

Huis voor Klokkenuiders

T.a.v.: Prof. dr. M.P.A. Bouman, Bestuurder Onderzoek

Muzenstraat 89-91

2511 WB Den Haag

Zaaknummer: 2022-26058

Betreft: Uw brief van 21-12-2022

Kaatsheuvel, 3-1-2023

Zeer geachte mevrouw Bouman,

Langs deze weg wil ik bezwaar maken tegen uw beslissing om geen onderzoek naar de melding van de misstand zelve te doen. Mijn oorspronkelijke verzoek betrof de melding van 2-10-2019 en later van 27-1-2022. Ik ben van mening dat uw argumentatie om het verzoek af te wijzen niet correct is en zou graag willen onderbouwen en toelichten waarom mijn verzoek wel aan de criteria voldoet van het Huis om een misstand onderzoek te verrichten.

Volgens Artikel 6 1c van de Wet Huis voor Klokkenuiders ben ik van mening dat mijn verzoek inhoudelijk correct is om een onderzoek te gaan doen. Er staat vermeldt dat er bij melding gewoon onderzoek wordt gedaan “tenzij”. Mijn melding gaat over de zorg van kwetsbare patiënten in het ziekenhuis, waar iedereen mee te maken kan krijgen. Het Huis zou “kennelijk” geen onderzoek behoeven te doen, volgens de Wet, als het gaat om iets wat je snel ziet, een soort van “bagatelle” als je het woord “kennelijk” beter bekijkt.

De beslissing die u genomen heeft, ligt uiteraard bij u, maar ik trof in de onderbouwing van bovengenoemde brief helaas onjuistheden aan. Daarom wil ik u beleefd vragen of u uw beslissing zou willen herzien. Het is niet alleen voor mij belangrijk, maar veel meer voor de zorg van vele patiënten.

Manier van beoordeling

Bij de beoordeling van mijn verzoek om inhoudelijke beoordeling van de misstand zou u 2 benaderingswijzen kunnen kiezen. U zou bijvoorbeeld kunnen beoordelen of de misstand is veroorzaakt door een onjuiste handelswijze van de Raad van Bestuur (RvB) met mijn Klokkenuidersmelding. Door de 1^e en daarop volgende calamiteitenmeldingen niet goed te analyseren en verbeterpunten niet goed te effectueren in de organisatie, zou een volgende patiënt wederom een slachtoffer kunnen worden. Ook zou u kunnen beoordelen of de handelswijze van de internist waar mijn ex-collega en ik over geklaagd hebben, inderdaad tot onnodige overlijdensgevallen en onnodige morbiditeit heeft geleid. In het telefoongesprek met mevrouw F. Röbben vertelde zij mij dit onderscheid nog niet te weten. Ik zou het wel

belangrijk vinden om van u te vernemen welke zienswijze u hebt gebruikt om mijn verzoek om beoordeling van de misstand af te wijzen:

- Heeft de RvB de juiste acties ondernomen bij de melding van mijn misstanden mondeling in februari 2016 en later schriftelijk in mei 2016? Is er onnodige schade ontstaan aan de directe patiëntenzorg door het handelen van de RvB? Is de zorg van patiënten die IC-behoefstig zijn en nog niet op de IC liggen in het St Anna Ziekenhuis, nu voldoende geborgd?
- Zijn de opmerkingen van mijn ex-collega en mij over de medische behandeling van de genoemde casussen correct geweest ten aanzien van het medisch handelen van de internist? Hoe heeft u bekeken of die zorg nu wel correct zou zijn?

Hieronder wil ik ingaan op de argumenten van uw afwijzing:

Handelen internist Blz.2 laatste alinea

U concludeert dat de IGJ juist heeft geacht dat het ziekenhuis de 3 als calamiteit gemelde gevallen heeft onderzocht en geconcludeerd heeft dat er niets aan de hand is. Graag wil ik opmerken dat:

- Er zijn slechts 3 calamiteiten gemeld. 6 zijn er in het geheel niet gemeld. Van 6 patiënten weet de IGJ dus helemaal niets.
- Wat vind u er van dat er 6 patiënten gevallen niet zijn onderzocht en niet gemeld zijn aan de IGJ? Mijn ex-collega en ik durfden door bedreiging van de maatschap interne geneeskunde zelf op dat moment niet meer te melden aan de RvB. De bedreiging hebben wij gemeld aan de RvB i.v.m. onze eigen veiligheid. Later hebben wij de 6 patiënten alsnog gemeld, maar de RvB heeft dit nooit aan de IGJ gemeld, terwijl dit later zeer wel mogelijk zou zijn geweest.
- De IGJ heeft niet geconcludeerd dat er voldoende medisch inhoudelijk is onderzocht door het ziekenhuis zelf en dat er voldoende verbeteringen zijn doorgevoerd.

