

EXTERNE ONDERZOEKSCOMMISSIE MST

**EMBARGO TOT 1 SEPTEMBER 2009 12.00 UUR**

# En waar was de patiënt...?

---

Rapport over het (dis)functioneren van een  
medisch specialist en zijn omgeving

1 september 2009

## Inhoudsopgave

Voorwoord .....	2
Samenvatting en conclusies .....	3
Samenvatting.....	3
Conclusies.....	5
1. Inleiding .....	7
1.1 Aanleiding.....	7
1.2 Externe onderzoekscommissie.....	7
1.3 Aanpak en leeswijzer .....	9
2. De medisch specialist Jansen .....	10
2.1 De clinicus Jansen.....	10
2.2 De onderzoeker Jansen .....	14
2.3 Conclusies.....	15
3. Reconstructie van gebeurtenissen .....	17
3.1 Inleiding .....	17
3.2 Periode tot 1997.....	17
3.3 Periode 1997 tot 2000.....	18
3.4 Periode 2000 t/m 2002.....	22
3.5 Periode 2003 t/m vertrek Jansen 2005 .....	26
3.6 Na het (formele) vertrek van Jansen .....	31
3.7 Conclusies.....	32
4. Analyse handelen betrokken actoren .....	33
4.1 Inleiding .....	33
4.2 Verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor kwaliteit van zorg.....	33
4.3 Het handelen van betrokkenen onder de loep .....	38
4.4 Meta-analyse en conclusies .....	44
4.5 Intermezzo.....	46
5. Adviezen en aanbevelingen.....	48
Lijst van afkortingen .....	53
Bijlagen.....	54

## **En waar was de patiënt...?**

### *Rapport van de externe onderzoekscommissie MST over het (dis)functioneren van een medisch specialist en zijn omgeving*

## **Voorwoord**

De aanleiding tot dit onderzoek is het disfunctioneren van een medisch specialist. In essentie gaat het in dit onderzoek echter vooral om de vraag of de professionele omgeving, waarin deze specialist werkzaam was, met dit gegeven is omgegaan zoals mocht worden verwacht, dat wil zeggen signalerend en corrigerend.

Patiënten moeten er immers op 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.

In het onderhavige onderzoek staat een concrete situatie centraal. De bevindingen, conclusies en aanbevelingen van de commissie hebben echter een ruimere strekking. Disfunctioneren van een individuele medisch specialist kan zich nu eenmaal voordoen en vormt een gegeven waarmee rekening moet worden gehouden bij de inrichting en aansturing van kwaliteitssystemen. Het Medisch Spectrum Twente is één van de grotere Nederlandse opleidingsziekenhuizen, dat in de wijze waarop kwaliteitsprocessen en -bewaking waren georganiseerd en ingebed niet afweek van vele andere Nederlandse ziekenhuizen. De affaire had zich met andere woorden ook in een ander ziekenhuis in Nederland kunnen voordoen. En kan zich - naar de overtuiging van de commissie - nog steeds voordoen, alle goede ontwikkelingen in het kwaliteitsdenken en -beleid ten spijt.

Het is daarom in het algemeen belang om een casus zoals de onderhavige onder de loep te nemen. Daarbij gaat het er de commissie vooral om dat lering wordt getrokken uit het gebeurde. Het is deze motivatie die de commissie heeft gedreven de opdracht van de Raad van Bestuur van het MST te aanvaarden. Het is dezelfde motivatie die alle personen die in het kader van het onderhavige onderzoek zijn bevraagd, ertoe heeft gebracht in alle openheid en kwetsbaarheid hun medewerking te verlenen. De commissie is hen hiervoor zeer erkentelijk.

Een andere belangrijke motivatie voor de commissie is het verschaffen van openheid aan patiënten van de neuroloog in kwestie over wat er gebeurd is en daarmee het beantwoorden van vragen die mogelijk bij hen leven of zijn gaan leven.

Voor een goed begrip van de feiten hecht de commissie eraan te benadrukken dat de gebeurtenissen in dit rapport zich afspeelden in de periode 1992 – 2003. In dit tijdperk was de verhouding tussen Raad van Bestuur en medische staf in alle ziekenhuizen anders dan nu: de medische staf was voornamelijk bezig met het bewaken van de professionele autonomie en het nevensgeschikt zijn aan de Raad van Bestuur. Het kwaliteitsdenken stond nog in de kinderschoenen, evenals de ontwikkelingen betreffende governance in de gezondheidszorg.

# Samenvatting en conclusies

## *Samenvatting*

In januari 2009 wordt publiekelijk bekend dat neuroloog Jansen<sup>1</sup> 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 huidige Raad van Bestuur (RvB) wil openheid van zaken geven. Hij stelt begin 2009 een onafhankelijke onderzoekscommissie in die de opdracht krijgt zowel het handelen van de neuroloog in kwestie, als van alle betrokkenen te onderzoeken. Daarnaast roept hij oud-patiënten van de neuroloog op zich bij het ziekenhuis te melden.

De commissie stelt op basis van haar onderzoek vast dat neuroloog Jansen ten minste sinds 1992 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.
- gefingeerde uitslagen van een neuropsychologische test vermeldt op machtigingsformulieren om een bepaald geneesmiddel voor te kunnen schrijven.
- schade heeft toegebracht aan patiënten.

Door onvoldoende dossiervoering is niet te objectiveren of Jansen in alle voorkomende gevallen patiënten heeft geïnformeerd over voorgenomen medisch-wetenschappelijk onderzoek en of hij hun toestemming voor deelname heeft verkregen.

Gegeven deze bevindingen ligt de vraag voor de hand hoe deze situatie zo lang heeft kunnen voortduren voordat werd ingegrepen. De commissie beantwoordt deze vraag aan de hand van de volgende reconstructie.

De samenwerking tussen Jansen en de overige leden van de vakgroep Neurologie, zijn naaste collega's, is van meet af aan moeizaam geweest en werd gekenmerkt door vele, soms hoogoplopende conflicten. Jansen distantieerde zich van in vakgroepverband gemaakte afspraken, was niet aanspreekbaar op zijn handelen en voelde zich ver verheven boven zijn collega's. De vakgroep deed met regelmaat een beroep op het Medisch StafBestuur (MSB) en op de RvB om de onderlinge conflicten op te lossen en dreigde daarbij soms zelfs de

---

<sup>1</sup> De commissie heeft besloten om de naam Jansen voluit te schrijven, omdat deze naam al voluit in de publiciteit is geweest

samenwerking met Jansen op te zeggen. De vakgroep vond hiervoor weinig gehoor; de verantwoordelijkheid voor de collegiale verhoudingen werd steeds weer bij haar terug gelegd.

De vakgroep heeft zich lange tijd niet expliciet uitgelaten over het medisch-inhoudelijke handelen van Jansen, hoewel ze van meet af aan kennis heeft gehad van zijn ondermaatse dossiervoering. In het voorjaar van 1998 stuitte één van de collega-neurologen tijdens waarneming voor Jansen op een aantal onvolledige dossiers en gebrekkige overdracht. Hij zag patiënten van Jansen die medicatie kregen waarvoor de waarnemer geen enkele indicatie zag en die hij niet kon rijmen met uitslagen van onderzoek. Omdat deze collega hiervoor geen verantwoordelijkheid wenste te dragen heeft hij de RvB hierover schriftelijk geïnformeerd. Een reactie van de RvB bleef uit en de vakgroep voelde zich er wederom alleen voor staan. Het leidde tot een zekere gelatenheid. De vakgroep heeft zich niet afgevraagd of het handelen van Jansen negatieve gevolgen had voor de patiëntenzorg en daar ook niet naar gezocht. Ze gaf bovendien ambivalente signalen af. Toen de erkenning van de opleiding in het geding was vergoelijkte zij zelfs het handelen en gedrag van Jansen.

Het MSB heeft steeds weet gehad van de moeizame samenwerking tussen Jansen en de overige neurologen. Het ondernam op aandringen van de vakgroep een enkele keer een bemiddelingspoging, maar mengde zich niet in de conflicten en nam geen standpunt in. Het legde de verantwoordelijkheid voor de verhoudingen bij de vakgroep en kwam uit eigen initiatief alleen in beweging wanneer de opleiding gevaar dreigde te lopen. Het heeft zich nimmer afgevraagd of de patiëntenzorg in gevaar kwam.

De RvB (h)erkende de signalen die er wel degelijk zijn geweest niet, zelfs niet het onmiskenbare signaal van de collega-neuroloog in 1998. Hij plaatste deze signalen steeds in de context van de slechte onderlinge verhoudingen en legde de verantwoordelijkheid voor het oplossen van onderlinge conflicten bij de vakgroep terug. Hij vroeg zich niet af of een en ander nadelige gevolgen had voor de patiëntenzorg, zelfs niet toen hij op grond van een terecht ingediende klacht op de hoogte raakte van het feit dat Jansen slecht dossiers bijhield, een misdiagnose had gesteld en naar eigen zeggen vaker fictieve uitslagen van neuropsychologische testen vermeldde op aanvragen voor bepaalde geneesmiddelen. In plaats daarvan kende de RvB de betreffende patiënte een bedrag aan schadevergoeding toe en bedong daarbij op straffe van een boete dat zij haar mond zou houden over de zaak en een tevens aangespannen tuchtzaak zou intrekken.

De RvB werd pas alert in 2003 na de ontdekking van medicijnendiefstal door Jansen. Er werd geen aangifte gedaan, maar er volgde een waarschuwing. Na een volgend incident met receptvervalsing ten behoeve van eigen gebruik stuurde de RvB hem per ommegaande met ziekteverlof naar huis. De RvB overwoog toen nog werkhervatting door Jansen, maar stelde hem onder druk van de vakgroep uiteindelijk voor de keuze: of blijven, maar dan zou een onderzoek naar diens functioneren volgen, of met ziekteverlof naar huis gaan, met doorbetaling van salaris tot aan vervroegde pensionering. Jansen koos voor het laatste. De inspanningen van de RvB waren er vervolgens op gericht de affaire binnenskamers te houden om reputatieschade voor Jansen en voor het ziekenhuis te voorkomen. Hij stelde geen onderzoek in naar reeds aangerichte schade voor patiënten en trad patiënten met vragen of klachten afwerend en afhoudend tegemoet.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) wist vanaf begin jaren negentig van het bestaan van slechte verhoudingen binnen de vakgroep. Zij heeft daarin nimmer aanleiding gezien om gericht onderzoek te doen naar consequenties daarvan voor de patiëntenzorg. De IGZ werd

door de RvB geïnformeerd over de medicijnendiefstal en receptvervalsing door Jansen. Zij nam zonder meer aan dat hier sprake was van een verslaafde arts, die met ziekteverlof was gestuurd en op dat moment geen bedreiging vormde voor de patiëntenzorg. Zij richtte haar aandacht op herstel en werkhervatting door Jansen onder strikte voorwaarden. Ze stelde zich lijdelijk op en verzuimde zelf onderzoek te doen naar toegebrachte schade aan patiënten.

## **Conclusie**

Er is in deze casus sprake 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.

## **Aanbevelingen van de commissie**

Een patiënt moet erop kunnen vertrouwen dat een medisch specialist handelt volgens de voor hem geldende professionele standaard en dat hij en de omgeving waarin hij werkzaam is er alles aan doen om te voorkomen dat dit vertrouwen wordt beschaamd. Om dit te realiseren is ten minste noodzakelijk dat het medisch specialistisch handelen inzichtelijk en toetsbaar is en dat verantwoordelijkheden voor de kwaliteit van zorg van betrokken actoren helder zijn belegd.

Dit inzicht heeft zich in de zorgsector vooral de laatste jaren ontwikkeld en krijgt langzaam maar zeker meer vorm. Daarvan getuigt een aantal maatregelen die ziekenhuizen in Nederland, en zeker het MST, in de afgelopen jaren hebben genomen.

In aanvulling op deze ontwikkelingen geeft de commissie de volgende aanbevelingen.

	<b>Aanbeveling</b>	<b>Aan</b>	<b>Waarin</b>
<b>Aanscherpen verantwoordelijkheden</b>			
<b>1</b>	Expliciteer de verantwoordelijkheidsverdeling tussen RvB en medici voor kwaliteit	Minister VWS <sup>2</sup>	Kwaliteitswet zorginstellingen
<b>Ontwikkel sensoren, zodat kwaliteitsproblemen eerder aan de oppervlakte komen</b>			
<b>2</b>	Bewerkstellig een vorm van intercollegiale toetsing, waarbij ook patiëntendossiers worden beoordeeld	RvB en medische staven ziekenhuizen	Stafreglement
<b>3</b>	Pas de wetgeving aan zodat dossier-beoordeling mogelijk wordt in het kader van intercollegiale toetsing	Minister VWS	WGBO <sup>3</sup> en Wet bescherming persoonsgegevens

<sup>2</sup> VWS: Volksgezondheid, Welzijn en Sport

<sup>3</sup> WGBO: Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst

<b>4</b>	Introduceer de functie medisch manager met omschreven verantwoordelijkheden en bevoegdheden	RvB ziekenhuizen	
<b>5</b>	Pas de arbeids-/toelatingsovereenkomst aan met de omschreven toetsingseisen	OMS <sup>4</sup> en NVZ <sup>5</sup> RvB en medische staf ziekenhuizen	Arbeids- c.q. toelatingsovereenkomst
<b>6</b>	Houd kwaliteitsvisitaties in alle ziekenhuizen en maak ze ook persoonlijker	OMS, MSRC <sup>6</sup>	
<b>Intern toezicht</b>			
<b>7</b>	Professionaliseer de Raad van Toezicht	RvB en RvT <sup>7</sup>	Reglement RvB-RvT
<b>Extern toezicht</b>			
<b>8</b>	Stel richtlijnen op voor het eerder herkennen van disfunctioneren	IGZ <sup>8</sup>	
<b>9</b>	Verruim de meldingsplicht voor ziekenhuizen t.a.v. samenwerkingsproblemen	Minister VWS	Kwaliteitswet zorginstellingen
<b>10</b>	Pak samenwerkingsconflicten harder aan in het belang van patiëntveiligheid	RvB ziekenhuizen	
<b>11</b>	Verruim het begrip calamiteit met gebeurtenissen die tot schade <i>kunnen</i> leiden.	Minister VWS	Kwaliteitswet zorginstellingen
<b>Toezicht wetenschappelijk onderzoek</b>			
<b>12</b>	Bewaak werkzaamheden in het kader van wetenschappelijk onderzoek	RvB ziekenhuizen	
<b>13</b>	Leg deze verplichting wettelijk vast	Minister VWS	<b>WMwO</b>
<b>14</b>	Ontwikkel een samenwerkingsrelatie voor toezicht op wetenschappelijk onderzoek met personen	IGZ en CCMO <sup>9</sup>	

<sup>4</sup> OMS: Orde van Medisch Specialisten

<sup>5</sup> NVZ, Vereniging van Ziekenhuizen

<sup>6</sup> MSRC: Medisch Specialisten Registratie Commissie

<sup>7</sup> RvT: Raad van Toezicht

<sup>8</sup> IGZ: Inspectie voor de GezondheidsZorg

<sup>9</sup> CCMO: Centrale Commissie Medisch wetenschappelijk Onderzoek

# Inleiding

## 1.1 Aanleiding

Begin 2009 ontstaat landelijke media-aandacht voor een neuroloog die eind 2003 het Medisch Spectrum Twente (MST) heeft moeten verlaten. Hij zou foute diagnoses hebben gesteld, maar desondanks met stille trom en een goede vertrekregeling uit het ziekenhuis zijn weggegaan. Bovendien blijkt hij inmiddels weer als neuroloog aan het werk te zijn gegaan in een Duitse kliniek. Volgens één van de toenmalige leden van de Raad van Bestuur (RvB) van het MST heeft de neuroloog hiermee een afspraak met het ziekenhuis geschonden en dat vormt voor hem aanleiding om 'en public' op de affaire te reageren.

In dezelfde televisie-uitzending vertelt een aantal oud-patiënten van de neuroloog wat hen is overkomen en welke gevolgen dit heeft (gehad) voor hun leven. Een letselschadespecialist meldt dat enkele tientallen oud-patiënten overwegen een schadeclaim in te dienen, en geeft daarmee een indicatie van de omvang en ernst van de mogelijk aangerichte schade.

Een storm van kritiek breekt los. Deze betreft uiteraard het handelen van de neuroloog, maar ook van het ziekenhuis en van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Hoe kon dit gebeuren en jarenlang blijven voortduren, zonder dat werd ingegrepen? En waarom heeft het ziekenhuis nooit openheid van zaken gegeven? De affaire speelde immers eind 2003 en komt nu pas naar buiten. Het beeld dat hier sprake is van een doofpotaffaire wordt versterkt door de verklaring van een oud-patiënte op televisie, dat de klacht die zij had ingediend bij de Inspectie en de tuchtzaak die zij aanhangig had gemaakt, door het ziekenhuis zijn afgekocht en dat zij hierover moest zwijgen.

De huidige Raad van Bestuur van het MST wil openheid van zaken. Vanwege de betrokkenheid van voormalige leden van de RvB, besluit hij in overleg met het Medisch Stafbestuur en de vakgroep Neurologie van het MST tot instelling van een onafhankelijke onderzoekscommissie. Zie bijlage 1, Instellingsbesluit.

## 1.2 Externe onderzoekscommissie

### Samenstelling en opdracht

De onderzoekscommissie wordt op 17 maart 2009 geïnstalleerd. Zij bestaat uit de volgende personen: de heer prof. dr. W. Lemstra, voorzitter; de heer drs. J. Hamel, vice-voorzitter; de heer prof. dr. R.S. Kahn, psychiater, lid; de heer mr. S.S. Rijpma, advocaat, lid; de heer prof. dr. Ph. Scheltens, neuroloog, lid; mevrouw mr. M.W. de Lint, ambtelijk secretaris. De commissie wordt ondersteund door een ambtelijk secretariaat.

De opdracht aan de commissie is driedig:

- 1) op basis van feitenonderzoek in beeld brengen van de wijze waarop de belangen van de in het geding zijnde patiënten zijn geborgd, met als deelthema's: dossiervorming en -beheer, diagnosestelling, opsporing van mogelijkerwijze benadeelde patiënten, de



benadering en bejegening van de betreffende patiënten (inclusief het recht van inzage) en de wijze waarop hun vragen zijn beantwoord dan wel hun klachten zijn behandeld, c.q. afgehandeld; en daarnaast in hoeverre sprake is geweest van onderzoek zonder toestemming van de patiënt en op basis waarvan wetenschappelijke studies hebben plaatsgevonden;

- 2) op basis van feitenonderzoek in beeld brengen van de rol die (toenmalige) actoren zoals de Raad van Bestuur, de Raad van Commissarissen, het medisch stafbestuur (MSB), de (cluster)managers, de vakgroep neurologie, hebben gespeeld, inclusief de interactie tussen genoemde actoren en de interactie met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het Openbaar Ministerie (OM), alsmede aan te geven of en zo ja en in welke mate genoemde actoren van de hun ter beschikking staande bevoegdheden gebruik hebben gemaakt en tot welk effect dat handelen heeft geleid. En in beeld brengen welk beleid aanwezig was en of genoemde actoren zich hieraan hebben gehouden;
- 3) conclusies te formuleren en aanbevelingen te doen aan de Raad van Bestuur.

### **Samenloop met andere onderzoeken**

Op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de IGZ intern onderzoek verricht naar haar handelwijze ten opzichte van de neuroloog in kwestie in de periode vanaf 2000 en de lessen die deze casus oplevert voor het systeem van bewaking van structureel disfunctionerende beroepsbeoefenaren. Zij heeft op 17 februari 2009 haar onderzoek aan minister Klink aangeboden. De IGZ beschrijft hierin zowel operationele verbeteringen in de werkwijze van de IGZ zelf als een aantal opties ter verbetering van de randvoorwaarden voor de effectiviteit van het IGZ-optreden.

De minister van VWS bood op 19 februari 2009 het rapport van de IGZ aan de Tweede Kamer aan. In zijn aanbiedingsbrief kondigde hij aan om samen met de IGZ een onafhankelijk advies te vragen over de lessen die uit de onderzoeksrapportage van de IGZ getrokken kunnen worden om bij toekomstige, soortgelijke casuïstiek zo passend mogelijk te kunnen reageren. De opdracht hiertoe is verstrekt aan prof. dr. J. Legemaate, hoogleraar gezondheidsrecht aan de Vrije Universiteit Amsterdam, die op 12 mei 2009 zijn advies "Verantwoordelijkheid nemen voor kwaliteit" heeft uitgebracht. Dit advies en de reactie van de minister zijn op 24 juli 2009 aangeboden aan de Tweede Kamer.

Daarnaast kondigde de minister aan voor het zomerreces van 2009 de Tweede Kamer te informeren over de lessen die getrokken kunnen worden uit het onderzoek van de door het MST ingestelde onderzoekscommissie.

In het voorjaar van 2009 is het Openbaar Ministerie een gerechtelijk vooronderzoek gestart naar het handelen van de betreffende neuroloog en van de (toenmalige) Raad van Bestuur.

## **Vertrekpunten onderzoekscommissie**

De onderzoekscommissie MST vangt haar werkzaamheden medio maart 2009 aan. Zij hanteert bij haar onderzoek de volgende vertrekpunten:

- Zorg moet van goede kwaliteit en veilig zijn. Iedere patiënt moet erop kunnen vertrouwen dat hij in goede handen is; dat hij goede kwaliteit van zorg krijgt en dat er alles aan wordt gedaan hem geen schade toe te brengen. Hieraan ontleent zowel de zorginstelling als de individuele zorgverlener legitimatie voor zijn handelen. Het kwaliteitssysteem moet zodanig zijn dat het tijdig signalen afgeeft over mogelijke overschrijding van deze grenzen en dat signalen worden opgepakt.
- In de presentatie van de casus in de media is een verband gelegd tussen een (mogelijke) verslaving van de neuroloog en het stellen van misdiagnoses. De commissie gaat in haar onderzoek niet zonder meer uit van causaliteit tussen beide en beperkt het onderzoek niet in tijd, maar kijkt terug naar de gehele periode waarin de betreffende neuroloog werkzaam was in het MST. Het gaat de commissie immers om het handelen van deze specialist jegens zijn patiënten en om de vraag hoe het mogelijk is dat een eventueel schadelijk handelen zolang zonder correcties kon voortduren.
- Het onderzoek van de commissie is erop gericht te achterhalen of er sprake is geweest van structureel disfunctioneren van een medisch specialist en of het kwaliteitssysteem van het ziekenhuis heeft gefunctioneerd, zoals mag worden verwacht. Het doel hiervan is uit deze casus lering te trekken en niet om (bindende) uitspraken te doen over het handelen van de neuroloog in individuele gevallen. Daarvoor zijn er geëigende instanties, die meer recht kunnen doen aan de behandeling van individuele klachten en claims, waaronder klachtencommissies en letselschadebureaus.

