Jansen zijn gecontroleerd. Over de periode 1997 t/m 2003 is er niets vastgelegd. Jansen heeft geen aantekeningen gemaakt over spreekuren, de behandelingen en eventueel toegediende medicamenten. Vanaf 2004 zijn de behandelingen overgenomen door een andere neuroloog, die de dossiers weer heeft bijgehouden. De medische indicaties zijn bij alle vier de patiënten accoord. Wel blijkt uit de dossiers dat er sprake is van de U-bocht constructie¹⁸. De recepten aan de apotheek waren in het dossier aanwezig. Uiteindelijk blijkt dat er een bedrag van 14.409,54 euro ten onrechte is gedeclareerd. Amicon deelt mede dat zij dit bedrag bij de volgende afrekening zal verrekenen.

Op 30 november 2004 schrijft de secretaris van de RvB aan de betreffende patiënt dat de RvB de rapportage en conclusies van de klachtencommissie onderschrijft en dat hij namens de RvB zijn oprechte excuses aanbiedt. Ook geeft hij aan dat de RvB reeds stappen heeft ondernomen die herhaling onmogelijk maken. Tenslotte besluit hij de brief als volgt: “Wij kunnen de uitgevoerde handelingen in het verleden niet terug draaien. Wel kunnen we leren van onze fouten en zorgen dat uw behandeling, voor zover nodig, perfect verloopt. Ik vertrouw erop dat dit laatste gebeurt. Gelet op het ingrijpende karakter van uw klacht bied ik u aan op uw verzoek een nadere toelichting te geven. U kunt daartoe contact opnemen met het secretariaat.”

Op 25 oktober 2004 volgt wederom een rapport van de klachtencommissie. De klacht betreft het verwijt van de patiënt dat Jansen onterecht botox in de voeten heeft ingespoten en voorts

¹⁸ Van een U-bocht constructie wordt gesproken indien ziekenhuisspecialisten hun patiënten bij de openbare apotheek op recept dure geneesmiddelen laten halen, die vervolgens in het ziekenhuis worden toegediend.

dat hij geen medewerking heeft verleend aan beoordeling door een andere arts en niet is opgetreden als coördinator van zorg. Ten aanzien van het eerste klachtonderdeel oordeelt de klachtencommissie dat zij niet kan beoordelen of er verband is tussen botox en verlamningsverschijnselen. Het tweede klachtonderdeel acht zij ongegrond, het derde gegrond. Er volgen geen aanbevelingen.

Bestuurlijke ontwikkelingen

Na het plotselinge vertrek van Zijlstra, op 5 april 2004, blijft Ramaker als enige bestuurder over. Ramaker wil een organisatieverandering doorvoeren, waarin medisch specialisten de eigen maatschap/vakgroep gaan leiden en daarvoor ook de verantwoordelijkheid dragen. In voorbereiding op deze voorgenomen organisatieverandering laat hij het gehele secretariaat vervangen en voert hij veel verschuivingen door in de bestuurslaag onder de RvB. De clustermanager Neurologie, die deze functie al jaren had vervuld, wordt per 1 januari 2005 ontslagen. De secretaris van de RvB wordt per diezelfde datum manager van de concernstaf. Hij wordt vervangen door een nieuwe secretaris, maar blijft wel de bedrijfsjuridische aangelegenheden doen, waaronder de afhandeling van de zaak Jansen.

Het MSB geeft een negatief advies over het voorstel van Ramaker voor een nieuwe organisatiestructuur, waarin medisch specialisten participeren in het management van de ziekenhuisorganisatie. Ramaker besluit toch door te zetten en het advies van het stafbestuur naast zich neer te leggen. Hierop wendt de vakgroep chirurgie zich, buiten medeweten van het MSB, tot de RvC om haar ongenoegen kenbaar te maken. De RvC besluit in samenspraak met het MSB om een interim-bestuurder aan te trekken. Op 5 april 2005 wordt drs. E.J. Overkamp voor zes dagdelen per week toegevoegd aan de RvB. Op 25 april 2005 stelt de RvC Ramaker op non actief.

De opdracht aan en focus van interim-bestuurder Overkamp ligt vooral op financiën en bouw en op problemen in de verhoudingen tussen de medische staf en de RvB. Daarnaast moet hij een voorstel doen voor de samenstelling van de RvB, bij voorkeur voor 1 augustus 2005. Dit alles blijkt niet haalbaar; de organisatie is financieel niet 'in control' en er is veel achterstallig onderhoud op bestuurlijk vlak. Hierop wordt per juni 2005 een tweede ad interim bestuurder aangetrokken, drs. B.D. Keim, voor vier dagen per week.

De aandacht van de interim-bestuurders gaat aanvankelijk vooral uit naar het aanpakken van bouwzaken en financiën en vervolgens naar de reorganisatie. In deze bestuurlijke periode wordt het MSB nadrukkelijk betrokken bij de voorbereidingen van noodzakelijk geachte organisatie- en cultuurveranderingen.

Op 18 augustus 2005 neemt de RvC het besluit dat er een driehoofdige RvB moet komen. In september vinden gesprekken plaats met de beoogde nieuwe voorzitter RvB, prof. dr. J.H. Kingma.

Op 5 september 2005 ontvangt Overkamp het rapport van de klachtencommissie inzake een klacht die op 13 april 2005 is ingediend. De klagende partij verwijt Jansen dat hij op basis van onvoldoende onderzoek onterecht de diagnose ziekte van Alzheimer heeft gesteld; deze diagnose op indringende, brute wijze heeft medegedeeld; een onjuiste indicatiestelling heeft afgegeven aangaande Rivastigmine¹⁹ en dit middel niet in overeenstemming met het geldende protocol heeft toegediend en onvolledig dossier heeft bijgehouden. Klager verwijt Jansen's

¹⁹ = Exelon

werkgever onrechtmatig handelen door onvoldoende controle op de naleving van richtlijnen en standaarden. De klachtencommissie acht alle klachtonderdelen gegrond, op de laatste na. Er volgen geen aanbevelingen.

Op 28 september 2005 schrijft Keim een brief aan de belangenbehartiger van deze patiënt, waarin hij excuses aanbiedt.

In de vergadering van de RvB van 16 september 2005 informeert de (nieuwe) secretaris van de RvB de interim-bestuurders over de kwestie Jansen. Zij geeft aan dat het MST met ingang van 1 oktober 2005 geen overeenkomst meer met Jansen heeft, maar dat er nog wel wat klachten en claims²⁰ tegen hem lopen. Verder merkt zij op dat is afgesproken dat mocht de IGZ van mening zijn dat Jansen zijn werkzaamheden kan hervatten het MST dit besluit zal respecteren, maar dat een eventuele werkhervatting niet binnen het MST kan geschieden.

3.4 Periode 2: najaar 2005 tot januari 2006

Letselschadespecialist Y. Drost heeft tussen mei 2004 en de zomer van 2005 zes zaken over Jansen in behandeling gekregen, die hem een ‘niet pluis gevoel’ geven. Hij wil hierover in gesprek met de RvB van het MST. Tussen 15 september en 8 oktober 2005 heeft hij een gesprek met de bedrijfsjurist en voormalig secretaris van de RvB. Drost probeert duidelijk te maken dat het MST hier iets mee moet, maar vindt geen gehoor bij de bedrijfsjurist. Dit is voor Drost reden via de pers de zaak onder de aandacht te brengen.

Op zaterdag 24 september 2005 opent Dagblad Tubantia op de voorpagina met de volgende kop: “Claims na foute diagnoses bij MST”. In het artikel stelt de krant dat neuroloog Jansen meerdere patiënten ten onrechte zou hebben verteld dat zij leden aan de ziekte van Parkinson of multiple sclerose (MS) en dat zij daarna via deze arts lange tijd zware medicatie hebben gekregen, met ernstige bijwerkingen en gezondheidsklachten tot gevolg. Ook zou de neuroloog tegen een patiënt ten onrechte hebben gezegd, dat deze op jonge leeftijd Alzheimer zou krijgen. Deze patiënt besloot daarop van het leven te gaan genieten, zolang het nog kon. Hij zou nagenoeg zijn hele kapitaal hebben opgemaakt. Jansen zegt in de loop van 2004 met de VUT te zijn gegaan. Hij ontkent fouten te hebben gemaakt en reageert laconiek. Hij bevestigt wel dat er “wat gesteggel is over enkele diagnoses. Maar er speelt niets waarover ik me ongerust moet maken. Het is geen zaak om over te praten, van verkeerde diagnoses is zeker geen sprake.” Het ziekenhuis erkent echter dat er een aantal ernstige klachten is ingediend tegen de arts. Interim voorzitter RvB Overkamp zegt dat het MST om die reden de klachten ook bij de IGZ heeft gemeld. “Dat doen we bij serieuze zaken altijd. Dit was ernstig genoeg om dat te doen.” Ook bevestigt Overkamp dat er drie klachten zijn, waarover een onafhankelijke klachtencommissie een oordeel heeft gegeven. Die zouden gegrond zijn verklaard. Maar Overkamp doet daarover geen enkele uitspraak. Ook de Inspectie zwijgt, aldus het artikel.

De voorzitter van de RvC belt op maandag 26 september 2005 met Overkamp om te vragen wat er aan de hand is. Dit is (mede) aanleiding voor de RvB om de bedrijfsjurist te vragen in kaart te brengen wat over Jansen bekend is. Op dezelfde dag schrijft de bedrijfsjurist een memo aan de RvB met een (kort) overzicht van wetenswaardigheden over Jansen: hij somt de

²⁰ Bij de reconstructie achteraf is de commissie gebleken dat er op dat moment 7 klachten en 8 claims waren ingediend. Vier van de patiënten die een claim hadden ingediend, hadden tevoren tevens een klacht ingediend

achtereenvolgende gebeurtenissen op die tot diens vertrek hebben geleid en meldt voorts dat de pers reeds sinds medio 2004 belangstelling voor Jansen heeft en beschikt over harde informatie inzake een aantal klachten/claims. Bij het memo is het klachten- en claimoverzicht gevoegd. Volgens deze opgave zijn er in 2004 drie klachten ingediend, over verschillende schadejaren (1998, 2001 en 2003). In 2005 volgt nog een klacht, over het jaar 2002 en zojuist is nog een klacht telefonisch ingediend. Er lopen vijf claims, eveneens over verschillende schadejaren. Van die vijf claims waren er vier voorheen klacht. “Dus geen cumulatie”, aldus de bedrijfsjurist²¹.

De voorzitter van de RvC heeft de woensdag daarop een gesprek met Overkamp, waarin het betreffende memo wordt besproken. De RvC ziet op dat moment geen rol voor zichzelf. Hij geeft aan wel graag op de hoogte gehouden te worden van verdere ontwikkelingen.

In de vergadering van de RvB van 3 oktober 2005 wordt gesproken over het overzicht van de klachtencommissie tot september 2005; het bevat een overzicht van klachtaspecten per vakgroep/maatschap. Voor wat betreft de gegevens van de afdeling neurologie wil de RvB weten hoeveel klachten betrekking hebben op Jansen. Afgesproken wordt dit punt toe te voegen aan de agenda ten behoeve van het najaarsgesprek met de afdeling²².

In het overleg tussen RvB en MSB op 5 oktober 2005 wordt medegedeeld dat een persbericht in voorbereiding is als reactie op een persconferentie die Drost op 7 oktober 2005 zal geven. In het persbericht zal worden aangegeven dat het gaat om een ex-neuroloog met vervroegd pensioen en dat het MST verantwoordelijkheid heeft ten aanzien van claims. De regionaal inspecteur zal verklaren dat de IGZ door het MST is geïnformeerd en geen actie onderneemt.

Op 8 oktober 2005 wordt wederom aandacht besteed aan de zaak Jansen in TC Tubantia, onder de titel: “Hoe fout was de dokter?” Volgens dit artikel heeft Drost tijdens zijn persconferentie verklaard dat hij intussen 10 harde zaken heeft en nog eens tien in onderzoek. Zeker vijf daarvan zijn door de klachtencommissie van het ziekenhuis gegrond verklaard en in enkele zaken is door het MST aansprakelijkheid erkend. Drost vindt echter dat het ziekenhuis en ook de Inspectie nalatig zijn geweest in de bescherming van patiënten; hij beschikt over aanwijzingen dat het MST en de inspectie begin 2000 al nadrukkelijk afwisten van foutief medisch handelen door Jansen. Feit is volgens hem dat noch het ziekenhuis noch de inspectie de arts een halt hebben toegeroepen. Hij heeft het gevoel dat hij met zijn aangifte nu het vuile werk voor hen opknapt.

De volgende dag laat de RvB door middel van een persverklaring weten dat hij kennis heeft genomen van de uitspraken van de heer Drost, maar dat het ziekenhuis uit zorgvuldigheidsoverwegingen geen mededelingen doet over individuele (ex-)medewerkers. Het wil daarom geen uitspraken doen over de reden waarom de betreffende neuroloog voortijdig met pensioen is gegaan. De RvB voegt hieraan toe dat het aantal klachten, zoals Drost deze een dag eerder heeft gepresenteerd, het ziekenhuis niet bekend was ten tijde van de pensionering van de betreffende neuroloog. Dit laat onverlet, aldus de RvB, dat alle klachten en/of claims die bij het ziekenhuis worden ingediend, zorgvuldig behandeld zullen worden.

²¹ Bij de reconstructie achteraf is de commissie gebleken dat deze opgave onjuist is: in 2004 zijn vier klachten ingediend, in 2005 tot dan toe één. Van deze klachten zijn er vier gegrond verklaard en is er één ten dele gegrond bevonden. Er lopen daarnaast eind september 2005 acht claims tegen Jansen en/of het MST, waarvan er vier tevoren tevens klacht zijn geweest.

²² In het verslag van dit overleg, dat op 1 november 2005 heeft plaatsgevonden, staat niets vermeld over klachten, zodat aangenomen moet worden dat dit onderwerp niet is besproken.

Verder hecht de RvB eraan te benadrukken dat MST hoogwaardige neurologische zorg garandeert.

Het krantenartikel van 8 oktober 2005 leidt tot zo'n 35 tot 40 nieuwe meldingen bij Drost. Dit gegeven is geen aanleiding voor de RvB om met Drost in gesprek te gaan²³. Hij besluit af te wachten waar Drost 'echt' mee komt.

Naar aanleiding van (deze) perspublicaties krijgt de RvC inzage in de lopende schadeclaims; hij vindt de afhandeling daarvan door de RvB adequaat.

De vakgroep last tijdens haar reguliere overleg op 11 oktober 2005 een vergaderpunt in naar aanleiding van berichten in de media over Jansen. Zij overweegt dat de zittende neurologen in de berichtgeving buiten schot blijven, maar hoe dan ook betrokken zijn. Eén van de neurologen geeft aan te voelen voor een actiever beleid naar ex-patiënten van Jansen, die al dan niet in de afgelopen periode onder behandeling zijn gekomen van één van de andere neurologen. Bevestigd wordt dat er inderdaad telefoontjes met vragen zijn binnengekomen op het secretariaat. De voors en tegens van een pro-actief PR beleid worden besproken. In dat verband wordt opgemerkt dat het in de externe communicatie een enorme belemmering is dat de waarheid over de verslaving niet naar buiten gebracht mag worden. Zo is de gewenste helderheid niet te geven. De vakgroep besluit tot het doen uitgaan van een mededeling aan de RvB, waarin zij aangeeft dat indien er door de berichtgeving nieuwe vragen van patiënten of familie zijn, de vakgroep bereid is te proberen hierop antwoord te geven, conform haar inspanningen en beleid van de afgelopen 1,5 jaar.

In de gezamenlijke vergadering van de RvB en het MSB wordt op 12 oktober 2005 gesproken over lessen voor de toekomst aan de hand van de casuïstiek Jansen. In het verslag daarvan staan de volgende overwegingen: "Om in de toekomst disfunctioneren van medewerkers/medisch specialisten te voorkomen zullen functioneringsgesprekken moeten worden gevoerd. Daarnaast zal een protocol moeten worden opgesteld hoe men kan omgaan met disfunctionerende medewerkers. Bij eventueel vertrek van een disfunctionerende medewerker/ medisch specialist moeten in het vervolg andere afspraken gemaakt worden, zodat in geval van publiciteit, MST niet meer in een dergelijke moeilijke positie terecht komt. In het traject dat de medische staf ingaat, zal aan dit onderwerp veel aandacht besteed worden. Het is echter belangrijk om hiervoor de goede timing te kiezen."

Op 13 oktober 2005 wordt wederom een claim ingediend (nr. 9); daags daarna volgt claim nr. 10.

Op 11 november 2005 geeft Medirisk per brief gericht aan de bedrijfsjurist aan prijs te stellen op nadere schriftelijke informatie inzake de problematiek rond Jansen, met name afschrift van de brief van de RvB aan de IGZ inzake de vaststellingsovereenkomst met Jansen en de reactie daarop van de IGZ, een kopie van de brief die de vakgroep aan de RvB heeft geschreven met betrekking tot de overname van patiënten, de dossiervoering, alsmede de reactie van de RvB.

Een medewerker van letselschadebureau Drost stuurt op 15 november 2005 een emailbericht aan de inzage- en claimbehandelaar en aan de bedrijfsjurist, waarin hij stelt dat het ziekenhuis in de afgelopen maanden is verzocht om toezending van het volledige (klinisch en poliklinisch) medisch en verpleegkundige dossier inzake diverse bij Drost aangemelde zaken,

²³ Zoals later zal blijken uit een emailbericht van letselschadebureau Drost was dit gegeven bekend bij de inzage- en claimbehandelaar en bij de bedrijfsjurist

maar dat in de meeste gevallen nog niet aan dit verzoek is voldaan. Hij verzoekt om dit nu snel te doen, anders volgt een kort geding. Tevens stelt hij MST nogmaals in de gelegenheid om in gesprek te komen over de belangen van de aangemelde patiënten (circa 40) en het ziekenhuis, teneinde ‘de veiligheid en toegankelijkheid van de door het ziekenhuis geboden en te bieden zorg niet verder onder druk te zetten en te zoeken naar voor partijen acceptabele oplossingen.’

De bedrijfsjurist antwoordt op 23 november 2005 als volgt: “Ik heb kennisgenomen van uw email, geadresseerd aan de inzage- en claimbehandelaar van het MST. Wij voldoen uiteraard aan rechtmatige verzoeken om kopieën te zenden van medische dossiers. Voor uw informatie, ik heb in het verleden meermalen met de heer Drost gecommuniceerd.”

De betreffende medewerker van Drost antwoordt de volgende dag dat zijn email in overleg met Drost is verzonden. En verder: “Alle activiteiten in kwestie geschieden namens dit bureau en in nauwe samenwerking tussen mij en Drost. Ik ben op de hoogte van de communicatie; dank voor uw attentheid. Ik neem aan dat wanneer u van deze zijde onrechtmatige verzoeken heeft ontvangen wij daarover reeds per omgaande geïnformeerd waren en ik neem derhalve zonder uw tegenbericht aan dat de ingediende verzoeken alle rechtmatig waren. Ik neem tevens zonder uw tegenbericht aan dat u reageert namens de directie en de RvB. Met vriendelijke groet en in afwachting van uw spoedige acties, waarom verzocht in mijn email van 15 november.” Een reactie hierop blijft uit.

Op 7 december 2005 zet de bedrijfsjurist in een brief aan de directeur van Medirisk een aantal zaken op een rij die zij op 30 november 2005 hebben besproken: zo meldt hij dat hij hem op 30 november de brief heeft overhandigd waarom hij eerder had gevraagd, te weten de rapportage van de vakgroep neurologie na waarneming van de praktijk van Jansen. Verder geeft hij aan dat de gedachte om de afhandeling van de meldingen te bundelen omarmd is. Medirisk zal een beperkt aantal medewerkers belasten met de behandeling en zal één medisch deskundige inschakelen en bij MST zal de bedrijfsjurist zich ook inhoudelijk met de afhandeling bezig houden. Ook de email van de medewerker van letselschadebureau Drost is besproken. Hierin wordt gemeld dat er 40 gevallen bekend zijn bij Drost. Bij Medirisk en MST bestaat geen behoefte aan een gesprek met Drost, zo meldt de bedrijfsjurist. Tenslotte bevestigt hij dat Medirisk expliciet aandacht vraagt voor het melden van schades bij verzekeraars van MST voor de datum waarop de inloopdekking van Medirisk is ingegaan, nl. 1 januari 1996.

Op 12 december 2005 ontvangt de RvB het rapport van de klachtencommissie inzake een op 12 oktober 2005 ingediende klacht. Het verwijt is dat Jansen ten onrechte de diagnose MS heeft gesteld en daarvoor onterecht medicatie heeft voorgeschreven. Terzijde beklaagt de patiënt zich over het feit dat ze niet op de hoogte is gesteld van de foute diagnose en dat zij van een van de andere neurologen telefonisch te horen kreeg over de verandering in behandelaar. De klachtencommissie acht haar klacht gegrond. De manager concernstaf ad interim biedt de klagster per brief excuses aan voor de verwarring ten aanzien van de (achteraf onjuist gebleken) diagnose.

Op 16 december 2005 bevestigt de directeur van Medirisk per brief aan de bedrijfsjurist dat hij inderdaad de in zijn brief van 7 december j.l. genoemde brief heeft ontvangen, maar dat hij ook andere informatie heeft gevraagd. Hij verzoekt wederom om afschrift daarvan en anders om opgave van de reden waarom de RvB dit niet zou willen geven.

3.5 Periode 3: januari 2006 tot januari 2009

In januari 2006 verstrekt de afdeling HRM van het MST een werkgeversverklaring aan Jansen. Het MST is dan overigens geen werkgever meer van Jansen²⁴.

Bestuurlijke ontwikkelingen

Op 1 februari 2006 maakt Kingma de overstap van de IGZ naar het MST, waar hij voorzitter van de RvB wordt. Er vindt geen dossieroverdracht plaats door de zittende ad interim bestuurders; volgens hen is de continuïteit verzekerd doordat zij dakpansgewijs vertrekken: Overkamp per 24 februari 2006, Keim in oktober 2006.

Uit een zelfevaluatie van de RvB van december 2006 komt naar voren dat er bij het aantreden van Kingma in februari 2006 nog het nodige ‘achterstallige onderhoud’ is. Geconstateerd wordt dat ‘de basishygiëne’ niet op orde is: er liggen veel dossiers die nooit afdoende zijn afgerond en constant weer opengeslagen worden. Dit werd al in het meerjarenbeleidsplan 2004-2008 geconstateerd, maar gebleken is dat de situatie niet substantieel verbeterd is.

De meest opvallende zaken zijn de volgende:

- Er is in de afgelopen jaren weinig geïnvesteerd in de organisatie en in de medewerkers. Vooral bij de operationele managers is veel onzekerheid en een gevoel van onveiligheid mede door de op handen zijnde reorganisatie. Deze groep is weinig slagvaardig en dit leidt ertoe dat allerhande zaken naar boven worden afgewenteld;
- De organisatiecultuur wordt gekenmerkt door cynisme. Dit vloeit voort uit het feit dat in de afgelopen jaren op veel terreinen plannen zijn ontwikkeld, maar niet ten uitvoer zijn gebracht;
- In het verleden zijn afspraken gemaakt die niet of onvoldoende op papier zijn vastgelegd dan wel ingaan tegen de normale wijze van bedrijfsvoering;
- De planning en controlcyclus bestaat op papier, maar wordt in de praktijk onvoldoende uitgevoerd;
- De jarenlang voortslepende discussie over het Lange Termijn HuisvestingsPlan (LTHP) heeft ertoe geleid dat broodnodige investeringen in grote knelpunten zijn uitgebleven; dit betreft zowel bouw als ICT;
- Broodnodige procesverbeteringen die in veel ziekenhuizen al zijn doorgevoerd, zijn binnen het MST nog niet van de grond gekomen;
- De noodzakelijk geachte organisatieverandering blijkt een moeizaam proces, waarin de organisatiecultuur pregnant naar voren komt.

In de loop van 2006 ontwikkelt de RvB een visie op de toekomst van het MST. Als onderdeel daarvan worden scenario’s ontwikkeld voor het LTHP en wordt gewerkt aan de organisatieontwikkeling.

Op 19 februari 2006 verschijnt wederom een artikel in TC Tubantia: “Uitstel van aangifte tegen arts. Ziekenhuis betaalt eerste claims.” Volgens dit artikel nemen de aanwijzingen van misstanden rond een oud-neuroloog van het MST complexe vormen aan. Letselschadebureau Drost heeft verklaard dat de informatie die nog steeds binnen komt zo veelomvattend is dat het bureau aangifte bij justitie heeft uitgesteld.

²⁴ Het is niet duidelijk geworden of Jansen de reden heeft aangegeven waarom hij een werkgeversverklaring nodig had. Desgevraagd heeft de personeelsfunctionaris op 6 oktober 2009 verklaard dat de afdeling HRM destijds niet heeft geweten wat de reden was voor het vertrek van Jansen en om die reden niet aan de RvB heeft gemeld dat Jansen een werkgeversverklaring had opgevraagd.

De bedrijfsjurist schrijft op 23 februari 2006 aan de directeur van Medirisk dat hij kort daarvoor is gestuit op correspondentie van het ziekenhuis met de IGZ over Jansen. Hij sluit een kopie in van een faxbericht dat het ziekenhuis heeft gezonden aan de inspectie, waarin o.a. de vaststellingsovereenkomst met Jansen is opgenomen en een bericht van de apotheker inzake de receptvervalsing. In een PS voegt hij toe: “Ik heb intern nog geen reacties ontvangen op het bericht in de krant van afgelopen zondag”.

Op 3 maart 2006 biedt de klachtencommissie haar rapport inzake een op 4 oktober 2005 ontvangen klacht over Jansen aan de RvB aan. De klager verwijt hem dat hij ten onrechte bij haar de diagnose ‘beginnende vorm van dementie’ heeft gesteld, waarbij ook het woord Alzheimer is gebruikt. De commissie acht de klacht gegrond. Zij is van oordeel dat Jansen ten onrechte de hersen-SPECT onderzoeken heeft gebruikt voor het stellen van deze diagnose. De uitslag van het neuropsychologisch onderzoek, waaruit blijkt dat er op dat moment geen aanwijzingen waren die deze diagnose konden ondersteunen, heeft Jansen onvoldoende meegewogen.

Op 1 juni 2006 treedt de heer drs. L.M.Vos toe tot de RvB van het MST.

De RvB laat medio juni 2006 de medische staf weten een organisatiemodel voor te staan met resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's), waarin naast bedrijfskundig managers ook medisch managers participeren. Dit leidt via deeltappen tot een advies van het MSB begin november 2006 dat houvast biedt voor de implementatie van dit model.

Tussen eind februari 2006 en 7 juni 2006 worden nog eens 8 claims ingediend; het totaal aantal claims inzake Jansen is nu gestegen tot 18.

In augustus 2006 geeft een medewerker van de afdeling HRM van het MST (wederom) een werkgeversverklaring af aan Jansen.

Op 14 november 2006 staat de rapportage van Medirisk over het derde kwartaal 2006 op de agenda van de RvB. Deze wordt ter kennisgeving aangenomen²⁵.

Op 16 november 2006 vindt het jaarlijkse gesprek plaats tussen RvB, MSB en de vakgroep Neurologie. Er wordt gesproken over het klachtenbeleid. Aangegeven wordt dat de vakgroep veel klachten ontvangt, maar dat deze vooral betrekking hebben op een ‘bij allen bekende specialist, die reeds het MST heeft verlaten’. Voor 2006 is er van de klachtencommissie nog geen overzicht ontvangen. De voortgang van de klachtenafhandeling (genomen acties, terugkoppeling etc.) wordt vastgelegd. Het aantal ingediende klachten wordt vermeld in het jaarverslag.

In januari 2007 treedt mevrouw J.G.W. Lensink, MScN, als derde lid van de RvB in dienst van het MST. De RvB is daarmee voltallig. De aandachtsgebieden van de drie bestuurders worden schriftelijk vastgelegd en binnen de organisatie kenbaar gemaakt. Het wekelijkse overleg van de RvB vindt gestructureerd plaats. Kwaliteit en veiligheid staan als vaste punten op de agenda, waarbij de aandacht vooral uitgaat naar de ontwikkeling van instrumenten die (meer) inzicht verschaffen in de geleverde kwaliteit van zorg.

²⁵ Het betreffende claimoverzicht bevat het totale aantal lopende en afgehandelde claims, zonder specificatie naar specialisme of individuele medisch specialist

In de eerste drie maanden van 2007 worden wederom 5 claims ingediend.

De bedrijfsjurist spreekt in zijn werkoverleg van 16 april 2007 en van 30 mei 2007 met de voorzitter van de RvB over de ‘claimbehandeling Jansen’. Hij meldt dat het om grote schade gaat, maar verzuimt te melden dat het om veel verschillende claims gaat²⁶. Verder meldt hij dat er een langdurige discussie over de dekking loopt met de aansprakelijkheidsverzekeraar in verband met door Medirisk veronderstelde wetenschap bij de RvB over de casus-Jansen op het moment van overgang naar deze verzekeraar.

Op 1 mei 2007 ontvangt het ziekenhuis claim nr. 24.