Zo blijkt uit bijvoorbeeld de calamiteitenrapportage van patiënt A:

De calamiteiten commissie heeft letterlijk gezegd over de geleverde zorg aan patiente A (cursief): De commissie zegt dat er door internist P. geen signalering is geweest van vitale bedreiging. Dat wil zeggen dat internist P. niet heeft gezien dat zeer belangrijke lichamelijke functies van de patient verstoord waren. De betreffende internist P. zag geen aanleiding om patiente A naar de IC over te plaatsen. Hij heeft haar in de avond om 22.00 uur nog bezocht en vond haar te goed voor de IC. Zij bleef echter in de avond en nacht een veel te lage bloeddruk houden. Binnen de maatschap interne geneeskunde dacht achteraf niet iedereen precies hetzelfde als internist P. Wat nu juist was, dat de internisten er verschillend over dachten, kon de calamiteiten commissie niet beoordelen en heeft de beoordeling hiervan overgelaten aan de Raad van Bestuur van het ziekenhuis. Er is aanbevolen, door de calamiteiten commissie, om door de Raad van Bestuur een gesprek met de maatschap interne geneeskunde aan te gaan, omdat alle internisten, behalve internist P. vonden dat patiente A eerder naar IC had gemoeten. Hier heb ik nooit meer iets van vernomen. De calamiteiten commissie had verder nog de opmerkingen dat het protocol om het Spoed Interventie Team (SIT) in te schakelen niet is gevolgd. Het SIT protocol hadden beide intensivisten geschreven en was goedgekeurd door medische staf en Raad van Bestuur. Iedereen moest zich hieraan houden. Dit SIT team helpt de specialist om een patient op de gewone afdeling te beoordelen en te stabiliseren dan wel indien nodig naar IC over te plaatsen. Dit is helaas niet gebeurt. Dit heeft dramatische gevolgen gehad voor patiente A. Ook heeft internist P. niet overwogen of er een infectie speelde, vond de calamiteiten commissie. Zoals uit onderzoek op de IC is gebleken, was dit wel het geval en is patiente hier ook voor behandeld op de IC. Onderzoeken tonen aan dat de sterfte bij patienten die te laat voor een infectie behandeld worden met circa 15% per uur toeneemt. Patiente A. werd 24 uur te laat voor een infectie behandeld. Achteraf bleek patiente A. een vernauwing in een halsslagader te hebben wat mede de oorzaak is geweest voor de halfzijdige verlamming. Het was beter geweest om de bloeddruk in dit soort gevallen veel hoger te houden aldus de calamiteiten commissie. Dit is helaas niet gebeurt.

Zo blijkt uit de IGJ Rapportage:

Oordeel inspectie

De inspectie baseert het oordeel over de kwaliteit van uw rapportage op uw score op de onderstaande onderdelen. Scores zijn ingedeeld in: onvoldoende, matig, voldoende, goed.

Onderdeel	Uw score
Proces	Goed
Reconstructie	Goed
Analyse	voldoende
Conclusies	Goed
Verbetermaatregelen	Goed
Nazorg	Goed
Reactie raad van bestuur	Goed

Hieronder vindt u de verbeterpunten per onderdeel indien de inspectie hierover een aanvullende opmerking wil maken of een nadere toelichting wil geven.

Analyse

- Voor een goede beoordeling van deze calamiteit is kennis van de relevante literatuur over dit onderwerp van belang. Uit de rapportage komt onvoldoende naar voren dat de commissie deze kennis betrokken heeft bij haar analyse. Door deze kennis in het onderzoek te betrekken, kan de commissie de verbetermaatregelen optimaal doen aansluiten op het huidige kennisniveau van het betrokken zorgproces.

Conclusie en maatregelen inspectie

De inspectie concludeert op grond van uw rapportage dat de aangelegenheid waarop de melding betrekking heeft, goed is onderzocht en dat voldoende verbetermaatregelen zijn genomen. De inspectie constateert met waardering dat de kwaliteit van uw calamiteitenrapportages toeneemt.

De IGJ heeft dus niet medisch inhoudelijk gekeken. De IGJ geeft een waardeoordeel over de rapportage en scoort haar bevindingen volgens een bepaalde score, zoals u boven kunt zien.