### **1.3 Aanpak en leeswijzer**

De commissie heeft voor haar onderzoek gebruik gemaakt van alle beschikbare documenten. Daarnaast heeft zij een aantal patiëntendossiers ingezien en gesprekken gevoerd met (oud) patiënten, (oud) medewerkers van het MST, bestuurders, toezichthouders en andere betrokkenen. Een uitgebreide verantwoording van de onderzoeks aanpak en werkwijze van de commissie is te vinden in bijlage 2.

Na dit inleidende hoofdstuk volgt eerst een presentatie van de feiten (hoofdstukken 2 en 3). In hoofdstuk 4 volgt aan de hand van een beschrijving van wettelijk vastgelegde verantwoordelijkheden en bevoegdheden een analyse van het individuele handelen van alle betrokkenen. Dit wordt afgesloten met een meta-analyse, waarin het handelen van betrokkenen in samenhang wordt gezien en de vinger wordt gelegd op feilen in het vigerende kwaliteitssysteem. Het hoofdstuk wordt besloten met een intermezzo, waarin de maatregelen die het MST heeft genomen om disfunctioneren tijdig te signaleren en aan te pakken staan beschreven. Hoofdstuk 5 tenslotte bevat de adviezen en aanbevelingen van de commissie.

## 2. De medisch specialist Jansen

Neuroloog Jansen is van 1978 tot eind 2003 werkzaam in het MST (en diens rechtsvoorgangers). Hij maakt deel uit van een vakgroep, aanvankelijk bestaande uit 9 en later 10 neurologen, die allen in dienstverband werkzaam zijn in het MST<sup>10</sup>.

### 2.1 De clinicus Jansen

Jansen geniet zowel binnen als buiten het ziekenhuis een goede reputatie als arts. Hij staat in de wijde omgeving bekend om zijn expertise op het gebied van de behandeling van de ziekten van Alzheimer en Parkinson en op die manier profileert hij zich ook. Hij staat verder bekend als een betrokken arts, die altijd voor zijn patiënten klaarstaat. Hij behandelt veel patiënten, bezoekt opgenomen patiënten ook buiten reguliere werktijden, is telefonisch goed bereikbaar en is actief voor de Parkinsonpatiëntenvereniging. Tot op de dag van vandaag dragen veel patiënten de neuroloog een warm hart toe.

Hij is altijd bereid diensten van collega's over te nemen en is daarnaast ook een enthousiast onderzoeker. Zijn lijst met wetenschappelijke publicaties oogt indrukwekkend. In juni 1994 promoveert Jansen op het proefschrift "Parkinsons disease. Some pharmacotherapeutic aspects." Sindsdien noemt hij zich Jansen Steur.

In de periode tot aan zijn feitelijke vertrek uit het ziekenhuis (december 2003) dienen twee patiënten een klacht tegen hem in bij de klachtencommissie van het ziekenhuis. De eerste klacht - die dateert van september 2000 en in juni 2001 wordt aangevuld met nieuwe gronden - wordt overwegend gegrond verklaard; de tweede klacht, ingediend in september 2002, niet. Tot tweemaal toe is door patiënten een tuchtzaak aanhangig gemaakt; beide zijn door de betreffende patiënten ingetrokken.

Tot zover de beeldvorming over de neuroloog Jansen. Dit beeld geeft echter geen inzicht in zijn praktijkvoering; daarvoor is onderzoek aan 'de bron' nodig. Om die reden heeft de commissie 35 patiëntendossiers van Jansen onderzocht. Het onderzoek betreft een aselechte steekproef uit de dossiers van patiënten die tussen 1992 en 2003 onder behandeling van Jansen zijn geweest en die zich op de een of andere wijze kenbaar hebben gemaakt. Hieronder volgen de bevindingen.

#### *Dossiervoering*

De dossiervoering is qua anamnese<sup>11</sup>, onderzoek, differentiaaldiagnose<sup>12</sup> en beleid zeer gebrekkig. Eigenlijk is er geen dossier: er is slechts een bundeling van uitslagen en brieven. Voor zover er werkaantekeningen zijn, zijn deze moeilijk leesbaar en vaak her en der

---

<sup>10</sup> Om deze reden spreken we in het vervolg consequent over 'vakgroep' wanneer we een collectief van medisch specialisten, werkzaam in dienstverband, bedoelen. De term 'maatschap' gebruiken we om een collectief van vrij gevestigde medisch specialisten aan te duiden. In hoofdstuk 4 gaat de commissie nader in op de relevantie van dit onderscheid

<sup>11</sup> Anamnese: wat de patiënt zelf weet te vertellen over zijn klachten, voorgeschiedenis, medicijnen etc. De arts probeert daarbij door vragen meer te weten te komen. Hetero-anamnese: door familie of begeleiders vertelde informatie.

<sup>12</sup> Differentiaaldiagnose: overzicht van mogelijke aandoeningen (diagnoses) passend bij klachten van patiënt en bevindingen bij onderzoek.

neergeschreven. Vaak ontbreekt een directe verwijfsbrief van een collega-huisarts of specialist. Ook anamnestiche gegevens ontbreken doorgaans volledig. Resultaten van neurologisch onderzoek zijn zeer matig gedocumenteerd. De decursus<sup>13</sup> is vrijwel altijd onvolledig en de toestand van de patiënt is er niet uit op te maken.

Als geheel maken de dossiers een rommelige en niet logisch ingedeelde indruk. Eigen brieven, brieven van collegae en uitslagen zitten doorgaans kris kras door elkaar. Als er al een diagnose vermeld is, dan is uit het dossier vrijwel nooit op te maken wanneer deze nu precies gesteld is, op welke gronden, welke differentiaaldiagnose werd overwogen en of de diagnose is medegedeeld aan de patiënt. In alle gevallen ontbreekt enig spoor van hetgeen met de patiënt is gecommuniceerd.

De verslaglegging richting huisarts en andere specialisten is bijzonder mager, zowel qua inhoud als qua frequentie. Alleen wanneer een patiënt opgenomen is geweest zijn er deugdelijke brieven van arts-assistenten, waaruit een - kennelijk eerder - poliklinisch gestelde diagnose blijkt.

#### *Hulponderzoek*

Aanvullend onderzoek is overvloedig en zeer vaak zonder duidelijke indicatie/vraagstelling, voor zover al gedocumenteerd. Met name valt op het uitgebreide bloed- en liquoronderzoek<sup>14</sup> met relatief vaak uitzonderlijke bepalingen (zoals ceruloplasmine en glutathion, ANCA en Lyme), alsmede genetisch onderzoek bij diverse laboratoria. Verder wordt veelvuldig MRI onderzoek aangevraagd en vanaf 2000 veelvuldig HMPAO SPECT<sup>15</sup> onderzoek, zonder duidelijke indicatie daarvoor. Wat het laatste onderzoek betreft valt op dat er vaak een discrepantie is tussen het officiële verslag van de nucleair geneeskundige en de interpretatie daarvan in de brief van Jansen.

#### *Diagnosestelling en behandeling*

Er zijn opvallend veel misdiagnoses gesteld en ongefundeerde behandelingen ingezet, zo blijkt uit de second opinions, die zijn verricht voor en na het vertrek van Jansen. De gestelde misdiagnoses betreffen multipele sclerose (MS), de ziekte van Parkinson<sup>16</sup>, de ziekte van Alzheimer<sup>17</sup> of een andere vorm van dementie, en posttraumatische stoornissen. Een aantal van de misdiagnoses van Alzheimer/dementie is te wijten aan het overwaarderen van 'afwijkingen' afgeleid uit het HMPAO SPECT onderzoek.

Zeer vaak ontbreekt een directe, of zelfs enige, relatie tussen de gestelde diagnose en de bevindingen bij (hulp)onderzoek. Voorbeelden hiervan zijn: vasculaire<sup>18</sup> dementie zonder enige afwijking op de MRI; MS bij normale of niet bijpassende MRI scan en de ziekte van Alzheimer met (bij herhaling) volstrekt normale uitkomsten van neuropsychologisch onderzoek.

---

<sup>13</sup> Decursus: het geschreven overzicht van het ziektebeloop in de tijd.

<sup>14</sup> Liquor: het vocht dat zich normaal rond de hersenen en het ruggenmerg bevindt. De samenstelling van dit "hersenvocht" kan belangrijke gegevens bevatten voor het stellen van een diagnose. Het wordt meestal verkregen door een z.g. ruggenprik (lumbaalpunctie, kortweg LP).

<sup>15</sup> HMPAO SPECT: een onderzoek waarbij via computers een 3-dimensionaal beeld van een orgaan wordt verkregen door de straling van enkelvoudige fotonen (Single Photon Emission Computed Tomography) te meten, in dit geval: HexamethylpropyleneAmine Oxime (HMPAO). Een kostbaar en in die tijd nog niet wijdverspreid onderzoek.

<sup>16</sup> betreft aandoening waarover hij bijzondere expertise geniet

<sup>17</sup> Zie voetnoot 8

<sup>18</sup> Vasculair: door afwijkingen in bloedvaten veroorzaakt.

Verder valt op dat Jansen jarenlang vasthoudt aan diagnoses terwijl het beloop hier niet bij past (zoals bij de ziekte van Alzheimer en andere vormen van dementie), of bij een second opinion elders een andere diagnose is gesteld (zoals bij MS). Soms bestaan enige aanwijzingen die bij een ziekte zouden kunnen passen, maar in onvoldoende mate. Toch stelt Jansen de diagnose op basis van deze ontoereikende aanwijzingen.

Qua behandeling valt op dat deze vaak niet past bij de diagnose (zoals Exelon® bij contusio cerebri<sup>19</sup> of vasculaire dementie), overvloedig en onverantwoord is (vele soorten interferon en intraveneuze methylprednisolon behandeling bij vermoeden van “atypische” MS), dan wel onterecht is, zoals behandeling met antiparkinson middelen of zelfs (stereotactisch) operatief ingrijpen bij een niet vastgestelde ziekte van Parkinson.

#### *Overige opvallende bevindingen*

- Tot driemaal toe is in deze selectie van 35 patiëntendossiers aangetoond dat artsenverklaringen<sup>20</sup> onjuist waren: een MMSE score<sup>21</sup> van 22 op aanvraag Exelon® zonder documentatie in het dossier; eenmaal Exelon® onder de diagnose Alzheimer voorgeschreven bij contusio cerebri (overigens ook op zich foute diagnose) en eenmaal Aricept® bij de diagnose vasculaire dementie.
- Eén patiënt krijgt op volstrekt onjuiste gronden<sup>22</sup> apomorfine toegediend via een Port a Cath<sup>23</sup> en overlijdt aan de gevolgen van het losraken van de katheter.
- Eén patiënt is blijkens een sticker op het dossier ingesloten in een klinische trial (Skye-2003-c) maar in het dossier ontbreekt elk spoor van informed consent<sup>24</sup>, datum van start deelname etc., kortom enig bewijs van deelname aan wetenschappelijk onderzoek.
- Verschillende malen is een lumbaalpunctie verricht, zo blijkt uit liquoruitslagen in het dossier, zonder dat in het dossier staat wanneer de punctie is uitgevoerd, op welk spinaal niveau, of er voorlichting gegeven is aan de patiënt over eventuele complicaties, etc.

#### *Enkele specifieke casus uit de praktijk van Jansen*

1. Casus de heer A. Deze patiënt heeft klachten van vermoeidheid en geheugenverlies. Hij wordt via een collega specialist naar Jansen verwezen. In het dossier is geen verwijfsbrief aanwezig. Evenmin zijn in het dossier aantekeningen te vinden over anamnese, heteroanamnese, lichamelijk, neurologisch of cognitief<sup>25</sup> onderzoek (bv MMSE). Wel uitgebreid aanvullend laboratoriumonderzoek en tweemaal MRI van de hersenen in 2000 en 2001, die als ‘normaal’ worden verslagen en een HMPAO SPECT scan in 2000 met specifieke afwijkingen. Er is geen neuropsychologisch onderzoek aangevraagd. De diagnose luidt echter wel: “*neurodegeneratief lijden, dementie*”. Behandeling met

---

<sup>19</sup> Contusio cerebri: hersenkneuzing (ernstiger dan hersenschudding: commotio cerebri).

<sup>20</sup> Artsenverklaring: verklaring ten behoeve van de ziektekostenverzekeraar, op grond waarvan deze een besluit neemt over vergoeding van de kosten van (in dit geval) voorgeschreven medicijnen aan de verzekerde

<sup>21</sup> MMSE-score: Mini Mental State Examination, waarbij door middel van een korte vragenlijst een score wordt opgebouwd om een (grove) indruk te krijgen over het functioneren van de hersenen. Een score van 24 of hoger wordt als normaal beschouwd.

<sup>22</sup> Zie casus C op de volgende pagina

<sup>23</sup> Port a Cath: een implanteerbaar hulpmiddel, waarmee gemakkelijk toegang wordt verkregen tot grote, diepgelegen aders, voor het regelmatig inspuiten van geneesmiddelen in de bloedstroom. Het bestaat uit een “injectiekamer” die vlak onder de huid (meestal de borst) wordt ingebracht en een daarmee verbonden slangetje, dat in bijvoorbeeld de grote holle ader wordt ingebracht.

<sup>24</sup> Informed consent: verklaring van de proefpersoon, waarbij hij aangeeft goed geïnformeerd te zijn en toestemming geeft voor deelname aan het onderzoek

<sup>25</sup> Cognitief: betreft psychische processen die te maken hebben met zaken als begrip, kennis, herinneringen en geheugen, probleemoplossen en informatieverwerking.

Exelon® wordt ingesteld met behulp van een machtigingsaanvraag (in totaal driemaal), waarop fictieve MMSE scores van 22 en 23 vermeld staan. De heer A. geraakt in de WAO en past zijn huis aan. In 2004 volgt overname door een collega neuroloog, die neuropsychologisch onderzoek aanvraagt waaruit geen tekenen van dementie blijken. De diagnose wordt teruggedraaid en de Exelon® wordt gestopt. Vanaf de overname is de dossiervoering helder.

2. Casus de heer B. Hij heeft in 2001 af en toe geheugenverlies. Een co-assistent maakt een overzichtelijk patiëntendossier. Daarop staan krabbels in het handschrift van Jansen, die vermelden: “Exelon” en “mogelijk toch epileptogeen?” Het aanvullend onderzoek is overvloedig en bevat onder andere tweemaal een EEG, waarop geen afwijkingen te zien zijn, hoewel op de aanvraag wel staat: verdenking epilepsie. Eigenlijk had nu een EEG na slaapdeprivatie<sup>26</sup> moeten volgen, maar dit is niet gebeurd. Wel is tweemaal een SPECT onderzoek verricht met de uitslag: “afwijkend, passend bij Alzheimer”. Op 3 april 2002 is een machtigingsformulier voor Exelon® getekend, onder vermelding van een MMSE score van 23. In de brief aan de huisarts van 7 mei 2002 wordt de diagnose “preseniel dementieel syndroom” gemeld, met tevens “verdenking temporale epilepsie”. In het dossier is geen documentatie te vinden over gesprekken met de patiënt. In 2004 volgt overname door een collega-neuroloog, die op 22 maart 2004 de afdeling Neurologie in het VUmc verzoekt om een second opinion. De Exelon® is kort daarvoor gestopt. De diagnose in het VUmc luidt: geen dementie; wel temporale epilepsie. Behandeling met anti-epileptica wordt ingezet met forse klachtenverbetering tot op heden.
3. Casus mevrouw C. Dit betreft een zeer uitgebreide casus, die teruggaat tot klachten vanaf het 20<sup>e</sup> levensjaar, met o.a. mogelijke CO-vergiftiging<sup>27</sup> en uiteindelijke diagnose MS in het Radboud ziekenhuis, welke in 1995 aldaar wordt herzien in de diagnose dystonie<sup>28</sup>. Patiënte komt (via een collega in Nijmegen) onder behandeling van Jansen. Na veel en ongericht onderzoek (waaronder allerlei DNA-analyses) wordt de diagnose dystonie en ziekte van Parkinson gesteld. De klachten betreffen spasticiteit van de benen; patiënte is rolstoelafhankelijk. Er volgt uitgebreid medicamenteus beleid met o.a. Sinemet®, Sinemet CR®, Tolcapone®, Baclofen® pomp intrathecaal en zelfs apomorfine subcutaan, met louter “enige subjectieve” verbetering. Geen enkele documentatie ondersteunt de aanvragen voor het verrichte onderzoek of het ingezette, zeer agressieve, medicamenteus beleid. Patiënte heeft tevens allerlei allergieën (o.a. latex) en in een enkele brief (niet van Jansen) wordt een functionele<sup>29</sup> component vermoed. Vanwege het positieve effect van apomorfine volgens patiënte en klachten rondom de subcutane injecties wordt plaatsing van een porth-a-cath overwogen. Een latexvrije plaatsing kan alleen in het AMC geschieden. Na veel gesoebat met de chirurg in het MST, regelt Jansen uiteindelijk de operatie, die op zich succesvol verloopt en de apomorfine wordt toegediend. Het effect hiervan is onduidelijk; er zijn geen aantekeningen over te vinden in het dossier. Patiënte raakt kortademig en presenteert zich op de spoedeisende hulp van het MST en wordt uiteindelijk in het AMC geheropereerd onder verdenking van een longembolie door een losgeraakte port-a-cath; patiënte overlijdt op de operatietafel. Er wordt obductie verricht;

---

<sup>26</sup> Slaapdeprivatie: methode waarbij de patiënt gedurende de nacht wakker wordt gehouden

<sup>27</sup> CO-vergiftiging: koolmonoxidevergiftiging

<sup>28</sup> Dystonie: letterlijk vertaald: stoornis in de spanning (tonus) van een spier. Deze is vaak te hoog, maar op andere momenten weer normaal. Het kenmerkt zich door onwillekeurige bewegingen van één of meer ledematen.

<sup>29</sup> Functioneel: door medici meestal gebruikt als tegenstelling tot organisch. Dat wil zeggen: (ook) psychisch beïnvloed en niet alleen door lichamelijk verkeerd functioneren.

daarbij blijken de hersenen in essentie geen afwijkingen te tonen. Jansen treedt met de neuropatholoog in het AMC in contact om de preparaten te laten herbeoordelen door een bevriende neuropatholoog in Enschede. In het dossier bevinden zich talloze brieven van patiënte en na haar dood van haar echtgenoot om helderheid in de zaak te krijgen; talloze malen beklagen zij zich over het uitblijven van enig contact met Jansen.

### *Dossiervoering collega-neurologen*

Teneinde vast te kunnen stellen of de dossiervoering van Jansen afwijkt van die van de andere neurologen heeft de commissie een kort vergelijkend onderzoek gedaan. In totaal zijn 20 dossiers uit het werkarchief over de periode 1992 - 2009 ingezien van 6 collega-neurologen. Over het algemeen bevatten deze een correcte wijze van noteren van anamnese en onderzoek, wisselend per specialist in leesbaarheid, maar volledig wat betreft correspondentie naar huisartsen en specialisten. Opvallend is wel dat een ‘modelstatus’ ontbreekt, hetgeen in het kader van de co-assistentenopleiding zeer opmerkelijk en ongebruikelijk is.

## **2.2 De onderzoeker Jansen**

Jansen is een gedreven onderzoeker. Hij verricht veel wetenschappelijk onderzoek, zowel geneesmiddelenonderzoek als niet-farmacotherapeutisch onderzoek, op proefpersonen en met postmortaal<sup>30</sup> verkregen lichaamsmateriaal.

Over de periode vanaf 1993 tot aan zijn vertrek uit het MST zijn er in totaal 9 onderzoeksprotocollen aangetroffen; deze betreffen - op één uitzondering na - geneesmiddelenonderzoek, geïnitieerd door farmaceutische bedrijven.

Het niet-farmacotherapeutische onderzoek is getiteld “de klinisch pathologische correlatie van Lewy body disease”, en is in 1993 door de ethische commissie (Ecom) van het MST goedgekeurd. De vraagstelling van het onderzoek was of corticale Lewy lichaampjes medeverantwoordelijk zijn voor de dementie c.q. cognitieve verslechtering bij patiënten met de klinische diagnose ziekte van Parkinson. Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van liquor en hersenmateriaal van overleden patiënten, bij wie tijdens het leven de diagnose idiopathische<sup>31</sup> Parkinson is gesteld en van wie na het overlijden mondeling toestemming tot schedelobductie door de nabestaanden is gegeven.

In een bijlage van bovenstaand onderzoek wordt aan het slot kort melding gemaakt van een vervolgonderzoek ‘CSF-TAU’<sup>32</sup>, dat in 1997 zal plaatsvinden en waarbij door middel van lumbaalpuncties liquor wordt verkregen van (levende) patiënten. Het streven is ongeveer 100 patiënten te kunnen includeren. De lumbaalpuncties zullen poliklinisch worden verricht zo valt te lezen. Tenslotte staat vermeld: “*In dit onderzoek CSF-TAU wèl: patiënteninformatie, informed consent en strikt vervolg van patiënten op complicaties van deze lumbaalpunctie.*”

In het voorjaar van 1997 zijn inderdaad bij ruim 100 patiënten lumbaalpuncties uitgevoerd. Er is geen patiënteninformatie(folder) aangetroffen en geen (model) informed consentformulier. De ethische commissie is per brief van 18 maart 1997 door Jansen in kennis gesteld van het

---

<sup>30</sup> Postmortaal: na de dood

<sup>31</sup> Idiopathisch=zonder aantoonbare oorzaak

<sup>32</sup> CSF: hersenvocht (verkregen met ruggenprik); TAU: een eiwit dat helpt om de structuur van zenuwvezels in stand te houden; hier gaat het om de afwijkende vorm van dit eiwit

feit dat hij onlangs met dit vervolgonderzoek van start is gegaan. De Ecom antwoordt dit voor kennisgeving te hebben aangenomen.

Het betreffende (vervolg)onderzoek heeft tot een publicatie geleid, waarin zeer summier de resultaten zijn vermeld, echter zonder vermelding dat patiënten informed consent hebben gegeven<sup>33</sup>. In de door de commissie onderzochte patiëntendossiers zijn geen aantekeningen over dit onderzoek aangetroffen. Evenmin is een administratie van de uitvoering van het onderzoek gevonden. Het is dus niet duidelijk of Jansen patiënten informeerde over het onderzoek, of hij hen om toestemming heeft gevraagd aan het betreffende, invasieve, onderzoek deel te nemen, noch of hij deze toestemming heeft verkregen.

Uit het dossieronderzoek is voorts gebleken dat Jansen bloedbepalingen bij patiënten liet doen die door de commissie niet in verband kunnen worden gebracht met de aandoening waarvoor hij hen behandelde. De commissie acht het mogelijk dat hij dit deed teneinde wetenschappelijk onderzoek te kunnen doen en daarover te kunnen publiceren. In dat geval zou het niet gaan om louter retrospectief onderzoek, maar om onderzoek met een vooropgezet doel/plan, waarvoor de gebruikelijke en sinds december 1999 wettelijk verplichte procedure<sup>34</sup> dient te worden gevolgd. Hiervan zijn echter geen onderzoeksprotocollen aangetroffen. Evenmin zijn er aantekeningen die hierop kunnen wijzen in patiëntendossiers gevonden. De commissie heeft dus niet kunnen achterhalen of Jansen deze bloedbepalingen zonder medeweten van de betreffende patiënten inderdaad liet doen om daarover te publiceren. Een aanwijzing voor deze verdenking is de casus van mevrouw D. (zie paragraaf 3.4), die een tuchtzaak aanhangig had gemaakt en er in het verloop van die procedure achter kwam dat Jansen buiten haar medeweten meerdere malen bloed van haar had laten onderzoeken op erfelijke factoren.

