



Onderzoeksverslag inspectiehandelen bij gebeurtenissen rond een neuroloog in Twente

1. Inleiding

De Tweede Kamer heeft de minister vragen gesteld over de neuroloog, die onjuiste diagnoses bij patiënten zou hebben gesteld en desondanks door heeft kunnen werken in zijn hoedanigheid als arts. Destijds was hij werkzaam in het MST (Medisch Spectrum Twente). De minister van VWS heeft de IGZ verzocht hem nadere informatie te verstrekken en daarbij ook in te gaan op de rol van de IGZ en de destijds door de IGZ genomen besluiten betreffende vervolgacties, zoals het nemen van tuchtrechtelijke stappen. Zie brief aan de Kamer CZ-TSZ-2909219 d.d. 27 januari 2009 (bijlage 1).

2. Werkwijze en opbouw verslag

De IGZ heeft op basis van bijlage 1 een opdracht en een plan van aanpak opgesteld (bijlage 2). Op basis van een zakelijke weergave van de feiten zal de IGZ inzicht verschaffen wat er bij de IGZ ten aanzien van de neuroloog bekend is en hoe de IGZ tewerk is gegaan. Het onderzoek betrof het tijdvak vanaf 2000 omdat de inspectie in september 2000 voor het eerst een signaal kreeg over de handelwijze van de neuroloog.

Dit verslag bevat de volgende paragrafen:

3. Algemene achtergrondinformatie over de inspectie en haar werkwijze.
4. Resultaten en beschouwing.
5. Samenvatting.
6. Conclusie.
7. Slotbeschouwing.

Om het doen en laten van de IGZ goed te kunnen beoordelen presenteert de IGZ voorafgaand aan de resultaten en beschouwing enige achtergrondinformatie over de inspectie en over de gebruikelijke werkwijze bij klachten en meldingen, het tuchtrecht en dergelijke.

De resultaten zijn chronologisch weergegeven met name aan de hand van een tweetal meldingen, bekend bij het inspectiekantoor Zwolle. In de *beschouwing (cursief)* evalueert de IGZ haar handelen door toetsing aan de toen van kracht zijnde Leidraad Meldingen (bijlage 3). Tevens geeft de daarin IGZ aan of zich een moment of momenten hebben voorgedaan waarop ze tot een andere aanpak had kunnen besluiten dan die waartoe zij besloten heeft. Aan het eind van het verslag schetst de IGZ in de slotbeschouwing haar handhavingsmogelijkheden, de knelpunten en dilemma's in de huidige handhavingspraktijk, opties voor systeemoptimalisatie en mogelijke operationele verbeteringen naar aanleiding van deze casus.

3. Algemene achtergrondinformatie over de inspectie en haar werkwijze

Via de Kwaliteitswet zorginstellingen en de wet Beroepen in de Gezondheidszorg (wet BIG) heeft de wetgever de eerste verantwoordelijkheid voor 'zorg van goede kwaliteit' gelegd bij de zorgaanbieders: besturen van de zorginstelling en de individuele zorgprofessionals. De IGZ houdt toezicht op de curatieve en langdurige zorg, de openbare gezondheidszorg, de farmaceutische productie en distributie en de medische technologie. Deze domeinen omvatten ongeveer 3.000 instellingen achter 60.000 adressen en ruim 800.000 zorgprofessionals. De formatie van de IGZ is 383 fte.

IGZ houdt risicogestuurd toezicht

De IGZ houdt risicogestuurd toezicht. Ze verzamelt breed informatie over de geleverde kwaliteit van zorg, analyseert die, beoordeelt die op risico's voor patiënten en cliënten en besluit bij aanwezigheid van risico's tot maatregelen die zo snel mogelijk tot het gewenste resultaat leiden.

Behandeling van meldingen bij mogelijk ernstige risico's

De IGZ ontvangt jaarlijks ruim 6.000 meldingen. Dat kunnen onder andere klachten zijn, melding van calamiteiten en (bijna)incidenten en suïcides. Een kwart daarvan betreft de specialistische somatische en psychiatrische zorg, een kwart heeft betrekking op geneesmiddelen en medische technologie. De eerstelijnszorg, gehandicaptenzorg en ouderenzorg nemen ieder ruim 10 procent voor hun rekening.

Bij elke melding die de inspectie bereikt, doorloopt de IGZ steeds weer opnieuw in samenhang een aantal activiteiten:

1. Het inschatten van het risico voor patiënten bij de geleverde zorg, op dat moment en mogelijk ook in de toekomst.
2. Het vaststellen van de verantwoordelijkheid die door de wetgever bij de patiënt/cliënt zelf, bij de zorgaanbieder (bestuurder of professional) en bij de IGZ is gelegd.
3. Het bepalen in hoeverre en op welke wijze inspectiecapaciteit kan en moet worden ingezet.

In de Leidraad Meldingen (bijlage 3, artikel 6) is beschreven wanneer de inspectie nader onderzoek doet naar meldingen. De kern hiervan is dat sprake moet zijn van een mogelijk ernstige bedreiging van de veiligheid van patiënten, cliënten of de gezondheidszorg.

IGZ is geen klachtenbureau

Patiënten hebben het wettelijk recht op grond van de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) om een aantal rechten bij de civiele rechter af te dwingen, daarnaast hebben zij het recht om een klacht in te dienen bij een klachtencommissie van de instelling Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) of kunnen zij een tuchtklacht indienen (Wet BIG). De borging van de patiëntenrechten is bewust bij de (als mondig veronderstelde) patiënt gelegd; in de Memorie van Toelichting op de Wet BIG werd gesteld dat het te bevoogdend was om een klachtmonopolie te creëren bij de IGZ. De inspectie neemt zelf geen klachten in behandeling, maar verwijst klagers naar de klachtencommissie van de betrokken zorgaanbieder. De inspectie krijgt geen inzage in of verslag van de behandeling of uitkomsten van de individuele klachtenbehandeling door zorgaanbieders. Wel houdt de inspectie formeel toezicht op de wijze waarop een zorgaanbieder in algemene zin klachtenbehandeling uitvoert.

Doel tuchtrecht: bevorderen kwaliteit van zorg

Het doel van het wettelijk tuchtrecht in de gezondheidszorg is bevordering van de kwaliteit van zorg. Het tuchtrecht heeft niet tot doel om te straffen.

De tuchtrechter beoordeelt op basis van een individuele casus het handelen van een BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaar. In de (ten tijde van deze casus geldende) Leidraad Meldingen in artikel 16 staan criteria die de IGZ hanteert bij de beoordeling of de IGZ een tuchtklacht indient.