Of de opmerkingen die de calamiteitenrapportage heeft gegeven volgens “good clinical practice” zijn gegeven en gegeven zijn volgens de beroepsrichtlijnen van de internistische- en intensivistische richtlijnen staat er niet. Dit kan ook helemaal niet. De IGJ heeft niet van ieder medisch specialisme een specialist bij de IGJ zitten. De IGJ kijkt meer procesmatig dus en naar aanleiding van een telefoongesprek wat ik met de IGJ had, zegt de IGJ letterlijk: het ziekenhuis is zelf verantwoordelijk voor zijn kwaliteitsbeleid. Naar aanleiding van patiënt A heb ik de inspecteur die het rapport heeft geschreven gevraagd wat haar specialisme was. Dit was niet interne geneeskunde of intensive care, maar sociale geneeskunde. Hoe kan nu een sociaal geneeskundige beoordelen of de medische zorg op internistisch- of intensivistisch niveau goed is geweest?

Zoals ook al eerder door mij gestipuleerd, is het onderzoek door de calamiteitencie van het ziekenhuis een “slager die zijn eigen vlees keurt”. In de rapportage van de calamiteitencie staan dramatische opmerkingen waarvan de IGJ en nu dus ook het Huis niet heeft gecontroleerd of het nu beter gaat in het St Anna Ziekenhuis. Ik noem als voorbeeld een extractie uit de omkaderde verwijzingen die ik bovenstaand heb gekopieerd voor patiënte A:

- Te late signalering van vitale functies door de internist
- Vond patiënt te goed voor de IC
- Patiënte bleef in de avond en nacht een veel te lage bloeddruk houden
- Niet iedereen binnen de maatschap interne geneeskunde was het eens met het beleid van de internist
- De RvB moest van de calamiteitencie met de gehele vakgroep interne geneeskunde praten omdat niet iedereen het eens was. Is dit gebeurd?
- Het beleid om het spoed interventie team (SIT team) in te schakelen is niet gevolgd, terwijl dit wel had moeten. Wordt het SIT team nu wel adequaat ingeschakeld?
- Door de internist is niet overwogen of er een infectie speelde. Dit had wel moeten. Hoe later een infectie behandeld wordt, des te ongunstiger is het voor de patiënt.
- De bloeddruk had hoger moeten worden gehouden.

Dit zijn de conclusies van de calamiteitencie over deze specifieke patiënte A. De IGJ heeft zich hieraan geconformeerd. De IGJ heeft naar het verslag op zich gekeken en een oordeel over de kwaliteit van het proces, het reconstructieverslag, de analyse, en de gegeven conclusies, en de verbetermaatregelen en de nazorg en de reactie van RvB gegeven.

De IGJ heeft in het geheel niet naar de medisch inhoudelijke gegevens in het patiëntendossier gekeken. De IGJ heeft alleen de rapportage van de calamiteitencie gelezen en hierover een oordeel gegeven. Het is een mooi en duidelijk verslag geworden dat ben ik met de IGJ eens, maar wat er in staat is vreselijk en het stinkt! Hier is overduidelijk sprake van een misstand, die zich zal gaan herhalen bij volgende patiënten.

Ook de onderzoekscie Berendsen, die mijn ontslag heeft aanbevolen, heeft alleen maar gekeken naar de verslagen van de calamiteitenrapportage en naar de conclusie van de IGJ. Er is wederom niet in de medisch- en verpleegkundige dossiers van de patiënten gekeken. Dit terwijl ik de cie alle patiëntgegevens heb aangeleverd. Waarom wilden zij niet medisch inhoudelijk kijken? Moesten misstanden verborgen blijven?

Ondanks dat de calamiteit van patiënte A is erkend als calamiteit heeft de onderzoekscie Berendsen geconcludeerd dat er geen sprake was van een calamiteit. Hoe kan een door u

onafhankelijk genoemde onderzoekscie zo'n uitspraak doen, terwijl het hoogste orgaan, de IGJ, zegt dat het wel calamiteiten zijn?

Als men echter alle rapportage in het medisch- en verpleegkundig dossier van deze patiënte leest dan verstijft je van schrik en moet men concluderen hoe dit in godsnaam toch mogelijk is geweest. Dit kan toch gewoon niet, zou de conclusie moeten zijn, bij inhoudelijke bestudering van de medisch- en verpleegkundige rapportage. De verpleegkundigen van de gewone verpleegafdeling hebben in de avond en nacht voor deze patiënte moeten zorgen met onvoldoende mogelijkheden voor deze patiënte. Patiënte heeft hierdoor schade geleden en kwam te laat op de IC. Zij heeft hierdoor medische schade geleden die niet meer te herstellen is. Als patiënten voor komst op de IC een achterstand hebben, is deze later nauwelijks in te halen of goed te maken. Deze patiënte is niet direct, maar later wel indirect, overleden door het nalaten en door het toedoen van de betrokken internist. In de 9 door mij genoemde patiënten zijn wel meerdere patiënten die wel direct zijn overleden door toedoen van die internist, ben ik de mening toegedaan.