Op 23 mei 2007 vindt het volgende gesprek plaats met de afdeling neurologie. Ook nu wordt gesproken over het klachtenbeleid. De RvB verstrekt aan de afdeling een rapportage betreffende het aantal klachten, het aantal MIP-meldingen²⁷ en het vóórkomen van decubitus. Daarbij wordt aangegeven dat deze rapportage nog in ontwikkeling is. Zij is nog niet op alle hiërarchische niveaus uit te draaien en het aantal MIP-meldingen is slechts voor een beperkt aantal categorieën beschikbaar. De RvB geeft aan de meldingsbereidheid te willen zien toenemen, en de ernst van de meldingen te willen zien afnemen. De clustermanager van de afdeling geeft aan dat nu ook bewust alle meldingen worden geregistreerd, terwijl men daar in het verleden terughoudender in was.

Gemeld wordt dat er in 2006 tien tot elf klachten waren, die betrekking hadden op een vroegere collega, van wie de patiënten zijn overgenomen²⁸. Op basis van de reconstructie achteraf stelt de commissie vast dat deze informatie onjuist is: in 2006 is er (nog) één klacht ingediend bij de klachtencommissie. Het aantal claims tegen Jansen is dan overigens significant toegenomen.

De secretaris van de RvB vraagt in de vergadering van de RvB van 28 juni 2007 of het kwartaaloverzicht van Medirisk besproken dient te worden binnen de RvB. Besloten wordt dit (voortaan) wel te doen.

In zijn vergadering van 22 augustus 2007 neemt de RvB een aantal besluiten inzake aanpassing van de organisatiestructuur:

- Er worden RVE's geformeerd, waarbij uitgangspunt is dat er per specialisme één RVE wordt gevormd;
- Alle RVE's kennen een duale leiding bestaande uit een medisch manager en een bedrijfskundig manager. Het duale RVE management ontvangt hiërarchisch leiding van de RvB. Het RVE management is integraal verantwoordelijk voor de totale RVE, met een portefeuillevreiding. De medisch manager houdt zich vooral bezig met zorg(inhoudelijke) aspecten;
- RVE's worden ondersteund door centrale stafdiensten en er wordt een bijpassende overlegstructuur ingesteld;

²⁶ “Grote schade” kan ook het gevolg zijn van een enkele fout

²⁷ De instelling van een commissie Meldingen Incidenten Patiëntenzorg (MIP) is verplicht voor ziekenhuizen. Deze commissie heeft tot taak meldingen van incidenten met betrekking tot de patiëntenzorg te onderzoeken, met het doel daaruit lering te trekken. Leden van de Medische Staf zijn krachtens het stafreglement verplicht dergelijke incidenten aan de MIP-commissie te melden. De meldingen worden in beginsel vertrouwelijk behandeld.

²⁸ Op basis van haar reconstructie stelt de commissie vast dat deze informatie onjuist is: in 2006 is er (nog) één klacht ingediend bij de klachtencommissie. Het aantal claims tegen Jansen is dan overigens significant toegenomen, tot 24 claims.

- Voor medisch managers geldt een mandateringsregeling vanuit hun vakgroep/maatschap; het kader daartoe zal worden aangegeven door de RvB en het MSB gezamenlijk. De medisch manager valt hiërarchisch onder de RvB. Aanstelling geschiedt op contractbasis voor een periode van 4 jaar met de mogelijkheid tot herbenoeming;
- Het functie- en gedragsprofiel van de medisch manager zal worden omgezet in een functiebeschrijving.

De gewijzigde organisatiestructuur wordt met ingang van 1 januari 2008 van kracht. De periode 1 september 2007 tot 1 januari 2008 geldt als een transitiefase naar de nieuwe structuur.

Op 16 oktober 2007 wordt claim nr. 25 ingediend. Dit is voorlopig de laatste in rij (tot januari 2009).

De bedrijfsjurist geeft op 23 november 2007 per email aan de secretaris van de RvB aan met Medirisk te hebben gesproken over de schades als gevolg van het handelen van Jansen. Hij meldt dat Medirisk tot nog toe alle dossiers in behandeling neemt²⁹.

In de vergadering van de RvB van 8 mei 2008 wordt gesproken over het laatste kwartaaloverzicht van Medirisk. Het is hem onduidelijk hoeveel MST aan Medirisk betaalt. De RvB wil inzicht krijgen in de stand van zaken en dit heeft prioriteit. Hij overweegt tevens aan de RVE's en bedrijfskundig managers terug te koppelen hoe hun performance is.

Op 15 mei 2008 biedt de RvB de bedrijfskundig managers en medisch coördinatoren per brief een overzicht aan van de in het eerste kwartaal van 2008 door het MST gemelde schades aan Medirisk. De RvB verzoekt de bedrijfskundig managers en medisch coördinatoren om de RvB tijdens een werkoverleg te informeren over bijzonderheden betreffende hun RVE³⁰.

De bedrijfsjurist wordt per email van deze brief in kennis gesteld. De inzage- en claimbehandelaar reageert namens hem op 4 augustus 2008 per emailbericht, waarin hij aangeeft dat Medirisk elk kwartaal een overzicht van de schadelast stuurt, maar dat het weinig zin heeft dit overzicht te sturen naar bedrijfskundig managers en medisch coördinatoren, omdat het behoorlijk cryptisch is. Verder geeft hij aan dat hij al sinds jaar en dag overzicht bijhoudt van alles wat zich in de claimsfeer bij MST aanmeldt. Hij koppelt daartoe de gegevens van Medirisk aan maatschappen, klachten, MIP meldingen e.d. Tenslotte zegt hij toe een dergelijk overzicht aan de RvB te doen toekomen, zodra hij de cijfers van het tweede kwartaal in zijn database heeft verwerkt. Hij komt deze toezegging na. Vanaf dat moment wordt gewerkt aan het verder verfijnen van dit periodieke overzicht.

3.6 Periode 4: januari 2009 - heden

In januari 2009 ontdekt de lokale pers dat Jansen inmiddels als neuroloog werkzaam is in privékliniek Schlossberg te Bad Laasphe, Duitsland. Landelijke media-aandacht volgt en bereikt ook zijn nieuwe Duitse werkgever. Hij wordt op staande voet ontslagen.

²⁹ Dit ondanks de lopende discussie over de dekking

³⁰ Voor zover de commissie heeft kunnen nagaan, zijn er naar aanleiding van dit verzoek geen bijzonderheden gemeld bij de RvB.

Op 15 januari 2009 bespreekt de RvB de zaak Jansen in zijn reguliere vergadering. Er is veel aandacht voor het onderwerp, in de vorm van telefoontjes van journalisten en patiënten, maar ook tijdens spreekuren blijkt veel onrust. Vooral oud-patiënten van Jansen zijn bezorgd over de medische behandeling die zij hebben gehad. De inhoudelijke vragen worden door één van de neurologen behandeld. De RvB overweegt dat voorkomen moet worden dat publiciteit nog meer vragen oproept, maar dat ervoor moet worden gezorgd dat deze daarentegen enige duidelijkheid en rust verschaft en toch geen uitnodiging is om claims in te dienen. Medirisk is in het verleden bij deze zaak betrokken en zal MST hierin begeleiden. Besloten wordt de bedrijfsjurist te vragen naar de procedure hoe nieuwe aanmeldingen voor claims en klachten behandeld moeten worden.

Op 22 januari 2009 overweegt de RvB dat in deze zaak, die veel media-aandacht trekt, voorkomen dient te worden oud-bestuurders af te vallen. De bedrijfsjurist is verzocht gegevens aan te leveren over de afspraken die met de neuroloog zijn gemaakt. Ook Zijlstra wordt verzocht de gegevens aan te leveren die hij in zijn bezit heeft en waarmee hij zijn verklaring, afgelegd in actualiteitenrubriek Pauw&Witte, staft. Verder besluit de RvB om een externe commissie in te stellen voor een feitenonderzoek.

In zijn vergadering van 29 januari 2009 neemt de RvB een aantal besluiten inzake de affaire Jansen. Drs. A.H. Hilbers, die met ingang van 1 januari 2009 is toegetreden tot de Raad van Bestuur, onderhoudt contacten met Medirisk en zal de nieuwe bedrijfsjurist ad interim introduceren als aanspreekpunt, aangezien de medewerker die tot dan toe fungeerde als bedrijfsjurist van de zaak is gehaald. De inzage- en claimbehandelaar zal administratief betrokken blijven aangezien hij brede kennis van zaken heeft. Er wordt een afspraak gemaakt met Drost om actiever met elkaar te kunnen samenwerken.

Verder overweegt de RvB dat de informatievoorziening over de afhandeling van claims niet goed verlopen is. Tijdens de ambtsperiode van deze RvB is slechts 1 klacht binnen gekomen, terwijl in totaal sinds 2006 12 claims zijn ontvangen over Jansen³¹. De RvB heeft het kwartaaloverzicht van Medirisk op 8 mei 2008 besproken, waarop hij het RVE-management per brief van 15 mei 2008 heeft verzocht eventuele bijzonderheden inzake dit overzicht te melden aan de RvB³².

Begin februari 2009 plaatst de RvB een advertentie in TC Tubantia, de Volkskrant en NRC Handelsblad, met een oproep aan patiënten van Jansen om zich te melden. De advertentietekst is tevoren goedgekeurd door Medirisk. De afdeling patiëntenvoorlichting is voorbereid op extra belasting. Er wordt een logboek bijgehouden van patiënten die reageren op de advertentie.

De advertentie leidt tot een golf aan telefonische vragen, verzoeken om afschriften van medische dossiers en schadeclaims.

De RvB legt de behandeling van vragen, klachten en claims bij enkele lijnfunctionarissen die niet op een of andere wijze betrokken zijn geweest bij de affaire Jansen. Hij houdt een registratie bij van de ontvangen meldingen en het verloop van de behandeling daarvan, en bespreekt regelmatig de voortgang. In dit kader onderhoudt hij intensief contact met de aansprakelijkheidsverzekeraar van het ziekenhuis.

³¹ Uit de reconstructie door de commissie blijkt dat er in genoemde periode 15 claims zijn ontvangen

³² Voor zover bekend zijn geen bijzonderheden gemeld aan de RvB. Zie ook voetnoot 29.

Normaal gesproken wordt voor het opvragen van dossiers een vergoeding gevraagd; deze regel is in de zaak-Jansen niet meer van toepassing. Er is extra alertheid bij het medisch archief op dossiers. Het zou beter zijn dat alle dossiers naar de RvB verhuizen, aldus de RvB. Kingma zal een gesprek met één van de neurologen aangaan om hem verantwoordelijk te maken voor de dossiers. “Voorkomen moet worden dat dossiers verdwijnen of worden gewijzigd”. Hierop is de medisch coördinator van de vakgroep Neurologie aangewezen als contactpersoon voor de zaak Jansen en tevens als degene die belast is met de zorg voor de patiëntendossiers van Jansen.

Op 12 februari 2009 vergadert de RvC. Hij vraagt zich af of hetgeen nu naar boven komt bekend had kunnen of moeten zijn bij RvB en RvC. Kingma geeft aan dat de bedrijfsjurist de kwestie niet heeft gemeld bij de RvB en nu van de zaak is gehaald en is vervangen. De zaak werd actueel doordat bleek dat het Openbaar Ministerie niets met de aangifte van Drost had gedaan. Hierop heeft de RvB de medisch coördinator neurologie bevraagd en werd het de RvB duidelijk dat het ging om een verslaafde arts.

Verder meldt Kingma dat hij als Inspecteur Generaal (IG) ‘formeel’ gezien op de hoogte was geweest van de verslaving van Jansen. Verslaafde artsen komen echter vaker voor en behoren tot de portefeuille van de regionale inspecteurs. Als IG heeft hij éénmaal een zogenaamde ‘burgerbrief’ over het functioneren van Jansen ondertekend. Het betrof het antwoord op een brief van een nabestaande, die in overleg met de regionale inspecteur is beantwoord.

Hilbers woont eind mei 2009 de Algemene ledenvergadering van Medirisk bij. Daar wordt opgemerkt dat de problemen met Jansen al langer bekend waren, maar niet gemeld zijn bij de overstap van MST naar Medirisk in 2004. Ook is toen gezegd dat MST het hiermee niet eens is en dat de claims wel in behandeling genomen worden. De financiële afhandeling met MST zal nog volgen; de aanbevelingen van de onderzoekscommissie worden afgewacht.

Kingma heeft in juli 2009 een gesprek met de beoogd voorzitter van de interne audit commissie, die de klachtenprocedure moet gaan doorlichten³³. In verband met de vakantieperiode begint deze commissie hiermee feitelijk in de derde week van augustus.

De RvB bespreekt op 20 augustus 2009 met welke groepen (intern) gesproken moet worden voordat het rapport van commissie I openbaar wordt. De RvB acht het onderzoek van de externe commissie, het onafhankelijke karakter van commissie I en publicatie van haar bevindingen van wezenlijk belang voor cliënten van het MST en zijn toekomst als professionele zorginstelling.

Op 1 september 2009 biedt de externe onderzoekscommissie haar rapport “En waar was de patiënt...?” aan. Het is vanaf dat moment openbaar.

De dagen daarna vindt druk overleg plaats in het MST over maatregelen, zowel op korte als op langere termijn. De volgende afspraken worden gemaakt:

- De RvB gaat in gesprek met Medirisk om te kijken hoe de afhandeling van claims kan worden versneld. Geprobeerd wordt om slachtoffers te categoriseren zodat prioriteiten kunnen worden gesteld voor een vlotte afhandeling.
- Het MST bespreekt met Drost de wens dat alle cliënten die zich bij hem hebben gemeld bekend gemaakt worden aan het MST, zodat zij benaderd kunnen worden voor de nazorgpoli. Drost zal zijn cliënten vragen of zij hiermee kunnen instemmen.

³³ Commissie Doelman

- Er wordt een nazorgpoli voor patiënten opgezet. Dit voorstel wordt nader uitgewerkt.
- Vastgelegd moet worden wat in een medisch dossier thuishoort; ook zouden medische dossiers door collega's gecontroleerd moeten worden. De RvB werkt aan een voorstel voor een 'statuscommissie', die dit ter hand gaat nemen. Ook wordt voorgesteld om samen met het MSB een gedragscode af te spreken, zolang nog geen definitieve besluiten genomen zijn. Te denken valt aan de verplichting tot melding van conflicten bij de voorzitter van het MSB, algemene controles van dossiervorming aan de hand van een checklist etc.
- Er worden bijeenkomsten gepland voor medewerkers; de afdeling neurologie wordt al eerder bijeen geroepen.
- Het rapport wordt besproken met de RvC. De RvB en het MSB geven aan naar een situatie toe te willen groeien waarin ze ook inhoudelijk rapporteren aan de RvC.
- In het traject van reorganisatie van de klachtenprocedure is besloten de huidige secretaris van de klachtencommissie af te laten treden.
- Er is een brief verzonden aan de huisartsen en apothekers om hen te vragen specifieke aandacht te besteden aan patiënten van Jansen, te bekijken welke geneesmiddelen zij gebruiken, of de diagnose juist is en de medicatie echt nodig is en om de patiënten naar het MST door te verwijzen.

Op 10 september wordt een uitgewerkt concept pakket van maatregelen intern uitgezet ter bespreking en besluitvorming.

Op 17 september 2009 vindt overleg plaats tussen de RvB en de IGZ over de zaak Jansen en het rapport van commissie I. Afgesproken wordt dat de RvB het pakket maatregelen aan de IGZ toezendt, zodra het is vastgesteld. Voorts neemt het MST zich voor in nauw overleg met het MSB alsnog in overweging te nemen of hij zelf een tuchtklacht tegen Jansen indient. Tevens wordt bij deze gelegenheid de stand van zaken rond het interne kwaliteitsstelsel van het MST doorgenomen:

- Naar aanleiding van het rapport van commissie I heeft de Medische Staf het reglement disfunctioneren aangepast door te voorzien in een melding aan de RvB zodra een procedure 'mogelijk disfunctioneren medisch specialist' is gestart; verder zijn er veel meldingen voor deelname aan het stelsel van de Medische Staf voor het beoordelen van het Individuele Functioneren van Medisch Specialist (IFMS). De Medische Staf heeft bovendien uitgesproken dat het IFMS verplicht zou moeten zijn. Ook is men bezig met het ontwikkelen van een gedragscode. Voorts is afgesproken dat de medisch coördinator van een vakgroep/maatschap aan de RvB rapporteert wat is gedaan met aanbevelingen van de visitatiecommissie.
- Ten aanzien van de klachtenprocedure laat de RvB weten dat deze wordt doorgelicht. De RvB wordt tot dan toe pas laat geïnformeerd over klachten, aangezien deze direct doorgaan naar de klachtencommissie. Dit heeft te maken met de onafhankelijkheid van de klachtenbehandeling; anderzijds mist de patiënt betrokkenheid van de RvB. De RvB streeft naar een minder afstandelijke rol, met een betere monitoring van de fasen waarin de klachtafhandeling zich bevindt.
- Tenslotte geeft de RvB aan dat hij naar aanleiding van het onderzoeksrapport verder onderzoek wil doen naar de uitvoering van medisch wetenschappelijk onderzoek door Jansen in het MST.

In een regulier overleg dat de voorzitter van de RvB en de voorzitter van het MSB op 30 september 2009 met de huisartsen hebben, merken de huisartsen op dat zij nooit enige misstanden rond Jansen hebben opgemerkt. Zij vonden hem een zeer betrokken collega.

Op 1 oktober 2009 start het MST met een nazorgpoli, hetgeen via de website en de lokale krant bekend wordt gemaakt.

Er is een brief ontvangen van Drost d.d. 15 september 2009, zo vermelden de notulen van 1 oktober 2009, waarin hij stelt dat onvolledige dossiers zijn verstrekt. Bij die brief zijn twee dossiers gevoegd die betrekking hebben op een en dezelfde patiënt, maar die nauwelijks overeenkomen. Eén dossier is toegestuurd door Medirisk en het andere door het MST. Afsproken wordt dat Drost zo spoedig mogelijk zal worden geantwoord. Op 5 oktober 2009 schrijft de RvB aan Drost, dat hij deze gang van zaken in hoge mate ontoelaatbaar acht en gaat onderzoeken wat de oorzaak is van het feit dat er van deze patiënt verschillende dossiers zijn verstrekt. Op 16 november 2009 informeert het MST Drost per brief dat de verklaring voor het verschil in omvang van de toegestuurde medische dossiers ligt in het feit dat het door Medirisk toegestuurde dossier betrekking had op de periode tot eind 2004 en het door MST toegestuurde dossier ook de stukken uit de periode na 2004 bevatte.

Tijdens de vergadering van de RvB van 8 oktober 2009 wordt het plan van aanpak “Het vertrouwen hersteld” vastgesteld, waarna het openbaar wordt gemaakt. Het bevat de volgende maatregelen³⁴:

Plan van Aanpak: Herstel van vertrouwen, oktober 2009

	Actiepunten	Gereed:
<i>A. maatregelen gericht op directe interventie</i>		
1	Aanstelling patiëntenombudsman	1 ^e kwartaal 2010
2	Inrichting nazorgpoli	Gestart 26-10-09
3	Patiënten actief benaderen	1 ^e kwartaal 2010
4	Onderzoek naar lacunes patientendossiers	2 ^e kwartaal 2010
5	Interne procedure tuchtklachten	1 ^e kwartaal 2010
<i>B. maatregelen gericht op een cultuuromslag</i>		
1	RvB stelt zich toetsbaar op	4 ^e kwartaal 2010
2	Invoering gedragscode voor medisch specialisten	
3	Invoering gedragsregels medewerkers	3 ^e kwartaal 2010
4	Invoering klokkeluiderregeling	2 ^e kwartaal 2010
5	Uitrol cultuurprogramma ‘vaardig en aardig’	Diverse acties al in gang gezet
6	Ziekenhuisbreed risicovolle processen benoemen	4 ^e kwartaal 2010
7	Veilig incidenten melden	4 ^e kwartaal 2010
8	Wetenschappelijk onderzoek onder de loep nemen	4 ^e kwartaal 2010
<i>C. maatregelen gericht op de (organisatie)structuur</i>		

³⁴ Zie bijlage 3 voor het volledige Plan van Aanpak

1	Professionalisering van intern toezicht	3 ^e kwartaal 2010
2	RvB wijst portefeuillehouder aan voor kwaliteit en veiligheid	1 ^e kwartaal 2010
3	Invoering duaalmanagement bij RVE	2 ^e kwartaal 2010
4	Herijken klachtenprocedure	1 ^e kwartaal 2010

Op 12 oktober 2009 schrijft Kingma een brief namens de RvB en het MSB aan Jansen, waarin hij aangeeft dat de RvB en het MSB van mening zijn dat hij zelf ook conclusies zou moeten trekken uit het rapport van commissie I door zijn BIG-registratie als arts door te laten halen. Hij vraagt Jansen hem te berichten of hij aan deze oproep gevolg geeft. Een afschrift van de brief is gestuurd aan de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg te Zwolle.

De IGZ meldt enkele dagen later dat het RIBIZ op 14 oktober 2009 een brief heeft ontvangen van Jansen op grond waarvan zijn registratie als arts daadwerkelijk in het BIG register is doorgehaald.

Op 23 oktober 2009 geeft Kingma per brief aan de regionaal inspecteur te Zwolle nadere informatie over alle studies waarbij Jansen als onderzoeker betrokken is geweest in het MST.

Medio november 2009 wordt bekend dat de secretaris van de Klachtencommissie is ontheven van zijn functie.

3.7 Samenvattend overzicht: wie wist wat wanneer en wat is met die kennis gedaan?

Raad van Bestuur

Dec.03 – jan. 04	Neemt kennis van door neurologen tijdens waarneming praktijk geconstateerde misdiagnoses en onjuiste behandelingen - Geeft vakgroep opdracht praktijk waar te nemen, notities bij te houden, maar geen verdere actie hiermee te ondernemen - Verbiedt vakgroep informatie naar buiten te verstrekken
26 feb. 04	Ontvangst brief vakgroep, waarin zij vertrouwen in Jansen opzegt en melding maakt van meldenswaardige incidenten - Stelt Jansen voor keuze: ziekteverlof tot aan OBU-regeling of werkhervatting maar dan onderzoek naar functioneren en alsnog aangifte receptvervalsing
Feb. - juni 2004	- Focus op onderhandelingen met Jansen over vertrekregeling - Laat overname praktijk geheel over aan vakgroep - Laat bestuurlijke afhandeling klachten over aan secretaris RvB en inzage-/claimbehandelaar, zonder terugkoppeling aan RvB
10 maart 2004	- Voorzitter informeert IGZ over ‘gerommel met medicijnen’, maar maakt geen melding van misdiagnoses en andere onregelmatigheden.
23 maart 2004	- Bestuurslid meldt tijdens regulier overleg met IGZ dat Jansen ten onrechte diagnose MS stelde, hetgeen drie klachten tot gevolg had.
Juni 2004	- Informeert IGZ over vaststellingsovereenkomst met Jansen.
Oktober 2005	Kennis van aankondiging claims door Drost

	- Interimbestuurder reageert d.m.v. een persverklaring; erkent dat er problemen zijn geweest, maar dat die gemeld zijn bij IGZ - Laat intern in kaart brengen wat bekend is over Jansen. Vindt daarin geen aanleiding met Drost in gesprek te gaan; wacht af waar hij daadwerkelijk mee komt - Bespreekt met MSB lessen voor de toekomst, laat uitwerking geheel over aan MSB
2006	Het aantal klachten ‘droogt op’; het aantal claims tegen Jansen stijgt significant. Deze informatie bereikt de RvB niet. De zaak Jansen verdwijnt naar de achtergrond.
2007	- Voltalligheid bestuur maakt toenemende aandacht voor kwaliteit en veiligheid mogelijk; start ontwikkeling en implementatie kwaliteitsindicatoren
April en mei 2007	Bedrijfsjurist informeert RvB over grote schade in de zaak Jansen, maar meldt niet dat het om veel verschillende claims gaat. Verder informeert hij de RvB over de discussie met Medirisk over dekking i.v.m. door Medirisk veronderstelde wetenschap bij de RvB over de zaak Jansen bij afsluiten van de aansprakelijkheidsverzekering
Nov. 2007	- Claimoverzichten van Medirisk worden geagendeerd voor RvB-vergaderingen. - Opdracht verfijning managementinformatie over klachten en claims.
Vanaf Jan. 2009	N.a.v. landelijke media-aandacht - Frequent overleg met MSB en RvC over te nemen maatregelen - Besluit tot instelling externe onderzoekscommissie voor onderzoek naar de feiten - Oproep aan patiënten van Jansen om zich te melden - Legt behandeling van de zaak intern bij functionarissen die niet eerder bij de zaak Jansen betrokken zijn geweest - Houdt registratie bij van ontvangen reacties, meldingen - Intensiveert het overleg met Drost en met Medirisk
Vanaf 1 sept. 2009	- Stelt in overleg met MSB een Plan van Aanpak op - Bespreekt rapport commissie I intern met alle geledingen binnen het MST en extern met IGZ - Werkt voortvarend aan implementatie PvA.

Vakgroep

Dec.03 – jan. 04	Ontdekt misdiagnoses, onjuiste behandelingen en ondermaatse dossiervoering tijdens waarneming praktijk - Mondeling en individuele meldingen aan RvB
26 feb. 04	- Schriftelijke melding aan RvB; opzegging vertrouwen in Jansen
Eerste helft 2004	- Sanering lopende praktijk: correctie misdiagnoses, bijwerken patiëntendossiers - Één van de neurologen houdt voor zichzelf een overzicht bij van misdiagnoses en andere onregelmatigheden
Vanaf 2004	- Op verzoek verschaffen van informatie in kader klacht- of claimbehandelingen
	- Geen kennis van aantal en aard ingediende klachten

Oktober 2005	Neemt kennis van aankondiging claims door Drost - Overweging patiënten pro-actiever te benaderen; daarvan afgezien wegens communicatieverbod, opgelegd door RvB
Vanaf jan. 2009	N.a.v. landelijke media-aandacht - Beantwoorden van inhoudelijke vragen van of over patiënten - Nazorgpoli
Jan. 2010	- Instelling taskforce ter verbetering kwaliteitsborging afdeling Neurologie

Medisch Stafbestuur (MSB)

Jan. 04	Neemt kennis van receptvervalsing door Jansen; - Levert (door tussenkomst van één van de vakgroepleden) schriftelijk bewijs daarvan aan de RvB - Laat afhandeling over aan RvB - Laat praktijkovername geheel over aan vakgroep neurologie
Oktober 2005	Kennis van aankondiging claims door Drost - Neemt zich voor functioneringsgesprekken voor medisch specialisten te introduceren, en een protocol op te stellen voor hoe om te gaan met disfunctioneren
December 2008	- Stelt procedure voor mogelijk disfunctioneren medisch specialist vast en past stafreglement hierop aan
Vanaf Jan. 2009	N.a.v. landelijke media-aandacht - Frequent overleg met RvB over te nemen maatregelen - Versnelling ontwikkeling kwaliteitsbeleid en kwaliteitsborging: stelt deelname aan IFMS verplicht, stelt 'statuscommissie' in
Vanaf 1 sept 2009	- Implementatie PvA MST

Raad van Commissarissen

23 aug. 2004	Wordt door RvB summier geïnformeerd over gedwongen vertrek van Jansen. Geen melding van misdiagnoses, noch van schadeclaims. - Vindt gekozen afhandeling van de zaak Jansen adequaat
Oktober 2005	Kennis van aankondiging claims door Drost - Voorzitter vraagt RvB telefonisch wat er aan de hand is. Krijgt inzage in afhandeling claims. Ziet op grond van verstrekte informatie geen rol voor zichzelf.
Vanaf Jan. 2009	N.a.v. landelijke media-aandacht - Frequent overleg met RvB over te nemen maatregelen
Vanaf 1 sept 2009	- Implementatie PvA MST: verdere professionalisering intern toezicht

4. Beoordeling van het handelen van betrokkenen

In dit hoofdstuk geeft de commissie haar oordeel over het handelen van betrokkenen. De centrale vraag hierbij is of zij gehandeld hebben zoals van hen destijds, naar de normen en inzichten van dat moment, mocht worden verwacht.

Daartoe worden eerst in het kort de belangrijkste verantwoordelijkheden en verplichtingen van elk van de betrokken actoren in beeld gebracht zoals die ten tijde van en na het vertrek van Jansen golden. Tevens wordt - voor zover van toepassing - aangegeven welke ontwikkelingen zich nadien in deze verantwoordelijkheden en verplichtingen hebben voorgedaan. Het handelen van betrokkenen wordt vervolgens aan de hand van de geschetste kaders beoordeeld. Voor zover relevant wordt daarbij het eerder gemaakte onderscheid in periodes aangehouden.

Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie, waarin het handelen van betrokkenen in samenhang wordt gezien vanuit het perspectief van de gedupeerde patiënten.

4.1 Raad van Bestuur

Beoordelingskader

Algemeen

De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor en belast met het besturen van de zorgorganisatie. Dit houdt onder meer in dat hij verantwoordelijk is voor de realisatie van de doelstellingen van de zorgorganisatie, de strategie en het beleid en de daaruit voortvloeiende resultatenontwikkeling. Hij dient hierover verantwoording af te leggen aan de Raad van Toezicht³⁵.

Meer in het bijzonder is de Raad van Bestuur verantwoordelijk voor het beheersen van de risico's verbonden aan de activiteiten van de zorgorganisatie en voor de financiering van de zorgorganisatie. Hij dient hierover te rapporteren aan de Raad van Toezicht en hij dient de interne risicobeheersings- en controlesystemen met de Raad van Toezicht te bespreken. Voorts dient hij de Raad van Toezicht tijdig alle informatie te verschaffen die nodig is voor een goede uitoefening van de taak van de Raad van Toezicht³⁶.

