

BIJLAGE 1

Brief van 26 november 2007 van het UMCG aan de IGZ.

"Hierbij wil ik u informeren over het gebeurde bij Jelmer (...), en de lessen en consequenties die het UMCG uit deze casus getrokken heeft.

Jelmer (...) is het 2^{de} kind van een drieling die bij 32+2 weken ter wereld komt. Tijdens behandeling op de neonatologie zijn er periodiek bradycardieën en apnoe aanvallen, waarvoor kortdurend CPAP. Na 6 dagen wordt Jelmer naar de verpleegafdeling ontslagen. 15 dagen na de geboorte ontstaat het beeld van een necrotiserende enterocolitis, welke initieel conservatief behandeld wordt. Later ontstaat een sepsis, waarvoor intensieve behandeling op de Neonatologie, inclusief beademing. Na detubatie komen apnoes (waarvoor coffeïne) en bradycardieën voor. Echografisch onderzoek van het cerebrum laat in deze periode geen afwijkingen zien. Vermeldenswaard is dat Jelmer in deze periode wisselend in het UMCG en in Zwolle is opgenomen.

Op 02-05-2007 vindt in het UMCG een laparotomie plaats (bij een leeftijd gecorrigeerd voor vroeggeboorte van 39 weken en een gewicht van 3,2 kg). Er is sprake van een moeizame start van de anesthesie. Na een ingreep van drie uur wordt Jelmer teruggeplaatst naar de Neonatologie voor nabeademing. Patiënt is postoperatief onrustig, de buik is bol en gespannen, er is een hoge behoefte aan pijnstilling, mogelijk zijn er in deze periode al convulsies. Na ruim 24 uur treedt een ernstige respiratoire en circulatoire verslechtering op, waarvoor intensieve behandeling. Persisterende insulten worden medicamenteus behandeld. Op de MRI van 06-05-2007 is het beeld te zien wat zou kunnen passen bij een globale cerebrale hypoxie. Meningitis is uitgesloten.

Gegeven dit beloop wordt melding gemaakt bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Een intern PRISMA-onderzoek wordt uitgevoerd, dit blijkt zeer tijdrovend. Daarnaast wordt door de afdeling Anesthesiologie een second opinion rondom het beloop van de anesthesie gevraagd bij de afdeling Kinderanesthesie van het UMCG. Door zowel de Neonatologie als door de Anesthesiologie is gesproken met de ouders van Jelmer. Zij zijn volledig op de hoogte van de situatie en hebben een kopie van de second opinion.

De PRISMA-analyse vindt in het UMCG plaats binnen het kader van het Veiligheid Management Systeem (VMS) onder de code 'veilig melden'. Een PRISMA-analyse is bedoeld om op een systematische wijze het gebeurde te analyseren, conclusies te trekken en op basis daarvan verbetervoorstellen te doen. De gedachte achter het 'veilig melden' is dat medewerkers kunnen meewerken aan het onderzoek, zonder te hoeven vrezen voor repercussies. Het kunnen leren van zaken die niet gelopen zijn zoals verwacht, wordt in Nederland alom zeer belangrijk geacht en gefaciliteerd met het concept 'veilig melden'. In dat kader is ook afgesproken dat PRISMA-analyses interne kwaliteitsdocumenten zijn die niet beschikbaar zijn voor de IGZ en anderen, zoals in dit geval de ouders.

Dit laat onverlet dat zowel de direct betrokkenen als de IGZ in geval van een calamiteit moet weten wat er gebeurd is en welke conclusies het ziekenhuis aan het onderhavige geval verbindt. Om deze reden worden de bevindingen en consequenties in deze brief samengevat. Daarnaast is door de afdeling Anesthesiologie een medisch inhoudelijke second opinion aangevraagd. Dit is gebeurd buiten het kader van het veilig melden. De second opinion is als bijlage bijgevoegd. Op het eind van deze brief geven wij onze overall conclusie.

Uit de PRISMA-analyse komen de volgende aandachtspunten:

- De overdracht van de Neonatologie naar de Anesthesiologie en omgekeerd is onvoldoende systematisch. De focus lag vooral op het chirurgische aspect en minder op de relevante circulatoire / pulmonale aspecten
- De pre-operatieve informatieoverdracht aan de ouders is gebrekkig
- Vastlegging van de meetgegevens gedurende de operatie is niet optimaal, mede veroorzaakt door het uitvallen van een bewakingsmonitor met verlies van de digitale registratie
- Moeizame start van de anesthesie, waarbij extra assistentie ingeroepen moet worden
- Betrokken anesthesioloog is zeer ervaren en heeft ervaring met kinderen. Het gaat hier echter om een prematuur kind van de Neonatologische intensive care met substantiële medische problemen. Behandeling in een kinderanesthesiologisch centrum is daarbij aangewezen, maar in dit geval niet als zodanig uitgevoerd. De kinderanesthesioloog (die 24/24, 7/7 beschikbaar is) is niet geconsulteerd
- In zijn algemeenheid zijn er geen 'normaalwaarden' voor bloeddrukken bij neonaten onder anesthesie. Daarmee bestaat onduidelijkheid over wat acceptabele bloeddrukken zijn. Lage waarden zijn voorgekomen
- Lage end tidal pCO₂-per operatief, wat zou kunnen passen bij hyperventilatie. Dit wordt opgemerkt en geaccepteerd
- Postoperatief perioden met hemodynamische instabiliteit en een longbeeld, passend bij ARDS, waarvoor uiteindelijk NO beademing
- In algemene zin het beeld dat patiënt kennelijk zieker was dan herkend is.

Als verbetervoorstellen worden genoemd een betere overdracht, betere en robuuste vastlegging van meetgegevens en het beschikbaar zijn van een kinderanesthesioloog bij ingrepen bij neonaten.

De second opinion focust zich op de vakinhoudelijke aspecten van de uitgevoerde anesthesie en is op een aantal onderdelen kritisch. Duidelijk is dat het geven van anesthesie bij neonaten met dit soort problematiek een complexe zaak is.

Het feit dat betrokken anesthesioloog de anesthesie bij deze ingreep heeft uitgevoerd impliceert dat hij van het in de second opinion genoemde op de hoogte had moeten zijn. Met name de hoge doses geneesmiddelen, de persisterende hyperventilatie en het nalaten van enig laboratoriumonderzoek pre-operatief zijn opvallend.

De belangrijkste conclusie die de Raad van Bestuur uit het gebeurde heeft getrokken is dat de anesthesiologische begeleiding van neonaten moet geschieden onder supervisie

van een kinderanesthesioloog. Het hoofd van de afdeling Anesthesiologie is opgedragen dit te effectueren.

Daarnaast heeft de Raad van Bestuur vragen over het functioneren van de betreffende anesthesioloog. Opgemerkt zij dat betrokkene zeer aangedaan is door het gebeurde, met de ouders gesproken heeft en in alle opzichten in volle openheid heeft meegewerkt aan het onderzoek. Hij staat bekend als een kundig anesthesioloog. Ook nemen we in overweging het feit dat het kind vóór en met name ook na de operatie hemodynamisch instabiele perioden heeft gekend. Een direct, causaal verband tussen de problemen tijdens de anesthesie en de hypoxische breinschade staat derhalve niet vast, zoals ook gememoreerd in de second opinion. De vraag die in het licht van de second opinion blijft is of betrokkene bij de anesthesiologische behandeling van Jelmer (...) binnen de bandbreedte van verantwoord professioneel handelen is gebleven. Het hoofd van de afdeling Anesthesiologie zal hierover een advies uitbrengen, op grond waarvan nadere maatregelen overwogen kunnen worden.

Als laatste heeft de Raad van Bestuur de afdelingen Kindergeneeskunde en Anesthesiologie opgedragen de overdracht van patiënten die geopereerd moeten worden te standaardiseren en te optimaliseren.

De ouders van Jelmer hebben, en dat is op zich invoelbaar, gevraagd om inzage in de PRISMA analyse. Op grond van boven genoemde overwegingen willen we de PRISMA niet overhandigen. Om de ouders goed te informeren hebben zij een afschrift van deze brief ontvangen".

BIJLAGE 2

De bevindingen die de Nationale ombudsman op 8 augustus 2011 aan het UMCG voorlegde in het kader van de opening van het onderzoek.

Bevindingen

1. In de eerste rapportage van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, die verscheen op 6 december 2010, werd over het gesprek met de ouders en over een brief die zij de Inspectie op 5 december 2007 hadden gestuurd, onder meer het volgende vermeld:

"In de brief en het toelichtend gesprek met de inspectie kwamen de onderstaande concrete vragen, twijfels en kritische kanttekeningen van de ouders aan de orde:

Over de voorbereiding van de operatie:

- onvrede over de communicatie met de kinderchirurg voorafgaand aan de operatie;
- het ontbreken van een gesprek van de anesthesioloog en de ouders voorafgaand aan de operatie;
- het ontbreken van overleg tussen de anesthesioloog en een kinderanesthesioloog voorafgaand aan de operatie;
- de anesthesioloog heeft voorafgaand aan de operatie de bloeddruk bij De baby niet opgemeten en deze evenmin opgezocht in het dossier.