“De IGZ wendt zich tot het Medisch Tuchtcollege indien:

- a. Het gaat om een uit feiten en omstandigheden voortvloeiend redelijk vermoeden dat één van de in de Medische Tuchtwet omschreven tuchtnormen is overtreden door een beroepsbeoefenaar die aan bedoelde tuchtrechtspraak is onderworpen, en
- b. Het algemeen belang – en derhalve niet het particuliere belang van de rechtstreeks belanghebbende – bij de zaak in overwegende mate betrokken is.

Met name de volgende aspecten zijn van belang:

- de ernst van de melding;
- recidive van de zijde van de beroepsbeoefenaar;
- de behoefte om door het uitlokken van een tuchtrechtelijke uitspraak duidelijkheid te verkrijgen ten aanzien van hetgeen geldend recht moet worden geacht met betrekking tot een aspect van de beroepsuitoefening. “

De IGZ spant per jaar een beperkt aantal zaken bij de tuchtrechter aan. In 2008 waren dat 6 zaken, in 2007 5 en in 2006 6.

Naast het tuchtrecht is er een mogelijkheid, uitsluitend voor de IGZ, om een voordracht te doen bij het College van Medisch Toezicht (CMT) om de betrokken beroepsbeoefenaar te laten doorhalen uit het BIG-register. Daarvan kan de IGZ gebruik maken wanneer sprake is van een mogelijke geestelijke of lichamelijke ongeschiktheid van een beroepsbeoefenaar voor de uitoefening van zijn functie. De IGZ heeft in 2008 1 CMT- voordracht gedaan, in de 2 jaren daarvoor geen.

4. Resultaten (romein) en beschouwing (*cursief*)

1. Melding M1 betreft een schriftelijke klacht van mevrouw A¹ over de handelwijze van de neuroloog, bij de IGZ binnengekomen op 8 september 2000.
Aanvankelijk betrof de klacht het voorschrijven van medicatie Exelon ter voorkoming van de ziekte van Alzheimer. Mevrouw A had twijfels over de juistheid van de diagnose Alzheimer en stelde tevens dat de neuroloog te weinig onderzoek had gedaan teneinde de voorgeschreven medicatie te onderbouwen. Mevrouw A vroeg de inspecteur 1 om advies hoe te handelen. Inspecteur 1 heeft aan mevrouw A desgevraagd algemene informatie gegeven over de mogelijkheden die een patiënt zelf heeft op het terrein van het klachtrecht, te weten het verzoeken van een gesprek met een behandelaar, het indienen van een klacht bij een klachtencommissie en het indienen van een tuchtklacht. Op advies van inspecteur 1 werd besloten dat mevrouw A haar bezwaren met de neuroloog zou bespreken en als dat gesprek onbevredigend mocht zijn, werd haar

¹ Personen, met uitzondering van de neuroloog, worden met letters en cijfers aangeduid; dit heeft geen enkele relatie met de oorspronkelijke namen of initialen.

aangeraden een formele klacht bij de klachtencommissie van het ziekenhuis MST in te dienen.

Het resultaat van het gesprek tussen mevrouw A en de neuroloog was niet bevredigend voor mevrouw A. Mevrouw A besloot vervolgens een klacht bij de klachtencommissie van het MST in te dienen.

Op 7 februari 2001 ontving de IGZ een brief van mevrouw A met de uitslag van een onderzoek in het AMC waaruit bleek dat de diagnose van de neuroloog onjuist was en de uitspraak van de klachtencommissie van het MST en haar reactie daarop. De klacht werd voor het grootste deel gegrond bevonden, te weten onvoldoende aandacht voor dossiervorming en onvoldoende onderbouwing van de aanvraag van machtiging voor Exelon. Mevrouw A suggereerde de IGZ een tuchtklacht in te dienen.

Op 1 maart 2001 schreef inspecteur 2 (die de zaak had overgedragen gekregen) aan mevrouw A ten aanzien van de weging om al dan niet als IGZ een tuchtklacht in te dienen: "Het gaat er dan om dat er sprake moet zijn van een algemeen belang en/of de kans op herhaling van dezelfde arts. Ingrijpen, zoals u dat noemt, kan alleen via het tuchtcollege. Voor het zover is, gaat de IGZ er eerst van uit dat een gesprek moet plaatsvinden met de betrokken arts." Inspecteur 2 gaf aan de klacht in het reguliere overleg met de Raad van Bestuur (RvB) van het MST aan de orde te zullen stellen. Dit is gebeurd op 20 maart 2001.

Op 4 april 2001 ontving de IGZ kopie van de brief van de RvB MST aan mevrouw A en aan de neuroloog. RvB nam de uitspraak en aanbevelingen over, achtte bovendien onvoldoende aantekeningen in het medisch dossier een ernstig feit en vertrouwde op betere dossievoering door deze neuroloog in de toekomst.

De IGZ beschouwde hiermee de melding van mevrouw A als afgehandeld en sloot de melding op 5 april 2001.

De behandeling van deze klacht is conform de werkwijze van de IGZ geweest. Mevrouw A is gewezen op de mogelijkheden die haar openstaan voor de behandeling van individuele klachten. Zij heeft gekozen om een gesprek te hebben met haar behandelend arts en omdat dit gesprek voor haar onbevredigend was heeft zij een klacht ingediend bij de klachtencommissie van het ziekenhuis. De IGZ heeft de behandeling van deze klacht gevolgd, de Raad van Bestuur (RvB) MST erop opmerkzaam gemaakt dat de klacht nog niet was afgehandeld en ten slotte nadat de klachtencommissie de klacht ten dele gegrond had verklaard erop toegezien dat de RvB MST de aanbevelingen van de klachtencommissie had overgenomen en de neuroloog op zijn handelen had aangesproken. De IGZ heeft afgezien van een gesprek met de arts en het als IGZ zelf indienen van een eventuele tuchtklacht omdat zij op grond van de informatie van de RvB er van uit ging dat de RvB naar aanleiding van de klachtbehandeling concreet zou toezien op het handelen van de neuroloog en omdat zij geen aanleiding had aan te nemen dat er sprake was van structurele tekortkomingen in de levering van zorg. De inspectie heeft conform de Leidraad Meldingen gehandeld.

- Op 13 juli 2001 berichtte mevrouw A de inspectie telefonisch dat de neuroloog (in 1997 en 1998) zonder haar toestemming bloed had laten onderzoeken op erfelijke (incl. DNA) afwijkingen. Haar vraag was of dit is toegestaan. De inspecteur die het telefonische bericht had aangenomen besloot juridisch advies in te winnen bij de regiojurist van de IGZ. Besloten werd mevrouw A uit te nodigen voor een gesprek op kantoor van de IGZ op 30 oktober 2001.