Kwaliteit van zorg

De Raad van Bestuur (RvB) is op grond van artikel 2 van de Kwaliteitswet zorginstellingen³⁷ (KZi) verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg die het ziekenhuis levert: "De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt".

³⁵ Zie onder meer Zorghandvest ziekenhuizen 2002 en Zorgbrede Governancecode 2005

³⁶ idem

³⁷ Wet van 18 januari 1996

De Raad van Bestuur is uit dien hoofde verplicht de zorgverlening op zodanige wijze te organiseren, de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel te voorzien, en zorg te dragen voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg³⁸.

Het uitvoeren van deze verplichting omvat mede de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg. Hiertoe dient de zorgaanbieder zorg te dragen voor:

- a) het op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van de zorg;
- b) het aan de hand van deze gegevens op systematische wijze toetsen in hoeverre de wijze van uitvoering leidt tot een verantwoorde zorgverlening;
- c) het op basis van de uitkomst van deze toetsing zonodig veranderen van de wijze waarop de uitvoering is georganiseerd³⁹.

De zorgaanbieder is voorts verplicht iedere calamiteit die in de instelling heeft plaatsgevonden te melden aan de IGZ. Onder calamiteit wordt verstaan een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de instelling heeft geleid⁴⁰.

Ontwikkelingen

Hoewel al sinds het midden van de jaren negentig vastgelegd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZi), is in de praktijk van Nederlandse ziekenhuizen wisselend invulling gegeven aan de eindverantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur voor de kwaliteit van zorg. Veel Raden van Bestuur en medisch specialisten hebben zich tot voor kort onvoldoende gerealiseerd wat de implicaties van deze wet zijn. Mede naar aanleiding van recente incidenten in ziekenhuizen, waarin de veiligheid van patiënten rechtstreeks in het geding was, dringt ten volle het besef door dat de Raad van Bestuur eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit van zorg en hierop ook aanspreekbaar is. Vooral sinds april 2008⁴¹ vindt een ontwikkeling plaats waarin de verantwoordelijkheid van het bestuur voor de kwaliteit van zorg verder wordt aangescherpt, evenals de verhouding van deze verantwoordelijkheid ten opzichte van die van medisch specialisten⁴².

Omgang met fouten, klachten

Op grond van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ)⁴³ is de zorgaanbieder - en namens deze de RvB - verplicht om een regeling te treffen voor de behandeling van klachten over een gedraging van hem of van voor hem werkzame personen jegens een cliënt. Hij dient deze regeling op passende wijze onder de aandacht van zijn cliënten te brengen. Deze regeling dient er (onder meer) in te voorzien dat de klachten van cliënten worden behandeld door een klachtencommissie die bestaat uit ten minste drie leden, waaronder een voorzitter die niet werkzaam is voor of bij de zorgaanbieder.

³⁸ Artikel 3 KZi

³⁹ Artikel 4 KZi

⁴⁰ Artikel 4a KZi

⁴¹ Naar aanleiding van het verschijnen van het rapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid, 'Een onvolledig bestuurlijk proces. Hartchirurgie in het UMC St. Radboud, Den Haag 28 april 2008

⁴² Zie onder meer RVZ, Governance en kwaliteit van zorg (2009), Relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg (2010), Zorgbrede Governancecode 2010

⁴³ Wet van 29 mei 1995

De RvB dient voorts te waarborgen dat de klachtencommissie binnen een in de regeling vastgelegde termijn na indiening van de klacht de klager, degene over wie is geklaagd en, indien dit niet dezelfde persoon is, de zorgaanbieder, schriftelijk en met redenen omkleed in kennis stelt van haar oordeel over de gegrondheid van de klacht, al dan niet vergezeld van aanbevelingen. En voorts, dat bij afwijking van de bedoelde termijn de klachtencommissie daarvan met redenen omkleed mededeling doet aan de klager, degene over wie is geklaagd en, indien dit niet dezelfde persoon is, de zorgaanbieder, onder vermelding van de termijn waarbinnen de klachtencommissie haar oordeel over de klacht zal uitbrengen. De RvB dient er bovendien op toe te zien dat de klachtencommissie haar werkzaamheden verricht volgens een door deze commissie op te stellen reglement.

De RvB is verplicht de klager en de klachtencommissie binnen een maand na ontvangst van het oordeel van de klachtencommissie schriftelijk mede te delen of hij naar aanleiding van dat oordeel maatregelen zal nemen en zo ja welke. Bij afwijking van deze termijn, dient hij daarvan met redenen omkleed mededeling te doen aan de klager en de klachtencommissie, onder vermelding van de termijn waarbinnen hij zijn standpunt aan hen kenbaar zal maken⁴⁴.

Indien een klacht zich richt op een ernstige situatie met een structureel karakter dient de klachtencommissie de zorgaanbieder daarvan in kennis te stellen. Indien de klachtencommissie niet is gebleken dat de zorgaanbieder ter zake maatregelen heeft getroffen, dient de klachtencommissie deze klacht aan de IGZ te melden⁴⁵.

Omgang met claims

De bepalingen uit de Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (WGBO)⁴⁶ zijn ook van toepassing op het ziekenhuis, dat als rechtspersoon eveneens (naast de medisch specialist als natuurlijke persoon) een behandelingsovereenkomst sluit met de patiënt. Ook het ziekenhuis moet derhalve, in relatie tot haar verantwoordelijkheden, handelen als ‘goed hulpverlener’⁴⁷. Daarnaast is in de WGBO een centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis opgenomen: “Indien ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst verrichtingen plaatsvinden in een ziekenhuis dat bij die overeenkomst geen partij is, is het ziekenhuis voor een tekortkoming daarbij mede aansprakelijk, als ware het zelf bij de overeenkomst partij”⁴⁸.

Ten aanzien van de behandeling van claims gelden geen specifieke wettelijke voorschriften. Echter, op grond van de relatie tussen beide voornoemde bepalingen uit de WGBO is het redelijk te stellen dat het ziekenhuis adequaat op claims moet reageren, onder meer door goede informatievoorziening aan en begeleiding van de patiënt.

Daarnaast vloeien uit de algemene polisvoorwaarden van de aansprakelijkheidsverzekeraar verplichtingen tot handelen of juist nalaten voor de zorgaanbieder voort: de verzekeraar neemt de behandeling van een claim geheel over van het ziekenhuis; het ziekenhuis – en namens deze de RvB – dient op verzoek zorg te dragen voor de vereiste gegevens (dossiers) en draagt zorg voor de finalisering door middel van vaststellingsovereenkomsten. Het ziekenhuis en/of de hulpverlener mag erkennen dat een fout is gemaakt, maar mag zich ten overstaan van de patiënt en diens (eventuele) belangenbehartiger niet uitlaten over eventuele aansprakelijkheid.

⁴⁴ Artikel 2 WKCZ

⁴⁵ Artikel 2a WKCZ, toegevoegd mei 2005

⁴⁶ Wet van 17 november 1994, in werking sinds 1 april 1995, opgenomen in boek 7 van het Burgerlijk Wetboek

⁴⁷ Artikel 7:453 BW

⁴⁸ Artikel 7:462 lid 1 Burgerlijk Wetboek

Beoordeling

De commissie beoordeelt het handelen van de RvB in zijn hoedanigheid als het orgaan van de rechtspersoon MST, dat eindverantwoordelijk is voor en belast is met het besturen van deze zorgorganisatie. Zij besteedt daarbij ook aandacht aan het handelen van de RvB in relatie tot andere betrokkenen.

A. Periode december 2003 – juni 2004

Na het feitelijke vertrek van Jansen en ten tijde van de formele afwikkeling daarvan – in de periode december 2003 tot medio juni 2004 - heeft de Raad van Bestuur onvoldoende oog en aandacht gehad voor de misdiagnostiek, de foutieve behandelingen en andere onregelmatigheden en de schade die daarmee is toegebracht aan patiënten, terwijl hij meerdere malen door (leden van) de vakgroep in kennis was gesteld van het vóórkomen van misdiagnostiek en onjuiste behandeling.

De voorzitter van de RvB, Ramaker, heeft op 10 maart 2004 de regionale inspecteur zelfs medegedeeld dat er ‘geen sprake was van onverantwoorde zorg’, terwijl hij inmiddels wist van het structurele karakter van de gestelde misdiagnoses en foutieve behandelingen. Hij heeft daarmee in strijd gehandeld met de plicht uit hoofde van de Kwaliteitswet zorginstellingen om calamiteiten aan de IGZ te melden⁴⁹.

De aandacht van de RvB voor de zaak Jansen was geheel gericht op de eerste twee problemen van Jansen - verslaving en fraude - met voorbijgaan aan het probleem van het medisch disfunctioneren. Met het vertrek van Jansen waren die eerste twee problemen feitelijk geëlimineerd. Daarmee was de directe bedreiging van de patiëntenzorg verdwenen. De RvB zag de afhandeling van klachten en claims kennelijk als de ‘nasleep’ van een probleem dat was opgelost.

De opvattingen over de verantwoordelijkheid van de RvB voor de kwaliteit van zorg zijn vooral de laatste jaren sterk(er) uitgekristalliseerd. Dit kan echter niet afdoen aan het oordeel van de commissie dat de destijds zittende bestuurders in de zaak Jansen ernstig te kort geschoten zijn. Ook toen al behoorde het immers bij uitstek tot de kerntaken en verantwoordelijkheid van een ziekenhuisbestuurder om risico's in te schatten, een scherp oog te hebben voor de eventuele nadelige gevolgen voor patiënten van risico's die zich inmiddels gemanifesteerd hebben, en in te (doen) grijpen om dergelijke gevolgen te voorkomen of zoveel mogelijk te beperken. Het had dan ook op de weg van de RvB gelegen om, zodra de (omvang van de) misdiagnostiek door Jansen aan het licht was getreden, onderzoek te (laten) doen naar de mogelijke gevolgen van het disfunctioneren van Jansen voor patiënten, zowel voor de bij hem nog onder behandeling zijnde patiënten als voor patiënten die niet meer bij Jansen onder behandeling waren. Op geleide van dat onderzoek had hij een passende vorm van nazorg moeten organiseren voor gedupeerde patiënten. De RvB beschikt bovendien bij uitstek over de mogelijkheden om daartoe zo nodig aanvullende ondersteuning in te zetten.

B. Periode juni 2004 t/m 2005

Ook in de periode daarna heeft de RvB (eerst Ramaker; daarna Overkamp) niet onderkend dat sprake was geweest van disfunctioneren van een medisch specialist met ernstige gevolgen voor patiënten. Dit terwijl er in toenemende mate aanwijzingen waren voor het bestaan van

⁴⁹ De commissie is van oordeel dat het *structureel* stellen van misdiagnoses en inzetten van foutieve behandelingen is aan te merken als een calamiteit

dergelijke gevolgen: het aantal klachten en vooral het aantal claims nam in deze periode significant toe.

In dit verband is relevant dat de RvB de (bestuurlijke) afhandeling van klachten en claims geheel had gelegd bij de secretaris van de Raad van Bestuur en de inzage- en claimbehandelaar, zonder supervisie van of terugkoppeling aan de RvB. Feitelijk valt de betrokken medewerkers te verwijten dat zij de RvB niet tijdig en toereikend hebben geïnformeerd toen de toename van klachten en vooral claims daar zeker aanleiding toe gaf. De bestuurlijke verantwoordelijkheid hiervoor ligt echter bij de RvB. Deze situatie heeft voortgeduurd tot januari 2009.

In 2004 en 2005 was sprake van langdurige bestuurlijke discontinuïteit, waardoor de focus van het bestuur vooral lag op financiën en bouw en in mindere mate op algemeen kwaliteitsbeleid. Aandacht voor en bewaking van daadwerkelijk geleverde kwaliteit van zorg was er niet structureel, hooguit incidenteel.

Er vond ten aanzien van de zaak-Jansen geen bestuurlijke overdracht plaats aan nieuwe (ad interim) bestuurders. Daarmee was er voor opvolgende bestuurders geen duidelijk momentum (meer) om zich in de zaak Jansen te verdiepen en in te grijpen.

Daarop was echter één uitzondering: de publiekelijke aankondiging van enkele tientallen claims tegen Jansen en/of het MST door letselschadespecialist Drost in oktober 2005. Mede op basis van informatie van de secretaris van de RvB over het aantal klachten en claims⁵⁰, nam de RvB op dat moment een afwachtende houding aan ten opzichte van de aangekondigde claims. In het licht van de wetenschap die er toen echter wel was bij de ad interim bestuurder – namelijk dat Jansen het MST had moeten verlaten wegens een verslavingsprobleem – acht de commissie dit een onbegrijpelijke beslissing.

C. Periode 2006-2009

In deze periode komt een einde aan het tijdperk van éénmans- en interim-bestuur. Kingma treedt twee jaar na het vertrek van Jansen aan als voorzitter van de RvB en ziet zich gesteld voor ‘achterstallig onderhoud’. Bij zijn aantreden vindt geen bestuurlijke overdracht plaats over de zaak Jansen. Hoewel het begrijpelijk is dat het ‘oude dossier’ Jansen niet in zijn gezichtsveld lag, had hij zich, na de melding van 'grote schade in de zaak Jansen' door de bedrijfsjurist in april en mei 2007, hierover nader moeten laten informeren.

De RvB is met ingang van januari 2007 uitgegroeid tot een driehoofdig bestuur. Langzaam maar zeker ontstaat daarmee meer aandacht voor kwaliteit en kwaliteitsbewaking. Er wordt een start gemaakt met de analyse van incidenten, klachten en claims op het niveau van resultaatverantwoordelijke eenheden. Deze ontwikkeling staat in beginsel los van de zaak Jansen, die geheel naar de achtergrond is verdwenen.

D. Periode vanaf januari 2009

Na de landelijke media-aandacht voor de zaak Jansen in januari 2009 raakt de RvB doordrongen van de omvang van de zaak en werkt, in nauw overleg met het MSB en de RvC, een gestructureerde aanpak uit, bestaande uit onmiddellijke maatregelen richting gedupeerde patiënten, meer structurele aanpassingen van de interne organisatie en instelling van een externe, onafhankelijke onderzoekscommissie.

⁵⁰ Die, zoals eerder gesteld, achteraf gezien onjuist is gebleken

Vanaf dat moment is er ook een meer geïntegreerde aanpak van klachten en vooral claims: het overleg met belangenbehartiger Drost en met de aansprakelijkheidsverzekeraar van het MST wordt geïntensiveerd, teneinde snel tot een voor gedupeerde patiënten bevredigende afhandeling te kunnen komen.

De RvB neemt de aanbevelingen van commissie I, voor zover aan het MST gericht, over en werkt deze uit in een omvattend Plan van Aanpak. In feite onderneemt de RvB nu wat de RvB in 2004 had moeten doen en hij gaat nog een stap verder: behalve maatregelen gericht op directe interventie en aanpassing van de organisatiestructuur, is in het Plan van Aanpak een ruime plaats ingeruimd voor maatregelen die een cultuuromslag moeten bewerkstelligen.

RvB in relatie tot andere betrokkenen

De vakgroep

De RvB heeft na het vertrek van Jansen in december 2003 te weinig sturing gegeven aan de vakgroep. Hij heeft slechts eenmaal mondeling de opdracht verstrekt tot waarneming respectievelijk overname van de praktijk en het bijhouden van notities over misdiagnoses, maar niet de vinger aan de pols gehouden over de voortgang en de problemen waarop de vakgroep stuitte. Hij heeft met andere woorden de overname van de praktijk geheel overgelaten aan de leden van de vakgroep en bovendien geen enkele vorm van ondersteuning of begeleiding geboden.

Voorts heeft de RvB de leden van de vakgroep verboden om informatie over geconstateerde misdiagnostiek naar buiten te brengen en daarop verdere actie te ondernemen. De commissie acht het niet uitgesloten dat wanneer deze zwijgplicht niet was opgelegd, dit had geleid tot een openheid waardoor het disfunctioneren van Jansen en met name de gevolgen daarvan voor zijn patiënten eerder de vereiste aandacht had gekregen.

Het MSB

De RvB heeft het MSB weliswaar geïnformeerd over het vervolgtraject met Jansen en de uiteindelijke vertrekregeling, maar niet over het disfunctioneren van Jansen. Daarmee heeft hij het MSB relevante informatie onthouden om tijdig lering te kunnen trekken uit deze casus, terwijl het bevorderen van de kwaliteit van de zorg blijkt het stafreglement één van de kerntaken van de Medische Staf – en namens deze het MSB – is.

Verder heeft hij geen vervolg gegeven aan de lessen die hij tezamen met het MSB in oktober 2005 heeft getrokken uit de casus Jansen. Het voornemen om functioneringsgesprekken te gaan voeren met medisch specialisten is niet geïmplementeerd en hij heeft geen nadere afspraken met het MSB gemaakt over het voornemen van de Medische Staf om een procedure te ontwikkelen voor de aanpak van mogelijk disfunctionerende medisch specialisten. Die procedure is er overigens uiteindelijk – in december 2008 - wel gekomen.

De RvC

De RvB heeft de RvC gezien de geschetste ernst van de gedragingen onvoldoende geïnformeerd over de zaak Jansen. De gegeven informatie betrof louter de zakelijke afwikkeling van het vertrek van een verslaafde arts en werd bovendien te laat verstrekt, namelijk pas nadat de beëindigingsovereenkomst met Jansen was gesloten. De RvB heeft daarmee de RvC niet (tijdig) de informatie verstrekt die deze nodig had voor een goede

uitoefening van zijn taak.

4.2 De vakgroep Neurologie

Beoordelingskader

Verantwoordelijkheden individuele medisch specialist

Op grond van de WGBO⁵¹ moet de hulpverlener bij zijn werkzaamheden ‘de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en daarbij handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard’.

Hoewel niet als zodanig geëxpliciteerd in de wet, dient deze zorgplicht ruim te worden opgevat. Steun daarvoor is te vinden in de gedragsregels voor artsen van de KNMG, waarin – voor zover hier relevant – is vastgelegd dat de arts zich bij zijn beroepsuitoefening laat leiden door de bevordering van de gezondheid en *het welzijn van de mens*⁵². Van artsen mag dus worden verwacht dat zij niet alleen aandacht hebben voor de medisch-technische of inhoudelijke aspecten van de zorgverlening, maar ook voor de emotionele en/of psychosociale aspecten.

Waarneming/overname

Op grond van de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten in dienstverband (AMS)⁵³ zijn de leden van een vakgroep verplicht voor elkaar waar te nemen. Volgens het bij deze regeling behorende Professioneel Statuut heeft de waarnemend medisch specialist voor wat betreft de zorg aan de patiënt, gedurende de tijd dat wordt waargenomen, dezelfde verantwoordelijkheid voor de behandeling van de patiënt als de oorspronkelijk behandelend medisch specialist⁵⁴. Voor de medisch specialist die een behandeling overneemt, gelden zonder meer de verplichtingen uit hoofde van de WGBO.

De WGBO spreekt uitsluitend over verantwoordelijkheden en verplichtingen van de individuele medisch specialist. Strikt genomen is de medisch specialist op grond van de WGBO alleen verantwoordelijk voor patiënten die (actief) onder zijn/haar behandeling zijn (geweest) en niet voor patiënten die eerder bij een collega onder behandeling zijn geweest maar niet ter behandeling zijn overgenomen.

Ontwikkelingen

Een wettelijke verplichting voor medisch specialisten om in te staan voor het handelen van leden van een vakgroep/maatschap ontbreekt. Wel behoort het tot de professionele standaard dat medisch specialisten collega's aanspreken als zij ongewenst gedrag signaleren en dat zij stappen ondernemen om hieraan een einde te maken⁵⁵, maar deze verplichting gaat minder ver dan het instaan voor het handelen van collega's en de resultaten daarvan.

In de praktijk is de laatste jaren een ontwikkeling gaande waarbij van leden van een samenwerkingsverband (vakgroep of maatschap) wordt verlangd dat zij instaan voor de kwaliteit van zorg geleverd door dat verband. De ontwikkeling van

⁵¹ Artikel 7:453 BW

⁵² Gedragsregel 1.1, versie d.d. 25 juni 2002

⁵³ Versie d.d. 1 maart 2001

⁵⁴ Artikel 3 lid 6 Professioneel Statuut

⁵⁵ Zie Kwaliteitsmanifest KNMG 2003

Resultaat Verantwoordelijke Eenheden binnen ziekenhuizen is daarvan een exponent. Vooralsnog is deze (morele) verplichting echter niet geformaliseerd.

Informatieverstrekking

De WGBO verplicht de hulpverlener de patiënt op duidelijke wijze, en desgevraagd schriftelijk in te lichten over het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling en over de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt⁵⁶. Dit omvat dus ook de verplichting een patiënt te informeren over een eerder verkeerd gestelde diagnose, aangezien dit gegeven is aan te merken als een ‘ontwikkeling’ in de zin van de WGBO. Meer specifiek bepalen de gedragsregels van de KNMG sinds 2007 dat de arts fouten en complicaties uit zichzelf bespreekt met de patiënt en daarover open en eerlijk is⁵⁷. Hoewel deze gedragsregels het oog lijken te hebben op fouten die de arts zelf maakt, zijn ze niet per se daartoe beperkt; ze gelden ook in geval van waarneming of overname.

Er geldt voor zorgverleners geen expliciete verplichting om patiënten (actief) te wijzen op klachtmogelijkheden. De gedragsregels van de KNMG bepalen dienaangaande dat de arts de patiënt *desgevraagd* informeert over de mogelijkheden tot het indienen van een klacht⁵⁸.

Hetzelfde uitgangspunt geldt ten aanzien van het aanbieden van een second opinion; genoemde gedragsregels schrijven voor dat de arts het verzoek om een verwijzing ten behoeve van een tweede mening (second opinion) honoreert, tenzij hij zwaarwegende argumenten daartegen heeft, die gemotiveerd kenbaar worden gemaakt⁵⁹.

Meldingsplicht

De eerder genoemde gedragsregels van de KNMG schrijven voor dat de arts incidenten meldt op de wijze die binnen zijn of haar instelling of samenwerkingsverband gebruikelijk is.

De medisch specialist is op grond van de AMS verplicht aan de door het bestuur ingestelde Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg (MIP) alle incidenten als omschreven in het reglement van de meldingscommissie te melden en daarbij alle feitelijke informatie te verschaffen die in het belang van de patiënt en het ziekenhuis redelijkerwijs noodzakelijk geacht kan worden. Bij incidenten die verstrekkende gevolgen als bedoeld in het MIP-reglement hebben of kunnen hebben voor de patiënt is de medisch specialist verplicht om tegelijk met de melding aan de meldingscommissie het bestuur op de hoogte te stellen.

Volgens het MIP-reglement van het MST, dat is vormgegeven naar een landelijk model, worden meldingen van incidenten vertrouwelijk behandeld. Gaat het echter om een calamiteit, dan wordt de geheimhouding doorbroken: het MIP-reglement schrijft namelijk voor dat een calamiteit - d.w.z. een ernstig incident, waarbij een patiënt onbedoeld dodelijk of zeer ernstig letsel is overkomen – onverwijld rechtstreeks telefonisch bij de RvB dient te worden gemeld, en zo spoedig mogelijk dient te worden gevolgd door een schriftelijke melding.

Beoordeling

⁵⁶ Artikel 7:448 lid 1 BW

⁵⁷ Omgaan met incidenten, fouten en klachten: wat mag van artsen worden verwacht? April 2007

⁵⁸ Gedragsregel II.14, Gedragsregels voor de arts; versie d.d. 25 juni 2002

⁵⁹ Gedragsregel II.19, idem

De vakgroep heeft vanaf het moment dat zij overging tot waarneming van de praktijk bij herhaling mondeling aan de RvB melding gemaakt van misdiagnoses en andere incidenten en hierover op 26 februari 2004 een niet mis te verstane brief geschreven. De leden van de vakgroep hebben daarmee voldaan aan hun meldingsplicht.

Het gegeven dat de leden van de vakgroep geen lijst van misdiagnoses hebben bijgehouden (op één van de neurologen na) levert geen schending op van een wettelijke of contractuele verplichting⁶⁰. Het betekent wel dat zij een afspraak met de RvB niet zijn nagekomen, maar dat valt de vakgroep niet aan te rekenen. De RvB gaf namelijk een dubbele boodschap mee: wel notities bijhouden, maar geen verdere actie hiermee en geen informatie naar buiten verstrekken. Bovendien heeft de RvB de opdracht tot het bijhouden van notities slechts eenmaal mondeling verstrekt en heeft hij nimmer navraag gedaan naar de resultaten.

Ten aanzien van de waarneming van de praktijk en later de overname van de patiënten van Jansen valt op dat de aandacht van de vakgroepleden vooral gericht is geweest op de medisch technische aspecten en dat zij onvoldoende aandacht hebben gehad voor de emotionele en psychosociale schade die patiënten hadden opgelopen. Hoewel het primair op de weg van de RvB had gelegen om na de meldingen van de vakgroepleden een vorm van nazorg te organiseren voor gedupeerde patiënten teneinde hen te helpen bij de verwerking en/of compensatie van de toegebrachte schade, had van de vakgroepleden mogen worden verwacht dat zij meer aandacht aan deze aspecten hadden besteed, dan wel hiervoor expliciet aandacht hadden gevraagd van de RvB. Van medisch specialisten mag immers worden verwacht dat zij zich bij de beroepsuitoefening mede laten leiden door het welzijn van de mens.

Bij de overname van de praktijk en de eerste constatering van misdiagnoses heeft de vakgroep (andere) patiënten van Jansen niet actief opgeroepen, maar afgewacht tot zij zich voor een controlebezoek meldden. Deze handelwijze vloeiende impliciet voort uit de opdracht van de RvB om ‘geen verdere actie te ondernemen’, maar werd ook ingegeven uit praktische overwegingen: de beperkt beschikbare capaciteit enerzijds, afgewogen tegen de aard van het risico dat patiënten liepen anderzijds, dat – anders dan bijv. bij infecties – niet acuut bedreigend was en de ervaring dat patiënten met degeneratieve neurologische aandoeningen tenminste halfjaarlijks ter controle komen. De commissie is van mening dat de leden van de vakgroep hiermee tekort zijn geschoten in de zorg en aandacht voor patiënten. Hoewel het rondlopen met een onjuiste diagnose ziekte van Alzheimer, Parkinson of MS niet acuut levensbedreigend is, doet dit gegeven voortdurend afbreuk aan levensvreugde en psychische gesteldheid van de betreffende patiënten. In dit licht bezien had in voorkomende gevallen aan deze situatie zo snel mogelijk een einde moeten worden gemaakt. Het had dan ook in de rede gelegen dat de leden van de vakgroep patiënten van Jansen actief hadden opgespoord voor een herbeoordeling. Voor zover de beschikbare capaciteit daarvoor ontoereikend was, hadden zij dit probleem op indringende wijze moeten neerleggen bij de RvB en bij het MSB. Zij hadden zich sterk moeten maken voor de belangen van de patiënten en zich niet zonder meer moeten neerleggen bij het communicatieverbod van de RvB.

4.3 Medisch Stafbestuur

⁶⁰ Daarbij moet worden aangetekend dat de neurologen in voorkomende gevallen wel aantekening maakten van de misdiagnose in het dossier van de betreffende patiënten.

Beoordelingskader

De Medische Staf is geen wettelijk geregeld orgaan van het ziekenhuis. In de instellingsreglementen, waaronder het Huishoudelijk Reglement van het ziekenhuis (de rechtspersoon), is de Medische Staf wel als zodanig gepositioneerd⁶¹.

Op grond van het Reglement Medische Staf⁶², zoals dat geldt binnen het MST, heeft de Medische Staf tot taak om:

- de optimale medische diagnostiek en behandeling van de patiënten te bevorderen;
- de goede samenwerking te bevorderen;
- het samenwerken en gezamenlijk dragen van verantwoordelijkheid voor het onder het eerste aandachtsstreepje genoemde te bevorderen;
- een wetenschappelijk verantwoorde, veilige en doelmatige werkwijze te bevorderen;
- de belangen van de Medische Staf te behartigen;
- het goed functioneren van de ziekenhuisorganisatie te bevorderen⁶³.

Meer in het bijzonder vallen onder de taak van de Medische Staf (voor zover hier relevant):

- het bevorderen van het collectieve en individuele verantwoordelijkheidsbesef voor de kwaliteit van het medische werk in het ziekenhuis;
- een goede coördinatie en een verantwoorde toetsing van het medische werk;
- het bevorderen van goede verslaglegging van ziektegeschiedenissen van poliklinische, klinisch en dagbehandeling patiënten in dossiers;
- de registratie en verslaglegging van het medische werk in het ziekenhuis;
- het bevorderen van het goed functioneren van de individuele medisch specialist⁶⁴.

De medische staf wordt vertegenwoordigd door het Medisch Stafbestuur (MSB). Het MSB voert namens de Medische Staf het woord en kan namens hen besluiten nemen. Het stafbestuur neemt daarbij kennis van de belangen, opvattingen en meningen, maar is vrij om naar bevind van zaken te handelen⁶⁵.