De baby was op 18 april 2007 alvast (en opnieuw) opgenomen in het ziekenhuis om te voorkomen, dat hij in slechte conditie vervoerd zou moeten worden, indien hij in dit kinderchirurgische centrum zou moeten worden geopereerd. Een arts assistent van de neonatologie heeft de ouders op de avond van 30 april 2007 aangekondigd, dat een operatie in het behandelteam besproken zou worden. De volgende ochtend kwam er al een telefoontje met de mededeling, dat de operatie daags erna zou plaatsvinden. De ouders vroegen aan de chirurg H. wie ging opereren en naar de reden van de snelheid, waarmee nu gehandeld werd. Zijn eerste reactie was de mededeling, dat zij desgewenst een andere chirurg konden krijgen. Zijn reactie is door de ouders geïnterpreteerd als gepikeerd over mogelijke twijfels aan de beslissing. Uit zijn reactie en zijn later in het dossier gevonden notatie hebben de ouders geconcludeerd, dat de vragen van de ouders niet alleen als assertief, maar ook als problematisch assertief door de chirurg zijn ervaren. De moeite, om met de kritisch vragende ouders om te gaan, blijkt hen ook uit notaties in het dossier dat de communicatie met de ouders moeizaam zou zijn geweest. De ouders hebben grote moeite met de hieruit sprekende houding. Zij waren naar hun mening bezorgd over de zorgvuldigheid waarmee de operatie werd voorbereid. Achteraf blijkt er ook volgens het ziekenhuis het een en ander aan de voorbereiding te hebben ontbroken.

De ouders hebben voorafgaande aan de operatie geen gesprek gehad met een anesthesioloog. Zij wisten niet dat dit wel de gewoonte was. De ouders denken dat de anesthesioloog onvoldoende was voorbereid op de operatie en willen weten waarom.

De operatie was om 8.30 uur gepland en is in verband met een spoedgeval pas om 13 uur begonnen op de "spoedtafel". De ouders vragen zich af in hoeverre hier omstandigheden de voorbereidingen en de gang van zaken tijdens de operatie en anesthesie hebben beïnvloed.

Over de zorg tijdens de operatie:

- problemen bij de beademing bij de aanvang van de anesthesie waardoor zuurstofgebrek zou zijn ontstaan gedurende de tijd totdat het probleem met hulp van een andere anesthesioloog werd opgelost;
- het verloren zijn gegaan van de automatisch geregistreerde data die licht hadden kunnen werpen op de duur en de ernst van het zuurstofgebrek;
- onvoldoende registraties in het dossier om daaruit de duur van dit zuurstoftekort af te kunnen leiden;
- tegenstrijdigheid van wat wel geregistreerd staat in het dossier en mondelinge mededelingen daarover van de anesthesioloog;
- het starten met een snede aan de verkeerde zijde bij het plaatsen van de centraal veneuze lijn;
- het gedurende de ongeveer drie uren durende operatie te laag houden van de bloeddruk door de anesthesioloog die onbekend was met de bij de baby passende bloeddruk.

De chirurg H. heeft na de operatie gevraagd of de baby eerder infusen had gehad. Aanleiding voor deze vraag zou zijn dat het aan een kant slecht lukte een centraal veneuze lijn in te brengen, waarna de andere zijde is gebruikt. De ouders begrijpen hier de procedure niet. Het was immers bekend dat de baby eerder infusen en eerder een centraal veneuze lijn had gehad. Dus had de chirurg gelijk aan de goede kant kunnen beginnen in hun ogen.

De ouders hebben in aanwezigheid van een Zwolse anesthesioloog een gesprek gehad met de anesthesioloog van het ziekenhuis. De duur van de bradycardiën (25 minuten) zou niet goed zijn genoteerd volgens deze anesthesioloog. Waarom de notaties niet juist zouden zijn en hoe ze dan wel zouden moeten is evenmin bij de ouders bekend. De duur van de aanvankelijke problemen bij de anesthesie werd door de anesthesioloog wisselend aangegeven. Eerst 1 minuut, toen 1½ later 2 minuten. De duur van de te trage hartactie (25 minuten) doet de ouders vrezen, dat dit ook de duur van de anesthesieproblemen was. Er is immers ook een collega anesthesioloog bijgehaald en dat kost tijd nemen zij aan. De ouders hebben geen goed beeld van wat er zich de eerste 25 minuten tijdens de operatie heeft afgespeeld. Zij vrezen dat de hersenen van de baby gedurende het grootste deel van die tijd onvoldoende zijn doorbloed.