Intussen had mevrouw A (opnieuw) een klacht ingediend bij de klachtencommissie van het MST en was ze een procedure gestart bij het Regionaal Tucht College (RTC) over de Alzheimer-casus en het DNA-onderzoek.

De conclusie van het gesprek van mevrouw A en inspecteur 2 op 30 oktober was dat er sprake was van schending van de WGBO ten aanzien van het informeren van de patiënt, het vragen van toestemming aan de patiënt en de dossierplicht. Besloten werd dat de IGZ de behandeling van de klacht door de klachtencommissie zou volgen, zich vooral zou richten op wat het ziekenhuis met de conclusies en de aanbevelingen van de klachtencommissie zou doen en overigens de uitspraak van het RTC af te wachten.

In het verslag van het gesprek op 30 oktober 2001 werd tevens melding gedaan van het feit dat de volgende dag (31 oktober 2001) de secretaris van de RvB MST een afspraak had met mevrouw A. Op 5 november 2001 werd deze melding wederom afgesloten. Uit navraag bij de inspecteur 2, inmiddels met pensioen, blijkt dat er na het gesprek van 30 oktober 2001 nog telefonisch contact is geweest tussen inspecteur 2 en mevrouw A. In dit telefonische contact heeft mevrouw A aangegeven dat zij met de zaak wilde stoppen.

Hoewel uit het dossier niet is op te maken waarom de melding op dat moment werd afgesloten, heeft de IGZ dat kennelijk op basis van deze mededeling van mevrouw A gedaan. Het betrof een klachtenprocedure bij het ziekenhuis en een tuchtzaakprocedure geïnitieerd door mevrouw A. De IGZ zag geen aanleiding afzonderlijk –naast of na mevrouw A- op te treden. De melding had betrekking op één patiënt en er waren geen aanwijzingen dat er sprake was van structurele problemen bij de uitvoering van de zorg. Hoewel het om 'oude fouten' ging is het gezien de –opeenstapeling van- tekortkomingen in het handelen van de neuroloog de vraag of dat laatste kon worden volgehouden. Daar staat tegenover dat de RvB MST hiervan volledig op de hoogte was via de uitspraak van de Klachtencommissie en het gesprek dat de IGZ met de RvB had gehad om haar verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg van de neuroloog te kunnen bewaken. Het ziekenhuis had ook aangegeven daadwerkelijk de arts aan te spreken op zijn gedrag naar aanleiding van de eerste klacht.

(NB. Recent is uit berichtgeving in de media gebleken dat de RvB MST toen een 'financiële regeling' met mevrouw A had getroffen. In 2001 of later was dat bij de inspecteur niet bekend.)

3. In de jaren 2002 en 2003 is ten minste viermaal een formeel contact geweest tussen de IGZ (inspecteur 2) en de RvB MST, waarvan gespreksverslagen zijn opgemaakt. Er zijn geen mededelingen over de neuroloog gedaan door de RvB MST.
4. Op 10 maart 2004 werd de IGZ door een journalist van de Telegraaf telefonisch benaderd met de vraag of de IGZ kon bevestigen dat de neuroloog wegens opiatenverslaving was ontslagen uit het MST. Dit bericht is als melding M2 geregistreerd.
Daar bij de IGZ niets bekend was, werd telefonisch contact opgenomen met de RvB MST met de vraag wat er aan de hand was en waarom de RvB de situatie van deze neuroloog niet eerder had gemeld. In de telefoonnotitie van 10 maart 2004 berichtte het MST dat er sprake was van 'rommelen met medicijnen', dat er geen sprake was van opiatenmisbruik en dat MST vond dat melding niet nodig was. Voorts was er naar de mening van de voorzitter van de RvB MST 'geen sprake van onverantwoorde zorg'.

De daaropvolgende weken bleek uit telefonisch overleg tussen de IGZ (inspecteur 3) en de RvB MST en uit het gespreksverslag van 23 maart 2004, naar aanleiding van een regulier overleg van IGZ met de RvB MST, dat de neuroloog in verband met dormicummisbruik en malversaties met recepten eind november/ begin december 2003 door de RvB MST met ziekteverlof huiswaarts was gestuurd. Het doel was psychiatrische behandeling te realiseren en het ziekteverlof tot eind 2005 te continueren - tot de datum van het vervroegde pensioen (zogenoemde OBU-regeling). Deze regeling was de neuroloog schriftelijk aangeboden. Bij acceptatie ervan zouden geen maatregelen door MST worden genomen.

De regeling was vervat in een Vaststellingsovereenkomst die uiteindelijk op 4 juni 2004 door de neuroloog is ondertekend en bevatte de volgende onderwerpen:

- a. per 1 mei 2004 zal de neuroloog zijn vrijgesteld van werkzaamheden als neuroloog in MST;
- b. met ingang van 1 oktober 2005 zal de neuroloog gebruik maken van de OBU-regeling;
- c. betreft salariering;
- d. betreft pensioenaspecten;
- e. betreft vakantietoeslag;
- f. betreft afdoening vakantie overschot;
- g. tot 1 oktober 2005 zal de neuroloog zijn professie als neuroloog niet uitoefenen; bij overtreding van dit punt g. de verplichting financiële schadevergoeding aan MST te betalen;
- h. binnen MST zal het vertrek van de neuroloog worden gecommuniceerd als een vertrek wegens vervroegde pensionering. Tegenover de pers zal uitdrukkelijk geen mededeling door de neuroloog of MST worden gedaan;
- i. de neuroloog zal naar beste vermogen het MST ondersteunen en meewerken aan de afhandeling van klachten en claims. MST zal haar prestaties, zoals in voorgaande benoemd, naar beste vermogen uitvoeren.

Tijdens het regulier overleg op 23 maart 2004 werd door de RvB gemeld dat collegae van de neuroloog zijn werk hadden overgenomen. Daarbij bleek sprake van het stellen van de diagnose MS bij patiënten die dat niet hadden. Dit had drie klachtenprocedures, waaronder één claim tot gevolg. Hiervan was de IGZ inhoudelijk niet op de hoogte. Dat is ook niet gebruikelijk. Individuele klachten worden normaliter door de klachtencommissie van de instelling inhoudelijk beoordeeld. De IGZ sprak af op de hoogte te worden gesteld van het verloop van de klachtprocedure. De RvB verzekerde de IGZ dat de behandeling van de klachten volgens de vaste procedure zou verlopen. Ook heeft de IGZ met de RvB MST afgesproken dat nadat de neuroloog de overeenkomst met het ziekenhuis zou hebben ondertekend de RvB de IGZ daarover zou berichten, waarna de inspectie met de neuroloog een afspraak voor een gesprek zou maken.