Ontwikkelingen

In november 2008 is het stafreglement gewijzigd. In essentie zijn de mogelijkheden van het MSB om het goed functioneren van de individuele medisch specialist te bevorderen uitgebreid, met name door de invoering van het reglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist⁶⁶.

Beoordeling

In wezen heeft het MSB een tweeledige verantwoordelijkheid: het bevorderen van de kwaliteit en veiligheid van zorg in brede zin en het behartigen van de belangen van de leden van de Medische Staf. Het MSB heeft deze verantwoordelijkheid onvoldoende genomen: hoewel hij (formeel) niet geïnformeerd is door de RvB over de misdiagnoses en foutieve

⁶¹ Dit is een uitvloeisel van de zogenoemde Integratiewet, waarbij het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf (GMSB) wettelijk verankerd werd.

⁶² Vastgesteld in maart 1988, en laatstelijk gewijzigd in december 2008

⁶³ Artikel III lid 1

⁶⁴ Artikel III lid 2

⁶⁵ Artikel VI lid 1

⁶⁶ Naar het landelijke model van de Orde van Medisch Specialististen

behandelingen had hij zelf moeten nagaan of het handelen van Jansen nadelige gevolgen had gehad voor de kwaliteit van zorg en zo nodig maatregelen moeten treffen. Zelfs na de publiciteit in oktober 2005 heeft hij - ondanks een uitdrukkelijk uitgesproken voornemen - geen maatregelen getroffen om een soortgelijke situatie als de affaire-Jansen in de toekomst te voorkomen (pas in november 2008 is het reglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist op geleide van het landelijke model van de Orde van Medisch Specialisten ingevoerd). Hij heeft de vakgroep niet ondersteund en/of begeleid bij de overname van de praktijk van Jansen en zich niet sterk gemaakt voor de invulling van de door het vertrek van Jansen ontstane vacature.

4.4 Raad van Commissarissen⁶⁷

Een Raad van Toezicht heeft tot taak toezicht te houden op het besturen door de Raad van Bestuur en op de algemene gang van zaken in de zorgorganisatie. In dit kader bewaakt de Raad van Toezicht tenminste:

- de realisatie van de doelstellingen van de zorgorganisatie;
- de strategie en de risico's verbonden aan de activiteiten van de zorgorganisatie;
- de opzet en werking van de interne risicobeheersings- en controlesystemen;
- de financiële verslaglegging;
- de naleving van wet- en regelgeving;
- het als zorgorganisatie op passende wijze uitvoering geven aan het zijn van een zorgonderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid.⁶⁸

Daarnaast heeft de Raad van Toezicht tot taak het werven en benoemen van de leden van de Raad van Bestuur, toe te zien op hun functioneren en indien daar aanleiding toe is maatregelen te nemen (ontslag).

Ontwikkelingen

Passend bij de ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit en veiligheid in de zorgsector worden de laatste jaren ook de taak en functie van het interne toezicht aangescherpt. Zo expliciteert de Zorgbrede Governancecode 2010 niet alleen de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid voor de Raad van Bestuur, maar ook voor de Raad van Toezicht.

Beoordeling

Kwaliteit en veiligheid van zorg waren naar destijds geldende maatstaven geen specifiek onderdeel van het toezicht door de RvC. De RvC is geheel afgegaan op de informatie die de RvB over de zaak-Jansen verstrekke en zag in deze zaak geen rol voor zichzelf. Hoewel de informatie van de RvB over de zaak-Jansen onvoldoende was, had het, vooral na de publiekelijke aankondiging van tientallen claims door Drost in het najaar van 2005, op de weg van de RvC gelegen om dóór te vragen. Het is immers bij uitstek een taak van de RvC om toezicht te houden op de risico's verbonden aan de activiteiten van het MST. Hier was duidelijk sprake van zodanig risico.

Voorts heeft de RvC zijn verantwoordelijkheid voor de bestuurlijke continuïteit, waaronder een toereikende bezetting van de RvB, onvoldoende genomen. Sinds april 2004 is er een

⁶⁷ Het MST kende tot voor kort de naam Raad van Commissarissen, naar het in het bedrijfsleven gebruikelijke toezichtmodel. Inmiddels is de naam veranderd in: Raad van Toezicht.

⁶⁸ Zorgbrede Governancecode 2005

eenmansbestuur en pas een jaar later neemt de RvC het besluit om een interim-bestuurder aan te trekken, overigens met het oog op het aanstaande gedwongen vertrek van de dan nog zittende bestuurder. Pas in augustus 2005 neemt hij het besluit over invulling van de bestuurlijke top van het MST met drie personen, die vervolgens pas met ingang van januari 2007 ten volle is gerealiseerd. Mede door deze langdurige bestuurlijke discontinuïteit bleef de aandacht van de RvB lange tijd beperkt tot de hoofdzaken, waar kwaliteit en veiligheid van zorg kennelijk – ook in de ogen van de RvC - niet onder vielen.

4.5 Klachtencommissie

Beoordelingskader

Op grond van de Regeling Klachtenopvang en –behandeling⁶⁹ van het MST is de klachtencommissie gehouden binnen vijf maanden na ontvangst van de klacht de klager, degene over wie is geklaagd en de RvB in kennis te stellen van haar oordeel en eventuele aanbevelingen. En voorts, dat bij afwijking van deze termijn de klachtencommissie daarvan met redenen omkleed mededeling doet aan de klager, degene over wie is geklaagd en, indien dit niet dezelfde persoon is, de zorgaanbieder, onder vermelding van de termijn waarbinnen de klachtencommissie haar oordeel over de klacht zal uitbrengen.

Indien een klacht zich richt op een naar haar oordeel ernstige situatie met een structureel karakter dan dient de klachtencommissie de zorgaanbieder daarvan in kennis te stellen. Indien de klachtencommissie niet is gebleken dat de zorgaanbieder ter zake maatregelen heeft getroffen, dient de klachtencommissie deze klacht te melden aan de IGZ⁷⁰.

Beoordeling

De Klachtencommissie heeft in totaal 8 klachten over Jansen behandeld, waarvan er twee betrekking hadden op de periode voor zijn vertrek:

	Datum ontvangst	Verwijt	Datum uitspraak	Uitkomst	Aanbevelingen	Opmerking(en)
1	25-10-2000	Onjuiste diagnose Alzheimer + Exelon	16-01-01	Ten dele gegrond	Nee.	+ claim
2	26-09-2002	Losgeraakte port-a-cath gemist; patiënte overleden	23-05-2003	ongegrond	Nee	+ claim
3	02-02-2004	Onjuiste diagnose Alzheimer + Exelon; ondeskundig uitgevoerde lumbaalpunctie	08-10-2004	Gegrond	Nee	+ claim
4	04-03-2004	Onjuiste diagnose MS + medicatie; nekhernia gemist	13-07-2004	Gegrond	Nee.	+ claim
5	16-03-2004	Onjuiste diagnose MS + medicatie; ondeskundig uitgevoerde lumbaalpunctie	03-08-2004	Gegrond	Ja; opstellen schriftelijke informatie over lumbaalpunctie	
6	30-03-2004	Ten onrechte	22-10-2004	Ten dele	Nee.	+ claim

⁶⁹ vastgesteld 26 april 2004

⁷⁰ Artikel 2a WKCZ, toegevoegd mei 2005

		Botoxinjecties in voeten, waardoor, verlamingsverschijnselen		gegrond		
7	13-04-2005	Onjuiste diagnose Alzheimer + Exelon	02-09-2005	Gegronnd	Nee.	+ claim
8	04-10-2005	Onjuiste diagnose beginnende dementie	03-03-2006	Gegronnd	Nee.	+ claim

Wat opvalt is dat de klachtencommissie zich niet altijd heeft gehouden aan de gestelde termijn, maar ze heeft betrokkenen in voorkomende gevallen wel geïnformeerd over de vertraging.

Verder valt op dat de klachtencommissie bij haar oordeel over de zes klachten die ze na het vertrek van Jansen heeft behandeld nagenoeg geen aanbevelingen heeft gedaan aan de RvB. Een enkele keer heeft ze dit gemotiveerd met de opmerking dat haar bekend was dat de RvB reeds stappen had ondernomen om herhaling te voorkomen, daarmee kennelijk doelend op het vertrek van Jansen.

De klachtencommissie heeft zich, conform haar taak, vooral gericht op individuele casuïstiek. Ze heeft niet onderkend dat hier sprake was van een ernstige situatie met een structureel karakter en niet de gelegenheid aangegrepen om casuïstiekoverstijgende aanbevelingen te doen aan de RvB. Hoewel de klachtencommissie hiermee in strikte zin geen wettelijke verplichting heeft geschonden⁷¹, heeft de klachtencommissie hiermee wel blijk gegeven van een beperkte taakopvatting. De Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector bevat immers sinds 1995 reeds de bepaling dat een oordeel van de klachtencommissie vergezeld kan gaan van aanbevelingen⁷². Daarmee had de wetgever wel degelijk het oog op een verantwoordelijkheid van de klachtencommissie die verder gaat dan het beoordelen van individuele casuïstiek.

4.6 Conclusies

Het handelen van betrokkenen overziende, luidt de conclusie dat de leden van de vakgroep, nadat zij kennis hadden genomen van de misdiagnoses en foutieve behandelingen, patiënten niet actief hebben opgeroepen of opgespoord om de gemaakte fouten te corrigeren. Hoewel zij hun handen vol hebben gehad aan de overname van de praktijk, hebben zij hierop ook niet aangedrongen bij de RvB. Bovendien richtten de vakgroepleden zich bij de overname van patiënten vooral op medisch-technische aspecten en kwamen zij niet toe aan begeleiding van patiënten bij de verwerking van het toegebrachte leed. Daarmee hebben zij het belang van gedupeerde patiënten onvoldoende onderkend en gediend.

Verder valt op dat de vakgroepleden wel afspraken maakten over verdeling van werkzaamheden, maar overigens geen gezamenlijk beleid formuleerden, of overleg over de aanpak voerden; het was ‘ieder voor zich’.

De Raad van Bestuur heeft zich in de periode direct na het vertrek van Jansen geheel gericht op diens vertrek; toen dat geregeld was, leek de zaak-Jansen voor de RvB kennelijk opgelost.

⁷¹ Immers, de verplichting om de RvB in kennis te stellen van zodanige situatie en bij uitblijven van maatregelen ter zake melding te doen aan de IGZ is pas sinds mei 2005 van kracht, terwijl nadien nog maar één klacht over Jansen is ontvangen en behandeld

⁷² Artikel 2 lid 2 onder c, WKCZ

De opvang van patiënten liet hij geheel over aan de vakgroep. De afhandeling van klachten en claims was neergelegd bij de klachtencommissie en de aansprakelijkheidsverzekeraar, met een impliciet mandaat aan enkele lijnfunctionarissen om de zaken bestuurlijk af te doen. De RvB zag hierin ten onrechte geen rol voor zichzelf en heeft daarom ook gemist dat het aantal klachten na oktober 2005 weliswaar ‘opdroogde’, maar het aantal claims sterk toenam. Dit laatste was een signaal dat gedupeerde patiënten geen vertrouwen (meer) hadden in het ziekenhuis.

Tenslotte valt op een gebrek aan communicatie, tot op zekere hoogte binnen de gelederen van de RvB, de vakgroep, het MSB en de RvC, maar vooral ook in relatie tot elkaar.

Vanaf januari 2009 is de aanpak van de RvB wezenlijk anders: hij neemt duidelijk regie, werkt nauw samen met andere betrokkenen en treft maatregelen om soortgelijke situaties in de toekomst te voorkomen en om de gedupeerde patiënten tegemoet te komen.

Bezien vanuit het perspectief van de patiënt – en daar gaat het om - kan de conclusie niet anders luiden dan dat de patiënt op meerdere momenten aan zijn lot is overgelaten. Of, zoals één van de gedupeerde patiënten, het treffend stelt: *‘De eerste klap was de mededeling over de misdiagnose. Daarna bleef elke begeleiding of zelfs maar belangstelling door het ziekenhuis uit; dat was de tweede klap. De derde klap was de bejegening en afhandeling van mijn claim door de aansprakelijkheidsverzekeraar.’*

Dit laatste aspect is tot nu toe nog onderbelicht gebleven, Maar voor de gedupeerde patiënt die compensatie zoekt voor geleden schade, is de afhandeling van zijn claim onlosmakelijk verbonden met de geneeskundige behandeling door het MST. Dit gegeven is dan ook aanleiding voor de commissie om in het volgende hoofdstuk uitgebreider in te gaan op de afhandeling van claims.

5. Stand van zaken opsporing gedupeerde patiënten en afhandeling klachten en claims

5.1 Inleiding

Het streven van het MST is een bevredigende oplossing te bereiken voor gedupeerde patiënten. Daarmee kan het toegebrachte leed weliswaar niet worden weggenomen, maar wel worden verzacht.

In dit verband is het van belang in beeld te brengen wat de stand van zaken is met betrekking tot de afhandeling van nog lopende klachten en claims tegen Jansen. Het gaat daarbij om twee aspecten, die in de volgende paragrafen worden uitgewerkt:

- De uitkomsten van het dossieronderzoek: zijn alle patiënten die getroffen zijn opgespoord en hebben zij – voor zover van toepassing – de nazorg gekregen die is aangewezen?
- De stand van zaken rond de afhandeling van schadeclaims.

De weergave van de stand van zaken biedt de commissie tevens de gelegenheid de vinger te leggen op problemen rond de claimbehandeling binnen het huidige systeem van aansprakelijkheidsverzekering van zorginstellingen.

5.2 Opsporing gedupeerde patiënten

Mede op verzoek van de minister van VWS en de leden van de vaste Kamercommissie heeft de RvB van het MST onderzoek laten doen naar de dossiers uit de praktijk van Jansen, teneinde nog niet als zodanig herkende oud-patiënten van hem, bij wie sprake kan zijn van misdiagnoses en/of onjuiste behandelingen, op te sporen.

Het onderzoek is uitgevoerd door een onderzoeksgroep onder verantwoordelijkheid van de heer prof. dr. Ph. Scheltens, neuroloog, lid van commissie I en q.q. van commissie II.

De onderzoeksgroep heeft in totaal 13 dossiers aangetroffen waarbij het vermoeden bestaat dat sprake is van misdiagnose en onjuiste behandeling met mogelijke gevolgen voor de patiënt. Dit betreft vijf gevallen van MS, driemaal Dementie, tweemaal Parkinson-dementie, tweemaal de ziekte van Parkinson en éénmaal syndroom van Gilles de la Tourette.

De onderzoeksgroep heeft de RvB aanbevolen nader onderzoek te doen naar het vervolgtraject bij deze patiënten en heeft daartoe de volgende suggesties gegeven:

- In eerste instantie onderzoek in het ziekenhuis zelf om de betreffende patiënten te kunnen traceren, bijvoorbeeld naar buiten het dossier beschikbare informatie over het laatste consult of mogelijk overlijden⁷³ dat niet archieftechnisch is verwerkt;
- Navraag bij de laatst bekende huisarts van deze patiënten;

⁷³ De onderzoeksgroep acht het niet uitgesloten, gezien de hoge leeftijd van de betreffende patiënten, dat een aantal van hen inmiddels is overleden

- En, afhankelijk van de bevindingen, de betreffende patiënten een onderzoek door een onafhankelijk externe neuroloog aanbieden.

Het volledige rapport van de onderzoeksgroep is als bijlage 4 bij het onderhavige rapport opgenomen.

Het MST heeft de aanbevelingen van de onderzoeksgroep inmiddels ter hand genomen.

Op peildatum 1 augustus 2010 heeft het MST tien van de dertien patiënten via hun huisarts bereikt. Vier patiënten hebben aangegeven in te gaan op de uitnodiging voor een gesprek met één van de neurologen; vier patiënten hebben aangegeven geen behoefte aan een gesprek te hebben; één patiënt heeft de uitnodiging voor een gesprek nog in overweging en één patiënt overweegt een claim in te dienen.

Van de drie patiënten die nog niet zijn bereikt, blijken twee patiënten te zijn overleden. Het MST heeft contact gezocht met de voormalige huisarts van de overleden patiënten teneinde contact te kunnen leggen met de (eventuele) nabestaanden. Wegens vakantiesluiting van de betreffende huisartsenpraktijk is dit op peildatum nog niet gelukt.

5.3 Afhandeling claims

Stand van zaken

A. Periode 1: vanaf vertrek Jansen medio december 2003 tot januari 2009

	Datum claim	Toedracht/verwijt	Afgehandeld
1	29-01-2004	Diagnose Alzheimer + Exelon. Arbeidsongeschikt, huis verkocht	12-09-2007
2	12-09-2004	Diagnose MS + medicatie; nekhernia gemist, arbeidsongeschikt	10-12-2009
3	16-09-2004	Diagnose MS + medicatie	14-12-2006
4	01-10-2004	Diagnose Alzheimer + Exelon	15-10-2009
5	05-01-2005	Botoxinjecties voet	
6	21-01-2005	Diagnose MS	
7	19-04-2005	Diagnose Alzheimer + Exelon. Baan kwijt, huis verkocht	11-07-2008
8	16-08-2005	Diagnose Alzheimer + Exelon. Arbeidsongeschikt, huis verkocht	31-01-2009
9	13-10-2005	Diagnose Parkinson	01-07-2008
10	14-10-2005	Diagnose MS + medicatie	09-03-2010
11	23-02-2006	Diagnose Parkinson; port-a-cath tbv medicatie-toediening, overleden	Ja
12	06-04-2006	Diagnose Parkinson	
13	06-04-2006	Diagnose MS + medicatie	19-05-2008
14	10-04-2006	Parkinson	
15	01-05-2006	MS, medicatie	01-07-2008
16	09-05-2006	Experiment ruggeprik?	05-11-2007
17	07-06-2006	Parkinson, medicatie	27-06-2008
18	07-06-2006	Parkinson, verlamde voet door stimulator	Ja

19	11-01-2007	MS, medicatie	ja
20	11-01-2007	MS, medicatie	03-02-2009
21	27-02-2007	Alzheimer,	15-04-2008
22	27-02-2007	Parkinson	19-03-2008
23	07-03-2007	Alzheimer, medicatie	16-09-2008
24	01-05-2007	Alzheimer, medicatie	30-10-2008
25	16-10-2007	Parkinson, medicatie	04-12-2008
	2008:geen		

B. Periode 2: vanaf januari 2009 tot heden

	Datum claim	Toedracht/verwijt	Afgehandeld
26	19-01-2009	MS, medicatie	
27	26-01-2009		
28	27-01-2009	Alzheimer, medicatie	
29	28-01-2009	Parkinson, medicatie	06-04-2009
30	28-01-2009	Parkinson	
31	29-01-2009	MS, medicatie	
32	29-01-2009	Alzheimer, medicatie	
33	29-01-2009	MS, medicatie	
34	29-01-2009		
35	02-02-2009	Slijtage rug en nek	
36	06-02-2009	Ooginjecties	
37	10-02-2009	MS, medicatie	
38	10-02-2009	Dementie, medicatie	
39	10-02-2009	Alzheimer, medicatie	
40	10-02-2009	Alzheimer, medicatie	
41	10-02-2009	Alzheimer, medicatie	07-06-2010
42	10-02-2009	Alzheimer, medicatie	
43	10-02-2009	Alzheimer, medicatie	
44	10-02-2009	MS, medicatie	
45	10-02-2009	Dementie, medicatie	15-12-2009
46	10-02-2009		
47	10-02-2009	Parkinson, medicatie	
48	11-02-2009	Parkinson, medicatie	
49	11-02-2009	Alzheimer, medicatie	20-02-2009
50	12-02-2009	Alzheimer, medicatie	
51	16-02-2009	Alzheimer, medicatie	
52	16-02-2009		
53	19-02-2009		
54	24-02-2009	Jeugddementie, medicatie	
55	24-02-2009	Ernstige atrofie hersenen	
56	24-02-2009	Parkinson	
57	24-02-2009	Parkinson, medicatie	
58	03-03-2009	Dementie, medicatie	
59	09-03-2009	Vernauwing halsslagader	
60	18-03-2009	MS, medicatie	
61	23-03-2009	DNA-onderzoek	
62	14-04-2009	Hersenbiopsie	
63	28-04-2009	Alzheimer, medicatie	
64	12-05-2009	Medicatie	
65	27-08-2009	Alzheimer, medicatie	
66	09-09-2009	Botoxinjecties	
67	10-09-2009	Parkinson	
68	17-09-2009	Botoxinjecties	
69	05-10-2009	Epilepsie, medicatie	
70	12-10-2009	MS, medicatie	

71	19-10-2009	MS, medicatie	
72	20-10-2009	Contrastvloeistof bij allergie	
73	16-11-2009	Lumbaalpunctie	
74	26-11-2009	Medicatie	
75	15-03-2010		
76	29-04-2010		
77	07-06-2010	Alzheimer, medicatie	
78	02-07-2010	Parkinson, medicatie	

In totaal zijn er 78 patiënten die een claim hebben ingediend⁷⁴

Daarnaast zijn er 14 zaken aangemeld, die zonder vervolg zullen zijn, omdat een eventuele aansprakelijkstelling volgens inschatting van de drie betrokken partijen (belangenbehartiger Drost, MediRisk en MST) kansloos is.

Voorts zijn er nog 9 zaken die Drost niet heeft gemeld bij Medirisk, omdat de verwachting is dat een eventuele schadevergoeding niet zal opwegen tegen de kosten die gemaakt moeten worden in het kader van de claimbehandeling. Over deze kleinere zaken is afgesproken dat de bedrijfskundig manager en één van de neurologen een gesprek aangaan met de betreffende patiënten, om de grieven te bespreken en te bezien wat het MST voor hen kan doen.

Van de ingediende claims zijn op de peildatum 32 zaken afgehandeld. In 16 zaken is aansprakelijkheid erkend en in 7 zaken is deze afgewezen. In 9 zaken is geen standpunt ingenomen omtrent de aansprakelijkheid. In totaal is in 22 zaken een schadevergoeding toegekend.

Over de nog in behandeling zijnde claims is in het afgelopen jaar intensief overleg gevoerd tussen letselschadebureau Drost, Medirisk en het MST, teneinde de afhandeling op een voor claimanten bevredigende wijze te bespoedigen. Op de peildatum is de stand van zaken hierin als volgt:

Van de resterende 46 zaken zijn er drie in behandeling bij Reaal en 43 bij Medirisk. Teneinde de afhandeling van de claims die bij Medirisk zijn ondergebracht te bespoedigen, hebben de drie betrokken partijen de zaken ingedeeld in 3 categorieën, gebaseerd op de geschatte omvang van de schade:

- | | |
|-------------------------------|------------|
| 1. tot € 5.000 | aantal: 6 |
| 2. tussen € 5.000 en € 10.000 | aantal: 6 |
| 3. boven € 10.000 | aantal: 31 |

De afspraak is dat het MST de claims van categorie 1 en (eventueel) categorie 2 zelf afhandelt en dat de overige claims de gebruikelijke procedure via Medirisk volgen.

Met betrekking tot deze laatste zaken hebben betrokken partijen meerdere malen overleg gepleegd, teneinde tot spoedige afhandeling te kunnen komen. Inmiddels zijn 12 dossiers zo ver dat een schikkingsvoorstel aan claimanten kan worden voorgelegd.

Het MST is voorts gestart met het periodiek informeren van patiënten die een claim hebben ingediend over de stand van zaken en voortgang in de behandeling.

⁷⁴ Peildatum 17 augustus 2010

Naast deze in behandeling zijnde zaken zijn er bij letselschadebureau Drost nog 70 patiënten ‘in portefeuille’. Hiervan is nog niet duidelijk of het zinvol is een claim in te dienen. De afspraak is dat Drost de betreffende patiënten vraagt om toestemming om hun namen aan het MST door te geven, zodat het MST kan onderzoeken of er fouten zijn gemaakt en zo ja een passend voorstel voor een financiële regeling kan doen. Op peildatum 1 augustus 2010 hebben 5 patiënten de gevraagde toestemming verleend.

5.4 Afhandeling claims nader bezien

De commissie is tijdens haar onderzoek gestuit op verschillende problemen rond de behandeling van schadeclaims, die voortvloeien uit het vigerende systeem van de aansprakelijkheidsverzekering. Daarmee zijn deze problemen vermoedelijk niet uniek voor de afhandeling van claims in de zaak Jansen, maar gelden ze meer in het algemeen.

In de eerste plaats is voor patiënten die een claim indienen onduidelijk wat zij van het ziekenhuis mogen verwachten.

Ziekenhuizen in Nederland hebben een aansprakelijkheidsverzekering voor medische schadeclaims. Ongeveer 70% van de ziekenhuizen heeft deze verzekering ondergebracht bij Medirisk, een onderlinge waarborgmaatschappij zonder winstoogmerk, waarbij de verzekerde zorginstellingen als lid van ‘de onderlinge’ invloed kunnen uitoefenen op het beleid.

Op grond van de polisvoorwaarden van de aansprakelijkheidsverzekering heeft het ziekenhuis geen zeggenschap over de inhoudelijke en procedurele behandeling van claims. Zijn taak is beperkt tot het op verzoek van de verzekeraar overleggen van de benodigde gegevens en het sluiten van vaststellingsovereenkomsten, indien de claimant instemt met een voorstel tot schikking van de zaak. Het ziekenhuis mag (en sinds kort: moet) open en eerlijk zijn tegenover patiënten over gemaakte fouten, maar mag zich niet uitlaten over de (eventuele) aansprakelijkheid. Het onderscheid tussen het toegeven van een gemaakte fout en het erkennen van aansprakelijkheid of schuld blijkt voor betrokkenen binnen het ziekenhuis doorgaans moeilijk te maken en leidt tot een afstandelijke en afwerende houding ten opzichte van de claimant. Voor patiënten die een claim hebben ingediend is die houding moeilijk te begrijpen en onverteerbaar; het ziekenhuis – en niet de aansprakelijkheidsverzekeraar – is immers hun aanspreekpunt. Bovendien kan het niet zo zijn dat polisvoorwaarden van een aansprakelijkheidsverzekering de wettelijk geregelde verantwoordelijkheid van het ziekenhuis om de patiënt goed te informeren en te begeleiden geheel wegnemen⁷⁵.

Daarnaast kleeft een aantal andere meer inhoudelijke problemen aan de claimbehandeling zelf:

- Het is een langdurig traject, onder meer door de complexiteit van het beantwoorden van de schuldvraag (is er sprake van verwijtbaar handelen?), de vraag naar de causaliteit (is er een oorzakelijk verband tussen het handelen en de geleden schade?) en tenslotte, als dit alles vaststaat, de vraag welke schade voor vergoeding in aanmerking komt;
- Het is een onoverzichtelijk traject; de patiënt weet niet wat hem te wachten staat, welke stappen doorlopen (moeten) worden, in welke fase van behandeling een claim op enig moment is etc.;

⁷⁵ Zie hetgeen hierover is opgemerkt in prg. 4.1, beoordelingskader RvB, Omgang met claims.

- Beoordeling van de claim vindt plaats door degene die ook moet betalen en dus belang heeft bij een lage schadelast;
- Bejegening door de aansprakelijkheidsverzekeraar wordt als afwerend, soms agressief en/of achterdochtig ervaren (“bewijst u dat maar eens”); de bewijslast ligt bij de claimant en diens belangenbehartiger, terwijl de bewijsmiddelen in handen zijn van het ziekenhuis;
- Onzekerheid over de uitkomst en daarmee over vergoeding van kosten. Wanneer een claim gehonoreerd wordt, dan komen de ‘redelijke kosten’ tot vaststelling van aansprakelijkheid en van schade en de redelijke kosten tot verkrijging van voldoening buiten rechte voor rekening van het ziekenhuis (in geval van eigen risico) c.q. diens aansprakelijkheidsverzekeraar. Wordt de claim niet gehonoreerd, dan zijn die kosten in beginsel voor rekening van de claimant. Daarbij zij opgemerkt dat tegenwoordig veel belangenbehartigers werken op basis van het “no cure, no fee” systeem. Dit betekent dat indien de claim niet wordt gehonoreerd, de belangenbehartiger geen aanspraak maakt op beloning voor zijn werkzaamheden; gemaakte onkosten (vervoer, telefoon, en dergelijke) komen wel ten laste van de claimant. Komt het tot een gerechtelijke procedure, dan gelden de regels van het burgerlijk procesrecht voor de verdeling van kosten: wie verliest, moet – behalve zijn eigen kosten – ook (een deel van) de kosten van de winnende partij dragen. Het indienen van een claim brengt dus altijd een financieel risico met zich mee. Dit gegeven werpt een hoge drempel op en vergt bovendien veel doorzettingsvermogen van claimanten.

5.5 Conclusies

Met het onderzoek van de commissie Scheltens zijn de patiënten die mogelijk nadelige gevolgen hebben ondervonden van de behandeling door Jansen en daarvan tot voor kort wellicht niet op de hoogte waren getraceerd. Het MST heeft het merendeel van de betreffende patiënten inmiddels geïnformeerd over de twijfels van de onderzoeksgroep ten aanzien van de door Jansen gestelde diagnose en gegeven behandeling en heeft een vorm van nazorg aangeboden, die is afgestemd op de behoefte van de betreffende patiënten. De overige patiënten – of hun nabestaanden – waren op de peildatum 1 augustus 2010 nog niet bereikt.