Dit is slechts een voorbeeld van een patiënt. Voor de andere 2 calamiteiten kan ik u een identieke verduidelijking geven, evenals de 6 door de RvB niet als calamiteit gemelde gevallen.

Als u concludeert dat: *“Uit de reacties van de IGJ is gebleken dat op basis van de rapportages wordt geconcludeerd dat de aangelegenheden waarop de meldingen betrekking hadden, goed zijn onderzocht en dat voldoende verbetermaatregelen zijn genomen.”* is dit dus een onjuiste conclusie. Ik kan u dan vragen:

- Waaruit bestaan dan die verbetermaatregelen?
- Waarom kan zo iets niet nog een keer gebeuren?
- Waarom is het juist wel herhaaldelijk “weer” gebeurd? Dit was de 1^e patiënt waarop onze melding van een misstand betrekking had. Na 3 officiële calamiteiten zijn er nog 6 gebeurd. Hebt u inzicht gehad of onderzocht dat het zeker niet nog meer is gebeurd nadien?
- Is gecontroleerd of de verbetermaatregelen werken?
- Waarom heeft de RvB niet bij meerdere patiënten met dezelfde oorzaak van de misstand, de personalia van de specialist gegeven aan de IGJ. Dit was een plicht volgens de Wet. Volgens de door mij geraadpleegde deskundigen prof. dr. Jan Bakker, hoogleraar intensive care en dr. H Kieft, kwaliteitsvoorzitter van de NKIC zou het oordeel van de IGJ er dan heel anders uit hebben gezien. Deze documentatie heeft u in uw bezit.
- Ik ben niet altijd een observator geweest van misstanden. Ik heb niet alles gezien wat er zich aan misstanden heeft afgespeeld. Hoe is het in de avond/nacht en weekenden gegaan? Ik heb niet continue een registratie bijgehouden.

Door te concluderen dat er geen reden is om te twijfelen aan de IGJ rapportage en dan te zeggen dat er niets aan de hand is, wordt bereikt dat niemand uit het St Anna Ziekenhuis ooit nog een misstand zal melden. Het gehele personeel van het St Anna Ziekenhuis weet wat er met mij is gebeurd en zal meer dan 3 x nadenken alvorens zelf een melding te doen. Men zal weten dat de melder zal worden ontslagen en dat de melder met lege handen achter blijft.

Men zal nu ook weten in het St Anna Ziekenhuis, dat medisch specialisten gewoon door kunnen gaan met het maken van fouten zonder dat dit consequenties heeft. Men zal ook weten dat medisch specialisten niet de richtlijnen en protocollen behoeven te volgen die bedoeld zijn voor de veiligheid van vele patiënten. Artsen en verpleegkundigen in opleiding in het St Anna Ziekenhuis krijgen zo niet het leermoment wat zij nodig hebben, hoe om te gaan met fouten en verdenking op een misstand. Collega specialisten van de betrokken internist kunnen denken dat ze voor IC opname in aanmerking komende patiënten maar gewoon op de verpleegafdeling kunnen houden, zonder met een intensivist te overleggen. Dit is allemaal een onderdeel van het maatschappelijk belang wat ik probeer te verduidelijken. Nu komen de veroorzakers van de misstand weg met hun beleid, zonder hier verantwoording over af te hoeven leggen. De patiënten zijn de dupe als ook degene die de misstand signaleert. Het gaat er niet om een specialist die een fout maakt af te straffen, maar wij moeten met elkaar maatregelen nemen die voorkomen dat een dergelijk beleid weer zal gebeuren. Door duidelijk te maken dat een beleid als dat van de internist, werkelijk niet door de beugel kan, wordt een voorbeeld voor de toekomst gesteld en maken wij met elkaar duidelijk dat een dergelijk beleid niet geaccepteerd wordt. Nu is dit wel zo. Zowel de RvB als de internist komen met hun fouten weg en niemand die er iets van zegt. De patiënten waar het wel bij gebeurd is hebben recht op de juiste informatie over wat er gebeurd is en wat er anders had gekund. Dit of ze er nu actief naar gevraagd hebben of niet.

Er is naar mijn mening een gezondheidsrisico geweest, zeker voor de 9 door mij genoemde patiënten, met een overduidelijk gevaar voor de volksgezondheid. Er is een reëel gevaar dat, als de conclusies van de calamiteitencie en de IGJ niet zijn opgevolgd, dat er nog meer patiënten later dan mijn klokkenluidersmelding gezondheidsschade hebben geleden. Dit kan ik echter niet bewijzen omdat ik nu niet meer in het St Anna Ziekenhuis werk. Is het misschien het topje van de ijsberg van die internist? In mijn meldingen is het helemaal gegaan over het traject voor opname op de IC, dus toen ik de betreffende patiënten nog niet zag. Problemen op de IC waren er niet in mijn misstandmeldingen, wel voor opname op de IC. Het aanstellen van intensivisten uit het Catharina Ziekenhuis lost hierin niets op. Wat is uw conclusie dat er gedaan is in het traject voor opname van de patiënt op de IC dat het nu allemaal goed zou zijn?