De inspectie heeft de RvB er op gewezen dat deze het dormicummisbruik bij de inspectie had moeten melden. Daar de neuroloog intussen met ziekteverlof thuis verbleef en een dienstverbandrelatie met het ziekenhuis had, was er op dat moment geen reden om beroepsbeperkende maatregelen te nemen ter bescherming van patiëntbelangen. De klachten waren in behandeling bij de klachtencommissie. Aangezien het ziekenhuis

adequaat optrad ten aanzien van de klachtbehandeling en dat eerder ook leek te hebben gedaan en er geen direct patiëntengevaar was omdat de arts ziek thuis was, heeft de IGZ geen andere maatregelen genomen. De IGZ heeft geen andere meldingen van patiënten ontvangen over de neuroloog dan hier vermeld.

5. Naar aanleiding van een telefonisch verzoek van de Telegraaf om informatie te verkrijgen over de neuroloog heeft verzekeraar Menzis een intern dossieronderzoek laten doen. Op 16 april 2004 (telefonisch) en 19 april 2004 (schriftelijk) berichtte Menzis de IGZ dat zij bij globaal onderzoek van vier dossiers tot de conclusie was gekomen dat de neuroloog geen notities over patiënten bijhield. Daar Menzis dit als tuchtklachtwaardig inschatte, deed zij melding bij de inspectie. Tevens was er sprake van fraude bij het declareren van een zogeheten duur geneesmiddel. Menzis vorderde het teveel gedeclareerde terug bij het MST.

Op 28 mei 2004 berichtte de IGZ Menzis schriftelijk dat het gestelde in de brief van Menzis van 19 april 2004 aanleiding was tot een nader onderzoek op grond van de Leidraad Meldingen. Tijdens het gesprek van de IGZ met de neuroloog op 24 mei 2004 (zie ook punt 7) werd dit onderwerp ter sprake gebracht. De neuroloog herkende zich niet in de klachten met betrekking tot de onjuiste dossiervorming, ook als de IGZ suggereert dat lijkt of er sprake is van een structureel probleem en daarbij verwijst naar de casus beschreven onder melding M1 en de (4) dossiers die door Menzis zijn onderzocht. De reactie van de neuroloog was dat hij juist zeer veel persoonlijke aantekeningen maakte in de dossiers; voorts had Menzis te selectief dossiers getrokken en betrof het slechts incidenten.

De IGZ heeft de opmerking over onvoldoende dossiervorming besproken met de neuroloog en hierbij tevens de casus van melding M1 betrokken. De neuroloog relativeerde de opmerking van Menzis en stelde dat hij voldoende aandacht besteedde aan dossiervorming. De IGZ concludeerde hieruit dat er sprake was van een gebrek aan inzicht in eigen problematiek. De IGZ heeft in dat gesprek de arts voorgelegd dat de IGZ van mening was dat hij zich door een onafhankelijk psychiater moest laten onderzoeken, dat geen sprake kon zijn van werkhervatting bij MST en dat werkhervatting later afhankelijk zou zijn van de uitkomst van het onderzoek en het oordeel van de behandelend psycholoog. De IGZ heeft zich in haar nader onderzoek dus vooral gericht op het medicamenteuze verslavingsprobleem van de neuroloog. Daar de neuroloog toen met ziekteverlof thuis verbleef, was de IGZ van mening dat er op dat moment geen kans was op herhaling van patiëntgerelateerde feiten als waar de klachten van Menzis betrekking op hadden.

6. De IGZ heeft in die periode zowel schriftelijk als telefonisch en tijdens het gesprek op 23 maart 2004 er bij de RvB MST op aangedrongen nadere informatie over het probleem met de neuroloog te verstrekken. Deze informatie werd geleidelijk en aanvankelijk beperkt verstrekt. Op 20 april 2004 ontving de IGZ van de RvB MST schriftelijke achtergrondinformatie waaruit blijkt dat de neuroloog al vanaf mei 2003 bekend was met ontvreemding van medicijnen. Deze informatie was voor de inspectie aanleiding om de neuroloog uit te nodigen voor een gesprek. Op 24 mei 2004 vond het gesprek plaats. De neuroloog gaf in het gesprek aan de regeling van de RvB MST te accepteren, te weten ziekteverlof tot datum OBU eind 2005, maar gaf in het gesprek met de IGZ aan te zijner tijd weer als arts zijn werk te willen uitvoeren. De IGZ heeft strikte schriftelijk

vastgelegde afspraken met de neuroloog gemaakt in de vorm van 'Onvoorwaardelijke maatregelen', te weten:

- a. Neuroloog laat zich door een door de IGZ aan te wijzen onafhankelijke psychiater onderzoeken waarbij de IGZ de vraagstelling aan de psychiater formuleert. De kosten hiervoor zijn voor de neuroloog. Deze psychiater stuurt zijn rapportage aan de IGZ.
- b. Neuroloog 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.
- c. Neuroloog zal zijn werk als neuroloog in het MST niet meer hervatten.
- d. De IGZ zal op grond van de gegevens zoals vermeld onder a. en b. beoordelen of voldoende waarborgen voor verantwoorde zorg door de neuroloog als arts aanwezig zijn.
- e. Op het moment dat uit de onder a. en b. genoemde punten en de beoordeling door de IGZ blijkt dat hij als arts werkzaam kan zijn, verplicht neuroloog zich dat, zodra hij als arts ergens aan het werk gaat (bij een instelling of als zelfstandig ondernemer), hij dit vooraf meldt aan de IGZ. Tevens meldt neuroloog de problematiek aan de directie van de instelling of aan de werkgever. De IGZ kan daartoe informatie inwinnen bij betrokken directie of werkgever.
- f. Neuroloog zal zich ten aanzien van zijn prescriptiegedrag voor de IGZ controleerbaar opstellen. Neuroloog zal aan een dergelijke controle volledig meewerken.
- g. De IGZ laat onderzoek verrichten in het MST in dossiers van patiënten van de neuroloog in overleg met RvB en eventueel bestuur Medische Staf.

Tevens werd afgesproken dat mocht aan één van de door de IGZ gestelde en door de neuroloog geaccepteerde voorwaarden niet worden voldaan, de IGZ met een spoedprocedure het College Medisch Toezicht (CMT) zou verzoeken over te gaan tot doorhaling uit het BIG-register.