Wat betreft de claimafhandeling stelt de commissie vast dat de drie betrokken partijen de handen ineen hebben geslagen om tot een snelle(re) afhandeling van lopende zaken te kunnen komen. Het initiatief van MST om de kleinere zaken zelf af te doen (zonder tussenkomst van de aansprakelijkheidsverzekeraar) brengt deze doelstelling zonder meer dichterbij. Dit neemt niet weg dat nog altijd een flink aantal zaken in behandeling is bij Medirisk. De constructieve opstelling van betrokken partijen om ook deze zaken spoedig te kunnen afhandelen, neemt niet weg dat de belangentegenstellingen tussen partijen soms moeilijk te overbruggen zijn.

Tenslotte stelt de commissie vast dat aan de claimbehandeling als zodanig een aantal bezwaren kleeft. Deze bezwaren vragen om een herbezinning op het huidige systeem van de aansprakelijkheidsverzekering van ziekenhuizen. De commissie komt hierop terug in paragraaf 6.2.

6. Aanbevelingen

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geeft de commissie haar aanbevelingen. Zij neemt daarbij de aanbevelingen van commissie I als vertrekpunt.

Het rapport van commissie I bevat vooral aanbevelingen die gericht zijn op het voorkomen en vroegtijdig signaleren van disfunctioneren van medisch specialisten. In het eerste cluster van aanbevelingen geeft commissie II aan welke aanvullende maatregelen volgens haar hiertoe aangewezen zijn.

Het tweede cluster van aanbevelingen richt zich vooral op de wijze waarop moet worden omgegaan met de gevolgen van disfunctioneren, met name vanuit het perspectief van de gedupeerde patiënt. Het gaat dan om het omgaan met gemaakte fouten, met klachten en met claims.

Daar waar relevant, betreft commissie II in haar aanbevelingen het Plan van Aanpak dat het MST naar aanleiding van het rapport van commissie I heeft opgesteld. In algemene zin is de commissie van oordeel dat dit Plan van Aanpak een gedegen pakket maatregelen bevat, waarvan de uitvoering voortvarend ter hand is genomen⁷⁶. Zij ziet dan ook geen aanleiding dit Plan van Aanpak tot in detail te analyseren en beperkt zich tot die maatregelen die haar aanleiding geven tot het plaatsen van een kanttekening.

6.2 Aanbevelingen

De navolgende aanbevelingen zijn primair gericht aan de RvB van het MST, als de opdrachtgever van de commissie. Een aantal van deze aanbevelingen heeft echter een algemeen bereik, zodat deze ook voor andere zorginstellingen van belang kunnen zijn.

Cluster 1: Voorkomen en vroegsignalering van disfunctioneren

Vanzelfsprekend zijn maatregelen gericht op het voorkomen, tijdig signaleren en aanpakken van disfunctioneren de meest geëigende maatregelen om schade voor patiënten te voorkomen. De aandacht dient dan ook primair op deze preventieve maatregelen te zijn gericht. In aanvulling op het rapport van commissie I beveelt commissie II het volgende aan:

1. Periodieke beoordeling medisch specialisten

De RvB is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. Om deze verantwoordelijkheid waar te kunnen maken, heeft de RvB informatie nodig over het functioneren van ziekenhuismedewerkers, en van medisch specialisten in het bijzonder.

⁷⁶ Zie hiervoor de bijlagen 5 en 6, die een overzicht geven van de stand van zaken met betrekking tot de implementatie van de maatregelen uit het genoemde plan van aanpak per 29 juli 2010.

Zij zijn het immers die de zorg feitelijk verlenen.

Derhalve dient geborgd te zijn dat de RvB periodiek inzicht verkrijgt in het functioneren van medisch specialisten, zodat aanwijzingen voor verminderd functioneren tijdig kunnen worden opgemerkt en aangepakt.

In dit kader beveelt de commissie aan om periodiek het functioneren van medisch specialisten te (laten) beoordelen in rechtspositionele zin⁷⁷. Daartoe dient de RvB, tezamen met het MSB een kader vast te stellen, op grond waarvan iedere medisch specialist periodiek wordt beoordeeld en de RvB deze beoordeling vaststelt.

Dit beoordelingskader dient tenminste de volgende elementen te omvatten⁷⁸:

- resultaten van verrichte behandelingen
- opgetreden complicaties
- richtlijncompliance
- bijhouden van patiëntendossiers
- klachten en claims
- gemelde incidenten waarbij de medisch specialist betrokken is
- gevolgde bij- en nascholing, vaardigheidstraining
- uitkomsten van kwaliteitsvisitaties
- uitkomsten van functioneringsgesprekken (in het kader van IFMS), in het bijzonder het oordeel over de samenwerking van een medisch specialist met collega's en andere ziekenhuismedewerkers
- uitkomsten van patiënttevredenheidsonderzoeken
- eventuele procedures van civiel- straf- of tuchtrechtelijke aard
- stand van zaken van verbeteracties in de kwaliteit van de zorgverlening waarbij de medisch specialist betrokken is

RvB en MSB spreken voorts per element af wat de norm is en welke informatiebronnen gehanteerd worden om de score te bepalen. Uitgangspunt daarbij is zoveel mogelijk gebruik te maken van beschikbare en objectieve of objectiveerbare gegevens. Daarbij dient in het bijzonder te worden nagegaan in hoeverre ten behoeve van de beoordeling gebruik gemaakt kan worden van de informatie die in het kader van het IFMS verzameld wordt. Het IFMS is primair een aangelegenheid van en voor de leden van de Medische Staf. Het heeft meer het karakter van een evaluatie- en leerinstrument dan van een beoordelingsinstrument waaraan rechtspositionele consequenties kunnen worden verbonden. Dit neemt echter niet weg, zoals reeds in het rapport van commissie I is gesteld, dat de RvB geïnformeerd moet worden over de uitkomsten van IFMS en dat deze informatie mee kan wegen in de periodieke beoordeling van medisch specialisten.

De RvB legt de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de beoordeling bij de medisch manager(s) en legt in de functieomschrijving van de medisch manager de daarbij behorende taken en bevoegdheden vast.

Op grond van dit kader stelt de RvB periodiek een beoordeling van de in het ziekenhuis werkzame medisch specialisten vast en neemt hij een besluit over eventueel daaraan te verbinden consequenties. Deze consequenties kunnen uiteenlopen van het geven van

⁷⁷ Zie briefadvies RVZ, Relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg, maart 2010

⁷⁸ Zie ook het Kwaliteitskader voor Medisch Specialist van de OMS van juni 2010, waarin nagenoeg dezelfde elementen worden genoemd, zij het dat niet gesproken wordt van een beoordelingskader, maar van een informatieprotocol.

aanwijzingen om tot gerichte verbetering van het functioneren te komen, het treffen van disciplinaire maatregelen, tot het beëindigen van de arbeids- of toelatingsovereenkomst.

Aangezien de beoordeling consequenties kan hebben voor de rechtspositie van de medisch specialist dient de RvB tevens te voorzien in een bezwaarprocedure.

De beoordelingsgegevens dienen te worden opgenomen in het personeelsdossier van de betreffende medisch specialist.

Tenslotte dient de verplichting mee te werken aan periodieke beoordelingen van het functioneren expliciet te worden vastgelegd in de arbeids-/toelatingsovereenkomst.

2. Managementinformatie klachten en claims

Periodiek inzicht in de kwaliteit van geleverde zorg impliceert tevens een gedegen registratie van daartoe benodigde gegevens. In dit verband vraagt de commissie in het bijzonder aandacht voor de registratie van klachten en claims en de daaruit te genereren managementinformatie:

- a. *Aanpassing taak en positionering klachtenfunctionarissen.* Klachten zijn een belangrijke aanwijzing voor verminderde kwaliteit van zorg en voor mogelijk disfunctioneren. Het is daarom van belang dat het ziekenhuis antennes heeft voor klachten van patiënten, bij voorkeur voordat deze uitmonden in een formele klacht. De klachtenfunctionarissen staan als het ware in de eerste lijn en zijn aldus bij uitstek in staat om klachten snel te onderkennen en op te vangen. Bovendien zijn zij in staat tijdig patronen te signaleren in (de ontwikkeling van) aard en omvang van klachten. De commissie beveelt daarom aan de klachtenfunctionarissen een prominenter taak en positie te geven in de organisatie. Daartoe behoort de registratie en analyse van klachten en periodieke bespreking daarvan in een rechtstreeks overleg met de RvB. In dit verband verdient het tevens aanbeveling te bezien of de formatie klachtenfunctionarissen dient te worden uitgebreid.
- b. *Klachtencommissie.* De commissie beveelt aan de signalerende functie die een klachtencommissie kan hebben beter te benutten, door middel van een periodiek en gestructureerd rechtstreeks overleg tussen klachtencommissie en RvB, aan de hand van een registratie van de aard en omvang van ingediende klachten, met specifieke aandacht voor eventuele patronen.

Indien deze herpositionering van de taak en functie van klachtenfunctionarissen en klachtencommissie wordt uitgevoerd, ziet de commissie niet de toegevoegde waarde van de instelling van een patiëntenombudsman, zoals voorgesteld in het Plan van Aanpak van het MST. Zij acht het profiel van deze ombudsman bovendien onduidelijk.

- c. *Ontwikkeling van gespecificeerde claimoverzichten.* De claimoverzichten die de aansprakelijkheidsverzekeraar periodiek aan het ziekenhuis verstrekt, dienen nader gespecificeerd te worden om bruikbaar te zijn als managementinformatie. Daartoe is nodig dat het overzicht inzicht verschaft in het aantal afgedane en lopende claims per medisch specialist, in de aard van de verwijten die aan de claims ten grondslag liggen, alsmede in de uitkomsten. Deze informatie dient periodiek te worden besproken in de vergadering van de RvB, in het overleg tussen RvB en MSB en in het overleg tussen RvB en RVE.

Cluster 2: redresseren gevolgen van disfunctioneren voor patiënten

Met dit cluster aanbevelingen richt de commissie zich op de situatie waarin zich – ondanks de maatregelen gericht op preventie - toch een situatie van disfunctioneren voordoet.

Als opmaat voor haar aanbevelingen in deze schetst de commissie een beeld van wat had moeten gebeuren en wat betrokkenen hadden moeten doen na het feitelijke vertrek van Jansen in december 2003.

Na constatering van de receptvervalsing, maar toch zeker na de melding van de eerste misdiagnoses had de RvB onmiddellijk regie moeten nemen en een gestructureerde pro-actieve aanpak moeten kiezen. Hij had zich primair moeten afvragen of patiënten schade of andere nadelige gevolgen hadden ondervonden en daar gericht onderzoek naar moeten (laten) doen. Dit onderzoek had zich zowel moeten richten op de patiënten die nog in behandeling waren op het moment dat Jansen het MST moest verlaten, als op de patiënten die toen niet meer bij hem in behandeling waren. Gedupeerde patiënten hadden goed moeten worden begeleid; niet alleen medisch technisch, maar vooral ook in de verwerking van het gebeurde en het omgaan met emotionele, psychische en/of sociale schade. Daartoe had de RvB de benodigde multidisciplinaire ondersteuning – naast de neurologen bijvoorbeeld ook de inzet van een psycholoog, maatschappelijk werker, klachtenfunctionaris etc - moeten organiseren.

Dit beeld van wat destijds had moeten gebeuren brengt de commissie tot de volgende aanbevelingen.

3. Calamiteitenplan

Het ziekenhuis moet in het calamiteitenplan een protocol opnemen voor situaties zoals de onderhavige, net zoals er een protocol is voor de uitbraak van een besmettelijke ziekenhuisbacterie, brand of andere calamiteit. Dit protocol fungeert als een checklist voor het handelen. Daarin dienen tenminste de volgende zaken te worden vastgelegd:

- *Onderzoek naar gevolgen voor patiënt.*
Als er aanwijzingen zijn voor disfunctioneren⁷⁹ van een medisch specialist, dient onderzoek plaats te vinden naar mogelijke gevolgen voor diens patiënten, bij voorkeur uit te voeren door externe deskundigen, te werven via de desbetreffende wetenschappelijke vereniging. De opdracht tot dit onderzoek wordt gegeven door de RvB, na consultatie van het MSB. In het protocol moeten voorts afspraken worden vastgelegd over de verdere taakverdeling, waaronder het formuleren van de vraagstelling voor het onderzoek, het aanleveren van relevante documenten, het aanzoeken van externe deskundigen, secretariële ondersteuning etc.

⁷⁹ Onder disfunctioneren wordt volgens het KNMG-standpunt van juli 2005 betreffende het functioneren van de individuele arts verstaan: ‘een structurele situatie van onverantwoorde zorg, waarin een patiënt wordt geschaad of het risico loopt te worden geschaad, en waarbij de betreffende arts/medisch specialist niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen’

Deze aanbeveling dient tevens te worden verwerkt in de interne reglementen (met name in het stafreglement), waarbij de medewerking van medisch specialisten aan een dergelijk onderzoek verplicht wordt gesteld.

Indien uit dit onderzoek blijkt dat er inderdaad aanwijzingen zijn voor of bewijs is van nadelige gevolgen voor patiënten, dan dient het disfunctioneren te worden aangemerkt als een calamiteit en dienen (tenminste) de volgende stappen te worden genomen:

- *Melding aan interne en externe betrokkenen:*
Vanzelfsprekend dient de calamiteit gemeld te worden aan de RvC en aan de IGZ, onder overlegging van een uitgewerkt plan van aanpak. Tevens dient een communicatiestrategie te worden bepaald, waarin openheid van zaken het uitgangspunt is.
- *Actief benaderen, informeren en begeleiden van (mogelijk) gedupeerde patiënten*
Patiënten die mogelijk schade hebben ondervonden, moeten actief opgespoord worden. Zij dienen geïnformeerd te worden over de gemaakte fout(en), alsmede over de stappen die het ziekenhuis ondernomen heeft om een einde te maken aan het disfunctioneren en de stappen die het onderneemt om de schade voor patiënten te beperken. Daartoe behoren tenminste:
 - a. *Aanbieden van nazorg:* De zorgaanbieder biedt de patiënt passende nazorg aan, zowel op medisch inhoudelijk, als op maatschappelijk en/of psychosociaal gebied. De zorgaanbieder laat zich daarbij leiden door de reële behoeften en wensen van de patiënt.
 - b. *Informatie over (pre)juridische mogelijkheden:* Gedupeerde patiënten dienen actief geïnformeerd te worden over de mogelijkheid een klacht en/of claim in te dienen en moeten daarin worden begeleid⁸⁰. In dit verband is tevens proactief contact en overleg met de aansprakelijkheidsverzekeraar van het ziekenhuis aangewezen.

In dit verband acht de commissie het voorts raadzaam ziekenhuismedewerkers, en medisch specialisten in het bijzonder, periodiek te instrueren over het verschaffen van openheid over gemaakte fouten en over het onderscheid tussen het erkennen van fouten en het erkennen van aansprakelijkheid. De commissie beveelt aan dit onderwerp onderdeel te laten uitmaken van het in het Plan van Aanpak opgenomen cultuurprogramma “Vaardig en aardig”.

- *Aantekeningen in het dossier.* Op grond van de Gedragscode Medische Aansprakelijkheid (GOMA)⁸¹ dient in het geval van een incident met (mogelijke) gevolgen voor de patiënt(en) informatie in het dossier opgenomen te worden over de aard en toedracht van het incident en over de (mogelijke) gevolgen van het incident voor de patiënt(en). De commissie beveelt aan dat de ‘statuscommissie’ die het MST heeft ingesteld, deze richtlijn opneemt in haar rapportage.

In het calamiteitenplan dient tenslotte te worden vastgelegd hoe en door wie wordt toegezien op de uitvoering van de genoemde stappen.

⁸⁰ Deze aanbeveling gaat een stap verder dan de Gedragscode Medische Aansprakelijkheid (GOMA), waarin is vastgelegd dat deze informatie pas gegeven moet worden indien de patiënt daar om vraagt.

⁸¹ De gedragscode is opgesteld door vertegenwoordigers van patiënten, de KNMG, verzekeraars, advocatuur en wetenschap en op 16 juni 2010 overhandigd aan de minister van Justitie. Deze code heeft als doel openheid te verschaffen na een medisch incident en een betere afwikkeling van schadeclaims mogelijk te maken.

4. Claimbehandeling

Een meer proactieve benadering van patiënten die gedupeerd zijn als gevolg van medisch handelen draagt bij aan een betere behandeling en bejegening van de patiënt en kan tevens het aantal formele klachten en claims doen verminderen.

Als een patiënt (toch) een claim indient, omdat hij (im)materiële schade heeft geleden, verdient een andere aanpak door het ziekenhuis overweging dan die welke tot nog toe gebruikelijk is⁸².

Daartoe doet de commissie de volgende aanbevelingen aan Raden van Bestuur van ziekenhuizen:

- *Kleinere claims zelf afdoen*

De commissie beveelt aan dat het ziekenhuis een substantieel hoger eigen risico neemt voor de aansprakelijkheidsverzekering, zodat het de afhandeling van de kleinere claims geheel zelf ter hand kan nemen. Daarbij is uiteraard van belang dat daarvoor een procedure wordt ontwikkeld, bij voorkeur een landelijke regeling door de NVZ – in samenspraak met de NPCF – waarin wordt vastgelegd wie binnen het ziekenhuis de contactpersoon van de patiënt is; hoe de claimbehandeling plaatsvindt, en op welke wijze de patiënt inbreng kan hebben; op welke momenten de patiënt wordt geïnformeerd over de voortgang, alsmede binnen welke termijn een beslissing wordt gegeven en tenslotte: op welke wijze de patiënt bezwaar kan maken tegen de beslissing. Wat dit laatste aspect betreft, beveelt de commissie, in navolging van het wetsvoorstel *Clëntenrechten Zorg*⁸³, aan aansluiting te zoeken bij een geschillencommissie. Deze commissie zou de bevoegdheid moeten krijgen om ter zake bindende uitspraken te doen en tevens om kleinere schadevergoedingen toe te wijzen (bijv. tot een maximum van 25.000 euro) in die gevallen waarin voldoende aannemelijk is dat iets is fout gegaan dat het ziekenhuis valt te verwijten.

- *Begeleiding patiënt en diens eventuele belangenbehartiger bij claimbehandeling door aansprakelijkheidsverzekeraar*

Ook ten aanzien van claims die behandeld worden door de aansprakelijkheidsverzekeraar acht de commissie een nadrukkelijker inbreng van het ziekenhuis aangewezen. Het ziekenhuis dient de patiënt te begeleiden in dit proces, door een vast aanspreekpunt binnen het ziekenhuis aan te wijzen, informatie te geven over de claimprocedure, de verschillende fasen die worden doorlopen, en de termijnen die daarvoor gesteld zijn, alsmede over de voortgang van de behandeling, bij voorkeur door middel van een periodiek voortgangsbericht op vastgestelde momenten. Hij maakt daartoe nadere afspraken met de verzekeraar⁸⁴.

⁸² Zie prg. 5.4.

⁸³ Dit wetsvoorstel is op 7 juni 2010 ingediend bij de Tweede Kamer der Staten-Generaal

⁸⁴ Op grond van de GOMA, richtlijnen 15 en 16, neemt de aansprakelijkheidsverzekeraar in beginsel binnen drie maanden nadat hij de aansprakelijkstelling heeft ontvangen een onderbouwd standpunt in inzake de aansprakelijkheid. Mocht deze termijn niet haalbaar blijken, dan meldt hij dit onder opgave van redenen aan het ziekenhuis en aan de patiënt en geeft hij aan wanneer de patiënt alsnog een reactie kan verwachten. De verzekeraar geeft schriftelijk en gemotiveerd aan wat hij erkent, wat hij afwijst en wat naar zijn mening nog nader onderzoek verdient.

Tenslotte heeft de commissie de volgende aanbevelingen aan de aansprakelijkheidsverzekeraar(s) en aan de minister van VWS:

- *Mogelijkheid onafhankelijk oordeel in te roepen.*

Een wezenlijk probleem van het huidige systeem van claimbehandelingen is dat de beoordeling van een claim plaatsvindt door de aansprakelijkheidsverzekeraar zelf, die belang heeft bij een lage schadelast. Daarmee is onvoldoende verzekerd dat de claimbeoordeling onafhankelijk plaatsvindt. Het kan ook leiden tot jarenlange discussies met de belangenbehartiger van de claimant over de schuldvraag, de causaliteit of de te vergoeden schade⁸⁵.

Om dit probleem aan te pakken, beveelt de commissie aan om in de huidige procedure van claimbehandeling te voorzien in de mogelijkheid voor de claimant om een onafhankelijk oordeel in te roepen. Daartoe dient (ook) de aansprakelijkheidsverzekeraar zich aan te sluiten bij de genoemde geschillencommissie, die de bevoegdheid krijgt om bindende uitspraken te doen over de aansprakelijkheid. De verwachting van de commissie is dat van het bestaan van deze mogelijkheid alleen al een preventieve werking zal uitgaan.

- *Uitbreiden mogelijkheden rechtsbijstand/vergoeding kosten*

De commissie beveelt de minister van VWS aan nader onderzoek te laten doen naar mogelijkheden om de rechtsbijstand van patiënten die schade hebben geleden als gevolg van medisch handelen uit te breiden, met name door na te gaan of deze vorm van rechtsbijstand als aanspraak is op te nemen in het basispakket ingevolge de Zorgverzekeringswet, al dan niet met een beperkt eigen risico.

Daarnaast beveelt de commissie de aansprakelijkheidsverzekeraar(s) aan beleid te ontwikkelen en openbaar te maken inzake de bevoorschotting van patiënten en hun eventuele belangenbehartigers, die in het kader van de claimbehandeling (soms aanzienlijke) kosten moeten maken.

Zorgvuldig sluiten van de zaak

Een laatste aanbeveling aan de RvB van het MST tot slot:

Ten tijde van het afronden van dit onderzoek is de zaak-Jansen nog niet geheel afgesloten. De commissie beveelt de RvB aan om zowel de voortgang van de implementatie van het Plan van Aanpak als de voortgang in de afhandeling van claims periodiek openbaar te melden, en uiteindelijk een eindbericht te publiceren wanneer alle onderdelen van het plan zijn verwezenlijkt en alle claims zijn afgehandeld.

⁸⁵ Om dit probleem te verhelpen, is in het verleden in Nederland wel gepleit voor de oprichting van een (nationaal) schadefonds, waaruit patiënten die als gevolg van een medische behandeling schade hebben geleden compensatie ontvangen. In deze optie doet de schuldvraag namelijk niet meer ter zake. Dit zou de snelheid van afhandeling ten goede komen en meer recht doen aan de patiënt. Naast voordelen kleven aan een dergelijk voorstel ook bezwaren, met name door de hoge kosten die ermee gemoeid zijn en de vraag voor wiens rekening deze kosten moeten komen. In wezen geldt hetzelfde voor een zogenaamde 'no fault' verzekering, zoals bijvoorbeeld Zweden die kent

Lijst van afkortingen

AMS	Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten
DBC	DiagnoseBehandelingCombinatie
GOMA	Gedragscode Medische Aansprakelijkheid
GVO	Gerechtigd VoorOnderzoek
HRM	Human Resource Management
ICT	Informatie- en CommunicatieTechnologie
IFMS	Individueel Functioneren Medisch Specialisten
IGZ	Inspectie voor de GezondheidsZorg
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst
KZi	Kwaliteitswet Zorginstellingen
LTHP	Lange Termijn HuisvestingsPlan
MRI	Magnetic Resonance Imaging
MIP	Melding Incidenten Patiëntenzorg
MS	Multipale Sclerose
MSB	Medisch StafBestuur
MST	Medisch Spectrum Twente
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Organisatie
OBV	OverBruggingsUitkering
PvA	Plan van Aanpak
RIBIZ	Registratie en Informatie Beroepsbeoefenaren In de Zorg
RvB	Raad van Bestuur
RvC	Raad van Commissarissen
RVE	ResultaatVerantwoordelijke Eenheden
RvT	Raad van Toezicht
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGBO	Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst
WKCZ	Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector

Bijlage 1

Instellingsbesluit



Instellingsbesluit Externe Onderzoekscommissie II Medisch Spectrum Twente

Considerans

De Raad van Bestuur van Medisch Spectrum Twente heeft op 17 maart 2009 een externe commissie (Commissie I) ingesteld met als opdracht onderzoek te doen naar de voormalige neurologiepraktijk van dr. E. Jansen. Deze neuroloog heeft het ziekenhuis in 2004 in verband met ernstig disfunctioneren verlaten. Gebleken is dat dit disfunctioneren heeft geleid tot een reeks misdiagnoses en dientengevolge verkeerde behandelingen. Het onderzoek van Commissie I heeft geresulteerd in een rapport, getiteld: "En waar was de patiënt...?". De aanbevelingen uit dit rapport zijn door het ziekenhuis vertaald in concrete maatregelen. Aanvullend op het grondige onderzoek en de zorgvuldige analyse van Commissie I, bestaat de behoefte aan onderzoek naar het handelen van de diverse actoren ná het vertrek van de neuroloog eind 2003 ten aanzien van gedupeerde patiënten. Bij dit onderzoek ligt de nadruk op aspecten van governance.

Parallel hieraan start in opdracht van de Raad van Bestuur een onderzoek naar de dossiers uit de praktijk van dr. E. Jansen met als doel mogelijke misdiagnoses, onjuiste behandelingen en andere onregelmatigheden op te sporen. Hiervoor is een onderzoeksopzet in ontwikkeling. Commissie II toetst de opzet van dit dossieronderzoek alvorens de Raad van Bestuur opdracht geeft tot het onderzoek. De bevindingen van het dossieronderzoek worden aangeboden aan Commissie II en aan de Raad van Bestuur. Commissie II betreft in het door haar uit te brengen rapport ook de bevindingen uit het dossieronderzoek.

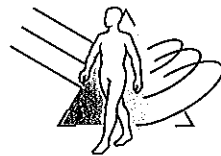
Naast deze twee onderzoeken die in opdracht van de Raad van Bestuur zullen plaatsvinden, zal op verzoek van de minister van VWS een extern onderzoek plaatsvinden naar het handelen van de IGZ in deze casus. Derhalve wordt de rol van de IGZ niet in het onderzoek van de Commissie II betrokken.

De Raad van Bestuur besluit:

1. Er is een externe onderzoekscommissie terzake de gevolgen van het disfunctioneren van dr. E. Jansen, hierna te noemen Commissie II.
2. Commissie II heeft tot taak onderzoek te doen naar de rol van de professionals, de Raad van Bestuur, de Raad van Commissarissen en andere betrokkenen in de periode na het feitelijk vertrek van dr. E. Jansen uit MST tot en met heden. Centraal staat de vraag welke kennis de professionals, de Raad van Bestuur, de Raad van Commissarissen en andere betrokkenen droegen van de gevolgen van disfunctioneren van dr. E. Jansen voor zijn patiënten en na te gaan of en zo ja wat met die wetenschap is gedaan en of en zo ja tot welke acties dat heeft geleid.



3. Het onderzoek van Commissie II richt zich op de periode vanaf het feitelijk vertrek van dr. E. Jansen uit MST (eind 2003) tot heden, waarbij de conclusies van het rapport van de Commissie I als startpunt worden gebruikt.
4. De commissie rapporteert haar bevindingen, oordelen en aanbevelingen aan de Raad van Bestuur. Zij betreft daarbij ook het pakket van maatregelen dat naar aanleiding van Commissie I getroffen is, alsmede de bevindingen uit het dossieronderzoek uitgevoerd door de onder 10. bedoelde onderzoeksgroep.
5. De commissie bestaat uit de volgende personen:
 - De heer prof. dr. W. Lemstra, voorzitter;
 - De heer mr. dr. M. Oosting, vice-voorzitter;
 - Mevrouw mr. I.P. Michiels van Kessenich-Hoogendam;
 - De heer drs. P.C.H.M. Holland;
 - Mevrouw mr. M. de Lint, ambtelijk secretaris.
6. De commissie kan zich ten behoeve van de beantwoording van deelvragen, dan wel voor het verkrijgen van door haar noodzakelijk geachte gegevens, laten ondersteunen door ter zake deskundige disciplines. Verzoeken hiertoe worden via het ambtelijk secretariaat ingediend bij de Raad van Bestuur.
7. De commissie krijgt desgevraagd de beschikking over, dan wel kan zich inzicht verschaffen in, alle documenten die zij voor de uitoefening van haar taak noodzakelijk acht, met uitzondering van medische dossiers.
8. De Raad van Bestuur van Medisch Spectrum Twente stelt desgevraagd door de commissie, in redelijkheid al het mogelijke in het werk om de medewerking van betrokken actoren aan het onderzoek van Commissie II te bewerkstelligen.
9. De Raad van Bestuur van Medisch Spectrum Twente stelt de begroting vast voor de commissie. De voorzitter van de commissie legt hem hiertoe via het ambtelijk secretariaat een voorstel (inclusief tijdsbeslag) voor.
10. Naast Commissie II stelt de Raad van Bestuur een onderzoeksgroep in, waarin onafhankelijke externe deskundigen zullen participeren, die de dossiers uit de praktijk van dr. E. Jansen onderzoekt op mogelijke misdiagnoses, onjuiste behandeling en andere onregelmatigheden. Commissie II toetst de onderzoeksopzet alvorens de Raad van Bestuur opdracht geeft tot het onderzoek. De onderzoeksgroep rapporteert haar bevindingen uiterlijk 1 april 2010 aan Commissie II en de Raad van Bestuur. Op verzoek van Commissie II rapporteert de onderzoeksgroep tussentijdse bevindingen uit het dossieronderzoek, die relevant (kunnen) zijn voor het onderzoek van Commissie II.