Jansen heeft regelmatig obducties laten uitvoeren en het aldus verkregen postmortaal materiaal (tevens) gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek en publicatie(s), in samenwerking met het pathologisch laboratorium te Enschede. In de steekproef bevond zich één dossier van een patiënt waarop obductie is uitgevoerd. In het dossier is geen obductieverslag aangetroffen. Daarmee is niet vast te stellen of er een discrepantie was tussen de bevindingen bij obductie en de door Jansen gestelde diagnose.

#### *Hoor en wederhoor*

De commissie heeft Jansen uitgenodigd voor een gesprek, waarin zij haar bevindingen aan Jansen wilde voorleggen en hem de gelegenheid wilde bieden te reageren. Op advies van zijn raadsman is Jansen niet op deze uitnodiging ingegaan. Wel heeft hij vragen van de commissie schriftelijk beantwoord. De vragen en antwoorden zijn opgenomen in bijlage 3.

## **2.3 Conclusies**

Uit dit onderzoek komt een beeld naar voren van een solitair opererende medisch specialist die zich op geen enkele wijze aan regels gehouden acht, nauwelijks dossiers bijhoudt en diagnoses stelt die niet of onvolledig onderbouwd worden. Daarbij valt op dat aanvullend onderzoek wordt aangevraagd waarvoor de noodzaak niet door de anamnese en/of het lichamelijk onderzoek wordt ondersteund. Daarnaast is het aanvullend onderzoek overvloedig

---

<sup>33</sup> Lancet. 1998 Apr 11; 351(9109):1105-6.

<sup>34</sup> Bedoeld wordt de procedure op grond van de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen, waarover meer in paragraaf 4.2



en worden de resultaten ervan op een eigen, zelden door de commissie te volgen, wijze geïnterpreteerd. Het meest opvallend hierin is het gebruik van de HMPAO SPECT scan en het buitensporige gewicht dat aan de resultaten ervan in de diagnostiek van dementie door Jansen hieraan wordt gegeven. Tevens valt het vaak niet geïndiceerde en verkeerd gebruikte medicamenteus beleid op, zowel bij patiënten met de ziekte van Alzheimer, -Parkinson als MS. Enige documentatie aangaande communicatie met de patiënt is niet teruggevonden. Bij het invullen van de machtigingsformulieren voor Exelon® ontbreekt in alle onderzochte gevallen de onderliggende documentatie om de vermelde MMSE score te onderbouwen.

Jansen verrichtte veel wetenschappelijk onderzoek, soms alleen, vaak in samenwerking met anderen, maar (vrijwel) nooit met een vakgroepgenoot. Door de zeer gebrekkige dossiervoering is niet te objectiveren of Jansen patiënten informeerde over voorgenomen wetenschappelijk onderzoek en hun toestemming vroeg, laat staan dat terug te vinden is of toestemming door de patiënt voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek is gegeven. Ook is niet met zekerheid vast te stellen of Jansen de daarvoor geldende procedures heeft gevolgd. Specifieke casuïstiek geeft aanleiding tot twijfel ter zake.

Opmerkelijk is dat Jansen enerzijds een gedreven ‘wetenschappelijke gerichtheid’ heeft, terwijl hij anderzijds op onvoldoende ‘evidence based’ gronden patiënten diagnosticeert (SPECT-scans) en behandelt (medicamenteus beleid). Evenzeer opmerkelijk is de discrepantie tussen de positieve beeldvorming over Jansen en de feitelijke praktijkvoering.

Aanwijzingen voor een causale relatie tussen het handelen van Jansen en een auto-ongeval in 1990 heeft de commissie niet gevonden, maar kunnen op basis van dit onderzoek evenmin worden uitgesloten.

De conclusies zijn gebaseerd op onderzoek van een steekproef uit de dossiers van patiënten die in de periode vanaf 1992 onder behandeling van Jansen zijn geweest. Vaststaat derhalve dat ten minste sinds die tijd sprake is van disfunctioneren van de betreffende neuroloog.

## 3. Reconstructie van gebeurtenissen

### 3.1 Inleiding

Er is dus tenminste sinds 1992 sprake van ernstig disfunctioneren van een medisch specialist. Een disfunctioneren dat bovendien slecht zichtbaar was voor patiënten. Dit roept des te indringender de vraag op of er signalen of aanwijzingen voor het disfunctioneren zijn geweest en zo ja, hoe andere betrokkenen daarmee zijn omgegaan. Daartoe dient de thans volgende reconstructie van gebeurtenissen.

### 3.2 Periode tot 1997

*Vakgroep neurologie: zeven plus twee*

De samenwerking tussen Jansen en de andere vakgroepsleden wordt gekenmerkt door ernstige aanvaringen en hoogoplopende conflicten. De vakgroep spreekt in 1990 reeds over “*langer bestaand sociaal disfunctioneren*” van Jansen, zonder een oordeel te geven over zijn vakkennis en inzet voor patiënten. Nadat in 1992 een conflict ontstaat tussen neurologen Jansen en Q. enerzijds en de overige vakgroepsleden anderzijds over de opvolging van de vertrekkend B-opleider, stelt de vakgroep Neurologie op advies van het medisch stafbestuur (MSB) begin 1993 een huishoudelijk reglement op.

Vanaf het begin laten Jansen en Q. hun weerstand hiertegen blijken. Dit resulteert in december 1993 in een brief van de overige zeven vakgroepsleden aan de RvB met een kopie aan het MSB. Daarin stellen zij puntsgewijs problemen aan de orde betreffende de beide neurologen: “*weigering tot ondertekenen (van het huishoudelijk reglement), stelselmatig ondermijnen van en onttrekken aan meerderheidsstandpunten binnen de vakgroep, niet te corrigeren gedrag, voortdurend (in)direct beschadigen van de andere vakgroepsleden, het in gevaar brengen van de aangevraagde A-opleiding*”. Het niet te corrigeren gedrag bestaat volgens ‘de zeven’ uit “*onttrekking aan gemeenschappelijke (opleidings)bijeenkomsten en eenzijdige werkafspraken*” en afwijkende neurologische praktijkvoering, onder andere in de zin van verslaglegging en overbelasting van het secretariaat. De zeven neurologen zijn van mening dat er geen basis meer bestaat om de samenwerking met Jansen en Q. te continueren en verzoeken de RvB om verdere stappen te nemen.

Het MSB neemt hierop het initiatief tot instelling van een commissie van goede diensten (CVGD). Deze commissie concludeert in februari 1994 dat het ontstaan van de huidige situatie in het verre verleden ligt, voor de fusie van de Enschedese ziekenhuizen (1988). Het genoemde gedrag van Jansen en Q. berust volgens de CVGD op een “*misplaatst superioriteitsgevoel en de behoefte om niet in vakgroepverband maar solistisch te werken*”. De commissie adviseert om voor zes maanden één van de stafleden als begeleider aan te stellen bij de vakgroep. En voorts dat het huishoudelijk reglement uiterlijk eind maart 1994 door alle neurologen getekend moet zijn. Het MSB neemt deze adviezen over.

De zeven neurologen geven in een reactie hierop aan geen mogelijkheden meer te zien voor verdere samenwerking met Q. Vijf van de zeven neurologen achten herstel van de samenwerking met Jansen wel mogelijk mits er goede afspraken gemaakt worden.

In december 1993 is er een medisch incident waarbij Q. betrokken is. Dit leidt wederom tot een groot conflict binnen de vakgroep, omdat Q. het incident niet wilde melden bij de Inspectie en één van de vakgroepgenoten dit in zijn plaats heeft gedaan. Op 22 juli 1994 schrijft de regionaal geneeskundig inspecteur een brief over dit incident en de afhandeling daarvan. In die brief gaat hij ook in op de vakgroep(-verhoudingen). Hij geeft aan dat intern en bij de Inspectie al jaren het beeld bestaat dat de neurologengroep (te) weinig samenhang vertoont. Hij adviseert een begeleider te betrekken bij de groepsprocessen en roept de neurologen onder het mom 'noblesse oblige' op tot tolerantie om 'andersdenkenden' behulpzaam te zijn en tijd te geven zich in redelijke mate aan te passen.

In de periode daarna escaleert de situatie rond Q. hetgeen uiteindelijk leidt tot diens gedwongen vertrek uit het ziekenhuis per augustus 1995.

In deze turbulente periode wordt de opleiding gevisiteerd. De visitatiecommissie geeft als zwaarwegend advies aan de vakgroep dat schriftelijk wordt vastgelegd dat *“de opleider de eindverantwoordelijkheid draagt voor alle zaken die de opleiding betreffen en dat hij als zodanig een beslissende stem heeft in beleid en coördinatie”*. De Specialisten Registratie Commissie (SRC) besluit de erkenning van de A-opleiding te verlengen voor een periode van twee jaar, hetgeen een gebruikelijke periode is wanneer er een nieuwe opleider is. De RvB ontvangt een afschrift van dit besluit.

#### *Zeven plus één*

In de jaren daaropvolgend schrijft Jansen vele brieven aan de overige leden van de vakgroep, waarin hij zijn ongenoegen over allerhande zaken uit. Deze brieven tonen aan dat de verhoudingen zeer verstoord zijn. Zo heeft hij in een brief van 29 mei 1995 commentaar over nalatigheid van collega's: *“Er zijn grenzen aan mijn tolerantie en ik blijf van mening dat in deze vakgroep een huishoudelijk reglement niets heeft verbeterd het laatste jaar. Op deze manier kom ik niet nader tot u”*. In zijn brief van 19 juni 1995, getiteld 'De wal keert 't schip', schrijft hij naar aanleiding van het bestaan van lange wachttijden voor zijn polikliniek: *“De breuklijn in onze vakgroep wordt dus duidelijker”*. En op 2 november 1995: *“Mijn superieur neurologisch handelen in de grootste neurologische praktijk van Twente die ik bedrijf, komt onder deze omstandigheden niet tot zijn recht. Niemand kan mij beletten mijn kostbare tijd optimaal en nuttig te besteden”*.

### **3.3 Periode 1997 tot 2000**

#### *Affaire consulentschap TPZ*

In januari 1997 zegt Jansen in een brief aan de vakgroep zijn consulentschap in het Twents Psychiatrisch ziekenhuis (TPZ) op omdat er volgens hem te weinig ondersteuning wordt geboden vanuit het MST. De vakgroep vindt Jansen echter het meest geschikt voor dit consulentschap gezien zijn expertise in de gedragsneurologie en biedt aan de roosters te herschikken. Omdat het overleg met Jansen op niets uitloopt verzoekt de vakgroep het MSB op 19 maart 1997 schriftelijk om arbitrage.

Een stafcommissie ad hoc brengt in april 1997 rapport uit. Daarin noemt zij de handelwijze van Jansen ongepast eenzijdig, maar vindt zij het wel gerechtvaardigd als Jansen na overbrugging van een jaar zijn TPZ-werkzaamheden beëindigt. Jansen gaat niet onvoorwaardelijk met de arbitrage akkoord, hoewel dit tevoren wel was afgesproken. De vakgroep geeft in een brief van 11 juni 1997 aan het MSB blijk van haar teleurstelling en stelt dat *“het MSB geen enkel machtsmiddel bezit om uit de pas lopende collega’s tot de orde te roepen. Dit lijkt beloond met een advies ten koste van de redelijke partij. De vakgroep realiseert zich opnieuw dat ze er alleen voor staat als het gaat om dit soort problemen. De kern van uw advies luidt immers: los conflicten zelf binnen de vakgroep op.”* In 1998 neemt één van de andere neurologen het consulentchap over.

In 1997 wordt de opleiding wederom gevisiteerd. In de aanloop daar naar toe zijn er problemen binnen de vakgroep. Het opleiderschap van de nieuwe opleider wordt door Jansen betwist. De vakgroep vraagt om uitstel aan de visitatiecommissie om intern orde op zaken te kunnen stellen. De commissie komt toch op 21 februari 1997; de problemen worden uitgelegd, waarna de afspraak wordt gemaakt om drie maanden later opnieuw te komen en dan een volledige visitatie uit te voeren, hetgeen ook geschiedt.. De SRC besluit de erkenning te verlengen voor een periode van vijf jaar.

#### *1997-2000: affaire met de 100 lumbaalpuncties*

In maart 1997 laat Jansen in korte tijd bij ruim 100 patiënten lumbaalpuncties verrichten. Op poliklinische dossiers zien de collega-neurologen in rood de aanduiding TAU. Dit doet vermoeden dat het om wetenschappelijk onderzoek naar het Tau-eiwit in de liquor gaat. De overige vakgroepleden weten van niets en stellen hierover vragen aan Jansen op de vakgroepvergadering van 18 maart 1997.

Jansen antwoordt dat het gaat om een uitvloeisel van een door de Ethische Commissie (Ecom) in 1993 goedgekeurd onderzoek: *“De klinisch-pathologische correlatie van Lewy body disease”*. Diezelfde dag schrijft hij op verzoek van de vakgroep een brief aan de Ecom. Daarin verwijst hij voor dit aanvullende liquoronderzoek bij patiënten met de klinische diagnose ziekte van Parkinson naar het protocol bij Lewy body patiënten uit 1993. In dit protocol wordt namelijk melding gemaakt van dit in 1997 uit te voeren liquoronderzoek. Op de vergadering van 8 april 1997 wordt deze brief kort besproken. Het is de vakgroep onduidelijk waarom Parkinson patiënten in 1997 worden onderzocht op geleide van een protocol uit 1993 betrekking hebbend op Lewy body disease. Ook wordt gevraagd of de regels van informed consent zijn gevolgd. Op de vakgroepvergadering van 27 mei 1997 is er een éénregelige brief van de Ecom met de mededeling ‘voor kennisgeving aangenomen’. De vakgroep vindt dit te mager en spreekt af dat de vakgroepcoördinator inzicht zal krijgen in het protocol, ondanks bezwaar van Jansen tegen het zelfstandig inwinnen van verdere informatie door de neurologen. Op de vergadering van 10 juni 1997 wordt de vakgroep echter niet nader geïnformeerd door Jansen, die bovendien de vakgroepcoördinator verwijt dat deze buiten hem om bij de Ecom (tevergeefs) om inzage in het protocol heeft verzocht. De vakgroep besluit dat zij zo geen verantwoordelijkheid kan dragen voor de gang van zaken en dat zij de RvB zal inlichten.

De dag daarop gaat een brief naar de RvB waarin de vakgroep melding maakt van wetenschappelijk onderzoek dat mogelijk niet voldoet aan de regels voor Good Clinical

Practice<sup>35</sup>. Op 16 juni 1997 stuurt Jansen nadere informatie naar de RvB, o.a. het protocol en informatie over informed consent. De vakgroep krijgt wel een kopie van deze brief, maar **niet** van de bijlagen. Op 26 juli 1997 schrijft Jansen aan de RvB dat de vakgroepcoördinator buiten zijn boekje is gegaan en hiervoor door de vakgroep ‘veroordeeld’ moet worden. In afwachting daarvan distantieert Jansen zich van de vakgroep voor wat betreft niet-patiëntgebonden activiteiten. Vanaf die tijd neemt hij geen deel meer aan vakgroepvergaderingen of andere bijeenkomsten van de vakgroep.

De RvB vat in een brief van 6 augustus 1997 de ontstane impasse samen. Daarin stelt hij dat er twee problemen zijn: het gewraakte experiment en de werkverhoudingen in de neurologische praktijk. Voor het eerste probleem zal hij het MSB inlichten met het advies om een onderzoekscommissie in te stellen. Wat het andere probleem betreft stelt hij dat *“de werkverhoudingen na een roerig verleden niet optimaal zijn, maar door alle leden als werkbaar worden aangemerkt”*. Zijns inziens kan de gemelde kwestie dan ook geïsoleerd worden beschouwd.

De vakgroepcoördinator antwoordt op 15 augustus 1997 dat de neurologen nog steeds geen inzicht hebben in het onderzoeksprotocol en dat beoordeling meer behelst dan de vraag naar informed consent, met name ook of (invasief) liquoronderzoek in het protocol was opgenomen.

Jansen schrijft op 26 augustus 1997 een brief aan de RvB, ‘hof der spiegeling’ getiteld, waarin hij zich erover beklagt dat er zowel binnen als buiten het MST een geruchtenstroom op gang is gekomen over de affaire en dat zijn positie, naam en faam in diskrediet zijn gebracht. Volgens Jansen is hier zeker geen sprake van een geïsoleerd probleem, maar van *“symptomatologie van de (on)maatschappelijke verhoudingen binnen de werkgroep neurologie”*. Hij acht het noodzakelijk dat zowel de beroepsvereniging als de IGZ op de hoogte worden gebracht, dat hij voor de periode van het onderzoek op non actief wordt gesteld, en dat na het onderzoek zijn positie binnen MST wederzijds nader wordt beschouwd. De RvB antwoordt drie dagen later dat *“al onze inspanningen gericht zullen zijn op het herstellen van verstoringen in de verhoudingen binnen uw vakgroep. Daarin past dat alle betrokkenen een absolute vertrouwelijkheid bewaren tegenover derden”*.

Er wordt geen melding gedaan bij de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVvN), wel bij de regionale inspectie. Jansen wordt niet op non actief gesteld.

Een interne stafcommissie van onderzoek gaat op 5 september 1997 aan het werk en rapporteert binnen drie weken. Zij meldt dat zij zich beperkt heeft tot het toetsen van de uitvoering van het onderzoek, aangezien de opzet daarvan al in 1993 getoetst is door de Ecom. De commissie stelt vast dat in het protocol is voorzien in voor 1997 gepland liquoronderzoek en concludeert dat het onderzoek geheel conform het protocol is uitgevoerd. Tevens zijn door deze stafcommissie ondertekende informed consent formulieren van 115 patiënten aangetroffen.

De RvB neemt de conclusies van de commissie over. Volgens de RvB moet de zaak afgesloten worden verklaard. De RvB schrijft een brief aan de IGZ om de gunstige uitkomst van het onderzoek te melden.

De vakgroep blijft echter twijfels houden. Zij heeft de informed consent formulieren namelijk nimmer gezien, ondanks herhaald verzoek. Op 23 december 1997 vindt een gesprek plaats

---

<sup>35</sup> Good Clinical Practice is een pakket voorschriften en regels die werden vastgesteld door de International Conference on Harmonisation (ICH). Ze definiëren hoe een wetenschappelijk gefundeerde klinische studie bij mensen moet plaatsvinden.

tussen de RvB en alle neurologen over de ontstane situatie. In een samenvattende brief aan de neurologen over dit gesprek, herhaalt de RvB dat de situatie werkbaar is en dat de inspanningen van de RvB en van het MSB altijd zijn gericht op het tegengaan van verstoringen in de verhoudingen binnen de vakgroep. Hij vindt dat geen energie meer moet worden gestoken in het analyseren van de gebeurtenissen rond het LP-onderzoek, maar in het optimaliseren van de onderlinge collegiale verhoudingen en verzoekt de vakgroepcoördinator daaraan structuur en inhoud te geven.

Blijkens de notulen van de neurologen over de bijeenkomst van 23 december 1997 vindt de vakgroep dat, nu de RvB de conclusies van de stafcommissie overneemt, zij van verantwoordelijkheid voor het door Jansen uitgevoerde onderzoek is ontslagen. Zij houdt echter twijfels over de kwaliteit van het onderzoeksrapport. Ze vraagt zich met name af of er wel goed gerechercheerd is door de commissie. Want waarom persisteerde Jansen in zijn weigering om de neurologen inzage in het protocol te verschaffen? Ook de verdenking dat informed consent niet op de juiste wijze is verkregen blijft bestaan. Voor Jansen – die de vakgroepvergaderingen niet meer bijwoont, maar wel de notulen ontvangt - maakt de wederom geuite twijfel de samenwerking onmogelijk.

De affaire krijgt dan ook een vervolg wanneer de advocaat van Jansen in februari 1998 brieven stuurt aan de RvB, de onderzoekscommissie en de neurologen. Daarin wordt de voortdurende twijfel van de zeven neurologen over het onderzoeksrapport bekritiseerd. De RvB antwoordt mede namens de zeven neurologen en zegt dat de affaire weliswaar geen schoonheidsprijs verdient, maar dat ieder zich bereid heeft verklaard samen voort te gaan. Excuses zijn volgens hem niet nodig. Overigens heeft de RvB zijn diensten als procesbegeleider aangeboden, en hij betreurt het dat Jansen daarvan geen gebruik heeft gemaakt. Van iedere neuroloog wordt nu goed werknemerschap verwacht.

Op 8 april 1998 volgt een brief van de advocaat van Jansen aan de vakgroepcoördinator persoonlijk. Daarin verwijt hij hem de schade die Jansen heeft ondervonden of kan ondervinden door het naar buiten brengen van twijfels over dit onderzoek. De RvB antwoordt dat Jansen een en ander had kunnen voorkomen als hij gewoon inzage had gegeven in het protocol. Een briefwisseling volgt, totdat de RvB vraagt om concrete gegevens waaruit (mogelijke) schade zou (kunnen) voortvloeien. De advocaat antwoordt per brief van 28 juni 2000, dat de vakgroepcoördinator tijdens een congres in maart 1997 mededelingen over de dan nog zeer verse affaire zou hebben gedaan aan een derde. De voorzitter van de RvB antwoordt op 7 november 2000. Hij stelt dat de RvB pas per 29 augustus 1997 met de neurologen vertrouwelijkheid heeft afgesproken en dat het gesprek van de vakgroepcoördinator in maart 1997 dus niet aan die afspraak was gebonden. Hiermee eindigt deze discussie.

#### *Signalen tijdens waarneming*

In een brief van 23 april 1998 aan de RvB, meldt één van de neurologen dat hij in de periode van 16 tot en met 19 maart en van 22 tot en met 31 maart van dat jaar tijdens waarneming van Jansen geconfronteerd is met een aantal gevallen waarin zijn medische verantwoordelijkheid in het geding kwam door onvoldoende overdracht en verslaglegging door Jansen. Hij schetst de casuïstiek van zeven patiënten, waarbij hij wijst op het ontbreken van documentatie over diagnose, indicatie of reden voor ongebruikelijke medicatie of ongebruikelijke dosering. Een reactie op deze brief door de RvB blijft uit.

In april 1999 heeft de clustermanager een gesprek met Jansen naar aanleiding van klachten over zijn attitude. Zij stelt vast dat Jansen weigert andere dan zijn eigen Parkinsonpatiënten te zien en dat hij badinerende uitspraken doet over andere medewerkers. Volgens Jansen is er niets veranderd in de relatie of samenwerking met de vakgroep.