Situatie op de IC

U concludeert dat mijn zorgen over de patiënten verder ging dan alleen op de IC. Dit klopt helemaal. De vraag is dan ook of de RvB een voldoende organisatorische constructie heeft geschapen dat patiënten die IC-behoefig waren veilig waren in het ziekenhuis. Dit geldt met name voor de periode tot 1-1-2017 toen collegae van mij uit het Catharina Ziekenhuis de diensten gingen doen. Is het zo dat met intensivisten die alleen maar overdag werkten en andere specialisten dan intensivisten, voldoende zorg in de avond/nacht en weekenden geborgd was voor heel zieke patiënten die niet op de IC lagen? Was het later voldoende dat er 2 intensivisten die alleen maar avond- nacht- en weekeinddiensten deden en op 1-2 uur afstand woonden van het ziekenhuis, de verantwoording voor de IC hadden en patiënten die IC zorg nodig hadden en op de verpleegafdeling lagen, telefonisch moesten beoordelen? Ik begrijp van u, dat u denkt dat hierdoor geen schade is toegebracht aan de destijds aanwezige patiënten. Ik kan bewijzen dat dit anders is. Ook die benadeelde patiënten, hun familie en hun nabestaanden hebben recht op de juiste informatie, ook al is dit niet aangenaam om te horen. Ook dit is een maatschappelijk belang.

In de laatste alinea van blz. 2 zegt u dat het ziekenhuis heeft besloten een onafhankelijke onderzoekscie in te stellen om criteria te formuleren wanneer patiënten naar de IC moesten. Ik kan u melden dat er toen al een richtlijn en protocol lag met opnamecriteria voor de IC, wat mijn ex-collega en ik hebben gemaakt. Dit heb ikzelf toegelicht in de medische staf bijeenkomsten op verzoek van de RvB en de medische staf. Er lag dus al een document. Waarom heeft men zich hier niet aan gehouden? Zijn er maatschappelijke gevolgen geweest voor patiënten die niet volgens het door het ziekenhuis vastgestelde protocol zijn behandeld? Naar mijn oordeel zeker wel, dit staat voor slechts 9 patiënten in de data die ik u heb aangeleverd. Vind u het dan voldoende als er “weggekeken” wordt?

U zegt dat de externe onderzoekscie onafhankelijk was. In het bejegeningsonderzoek heb ik u argumenten gegeven waarom de cie Berendsen niet onafhankelijk was. Zo hebben alle geïnterviewden bijvoorbeeld van te voren kennis kunnen nemen van mijn vertrouwelijke brief aan de RvB. Zo zijn er bewust geen notulen van gesprekken gemaakt en zijn alle aantekeningen van de onderzoekers niet meer opvraagbaar. Zo is de conclusie van het rapport 7 maanden voor mij verborgen gehouden etc. etc. Ik verwijs u naar de documenten die in uw bezit zijn.

Externe melding en klacht

U schrijft dat de IGJ vindt dat het ziekenhuis zelf zorgvuldig heeft gekeken of er tekortkomingen in de zorg zijn geweest. Het ziekenhuis heeft in- en extern een commissie een onderzoek laten doen.

Dit schrijft de IGJ in de brief van 15-6-2020:

Wij zijn van oordeel dat het St. Anna Ziekenhuis zorgvuldig is nagegaan of sprake was van tekortkomingen in zorg rondom de gebeurtenissen waarover gemeld is. Aangezien de gebeurtenissen destijds onderzocht zijn en hierbij de transparantie in acht genomen is door een externe onderzoekscommissie in te schakelen, zien wij geen aanleiding om verder onderzoek te doen. De inspectie heeft hier geen verdere rol in.

De IGJ heeft dus helemaal niets zelf gedaan. De medisch- en verpleegkundige dossiers waarover ik heb geklaagd zijn niet bestudeerd. De IGJ heeft alleen de bevindingen van de in- en externe onderzoekscie gelezen. De IGJ heeft niet vanuit zijn rol als toezichthouder op de zorg, zelf onderzoek gedaan of laten doen. De IGJ heeft er genoeg mee genomen dat het ziekenhuis wederom als een slager zijn “eigen vlees keurde”. De IGJ had juist zelf onderzoek moeten doen (of inhuren) als de IGJ geweten had van de RvB dat het om een en dezelfde internist ging.