11. De commissie brengt haar rapport uiterlijk 1 mei 2010 uit, onder voorwaarde dat de onder 10. genoemde onderzoeksgroep haar bevindingen uiterlijk 1 april 2010 gerapporteerd heeft.
12. Het rapport van de commissie wordt eigendom van Medisch Spectrum Twente.
13. Nadat de commissie haar rapport heeft uitgebracht aan de Raad van Bestuur van Medisch Spectrum Twente wordt haar décharge en vrijwaring verleend.
14. Het rapport van de commissie wordt openbaar gemaakt.

Aldus ondertekend te Enschede op 18 november 2009,

De Raad van Bestuur van Medisch Spectrum Twente,

prof. dr. J.H. Kingma

J.G.W. Lensink MScN

drs. A.H. Hilbers

Bijlage 2

Verantwoording onderzoeksanpak en werkwijze

Onderzoek documenten

Het MST heeft voor de aanvang van de onderzoeksactiviteiten uitgebreid documentatie verschaft aan de leden van de commissie. Dit betrof schriftelijke informatie over de organisatie in brede zin en alle correspondentie die betrekking had op Jansen en zijn praktijkvoering in de periode vanaf zijn feitelijke vertrek uit het MST tot heden.

Deze basisset is aangevuld met documentatie die door de commissie gericht is opgevraagd bij het MST en/of andere betrokkenen. De commissie heeft daarnaast gebruik gemaakt van algemene bronnen (literatuur, wetgeving, jurisprudentie).

Gesprekken met betrokkenen

De commissie heeft gesprekken gevoerd met de volgende personen:

Patiënten	3 oud-patiënten Jansen; 1 letselschadespecialist
Raad van Bestuur	3 voormalige bestuurders, 3 huidige bestuurders
Vakgroep Neurologie	2 neurologen, 1 oud lid vakgroep, 1 voormalig arts-assistent
Medisch Stafbestuur	2 voormalige voorzitters, huidige voorzitter 1 voormalige beleidsmedewerker
Raad van Commissarissen	1 voormalige voorzitter, 2 voormalige leden
Stafdienst	1 oud-secretaris RvB, 1 huidige secretaris RvB, 1 bedrijfsjurist, 1 bedrijfsjurist a.i.
Lijnmanagement	1 voormalig clustermanager
Klachtenbehandeling	1 voormalig secretaris klachtencommissie, 2 voormalig voorzitters klachtencommissie, 1 voormalig vice-voorzitter klachtencommissie, 1 secretaresse klachtencommissie, 1 klachtenfunctionaris, 1 voorzitter interne audit commissie klachtenprocedure
Overige medewerkers	1 voormalig secretaresse neurologie
IGZ	1 voormalig hoofdinspecteur, 1 voormalig regionaal inspecteur
Aansprakelijkheidsverzekeraar	1 voormalig bestuurder, 1 huidige bestuurder

De gespreksdeelnemers zijn geconfronteerd met bevindingen die de commissie heeft aangetroffen in verschillende documenten en/of met informatie, verstrekt door andere gespreksdeelnemers.

Van de gesprekken zijn verslagen gemaakt, die in concept zijn voorgelegd aan de gespreksdeelnemers ter aanvulling en/of correctie.

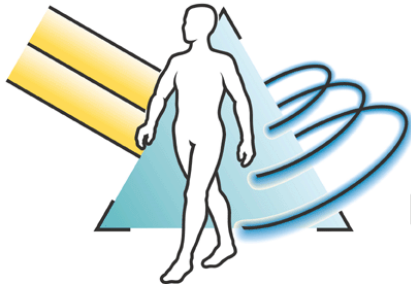
Van alle betrokkenen die door de commissie gevraagd zijn hun medewerking aan haar onderzoek te verlenen, heeft de heer R. Ramaker, voorzitter van de RvB in de periode vanaf het vertrek van Jansen uit het MST tot april 2005, meerdere malen geweigerd. Van de heer Jansen is geen reactie ontvangen.

Commissievergaderingen

De commissie is in totaal 11 maal plenair bijeen geweest. Daarnaast zijn door delegaties vanuit de commissie specifieke activiteiten voorbereid en uitgevoerd.

Bijlage 3

Plan van Aanpak Medisch Spectrum Twente, “Het vertrouwen hersteld”.



Medisch Spectrum $\triangle$ Twente

‘Herstel van vertrouwen’

De aanpak

Enschede, 8 oktober 2009



Medisch Spectrum $\triangle$ Twente

Inleiding

Het onderzoeksrapport van de commissie Lemstra is op 1 september 2009 aangeboden aan de Raad van Bestuur van Medisch Spectrum Twente. Het rapport is voorzien van een reeks conclusies en aanbevelingen die er vooral op zijn gericht om:

- a. de positie van de patiënt, in het bijzonder de patiënt met een klacht, te versterken;
- b. het medisch-specialistisch handelen inzichtelijker en toetsbaar te maken;
- c. de positie van de medische staf in het ziekenhuis te verankeren;
- d. verantwoordelijkheden van bestuur en toezicht voor de kwaliteit van zorg van de betrokken actoren helder te beleggen..

De voorzitter van de Raad van Bestuur heeft, nadat hij het rapport in ontvangst had genomen, een verklaring afgelegd (zie <http://www.mst.nl/nieuws/Verklaring-vz-RvB-versie-1-september.doc/>) . In die Verklaring kondigde hij een plan van aanpak aan, in aanvulling op wat de afgelopen jaren overigens al is gerealiseerd.

Het ziekenhuis is onthutst door de bevindingen van de commissie. Vooral de constatering dat de positie van de patiënt in deze hele kwestie onderbelicht is gebleven, is hard aangekomen. De Raad van Bestuur rekent het tot zijn taak en verantwoordelijkheid om maatregelen te treffen opdat patiënten er op kunnen rekenen dat de beroepsbeoefenaren aan wiens zorgen men is toevertrouwd, het belang van de patiënt voorop stellen en dat de patiënt de –medisch gezien- aangewezen behandeling krijgt.

Tegen die achtergrond is de Raad van Bestuur van oordeel dat naast de al in gang gezette maatregelen, de zorg voor de gedupeerde patiënten alsmede de klachtbehandeling extra aandacht behoeven. Voorts dient herhaling te worden voorkomen en moet het ziekenhuis leren van de fouten uit het verleden.

Een aantal patiënten van dr. E. Jansen ondervindt ook nu nog de gevolgen van diens handelen. Dat kunnen fysieke maar ook mentale gevolgen zijn. Sommigen van hen hebben een klacht ingediend tegen de voormalige neuroloog van het ziekenhuis, anderen een claim wegens geleden schade. Door de vaak langdurige procedures die samenhangen met de afwikkeling van klachten en claims, kunnen patiënten in onzekerheid verkeren. Hun vertrouwen in de gezondheidszorg in het algemeen, en die van Medisch Spectrum Twente in het bijzonder wordt hierdoor danig op de proef gesteld.

De Raad van Bestuur betuigt zijn spijt aan alle gedupeerde patiënten en zal zich inzetten om de gevolgen, die voor iedere patiënt verschillen, te verzachten. Het is om die reden dat het ziekenhuis de verplichting op zich neemt om de afhandeling van claims en klachten waar mogelijk te bespoedigen. Indien nodig en gewenst, zal het ziekenhuis bemiddelen.

Uitgangspunten voor een Aanpak

De Raad van Bestuur heeft twee documenten als uitgangspunt genomen voor het opstellen van een Aanpak.

- a. aanbevelingen van de commissie Lemstra
- b. de brieven van de minister van VWS van 24 juli 2009 en 9 september 2009

Tevens zijn de uitkomsten van het gesprek op 17 september jl. met de Inspectie voor de Gezondheidszorg in de Aanpak betrokken.

A. Maatregelen gericht op directe interventie

Met betrekking tot lopende claims van patiënten tegen het ziekenhuis in relatie tot het handelen van dr. E. Jansen zal in overleg met de verzekeraar van het ziekenhuis worden gestreefd naar een actieve schadeafhandeling. Het is het ziekenhuis er veel aan gelegen om de afronding van slepende kwesties waar mogelijk te bespoedigen.

Ook leven bij patiënten nog vragen rondom deze hele kwestie, zowel in relatie tot het rapport van de commissie Lemstra als tot hun eigen situatie. Ook op deze punten kondigt de Raad van Bestuur maatregelen aan.

In de Wet Cliëntenrechten Zorgsector zal worden opgenomen dat professionals verantwoording moeten afleggen aan het (ziekenhuis)bestuur; dit is zowel in lijn met één van de aanbevelingen van de onderzoekscommissie.

De Raad van Bestuur neemt vooruitlopend op aanstaande wetgeving, alvast een aantal maatregelen in lijn met het vorenstaande.

Maatregel 1 – aanstelling van een patiëntenombudsman (2009)

De Raad van Bestuur stelt een patiëntenombudsman aan.

Bij de behandeling van een klacht van een patiënt spelen een aantal partijen een rol, te beginnen met de klager, meestal de patient zelf. Los van het management en het bestuur van het ziekenhuis, spelen de klachtenfunctionaris, de Klachtencommissie, de aansprakelijkheidsverzekeraar, de medisch specialisten en andere zorgverleners ieder hun eigen rol. In deze soms lange keten kan de communicatie onbedoeld haperen, kan de patiënt makkelijk het spoor bijster raken en staan management en bestuur van het ziekenhuis op afstand om de onafhankelijkheid van de klachtbehandeling niet te beïnvloeden. Om een goede en tijdige voortgang van de procedure te garanderen en in te kunnen grijpen waar het proces hapert, wil het ziekenhuis de patiënt een krachtig aanspreekpunt bieden. Daartoe zal een patiëntenombudsman worden benoemd. Deze zal niet alleen de voortgang van het proces bewaken, maar ook management en bestuur van de voortgang op de hoogte houden. Hij of zij gaat als smeeroelie fungeren tussen de bij de klachtenprocedure betrokken actoren. Het uiteindelijke doel moet zijn dat iedere schakel van de klachtenketen inzichtelijk, transparant en navolgbaar moet zijn, zodat de klager zich serieus genomen voelt.

Klachten en claims worden op dit moment volgens de daarvoor geldende formele richtlijnen behandeld en afgehandeld, toegewezen maar soms ook afgewezen. Bedacht moet dan worden dat bij afwijzing van een klacht of claim, gevoelens van onbehagen of onbegrip bij de klager

gemakkelijk kunnen blijven bestaan. De onbevangen en onafhankelijke blik van de patiëntenombudsman kan het ziekenhuis helpen beter aan de verwachtingen van de patiënt te voldoen.

De relatief onafhankelijke positie van de patiëntenombudsman zal in een apart statuut worden opgenomen.

Maatregel 2 – inrichting van een nazorgpoli (2009)

Zo spoedig mogelijk wordt een zogeheten nazorgpoli voor patiënten van dr. E. Jansen ingericht.

Deze nazorgpoli wordt bereikbaar via een breed bekend te maken telefoonnummer en e mailadres. Voormalige patiënten van dr. E. Jansen kunnen hier terecht voor vragen over hun dossier, hun behandeling, hun medicatie, hun klachten, hun claims en voor polikliniekafspraken in het ziekenhuis.

De nazorgpoli wordt bemenst door deskundigen die de aard van de vragen goed kunnen beoordelen en de vragensteller kunnen helpen bij het krijgen van een antwoord. De afhandeling van de vraag wordt gevolgd, zodat de vragensteller ervan verzekerd kan zijn dat correcte en tijdige afhandeling plaatsvindt.

Voor (ex) patiënten van dr. E. Jansen die gebruik wensen te maken van deze faciliteit, zijn hieraan vanzelfsprekend geen kosten verbonden.

Maatregel 3 – patiënten actief benaderen (2009)

Het ziekenhuis gaat actief op zoek naar voormalige patiënten van dr. E. Jansen

Het is alleszins denkbaar dat oud-patiënten van dr. E. Jansen als gevolg van de hernieuwde (media)aandacht rond het functioneren van deze neuroloog behoefte hebben aan professionele begeleiding in de vorm van psychologische ondersteuning dan wel geestelijke verzorging. Het ziekenhuis gaat de patiënten die hebben gereageerd op de in het voorjaar in regionale en landelijke dagbladen verschenen advertentie actief benaderen. Hen zal worden gevraagd hoe zij de afwikkeling van hun toenmalige vraag hebben ervaren en of zij wellicht nog onbeantwoorde vragen hebben.

Ook worden alle overige patiënten (voor zover hun controle en behandeling bij het vertrek van dr. E. Jansen in 2004 niet overgenomen is door een andere neuroloog van het ziekenhuis) zo spoedig mogelijk actief benaderd.

Alle huisartsen en apothekers in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis ontvangen in oktober een brief van de Raad van Bestuur waarin hen onder andere wordt gevraagd na te gaan of bij hen oud patiënten van dr. E. Jansen bekend zijn die bepaalde medicatie al langdurig gebruiken waar heroverweging uit medisch oogpunt wellicht aangewezen is. Teneinde hier breed aandacht aan te geven, wordt deze brief op de website van het ziekenhuis geplaatst. Ook zal middels advertenties hier de aandacht op worden gevestigd.

De Raad van Bestuur stuurt Zorgverzekeraar Menzis in oktober een brief waarin navraag wordt gedaan naar oud patiënten van dr. E. Jansen in relatie tot bepaald medicijngebruik.



Maatregel 4 – onderzoek naar lacunes in patiëntendossiers (2010)

Het ziekenhuis laat onderzoek doen naar onverklaarbare lacunes in dossiers van patiënten van de voormalig neuroloog dr. E. Jansen

De commissie Lemstra heeft aan de hand van een aselechte steekproef van 35 patiëntendossiers geconcludeerd dat de dossiervoering door dr. E. Jansen zeer gebrekkig was. Extrapolatie van deze uitkomsten naar alle dossiers van dr. E. Jansen, zou betekenen dat geen enkel dossier volledig is. De Raad van Bestuur heeft besloten om binnen de wettelijke mogelijkheden statusonderzoek te laten doen naar de tot op heden niet verklaarbare lacunes in de dossiers. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van dit onderzoek wordt extern belegd.

Maatregel 5 –interne procedure tuchtklachten (2010)

Een nieuwe interne procedure voor de begeleiding en afhandeling van tuchtklachten gaat de belangen borgen van zowel de klager als van de ziekenhuismedewerkers

Een interne procedure voor de afhandeling van tuchtklachten is in concept gereed. Deze procedure beschrijft de procesgang indien tegen een medicus of andere zorgverlener, werkzaam in ons ziekenhuis een tuchtklacht is ingediend.

De procedure beoogt enerzijds de positie van de klager beter te borgen, maar anderzijds BIG geregistreerde professionals te voorzien van deskundige bijstand in geval van een tuchtklacht.



B. Maatregelen gericht op een cultuuromslag

De minister constateert in zijn brief aan de Tweede Kamer van 9 september 2009 dat een cultuuromslag moet plaatsvinden in Medisch Spectrum Twente zodat veiligheid en kwaliteit van zorg te allen tijde bij alle betrokkenen weer bovenaan komt te staan. De commissie Lemstra constateert die noodzaak voor vele instellingen in Nederland, maar MST pakt die handschoen op.

Een cultuuromslag komt niet als vanzelf tot stand maar moet van bovenaf worden geleid. De leiding van het ziekenhuis (Raad van Bestuur en managers) neemt hierin het voortouw en zal de medewerkers in deze cultuuromslag meenemen door een voorbeeldfunctie te vervullen en voorbeeldgedrag uit te stralen. Het begrip integriteit en integer werken neemt daarin een centrale plaats in. Ook de adviesorganen (het Medisch Staf Bestuur, de Ondernemingsraad, de Verpleegkundige Advies Raad en de Cliëntenraad) zullen hier –elk vanuit een eigen rol– uiteraard ten volle bij worden betrokken.

De cultuuromslag gaat vergezeld van het motto: ***‘hier werk je integer, of hier werk je niet’***.

De Raad van Bestuur vindt dat er een bedrijfscultuur dient te zijn waarin op open wijze het eigen functioneren ter discussie moet kunnen komen te staan en waar het nakomen van gemaakte afspraken (*compliance*) een ingesleten gewoonte is. De eerste stappen zijn gezet, erkent ook de commissie Lemstra. De Raad van Bestuur gaat dan ook verder op deze ingeslagen weg en doet dat met de hierna aangegeven maatregelen, zichzelf daarbij voorop stellend.

Maatregel 1 – Raad van Bestuur stelt zich toetsbaar op (2010)

De leden van de Raad van Bestuur dienen zich als individueel lid van de Raad van Bestuur toetsbaar op te stellen. Hiertoe wordt een beoordelingsinstrument ontworpen.

In 2010 wordt –naar het voorbeeld van het IFMS-reglement (IFMS = Individueel Functioneren Medisch Specialisten) voor de medische staf– een beoordelingsinstrument ingevoerd waarmee het functioneren van de leden van de Raad van Bestuur jaarlijks zal worden gemonitord. In het kader van deze nieuwe beoordelingssystematiek zal met name de interactie met de directe omgeving onderwerp van beoordeling zijn. Eenzelfde beoordelingssystematiek zal ingevoerd worden voor het hoger management.

Maatregel 2 –invoering van gedragscode voor medische specialisten (2010)

De Medische Staf heeft in het recente verleden reeds een aantal maatregelen getroffen die er op gericht zijn haar functioneren te verbeteren. Op geleide van de aanbevelingen van de commissie Lemstra zal de Medische Staf in de komende tijd een aantal aanvullende maatregelen nemen en vastleggen in een gedragscode.

Deze gedragscode zal bindend worden voor alle leden van de medische staf. Onderdelen:

- Verplichte deelname aan het IFMS, waarbij ook de statussen van medisch specialisten aan een intercollegiale toetsing worden onderworpen.
- Tijdige melding van calamiteiten / incidenten
- Aanscherpen mogelijkheden tot ingrijpen bij ongewenste situaties door Medisch Stafbestuur en medisch manager
- Verplichte inzage van RvB en MSB in visitatierapporten
- Inwinnen referenties bij aanname, ook bij waarnemers
- Bestaande reglementen worden aangescherpt

Maatregel 3 – invoering gedragsregels medewerkers MST (2010)

Om de *compliance* onder medewerkers te vergroten worden ziekenhuisbrede gedragsregels ingevoerd

In veel ziekenhuizen zijn al gedragsregels voor medewerkers van kracht. Het betreffen kort gezegd de do's en don't s, die er zijn gericht om te werken volgens geschreven regels (bijvoorbeeld de naleving van protocollen) maar ook ongeschreven regels (bijvoorbeeld op het gebied van service en bejegening).

Een gedragscode voor alle medewerkers van het ziekenhuis wordt in overleg met de Verpleegkundige Advies Raad en de Ondernemingsraad ontwikkeld.

Maatregel 4 – invoering van een klokkenluiderregeling (2010)

In 2010 treedt in Medisch Spectrum Twente een zogeheten klokkenluiderregeling in werking

In de overgang van een min of meer gesloten cultuur naar een open cultuur, is het van belang dat medewerkers zonder gevaar voor hun functie of positie 'de kat de bel aan kunnen binden' in situaties waarbij een open gesprek niet mogelijk (b)lijkt.

De Raad van Bestuur gaat een zogeheten "Klokkenluiderregeling" opstellen. In de nieuwe CAO Ziekenhuizen 2009-2011 is hierover een bepaling opgenomen: "*de werknemer kan op een veilige wijze melding doen van eventuele vermoedens van misstanden in de instelling*". Door de Stichting van de Arbeid is een modelovereenkomst opgesteld voor het omgaan met vermoedens van misstanden.



Met de Ondernemingsraad zal over de definitieve vorm en inhoud overleg plaatsvinden. Aansluiting wordt gezocht bij het NVZ-beleid.

Maatregel 5 – uitrol cultuurprogramma ‘Vaardig en Aardig’ (2010)

In 2010 is ‘Vaardig en Aardig’ onderdeel van het dagelijks werken binnen elke RVE

Begin 2009 is het cultuurprogramma ‘Vaardig en Aardig’ van start gegaan. Dit programma behelst diverse elementen op het gebied van service, dienstverlening, klantvriendelijkheid, gedragsregels en bejegening etc. Kern van het programma is technisch hoogwaardige zorg door vriendelijke mensgerichte artsen, verpleegkundigen en allen die hen ondersteunen. Het is de bedoeling dat dit programma MST-breed wordt nagevolgd. Iedere RVE dient in 2010 maatregelen te nemen ten behoeve van de implementatie van ‘Vaardig en Aardig’. De mate van *compliance* aan ‘Vaardig en Aardig’ wordt gemeten in de jaargesprekken met medewerkers.

Maatregel 6 – ziekenhuisbreed worden risicovolle processen benoemd (2010)

In 2010 zullen alle RVE’en risicovolle hun risicovolle processen in kaart brengen en analyseren.

Veilige zorg, veilige apparatuur en veilig werken zijn de drie onderdelen van het veiligheidsbeleid in het ziekenhuis.

Krachtens het jaarplan 2010 dienen alle RVE’en risicovolle processen binnen hun RVE in kaart te brengen en te analyseren. Daarna vinden interne audits plaats om de op de analyses geënte maatregelen waar nodig aan te scherpen. Deze audits zijn ook bedoeld als leerproces voor andere RVE’en.

Annex hieraan zijn vanuit de medische staf initiatieven genomen voor zogeheten interne veiligheidsrondes. In deze veiligheidsrondes –die op vakgroepniveau plaatsvinden– beschouwen de eigen vakgroepleden de wijze van (veilig) werken. Afhankelijk van de resultaten van deze veiligheidsrondes wordt bezien of deze ziekenhuisbreed zullen worden georganiseerd.

Maatregel 7 – Veilig Incidenten Melden (2009)

Veilig Incidenten Melden: geen afrekencultuur, maar een lerende cultuur

Het systeem van Veilig Incident Melden is inmiddels ingevoerd in Medisch Spectrum Twente, als onderdeel van het Veiligheids Management Systeem, waarover ieder ziekenhuis dient te beschikken. De Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, en het ministerie van VWS zijn de initiatiefnemers van het VMS.

In 2010 gaan alle klinische en klinisch-ondersteunende afdelingen incidenten melden met behulp van een meld- en verbetersysteem. Dit komt de eenduidigheid en compliance ten goede.



De Raad van Bestuur vindt het van groot belang dat fouten niet worden toegedekt maar bespreekbaar zijn. Fouten worden overal gemaakt, het is zaak dat niet alleen de betrokkenen maar ook anderen daar lering uit trekken.

Maatregel 8 – wetenschappelijk onderzoek wordt onder de loep genomen (2010)

De Raad van Bestuur gaat de procedures voor het verrichten van (wetenschappelijk) onderzoek doorlichten en het toezicht er op aanscherpen

Analyse door de commissie Lemstra van de (wetenschappelijke) onderzoeksactiviteiten van dr. E. Jansen bracht aan het licht dat het interne toezicht op onderzoeken waarbij patienten waren betrokken en/of lichaamsmateriaal, te wensen heeft overgelaten. De commissie adviseerde het ziekenhuis om gericht toezicht te houden op de uitvoering van medisch wetenschappelijk onderzoek met proefpersonen.

De Raad van Bestuur onderschrijft dit ten volle en gaat de procedure voor trials/klinisch onderzoek met externe ondersteuning tegen het licht houden. Deze doorlichting betreft niet alleen de financiële afwikkeling van klinisch onderzoek en *trials*, maar ook het toezicht op het (wetenschappelijk) onderzoek dat binnen de muren van het ziekenhuis plaatsvindt.



C. Maatregelen gericht op de (organisatie)structuur

De commissie Lemstra heeft aanbevelingen gedaan die de structuur van de organisatie van het ziekenhuis raken. De aanbevelingen richten zich onder andere op de door de commissie aanbevolen integratie van de lijnorganisatie en de professionele organisatie, alsmede het verder professionaliseren van het intern toezicht door de Raad van Commissarissen. De Raad van Bestuur, de Raad van Commissarissen en het Medisch Staf Bestuur kunnen zich onverkort vinden in de aan hun geadresseerde aanbevelingen. De vertaling in maatregelen volgt hieronder.

Maatregel 1 – professionalisering van het interne toezicht (2010)

In het reglement van de Raad van Commissarissen worden bepalingen opgenomen waarmee de aanbevelingen van de commissie Lemstra worden opgevolgd.

De aanbevelingen van de commissie Lemstra zullen alle worden opgenomen in het reglement van de Raad van Commissarissen hetgeen er toe leidt dat de werving en selectie van leden voor de Raad van Commissarissen transparant zal geschieden aan de hand van een tevoren opgestelde profielschets

Voorts zal kwaliteit van zorg een terugkerend onderdeel zijn van de agenda van het overleg tussen Raad van Commissarissen en Raad van Bestuur. Dit zal mede geschieden aan de hand van een jaarlijkse formele bespreking van de prestatieindicatoren van de IGZ. Ook zullen afspraken over de risico-informatie die de Raad van bestuur periodiek aan de Raad van Commissarissen verschaft, in een informatieprotocol worden vastgelegd.

Tot slot worden de jaarlijkse gesprekken van de Raad van Commissarissen en de Raad van Bestuur met de Cliëntenraad, de Ondernemingsraad, het Medisch Staf Bestuur en de Verpleegkundige Advies Raad omgevormd en toegespitst op de kwaliteit van zorg en de eventueel ondervonden knelpunten ter zake.

Maatregel 2 – de Raad van Bestuur wijst portefeuillehouder aan voor kwaliteit en veiligheid (2009)

De verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid wordt binnen de Raad van Bestuur belegd bij één van de leden.

Tot nu toe is de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid binnen de Raad van Bestuur op basis van aspecten (bijvoorbeeld voor investeringen, veiligheidsprogramma's of processen) verdeeld over de drie leden van de Raad van Bestuur. Op basis van een aanbeveling van de commissie Lemstra heeft de Raad van Bestuur besloten om één van de leden van de Raad van Bestuur aan te wijzen als portefeuillehouder voor het thema kwaliteit en veiligheid van zorg.

Verzekeraars, cliënten en inspectie krijgen dusdoende één aanspreekpunt binnen het ziekenhuisbestuur.

Met dit besluit wordt vooruit gelopen op een door prof. Legemaate aanbevolen en door de minister omarmde wijziging van de Wet Cliëntenrechten Zorg die er op is gericht om in die



wet de verplichting te verankeren om één van de leden van de Raad van Bestuur expliciet aan te wijzen als portefeuillehouder voor de kwaliteit en veiligheid van zorg.

Maatregel 3 – invoering duaal management bij de RVE'en (2010)

De RVE'en krijgen in 2010 duaal leiding: een bedrijfskundig manager en een medisch manager dragen de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor hun RVE.

Per 1 januari 2008 zijn in het kader van een brede reorganisatie zogeheten Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE'en) gevormd. Het sluitstuk van deze reorganisatie bestaat uit het invoeren van duaal management van resultaatverantwoordelijke eenheden binnen het ziekenhuis (dual wil zeggen door een bedrijfskundig en een medisch manager). Daarmee is de nieuwe organisatie volledig operationeel. Beiden worden paritair verantwoordelijk voor de bedrijfsvoering, de productie en de kwaliteit en veiligheid van het professionele handelen van en binnen een RVE. Zij rapporteren hierover aan de Raad van Bestuur.

De Raad van Bestuur gaat in overleg met de medische staf en het Medisch Staf Bestuur de mandatering van de medisch manager adequaat (dus eenduidig) regelen. Door middel van het benoemen van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de medisch managers, onder andere ten opzichte van hun collega's, wordt de positie van de medisch manager in de lijnorganisatie geborgd. Dit vraagt tevens om een statutair vastgelegde positie van de medische staf, eventueel vooruitlopend op een wettelijke regeling terzake.

Maatregel 4 – de klachtenprocedure herijkt (2010)

De totale context van de klachtbemiddeling, vanaf het binnenkomen van de klacht, de doorlooptijd, de wijze van afhandeling, de positie van de klager in dit geheel, tot en met de nazorg aan de klager, wordt herijkt.

Voor de klachtbehandeling beschikt ieder ziekenhuis over een onafhankelijke klachtencommissie waarvan de instelling voortvloeit uit een wettelijke verplichting. In zijn Verklaring op 1 september jl. heeft de voorzitter van de Raad van Bestuur hieraan toegevoegd “dat de Raad van Bestuur uiteraard niet kan en niet wil treden in de onafhankelijke werkwijze van de klachtcommissie. Wél heeft de Raad van Bestuur een verantwoordelijkheid ten aanzien van de totale context van de klachtbemiddeling, waaronder begrepen de doorlooptijd van de klachten, alsmede de wijze van afhandeling, inclusief de nazorg.”

Procedurele en technische aspecten van de klachtbehandeling zijn weliswaar belangrijk, maar als dat betekent dat de nazorg aan patiënten als gevolg daarvan onderbelicht blijft, is dat een onwenselijke situatie. Dit moet beter en anders; hieraan zal –naast enkele korte termijnmaatregelen, zie hieronder- de noodzakelijke aandacht worden geschonken in het kader van een herijking van de totale klachtbemiddeling.