### 3.4 Periode 2000 t/m 2002

*2000: affaire mevrouw D.*

Mevrouw D. wendt zich in 1997 tot Jansen wegens klachten van vergeetachtigheid. Haar moeder dementeerde vroeg en zij is bang dat dit haar ook te wachten staat. Na een aantal onderzoeken deelt Jansen haar mede dat zij de ziekte van Alzheimer heeft en schrijft hij haar Exelon® voor. Omdat haar echtgenoot dit middel niet vertrouwt raadt hij haar aan de Alzheimer telefoon (van de Stichting Alzheimer Nederland) te bellen. Daar treft zij iemand, die haar aanraadt een second opinion te laten verrichten. Zij consulteert een neuroloog in de Valeriuskliniek te Amsterdam, die na onderzoek vaststelt dat zij niet aan de ziekte van Alzheimer lijdt.

Op 8 september 2000 dient zij een schriftelijke klacht in bij de IGZ over de handelwijze van Jansen, betreffende het voorschrijven van Exelon® ter voorkoming van de ziekte van Alzheimer en gebrekkig onderzoek ter onderbouwing. De IGZ adviseert haar een gesprek aan te gaan met de neuroloog in kwestie. Na een onbevredigend gesprek met Jansen dient mevrouw D. op 25 oktober 2000 een klacht in bij de klachtencommissie van het MST.

De klachtencommissie brengt op 16 januari 2001 rapport uit. De commissie acht zich niet bevoegd om te beoordelen of de diagnostiek door Jansen naar een beginnend dementiesyndroom volledig en adequaat is geweest. De omstandigheden waarin mevrouw D. verkeerde, vereisten naar de mening van de commissie wel een extra zorgvuldige formulering en uitleg. Jansen is hierin tekort geschoten. Verder is de commissie van mening dat de dossiervoering onvolledig is. Jansen had tenminste de essentie van de met mevrouw D. gevoerde gesprekken in het dossier moeten opnemen. De commissie wil en kan zich niet begeven in de discussie over de indicatiestelling bij het voorschrijven van Exelon®. Wel acht zij aannemelijk dat Jansen onvoldoende informatie heeft gegeven over de bijwerkingen van dit middel. De commissie acht deze klacht gegrond. Wat betreft de wijze van aanvragen van een machtiging voor Exelon® acht de commissie aangetoond dat de op het aanvraagformulier vermelde MMSE-score (van 22) onjuist is. Ook deze klacht is derhalve gegrond, *“temeer daar Jansen tegenover de commissie heeft verklaard bij het aanvragen van machtigingen voor Exelon® wel vaker fictieve MMSE-scores en diagnoses te hanteren”*<sup>36</sup>.

De commissie adviseert de RvB om Jansen nadrukkelijk te wijzen op zijn plicht om ook over met patiënten gevoerde gesprekken, zeker als die van cruciaal belang zijn voor de patiënt, aantekening in het dossier te maken en hem op de noodzaak te wijzen zijn handelwijze bij het aanvragen van een machtiging voor Exelon® te herzien.

Mevrouw D. informeert op 7 februari 2001 de IGZ per brief over het voorgaande en zij suggereert de IGZ een tuchtklacht in te dienen.

Op 22 februari daaropvolgend schrijft de RvB een brief aan Jansen waarin hij hem erop wijst dat een patiënt recht heeft op aanvulling van zijn dossier, mits die aanvullingen betrekking

---

<sup>36</sup> Zie ook ‘Overige opvallende bevindingen’, eerste aandachtsstreepje in hoofdstuk 2.1

hebben op de in het dossier opgenomen stukken. Is aan dit criterium voldaan dan is de hulpverlener verplicht deze aanvullingen op te nemen. De RvB wijst erop dat mevrouw D. verzocht heeft het schrijven van dr. J. te Amsterdam toe te voegen aan het dossier en verzoekt Jansen zulks te doen. De RvB informeert mevrouw D over deze actie.

Op 1 maart 2001 antwoordt de IGZ aan mevrouw D. dat een tuchtklacht (nog) niet aan de orde is. De inspectie geeft aan de klacht in het reguliere overleg met de RvB aan de orde te stellen. Dat gebeurt op 20 maart 2001.

Twee weken later schrijft de RvB een brief aan mevrouw D. en aan Jansen (in afschrift aan de IGZ) waarin hij aangeeft de uitspraak en aanbevelingen van de klachtencommissie over te nemen. De RvB geeft aan de geconstateerde onvolledige dossiervoering “een ernstig feit” te vinden en stelt: *“Gaarne vertrouwen wij erop dat u in de toekomst de dossiervoering in overeenstemming zult laten zijn met de verplichtingen die voortvloeien uit de wet en uit het vastgesteld MST-beleid”*. Ook wijst hij op de noodzaak dat Jansen zijn handelwijze bij het aanvragen van machtigingen voor Exelon® herzielt. Hij besluit zijn brief met de zinsnede: *“De RvB vertrouwt er gaarne op dat in de toekomst de op de aanvragen ingevulde scores en diagnoses zijn verkregen/gesteld conform de daarvoor gebruikelijke procedures en handelwijzen”*.

Daags daarna sluit de IGZ de melding van mevrouw D.

Op 9 april 2001 schrijft Jansen een brief aan de RvB (met een kopie aan de vakgroepcoördinator), waarin hij aangeeft de brieven van de RvB naar aanleiding van het rapport van de klachtencommissie inzake mevrouw D. beschadigend te vinden, vooral omdat mevrouw D. een klacht heeft gedeponereerd bij het Regionaal Tucht College (RTC) te Zwolle. Hij besluit zijn brief als volgt: *“Door genoemde brieven/handelwijzen benadeelt u mijn positie als topspecialist in dit ziekenhuis”*.

Mevrouw D. ontvangt in de weken daarop volgend - in het kader van de door haar aanhangig gemaakte tuchtzaak - relevante stukken uit haar medisch dossier. Bij bestudering daarvan blijkt dat bij haar verschillende malen bloed is afgenomen voor DNA-onderzoek. Op 13 juli 2001 meldt zij telefonisch aan de IGZ dat Jansen in 1997 en in 1998 zonder haar toestemming bloed heeft laten onderzoeken op erfelijke afwijkingen. Mevrouw D. heeft intussen opnieuw een klacht ingediend bij de klachtencommissie van het ziekenhuis en breidt haar klacht bij het Regionaal Tucht College (RTC) uit met haar nieuwe bevindingen over het DNA-onderzoek.

De RvB spreekt in zijn vergadering van 21 augustus 2001 kort over Jansen en de casus van mevrouw D. Hij heeft vastgesteld dat in het personeelsdossier van Jansen geen belastende correspondentie zit. De RvB besluit de klacht van mevrouw D. in het personeelsdossier op te nemen.

Op 30 oktober van dat jaar heeft mevrouw D. een gesprek bij de IGZ. De IGZ zegt toe de klachtbehandeling te volgen, zich te richten op wat het ziekenhuis met de conclusies en aanbevelingen gaat doen en de uitspraak van het RTC af te wachten. In het gesprek komt aan de orde dat mevrouw D. de volgende dag een gesprek zal hebben met de secretaris van de RvB.

De secretaris van de RvB bezoekt op 31 oktober 2001 mevrouw D. thuis. In het gesprek dat volgt, stelt de secretaris RvB voor om te komen tot een vaststellingsovereenkomst, waarmee de zaak naar beider tevredenheid kan worden afgesloten.



Op 5 november 2001 sluit de IGZ de melding nadat mevrouw D. heeft aangegeven met de zaak te willen stoppen.

Op 7 december 2001 sluit de RvB een vaststellingsovereenkomst met mevrouw D. Daarin zijn de overwegingen opgenomen die tot de overeenkomst hebben geleid. Deze komen erop neer dat mevrouw D. sinds 1997 onder behandeling was bij Jansen; dat zij als gevolg van die behandeling schade heeft geleden die (financieel) geregeld is (de Alzheimer casus); dat mevrouw vindt dat er nieuwe gronden zijn om aanvullend compensatie te verlangen (casus DNA-onderzoek); dat zij een klacht heeft ingediend bij het RTC te Zwolle; dat zij alle door haar ingezette procedures zo spoedig mogelijk wenst te beëindigen in verband met de psychische belasting die dat voor haar man met zich meebrengt; dat partijen verschillen over de juridische grondslag voor en de omvang van de schade; dat partijen hebben besloten dit geschil in der minne te regelen middels deze overeenkomst.

De overeenkomst zelf behelst de volgende afspraken:

- Mevrouw D. en de neuroloog zullen bij een ontmoeting handelen alsof zij elkaar niet kennen. De overeenkomst wordt daarom mede ondertekend door Jansen;
- De schade wordt vastgesteld op 15.000 gulden. Dit bedrag dient ter finale kwijting ter zake van deze behandeling;
- Partijen zullen al hetgeen aan correspondentie is gevoerd en schriftelijk vastgelegd, inclusief – op verzoek van mevrouw D. – het medisch dossier in bezit van de behandelend neuroloog, vernietigen, met uitzondering van beide vaststellingsovereenkomsten;
- Partijen komen geheimhouding overeen ten aanzien van de behandeling in de ruimste zin van het woord;
- Mevrouw D. zal alle procedures, correspondentie, publicaties en/of communicatie samenhangend met of gerelateerd aan deze behandeling stopzetten; hieronder begrepen klachten bij de klachtencommissie en het RTC en geen nieuwe acties entameren dan wel laten entameren, op directe noch indirecte wijze;
- Indien mevrouw D. zich niet houdt aan hetgeen is bepaald, zal zij schadeplichtig zijn ten opzichte van het ziekenhuis en de neuroloog. Deze schade wordt minimaal gesteld op 15.000 gulden, in rechte te vorderen.
- De belangenbehartiger van mevrouw D. krijgt de kosten door het ziekenhuis vergoed met een maximum van 5.000 gulden ex BTW.

Op 21 december 2001 schrijft de RvB een brief aan Jansen, waarin hij meedeelt dat met onderhavige vaststellingsovereenkomst de zaak mevrouw D. is afgewikkeld. Hij herinnert Jansen aan de met hem gemaakte afspraak dat hij een bijdrage levert in de financiële schade (zijnde 5.000 gulden, in te houden op zijn salaris). Tevens deelt hij mede dat het medisch dossier van mevrouw D. is vernietigd, evenals alle overige correspondentie.

#### *2001: affaire visitatie*

Op 19 maart 2001 spreekt het MSB in zijn vergadering over de houding van de vakgroepcoördinator neurologie, die eerder in de kernstafvergadering had aangegeven dat het gedrag van Jansen geen probleem is van de vakgroep neurologie zelf, maar van het stafbestuur. De stafvoorzitter merkt op dat indertijd (problematiek rond neuroloog Q.) al gezegd is dat een staflid door de vakgroep tot de orde geroepen dient te worden, conform het huishoudelijk reglement. Duidelijk is dat Jansen zich niet houdt aan het huishoudelijk reglement.

Het conflict binnen de vakgroep heeft op dit moment met name betrekking op het opleiderschap. De stafvoorzitter waarschuwt voor het feit dat de opleiding volgend jaar gevisiteerd wordt en het MSB wil niet meer in een situatie belanden zoals bij de vorige visitatie (1997) het geval was. De visitatie is toen met enkele maanden uitgesteld wegens interne conflicten binnen de vakgroep. Afgesproken wordt de vakgroepcoördinator uit te nodigen voor de vergadering van 26 maart 2001 en met hem te praten over het functioneren van de vakgroep, het probleem Jansen en het afschuiven van de verantwoordelijkheid naar het MSB, in plaats van naar de vakgroep zelf.

De vakgroepcoördinator geeft bij die gelegenheid aan dat de vakgroep zich geen zorgen maakt over de opleiding; Jansen onttrekt zich daar volgens hem niet aan. Het gedrag van Jansen is naar zijn zeggen al jarenlang ongeleid en ongestuurd en heeft al vele malen geleid tot allerlei zaken. De vakgroep neurologie heeft er mee leren omgaan en de RvB weet dat de vakgroepcoördinator geen verantwoordelijkheid meer kan dragen voor het gedrag van Jansen (bijvoorbeeld als het gaat om het voorschrijven van dure medicijnen). Conclusie van de vakgroep neurologie is dat noch het MSB, noch de RvB iets aan deze problematiek kunnen doen.

De vakgroepcoördinator geeft voorts aan dat de vakgroep neurologie *“wel bewaakt dat Jansen geen dingen doet die professioneel gezien echt niet kunnen. Mocht de vakgroep ergens weet van hebben, waarvan zij zegt ‘dat mogen wij niet laten doorgaan’ dan zal zij dat probleem uiteraard aan de orde stellen. Het is echter niet zo dat Jansen veel van de protocollen afwijkt. Er is sprake van grensverschuivend gedrag en dat is een onoplosbaar probleem. De praktische zaken, zoals overdracht en diensten, zijn wel goed geregeld. Er bestaat dossiervorming (bedoeld wordt: over Jansen) sinds 1989”*.

Het MSB constateert dat er inderdaad sprake is van grensverschuivend gedrag. De vakgroep neurologie is verplicht het gedrag van Jansen in afwijkende gevallen op te schrijven en toe te voegen aan zijn dossier. Het MSB denkt overigens dat er geen dossiervorming is over de laatste tijd. De stafvoorzitter zal hierover navraag doen bij de RvB.

Het MSB praat verder over het eventueel instellen van een commissie ‘disfunctionerende medisch specialisten’ en stelt voor te gaan inventariseren welke ervaringen de ziekenhuizen hebben die inmiddels zo’n commissie hebben ingesteld.

In de vergadering van het MSB van 2 april 2001 maakt het stafbestuur zich zorgen over het feit dat de vakgroep neurologie kennelijk een passieve houding heeft aangenomen ten opzichte van Jansen, omdat niets helpt. De waarnemend opleider neurologie heeft aangegeven op korte termijn met het stafbestuur te willen praten. Besloten wordt dit gesprek af te wachten.

Op 21 januari 2002 (!) zijn de opleider en waarnemend opleider Neurologie namens de vakgroep aanwezig in de vergadering van het MSB. Het MSB wil graag overleggen hoe zij zich moet opstellen richting de visitatiecommissie op 7 februari 2002. De stafvoorzitter verduidelijkt zijn vraag door te stellen dat het stafbestuur zich zorgen maakt gelet op een aantal conflictsituaties binnen de vakgroep in de afgelopen periode. Het stafbestuur geeft aan ook een bepaalde verantwoordelijkheid te hebben ten opzichte van de visitatiecommissie en de visie gelijk te willen stellen.

Het gedrag van Jansen wordt besproken. De neurologen stellen dat *“Jansen zijn werk (goed) doet, hij heeft af en toe zijn provocaties. Jansen komt echter niet op de vakgroepvergaderingen. In sommige gevallen is het beter de situatie zo te handhaven, dan*

*verdere acties te ondernemen. Assistenten hebben geen last van Jansen bij werkzaamheden. ... De vakgroep Neurologie is een homogene vakgroep voor wat betreft de opleiding, maar Jansen is eigenzinnig. Er bestaan twijfels over ethische normen, maar die kunnen niet bewezen worden. Jansen houdt zich aan protocollen. De leden van de visitatiecommissie kennen het gedrag van Jansen en hebben daar tijdens visitatiebesprekingen nooit een probleem van gemaakt.”*

Op 7 februari 2002 vindt de opleidingsvisitatie plaats. Tijdens de visitatie stelt Jansen het functioneren van de opleider ter discussie. De visitatiecommissie ad hoc concludeert dat *“er een neuroloog is die het opleiderschap van zijn collega betwist. De opleider wordt echter volledig door alle overige neurologen, de medische staf en de Raad van Bestuur gesteund. Deze lang bestaande situatie heeft geen negatieve invloed op de opleiding. Dit wordt zowel door staf als assistenten aangegeven.”*

De visitatiecommissie geeft het zwaarwegende advies dat de *“statusvoering<sup>37</sup> op de polikliniek en in de kliniek moet verbeteren. Daarbij moet binnen zes maanden gerapporteerd worden op welke wijze dit wordt aangepakt.”* De MSRC neemt het advies over en besluit de erkenning van de opleiding toch te verlengen voor een periode van vijf jaar.

In het onderliggende visitatierapport wordt het volgende vermeld:

Ziektegeschiedenis	Oordeel ad hoc visitatiecommissie:
Is status overzichtelijk en zijn hierin beschreven:	
- indicatiestelling, behandelingsplan en motivering	Nee
- de differentiaal diagnose	Nee
- de decursus (therapie en resultaat hiervan, evt. complicaties)	Ja
Is in de status een wekelijkse samenvatting aanwezig	Nee
Staan er opmerkingen van de opleiders in de status	Nee
Zijn de poliklinische gegevens in de status aanwezig	Ja
Wordt in de status vermeld of gevraagd is om obducties	Nee
Zijn de ontslagbrieven overzichtelijk geredigeerd	Nee
NB: de statussen van de kliniek en polikliniek zijn onoverzichtelijk en worden mager van informatie voorzien. Gedachtevorming is niet op schrift aangetroffen.	

Naar aanleiding van zijn kritiek op de opleider besluit het MSB de positie van Jansen te agenderen voor het gezamenlijke overleg met de RvB. Dit krijgt geen vervolg.

### 3.5 Periode 2003 t/m vertrek Jansen 2005

#### *Ontvreemding medicijnen*

Op 7 mei 2003 schrijft de clustermanager een brief aan Jansen met afschrift aan de RvB, waarin ze een gesprek bevestigt dat zij, samen met het afdelingshoofd en de personeelsfunctionaris, een dag eerder met Jansen heeft gehad over zijn gedrag binnen de afdeling A5. De clustermanager geeft aan dat zij binnen het cluster H2 door verschillende personen op de hoogte is gebracht van het feit dat er medicijnen uit de medicijnkast ontvreemd worden, waarvan Jansen verdacht wordt. In het gesprek van 6 mei 2003 geeft

<sup>37</sup> Statusvoering = dossiervoering

Jansen direct toe dat hij inderdaad degene is die medicijnen uit de kast op A5 ontvreemdt. De clustermanager geeft aan dit als een zeer ernstig vergrijp te beschouwen en waarschuwt Jansen dat zij - als zich iets dergelijks herhaalt - vergaande maatregelen zal nemen. Ook geeft zij aan hulp te hebben aangeboden, die door Jansen is afgewezen, omdat hij reeds hulp zou ontvangen.

In haar brief van 11 december 2003 aan Jansen met afschrift aan de RvB, stelt de clustermanager vast dat sinds het vorige gesprek een aantal malen sprake is geweest van onacceptabele handelingen, namelijk: het op eigen recept voorschrijven van medicijnen voor eigen gebruik in een bijzondere hoeveelheid en daarna het uitschrijven van recepten voor eigen gebruik op naam van anderen. De Stadsapotheek heeft dit gemeld en zij heeft dit met Jansen besproken. Daarna heeft Jansen gebruik gemaakt van receptpapier van collegae om medicijnen te verkrijgen voor eigen gebruik. De Stadsapotheek heeft ook dit gemeld en de voorzitter van het MSB geïnformeerd. In een gesprek op 10 december 2003 heeft zij Jansen voor de keuze gesteld: 'of nu vertrekken en je ziek melden of MST zal je met onmiddellijke ingang de toegang tot haar gebouwen ontzeggen tot nadere datum'. Jansen heeft ervoor gekozen zich ziek te melden. Zij kondigt voorts aan dat de beleidsfunctionaris Concernstaf en de bedrijfsarts contact op zullen nemen over de verder te nemen maatregelen.

In het overleg tussen RvB en MSB van 17 december 2003 geeft de RvB aan het te betreuren dat door één van de neurologen melding is gedaan bij de IGZ van de problemen met Jansen. De vakgroepcoördinator geeft aan dat anoniem bij de IGZ geïnformeerd is hoe met dit soort gevallen om te gaan. Er is dus, zo stelt hij, geen officiële melding gedaan.

Op 23 december 2003 vindt een met spoed uitgeroepen bijeenkomst van de vakgroep plaats. Het onderwerp is de ziekte van Jansen en de daardoor ontstane situatie. Bij de coördinator zijn meldingen binnengekomen over gestelde diagnoses die naar de overtuiging van de waarnemend neuroloog niet overeenkomen met de feitelijkheden. De afspraak was al gemaakt om in voorkomende gevallen aan de patiënt de werkelijke diagnose mede te delen. Aan de clustermanager is aangegeven dat de vakgroep een probleem heeft hoe om te gaan met de 'in het archief' aanwezige patiënten. Verder komt aan de orde de volstreekte onduidelijkheid over het wel of niet melden aan de Inspectie.

Tijdens deze bespreking blijkt dat Jansen op datzelfde moment in zijn werkkamer bezig is. De neurologen vinden dit zeer ongewenst en willen terstond een bezoek brengen aan de RvB. De bespreking wordt geschorst tot na dit onderhoud.

In het tweede deel van de vergadering doen twee neurologen verslag van het onderhoud met de RvB. De reden voor het bezoek is toegelicht en de bezorgdheid van de vakgroep, voortkomend uit de waarneming van de praktijk van Jansen is aangegeven. De RvB heeft hierop medegedeeld dat Jansen tot medio januari 2004 afwezig zal zijn en dat de RvB zich in deze periode zal beraden over het verdere traject. Gezien zijn eerdere ervaringen acht de voorzitter van de RvB de prognose somber. Er is, aldus de RvB, geen melding gedaan aan de Inspectie.

De RvB geeft de vakgroep de volgende opdrachten:

- de praktijk van Jansen waarnemen
- notities bijhouden over niet correcte diagnoses, maar voorlopig geen acties hiermee
- geen informatie naar buiten toe verstrekken over de voorliggende situatie.

Op 13 januari 2004 stuurt één van de vakgroepleden een memo aan het MSB, waarin hij stukken aanbiedt die aantonen dat Jansen gebruik heeft gemaakt van receptpapier van collegae om medicijnen te verkrijgen voor eigen gebruik.

Op 16 januari 2004 schrijft de clustermanager een brief aan Jansen, in afschrift aan de RvB, ter bevestiging van een gesprek dat met Jansen is gevoerd. In dat gesprek is vastgesteld dat de medicijnenproblematiek was gericht op het eigen gebruik door Jansen; dat deze problematiek volgens de RvB professioneel behandeld dient te worden; dat Jansen heeft aangegeven sinds december 2003 onder behandeling te zijn van een psychiater; dat een gesprek over werkhervatting weer op gang kan komen als de RvB beschikt over een brief van een professionele hulpverlener, waaruit blijkt dat verantwoord functioneren als neuroloog weer mogelijk zou kunnen zijn.

Op 26 februari 2004 schrijft de vakgroepcoördinator Neurologie een brief aan de RvB inzake de gebeurtenissen rond Jansen. Hij verwijst naar de constatering van handelingen in december 2003, die vatbaar zijn voor justitieel onderzoek. Hij wijst tevens op de opdracht van de RvB aan de vakgroep om de praktijk van Jansen volledig waar te nemen met aandacht voor eventuele incidenten met betrekking tot de patiëntenzorg. De vakgroepcoördinator meldt nu dat de vakgroep tijdens de waarneming feiten heeft geconstateerd die tot de genoemde incidenten moeten worden gerekend. De vakgroep is van mening dat de incidenten zodanig structureel van aard zijn dat continuering van de werkzaamheden door Jansen op de wijze zoals tot nu toe het geval was, niet mogelijk is. De incidenten zijn bovendien zodanig dat melden ervan bij de IGZ volgens de vakgroep aangewezen is. Mocht Jansen wel terugkomen dan kan dit volgens de vakgroep alleen onder strikte voorwaarden, waaronder controle op de uitoefening van zijn werkzaamheden.