Beoordeling verzoekschrift

1° alinea van dit hoofdstuk: ik vraag ook met name om aandacht in het traject voor de IC, dus als patiënten nog op de gewone verpleegafdeling liggen of op de Spoed Eisende Hulp (SEH) liggen. Dus als nog geen intensivist deze patiënten heeft gezien, terwijl dit volgens de criteria die mijn ex-collega en ik hebben opgesteld en goedgekeurd zijn door het ziekenhuis, wel had moeten. U geeft dit zelf in uw conclusie ook al aan dat het gaat om de “inschatting” van de internist. Het gaat echter niet om een inschatting, wat een vrijblijvende mening suggereert, maar om gewoon het volgen van de aanwezige protocollen.

2° alinea van dit hoofdstuk: u concludeert dat:

Op basis hiervan concludeert het Huis dat u redelijke gronden had voor uw vermoeden dat de kwaliteit van de zorg en daarmee de patiëntveiligheid mogelijk in het geding was.

Met deze conclusie van u ben ik erg blij. En bovendien geeft dit aan dat ik een terechte reden voor het doen van een klokkenluidersmelding had. Waarom geldt dit dan nu niet meer?

Echter u concludeert dat:

Evenwel concludeert het Huis om het verzoek tot onderzoek naar de vermoede misstand niet-ontvankelijk te verklaren dan wel onderzoek achterwege te laten. Hierbij is in aanmerking genomen, dat het Huis geen aanwijzingen heeft om te twijfelen aan de uitvoering en de kwaliteit van de uitgevoerde onderzoeken naar de drie calamiteiten. De IGJ concludeerde op grond van de rapportages dat de aangelegenheden waarop de meldingen betrekking hadden, goed zijn onderzocht en dat voldoende verbetermaatregelen zijn genomen.

U twijfelt dus niet aan de uitvoering en de kwaliteit van de uitgevoerde onderzoeken naar de 3 calamiteiten. U gaat dus voorbij aan:

- Dat de IGJ helemaal niets zelf heeft onderzocht
- De IGJ alleen maar afgaat op dat wat het ziekenhuis zelf zegt, dus het oordeel van de calamiteitencommissie zelf van het ziekenhuis
- Dat de calamiteitencommissie wel degelijk zegt dat er wat aan de hand is en aanbevelingen doet. Dit heb ik u uitgelegd voor patiënte A
- U het ziekenhuis dus gelooft, als het zegt dat de zorg op orde is en mij als klokkenluider niet gelooft, terwijl u aan de andere kant zegt dat ik een redelijk vermoeden op een misstand had
- U voorbij gaat aan het feit dat het ziekenhuis zijn specialisten zelf probeert te beschermen door niet aan de IGJ te melden om welke persoon het ging
- U geen verbetermaatregelen benoemd, maar wel zegt dat deze goed zijn uitgevoerd. Dit betwijfel ik en was ook niet het geval tot mijn ontslag in 2018. Hoeveel patiënten zijn niet de dupe geworden in de periode vanaf 2016 (vanaf mijn melding mondeling in februari) tot maart 2018 (mijn op non-actief stelling). U hebt geen bewijzen dat de verbetermaatregelen die de calamiteitencommissie suggereert daadwerkelijk zijn uitgevoerd. De IGJ neemt dit zonder onderzoek te doen over en focust zich op de beoordeling van alleen de kwaliteit van de onderzoek rapportage.

Ook concludeert u dat:

Uit informatie op de website van het ziekenhuis blijkt dat er inmiddels, op grond van de samenwerkingsconstructie met het Catharina Ziekenhuis, drie gespecialiseerde intensivisten op de IC van het ziekenhuis werkzaam zijn. Derhalve wordt aangenomen dat de situatie in het ziekenhuis en op de IC na uw melding en het onderzoek van de externe onafhankelijke onderzoekscommissie is gewijzigd en dat er maatregelen ter verbetering zijn getroffen. Verder heeft de IGJ aan u laten weten dat zij in het toezicht op het ziekenhuis aandacht zal houden voor de informatie uit uw melding.

Terecht concludeert u dat er meerdere intensivisten uit het Catharina Ziekenhuis deel nemen aan de vorming van een 24-uurs intensivisten “pool” voor de IC van het St Anna Ziekenhuis. Aan de uitwerking hiervan heb ik actief deelgenomen en hier ben ik heel dankbaar voor. Waar het echter om gaat, is het traject van de patiënt voor opname op de IC. Op de IC was, als ik er

was of mijn ex-collega er was, niets aan de hand. Dit zal ook blijken uit het NKIC visitatie rapport wat gedaan is door de NKIC 1 maand voor mijn ontslag in 2018. Dit rapport is ook tot op heden voor mij verborgen gehouden, terwijl ik er wel aan heb meegewerkt.