Tevens werd melding gemaakt van de vervolgstappen. Na ondertekening van dit verslag door de neuroloog zou de IGZ de naam van de psychiater voor het onafhankelijk onderzoek aan de neuroloog doorgeven. Na ontvangst van het verslag van de onafhankelijke psychiater en de informatie van de eigen psychiater en psycholoog zou in een gesprek met neuroloog door de IGZ aangegeven worden of hij onder de bovengenoemde afspraken weer als arts werkzaam kon zijn. Afhankelijk van de bevindingen van het dossieronderzoek zouden aanvullende maatregelen door de IGZ genomen kunnen worden. Bij het niet voldoen aan de gestelde voorwaarden zou de IGZ harde maatregelen nemen.

De neuroloog stemde in met deze voorwaarden.

De vraag die hier gesteld kan worden is of er alternatieven waren voor de besluitvorming van de IGZ waartoe de IGZ ten onrechte niet besloten heeft. De IGZ heeft verschillende wettelijke mogelijkheden om in te grijpen. Er kan een tuchtklacht worden voorgelegd aan de tuchtrechter, er kan een voordracht worden gedaan bij het College Medisch Toezicht indien sprake is van een verslaving waardoor de beroepsbeoefenaar ongeschikt is voor beroepsuitoefening, en er kan een bevel worden gegeven waarin de beroepsbeoefenaar wordt beperkt in zijn beroepsuitoefening. Ten slotte, maar dat is geen in de wet omschreven bevoegdheid, kan de inspectie de arts overreden zelf de beroepsuitoefening geheel of ten dele neer te leggen. Voor dat laatste is gekozen.

Een grondslag voor het indienen van een tuchtklacht ontbrak door de afwezigheid van voldoende individuele casuïstiek ten aanzien van het handelen van de neuroloog. Er was wel kennis van een aantal feiten, maar de IGZ had geen patiëntmeldingen (en de daarbij behorende dossiers). Daardoor beschikte de IGZ over onvoldoende feitenmateriaal om een zware tuchtmaatregel op dat moment te verwachten. Het materiaal dat was verzameld bij de IGZ leidde naar de inschatting op dat moment bij een 'first-offender' bij de tuchtrechter niet met zekerheid tot een beroepsbeperking in de mate die de inspectie wenselijk achtte. De IGZ heeft destijds afgezien van het zoeken naar patiënten die nadeel hebben ondervonden van het handelen van deze neuroloog. In plaats daarvan heeft ze gekozen voor een snelle route die gelegen was in beroepsbeperkende afspraken.

Voor de ongeschiktheid van de arts voor de beroepsuitoefening waren zeker signalen aanwezig, maar het benodigde bewijs voor het CMT was nog onvoldoende. Indien een beroepsbeoefenaar zelf de bereidheid toont om in behandeling te gaan voor zijn verslaving/psychische ongeschiktheid en daarbij de beroepsuitoefening neerlegt of beperkt, heeft dat het voordeel dat geen nader onderzoek behoeft te worden gedaan naar (tuchtrechtelijk) bewijsvoering van de geconstateerde feiten/gebreken. Het is snel, effectief, neemt het patiëntrisico weg en de beroepsbeoefenaar toont hiermee zelf verantwoording te nemen voor zijn gedragingen. De tuchtprocedure en de procedure bij het College Medisch Toezicht geven pas een effect nadat de juridische procedures zijn afgerond. Een nadeel is dat de beroepsbeperking – en dus ook eventuele werkhervatting buiten de afspraken om - niet kenbaar is voor derden (hier wordt in de slotbeschouwing op teruggekomen). Een ander nadeel is dat behandelde patiënten ook niet weten van de problematiek en eventueel nadeel (gevolgschade) voor hen niet kan worden onderzocht.

7. Op 14 juni 2004 ondertekende de neuroloog de overeenkomst met de RvB MST. Hij zou tot eind 2005 zijn beroep als neuroloog niet uitoefenen.

In de tweede helft van 2004 nam de IGZ stappen die uiteindelijk moesten leiden tot een onafhankelijke en nadere beoordeling van de neuroloog ten aanzien van zijn medicatieafhankelijkheid, ziekte-inzicht, bekwaam- en geschiktheid te functioneren als arts en de kans op recidief. Dit was voor de IGZ nodig om te bepalen of de neuroloog definitief of tijdelijk (door mogelijke behandelbaarheid van de verslaving) ongeschikt was voor de beroepsuitoefening.

Op 4 augustus 2004 had er telefonisch overleg plaats tussen de inspectie en de Officier van Justitie over de receptvervalsing en verslavingsproblematiek. Hierbij werd de naam van de neuroloog en het ziekenhuis niet genoemd. De Officier van Justitie steunde het beleid van de inspectie. Afgesproken werd dat indien uit de feiten zou blijken dat mogelijk sprake was van een (voldoende bewijsbaar) strafbaar feit na 24 mei, de inspectie dan aangifte daarvan zou doen.

Het is gebruikelijk bij dit soort complexe casus, waar enerzijds mogelijk sprake is van een tuchtwaardig of strafbaar feit en anderzijds van een aandoening (verslaving) en er mogelijk sprake is van een relatie tussen die twee feiten, dat er overleg plaatsvindt tussen de inspectie en de Officier van Justitie. Het is mogelijk dat bij de oplossing van het verslavingsprobleem er geen risico meer is op receptvervalsing. Om die reden werd de neuroloog onderzocht door een psychiater. Het in eerste instantie inbrengen van casuïstiek zonder concrete vermelding van namen komt vaker voor. Het betreft ambtelijk vooroverleg.

8. In de periode eind 2004 en begin 2005 werd de neuroloog tweemaal opgenomen voor behandeling van zijn verslaving, waarvan eenmaal enkele maanden. Op 29 april 2005 ontving de IGZ het rapport van de onafhankelijke psychiater. De datum voor de afspraak met de psychiater was door de behandeling met opname van de neuroloog steeds opgeschoven. Het onderzoek werd in opdracht van de IGZ door een Psychologisch, Psychiatrisch en Neurologisch Adviesbureau uitgevoerd. De conclusies waren: 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 twijfelen 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 werden de overige voorwaarden zoals afgesproken in het overleg van 24 mei 2004 ingevuld. De neuroloog was daarbij geheel coöperatief geweest en had zich aan de afspraken gehouden. Noch bij navraag bij apotheken, noch bij navraag bij de verzekeraar door de IGZ waren er aanwijzingen dat de neuroloog recepten had uitgeschreven of voor eventuele medische activiteiten gedeclareerd had. Op 3 januari 2006 berichtte de IGZ de neuroloog dat hij toestemming kreeg om te solliciteren onder de voorwaarden dat feitelijke werkhervatting vooraf gemeld wordt aan de IGZ, dat de toekomstige werkgever over de verslavingsproblematiek wordt geïnformeerd, dat de neuroloog zich controleerbaar opstelt, dat hij onder psychiatrisch behandeling blijft en indien de behandeling wordt gestaakt dit wordt bericht aan de IGZ. De vroegere werkgever (MST) was van een mogelijke werkhervatting op de hoogte. Bij het niet opvolgen van de afspraken zou de IGZ de casus voorleggen aan de tuchtrechter.