De RvB schrijft op 1 maart 2004 aan Jansen dat hij een brief heeft ontvangen van de psychiater die hem behandelt. De behandelaar is van mening dat er geen reden meer is voor Jansen om zijn functie als neuroloog binnen het ziekenhuis niet uit te oefenen. De RvB heeft echter ook een schrijven van de collega neurologen ontvangen waarin is aangegeven dat er de nodige vragen zijn over de kwaliteit van het professioneel handelen als neuroloog. Zij zijn hierop gestuit tijdens de waarneming van de patiëntenzorg. Dit gegeven is aanleiding voor de RvB om Jansen twee mogelijkheden voor te leggen:

1. Jansen wenst zijn functie als neuroloog binnen het MST te continueren. In dat geval is de RvB genooddaakt, na overleg met het MSB en de IGZ, om een onafhankelijk extern onderzoek in te laten stellen naar de kwaliteit van zijn professioneel handelen. Tevens zal de RvB dan aangifte moeten doen van de problematiek ten aanzien van de medicijnen- en receptenkwestie. Ook een zaak voor het medisch tuchtcollege zal dan niet kunnen worden uitgesloten.
2. Jansen beëindigt zijn carrière als neuroloog binnen het MST met ingang van 1 april 2004 wegens vervroegde pensionering (OBU). Het MST zal zijn salaris doorbetalen totdat hij 60 jaar is en feitelijk volledig gebruik kan maken van de OBU uitkering. Voorwaarde is dat hij vrijwillig ontslag neemt met ingang van 1 oktober 2005 en dat hij dit schriftelijk bevestigt.

De IGZ hoort in maart 2004 van een journalist iets over de zaak Jansen. De regionaal inspecteur neemt hierna telefonisch contact op met de RvB van het MST met de vraag wat er aan de hand is en waarom de RvB de situatie rond de neuroloog niet eerder heeft gemeld. Volgens de telefoonnotitie van de IGZ antwoordt de RvB dat er sprake was van 'rommelen

met medicijnen', dat er geen sprake was van opiatenmisbruik, dat MST vond dat melding niet nodig was en dat er “*geen sprake was van onverantwoorde zorg*”<sup>38</sup>.

Tijdens het daaropvolgende reguliere overleg met de IGZ op 23 maart 2004 informeert de RvB de regionaal inspecteur nader over de gebeurtenissen rond Jansen en de voorgenomen strategie: de neuroloog is in verband met dormicummisbruik en malversaties met recepten eind 2003 met ziekteverlof gestuurd. Het voornemen is het ziekteverlof te continueren tot eind 2005, de datum waarop Jansen met vervroegd pensioen gaat (OBU-regeling). Als de neuroloog dit voorstel accepteert zal het MST geen verdere maatregelen nemen. Tevens meldt de RvB dat collega-neurologen zijn werk hebben overgenomen en dat hieruit is gebleken dat Jansen ten onrechte de diagnose MS had gesteld bij patiënten. Dit had drie klachten tot gevolg, waaronder één claim. De inspecteur gaat akkoord met de voorgestelde strategie, maar geeft aan wel op de hoogte gesteld te willen worden van het verloop van de klachtenprocedures. .

Op 20 april 2004 stuurt de RvB schriftelijke achtergrondinformatie aan de IGZ, waaruit blijkt dat de neuroloog al vanaf mei 2003 bekend is met ontvreemding van medicijnen. Deze informatie is voor de IGZ aanleiding om de neuroloog uit te nodigen voor een gesprek, dat op 24 mei 2004 plaatsvindt. De neuroloog geeft aan de regeling van het MST te zullen accepteren, maar geeft ook te kennen te zijner tijd weer als arts aan het werk te willen gaan. De IGZ maakt hiertoe afspraken met de neuroloog in de vorm van “*Onvoorwaardelijke maatregelen*” namelijk:

- Jansen laat zich door een door de IGZ aan te wijzen onafhankelijke psychiater onderzoeken, waarbij de IGZ de vraagstelling aan de psychiater formuleert;
- Jansen geeft de IGZ toestemming om informatie op te vragen aan de psychiater en de psycholoog met betrekking tot ziekte-inzicht, ernst van de problematiek, herintegratie en prognose;
- De IGZ zal op grond van de verkregen gegevens beoordelen of voldoende waarborgen voor verantwoorde zorg door de neuroloog aanwezig zijn;
- Als hieruit blijkt dat Jansen in beginsel als arts werkzaam kan zijn, zal Jansen zodra hij als arts ergens aan het werk gaat dit vooraf melden aan de IGZ. Tevens meldt Jansen de problematiek aan de nieuwe werkgever. De IGZ kan daartoe informatie inwinnen bij de betrokken directie of werkgever;
- Jansen stelt zich ten aanzien van zijn prescriptiegedrag voor de IGZ controleerbaar op en zal aan een dergelijke controle volledig meewerken;
- De IGZ laat onderzoek verrichten in het MST in dossiers van patiënten van de neuroloog in overleg met de RvB en eventueel het bestuur van de Medische Staf;
- Mocht aan één van deze voorwaarden niet worden voldaan dan zal de IGZ met een spoedprocedure het College Medisch Toezicht (CMT) verzoeken over te gaan tot doorhaling uit het BIG-register<sup>39</sup>.

Jansen stemt in met deze voorwaarden.

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

- 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;

---

<sup>38</sup> IGZ, Onderzoek inspectiehandelen bij gebeurtenissen rond een neuroloog in Twente, 17 februari 2009, blz. 5

<sup>39</sup> BIG-register: databank waarin een aantal officieel erkende gezondheidswerkers is geregistreerd. Alleen wie in het register is ingeschreven is door de wet bevoegd deze beschermde titel te voeren.

- 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.

De IGZ schrijft op 9 juli 2004 een brief aan de RvB, waarin hij aangeeft dat de IGZ op 25 juni de ondertekende vaststellingsovereenkomst heeft ontvangen. De Inspectie neemt goede nota 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.

In de tweede helft van 2004 laat de IGZ een onafhankelijke beoordeling van Jansen plaatsvinden om te kunnen bepalen of de neuroloog definitief of tijdelijk ongeschikt is voor de beroepsuitoefening.

Op 4 augustus 2004 heeft er telefonisch overleg plaats tussen de Inspectie en de Officier van Justitie over de receptvervalsing en verslavingsproblematiek. De Officier van Justitie steunt het beleid van de Inspectie. Afgesproken wordt dat indien uit de feiten zou blijken dat mogelijk sprake is van een (voldoende bewijsbaar) strafbaar feit na 24 mei 2004, de Inspectie dan alsnog daarvan aangifte doet.

De RvB informeert tijdens de vergadering van 23 augustus 2004 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 toe dat Jansen verslaafd blijkt te zijn aan medicijnen die hij zich op dubieuze wijze verschafte en dat hij een eerdere ernstige waarschuwing in de wind heeft geslagen. Er wordt geen melding gemaakt van verkeerde diagnoses of anderszins van onverantwoorde zorg. Evenmin wordt gesproken over schadeclaims. De RvC is niet eerder of anders op de hoogte gebracht van de problemen die in de loop der jaren blijken te zijn gerezen rond het functioneren van Jansen. De RvC kan zich vinden in de door de RvB gekozen afhandeling van de affaire Jansen, die als een ongelukkig incident wordt beschouwd. Naar aanleiding van perspublicaties in het najaar van 2005 krijgt de RvC inzage in de lopende schadeclaims; hij vindt de afhandeling daarvan door de RvB adequaat.

In de periode eind 2004 en begin 2005 wordt Jansen tweemaal opgenomen voor behandeling van zijn verslaving, waarvan eenmaal gedurende enkele maanden. Op 29 april 2005 ontvangt de IGZ het rapport van de onafhankelijke psychiater. De conclusies zijn: de neuroloog heeft inzicht gekregen in zijn verslavingsgedrag, er is geen onderliggend psychiatrisch beeld vastgesteld, er is geen sprake meer van verslaving. Er is geen reden om te twifelen aan de bekwaamheid om het vak als arts uit te oefenen. Over het recidiefrisico is de psychiater 'gematigd optimistisch'. Het vak kan uitgeoefend worden op voorwaarde van bereidheid tot medewerking aan onverwachte controles en psychiatrische begeleiding zolang de IGZ dat nodig acht.

In de tweede helft van 2005 zijn volgens de IGZ de overige voorwaarden zoals afgesproken in het overleg van 24 mei 2004 ingevuld. Jansen is daarbij geheel coöperatief geweest en heeft zich aan de afspraken gehouden.

### **3.6 Na het (formele) vertrek van Jansen**

Na het vertrek van Jansen uit het MST nemen andere neurologen zijn praktijk aanvankelijk waar en later over. Vrijwel meteen komen misdiagnoses en onterechte behandelingen aan het licht. Veel patiënten zijn onthutst en aanvankelijk vol ongeloof en reageren soms boos richting de waarnemend neurologen. De (waarnemend) neurologen wijzen patiënten op de mogelijkheid een klacht in te dienen of een second opinion elders te laten uitvoeren.

Enkele tientallen (mogelijk) gedupeerde patiënten dienen in de periode daarna (doorgaans via hetzelfde letselschadebureau) een schadeclaim in bij het MST. De aansprakelijkheidsverzekeraar van het ziekenhuis neemt in de periode vanaf 2004 tot en met 2008 in totaal 26 claims in behandeling. Begin 2009 zijn daarvan 18 dossiers gesloten; in 5 gevallen is aansprakelijkheid erkend, in 12 gevallen is een schikking getroffen en in 1 geval is de claim afgewezen. Van de nog in behandeling zijnde claims uit die periode is tot op heden in 1 geval aansprakelijkheid erkend en in 2 andere gevallen een schikking getroffen (hoewel aansprakelijkheid niet is erkend).

Intussen bericht de IGZ de neuroloog op 3 januari 2006 dat hij toestemming krijgt om te solliciteren onder de eerder door haar gestelde voorwaarden. Kort daarna solliciteert Jansen in Duitsland. Eind maart 2006 informeert hij de IGZ dat hij een functie heeft aanvaard in het St. Georg Krankenhaus te Schmallingenberg. De IGZ neemt contact op met de directie van dat ziekenhuis en verneemt dat Jansen wel gesproken heeft over een doorgemaakte burn-outperiode, maar niet expliciet over zijn verslavingsprobleem. De IGZ bespreekt dit wel met de directie en spreekt vervolgens Jansen hierop aan. Op 10 juli 2006 bericht Jansen de IGZ dat hij inmiddels de directeur van zijn verslavingsprobleem op de hoogte heeft gesteld. Deze brief was tevens in afschrift aan de betreffende directeur gestuurd.

Op 4 augustus 2006 informeert de IGZ de neuroloog dat de IGZ tevreden is met zijn reactie en dat zij hiermee het dossier sluit, onder de opmerking dat bij werkhervatting als arts of neuroloog in Nederland de afspraken, zoals die zijn vastgelegd na het overleg van 24 mei 2004, onveranderd van kracht blijven en dat de neuroloog in voorkomend geval de IGZ dient te berichten over de plaats en de aard van de voorgenomen werkzaamheden.

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.

De huidige RvB van het MST plaatst in januari 2009 een oproep aan oud-patiënten van Jansen in de lokale krant om zich te melden. Dit leidt tot een golf aan telefonische vragen, verzoeken om afschriften van medische dossiers en schadeclaims.



Per ultimo april 2009 is de stand van zaken als volgt:

claims: ingediend en/of afgehandeld: waaronder 8 die tevoren klachtenprocedure hebben doorlopen	57
opgevraagde dossiers: plm (nog) geen verdere actie	53
telefonisch contact: waarvan 41 mensen overweegt dossier op te vragen en 15 mensen positief is over behandeling	66
totaal:	176

NB inclusief de eerder ingediende claims

De RvB belegt de behandeling van vragen, klachten en claims bij enkele lijnfunctionarissen, die niet op een of andere wijze betrokken zijn geweest bij het handelen van 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.

Daarnaast stelt de RvB een externe onderzoekscommissie in, die de opdracht krijgt onafhankelijk onderzoek te verrichten naar het handelen van Jansen en van andere betrokken actoren.

### 3.7 Conclusies

Deze reconstructie van gebeurtenissen maakt duidelijk dat tenminste vanaf 1992 sprake is van disfunctioneren van Jansen en dat verschillende actoren, zowel intern als extern, in meer of mindere mate betrokken zijn geweest bij zijn handelen.

Ten eerste valt op dat Jansen eigenzinnig is, solistisch werkt en nauwelijks aanspreekbaar is op zijn handelen. Sterke signalen over disfunctioneren zijn er vanaf midden jaren negentig, maar worden niet opgepakt, genegeerd of vergoelijkt. Zelfs een niet mis te verstaan signaal van een collega-neuroloog in 1998 leidt niet tot een gericht onderzoek naar de kwaliteit van het professionele handelen van Jansen. Dat verandert pas wanneer Jansen medicijnen voor eigen gebruik ontvreemdt en de bewijsstukken niet langer te negeren zijn. Maar ook dan volgt er geen onderzoek naar mogelijke gevolgen voor de patiënten(zorg). Het handelen van Jansen wordt geduid als een verslavingsprobleem; alle vervolgacties (zowel intern als extern) zijn daarop gebaseerd.

## 4. Analyse handelen betrokken actoren

### 4.1 Inleiding

Er is in deze zaak sprake van een jarenlang bestaand ernstig disfunctioneren van een medisch specialist, dat pas vele jaren later naar buiten komt. Vanzelfsprekend ligt de verantwoordelijkheid voor zijn professionele handelen in eerste instantie bij Jansen zelf. Maar ook andere betrokkenen dragen in meer of mindere mate verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg die het ziekenhuis levert. Wat hadden zij kunnen of zelfs moeten weten en doen, gegeven die verantwoordelijkheid? Met andere woorden: hebben betrokkenen hun verantwoordelijkheid genomen?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden volgt in dit hoofdstuk eerst een korte schets van de wettelijk geregelde verantwoordelijkheden en bevoegdheden van alle betrokken actoren. Op basis hiervan volgt een analyse van het individuele handelen van de betrokkenen. Dit wordt afgesloten met een meta-analyse, waarin het handelen van betrokkenen in samenhang wordt gezien en de vinger wordt gelegd op feilen in het vigerende kwaliteitssysteem. Het hoofdstuk wordt besloten met een intermezzo, waarin de maatregelen die het MST heeft genomen om disfunctioneren tijdig te signaleren en aan te pakken staan beschreven.

### 4.2 Verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor kwaliteit van zorg

#### Interne betrokkenen

##### De lijnorganisatie

Aan het hoofd van de organisatie MST staat de RvB. De RvB bestuurt het ziekenhuis en geeft uit dien hoofde leiding aan alle medewerkers en sturing aan processen. De **Raad van Commissarissen** (RvC) ziet erop toe dat het MST zijn maatschappelijke en statutair vastgelegde doelstellingen haalt en is vanuit die positie bevoegd (leden van) de RvB te benoemen dan wel te ontslaan.

Onder de RvB ressorteren clusters, die worden aangestuurd door een clustermanager. Ieder cluster bestaat uit een aantal resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's), dat wil zeggen functionele eenheden van mensen, werkzaam ten behoeve van één specialisme. Individuele medisch specialisten maken – net als andere medewerkers – deel uit van een RVE, ongeacht of sprake is van een betrekking in dienstverband of van vrije vestiging.

Recentelijk is de clusterstructuur in het MST opgeheven en vallen de RVE's rechtstreeks onder de RvB. RVE's worden sindsdien dual aangestuurd: naast een manager bedrijfsvoering staat een medisch manager.

De **Raad van Bestuur** (RvB) is op grond van artikel 2 van de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZi, wet van 18 januari 1996) verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg, die het ziekenhuis levert. Op hem rust de verplichting de zorgverlening zodanig te organiseren en zorg te dragen voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg. Daartoe moet hij zorgen voor een

functionerend kwaliteitssysteem, dat wil zeggen de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg (art. 4, lid 1).

De RvB is voorts verplicht om ‘calamiteiten’ die in het ziekenhuis hebben plaatsgevonden aan de IGZ te melden (art. 4a lid 1 KZi). Daarvan is volgens de wet sprake als het gaat om 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 geleid (lid 2).

In het ‘reglement Raad van Bestuur’ van het MST is vastgelegd dat sprake is van collegiaal en integraal bestuur, dat wil zeggen dat de leden van de RvB gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor (in dit geval) de bovengenoemde taken. Dit neemt niet weg dat de bestuursleden onderlinge afspraken kunnen maken over verdeling van portefeuilles.

De RvB vertegenwoordigt het ziekenhuis (de rechtspersoon) en is bevoegd namens deze alle voorkomende rechtshandelingen te verrichten, waaronder het aangaan en beëindigen van arbeids- of toelatingsovereenkomsten met medisch specialisten. De RvB is op grond van deze overeenkomsten bevoegd aanwijzingen te geven aan medisch specialisten en disciplinaire maatregelen te treffen, zoals berisping, schorsing of op non-actiefstelling.

Op de RvB rusten voorts alle verplichtingen die de wet aan ziekenhuizen oplegt. Daartoe behoren derhalve ook de verplichtingen die voor ziekenhuizen voortvloeien uit de Wet Medisch-Wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMwO). Op grond van deze wet, die in december 1999 in werking is getreden, moet het ziekenhuis – en namens deze de Raad van Bestuur - erop toezien dat een arts, die voornemens is in het ziekenhuis medisch wetenschappelijk onderzoek met proefpersonen te verrichten, de daartoe voorgeschreven procedures volgt.

Op grond van de wet is **de medisch specialist** verantwoordelijk voor zijn professionele handelen. De WGBO<sup>40</sup> verplicht hem bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen en daarbij te handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard (Artikel 7:453 BW). Op grond hiervan is hij verplicht een dossier bij te houden, de patiënt van alle relevante informatie te voorzien en op basis daarvan toestemming te verkrijgen voor behandeling (informed consent).

De Wet BIG legt de medisch specialist de verplichting op zijn vaardigheden en deskundigheden op peil te houden en zelf te beoordelen of hij voldoende vaardig en deskundig is bepaalde voorbehouden handelingen<sup>41</sup> te verrichten.

De medisch specialist die medisch wetenschappelijk onderzoek met proefpersonen wil verrichten, is op grond van de WMwO verplicht daartoe een onderzoeksprotocol in te dienen bij een Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC). Het onderzoeksprotocol moet een beschrijving bevatten van het onderzoek waarin onder andere doel, werkwijze en procedure geordend zijn omschreven (vaak middels een standaard aanmeldingsformulier). Bij het protocol moet worden gevoegd de schriftelijke informatie voor proefpersonen en een

---

<sup>40</sup> WGBO: Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst

<sup>41</sup> Voorbehouden handelingen: handelingen die grote gezondheidsrisico's met zich meebrengen als ze door een ondeskundige worden uitgevoerd en daarom alleen door daartoe bekwame en bevoegde zorgverleners mogen worden uitgevoerd.

(standaard)formulier voor de schriftelijke toestemming van proefpersonen. Op de onderzoeker rust voorts de verplichting administratie bij te houden van het onderzoek, waaronder kopieën van informed consentformulieren, lijst van geïncludeerde proefpersonen, complicatieregistratie etc.

Daarnaast is de medisch specialist op grond van de arbeids- resp. toelatingsovereenkomst jegens het ziekenhuis gehouden de overeengekomen werkzaamheden te verrichten en aanwijzingen van het bestuur op te volgen.

In deze overeenkomsten is vastgelegd dat regelingen die in collectief verband binnen de Medische Staf tot stand zijn gekomen, bindend zijn voor de individuele medisch specialist. Hierdoor werken het stafreglement en het huishoudelijk reglement van de Medische Staf en van de vakgroep door in de individuele arbeidsrelatie.

### **De professionele organisatie**

Het ziekenhuis kent naast de formele lijnorganisatie een professionele organisatie, welke wordt gevormd door de Medische Staf en zijn organen en geledingen.

De Medische Staf bestaat (tenminste) uit alle medisch specialisten die in het ziekenhuis werkzaam zijn. Hij wordt vertegenwoordigd door het Medisch Stafbestuur (MSB) dat een tweeledige taak heeft: belangenbehartiging van de leden van de staf en daarnaast de (mede) ontwikkeling van het medisch-inhoudelijke en strategische beleid van het ziekenhuis, alsmede de bevordering van de kwaliteit van zorg. De Medische Staf heeft een stafreglement en een huishoudelijk reglement.

Medische Staf en MSB hebben geen bevoegdheid om een individueel lid te royeren of anderszins disciplinaire maatregelen tegen hem te nemen. De ultieme sanctie is – volgens het stafreglement – ontzegging van het stemrecht gedurende 1 jaar.

Binnen de Medische Staf zijn samenwerkingsverbanden van medisch specialisten die in het ziekenhuis hetzelfde specialisme uitoefenen te onderscheiden: vakgroepen (medisch specialisten die in dienstbetrekking werkzaam zijn) en maatschappen (medisch specialisten die als vrij gevestigden aan het ziekenhuis verbonden zijn)<sup>42</sup>.

Taken van een vakgroep/maatschap zijn bevordering van de vakinhoudelijke kwaliteit, inhoudelijke afstemming en coördinatie van zorg, waaronder waarneming. Ook een vakgroep/maatschap heeft een huishoudelijk reglement, volgens welke de leden worden geacht te werken. Elke vakgroep/maatschap heeft een medisch coördinator, die de RVE waartoe de vakgroep/maatschap behoort, vertegenwoordigt en zorg draagt voor de totstandkoming van het medisch beleidsplan van de RVE. Een medisch coördinator heeft geen formele bevoegdheden ten aanzien van de leden van de vakgroep of maatschap.

Een vakgroep heeft geen bevoegdheid om een individueel lid te royeren of anderszins disciplinaire maatregelen tegen hem te nemen. Dit is anders bij maatschappen. Een maatschap is een rechtspersoon naar privaatrecht. Het maatschapscontract regelt de wederzijdse rechten en verplichtingen van de leden. Een lid dat zich niet aan het maatschapscontract houdt kan door de overige leden uit de maatschap worden gezet. Daar heeft een maatschap ook belang bij, omdat zij een gezamenlijke winst- en verliesrekening heeft en omdat de leden bovendien persoonlijk aansprakelijk zijn voor het handelen van de maatschap en de leden daarvan.

---

<sup>42</sup> In de interne beleidsstukken, reglementen etc. van het MST wordt het onderscheid tussen vakgroep en maatschap overigens niet consequent gehanteerd

De individuele medisch specialist is verplicht lid van de Medische Staf en van de vakgroep/maatschap.