Het aanstellen van 3 intensivisten, wat u gelezen hebt op de website van het ziekenhuis, voorkomt niet de inhoud van de calamiteiten die ik aan u gemeld heb. De calamiteiten zijn begaan in het traject voor opname van de patiënt op de IC. Een intensivist heeft hier niets mee van doen als de betreffende patiënten niet onder de aandacht van een intensivist worden gebracht door de medisch specialist. Met name door te late verwijzing van de patiënt naar de IC en te lang “doormodderen” op de gewone verpleegafdeling zijn meerdere patiënten tekort gekomen. Bovendien kon ik in mijn eentje niet alle patiënten van het ziekenhuis in de gaten houden.

Wie weet wie er nog meer zorg tekort zijn gekomen door te laat doorverwijzen naar de IC. Het is niet mijn taak om hier onderzoek naar te doen. Heeft de betrokken internist nog meer patiënten schade berokkend? Ik kan dit helaas niet overzien omdat ik niet in de positie was om zijn handelen te controleren of te beoordelen. Wel weten mijn ex-collega en ik wat hij de patiënten heeft onthouden en misdaan als de patiënten toch uiteindelijk onder onze aandacht kwamen. Dit is zeker een maatschappelijk belang. De patiënten die wij niet hebben gezien, zagen wij niet op consult-basis of medebehandelings-basis. De internist was hoofdbehandelaar van zijn eigen patiënten. Waren er wellicht ook nog andere specialisten dan die internist, die een identiek handelen hadden als de internist? Ook dit is een maatschappelijk belang.

Uw zinssnede: “*derhalve wordt aangenomen dat*” duidt er niet op dat er grondig onderzoek is gepleegd. Het gaat hier om mensenlevens en de familie/nabestaanden van de patiënten hebben het recht om te weten wat er gebeurd is met hun dierbaren. Iets aannemen is niet hetzelfde als vaststellen. Dat er destijds meerdere patiënten onnodig zijn overleden vind u niet erg. De documentatie hiervan is in uw bezit.

De melding dat de IGJ toezicht zal blijven houden is een routine melding en gebeurtenis. De IGJ ziet ook niet alles. In een halve dag screenen zij halfjaarlijks het gehele ziekenhuis. Ook de IGJ is afhankelijk van meldingen van anderen.

Ook concludeert u dat:

Het Huis heeft geen aanwijzingen om te twifelen aan de behoorlijke wijze waarop een klachtenfunctionaris van het ziekenhuis omgaat met dergelijke klachten.

De klachtenfunctionaris van het ziekenhuis heeft een totaal andere taak dan de melding en het omgaan met calamiteiten volgens de wet WKKGZ. De klachtenfunctionaris bespreekt klachten van patiënt en/of familie en stelt veelal een gesprek met een discussieleider (vaak zichzelf) voor tussen familie en behandelaar om zaken te verduidelijken zoals ze zijn gelopen. Het hangt er dan helemaal van af of de behandelaar voldoende “open kaart speelt” in het naar voren brengen van zaken die anders hadden gemoeten. De klachtenfunctionaris heeft geen enkele taak in het omgaan en het melden van calamiteiten. De klachtenfunctionaris heeft een begeleidende taak en kan verwijzen naar een Tuchtcollege. De klachtenfunctionaris is meestal iemand die in het ziekenhuis werkt en betaald wordt door het ziekenhuis. Geheel onafhankelijk is deze dus niet. Ik heb geen reden om te twifelen aan het werk van de klachtenfunctionaris bij 3 patiënten die u noemt. Het werk is zoals gezegd een geheel andere

dan de beoordeling van calamiteiten, ook volgens de wet WKKGZ. Dat een klachtenfunctionaris mijn meldingen zou kunnen analyseren en verbeterpunten kan vaststellen is dus onmogelijk zoals u schrijft.

Dat wat van wezenlijk belang als medisch specialist is om open te staan voor het melden van fouten. Iedereen maakt fouten, ook ik. Het is zaak hier transparant over te zijn en aanbevelingen te volgen om herhaling te voorkomen of om te voorkomen dat anderen dezelfde fout maken. Een medisch specialist zal dan ook moeten leren om verantwoording te dragen voor zijn fouten en dit bespreekbaar te maken met de familie. Zo heb ik een keer iemand gereanimeerd die dit niet wilde. Alleen de internist die de patiënt aan mij overdroeg, had mij dit niet verteld. Achteraf zag ik dit toch in het medisch dossier. Omdat ik met de patiënt bezig was, had ik het dossier niet kunnen lezen. De vrouw van die patiënt heb ik excuses aangeboden voor de gang van zaken. Zij nam mij echter niets kwalijk en was dankbaar dat ik het toch had gedaan.