In mei 2004 zijn door de IGZ zeer strikte afspraken gemaakt met de neuroloog. In januari 2005 voldeed de neuroloog aan alle afspraken. Toen de psychiater (deskundige) had gesteld dat er psychiatrisch geen grond was om te twijfelen aan de bekwaamheid van de neuroloog en deze ten aanzien van mogelijk recidive gematigd optimistisch was, was er onvoldoende grond voor een CMT-voordracht (en daarmee een eventueel beroepsverbod). De IGZ besloot het deskundigenadvies van de psychiater te volgen en de neuroloog toe te staan onder strikte voorwaarden te solliciteren.

9. Tijdens het reguliere overleg tussen de IGZ en de RvB MST eind maart 2004 was door de RvB gezegd dat er drie klachten tegen de neuroloog waren ingediend. Regelmatig heeft de IGZ de RvB MST verzocht op de hoogte gesteld te worden over de inhoud van die klachten. Dat is nooit gebeurd.

De vraag is of de IGZ de RvB MST had kunnen of moeten dwingen de IGZ te informeren over de inhoud van de klachten. Het ziekenhuis heeft geen plicht individuele klachten te melden aan de IGZ. Het zou in dit verband meer voor de hand hebben gelegen dit uit zorgvuldigheid wel te doen, zeker in verband met voorgaande melding over verslavingsproblematiek, maar het ziekenhuis was en is niet verplicht te melden. Als de klacht daar aanleiding toe geeft, kan de IGZ een melder die een klacht bij het ziekenhuis indient, of de RvB zelf, verzoeken over de afdoening van de klacht geïnformeerd te worden voor de beoordeling of nader onderzoek moet worden gedaan door de IGZ naar de melding. De melder stelt in dat geval de IGZ van de inhoud van de

afdoening op de hoogte. De IGZ kan in dat geval nagaan of de maatregelen die worden getroffen naar aanleiding van de klachtbehandeling voldoende zijn voor de levering van verantwoorde zorg of dat nader inspectieonderzoek noodzakelijk is. In het geval van de drie door de RvB genoemde klachten tegen de neuroloog hebben de klagers zich nooit gemeld bij de IGZ.

In april 2005 is een wijziging van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) ingevoerd waarbij klachtencommissies verplicht worden klachten aan de IGZ te melden als de zorginstelling er niets of te weinig mee doet (zie art. 2a WKCZ).

10. In 2006 besloot de neuroloog in Duitsland te solliciteren. Eind maart 2006 informeerde hij de IGZ dat hij een functie had aanvaard in St. Georg Krankenhaus te Schmalleben. De IGZ nam contact op met de directie en vernam van de directeur dat de neuroloog voor wat betreft zijn medisch verleden gesproken had over een doorgemaakte burn-outperiode maar niet expliciet over zijn verslavingsprobleem. De IGZ heeft dat met de directie wel besproken en sprak de neuroloog daarop aan. Op 10 juli 2006 berichtte de neuroloog de IGZ schriftelijk dat hij wederom een gesprek had gehad met de directeur en deze van zijn verslavingsprobleem op de hoogte had gesteld. De brief was tevens in afschrift aan de directeur gestuurd. Op 4 augustus 2006 informeerde de IGZ de neuroloog dat de IGZ tevreden was met de reactie van neuroloog en dat de IGZ hiermee het dossier sloot onder de opmerking dat bij werkhervatting als arts of neuroloog in Nederland de afspraken zoals die waren vastgelegd na het overleg van 24 mei 2004 onveranderd van kracht waren en dat de neuroloog in voorkomend geval de IGZ diende te berichten over de plaats en de aard van de voorgenomen werkzaamheden.

De neuroloog heeft zich steeds aan de afspraken gehouden. De IGZ heeft door contact op te nemen met de directie van het Duitse ziekenhuis gehandeld volgens de afspraken die gemaakt waren tussen de IGZ en de neuroloog. Omdat de IGZ zich ervan had overtuigd dat de toenmalige werkgever van de neuroloog geïnformeerd was over zijn verslavingsverleden heeft de IGZ geen nadere maatregelen getroffen en de melding afgesloten. De verantwoordelijkheid van de directie voor het leveren van verantwoorde zorg en dus controle op het functioneren van de neuroloog was hiermee voldoende geborgd.

Hierbij zij opgemerkt, in algemene zin, dat het verloop van meldingen en besluitvormingsmomenten zoals de onderzoeksaanpak van een melding en de afsluiting van een melding op een regionaal inspectiekantoor in breed verband met alle inspecteurs werkzaam in de curatieve zorg besproken werd, in dit geval zes maal. Het is dus geen beslissing van een individuele inspecteur.

11. De IGZ heeft tot 28 januari 2009 geen enkele klacht of melding ontvangen – anders dan hier vermeld - over de betrokken neuroloog, noch van patiënten noch van collega-neurologen uit zijn vakgroep, noch van het MST. Het feit dat er volgens de letselschadeadvocaat vele tientallen patiënten zouden zijn waarbij verkeerde diagnoses zouden zijn gesteld en/of patiënten schade zouden hebben opgelopen, heeft ook de IGZ uit de media moeten vernemen.

5. Samenvatting

De IGZ heeft met betrekking tot de neuroloog kennis van:

- Twee meldingen die direct betrekking op hem hadden (en één melding waarin de naam van de neuroloog wordt genoemd).
Melding M1, een klacht van een patiënt, bekend bij de IGZ sinds 8 september 2000 is afgesloten op 5 april 2001 respectievelijk 5 november 2001. Dossiervorming door de neuroloog was onvoldoende en hij gaf onvoldoende onderbouwing van de noodzaak voor bepaalde medicamenteuze behandeling.
Melding M2, een vraag van de Telegraaf met betrekking tot vermeend ontslag wegens opiaatverslaving van de neuroloog, is afgesloten op 4 augustus 2006. Dit bleek betrekking te hebben op een andere vorm van medicamenteuze verslaving.
- Het feit dat het MST in de periode 2004 drie klachten betrekking hebbend op de neuroloog in behandeling had. Tot op heden heeft de IGZ geen detailkennis van de inhoud van de klachten. De klagers hebben geen melding gedaan bij de inspectie.
- Verzekeraar Menzis die naar aanleiding van een verzoek van de Telegraaf om informatie over de neuroloog dossieronderzoek heeft verricht bij vier dossiers. De conclusie van Menzis was dat dossiervorming door de neuroloog te wensen overliet. Dit aspect is in een gesprek van de inspectie met de neuroloog op 24 mei 2004 aan de orde gesteld.