### **Integratie lijnorganisatie en professionele organisatie**

Het ziekenhuis c.q. de Raad van Bestuur heeft (uitsluitend) een contractuele relatie met individuele medisch specialisten. Hij kan een individuele medisch specialist aanspreken op verplichtingen voortvloeiend uit de wet en uit de arbeids-/toelatingsovereenkomst, maar ook op afspraken gemaakt in staf- en/of vakgroepverband.

Vakgroep en MSB dragen weliswaar een verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg, maar dat is geen formele. De RvB kan hen (moreel) aanspreken op zelf gemaakte afspraken, maar kan geen disciplinaire maatregelen tegen deze collectieven nemen als zij hun taken niet of onvoldoende vervullen.

Het MSB kan een vakgroep of individuele medisch specialist (moreel) aanspreken; een vakgroep kan een individueel lid (moreel) aanspreken, maar beide missen de bevoegdheid disciplinaire maatregelen te treffen (in tegenstelling tot een maatschap).

Uitsluitend de RvB kan dus (formeel) optreden tegen een (mogelijk) disfunctionerende medisch specialist. Anderzijds is er een hoge mate van informele invloed van MSB: de RvB kan een oordeel van het MSB over (mogelijk) disfunctioneren nauwelijks naast zich neerleggen. Met andere woorden: als het MSB een oordeel van de RvB over disfunctioneren van een medisch specialist niet deelt, kan de RvB moeilijk optreden tegen de betreffende specialist.

### **Klachtencommissie**

Een zorginstelling is verplicht een klachtencommissie in te stellen, waarvan de voorzitter niet werkzaam is voor de zorginstelling. Deze commissie heeft een tweeledige taak: 1) de behandeling van klachten van patiënten en 2) het adviseren van de RvB inzake de afhandeling van klachten en het doen van aanbevelingen ter verbetering van de zorg naar aanleiding van de klacht.

De klachtencommissie is uitsluitend verantwoordelijk voor de aan haar opgedragen taak. Hij is niet bevoegd zelf besluiten te nemen; dat is voorbehouden aan de RvB.

### **Commissie Meldingen Incidenten Patiëntenzorg (MIP)**

De instelling van een MIP-commissie is verplicht voor ziekenhuizen. Deze commissie, die is samengesteld uit medewerkers van het ziekenhuis, heeft tot taak het onderzoeken van 'meldingen incidenten patiëntenzorg' met het doel daaruit als organisatie lering te trekken. Leden van de medische staf zijn krachtens het stafreglement verplicht incidenten met betrekking tot patiëntenzorg aan de MIP-commissie te melden.

### **Cliëntenraad**

Op grond van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ) is een ziekenhuis verplicht een cliëntenraad in te stellen, die in het bijzonder de gemeenschappelijke belangen van de cliënten behartigt. De zorgaanbieder stelt de cliëntenraad in ieder geval in de gelegenheid advies uit te brengen over een aantal met name genoemde onderwerpen, waaronder voorgenomen besluiten betreffende de systematische bewaking, beheersing of verbetering van de kwaliteit van de aan cliënten te verlenen zorg. De cliëntenraad is bevoegd de zorgaanbieder ook ongevraagd te adviseren inzake onderwerpen, die voor de cliënten van belang zijn. De zorgaanbieder is verplicht de cliëntenraad tijdig en, desgevraagd, schriftelijk

alle inlichtingen en gegevens te verstrekken die deze voor de vervulling van zijn taak redelijkerwijs nodig heeft.

## **Externe betrokkenen en hun verantwoordelijkheden**

### **Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)**

De IGZ houdt van overheidswege toezicht op de kwaliteit van zorg en op de beroepsuitoefening. Daartoe staat hem een aantal wettelijke bevoegdheden ter beschikking. Hij is bevoegd inlichtingen te vorderen, aanwijzingen te geven, een instelling of afdeling te (doen) sluiten, een tuchtklacht in te dienen of een procedure bij het CMT te starten tegen een beroepsbeoefenaar. Binnenkort<sup>43</sup> krijgt hij de mogelijkheid om bestuurlijke boeten op te leggen en - als dat in het kader van de taakuitoefening nodig is - dossiers van individuele patiënten in te zien. (Zie uitgebreider: het advies van prof. mr. dr. J. Legemaate, Verantwoordelijkheid nemen voor kwaliteit, mei 2009).

Voor het toezicht hanteert de Inspectie verschillende methoden: regulier overleg met de instelling; gerichte inspectiebezoeken op basis van een risicoprofiel of naar aanleiding van meldingen van patiënten of zorginstellingen; thematische inspectiebezoeken (bijvoorbeeld naleving van hygiënerichtlijnen op operatiekamers). Ziekenhuizen zijn verplicht 'calamiteiten' aan de IGZ te melden.

De IGZ is tevens belast met het toezicht op de naleving van het bij of krachtens de WMwO bepaalde.

### **Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) en Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVvN)**

De MSRC is verantwoordelijk voor de erkenning van opleiders, opleidingsinrichtingen en opleidingsinstituten. Zij houdt toezicht op de naleving van besluiten van het Centraal College voor Medische Specialisten (CCMS) door (plaatsvervangend) opleiders en opleidingsinrichtingen en is bevoegd de erkenning te schorsen of in te trekken (art. 25 Regeling specialismen en profielen geneeskunst).

Voorafgaande aan de beoordeling van een verzoek tot (hernieuwde) erkenning laat de MSRC een (beoogd) opleider, opleidingsinrichting of –instituut visiteren. Het doel van een visitatie is om na te gaan of de (plaatsvervangend) opleider en de opleidingsinrichting in de praktijk voldoen aan de eisen en verplichtingen voor de erkenning, zoals vastgelegd in de regelgeving (te weten het Kaderbesluit CCMS). In de visitatiecommissie zit een afvaardiging van de beroepsvereniging van het specialisme waarvoor de opleidingserkenning is aangevraagd.

De visitatie betreft vooral opleidingsaspecten, maar heeft ook betrekking op voor de opleiding van belang zijnde gegevens, zoals verslaglegging van ziektegeschiedenissen, ontslagbrieven van patiënten. De visitatiecommissie maakt rapport op van haar bevindingen, met conclusies en aanbevelingen, waaronder het besluit over (verlenging van) de erkenning. Het visitatierapport blijft eigendom van de MSRC. De vakgroep ontvangt een afschrift. De RvB van het ziekenhuis ontvangt een verkorte weergave van de conclusies en aanbevelingen.

Naast opleidingsvisitaties zijn er kwaliteitsvisitaties. Het initiatief daartoe ligt bij de wetenschappelijke vereniging(en) van medisch specialisten, waaronder de NVvN. Het doel

---

<sup>43</sup> Zodra het wetsvoorstel Uitbreiding bestuurlijke handhaving volksgezondheidswetgeving door de Eerste Kamer is aangenomen.

van deze visitaties is bevordering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Hoewel het lidmaatschap van een wetenschappelijke vereniging vrijwillig is, is deelname aan kwaliteitsvisitaties inmiddels (sinds 2006) verplicht voor individuele medisch specialisten, in het kader van de herregistratie. Een uitzondering hierop geldt nog voor medisch specialisten in academische centra, maar het voornemen is deze uitzondering te laten vervallen.

### **Medisch Ethische ToetsingsCommissie (METC)**

Medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen is op grond van de gelijknamige wet alleen toegestaan indien een erkende METC het onderzoeksprotocol heeft goedgekeurd. Een METC is een zelfstandig bestuursorgaan, dat erkend is door de Centrale Commissie Medisch wetenschappelijk Onderzoek (CCMO).

Onderzoeksprotocollen worden alleen positief beoordeeld als het redelijkerwijs aannemelijk is dat:

- het wetenschappelijk onderzoek tot nieuwe inzichten op het gebied van de geneeskunst zal leiden;
- het niet mogelijk is op een andere, minder ingrijpende manier tot dergelijk inzicht te geraken;
- het belang van het onderzoeksresultaat in redelijke verhouding staat tot de bezwaren en de risico's voor de proefpersoon.

Een METC houdt geen toezicht op de uitvoering van het onderzoek (wel is de onderzoeker verplicht een voortgangsrapportage in te sturen). Het toezicht op de uitvoering is opgedragen aan de IGZ; er is geen samenwerkingsprotocol tussen METC's en de IGZ.

Een METC heeft geheimhoudingsplicht over onderzoeksprotocollen, ook na toetsing (en goedkeuring). Voor onderzoeksprotocollen geldt een bewaarplicht van 15 jaar.

## **4.3 Het handelen van betrokkenen onder de loep**

### **De medisch specialist Jansen**

Vaststaat dat Jansen gedurende een aantal jaren vele verkeerde diagnoses heeft gesteld, overbodig hulponderzoek heeft laten verrichten en niet-geïndiceerde behandelingen (al dan niet medicamenteus) heeft ingesteld. Voorts staat vast dat de dossiervoering door Jansen slecht was. Informatie aan de patiënt over onderzoek, diagnose en behandeling ontbreekt vrijwel altijd en is op zijn best fragmentarisch en onvolledig; instemming van patiënten met behandelplan en /of onderzoek is onvindbaar. Tenslotte is aangetoond dat Jansen vervalste informatie verstrekke aan het ziekenfonds (thans: zorgverzekeraar), teneinde niet-geïndiceerde, ongebruikelijke of dure medicijnen te kunnen voorschrijven. Jansen was niet aanspreekbaar op zijn handelen en toonde geen enkele zelfreflectie.

Jansen handelde hiermee in strijd met de WGBO, wet BIG, de AMS<sup>44</sup> en daaruit voortvloeiende regelingen, waaronder het huishoudelijk reglement van de vakgroep.

### **De onderzoeker Jansen**

---

<sup>44</sup> AMS: Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten; de model-arbeidsovereenkomst voor medisch specialisten in dienstverband

Een oordeel over de onderzoeksactiviteiten van Jansen is moeilijk te geven. Vaststaat wel dat hij veel onderzoek verrichtte. De geneesmiddelenonderzoeken waarvan onderzoeksprotocollen zijn aangetroffen, zijn conform de daarvoor geldende regels aangevraagd en uitgevoerd. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat dit onderzoeken betrof waarvan Jansen niet de hoofdonderzoeker was (multicenter studies).

Het is niet uitgesloten dat Jansen daarnaast onderzoek verrichtte zonder protocol. Mocht dit het geval geweest zijn dan heeft hij daarmee tot 1 december 1999 niet in strijd gehandeld met de WMwO (de datum waarop deze wet in werking is getreden), maar wel met interne afspraken en regels. Dit geldt ook voor het LP-onderzoek in 1997, waaraan wel een onderzoeksprotocol ten grondslag ligt (daterend uit 1993), maar waarvan geen patiënteninformatiefolder en model informed consentformulier door de commissie zijn aangetroffen en evenmin aantekeningen in de dossiers van de patiënten.

Vaststaat voorts dat in geen enkel onderzocht dossier enig bewijs van deelname aan wetenschappelijk onderzoek is gevonden. Daarmee heeft Jansen in ieder geval in strijd met de WGBO gehandeld, sinds de inwerkingtreding daarvan per november 1994.

Wat het onderzoek met postmortaal verkregen materiaal betreft, heeft Jansen niet in strijd gehandeld met wettelijke voorschriften: als toestemming voor obductie verkregen is, gelden verder geen wettelijke beperkingen voor wat precies onderzocht wordt. Bovendien is niet vereist dat toestemming voor obductie schriftelijk wordt gegeven.

Er is geen administratie van enig onderzoek dat Jansen heeft verricht, verkregen. Het is niet duidelijk of Jansen deze gegevens (goed) bijhield en of hij deze gegevens na zijn (overhaaste) vertrek in het MST heeft achtergelaten of heeft meegenomen. Zie in dit verband ook de analyse van het handelen van de RvB.

### **De vakgroep Neurologie**

De vraag die velen bezighoudt is wat de naaste collega's van Jansen hebben gezien. Zij zijn het immers die tijdens diensten of waarneming patiënten(dossiers) van Jansen zien. Vaststaat en erkend wordt dat de overige leden van de vakgroep al van meet af aan wisten dat de dossiervoering door Jansen ver beneden de maat lag. Zij hadden wel eens twijfels over door Jansen gestelde diagnoses MS – in de wandelgangen werd gesproken over “Jansen-MS”, maar konden deze twijfels zelf niet bevestigen, noch ontcrachten, en deden daar ook geen moeite voor tot 1997.

De samenwerking tussen Jansen en de andere vakgroepleden was uiterst moeizaam en werd gekenmerkt door zeer hoogoplopende conflicten. De werkverhoudingen tussen beide waren van meet af aan ernstig verstoord en zijn nimmer verbeterd. De sterk verstoorde werkverhoudingen en het superioriteitsgevoel van Jansen maakten het moeilijk om Jansen aan te spreken op zijn professionele handelen. De vakgroep heeft dit dan ook maar gelaten.

Omdat de vakgroep zelf niet het hoofd kon bieden aan de samenwerkingsproblemen met Jansen heeft zij regelmatig de hulp ingeroepen van het MSB en/of de RvB. Soms was dit zo indringend, dat zij dreigde de samenwerking met Jansen op te zeggen. In 1997 uitte de vakgroep twijfels over het medisch-ethische handelen van Jansen en in 1998 informeerde één van de vakgroepleden de RvB schriftelijk over zijn twijfels ten aanzien van diens medisch-inhoudelijk handelen. De reactie van RvB en MSB stelde de vakgroep steeds weer teleur. Dit



leidde ertoe dat de vakgroep impliciet besloot zich bij de situatie neer te leggen om verdere conflicten zoveel mogelijk te vermijden.

Hoe te oordelen over het handelen van de vakgroep? Enerzijds is hun handelen verklaarbaar: ze heeft zelf geen bevoegdheid op te treden tegen een onwillige collega en ze vond nauwelijks gehoor voor haar bezwaren. Anderzijds: wanneer de overdracht of het patiëntendossier gebrekkig is, is waarneming door collega-neurologen onvoldoende (medisch) verantwoord. Hoewel van meet af aan bij alle neurologen bekend was dat dossiervoering door Jansen ronduit slecht was, is hier slechts éénmaal expliciet melding van gemaakt bij de RvB. De vakgroep had hier moeten doorzetten en heeft hier de rust in de vakgroep voorrang gegeven en niet het patiëntenbelang en het verstrekken van goede zorg. De vakgroep had ook de RvB kunnen vragen om een disciplinaire maatregel te treffen of kunnen besluiten zelf de IGZ te informeren.

Verder valt op dat de vakgroep tegenstrijdige signalen afgeeft. In het kader van de voorbespreking van een visitatie met het MSB in 2001 vergoelijkt de vakgroepcoördinator het gedrag van Jansen en zwakt het af. Zie de reconstructie van gebeurtenissen in hoofdstuk 3, affaire visitatie. Kennelijk woog het belang van het behoud c.q. de verlenging van de A-opleiding zwaarder dan het belang van de patiënt en de kwaliteit van de geleverde zorg.

### **Medisch Stafbestuur (MSB)**

Het MSB wordt regelmatig te hulp geroepen door de vakgroep of door de RvB om conflicten met Jansen op te lossen of om hem in het gareel te krijgen. De reactie van het MSB is meestal gericht op het dempen van conflicten binnen de vakgroep. Zij vervult haar rol als een scheidsrechter en waakt ervoor geen deelgenoot te worden van enig conflict. Ze legt de verantwoordelijkheid voor de collegiale werkverhoudingen geheel bij de vakgroep zelf. Illustratief daarvoor is de woordenwisseling met de medisch coördinator in de aanloop naar de visitatie van 2002. Zij maakt zich vooral zorgen om het behoud van de A-opleiding.

Wat voor de vakgroep geldt, geldt in mindere mate ook voor het MSB. Zij heeft geen bevoegdheden om disfunctionerende stafleden aan te pakken. De ultieme sanctie die zij kan opleggen aan stafleden wegens overtreding van het stafreglement of huishoudelijk reglement is ontzegging van het stemrecht gedurende één jaar, maar zelfs daartoe is niet besloten. Anderzijds onderschat zij haar (informele) invloed; zij kan de RvB adviseren een disfunctionerend staflid een disciplinaire maatregel op te leggen. De RvB kan zo'n advies niet gemakkelijk naast zich neerleggen. Zover is het niet gekomen. De ernstig verstoorde werkverhoudingen zijn voor het MSB nooit aanleiding geweest zich af te vragen of deze situatie nadelige consequenties zou kunnen hebben voor de patiëntenzorg.

### **Raad van Bestuur**

De inspanningen van de RvB zijn vooral gericht geweest op het dempen van conflicten tussen de vakgroep en Jansen, hetgeen overigens nimmer tot een blijvende verbetering heeft geleid. Aanvaringen en conflicten vormden voor de RvB geen aanleiding om na te gaan of hierdoor de patiëntveiligheid of de kwaliteit van zorg in gevaar zou (kunnen) komen; uit geen van de stukken of gesprekken is gebleken dat die vraag ooit is gesteld.

Voor zover signalen over disfunctioneren van Jansen op professioneel inhoudelijk vlak de RvB bereikten, zijn deze onvoldoende (h)erkend en opgepakt. In het voorjaar van 1998 stuit één van de collega-neurologen tijdens waarneming voor Jansen op een aantal onvolledige dossiers en gebrekkige overdracht. Deze neuroloog ziet patiënten van Jansen die medicatie

krijgen waarvoor hij geen enkele indicatie ziet en die hij niet kan rijmen met uitslagen van onderzoek. De neuroloog weigert hiervoor verantwoordelijkheid te dragen en informeert de RvB schriftelijk. Een reactie van de RvB blijft uit. Vanaf dit moment had de RvB op de hoogte kunnen zijn van risico's voor de kwaliteit van de patiëntenzorg.

In 2001 neemt hij de conclusie van de klachtencommissie dat sprake is geweest van onvoldoende dossiervorming over en zegt dit ernstig te vinden. Desalniettemin schrijft de RvB aan Jansen 'erop te vertrouwen dat hij hiernaar zal handelen'. In het visitatierapport van 2002 staat het zwaarwegend advies vermeld om de dossiervoering te verbeteren. Ook dit laat de RvB passeren. Hij neemt niet het initiatief om zelf een nader onderzoek in te stellen. Hij legt die verantwoordelijkheid ten onrechte terug bij de vakgroep en vindt dit kennelijk iets dat (exclusief) behoort tot het professionele domein.

De RvB komt pas echt in actie wanneer er concrete bewijzen zijn van malversaties door Jansen rond medicijnen voor eigen gebruik. Die actie is gericht op werkhervatting door Jansen en dit verandert pas onder druk van de vakgroep. De RvB had er ook voor kunnen kiezen om aangifte te doen van diefstal, maar koos ervoor de affaire binnenskamers te houden, om verdere schade voor Jansen en het ziekenhuis te voorkomen. Illustratief daarvoor is de opdracht die zij aan de vakgroep geeft na de ziekmelding van Jansen in december 2003: de vakgroep moet de praktijk van Jansen waarnemen, geen informatie naar buiten brengen, notities bijhouden over patiënten bij wie een verkeerde diagnose en/of behandeling is (in)gesteld, maar geen verdere actie ondernemen en geen actieve zoektocht op touw zetten naar mogelijk gedupeerde oud-patiënten. Ook de bejegening van patiënten die kort na Jansen's vertrek het ziekenhuis aanspreken is afwerend en afstandelijk.

De kwestie van de ontvreemding van medicijnen van de afdeling, die reeds in mei 2003 geconstateerd is en later gevolgd werd door vervalsing van recepten ten behoeve van eigen gebruik, is pas in het reguliere overleg met de IGZ op 23 maart 2004 gemeld. Formeel gesproken heeft de RvB daarmee niet een meldingsplicht geschonden; de wet verplicht immers alleen 'calamiteiten' te melden. Daarvan is volgens de wet sprake als het gaat om 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 geleid'.

Uit deze definitie volgt overigens ook dat de RvB de geconstateerde misdiagnoses wel aan de IGZ had moeten melden. De RvB was daarvan reeds in december 2003 op de hoogte. Hij heeft tijdens het reguliere overleg met de IGZ op 23 maart 2004 uitsluitend het aantal ingediende klachten gemeld.

#### *Specifieke kwesties*

- Het handelen van de RvB in de afhandeling van de klacht van mevrouw D. in 2001 is uiterst laakbaar. Partijen komen geheimhouding overeen, hetgeen al bijzonder is, maar nog laakbaarder is dat er een boetebeding is opgenomen dat inhoudt dat mevrouw D. een boete is verschuldigd van minimaal f 15.000,-, indien zij zich niet aan de geheimhouding houdt. Een ziekenhuis mag een dergelijk beding niet opnemen in een overeenkomst met een patiënt, dit zet een patiënt volstrekt nodeloos onder druk. Het ziekenhuis heeft bovendien een zorgplicht voor zijn patiënten. Een dergelijk boetebeding is dus in strijd met fatsoen en goede zeden.

De RvB heeft de financiële afhandeling van een gegronde verklaarde klacht bovendien misbruikt om ingezette vervolgstappen van de patiënte (melding IGZ, tuchtzaak) af te kopen.

De RvB heeft niet in strijd met de wet gehandeld door het dossier van deze patiënte te vernietigen. Op grond van de WGBO heeft de patiënt zelfs recht op vernietiging van bepaalde delen uit zijn dossier of het gehele dossier. Aan dit verzoek moet binnen drie maanden worden voldaan, tenzij een voorschrift of een andere wet bepaalt dat de gegevens bewaard moeten blijven of gegevens bewaard moeten blijven vanwege een aanmerkelijk belang van een ander dan de patiënt. Als de behandelaar dit verzoek weigert, moet hij dit gemotiveerd uitleggen.

- De vertrekregeling met Jansen diende zowel ter bescherming van Jansen, het ziekenhuis als van patiënten. Dat laatste gold overigens in beperkte mate. De regeling nam het risico voor patiënten in het MST weg, maar niet voor patiënten in andere regio's (of in buurlanden). Door de IGZ slechts uiterst summier te informeren heeft de RvB welbewust de weg van een onafhankelijk oordeel over het functioneren van Jansen en de aangerichte schade afgesneden.
- Opvallend is dat de RvB op geen enkele wijze de vinger aan de pols houdt ten aanzien van de uitvoering van medisch wetenschappelijk onderzoek in het ziekenhuis. Hij volgt in de goedkeuringsfase doorgaans het oordeel van de METC en voorheen de Ecom en voert geen eigen toetsing uit naar mogelijke consequenties voor de zorg of voor andere medewerkers van het ziekenhuis. De interne procedure is gericht op de financiële aspecten. De verantwoordelijkheid voor de kwalitatieve aspecten van de uitvoering van het onderzoek – welke proefpersonen nemen deel, wat behelst het onderzoek, hoe verloopt het onderzoek, etc. - wordt geheel overgelaten aan de onderzoeker. Het MST houdt daarvan geen administratie bij. Dit is op zijn minst opmerkelijk, aangezien het ziekenhuis wel (mede)aansprakelijk is voor eventuele door onderzoek ontstane schade aan proefpersonen.