De Raad van Bestuur heeft recent een interne commissie van deskundigen ingesteld die –met inachtneming van de wettelijk verankerde onafhankelijke positie van de Klachtencommissie- de gehele klachtenketen gaat beschouwen en met voorstellen voor verbetering zal komen. Hiervan gaat ook een leereffect uit voor de gehele ziekenhuisorganisatie.



Tot slot

Met het hiervoor genoemde pakket maatregelen beoogt de Raad van Bestuur door middel van een cultuurverandering het vertrouwen in het ziekenhuis te herstellen. De patiënt moet zich veilig wanen binnen de muren van het ziekenhuis, en dient er op te kunnen rekenen dat de beroepsbeoefenaren aan wiens zorgen men is toevertrouwd, de aangewezen behandeling geven en de patiënt daarin centraal stellen. Een aantal maatregelen is met name bedoeld om dat proces te borgen.

Eind 2010 worden de effecten van de genomen maatregelen geëvalueerd.



Bijlage 4

Rapportage onderzoeksgroep.

Dossieronderzoek Medisch Spectrum Twente

Inleiding

Uit de bevindingen van de commissie Lemstra I bleek dat neuroloog Jansen, werkzaam in het Medisch Spectrum Twente (MST), verkeerde diagnoses stelde, overbodig hulponderzoek liet verrichten en niet-geïndiceerde behandelingen (al dan niet medicamenteus) instelde. Dit kwam naar voren uit een steekproef van 35 dossiers sinds 1992. Deze steekproef werd getrokken uit de dossiers zowel van patiënten die reageerden op een oproep van MST als van patiënten die een klacht of claim hadden ingediend. De verkeerde diagnoses in de steekproef betroffen vormen van dementie, multiple sclerose (MS), de ziekte van Parkinson en eenmaal ook een posttraumatische stoornis (commotio/contusio cerebri). De niet-geïndiceerde behandelingen betroffen o.a. het medicament Exelon¹ alsmede diverse soorten medicatie tegen MS.

Mede naar aanleiding van het publieke debat over het rapport van de commissie Lemstra I besloot de Raad van Bestuur van het MST opdracht te geven tot een onderzoek naar de dossiers uit de praktijk van de neuroloog JS met als doel nog niet als zodanig herkende oud-patiënten van de neuroloog JS op te sporen waarbij sprake kan zijn van misdiagnoses en/of onjuiste behandelingen. Deze opsporing dient (mede) het doel de betreffende patiënten (of hun nabestaanden) passende nazorg te kunnen bieden.

Doelstelling

Opsporen van nog niet als zodanig herkende oud-patiënten van de neuroloog JS waarbij sprake kan zijn van misdiagnoses en/of onjuiste behandelingen.

Methode

Het onderzoek werd uitgevoerd door een onderzoeksgroep onder verantwoordelijkheid van de heer prof. dr. Ph. Scheltens, neuroloog, lid van commissie Lemstra I en q.q. van de commissie Lemstra II. Hij werd daarin ondersteund door een projectcoördinator. Hierbij werd gekozen voor een onafhankelijke coördinator, een oud-IGZ inspecteur, destijds niet bij deze casus betrokken, met een achtergrond in de neurologie. De projectcoördinator was belast met de dagelijkse uitvoering van het project, dit in nauwe samenwerking met het hoofd medische administratie. Daarnaast werd de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVvN) gevraagd en bereid gevonden om mee te werken aan de ontwikkeling van de onderzoeksmethode alsmede de geselecteerde dossiers daadwerkelijk te screenen op onregelmatigheden. Hiertoe werden door de NVvN twee zeer ervaren neurologen voorgedragen. De onderzoeksgroep bestond derhalve uit:

¹ Naar het voorschrijven van Exelon werd inmiddels nader onderzoek gedaan. De voorzitter van de gezamenlijke regionale apotheken werd gevraagd of het mogelijk is dat er patiënten zijn die niet onder behandeling zijn van een medisch specialist en toch dit middel via herhaalrecepten door de huisarts voorgeschreven krijgen. Dit bleek niet mogelijk te zijn omdat Exelon alleen door medisch specialisten mag worden voorgeschreven.

Hr. Prof.dr. Ph. Scheltens, neuroloog, voorzitter
Mw. Drs S. Hosman, arts, projectcoördinator
Hr. Dr. C. C. Tijssen, neuroloog, namens de NVvN
Hr. Dr. T.C.A.M. van Woerkom, neuroloog, namens de NVvN
Mw. C. ten Bloemendal, hoofd medische administratie

Uit het eerste dossieronderzoek vanuit commissie Lemstra 1 door de heren Scheltens en Kahn, bleek dat de onjuiste diagnostiek en behandeling drie ernstige ziektebeelden betroffen: MS, Parkinson(isme) en vormen van dementie. Eenmaal werd voor een posttraumatische stoornis (contusio cerebri) ten onrechte Exelon voorgeschreven. Dat de onjuiste diagnostiek en behandeling zich centreerden op de drie eerste ziektebeelden was ook de ervaring van de zittende MST neurologen. Deze neurologen hadden na het vertrek van de neuroloog JS alle nog in behandeling zijnde patiënten opnieuw beoordeeld op juistheid van diagnose en behandeling en vervolgens, daar waar nodig, correcties aangebracht.

De commissie Lemstra I had geconstateerd dat in de door de commissie onderzochte patiëntendossiers geen getekende informed consent formulieren voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek waren aangetroffen. Inmiddels was bekend geworden dat de IGZ hier nader onderzoek naar instelt. Om dubblures te vermijden werd besloten dat dit geen expliciet onderwerp van onderzoek zou zijn voor de huidige onderzoeksgroep. Ook werd besloten dat het dossieronderzoek zich niet zou richten op de kwaliteit van het dossier zelf, omdat dit onderzoek al in het kader van Lemstra 1 door Scheltens en Kahn is gedaan. Wel werd ruimte gemaakt bij het dossieronderzoek om zgn “opmerkelijke zaken” te signaleren en te rapporteren aan de Raad van Bestuur en de Commissie Lemstra II, mede naar aanleiding van informatie van de heer Drost, algemeen directeur van Drost Letselschade. Op verzoek van de IGZ zou extra opgelet worden of informatie over wetenschappelijk onderzoek aangetroffen werd.

Wat betreft de vraag of het onderzoek zich ook moest richten op *onder*diagnostiek was van belang dat de lijn waarin de neuroloog JS afweek van gangbaar neurologisch handelen, zoals uit bovengenoemde ervaringen bleek, er juist één was van overdiagnostiek en overbehandeling. Daarbij was het zo dat indien ziektebeelden gemist zijn, aangenomen mocht worden dat deze inmiddels manifest waren geworden en dat voor de desbetreffende patiënten de aangewezen behandeling was ingesteld.

Het gaat derhalve in dit onderzoek om dossiers van patiënten die volgens JS tot een van de genoemde diagnosegroepen behoorden. Als de betreffende diagnose ten onrechte is gesteld, komt daarbij tevens aan het licht welke (werkelijke) diagnose is gemist en dus ten onrechte niet is gesteld. Verder is het van belang te noemen dat het onmogelijk is te selecteren op datgene wat er niet is, namelijk een niet gestelde diagnose. De enige manier om dit op te sporen is het onderzoeken van alle ooit door JS gemaakte dossiers.

De opdracht voor de onderzoeksgroep strekt zich derhalve uit tot het opsporen van oud-patiënten bij wie de bij hen gestelde diagnose mogelijk onjuist zijn.

Methode nader uitgewerkt

1. Selectie van in MST aanwezige dossiers

Op basis van het rapport van de commissie Lemstra I werd een slachtofferprofiel opgesteld.

- a. Het ging om patiënten in de volgende diagnosegroepen: vormen van dementie, MS, Parkinson(isme).

- b. Het ging om patiënten die al uitbehandeld waren voor het vertrek van de neuroloog JS (eind 2003) en dus niet daarna nog gezien zijn door de vakgroep neurologie.
- c. De periode waarbinnen de selectie moet worden toegepast werd in ieder geval begrensd door de bewaartermijnen die binnen MST, op basis van de wettelijke kaders, waren gehanteerd. De oorspronkelijke wettelijke bewaartermijn was van 10 jaar naar 15 jaar gegaan. De onderzoeksgroep koos voor het terugkijken over 15 jaar (vanaf 2010), derhalve de periode van 1995 tot 2004 (vertrek neuroloog JS). Ook de in deze periode niet digitaal opgeslagen dossiers en de niet op ICD9 code terug te vinden dossiers werden in het onderzoek betrokken.
- d. Aangezien de dossiers in de periode 1995-2004 merendeels niet digitaal waren opgeborgen en omdat ook één geval een onjuiste behandeling van een contusio cerebri betrof, werd met een ruimere zoekcategorie dan de drie onder a genoemde diagnoses gezocht. Nagegaan werd hoeveel dossiers uit de onderzochte periode betrekking hadden op patiënten in behandeling bij de neuroloog JS. Van die dossiers werden alle dossiers van patiënten die waren overgenomen door andere neurologen verwijderd. Uit de overgebleven dossiers werden vervolgens ook die dossiers verwijderd waar het een eenmalig consult betrof of waarvan de patiënten inmiddels overleden zijn. Binnen het uiteindelijke restant selecteerden codeurs met hulp van de projectcoördinator naast de onder a genoemde drie categorieën ook alle dossiers met – aan die drie diagnosecategorieën - aanpalende diagnoses (zoals dystonieën, tremoren en spasmen) en de diagnose contusio/commotio cerebri. Dossiers van patiënten die een klacht of claim hadden ingediend werden niet in beschouwing genomen, omdat hier geen sprake was van niet als zodanig herkende oud-patiënten met mogelijke misdiagnoses en/of onjuiste behandelingen. Deze laatste dossiers bevonden zich ook doorgaans niet in het archief omdat deze wegens afhandeling van klachten en claims reeds in behandeling zijn.

2. Screening van de dossiers

- a. Voor de screening van de dossiers van de drie diagnosecategorieën werd een checklist opgesteld met gebruikmaking van de door Scheltens opgedane ervaring bij het eerdere dossieronderzoek en waarbij ook accenten werden gelegd op basis van de informatie van de heer Drost. De checklist werd opgesteld in nauw overleg tussen de heer Scheltens, de projectcoördinator en de door de NVvN voorgedragen neurologen.
- b. Screening van de dossiers met behulp van deze checklist vond plaats door de door de NVvN voorgedragen neurologen, geassisteerd door de projectcoördinator.
- c. Er werd gewerkt vanuit het visitatieprincipe. Dat betekende dat voor de screening van de dossiers geen toestemming van de patiënten werd gevraagd, maar dat de huidige vakgroep neurologie de NVvN verzocht een dergelijke visitatie uit te voeren.

Ten aanzien van selectie:

De dossiers werden vanuit een in eerste instantie breed opgezette selectie uit het archief gelicht (zie methode). Als zoekmogelijkheid was de DBC systematiek doorgaans niet te hanteren, omdat er vrijwel nog niet mee werd gewerkt in de onderzochte periode. Hierdoor was het selecteren arbeidsintensiever dan voorzien. Van alle dossiers in de onderzochte periode hadden 7593 dossiers betrekking op patiënten in behandeling bij de neuroloog JS. Daarvan betroffen 2469 dossiers patiënten die waren overgenomen door andere neurologen.

Van de resterende dossiers betroffen 4028 dossiers een eenmalig consult dan wel patiënten die inmiddels waren overleden. Met hulp van de projectcoördinator selecteerden codeurs naast de onder a genoemde drie categorieën ook alle dossiers met – aan die drie diagnosecategorieën - aanpalende diagnoses (zoals dystoniën, tremoren en spasmen) en de diagnoses contusio/commotio cerebri. Dit leverde tenslotte 1096 dossiers van patiënten op, die door de neuroloog JS in genoemde periode behandeld waren en die niet meer in behandeling waren van het MST. Deze werden met hulp van de arts/coördinator nader uitgeselecteerd, hetgeen leidde tot de volgende aantallen per categorie:

- diagnose of verdenking op: MS, Parkinson(isme) en vormen van dementie (aantal 103)
- dossiers met diagnose commotio/ contusio cerebri (aantal 19)
- dossiers aanpalende diagnoses (dystoniën, spasmen, tremoren) (aantal 62)

De resterende dossiers betroffen diagnoses over het gehele (resterende) veld van de neurologie. Het systeem om te controleren of een patiënt is overleden, blijkt niet sluitend t.a.v. patiënten opgenomen in een verpleeghuis en patiënten woonachtig in het buitenland.

Ten aanzien van screening:

De twee deskundigen vanuit de NVvN en de arts/projectcoördinator screenden:

1. de eerste drie categorieën dossiers vervolgens op juistheid en kwaliteit van diagnosestelling en behandeling. Hierbij werd ook gelet op zaken zoals eventuele oneigenlijke deelname aan wetenschappelijk onderzoek (clinical trial of LP onderzoek t.b.v. wetenschappelijk onderzoek).
2. de dossiers met diagnose commotio/ contusio cerebri en de dossiers met aanpalende diagnoses (dystoniën, spasmen, tremoren) op opmerkelijke zaken en specifiek op eventueel oneigenlijk gebruik van Exelonmedicatie en deelname aan wetenschappelijk onderzoek.

Bevindingen van het onderzoek:

1. Vrijwel alle dossiers waren onvolledig en vooral klinisch (anamnese en lichamelijk onderzoek) waren de diagnoses slecht onderbouwd. De dossiers waren voor een dossierstudie derhalve erg moeilijk te beoordelen. Ook ten aanzien van medicatie was het onduidelijk of de dossiers volledig waren. De commissieleden hadden niet de indruk dat de status op een of andere wijze geschoond waren, al is dit uiteraard moeilijk met zekerheid uit te sluiten.
2. Er waren ongebruikelijk veel aanvragen voor aanvullend onderzoek in de zin van SPECT en PET bij Parkinson(isme) en dementie. Datzelfde gold voor DNA diagnostiek bij Parkinson(isme).
3. Brieven over patiënten aan andere artsen waren niet of nauwelijks aanwezig. Indien wel aanwezig, doorgaans inhoudelijk te beperkt.
4. Vaker dan gebruikelijk werd geen diagnose gesteld. Desondanks werd zonder diagnose soms wel een behandeling ingezet, zoals bv een prednisonkuur.
5. Ook vaker dan gebruikelijk was er sprake van apomorfinetoediening, overigens wel bij het juiste indicatiegebied (Parkinsonpatiënten), maar vermelding van specifieke onderbouwing en resultaat ontbraken in de dossiers.
6. Een aantal malen werd voorschrijven van Exelon geconstateerd, zowel voor het in die tijd (vanaf 1999) gangbare indicatiegebied, de ziekte van Alzheimer, als het voor die tijd niet gangbare indicatiegebied van andere dementievormen. Slechts zelden werd

daarbij de toen vereiste MMSE score vermeld, zonder controleerbaar onderliggend bewijs overigens.

7. In de onderzochte dossiers zijn geen aanwijzingen voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek (trialdeelname) gevonden.
8. Onjuist voorschrijven van Avonex, ☐ of andere MS medicijnen, werd niet in de dossiers aangetroffen. Voorschrijven van Exelon bij MS werd evenmin aangetroffen.
9. Bij in totaal 13 dossiers bestond – voor zover bij de summiere dossiervoering te beoordelen – het vermoeden op misdiagnose/onjuiste behandeling met mogelijke gevolgen voor de patiënt. Dit betrof 5 gevallen van MS, 3x Dementie, 2x Parkinson-dementie, 2 x de ziekte van Parkinson en 1 x syndroom van Gilles de la Tourette.

Alle bovengenoemde bevindingen wijze van benoemen ('vaker dan gebruikelijk') moeten worden opgevat als resultaat van 'expert opinion' van de beoordelende neurologen, immers een kwantitatieve vergelijking ontbreekt. De dossiers genoemd onder punt 9 werden binnen de complete onderzoeksgroep nogmaals besproken en vastgesteld.

Conclusie:

Het bovenbeschreven onderzoek bevestigt de conclusies van Lemstra 1, waar het gebrekkige statusvoering, diagnosestelling, veelvuldig gebruik van aanvullend onderzoek en onjuiste indicatiestelling van medicatie betreft. In geen enkele status werd een melding aangetroffen aangaande eventuele deelname aan wetenschappelijk onderzoek. In de status van patiënten buiten de risicodiagnoses werden geen opvallende zaken aangetroffen. De onder de punten 4-6 genoemde behandelingen hoeven niet per se nadelig voor de patiënten te zijn geweest. In de selecte groep van risicodiagnoses werden 13 status aangetroffen waarvan de onderzoeksgroep het vermoeden had op misdiagnose/onjuiste behandeling met mogelijke gevolgen voor de patiënt.

Advies:

Bij de selecte groep van risicodiagnoses werden 13 status aangetroffen waarvan de onderzoeksgroep het vermoeden heeft op misdiagnose/onjuiste behandeling met gevolgen voor de patiënt.

De onderzoeksgroep beveelt aan nader onderzoek te doen naar het vervolgtraject bij deze patiënten en heeft daartoe de volgende suggesties:

1. In eerste instantie onderzoek in het ziekenhuis zelf (bijvoorbeeld naar buiten het dossier beschikbare informatie over laatste consult of mogelijk overlijden dat niet archieftechnisch is verwerkt)
2. Bij de huisarts
3. Bij de patiënt zelf, door onderzoek door een onafhankelijk externe neuroloog aan te bieden.

Niet uitgesloten is, door de soms hoge leeftijd van deze patiënten, dat enkele van hen inmiddels zijn overleden. Deels kon bij de selectie vanuit de archivering nagegaan worden of patiënten inmiddels waren overleden, op basis van een koppeling met gegevens van de burgerlijke stand. Deze koppeling bestaat echter niet voor verpleeghuispatiënten en voor patiënten die in het buitenland wonen.

Het onderzoek vermeld onder punt 1 is inmiddels ter hand genomen door het MST.

Bijlage 5

**Brief Raad van Bestuur Medisch Spectrum Twente: stand van zaken implementatie
Plan van Aanpak d.d. 29 juli 2010**



Bezoekadres
Ariënsplein 1

Postbus 50000
7500 KA Enschede
Telefoon (053) 487 2000
Telefax (053) 430 0310
Internet: www.mst.nl

Externe Onderzoekscommissie II
Medisch Spectrum Twente
p/a de heer prof. dr. W. Lemstra
Morshoekweg 11
7552 PE HENGEL O V

Enschede

29 juli 2010

Uw kenmerk

Ons kenmerk

RvB/CW-iv/560-10-2/12.0
Behandeld door

C. Winkel, secretaris Raad van Bestuur

Betreft: stand van zaken Herstel van Vertrouwen

Geachte heer Lemstra,

Op 1 september 2009 heeft u als voorzitter van Externe Onderzoekscommissie Medisch Spectrum Twente de Raad van Bestuur (RvB) het rapport "En waar was de patiënt..." aangeboden. De aanbevelingen uit dit rapport zijn door het ziekenhuis vertaald in concrete maatregelen; "Herstel van vertrouwen" de aanpak d.d. 8 oktober 2009. Aanvullend op het onderzoek en de grondige analyse van Commissie I, bleek behoefte aan onderzoek naar de rol van de professionals, de RvB, de Raad van Commissarissen (RvC) en andere betrokkenen in de periode na het feitelijke vertrek van dr. E. Jansen uit Medisch Spectrum Twente (MST) tot en met heden. U was bereid deze tweede commissie voor te zitten die in november 2009 is gestart. Daarnaast is parallel hieraan in opdracht van de Raad van Bestuur een onderzoek gestart naar de dossiers uit de praktijk van dr. E. Jansen met als doel mogelijke misdiagnoses, onjuiste behandelingen en andere onregelmatigheden op te sporen. De bevindingen zijn ondertussen aangeboden aan de Externe Onderzoekscommissie II Medisch Spectrum Twente (Externe Onderzoekscommissie II) en aan de Raad van Bestuur.

Nu we aan de vooravond staan van de presentatie van het rapport van de Externe Onderzoekscommissie II wil ik u, zoals afgesproken, graag informeren over de stand van zaken van de voorgenomen maatregelen.

Maatregelen gericht op directe interventie

1. Aanstelling van een patiëntenombudsman

Het profiel van de patiëntenombudsman is beschreven. Duidelijk is geworden dat de inbedding van de patiëntenombudsman in de organisatie nauw samenhangt met de wijze waarop de gehele klachtenafhandeling verder vorm krijg. De rol, functie en inbedding van de patiëntenombudsman zal dan ook worden geïntegreerd in het plan van aanpak van de integrale klachtenafhandeling (bijgevoegd). Op pagina 5 van deze brief wordt de integrale klachtenafhandeling nader toegelicht. Naar aanleiding van de aanbevelingen van de heer Oosting, lid van uw commissie, zullen wij ons nog nader verdiepen in deze functie. Werving zal naar verwachting niet eerder starten dan aan het einde van het jaar.



2. Inrichting van een nazorgpoli

In oktober 2009 is de nazorgpoli van start gegaan. In totaal zijn er 37 meldingen geweest waarvan er ondertussen 36 zijn afgehandeld en nog 1 melding loopt. De meldingen varieerden van medische vragen en inzage in het dossier tot het kunnen delen van ervaringen. Sinds februari jongstleden zijn er geen meldingen meer geweest. De nazorgpoli is nog steeds operationeel.

3. Patiënten actief benaderen

Door middel van een advertentie in de krant zijn oud-patiënten opgeroepen zich te melden bij de nazorgpoli. Daarnaast is aan alle patiënten, van wie een klacht gegrond was verklaard of aansprakelijkheid is erkend of met wie een schikking is getroffen, een excuusbrief gestuurd.

4. Onderzoek naar lacunes in patiëntendossiers

In april is een dossieronderzoek gestart met als doel het opsporen van nog niet als zodanig herkende oud-patiënten van dr. Jansen, waarbij sprake kan zijn van misdiagnoses en/of onjuiste behandelingen. Op basis van het rapport van de Externe Onderzoekscommissie I is een slachtofferprofiel opgesteld. Alle dossiers van patiënten die voldeden aan dit profiel en die niet na het vertrek van dr. Jansen zijn gezien door de vakgroep neurologie zijn vervolgens door een onderzoeksgroep gescreend. Daar waar een vermoeden bestond van misdiagnose en/of onjuiste behandeling is dit eind juni gerapporteerd aan de Externe Onderzoekscommissie II en de RvB. In totaal zijn uit dit onderzoek 13 dossiers naar voren gekomen waarover geadviseerd is die nader te bekijken. Door twee recent toegelaten neurologen is contact gezocht met de huisartsen van betrokken patiënten waarna door de huisartsen contact is opgenomen met de betrokken patiënten. Op basis van de verkregen informatie en de behoefte van de patiënt zullen zij gezien worden op het spreekuur van de neuroloog. Daarnaast zijn de patiënten middels een brief namens de Raad van Bestuur geïnformeerd.

5. Interne procedure tuchtklachten.

In juli 2010 is de nieuwe interne procedure vastgesteld door de Raad van Bestuur na overleg met het Medisch Stafbestuur. De Raad van Bestuur heeft geen directe bemoeienissen met de behandeling van de tuchtklacht. Zij wordt in kennis gesteld van de klacht door de beklagde waarna de beklagde door de Raad van Bestuur en Medisch Stafbestuur wordt uitgenodigd voor een gesprek. Daarna wordt bijstand voor de beklagden belegd bij een externe jurist. De nieuwe procedure is ter informatie bijgevoegd.

Maatregelen gericht op cultuuromslag

1. Raad van Bestuur stelt zich toetsbaar op

Het beoordelingsinstrument wordt in november 2010 ingevoerd, waarbij aangesloten wordt bij de systematiek van de organisatie en IFMS. De Appraisal & Assessment systematiek lijkt goed toepasbaar voor zowel de RvB als de Bedrijfskundig Managers.

2. Invoering van gedragscode voor medische specialisten

De gedragscode voor medische specialisten omvat meerdere punten.

- In december jongstleden is in de Kernstafvergadering unaniem besloten tot het verplicht stellen van IFMS, Individueel Functioneren Medisch Specialist. Vanaf 2010 is dit ingevoerd en functionerend. Doelstelling is dat voor 1 januari 2012 alle stafleden tenminste één gesprek hebben gevoerd.
- Thans vindt de toetsing plaats van de huishoudelijk reglementen van de vakgroepen en maatschappen op beleid bij geschillen en disfunctioneren. Bij de toetsing wordt onder andere gekeken naar de relatie met het stafreglement, uniform beleid bij geschillen en verwijzingen naar het reglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist.



- Vooruitlopend op de landelijke herziening van de toelatingsovereenkomst medisch specialisten is in het reglement medische staf de gedragscode opgenomen. Daarnaast is het artikel met betrekking tot het omgaan met geschillen herzien waarbij meer uitleg is over de werkwijze bij geschillen en ook de taken en verantwoordelijkheden van het stafbestuur zijn opgenomen bij zakelijke geschillen. Tevens is de werkwijze ten aanzien van mogelijk (tijdelijk) verminderd functioneren toegevoegd in het stafreglement.
- Het reglement mogelijk disfunctioneren medisch specialist is herbeoordeeld, gewijzigd en vastgesteld. De definitie functioneren is naast patiëntenzorg uitgebreid met organisatorische en relationele aspecten. Het is nu mogelijk om als stafbestuur het reglement in werking te stellen. Het vroegtijdig informeren van de Raad van Bestuur is opgenomen. In het stafreglement zijn tevens aanpassingen gedaan betreffende de visitaties. Het proces van visitaties wordt volledig beschreven waarbij een actieve rol van de visitatiecommissie bij mogelijk disfunctioneren wordt beschreven.
- Er is een voorstel in voorbereiding voor verdere professionalisering van het Medisch Stafbestuur, waarbij de financiële vergoeding voor tijdsinvestering, mandatering, bevoegdheden en de relatie Medisch Stafbestuur en Medisch Spectrum Twente nader ingevuld worden.
- Tenslotte wordt door de medische staf de "lessons learned" uitgedragen, zowel extern in bijvoorbeeld een werkconferentie met de huisartsen, presentaties in collega-ziekenhuizen in den lande als intern bij het management development traject.

3. Invoering gedragsregels medewerkers MST

Ondertussen heeft een inventarisatie van vergelijkbare gedragsregels van andere organisaties en discussie over dit onderwerp met de Ondernemingsraad plaatsgevonden. Het voorstel voor de aanpak zal op korte termijn aan de RvB worden voorgelegd, waarna invoering nog in dit kalenderjaar zal plaatsvinden.

4. Invoering van een klokkenluiderregeling

De regeling melding misstanden (klokkenluiderregeling) is in juli 2010 vastgesteld na positieve advisering van het Medisch Stafbestuur, de Ondernemingsraad en de Verpleegkundige Adviesraad. In de regeling is tevens de mogelijkheid opgenomen om op een verantwoorde wijze anoniem te kunnen melden. Implementatie is beoogd op 1 oktober 2010.

5. Uitrol cultuurprogramma 'Vaardig en Aardig'

Maandelijks wordt een bedrag van € 25.000 ter beschikking gesteld voor de meest creatieve oplossing om een ergernis met betrekking tot de service naar patiënten weg te nemen. De criteria waaraan voldaan moet worden zijn een wezenlijke verbetering voor de klantgerichtheid en gastvrijheid, een eenmalige uitgave van € 25.000 bij voorkeur RVE overstijgend en duidelijk communiceerbaar als verbetering. Er is inmiddels vijf maal een bedrag van € 25.000 ter beschikking gesteld. Daarnaast heeft iedere RVE voorgenomen acties in het kader van vaardig en aardig waarover verantwoording wordt afgelegd in de RVE-gesprekken met de RvB.

6. Ziekenhuisbreed worden risicovolle processen benoemd

Bij de RVE-en waarop het van toepassing is, worden in 2010 minimaal twee risicovolle processen geanalyseerd met behulp van de SAFER (Scenario Analyse van Faalwijzen, Effecten en Risico's)-methode waarna verbeteringen worden aangebracht. Medewerkers van de Stafdienst Zorg hebben de scholing in de Safermethodiek afgerond en er is een start gemaakt met de analyses. Daarnaast wordt er een systematiek opgezet van interne audits. Dit is in september 2010 gereed.



7. Veilig Incidenten Melden

Tot medio maart jongstleden werden alle incidentmeldingen afgehandeld door de MIP (Meldingen Individuele Patiëntenzorg)-commissie. Eind mei 2010 is het MST overgegaan op digitaal melden van incidenten in het Digitaal Meld- en Verbetersysteem (DMV), dat toegankelijk is via intranet. Afdelingen analyseren zelf de meldingen met een score 1 en 2 en voeren verbeteringen in de patiëntveiligheid door. Dit betreft meldingen met een relatief lage kans op herhaling en relatief kleine gevolgen.

De MIP commissie blijft voorlopig de meldingen met score 3 en 4 afhandelen. Er is gestart met het vormen van decentrale VIM (Veilig Incident Melding)-commissies. De leden van de VIM commissies worden geschoold in het analyseren van meldingen (DAM training). Zodra de commissies operationeel zijn, handelen zij incidenten met score 3 af. Dit zal voor alle afdelingen eind november 2010 het geval zijn.

8. Wetenschappelijk onderzoek wordt onder de loep genomen

De huidige procedure is doorgeleefd door Ernst & Young. De eerste rapportage heeft inmiddels plaatsgevonden en de definitieve rapportage volgt in de komende twee maanden waarna nieuwe afspraken over de uitvoering, financiering en het toezicht op het gebied van (wetenschappelijk) onderzoek, worden gemaakt. Gereed in december 2010.