6. Conclusie

De IGZ heeft zich bij melding 1 (2001) gericht op het zorgvuldig behandelen van een klacht tegen de neuroloog over zijn handelen. De klaagster zelf heeft de zaak stopgezet. Er waren geen andere meldingen over de neuroloog. Bij melding 2 (2004) heeft de IGZ zich gericht op de verslavingsproblematiek van de neuroloog. Doel was om hem zo snel mogelijk z'n beroep niet te laten uitoefenen teneinde patiëntrisico's te voorkomen.

De procedures ten aanzien van het onderzoek naar meldingen en besluitvorming zijn volledig gevolgd en hebben geresulteerd in een afgewogen besluit ten aanzien van de beperking van de beroepsuitoefening van de neuroloog.

Dat neemt niet weg dat deze casus – zeker gezien recent bekend geworden gegevens over het handelen van deze neuroloog - een aantal aanknopingspunten voor verbetering biedt.

Daar wordt in de volgende paragraaf nader op ingegaan.

7. Slotbeschouwing

Naar aanleiding van bovenstaande reconstructie van het doen en laten van de IGZ in de zaak van de neuroloog van het MST komt een aantal knelpunten en mogelijke verbeteringen in het systeem van bewaking van structureel disfunctionerende artsen of verslaafde artsen naar voren. Uit het oogpunt van voorkoming van risico's voor patiënten in de toekomst of het beperken van reeds aangerichte gezondheidsschade in het verleden lijken twee vraagstukken centraal te staan:

1. Hoe kan in geval van beroepsbeperkende afspraken tussen de IGZ en een beroepsbeoefenaar gegarandeerd worden dat een beroepsbeoefenaar niet weer (elders en/of zonder voldoende toezicht) aan de slag gaat (zolang deze afspraken nog nodig zijn)?
2. Op welke wijze kan de IGZ zorgaanbieders – bestuurders en professionals - effectiever aanspreken op hun verantwoordelijkheid in deze problematiek?

Mogelijkheden van de inspectie

De inspectie kan beroepsbeperkende maatregelen treffen. Dat is een traject dat, *alleen bij medewerking van de betrokken beroepsbeoefenaar*, een goede optie kan zijn in aanvulling op de wettelijke handhavende maatregelen die de inspectie heeft. De IGZ maakt dergelijke afspraken ca. 10-20 keer per jaar.

De inspectie beschikt ook over wettelijke handhavende middelen. In dit soort gevallen zijn dat:

1. Bevel: beroepsbeperkende maatregel voor acute situaties (voor bezwaar en beroep vatbaar).
2. CMT-voordracht bij ongeschiktheid (hoger beroep mogelijk).
3. RTC-tuchtklacht eventueel met spoedvoorziening (hoger beroep mogelijk).

Voordelen van het maken van afspraken met een meewerkende beroepsbeoefenaar boven de wettelijk handhavende maatregelen zijn:

- Het is snel. Het effect treedt direct in werking en niet pas na de uitkomst van de juridische procedure (incl. bezwaar/beroep/hoger beroep).
- Het is effectief. De beroepsbeperking leidt direct tot patiëntenbescherming.
- Het is efficiënt. Het kost de inspectie veel minder arbeidsinzet in vergelijking met een wettelijke procedure (geen bewijsvergaring, geen procesinzet van inspecteur én jurist).

Risico's voor patiënten bij beroepsbeperkende afspraken zijn:

- De IGZ ontvangt in gevallen van schending van de afspraak niet altijd of niet direct melding van de beroepsbeoefenaar of de (nieuwe) instelling.
- Indien een beroepsbeoefenaar stelt afspraken na te leven, maar dit niet doet, is handhaving alsnog noodzakelijk. Bewijs daarvan ligt bij de IGZ. Het kan dus uitstel van executie inhouden.
- Er is geen sprake van registratie van de beroepsbeperkende afspraken in het BIG-register. De afspraken zijn niet kenbaar voor derden.
- Eventuele gevolgschade bij reeds behandelde patiënten wordt niet kenbaar en mogelijke beperking daarvan bemoeilijkt.

Knelpunten en dilemma's in de huidige praktijk:

In de huidige handhavingspraktijk wordt de IGZ geconfronteerd met een aantal knelpunten die het realiseren van het beoogde effect belemmeren. Dat zijn:

- Beroepsbeperkende maatregelen zijn voor derden (nationaal en internationaal) niet kenbaar. Ook een bevel of een aanwijzing worden niet geregistreerd in het BIG-register. Dit komt niet overeen met Europese regelgeving (richtlijn 2005/36 erkenning beroepskwalificaties inwerkingtreding 20 oktober 2007) en geeft patiëntrisico.
- De CMT-voordracht is mogelijk bij verslaafde of ongeschikte beroepsbeoefenaren. De IGZ moet aantonen dat iemand verslaafd of lichamelijk of geestelijk ongeschikt is en veelal moeten deskundigen dit bevestigen in het proces. Dat proces moet zorgvuldig gebeuren maar leidt tot vertraging in het effect. De IGZ heeft ervaren dat een dergelijke procedure ongeveer een jaar duurt. De CMT-procedure is, mede door de zorgvuldigheidseisen die daaraan worden gesteld, een tijdrovende procedure en er is geen spoedvoorziening. In deze tussentijd zijn patiënten in formele zin niet beschermd.
- RTC-klacht: het handelen van een beroepsbeoefenaar wordt naar casuïstiek beoordeeld. Dat houdt in dat de IGZ alleen achteraf kan voorleggen (het incident heeft al

plaatsgehad). De IGZ tracht uiteraard indien mogelijk calamiteiten voor te zijn. Om te bereiken dat de arts zijn bevoegdheid ook daadwerkelijk wordt ontnomen, moet de ingebrachte casuïstiek ook voldoende ernstig zijn en de kans op recidive reëel.

Opties voor systeemoptimalisatie

- Opneming van het oordeel van de IGZ bij beroepsbeperkende maatregelen in het BIG-register.