Ook concludeert u dat:

Gelet op het vorenstaande is het maatschappelijk belang bij het doen van (verder) onderzoek door het Huis kennelijk onvoldoende (artikel 6, eerste lid, onder c, van de Wet Huis voor klokkenluiders)

Ik betreur uw conclusie omdat deze niet de waarheid is. Het maatschappelijk belang hierbij is zeer groot, namelijk. Het op tijd verwijzen en contact leggen met een intensivist over een niet stabiele patiënt op de gewone afdeling, op de SEH of vanuit een ander ziekenhuis is van eminent belang. Uit de calamiteitenmeldingen die ik u heb toegestuurd blijkt dat het probleem gewoon door blijft gaan. Niemand doet het proces omkeren. Telkens blijkt die ene specialist patiënten consequent te laat verwijzen naar de IC. Waarom heeft hij mijn door iedereen goedgekeurde protocollen en behandelrichtlijnen niet gevolgd? Elke volgende patiënt na de 1^e calamiteitenmelding heeft hier onnodig schade van ondervonden. Heeft de betrokken internist hieraan schuld of is dit de schuld van de RvB? Gaat het probleem nu nog door? Hoeven medisch specialisten hierover niet bevraagd te worden?

Het maatschappelijk belang is ook dat voor de 9 patiënten die ik u heb gemeld het niet altijd duidelijk is hoe het verloop van IC opname is gelopen. Waarom hebben de patiënten zo lang moeten wachten voordat IC opname is geëffectueerd? Waarom had IC opname niet al 's nachts kunnen geschieden, vroeg een dochter van een patiënt aan mij? Veel familieleden weten niet hoe en waarom IC opname anders had kunnen verlopen met andere gevolgen voor hun dierbare. Had vader/moeder of man/vrouw nog geleefd als zij eerder op de IC waren opgenomen? Het "niet weten" is vaak heel erg voor nabestaanden. In deze zin doel ik ook op het maatschappelijk belang. Het maatschappelijk belang bestaat er ook uit dat duidelijk moet worden naar patiënt/familie en nabestaanden hoe de tijd voor IC opname is verlopen en hoe een eerdere IC opname het verloop van de ziekte anders had kunnen beïnvloeden. Van andere patiënten van die internist die nooit onder mijn aandacht zijn geweest, is er ook een maatschappelijk belang. Is er onterecht een IC opname onthouden door de beoordeling van die internist en zijn er mogelijk meerdere patiënten onnodig overleden of een toename in hun morbiditeit ontstaan? Mogen medisch fouten, door te laat overplaatsen naar de IC zonder gevolgen voor de medisch specialist blijven? Of moet publiekelijk duidelijk worden wat wel en wat niet anders had gekund? Ook voor jonge collegae in opleiding.

Een intensivist heeft naast zijn werk op de IC afdeling ook een taak bij de opvang van een instabiele patiënt op de SEH en de gewone verpleegafdeling. De intensivist in het St Anna Ziekenhuis was leider van het Spoed Interventie Team (SIT), als ook lid van het reanimatieteam. Elke intensivist weet dat hij of zij ook buiten de IC geconsulteerd kan worden en doet dit altijd graag. De vraag is of hiervan voldoende gebruik is gemaakt en nog steeds wordt door de betrokken internist, mede-maatschap leden en andere specialisten, gezien de 9 voorbeelden die ik u heb gegeven.

Ik was in loondienst van het ziekenhuis. De internist was lid van een maatschap en zo een zelfstandige samen met veel andere specialisten in het ziekenhuis. De RvB wordt aangesteld na goedkeuring van het “college van zelfstandigen”, o.a. het Bestuur Specialistenberaad. De RvB is sterk afhankelijk van het Bestuur Specialistenberaad en bestaat bij haar goedkeuring. De gelederen van alle maatschapsleden hebben zich gesloten na mijn melding van de misstand van de “zelfstandige” internist. Het adagio: “we hebben geen kritiek op een collega en we moffelen fouten onder het tapijt” is geëffectueerd. De RvB heeft zich hiervoor laten gebruiken.

Ik hoop van ganser harte dat u uw beslissing wilt herzien naar aanleiding van mijn verduidelijkingen. De analyse van de 9 gemelde patiënten en mogelijk nog meer patiënten zijn van belang voor de samenleving als geheel.

Met vriendelijke groeten,



Dr. B. Spielberg, internist-intensivist niet praktiserend

Pastoor de Klijnlaan 11

5171 JT Kaatsheuvel

06 20842665

Email: benspielberg@hotmail.com