Al met al heeft de toenmalige RvB zijn verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg in deze niet genomen. Hij heeft geen instrumenten ingezet om disfunctioneren actief op te sporen c.q. vroegtijdig zichtbaar te maken. Systematische bewaking van kwaliteit ontbreekt. Daarmee is de RvB geheel afhankelijk van signalen van anderen. Dit klemt temeer daar er vele bestuurswisselingen zijn geweest en er nauwelijks bestuurlijke overdracht plaatsvond. Wanneer desondanks een duidelijke aanwijzing voor het disfunctioneren van Jansen wordt aangereikt, onderneemt de RvB geen enkele actie, hoewel hij de enige is met bevoegdheid terzake. De RvB voldoet hiermee niet aan de verplichtingen die de Kwaliteitswet oplegt.

### **Raad van Commissarissen (RvC)**

De RvC is de grote afwezige in het geheel. De RvC hield geen toezicht op de kwaliteit van zorg, was niet op de hoogte van de problemen rond Jansen, laat staan van aangerichte schade en is ook niet gekend in de vertrekregeling. De RvC hield toezicht op grote afstand. Hoewel intern de afspraak was en is dat problemen die een bedreiging vormen of kunnen gaan vormen voor de goede patiëntenzorg of het functioneren van het ziekenhuis door de RvB aan de RvC gemeld worden, is dit niet nader geconcretiseerd. Daarmee is de RvC geheel afhankelijk van de inschatting van de RvB of zich een zodanige situatie voordoet.

### **Klachtencommissie**

Voor het vertrek van Jansen is tweemaal een klacht tegen hem ingediend bij de klachtencommissie. Deze zijn als op zichzelf staande incidenten beschouwd en waren onvoldoende substantieel om daarin een patroon te kunnen ontdekken.

Wat wel opvalt, is dat de klachtencommissie louter oordeelt op basis van door de klager aangevoerde gronden en deze niet ‘ambtshalve’ aanvult. In wezen vindt er dus een marginale toetsing plaats. Een voorbeeld daarvan is de casus van mevrouw C (paragraaf 2.2), waarin de klachtencommissie oordeelt dat Jansen geen verwijt gemaakt kan worden van het losraken van de port-a-cath katheter (omdat hij deze niet geplaatst heeft), maar zich niet afvraagt of het besluit om zodanige katheter te laten aanbrengen juist is geweest.

### **Cliëntenraad**

Eerder is geconstateerd dat het disfunctioneren van Jansen slecht zichtbaar was voor patiënten. Jansen gold bovendien als een betrokken arts die vrijwel altijd voor zijn patiënten klaarstond. Van de patiënten heeft de Cliëntenraad geen signalen gehoord die voor hem aanleiding konden zijn tot het stellen van vragen of geven van advies aan de RvB. De RvB heeft nimmer met de Cliëntenraad gesproken over de problemen rond het functioneren van Jansen, en heeft hem ook niet in kennis gesteld van de medicijnendiefstal door Jansen. Dit valt niet de Cliëntenraad, maar de RvB aan te rekenen: hij miskent daarmee de positie en rol van deze raad als belangenbehartiger van de cliënten van het MST.

### **IGZ**

De IGZ is vanaf tenminste begin jaren negentig op de hoogte van de moeizame verhoudingen binnen de vakgroep. Zij heeft zich niet afgevraagd of de verstoorde werkverhoudingen binnen de vakgroep nadelige gevolgen zouden kunnen hebben voor de patiëntenzorg. Dit klemt temeer, daar het een algemeen aanvaard feit is dat moeizame verhoudingen onder artsen (uiteindelijk) gevaren opleveren voor de patiëntenzorg.

Verder valt op de afwachtende houding van de IGZ. Deze stelt nimmer melding te hebben ontvangen van het ziekenhuis over de misdiagnoses, maar had en heeft de bevoegdheid om nadere informatie te vragen en zo nodig af te dwingen. Zij had op geleide van de informatie waarover zij al wel beschikte zelf nader onderzoek moeten doen. Daarvoor was reeds aanleiding na de melding(en) van mevrouw D. in 2000 en 2001. Vervolgens is zij in het voorjaar van 2004 op de hoogte gesteld van de medicijnendiefstal. Steeds heeft zij verzuimd zelf na te gaan of dit reeds tot onverantwoorde zorg en/of schade voor of aan patiënten had geleid. Dit is, gegeven haar toezichthoudende taak, onbegrijpelijk (temeer daar zij, naar eigen zeggen, in het voorjaar van 2004 tevens melding heeft ontvangen van de zorgverzekeraar, dat uit rechtmatigheidscontrole was gebleken dat er bij Jansen sprake was van gebrekkige dossiervoering en vervalsing van artsenverklaringen).

De IGZ heeft weliswaar een ‘eigen traject’ met Jansen ingezet, maar dit was gericht op genezing van een arts met een verslavingsprobleem en werkhervatting onder strikte voorwaarden. Zelfs in dit kader heeft de IGZ nagelaten nader onderzoek te (laten) doen naar patiëntendossiers van Jansen, hoewel ze dit wel als “onvoorwaardelijke maatregel” heeft opgenomen in de afspraken die ze met Jansen heeft gemaakt.

Indien de IGZ wel zelf (actief) onderzoek zou hebben gedaan dan had een ander vervolgtraject in de rede gelegen. In dat geval was eerder aan het licht gekomen dat er al veel langer sprake was van disfunctioneren, dat bovendien reeds tot schade voor patiënten had geleid. Daarmee had een procedure voor het CMT voor de hand gelegen, met de vraag of een beroepsbeperkende maatregel aangewezen was. Daar is deze procedure juist ook voor bedoeld. De toetsing die in dat geval zou hebben plaatsgehad zou veelomvattender zijn geweest en met name de vraag hebben behelst of er achter de verslavingsproblematiek een onderliggend psychiatrisch lijden lag dat van invloed was op het handelen van Jansen.

Die weg heeft de IGZ niet gekozen. Weliswaar heeft ze een onafhankelijk psychiater ingeschakeld, maar dat was om te beoordelen of Jansen (te) genezen was van zijn verslavingsprobleem. Hoewel deze psychiater heeft verklaard geen onderliggend psychiatrisch beeld te hebben gevonden is het zeer de vraag of daar (gericht en uitvoerig) naar is gezocht. De commissie betwijfelt dit. In schril contrast hiermee staat namelijk de schriftelijke verklaring van Jansen zelf aan de onderzoekscommissie, waarin hij stelt “*Sedert vele jaren was ik onder behandeling bij een gedrags-psycholoog vanwege recidiverende depressies, een persoonlijkheidsstoornis van het gemengd narcistisch-borderline type, en een posttraumatische stress-stoornis na multi-trauma in 1990.*”

De IGZ heeft zich al met al in deze kwestie veeleer als ‘sparring partner’ van het MST en van Jansen opgesteld, dan als toezichthouder en handhaver van de kwaliteit van zorg. De IGZ heeft de kwestie opgevat als een ‘tijdelijk’ verslavingsprobleem, dat moest worden opgelost, en zich niet ten principale afgevraagd of deze arts bekwaam en verantwoord heeft gehandeld.

Toen Jansen zijn werkzaamheden als arts in Duitsland hervatte, heeft de IGZ de vinger aan de pols gehouden en er voor gezorgd dat zijn nieuwe werkgever op de hoogte werd gesteld van het verslavingsprobleem. Daarna hield haar bemoeienis op; Jansen hoefde zich pas weer te melden zodra hij weer in Nederland aan de slag zou gaan. Daarmee heeft de IGZ onvoldoende rekening gehouden met de mogelijkheid dat Jansen in Duitsland van werkgever zou kunnen veranderen.

Opvallend is tenslotte het ‘stilzitten’ van de IGZ sinds de affaire begin 2009 naar buiten is gekomen. Jansen kan – in theorie – weer aan de slag; er zijn (nog altijd) geen beroepsbeperkende maatregelen getroffen of geïnitieerd.

#### **MSRC en NVvN**

De visitatiecommissie blijkt in 1997 op de hoogte te zijn van de interne problemen binnen de vakgroep, maar ziet daarin geen bedreiging of risico voor de A-opleiding. Die ziet zij evenmin in de in 2002 vastgestelde ondermaatse dossiervoering. Dit gegeven leidt wel tot een zwaarwegend advies aan de vakgroep als geheel om de dossiervoering te verbeteren, maar heeft geen gevolgen voor de erkenning van de opleiding, die met 5 jaar verlengd wordt. De MSRC oordeelt met andere woorden vanuit een specifieke (enkelvoudige) invalshoek: de kwaliteit van de opleiding en niet vanuit het perspectief van de kwaliteit van de zorg of de beroepsuitoefening. Voor dit laatste zijn de kwaliteitsvisitaties van de wetenschappelijke verenigingen bedoeld, maar deze zijn pas sinds 2006 verplicht.

#### **4.4 Meta-analyse en conclusies**

Elke medisch specialist is primair zelf verantwoordelijk voor zijn professionele handelen. Dit veronderstelt dat de medisch specialist handelt volgens de laatste stand van de wetenschap, dat hij er alles aan doet om op de hoogte te blijven van de laatste vakinhoudelijke ontwikkelingen, dat hij geen schade toebrengt aan patiënten en dat hij zich controleerbaar en toetsbaar opstelt.

Wanneer de medisch specialist niet in overeenstemming met de voor hem geldende professionele standaard te werk gaat, rijst de vraag of hij door de omgeving waarin hij werkzaam is tijdig wordt gecorrigeerd. Dat is wat de samenleving in het algemeen en patiënten in het bijzonder van een ziekenhuis verwachten en ook alleszins mogen verwachten.

Zij moeten zich tot een ziekenhuis kunnen wenden in het vertrouwen dat zij in goede handen zijn en dat er alles aan wordt gedaan om datgene wat dat vertrouwen kan beschamen tijdig te signaleren en aan te pakken.

In deze casus is dit niet het geval geweest, integendeel. Het systeem als geheel werkte onvoldoende signalerend, laat staan corrigerend, ondanks het bestaan van een lange lijst procedures en regels over hoe te handelen wanneer zich ‘onregelmatigheden’ of erger, incidenten met betrekking tot de patiëntenzorg voordoen.

Er is in deze casus sprake van een disfunctionerende medisch specialist, die met zijn handelen ernstige 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.

De RvB is (eind)verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg, maar nam deze verantwoordelijkheid geen enkele maal. Hij nam als vanzelfsprekend aan dat de kwaliteit van de medisch specialistische dienstverlening exclusief tot het professionele domein behoort. Hij legde impliciet de verantwoordelijkheid voor die kwaliteit bij de professionele organisatie (medische staf) neer, terwijl de bijbehorende bevoegdheden bij hem berusten. De professionele organisatie had hierop geen antwoord. MSB en vakgroep waren aarzelend: openlijk twijfels uiten over het professionele handelen van collega's, zonder hard bewijs, werd beschouwd als “not done” terwijl soms ook andere belangen prevaleerden (zoals behoud van de opleiding). Bovendien missen zij de noodzakelijke bevoegdheden om zelf op te kunnen treden tegen collega's die zich niet houden aan gemaakte afspraken of anderszins niet handelen conform de professionele standaard. Daarvoor moeten zij bij de RvB zijn, maar die gaf steeds niet thuis.

Bij dit alles valt op dat de patiënt en zijn belang niet in beeld was. De aandacht van betrokkenen was vooral gericht op de interne problemen. Die moesten bij voorkeur binnenskamers worden gehouden om reputatieschade voor het ziekenhuis en de neuroloog beperkt te houden. Openheid naar patiënten toe kon dit proces frustreren, zo lijkt de opvatting te zijn geweest. De patiënt werd daarmee impliciet als ‘bedreiging’ gezien en als zodanig tegemoet getreden.

De interne toezichthouder (RvC) is voor zijn oordeelsvorming en toezichthoudende taak sterk afhankelijk van de informatievoorziening door de RvB. In dit geval is de RvC pas gekend in deze kwestie nadat de betrokken specialist al was vertrokken. De RvC stond daarmee op (te) grote afstand en vervulde in deze casus geen rol van betekenis.

De externe toezichthouder (IGZ) (h)erkende signalen over mogelijk disfunctioneren niet, en op het moment dat die signalen wel tot haar kwamen stelde zij geen eigen onderzoek in naar de gevolgen voor de patiëntenzorg, terwijl dat één van haar kerntaken is.

## **Conclusies**

In essentie is het probleem terug te voeren op het feit dat betrokkenen niet reageerden vanuit de rol of functie die ze bekleedden. Dit is voor een deel te verklaren vanuit een historisch gegroeide cultuur, waarin bepaalde omgangsvormen heersten. Daarnaast waren betrokkenen onvoldoende doordrongen van de verantwoordelijkheden voor de kwaliteit van zorg die bij

hun respectievelijke professies behoorden. De RvB lijkt zich bovendien onvoldoende bewust te zijn geweest van het verschil tussen specialisten in dienstverband en vrijgevestigden waar het gaat over hun (on)mogelijkheden collega's aan te spreken op hun functioneren. Eveneens speelt een rol dat de verantwoordelijkheden voor de kwaliteit van zorg onvoldoende helder belegd waren, zodat het kwaliteitssysteem niet sluitend was.

## 4.5 Intermezzo

In dit hoofdstuk heeft de commissie het handelen van Jansen en andere betrokkenen onder de loep genomen. In het volgende hoofdstuk geeft de commissie adviezen en aanbevelingen. Daarbij realiseert de commissie zich dat de affaire zich een aantal jaren geleden heeft afgespeeld en dat de ontwikkeling in het kwaliteitsdenken en –handelen sindsdien niet heeft stilgestaan. Om die reden is onderzocht welke maatregelen het MST mede naar aanleiding van de affaire rond Jansen heeft genomen om tijdig signaleren van (mogelijk) disfunctioneren en voortvarende actie daarop mogelijk te maken. De belangrijkste daarvan worden hier kort weergegeven.

Maatregelen genomen door het MST

- *Werken met prestatie-indicatoren.*  
Het MST werkt sinds enkele jaren, net als andere ziekenhuizen, met prestatie-indicatoren, die (meer) inzicht verschaffen in de kwaliteit van geleverde zorg. Hoewel het systeem van prestatie-indicatoren landelijk nog volop in ontwikkeling is, is de verwachting dat deze indicatoren relevante informatie gaan leveren voor de vakgroepen zelf en voor het bestuur, op grond waarvan zij medisch specialisten kunnen aanspreken op behaalde resultaten.
- *Invoering duaal management.*  
Naast een manager bedrijfsvoering is per RVE ook een medisch manager benoemd, die tezamen belast zijn met de bedrijfsvoering en gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de resultaten van de RVE.

In de Zelfevaluatie van de RvB van december 2006 geeft de RvB aan dat “een belangrijk aandachtspunt voor de toekomst de verdere ontwikkeling van de relatie met het MSB zal zijn, mede in het licht van de invoering van duaal management. Voordat verdere betrokkenheid wordt gerealiseerd van het MSB bij het dagelijks bestuur van het ziekenhuis dient eerst meer duidelijkheid verkregen te worden over de governancestructuur. Dat is een vraagstuk dat niet alleen door MST kan worden opgelost. NVZ, OMS en mogelijk zelfs de wetgever hebben ieder hierin hun eigen rol”.

- *Wijziging stafreglement per november 2008*  
Volgens het oude stafreglement dienden geschillen geheel in de professionele lijn te worden opgelost. De RvB werd alleen in kennis gesteld wanneer een geschil niet langs deze lijn kon worden beslecht. Het nieuwe stafreglement bepaalt dat het MSB elk geschil meldt aan de RvB en samenwerkt met de RvB; dat een geschil is opgelost als betrokkenen zulks verklaren dan wel als het MSB een definitieve aanwijzing geeft. Het MSB heeft bovendien het recht te (doen) controleren of betrokkenen dienovereenkomstig handelen. Bij het niet opvolgen door stafleden of vakgroepen van aanwijzingen, stelt het MSB onverwijld de RvB hiervan schriftelijk op de hoogte. Nieuw is ook de bepaling dat het

huishoudelijk reglement van de vakgroep maatregelen moet bevatten tegen vakgroepleden die de bepalingen van het huishoudelijk reglement overtreden.

- *Start implementatie IFMS*

De invoering van een systeem voor het beoordelen van het individueel functioneren van medisch specialisten is een landelijke ontwikkeling. De medische staf van het MST heeft gekozen voor het instrument Appraisal & Assessment (A&A). De medisch specialist die een A&A gesprek heeft, beschrijft tevoren aan de hand van de zeven CCMS<sup>45</sup>-competentiegebieden het professionele functioneren. Daarna volgt een reflectie: wat zijn sterke punten en wat zou beter kunnen? Van daaruit worden concrete actiepunten benoemd voor het persoonlijke ontwikkelingsplan.

Een belangrijk onderdeel van het gesprek is feedback van de omgeving. Ongeveer tien personen waarmee de medisch specialist samenwerkt, wordt gevraagd drie goede punten en drie tips ter verbetering aan te geven. Deze personen kunnen o.a. zijn: specialisten van de eigen vakgroep of aanpalende specialismen, arts-assistenten, verpleegkundigen, leidinggevend en secretaresses. Deze door derden aangeleverde punten worden anoniem behandeld. De gespreksleider maakt van de ontvangen punten van de diverse personen een samenvatting en bespreekt dit met de medisch specialist. Gespreksleiders zijn leden van de medische staf, die getraind zijn tot appraisor.

- *Invoering reglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist (25 november 2008).*

Volgens dit reglement kan bij serieuze aanwijzingen van mogelijk disfunctioneren van een medisch specialist bij de voorzitter van het MSB een melding worden gedaan door tenminste twee personen (intern). Het MSB stelt een commissie van onderzoek ad hoc in, die eerst onderzoek doet naar de ontvankelijkheid van de melding. Is deze ontvankelijk, dan informeert het MSB de RvB en geeft het MSB de ingestelde commissie opdracht om onderzoek in te stellen naar het mogelijk disfunctioneren. Als de commissie concludeert dat sprake is van disfunctioneren, deelt zij dit schriftelijk mede aan de Medische Staf en aan het MSB; het MSB stelt de RvB op de hoogte. Als de medisch specialist in kwestie blijkt heeft gegeven van zelfreflectie en wil meewerken, wordt een verbetertraject opgesteld en in gang gezet. Gedurende dit traject houdt de commissie het MSB op de hoogte en het MSB de RvB. Verloopt dit alles goed (verbeteringen zichtbaar) dan brengt het MSB schriftelijk verslag uit en is de procedure afgerond.

Als er geen verbeteringen zijn of als de medisch specialist niet meewerkt, of als een verbetertraject niet mogelijk blijkt, kan een maatregel worden opgelegd (variërend van begeleiding/coaching, supervisie, visitatie, onderzoek door IGZ, ontnemen van het recht bepaalde medische werkzaamheden te verrichten, tot een advies aan de RvB om de arbeids-/toelatingsovereenkomst te beëindigen). RvB en leden van de maatschap/vakgroep worden zo spoedig mogelijk schriftelijk op de hoogte gesteld van de opgelegde maatregel. Alles wordt vastgelegd in een vertrouwelijk en beveiligd dossier.

---

<sup>45</sup> CCMS: Centraal College Medisch Specialismen



## 5. Adviezen en aanbevelingen

Een patiënt moet erop kunnen vertrouwen dat een medisch specialist handelt volgens de voor hem geldende professionele standaard en dat hij en de omgeving waarin hij werkzaam is er alles aan doen om te voorkomen dat dit vertrouwen wordt beschaamd. Om dit te realiseren is tenminste noodzakelijk dat het medisch specialistisch handelen inzichtelijk en toetsbaar is en dat verantwoordelijkheden voor de kwaliteit van zorg van betrokken actoren helder zijn belegd.

Dit inzicht heeft zich in de zorgsector vooral de laatste jaren ontwikkeld en krijgt langzaam maar zeker meer vorm. Daarvan getuigt een aantal maatregelen die het MST, maar ook andere ziekenhuizen in Nederland, in de afgelopen jaren hebben genomen om hieraan invulling te geven.

In aanvulling daarop geeft de commissie de volgende aanbevelingen.

### *Aanscherpen verantwoordelijkheden*

De RvB is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg. Natuurlijk zijn er vele andere zaken die bestuurlijke aandacht vereisen, maar dit – het verlenen van goede en veilige zorg – is de kerntaak; hieraan ontleent het ziekenhuis zijn bestaansrecht.

De RvB heeft een systeemverantwoordelijkheid. Dit betekent dat de RvB de juiste voorwaarden moet scheppen waaronder ‘verantwoorde zorg’ geleverd kan worden, dat hij zorg draagt voor de implementatie van een kwaliteitssysteem, en de systematische bewaking daarvan. Daaruit volgt dat hij ook verantwoordelijk is voor en moet toezien op het handelen van de in het ziekenhuis werkzame medisch specialisten. Vooral dit laatste is lange tijd onderbelicht gebleven, hetgeen is terug te voeren op het aloude onderscheid tussen lijnorganisatie en professionele organisatie, die onvoldoende zijn geïntegreerd. Hierdoor kan gemakkelijk het idee ontstaan dat het de taak van de ander is om handelend op te treden.

Aanbeveling aan de minister van VWS:

1. De commissie beveelt aan in de Kwaliteitswet zorginstellingen te expliciteren wat de ‘eindverantwoordelijkheid van de RvB’ inhoudt en tevens te verduidelijken hoe diens verantwoordelijkheid zich verhoudt tot die van de arts. Daarin moet duidelijk naar voren komen dat de arts verantwoordelijk is voor zijn professionele handelen, maar dat het toezicht op dat handelen onder de bestuurlijke verantwoordelijkheid valt. Dit wil zeggen dat als de arts zich niet houdt aan wat gebruikelijk is binnen de betreffende beroepsgroep of aan de regels die binnen het ziekenhuis zijn gesteld, de RvB bevoegd en zelfs verplicht is in te grijpen en daartoe aanwijzingen aan de arts kan geven.

### *Intercollegiale toetsing als onderdeel/hoeksteen van het kwaliteitssysteem*

Het is evident dat een RvB niet zelf alles kan waarnemen wat er in het ziekenhuis gebeurt. Hij moet dus ‘sensoren’ ontwikkelen en deze in de organisatie inbedden, op geleide waarvan hij inzicht verkrijgt in de kwaliteit van de feitelijk geleverde zorg en in het feitelijk functioneren van medisch specialisten.

Vormen van intercollegiale toetsing zijn bij uitstek de manier om dit inzicht te verkrijgen. De kwaliteit van het functioneren van een medisch specialist is uitsluitend te beoordelen door een

beroepsgenoot; alleen die is in staat te beoordelen of een vakgenoot zich aan de voor hem geldende professionele standaard houdt<sup>46</sup>.

De meest praktische manier om hieraan invulling te geven is aansluiting te zoeken bij de reeds in gang gezette (landelijke) ontwikkeling van de implementatie van een beoordelingssystematiek voor het Individueel Functioneren van Medisch Specialisten (IFMS). Een belangrijk middel daartoe is een steekproefsgewijze intercollegiale beoordeling van patiëntendossiers daarvan onderdeel te laten uitmaken. Het schriftelijke verslag van deze bevindingen ‘aan de bron’ vormt – tezamen met de informatie verkregen uit de 360 graden feedback - input voor het functionerings- en beoordelingsgesprek.