Maatregelen gericht op de (organisatie)structuur

1. Professionalisering van het interne toezicht

De statuten en reglementen zijn aangepast aan de nieuwe Zorgbrede Governancecode 2010 en op 17 juli 2010 gepasseerd bij de notaris. Een belangrijke wijziging is de naamsverandering van Raad van Commissarissen in Raad van Toezicht.

De Raad van Toezicht wordt uitgebreid van vijf naar zes leden, waarbij één van de leden beschikt over relevante kennis en ervaring in de zorg. Deze openbare werving van het zesde lid RvT start in augustus 2010. Er zijn drie nieuwe subcommissies ingesteld om de Raad van Toezicht te ondersteunen bij het uitoefenen van zijn taken: een Bouwcommissie, een commissie Benoeming, Evaluatie en Remuneratie en een commissie Kwaliteit en Veiligheid. In de laatstgenoemde commissie wordt gerapporteerd over de diverse kwaliteits- en veiligheidsindicatoren.

Er is een informatieprotocol vastgesteld dat de periodieke integrale rapportage van de Raad van Bestuur aan de Raad van Toezicht regelt. De belangrijkste punten uit de evaluaties met betrekking tot het functioneren van de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur worden vervolgens in de jaarverantwoording opgenomen.

2. De Raad van Bestuur wijst portefeuillehouder aan voor kwaliteit en veiligheid

De voorzitter RvB is verantwoordelijk voor de portefeuille kwaliteit en veiligheid in het bijzonder met betrekking tot medisch handelen. Calamiteiten en ernstige incidenten worden binnen 24 uur gemeld aan de voorzitter RvB. Een Lid Raad van Bestuur heeft als aandachtsgebied het Veiligheids Management Systeem en alle facetten daarbinnen en een Lid Raad van Bestuur heeft als aandachtsgebied de kwaliteit en veiligheid betreffende de medische technologie, medische gassen en bedrijfshulpverlening.

Daarnaast is er een Medical Safety Officer aangesteld die samen met RvB en MSB beleid en visie ontwikkelt met betrekking tot de kwaliteit en veiligheidsaspecten binnen MST en een belangrijke rol vervult bij het verder invoeren hiervan.

3. Invoering duaal management bij de RVE-en

De functiebeschrijving medisch manager is in concept gereed, het Stafbestuur spreekt hierover met haar achterban en brengt in oktober haar standpunt uit. Het overleg hierover, en het moment van invoering waarbij gestreefd wordt naar 1 januari 2011, loopt simultaan met de invoering van een nieuw bedrijfseconomisch model (RVE model). Indien MST brede invoering niet haalbaar blijkt op 1 januari 2011



dan zal in pilotvorm bij verscheidene RVE's zowel het RVE model als de invoering van het medisch managerschap in uitvoering worden gebracht.

4. De klachtenprocedure herijkt

Het rapport Interne audit klachtenprocedure van de commissie Doelman is in december 2009 aangeboden aan de Raad van Bestuur. Vervolgens is de opdracht gegeven aan de manager Stafdienst Zorg en de manager PR en voorlichting om te komen met een plan van aanpak. Dit Plan van aanpak "De klachtencirkel gesloten en geborgd" is in juli 2010 vastgesteld door de Raad van bestuur en treft u bijgaand aan. Implementatie van de voorstellen in dit plan van aanpak moet leiden tot sluiting van de klachtencirkel, waarbij de kans dat informatie verloren gaat of de Raad van Bestuur niet tijdig geïnformeerd wordt, tot een minimum is beperkt. Verder moet het leiden tot borging van de gesloten cirkel (door middel van een andere werkwijze en andere cultuur van werken) en toezicht houden op het gesloten blijven van de cirkel (aanstelling van een patiëntenombudsman).

Voor wat betreft de afhandeling van de claims is de afgelopen maanden intensief gesproken met letselschadebureau Drost en onze schadeverzekeraar Medirisk. Op peildatum 22 juli 2010 was sprake van in totaal 94 claims die bekend waren bij de belangenbehartiger van de oud-patiënten van dr. E. Jansen, MST en haar aansprakelijkheidsverzekeraar(s).

Van de 94 dossiers zijn er op peildatum 31 afgehandeld en van 14 dossiers is in samenspraak met de belangenbehartiger vastgesteld dat er geen vervolg aan wordt gegeven. Derhalve resteren op peildatum 49 dossiers die in behandeling zijn.

Van deze 49 dossiers zijn op basis van overleg met de belangenbehartiger en Medirisk 20 claims rechtstreeks in behandeling genomen door het MST. De eerste gesprekken met de betreffende oud- patiënten en/ of familie zijn gepland.

De overige 29 dossiers zijn in behandeling bij Medirisk (25) en bij Reaal verzekeringen (4).

In genoemde claims zijn niet meegenomen de mogelijke claims die nog kunnen voortkomen uit meldingen van (erven van) oud-patiënten die bij de belangenbehartiger bekend zijn, maar waarin – ondanks gericht verzoek daartoe – geen inzicht is verkregen.

In drie gevallen is een verzoek tot heroverweging van een reeds afgewikkelde claim voor MST aanleiding geweest om in contact te treden met betrokkene om een oplossing te beproeven.

Wij hebben na het verschijnen van rapport Lemstra 1 veel energie heeft gestoken in het uitwerken van de aanbevelingen uit uw rapport. Ik heb in dit schrijven geprobeerd zo concreet mogelijk aan te geven welke veranderingen zijn doorgevoerd of inmiddels in gang zijn gezet. Hiermee is een belangrijke stap gezet richting de noodzakelijke cultuuromslag binnen MST in het kader van kwaliteit en veiligheid. Vanzelfsprekend blijft dit een belangrijke doelstelling voor de komende jaren.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. J.H. Kingma
Voorzitter Raad van Bestuur

Bijlage: Plan van aanpak "De klachtencirkel gesloten en geborgd"
Procedure Tuchtklachten

i.a.a.: Mevrouw mr. M. de Lint

Bijlage 6

De klachtencirkel gesloten en geborgd.

 Medisch Spectrum Twente		Soort Document:		Code:
		Plan van aanpak		571-10
		Onderwerp/titel:		
		De klachtencirkel gesloten en geborgd		
		Dienst/afdeling:		
		MST-breed		
Versie:	Status:	Datum:	Pagina	Aantal bijlagen:
1	Vastgesteld	20/07/10	1 van 9	1

Plan van aanpak

De klachtencirkel gesloten en geborgd

20 juli 2010

Inhoud

1.	Inleiding	3
2.	Leeswijzer	3
3.	Analyse en beschouwing	4
4.	De cirkel sluiten met een goede organisatie	5
5.	De gesloten cirkel borgen met een goede werkwijze	5
6.	De gesloten cirkel onder toezicht - de patiëntenombudsman	6
7.	Registratie, monitoring en rapportage	7
8.	De cultuur en de communicatie	8
9.	Implementatie	8
10.	De voorstellen samengevat	9

1. Inleiding

Het rapport van de commissie Lemstra I “En waar was de patiënt?” heeft geleid tot het maatregelenpakket “Herstel van Vertrouwen”. Dit maatregelenpakket heeft als focus de patiënt met een klacht.

Dit Plan van Aanpak is een vervolg op reeds uitgevoerde acties zoals de start medio oktober 2009 van de nazorgpoli voor ex-patiënten van dr. E. Jansen. Voorts heeft de Raad van Bestuur onlangs een nieuwe interne procedure voor tuchtklachten goedgekeurd en is een concept - functieomschrijving voor de patiëntenombudsman gereed. Wat betreft de aspecten kwaliteit en veiligheid kan het DMV (Digitaal Meld- en Verbetersysteem) worden genoemd, dat op 26 mei is uitgerold in Medisch Spectrum Twente (MST), zie ook pagina 9. Op het gebied van de klachtenbehandeling heeft de Raad van Bestuur op 2 september 2009 de, naar haar voorzitter vernoemde, commissie Doelman ingesteld om de huidige wijze van klachtenafhandeling te beoordelen. Dit heeft geleid tot een rapport dat als brondocument heeft gediend voor dit Plan van Aanpak.

Op basis van de ervaringen binnen MST wordt gekozen voor een integrale benadering van de patiënt met een klacht.

Implementatie van de voorstellen in dit Plan van Aanpak moet dan ook leiden tot sluiting van de klachtencirkel (door middel van een organisatiebesluit), borging van de gesloten cirkel (door middel van een andere werkwijze en een andere cultuur van werken) en toezicht op het gesloten blijven van de cirkel (aanstelling van een patiëntenombudsman). Het verdient aanbeveling deze aanpak ook ter kennis te brengen van de vijf ziekenhuizen met wie MST het samenwerkingsverband Santeon is aangegaan.

2. Leeswijzer

Na een analyse en een beschouwing (paragraaf 3), worden in paragraaf 4 voorstellen gedaan om de cirkel te sluiten en in paragraaf 5 voorstellen om de gesloten cirkel te borgen. Paragraaf 6 bevat het profiel voor de patiëntenombudsman. In paragraaf 7 komen voorstellen voor registratie, monitoring en rapportage aan de orde, in paragraaf 8 de cultuur en communicatie, terwijl in paragraaf 9 de implementatie aan bod komt. Paragraaf 10 bevat een samenvatting van de voorstellen.

3. Analyse en beschouwing

Van drie loketten naar één loket

Patiënten kunnen zich op dit moment binnen Medisch Spectrum Twente tot drie ‘loketten’ wenden voor een klacht: naast patiëntenvoorlichting zijn dat de klachtenfunctionarissen en de Klachtencommissie. Voor de patiënt kan het lastig zijn zich tot het juiste loket te wenden, met als mogelijk gevolg dat zijn vraag of klacht bij het verkeerde ‘loket’ wordt ingediend. De huidige - door de jaren heen zo gegroeide - organisatie van de klachtbehandeling, is dan ook geen voorbeeld van een vraaggestuurde organisatie die is opgezet vanuit het perspectief van de patiënt.

De Cliëntenraad van MST heeft reeds enkele malen gewezen op de noodzaak om voor de patiënt één herkenbare, goed zichtbare en laagdrempelige voorziening te creëren waar hij met zijn klachten terecht kan. Ook de commissie Doelman adviseert om één loket in te richten voor de klachtbehandeling.

MST wil acceptatie, triage, doorlooptijd, reactietijd en nazorg verbeteren en versnellen.

Klachtenbemiddeling moet daarbij centraal staan, zodat de Klachtencommissie alléén wordt ingeschakeld als bemiddeling niet slaagt, als een klager zijn klacht aan de Klachtencommissie adresseert, of als er anderszins redenen zijn een procedure bij de Klachtencommissie te starten. Samengevat zou dit kunnen worden geschaard onder het motto: dáár afhandelen waar gewenst, afschalen waar verantwoord, opschalen waar nodig. Overigens laat dit uiteraard onverlet de - wettelijk verankerde onafhankelijke - positie van de Klachtencommissie.

Van gefragmenteerd registreren naar gezamenlijk registreren

Registratie van klachten, monitoring van het proces en rapportage aan management en Raad van Bestuur zijn kritische succesfactoren om een casus vergelijkbaar met die van Jansen Steur te voorkomen. Op dit moment worden ontevredenheidssignalen, (tucht)klachten, claims, calamiteiten en incidenten in afzonderlijke databestanden geregistreerd. Dwarsverbanden tussen de diverse registratiesystemen kunnen niet worden gelegd, simpelweg omdat er amper verbindingen zijn tussen die systemen en de personen die ze beheren. Dat betekent dat bij een patiënt die een klacht indient, niet bekend is of zich ooit een incident in de behandeling of de verleende zorg heeft voorgedaan. Ook kan nu niet worden opgemerkt of tegen een bepaalde beroepsbeoefenaar opmerkelijk veel klachten lopen of hebben gelopen. Hetzelfde geldt voor claims en tuchtklachten. Kort en goed: patroonherkenning is niet mogelijk.

Slechts met behulp van een waterdichte registratie kan op drie niveaus informatie worden gegenereerd:

- a. op macroniveau (lees: MST) voor de beoordeling van kwaliteit en veiligheid van zorg binnen de gehele instelling;
- b. op mesoniveau (lees: RVE-niveau) om te kunnen *benchmarken*;
- c. op microniveau (lees: de individuele patiënt of beroepsbeoefenaar)

De Raad van Bestuur, het Medisch Stafbestuur (MSB) en het resultaat verantwoordelijke eenheid (RVE) -management dienen te kunnen beschikken over geaggregeerde informatie die deviaties en trends aan het licht kunnen brengen. Dit veronderstelt wel, dat de klachtenregistratie moet worden gezuiverd met andere interne registraties, zoals die voor tuchtklachten, claims en die welke voortkomen uit de necrologiebesprekingen, de calamiteitencommissie en het nieuwe Digitaal Meld- en Verbetersysteem (DMV), hoewel hieruit geen tot de melder herleidbare informatie mag worden gegenereerd.

Van een reactieve naar een proactieve cultuur en communicatie

Een laatste maar zeker niet minst belangrijke onderdeel van deze beschouwing is de cultuur binnen MST over hoe met klachten wordt omgegaan. Het rapport van de commissie Doelman geeft aan dat de cultuur binnen MST bepalend is voor de manier waarop in MST wordt omgegaan met klachten. Er

(b)lijkt sprake te zijn van een reactieve houding ten aanzien van klachten. Dit kan van invloed zijn op de manier waarop afdelingen en medewerkers willen samenwerken bij het oplossen van mogelijke klachten en op de borging van verbeterpunten die uit de verschillende procedures naar voren komen. In het reguliere werkoverleg moeten klachten standaard besproken worden. Tevens dient de leidinggevende de medewerkers ervan bewust te maken dat klachten een gratis advies zijn. Een MST-brede *awareness* campagne kan aanvullend hierop een positieve rol vervullen.

4. De cirkel sluiten met een goede organisatie!

De zekere samenhang die er reeds is tussen de betrokken functionaliteiten (medewerkers patiëntenvoorlichting, klachtenfunctionarissen en secretaris klachtencommissie) moet door middel van een herkenbare organisatie ontsloten worden voor de patiënt. Het is voor de patiënt van belang dat hij zich tot één als zodanig herkenbaar 'loket' kan wenden waar hij laagdrempelig terecht kan met al zijn vragen, suggesties, complimenten, ontevredenheidssignalen en/of klachten.

Om dit te realiseren zijn twee hoofdbesluiten noodzakelijk:

- a. het in één afdeling patiëntencontacten onderbrengen van de medewerkers patiëntenvoorlichting (thans stafdienst PR/PaVo), de klachtenfunctionarissen en de secretaris van de Klachtencommissie (beiden thans stafdienst Zorg) en deze afdeling onderbrengen bij de stafdienst PR/PaVo.
- b. het opzetten van een *patiënteninformatiepunt* of een voorziening met een vergelijkbare naam die in ieder geval voor de patiënt duidelijk maakt dat er één zichtbaar en herkenbaar punt is ingericht voor al zijn vragen, suggesties en klachten.

Toelichting

Bij het patiënteninformatiepunt kunnen patiënten en bezoekers terecht voor vragen, suggesties, complimenten, ontevredenheidssignalen, klachten en nazorg. De term klachten is hier zowel breed (bemiddelbare en niet-bemiddelbare klachten) als diep (nieuwe klachten, lopende klachten maar ook vragen over reeds afgehandelde klachten) bedoeld. De medewerkers verrichten triage, handelen zelf af waar mogelijk, en verwijzen door waar dat noodzakelijk is. De medewerkers (voormalig medewerkers patiëntenvoorlichting en de klachtenfunctionarissen) werken samen met de secretaris van de Klachtencommissie, en met de vertrouwenspersonen (deze hebben hun diensten bewezen in het kader van de nazorgpoli voor ex-patiënten van dr. Jansen) hoewel deze laatsten geen deel uitmaken van de afdeling patiëntencontacten.

5. De gesloten cirkel borgen met een goede werkwijze

Algemeen

Het is belangrijk dat de resultaten van de activiteiten die in het patiënteninformatiepunt plaatsvinden om de patiënt van dienst te kunnen zijn, zichtbaar en merkbaar zijn voor de patiënt, het proces dat achter de voordeur plaats vindt is dat niet. Immers, MST wordt op het resultaat afgerekend.

De einduitkomst van een klachtenbemiddeling of een procedure bij de Klachtencommissie kan in sommige gevallen voor de patiënt teleurstellend zijn. Aan de bejegening, het nakomen van afspraken en toezeggingen, het managen van verwachtingen en het geven van nazorg, moet de patiënt echter een positief gevoel overhouden. Dat impliceert dat procesmatig alles in en op orde moet zijn. Bij sommige procedures is medewerking van de betrokken beroepsbeoefenaar (veelal de aangeklaagde) onmisbaar. Het is de taak van de medisch coördinator (als het een medisch specialist betreft) dan wel de bedrijfskundig manager (als het gaat om niet-medische beroepsbeoefenaren) er op toe te zien dat

procedures geen vertraging oplopen en dat vragen vanuit het patiënteninformatiepunt adequaat en volgens afspraak worden beantwoord.

Specifiek

Bij het patiënteninformatiepunt komen alle vragen, suggesties, complimenten en klachten binnen, zowel mondeling als schriftelijk. Daar vindt ook triage plaats. Hiervoor wordt een protocol ontwikkeld, mede om recht te doen aan de positie en de taken van de onafhankelijke Klachtencommissie.

De klachtenfunctionarissen, een betere term zou overigens zijn klachtenbemiddelaars, bemiddelen bij klachten en proberen het vertrouwen te herstellen (en daarmee het imago van het ziekenhuis en de relatie tussen aangeklaagde en aangeklaagde). Desgewenst helpen de klachtenfunctionarissen bij het formuleren van een klacht.

Mocht een klacht niet bemiddelbaar blijken te zijn, ofwel geeft een klager bij het eerste contact reeds te kennen dat hij een klacht bij de Klachtencommissie wil indienen, dan komt de Klachtencommissie in beeld. De commissie Doelman stelt voor om de samenstelling van de Klachtencommissie meer in overeenstemming te brengen met hedendaagse opvattingen over hoe een klachtencommissie moet zijn samengesteld en moet werken. Het voorstel is om dit in Santeon verband aan de orde te stellen.

Een volgend punt van aandacht is het onderzoek naar de waarheidsvinding door de Klachtencommissie. Als het daarbij gaat om complexe dossiers waarvoor medisch-inhoudelijke expertise noodzakelijk is, verdient het aanbeveling te kijken naar de MIP-commissies en de calamiteitencommissie die ook waarheidsvinding nastreven door middel van gericht medisch-inhoudelijk onderzoek. Hier lijkt eenzelfde soort activiteit aan de orde, hetgeen de vraag oproept of als de klacht en de calamiteit tot dezelfde bron zijn te herleiden, de uitkomsten kunnen worden gedeeld. Dat bespoedigt de klachtenprocedure en voorkomt dat een aangeklaagde tweemaal voor eenzelfde casus moet worden opgeroepen.

Wat nu reeds kan worden ingevoerd is dat rapportages van de Klachtencommissie deel uit gaan maken van de voorjaars- en najaarsgesprekken met de bedrijfskundig managers en de medisch coördinatoren.

Een aparte categorie wordt gevormd door claims die bij het ziekenhuis zijn ingediend, tuchtklachten die zijn ingediend bij het Medisch Tuchtcollege en aangiften en procedures bij de politie respectievelijk het Openbaar Ministerie. Zij maken geen deel uit van de triage door het patiënteninformatiepunt. Eventuele vragen van patiënten hierover aan het patiënteninformatiepunt zullen worden doorverwezen naar de desbetreffende functionaris binnen MST.

In zijn algemeenheid geldt dat bij tuchtklachten, civielrechtelijke en strafrechtelijke procedures op de desbetreffende medisch specialist de verplichting rust om hiervan onverwijld melding te maken aan de voorzitter van de Raad van Bestuur. Over een interne procedure voor tuchtklachten heeft de Raad van Bestuur onlangs een zogeheten voorgenomen besluit genomen. Dat betekent dat thans de interne adviesorganen aan zet zijn, waarna de Raad van Bestuur een definitief besluit neemt.

6. De gesloten cirkel onder toezicht - Patiëntenombudsman

In “Herstel van Vertrouwen” staat over de reden om een Patiëntenombudsman aan te stellen, onder meer vermeld: “.....kan de communicatie soms haperen, kan de patiënt makkelijk het spoor bijster raken en staan management en bestuur van het ziekenhuis op afstand om de onafhankelijkheid van de klachtbehandeling niet te beïnvloeden. Om een goede en tijdige voortgang van de procedure te garanderen en in te kunnen grijpen waar het proces hapert, wil het ziekenhuis een krachtig aanspreekpunt bieden”.

De patiëntenombudsman is binnen MST een nieuw en onafhankelijk ‘instituut’. In het profiel staan de volgende taken vermeld:

- a. verricht onafhankelijk onderzoek naar behoorlijkheid op basis van klachten van belanghebbenden (na onderzoek door de klachtenfunctionarissen dan wel de Klachtencommissie);
- b. levert een bijdrage aan het herstel van vertrouwen tussen belanghebbende en MST;
- c. koppelt ervaringen terug aan MST, zodat passende maatregelen kunnen worden genomen;
- d. heeft vanuit zijn of haar onafhankelijke positie geen (formele) macht, maar ‘spreekt’ wel met gezag;
- e. houdt toezicht op het functioneren van de klachtencirkel en signaleert eventuele onvolkomenheden en doet voorstellen voor verbetering.

Kort samengevat is de Patiëntenombudsman bedoeld als een soort *last resort* voor patiënten die zich na het doen van een melding of het indienen van een klacht of een claim (nog steeds) onbegrepen voelen, onheus bejegend voelen dan wel het optreden van het ziekenhuis als onterecht en/of onbehoorlijk blijven ervaren.

Bij nieuwe individuele klachten of nog lopende procedures verwijst de Patiëntenombudsman door naar het patiëntenservicepunt als het bijvoorbeeld gaat om claims of tuchtklachten. De onafhankelijke positie van de ombudsman is een waarborg voor objectiviteit zowel naar belanghebbende toe, als in de rapportage aan de Raad van Bestuur.

De Ombudsman rapporteert - zonder last of ruggespraak - jaarlijks in de vorm van een jaarverslag aan de voorzitters van de Raad van Bestuur, de Raad van Toezicht en de Cliëntenraad. De Ombudsman wordt benoemd door de Raad van Toezicht op voordracht van de drie genoemde voorzitters. Dagelijks aanspreekpunt voor de Ombudsman is de voorzitter van de Raad van Bestuur. Voor zaken die menskracht en middelen betreft is dat de stafmanager HR.

In relatie tot de klachtenprocedure moet worden vastgesteld hoe de rol, taak en verantwoordelijkheden van de ombudsman passen in het werkproces en welke werkafspraken nodig zijn. Het lijkt nuttig deze afspraken in een protocol vast te leggen. Vooral een heldere afbakening in de rol en positie van de ombudsman bij een *second opinion* op individuele klachten is wenselijk. De bestaande en te verwachten wettelijke kaders (geschillencommissie zoals beoogd in de WCZ) zijn daarbij richtinggevend.

7. Registratie, monitoring en rapportage

Zoals in de inleiding al is aangegeven, dient een goed opgezet registratie- en rapportagesysteem ervoor te zorgen dat de Raad van Bestuur en het management periodiek inzicht in de stand van zaken krijgen op macro- (MST), op meso- (RVE) en op micro- (beroepsbeoefenaar en /of klager) niveau ten aanzien van onder andere doorlooptijden, cumulatie van casus en stand van zaken in de afhandeling. Een dergelijke rapportage stelt hoge eisen aan met name de wijze waarop wordt geregistreerd en de wijze waarop en de periodiciteit waarmee wordt gerapporteerd (aan Raad van Bestuur en management).

Er dient een digitaal registratiesysteem te worden ingericht dat sturingsinformatie genereert voor de Raad van Bestuur en het management van de RVE's aangaande de afhandeling van meldingen, (tucht)klachten, strafrechtelijke procedures en claims. Ook dwarsverbanden met de calamiteitencommissie, het Digitaal Meld- en Verbetersysteem (DMV) en de necrologiebesprekingen moeten zichtbaar worden.

Op patiëntniveau moet uit dit systeem duidelijk worden of er meer klachten van één patiënt lopen, hij wellicht een claim heeft ingediend, ofwel slachtoffer is geworden van een incident. Op het niveau van de beroepsbeoefenaar moet dit systeem informatie verschaffen over aantallen en soorten klachten, claims etc.

Op dit moment is reeds een informatiesysteem voor DMV operationeel. Onderzocht moet worden of wellicht modules kunnen worden aangebouwd ten behoeve van het patiëntenservicepunt om snel het vereiste resultaat (overzicht en inzicht) te kunnen bereiken. Voor alle duidelijkheid: het DMV is niet ingericht voor klachtbehandeling, wel is het een belangrijk instrument in het Veiligheid Management Systeem en is het gericht op het signaleren van incidenten die zich voordoen in de behandeling of de zorgverlening. Daarmee is het een onderdeel van het kwaliteitssysteem, waarover ook de commissie Lemstra I belangwekkende opmerkingen heeft gemaakt (pagina 66 van het rapport).

De output van klachtbehandeling, maar ook de output van het informatiesysteem vormen het startpunt voor verbeteracties. De afdeling patiëntencontacten gaat hierin een leidende en coördinerende rol vervullen.

Eigenaar van het informatiesysteem wordt het hoofd van de afdeling Patiëntencontacten. ICT-projecten en de stafdienst Medische Techniek en ICT ondersteunen bij de opzet, de inrichting en het beheer.

8. De cultuur en de communicatie

De commissie Doeman signaleerde een gebrek aan *awareness* bij MST-medewerkers als het gaat om de klachtenprocedure in het algemeen en de rechten en plichten van de aangeklaagde in het bijzonder.

Communicatie-inspanningen in de vorm van een *awareness* campagne maar ook en vooral het werkoverleg op de klinische afdelingen, gaan hier een belangrijke rol vervullen. Hiermee wordt zowel de klager als de aangeklaagde gediend. Immers, *awareness* zal leiden tot meer begrip en medewerking van medewerkers, hetgeen naar verwachting de doorlooptijd van procedures zal kunnen bekorten wat door de klager positief zal worden ontvangen. Op deze wijze ontstaat ‘als vanzelf’ een proactieve cultuur.

Voor patiënten zal de communicatie gericht zijn op de bekendmaking van en het bekend worden met het patiëntenservicepunt. Dat is immers zijn ingang en zijn adres voor al zijn vragen en opmerkingen.

9. Implementatie

Om de bovenbeschreven maatregelen aanschouwelijk te maken, is een procesbeschrijving als **bijlage 1** toegevoegd.

Voor de implementatie van de voorgestelde maatregelen zou een implementatiewerkgroep moeten worden gevormd, bestaande uit (in ieder geval): de managers van de stafdiensten HR, PR / PaVo en Zorg, de Medical Safety Officer, de coördinator van het Patiëntenvoorlichtingscentrum en de secretaris van de Klachtencommissie. Aan deze implementatiewerkgroep zou moeten worden gevraagd om op korte termijn:

- a. een organisatie- en formatievoorstel te doen voor de nieuw te vormen afdeling patiëntencontacten;
- b. een voorstel te doen voor de opzet, inrichting, werkwijze, gewenste openingstijden van het patiënteninformatiepunt;
- c. een voorstel te doen voor de opzet, inrichting en het beheer van een *datawarehouse* conform de specificaties zoals in dit document zijn aangegeven
- d. een voorstel te doen voor een *awareness* campagne

10. De voorstellen samengevat

Samengevat luiden de voorstellen uit dit Plan van Aanpak als volgt:

- a. een afdeling patiëntencontacten formeren waar alle op dit moment bij patiëntenvoorlichting en klachtbehandeling betrokken functionaliteiten in worden ondergebracht;
- b. de functienaam van de klachtenfunctionaris wordt klachtenbemiddelaar+;
- c. aanstelling van een hoofd voor de afdeling Patiëntencontacten i.o.;
- d. het opzetten van een patiëntenservicepunt waar patiënten en bezoekers laagdrempelig met vragen, complimenten, suggesties, ontevredenheidssignalen en klachten terecht kunnen en waar zij snel en doeltreffend worden geholpen en desgewenst nazorg kunnen krijgen;
- e. een informatiesysteem (een soort *datawarehouse*) opzetten (eigenaar het hoofd van de afdeling Patiëntencontacten i.o.) dat het management en de Raad van Bestuur inzicht geeft in de stand van zaken rondom de afhandeling en mogelijke cumulatie van (tucht)klachten en claims, alsmede dwarsverbanden laat zien met het DMV (Digitaal Meld- en Verbetersysteem), de casus van de calamiteitencommissie en die van de necrologiebesprekingen;
- f. vaststelling profiel voor de Patiëntenombudsman;
- g. een op cultuurverandering binnen MST gericht communicatietraject in gang zetten waaronder een *awareness* campagne voor medewerkers die in enigerlei vorm met klachten te maken kunnen krijgen;
- h. instelling van een implementatiewerkgroep (samenstelling: stafmanagers PR, HR en Zorg,
- i. Medical Safety Officer R. Brouwer, coördinator patiëntenvoorlichtingscentrum en secretaris Klachtencommissie'