Het maken van afspraken tussen inspectie en beroepsbeoefenaren roept de suggestie op dat de IGZ op de stoel van de rechter gaat zitten. De IGZ beoordeelt het handelen en geeft een oordeel tot beroepsbeperking. Dit past in de rol van de toezichthouder/handhaver, indien het handelen van de IGZ gepaard gaat met voldoende zorgvuldigheidswaarborgen. Opneming van dit oordeel in het BIG-register is dan wel wenselijk. Dat maakt voor derden zichtbaar dat er iets schort aan een beroepsbeoefenaar. Om de beroepsbeperkende afspraken tussen beroepsbeoefenaar en inspectie op te nemen in het BIG-register en de zorgvuldigheid van handelen van de inspectie te borgen zou een zorgvuldigheidstoets kunnen plaatshebben door de voorzitter van CMT of CTC (toetsing op verzoek van partijen op uitsluitend zorgvuldigheid) waarna de afspraken als bindend worden opgenomen in het BIG-register. Voordeel hiervan is snelheid en behoud van efficiency van de onderlinge afspraken. Het geeft weinig extra belasting voor de colleges.

- Een spoedprocedure bij de voorzitter van het CMT.
- Bevel en aanwijzing worden voor zover beroepsbeperkend opgenomen in het BIG-register.

Voordeel van de uitbreiding van BIG-registratie van alle beroepsbeperkingen is dat een werkgever (internationaal en nationaal) en patiënten 1 register kunnen raadplegen voor alle beroepsbeperkende informatie van BIG-geregistreerden.

- Actieve openbaarmaking door de IGZ, maar niet in de plaats van opneming in de BIG-registratie.
- Verder kan worden gedacht aan een *Europees registratiesysteem*, zeker nu dienstverlening binnen Europa steeds meer voorkomt. Knelpunt hierbij is dat het toezicht op de zorg in Europese landen verschillend is vormgegeven qua taken en bevoegdheden. Op dit moment wordt door IGZ zoveel mogelijk wel melding gedaan bij collega-toezichthouders in andere landen.

Mogelijke operationele verbeteringen

- Consequent gebruik IGZ-handhavingskader

Intern heeft de IGZ gezien welke aanscherping in haar werkwijze naar aanleiding van deze casus wenselijk en mogelijk is. De IGZ heeft een handhavingskader opgesteld dat intern en extern richtinggevend is voor de uitvoering van de handhaving. Het consequent gebruik van het handhavingskader zal binnen de organisatie zijn beslag krijgen en extern effect sorteren. De verwachting is dat de IGZ eerder, beter geborgd en meer uniform tot inzet van hardere maatregelen kan overgegaan. In navolging daarvan werkt de IGZ - dat is de Kamer ook toegezegd - per wettelijk handhavingsmiddel nadere criteria uit voor de inzet van het middel. Op dit moment wordt onderzoek gedaan in opdracht van de IGZ naar de effectiviteit van de inzet van het tuchtrecht door de IGZ als handhavingsmiddel. Een concrete uitwerking van die inzet en een uitwerking van de criteria wanneer het middel wordt ingezet wordt dan ook in de loop van dit jaar vastgesteld.

- Aanspreken van zorgaanbieders

Indien sprake is van een structureel disfunctionerende/verslaafde beroepsbeoefenaar is een patiëntrisico aanwezig. De vraag is wat de IGZ kan doen zonder op de stoel te gaan zitten van professionals en daarmee hun primaire verantwoordelijkheid over te nemen. Mede naar aanleiding van deze casus en in het licht van de hierboven beschreven mogelijkheden en beperkingen overweegt de IGZ in ieder geval de volgende aanscherping van haar beleid. Dit kan vooralsnog geschieden zonder wijziging van wet- en regelgeving.

In het kader van risicogestuurd toezicht zal de IGZ in haar beleid opnemen dat bij structureel disfunctionerende/verslaafde beroepsbeoefenaren als volgt actie wordt ondernomen:

- a. De IGZ verzoekt de instelling onderzoek te doen naar benadeling van de patiënten van de beroepsbeoefenaar en hierover te rapporteren.
 1. Naar analogie van de recall van geneesmiddelen kan gedacht worden aan een oproep aan oud-patiënten met het verzoek melding te doen van mogelijk onjuiste behandeling. Patiënten kunnen worden geïnformeerd over eventuele risico's en schadebeperkende maatregelen kunnen worden getroffen.
 2. De ernst en omvang van de schade wordt duidelijker voor de instelling en de IGZ waardoor eventueel passender (beroepsbeperkende) maatregelen kunnen worden getroffen (dan die reeds door de IGZ getroffen zijn).
 3. De IGZ krijgt inzicht in het kwaliteitssysteem en zelfreinigend vermogen binnen instellingen: worden dergelijke gevallen door collega's gemeld aan de Raad van Bestuur/IGZ en handelt de Raad van Bestuur adequaat, worden er 'functioneringsgesprekken' gevoerd, is er een werkend protocol 'disfunctionerende specialisten' e.d.
 4. De IGZ beoordeelt de conclusies van dat onderzoek van de instelling en zal de instelling zo nodig op kwaliteitswaarborgen en/of de beroepsbeoefenaar op ongeschiktheid aanspreken.
- b. Ten aanzien van individuele beroepsbeoefenaren die zelfstandig werkzaam zijn doet de IGZ in voorkomende meldingen dit onderzoek zelf of laat dit doen onder haar auspiciën.
- c. De IGZ onderzoekt of huidige veldnormen afdoende zijn en kan zonodig brancheorganisaties activeren om specifiek beleid te maken ten aanzien van aspecten van structureel disfunctionerende beroepsbeoefenaren.
- d. De IGZ gaat na hoe haar toezicht de eigen rol en verantwoordelijkheid van de professionals zelf - in maatschap, vakgroep en medische staf - kan versterken bij disfunctioneren van een arts of medisch specialist. Die rol kan bijvoorbeeld vorm worden gegeven met behulp van een professioneel kwaliteitssysteem, het implementeren van een protocol disfunctioneren, functioneringsgesprekken en dergelijke.
- e. De IGZ kan werkgevers/bestuurders opnieuw en wellicht effectiever aanspreken op noodzaak tot controle van referenties/registratie bij aannamebeleid van beroepsbeoefenaren.
- f. De IGZ kan in gesprek met VWS bezien of mogelijkheden tot aanpassing van de wetsystematiek in gang kunnen worden gezet.

Inspectie voor de Gezondheidszorg

Ons kenmerk

Blad: **16**

Uiteraard streeft de IGZ constant naar verbetering van haar werk en de voorwaarden waaronder ze dat kan doen. Daarom zal ze in- en externe deskundigen consulteren over de geschetste knelpunten en mogelijkheden tot verbetering.

Utrecht, 17 februari 2009.