Aanbeveling aan Raden van Bestuur:

2. Stel deelname aan een beoordelingssystematiek voor het individueel functioneren van medisch specialisten verplicht en zorg ervoor dat intercollegiale toetsing van patiëntendossiers daarvan een integraal onderdeel vormt.

In dit kader acht de commissie het verder noodzakelijk de mogelijk beperkende werking die uitgaat van het beroepsgeheim op te heffen. Het beroepsgeheim van de arts dient het recht van de patiënt op bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer. Het is artsen om die reden niet zonder meer toegestaan dossiers in te zien van patiënten bij wier behandeling zij niet rechtstreeks betrokken zijn. Het beroepsgeheim kan daarmee in de weg staan aan het uitvoeren van intercollegiale toetsing door middel van dossieronderzoek, en daarmee onbedoeld beschermend werken voor een disfunctionerend arts. De wetgever dient te stellen dat artsen inzagerecht in medische dossiers moeten kunnen hebben, wanneer zij intercollegiaal toetsen (zoals ook in het kader van visitaties mogelijk is). Hiermee wordt een algemeen belang gediend.

Aanbeveling aan de wetgever:

3. Pas artikel 7:458 BW zodanig aan dat inzage in patiëntendossiers zonder toestemming van de patiënt in het kader van intercollegiale toetsing mogelijk is voor niet rechtstreeks bij de behandeling betrokken medisch specialisten.

*Integreren lijnorganisatie en professionele organisatie*

Om de RvB in staat te stellen de eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit en kwaliteitsprocessen te dragen acht de commissie het verder noodzakelijk de professionele organisatie hechter te integreren binnen de lijnorganisatie van het ziekenhuis. De kwaliteit van zorg wordt immers niet alleen bepaald door de medisch specialisten, maar ook door andere beroepsbeoefenaren zoals verpleegkundigen en paramedici die bij het zorgproces betrokken zijn. Het benoemen van een medisch manager per vakgroep<sup>47</sup> is in deze een eerste stap, maar zonder toebedeling van de daarbij behorende verantwoordelijkheden en bevoegdheden onvoldoende. De medisch manager dient onderdeel te worden van de lijnorganisatie van het ziekenhuis. Dit leidt tot de volgende aanbevelingen.

Aanbeveling aan Raden van Bestuur

4. Maak de organisatiestructuur en de daarbij behorende verantwoordelijkheden in overeenstemming met de integrale verantwoordelijkheid van de RvB voor de kwaliteit van zorg. Geef daarbij duidelijk aan, ook rechtspositioneel, wat de positie is van een MSB,

---

<sup>46</sup> Uiteraard kunnen anderen (niet-medici) bepaalde elementen van het functioneren ook beoordelen, zoals het volgen van interne procedures e.d., maar dit kan niet een alomvattend oordeel zijn

<sup>47</sup> Vakgroep: in de context van de aanbevelingen dient voor vakgroep tevens maatschap te worden gelezen

van de te onderscheiden vakgroepen en van de individuele leden daarvan ten opzichte van elkaar en in relatie tot de RvB.

Aanbeveling aan Raden van Bestuur, brancheorganisatie NVZ<sup>48</sup> en beroepsvereniging OMS<sup>49</sup>

5. Introduceer een vorm van hiërarchie in algemene ziekenhuizen door een ‘functie’ medisch manager (voorzitter) per vakgroep in te voeren, met bijbehorende verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Daartoe behoren onder meer de bevoegdheid om collega-vakgroepleden aanwijzingen te geven betreffende deelname aan kwaliteitsbevorderende maatregelen en het afleggen van verantwoording over het individuele handelen, alsmede de bevoegdheid om de RvB te adviseren over te treffen disciplinaire maatregelen. De medisch manager moet door de RvB ter verantwoording kunnen worden geroepen over de wijze waarop hij deze functie uitoefent.

Benoeming van de medisch manager dient te geschieden door de RvB, gehoord hebbende de betreffende vakgroep en het MSB. Het zou moeten gaan om een benoeming voor bepaalde tijd, met de mogelijkheid tot herbenoeming. Aan de functie behoort een bij de zwaarte van de functie passende beloning te worden gekoppeld.

De verplichtingen van de medisch specialist om deel te nemen aan de voorgestelde periodieke beoordeling van het individuele functioneren en om aanwijzingen van de medisch manager op te volgen moeten worden vastgelegd in de arbeidsovereenkomst respectievelijk toelatingsovereenkomst.

Aanbeveling aan Raden van Bestuur, brancheorganisatie NVZ en beroepsvereniging OMS

6. Pas de arbeids- respectievelijk toelatingsovereenkomst aan. Leg door middel van een bepaling vast dat de medisch specialist gehouden is.
  - a) medewerking te verlenen aan (vormen van) intercollegiale toetsing;
  - b) aanwijzingen dienaangaande of daaruit voortvloeiende op te volgen;
  - c) ook overigens medewerking te verlenen aan maatregelen die de kwaliteit van zorg bevorderen en het inzicht in de kwaliteit verhogen;
  - d) verantwoording af te leggen over zijn professionele handelen aan de RvB, bij gebreke waarvan het bevoegde gezag (de RvB) gerechtigd is disciplinaire maatregelen te treffen.

De interne vorm van intercollegiale toetsing dient te worden ondersteund door gericht gebruik te maken van de externe kwaliteitsvisitaties. Sinds 2006 is deelname aan kwaliteitsvisitaties verplicht voor medisch specialisten in het kader van de herregistratie (in het BIG-register), met een tijdelijke uitzondering voor medisch specialisten in academische ziekenhuizen. Deelname aan een kwaliteitsvisitatie behelst op dit moment echter niet meer dan ‘aanwezig zijn’. Kwaliteitsvisitaties zijn namelijk gericht op het functioneren van een vakgroep als geheel en hierdoor ongeschikt om uitspraken te doen over het functioneren van individuele leden daarvan.

Aanbeveling aan de OMS en de beroepsverenigingen

7. Individualiseer de kwaliteitsvisitaties. Richt de beoordeling niet alleen op de vakgroep als geheel, maar ook op het functioneren van de afzonderlijke leden daarvan. Onderzoek daartoe van elk lid van de vakgroep systematisch een aantal patiëntendossiers.

---

<sup>48</sup> NVZ: NVZ-Vereniging van Ziekenhuizen

<sup>49</sup> OMS: Orde van Medisch Specialisten

### *Intern toezicht*

Het interne toezicht (de Raad van Toezicht, in het MST Raad van Commissarissen geheten) dient zich verder te professionaliseren, zodat het in staat is de RvB kritisch en proactief te bevragen. Hierbij gaat het zowel om de wijze waarop de RvB invulling geeft aan zijn verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg, als om de wijze waarop deze uitvoering geeft aan overige wettelijke voorschriften.

Aanbeveling aan Raden van Bestuur en aan Raden van Toezicht

#### 8. Professionaliseer het interne toezicht<sup>50</sup>:

- Werving en selectie van RvT-leden dienen transparant en openbaar te geschieden aan de hand van een tevoren opgestelde profielschets, zodat een diversiteit aan interesses en deskundigheden vertegenwoordigd is. Tenminste één lid is professioneel betrokken bij de zorg (uit een andere instelling).
- Laat kwaliteit van zorg een terugkerend onderdeel zijn van de agenda van het overleg RvB-RvT, waarbij een aantal meetbare prestatiecriteria besproken wordt.
- Leg afspraken over de risico-informatie die de RvB periodiek aan de RvT dient te verschaffen schriftelijk vast in een informatieprotocol.
- Beleg als RvT, samen met de RvB, jaarlijkse aparte gesprekken met Cliëntenraad, Ondernemingsraad en Medische Staf teneinde uit de eerste hand informatie te verkrijgen over de kwaliteit van zorg en de ondervonden knelpunten.

### *Extern toezicht*

Hoewel een zekere vertrouwensrelatie tussen de RvB en de IGZ voordelen heeft is de commissie van mening dat deze niet opwegen tegen de nadelen, namelijk dat de kans bestaat dat de toezichthouder te zeer gecommiteerd raakt en onvoldoende afstand bewaart om zijn toezichthoudende en handhavende taak uit te voeren.

De commissie heeft met genoeg kennis genomen van het feit dat de IGZ zich van dit gevaar bewust is en de interne organisatie reeds enkele jaren geleden daarop heeft aangepast. Meldingen van onregelmatigheden worden nu niet meer primair door de regionaal inspecteur beoordeeld maar door inspecteurs die landelijk werken en geen vertrouwensrelatie met een bepaald ziekenhuis hebben. In dat overleg wordt door meerdere inspecteurs een melding of uitkomst van regulier overleg besproken en wordt gewogen welke omstandigheden aanleiding zijn voor een gericht inspectieonderzoek.

De commissie is van mening dat de IGZ zich nader dient te beraden op de herkenning van signalen van mogelijk disfunctioneren, zodat zij gericht toezicht kan houden. Daartoe zou zij de criteria, die zij hanteert om mogelijk disfunctioneren van een individuele medisch specialist of van een vakgroep als geheel te herkennen, uit moeten breiden met uitingen van sociaal of collegiaal disfunctioneren. Zij moet deze criteria ook kenbaar maken, zodat zorginstellingen deze kunnen opnemen in hun kwaliteitssysteem.

Daarnaast acht de commissie het noodzakelijk dat de meldingsplicht van ziekenhuizen wordt uitgebreid.

Aanbeveling aan de minister van VWS

---

<sup>50</sup> Zie ook het advies 'Governance en kwaliteit van zorg' van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg van maart 2009 en de brief d.d. 9-7-2009 'Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning' van de minister en staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer.

9. Herzie de wettelijke definitie van het begrip ‘calamiteit’ in de Kwaliteitswet zorginstellingen, zodanig dat niet alleen gebeurtenissen die reeds tot schade voor patiënten hebben geleid hieronder vallen, maar ook gebeurtenissen of omstandigheden die mogelijk tot schade voor patiënten *kunnen* leiden.

#### Aanbeveling aan de IGZ

10. Expliciteer de gebeurtenissen of omstandigheden die tot schade voor patiënten kunnen leiden. Stel hiertoe een lijst op van criteria die een aanwijzing voor disfunctioneren kunnen zijn en maak deze kenbaar. Neem in ieder geval als criterium op: ‘samenwerkingsproblemen binnen een vakgroep’. Leg met andere woorden het begrip disfunctioneren ruim uit, zodat ook het functioneren van medisch specialisten op collegiaal en sociaal vlak hieronder valt.

#### Aanbeveling aan Raden van Bestuur

11. Leg de aanpak van onderlinge geschillen tussen medisch specialisten vast. Regel hierin dat samenwerkingsproblemen en geschillen binnen een vakgroep door medisch specialisten formeel gemeld moeten worden aan de medisch manager; dat de medisch manager deze problemen of geschillen meldt aan de RvB en aan het MSB; dat de medisch manager – na overleg met het MSB – bij de melding tevens een plan van aanpak voorlegt met een vastgestelde termijn van oplossing; dat de RvB het geschil en de voorgestelde aanpak aan de IGZ meldt en dat de RvB indien na ommekomst van de gestelde termijn geen oplossing is bereikt een extern onderzoek laat verrichten naar het geschil, met in het bijzonder aandacht voor de consequenties daarvan voor kwaliteit van de patiëntenzorg (door de IGZ en/of door middel van een spoedvisitatie door de wetenschappelijke vereniging).

#### **Aanbevelingen op aanpalende terreinen:**

##### Wetenschappelijk onderzoek:

12. De commissie acht het van belang dat gericht toezicht wordt gehouden op de uitvoering van medisch wetenschappelijk onderzoek met proefpersonen in algemene ziekenhuizen. Zij beveelt hiertoe Raden van Bestuur aan de administratie van lopende en uitgevoerde onderzoeken centraal te archiveren.
13. Zij adviseert de minister van VWS hiertoe een wettelijke verplichting op te nemen in de WMwO.
14. Daarnaast beveelt zij de IGZ en de CCMO aan een samenwerkingsprotocol te ontwikkelen, teneinde extern toezicht op medisch wetenschappelijk onderzoek in algemene ziekenhuizen mogelijk te maken.

## Lijst van afkortingen

AMC	Academisch Medisch Centrum (Amsterdam)
AMS	Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten
ANCA	Anti-neutrofiële cytoplasmatische antistoffen
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BW	Burgerlijk Wetboek
CCMO	Centrale Commissie Medisch wetenschappelijk Onderzoek
CCMS	Centraal College voor Medische Specialisten
CMT	College Medisch Toezicht
CSF	CerebroSpinal Fluid (hersenvocht)
CVGD	Commissie Van Goede Diensten
ECOM	Ethische Commissie
EEG	Electro-EncephaloGram
HMPAO	HexaMethylPropyleneAmine Oxime
IFMS	Individueel Functioneren Medisch Specialisten
IGZ	Inspectie voor de gezondheidszorg
KZi	Kwaliteitswet Zorginstellingen
LP	LumbaalPunctie (ruggenprik)
METC	Medisch-Ethische Toetsings Commissie
MIP	Melding Incidenten Patiëntenzorg
MMSE	Mini Mental State Examination
MRI	Magnetic Resonance Imaging
MS	Multipole Sclerose
MSRC	Medisch Specialisten Registratie Commissie (na 2000)
MSB	Medisch Stafbestuur
MST	Medisch Spectrum Twente
NVvN	Nederlandse Vereniging voor Neurologie
OBU	OverBruggingsUitkering
OM	Openbaar Ministerie
PA	Pathologische Anatomie
RTC	Regionaal Tucht College
RvB	Raad van Bestuur
RvC	Raad van Commissarissen
RVE	ResultaatVerantwoordelijke Eenheid
RvT	Raad van Toezicht
SPECT	Single Photon Emission Computed Tomography
SRC	Specialisten Registratie Commissie (vóór 2000), daarna MSRC
TPZ	Twents Psychiatrisch Centrum
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGBO	Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst
WMwO	Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen

# **Bijlagen**

## **Bijlage 1**

### **Instellingsbesluit**

(letterlijk overnemen; zie website MST; pdf)

## Bijlage 2

### Verantwoording werkwijze onderzoekscommissie

#### Onderzoek documenten

Het MST heeft bij de start van de onderzoeksactiviteiten uitgebreid documentatie aan de Commissie geleverd. Dit betrof schriftelijke informatie over de organisatie in brede zin en alle correspondentie die betrekking had op Jansen en zijn praktijkvoering. Daarnaast heeft het MST overzichten verstrekt met namen van patiënten die zich op één of andere wijze kenbaar hebben gemaakt na het vertrek van Jansen uit het ziekenhuis.

Deze basisset is aangevuld met documentatie die door de commissie gericht is opgevraagd bij betrokken actoren/organen. 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	4 oud-patiënten, 1 letselschadespecialist, Cliëntenraad MST
Vakgroep Neurologie	5 neurologen, 2 oud leden vakgroep, 1 voormalig arts-assistent
Raad van Bestuur	3 voormalige bestuurders, 1 huidige bestuurder
Raad van Commissarissen	2 leden
Medisch Stafbestuur	2 stafvoorzitters
Stafdienst	1 oud-secretaris RvB, 1 jurist MST
Lijnmanagement	1 voormalig clustermanager
Klachtenbehandeling	1 voormalig secretaris klachtencommissie, 1 voorzitter klachtencommissie, 1 klachtenfunctionaris
Overige medewerkers	2 voormalig secretaresses Neurologie
METC	1 voorzitter
IGZ	1 regionaal inspecteur, 1 hoofdinspecteur

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.

De heer Jansen is uitgenodigd voor een gesprek. Hij heeft daarvan afgezien. In plaats daarvan heeft hij schriftelijk voorgelegde vragen van de commissie beantwoord (zie bijlage 3).

#### Dossieronderzoek

Een delegatie van de onderzoekscommissie heeft dossiers onderzocht van oud-patiënten van Jansen, die zich op de één of andere wijze kenbaar hebben gemaakt. Vanuit deze lijst is een aselechte steekproef genomen. In totaal zijn 35 dossiers geselecteerd.



Patiënten die zich hebben gemeld zijn ingedeeld in 4 categorieën en vervolgens in alfabetische volgorde op een doorlopend genummerde lijst gezet.

De categorieën zijn:

- patiënten die een claim bij het ziekenhuis hebben ingediend;
- patiënten die hun dossier hebben opgevraagd maar (nog) geen verdere actie hebben ondernomen;
- patiënten die zich telefonisch tot het ziekenhuis hebben gewend met een klacht of twijfel;
- patiënten die telefonisch contact hebben gehad met het ziekenhuis om hun waardering voor Jansen uit te spreken.

Van deze lijst (in totaal 176 personen) zijn alle 5 en 10-tallen geselecteerd.

De patiëntendossiers zijn aan de hand van de volgende criteria beoordeeld:

Verwijzer (huisarts, collega)	
Behandelingsperiode	
Klachtenpatroon/anamnese	
Onderzoek:	
- Bloed (intern/extern)	
- Beeldvormende diagnostiek	
- Neurofysiologisch ond.	
- Anders, nl.	
Poliklinisch/klinisch	
Betrokken zorgverleners tijdens dienst, waarneming	
Gestelde diagnose	
Behandeling	
- Interventie	
- Medicatie	
- Anders,	
Dossiervoering	
- Onderzoeksresultaten	
- leesbaarheid status	
- werkaantekeningen	
- correspondentie	

- notities betr. wat is besproken met patiënt	
herbeoordeling, second opinion	
Relatie gestelde diagnose en uitgevoerd hulponderzoek	
behandeling in relatie tot diagnose	
Overige opmerkingen	

De dossiervoering door Jansen is vervolgens vergeleken met de wijze waarop de overige leden van de vakgroep Neurologie in dezelfde periode dossiers bijhielden. Hiertoe zijn 20 dossiers van in totaal 6 neurologen willekeurig geselecteerd uit het archief.

### **Commissievergaderingen**

De commissie is in totaal 9 maal plenair bijeen geweest. Daarnaast zijn door delegaties vanuit de commissie specifieke activiteiten voorbereid en uitgevoerd.

## **Bijlage 3**

### **Vragen onderzoekscommissie aan Dr. E.N.H. Jansen**

Op dringend verzoek van de advocaat van de heer Jansen heeft de onderzoekscommissie op het allerlaatste moment moeten besluiten af te zien van publicatie van deze bijlage.

## **Bijlage 4**

### **Geraadpleegde literatuur**

Algemene Rekenkamer. Goed bestuur in uitvoering. Den Haag: Algemene Rekenkamer, 2008

Algemene Rekenkamer. Implementatie kwaliteitswet zorginstellingen. Den Haag, Algemene Rekenkamer, 2009.

Alleen chirurg weet dat je niet naar Lelystad moet. NRC Handelsblad, 4 oktober 2008.

Bossert, H., H. van Leeuwen, en P. Smidt. Governance beter verklaard: goed bestuur in de zorgpraktijk. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV, 2006.

Brancheorganisaties Zorg. Zorgbrede Governancecode. Utrecht: BOZ, 2005.

Bruijne, M. de & Wagner, C. Onbedoelde Schade in Nederlandse Ziekenhuizen. Utrecht: EMGO Instituut en NIVEL, 2007.

Commissie Health Care Governance. Health care governance: bestuur, toezicht, verantwoording. Soesterberg: p/a C3, 1999.

De gevallen dokter en de doofpotcultuur. Skipr, maart 2009.

De val van een briljante arts. De Twentsche Courant Tubantia, 31 januari 2009.

Dit heeft echt alles van een doofpotaffaire. De Twentsche Courant Tubantia, 16 januari 2009.

Een interne audit werkt beter dan externe visitaties. Mednet Magazine, nr. 18, 9 oktober 2008, p. 9.

Falende bestuurders mochten aanmodderen: IJsselmeerziekenhuizen: Inspectie en raad van toezicht lieten crisis jarenlang voortduren. NRC Handelsblad, 8 oktober 2008.

Grit, K. en P. Meurs. Verschuivende verantwoordelijkheden: Dilemma's van zorgbestuurders. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV, 2005.

Hoek, H. Governance & Gezondheidszorg: Private, publieke en professionele invloeden op zorgaanbieders in Nederland. Proefschrift Rotterdam. Assen: Van Gorcum BV, 2007.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Kwaliteitsborging in zorginstellingen: intentie, wet en praktijk. Den Haag: IGZ, 2002.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het resultaat telt 2004; Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. Den Haag: IGZ, 2006.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Meerjarenbeleidsplan 2008-2011. Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg. Den Haag: IGZ, 2007.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Onderzoeksverslag inspectiehandelen bij gebeurtenissen rond een neuroloog in Twente. Utrecht: IGZ, 2009

Kahn, Ph.S. De juridische relatie ziekenhuis-medisch specialist en kwaliteit van zorg. Proefschrift Rotterdam. Lelystad: Koninklijke Vermande, 2001.

Kahn, Ph.S. De vrijblijvendheid voorbij – De wetenschappelijke vereniging als kwaliteitskeurmeester. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2009, 33:17-25.

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Het functioneren van de individuele arts. Utrecht: KNMG, 2005.

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Omgaan met incidenten, fouten en klachten: wat mag van artsen worden verwacht? Utrecht: KNMG, 2007

Legemaate, J. Verantwoordelijkheid nemen voor kwaliteit. Advies naar aanleiding van de aanbevelingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in haar rapport over de zaak van de Twentse neuroloog. Amsterdam: 12 mei 2009

Lens P., Wal van der G. (red). Problem doctors: a conspiracy of silence. Amsterdam: IOS Press, 1997.

Lombarts M.J.M.H., Wijmen van F.C.B. en Klundert van de J.L.M. et al. Bezoek of bezoeking. Juridische aspecten van visitatie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.

Medische wereld is gewoon te zwijgen. De Volkskrant, 24 januari 2009.

Meurs, P. en T. Schraven. Naar stimulerend en slim toezicht. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2006.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Verdien(d) vertrouwen: toezichtvisie curatieve zorgstelsel. Den Haag: VWS, 10 februari 2006.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Koers op Kwaliteit. Den Haag: VWS, 6 juli 2007.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Programma “Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: Investeren in de zorgrelatie”. Den Haag: VWS, 23 mei 2008.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. IGZ rapportage neuroloog MST. Den Haag: VWS, 20 februari 2009.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning. Den Haag: VWS, 9 juli 2009

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Onafhankelijk advies IGZ rapportage neuroloog MST. Den Haag: VWS, 24 juli 2009

MST-bestuur wil onderste steen boven. De Twentsche Courant Tubantia, 22 januari 2009.

Onderzoeksraad voor Veiligheid. Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie in UMC St. Radboud. Den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2008.

Orde van Medisch Specialisten. Modelreglement 'Mogelijk disfunctionerend medisch specialist'. Utrecht: OMS, 2008.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Vertrouwen in de arts. Den Haag: RVZ, 2007.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Governance en kwaliteit van zorg. Den Haag: RVZ, 2009