Over de zorg na de operatie:

- op de intensive care afdeling wist men niet dat tijdens de operatie sprake was geweest van een te laag gehouden bloeddruk en beademingsproblemen en dus een mogelijk zuurstoftekort in de hersenen;
- de aanvallen die de ouders zagen, die hen verontrusten en die ze daarom aan de verpleegkundigen beschreven, zijn door de verpleegkundigen ten onrechte geïdentificeerd als darmkrampen. Naar later zou blijken, ging het om epileptische insulten;

- ondanks zijn instabiele toestand werd de baby verpleegd door een leerling verpleegkundige;
- in de week na de operatie ging het slecht met de baby en werd bij het zoeken naar de oorzaak niet gedacht aan een hersenbeschadiging, wat doet vermoeden dat de artsen niet waren geïnformeerd over het tijdens de anesthesie ontstane zuurstoftekort en de te lage bloeddruk;
- onvrede over de communicatie met de arts van de afdeling neonatologie in de eerste week na de operatie. Deze communicatie is na het duidelijk worden van de ernstige hersenschade naar tevredenheid overgenomen door de hoogleraar neonatologie, tevens afdelingshoofd.

De ouders hebben de indruk dat er in de postoperatieve fase bij de behandelende artsen en de verpleging niets bekend was over problemen die er tijdens de operatie waren geweest. Deze problemen zouden pas door navraag van het hoofd van de afdeling aan het licht zijn gekomen. De ouders vragen zich af waarom de IC hierover niet bij de overdracht is geïnformeerd. De ouders vrezen dat dit een rol gespeeld heeft bij de weinig alerte reactie van de verpleging op de signalen van de ouders.

Er is dagen gezocht naar de oorzaken van de slechte conditie postoperatief. De diagnose herpes infectie bleek na een tweede lumbaalpunctie (ruggenprik) op een verwisseling met een ander patiënte te berusten. Wat er verwisseld is en hoe dat heeft kunnen gebeuren weten de ouders niet.

In de postoperatieve fase blijkt hen de moeite van enkele specialisten uit het ziekenhuis om met de kritisch vragende ouders om te gaan uit een notatie van de neonatoloog, dat beter niet alles met de ouders besproken kan worden.

De ouders waren bezorgd over de symptomen bij de baby in de postoperatieve fase: aanvallen waarbij de baby rood aanliep, verkrampde, zijn lijf zich (over)strekke, zijn vuistjes balde en met zijn ogen draaide. De verpleegkundigen gingen niet zelf kijken in reactie op signalen hierover van de ouders. Wanneer er een arts naar heeft gekeken weten de ouders niet. De signalen van de ouders zijn door artsen en verpleegkundigen in het ziekenhuis niet als nuttige informatie gezien. Pas na de uitslag van het EEG werd geconcludeerd, dat sprake was van stuipen en werd aangenomen, dat wat de ouders hadden gemeld, alarmerende symptomen waren geweest, die op stuipen hadden gewezen.

Na het oordeel van de neuroloog over de omvang en consequenties van de hersenschade, is besloten de baby van de beademing af te koppelen en de ondersteuning van zijn hartfunctie te staken. De ouders werden hier op voorbereid en op het waarschijnlijk daarna overlijden van hun kind. De baby knapte echter juist op. Hij ademde weer zelfstandig en zijn hartfunctie nam toe. Het heeft bij de ouders de vraag opgeroepen of hij de beademing en medicamenteuze ondersteuning van zijn hartfunctie wel nodig had en of deze hem niet eerder nadeel berokkend.

Over het verschaffen van duidelijkheid over de toedracht en de oorzaken en het afleggen van verantwoording:

- Door de hoogleraar neonatologie, tevens hoofd van deze afdeling werd een onafhankelijk onderzoek door een commissie van twee man toegezegd. De ouders is

geen gesprek met deze commissie toegestaan. Zij zijn ondanks hun verzoek daartoe niet gehoord.

- De toezegging begin oktober 2007 aan de ouders dat zij het rapport van de onderzoekscommissie zouden ontvangen en kunnen bespreken is niet gestand gedaan. Op 16 november 2007 werd door het ziekenhuis telefonisch meegedeeld, dat het bij nader inzien om een intern onderzoek en rapport ging, welke niet aan hen ter beschikking kon worden gesteld. Wel werd de brief van 26 november 2007 aan de inspectie waarin een samenvatting gemaakt door de directeur medische zaken namens de Raad van Bestuur en het verslag van de op verzoek van het hoofd van de afdeling neonatologie door neonatologen in het UMCU vervaardigde second opinion aan de ouders in afschrift toegezegd en verstrekt.
- Het hoofd van de afdeling anesthesiologie heeft een rapportage gevraagd aan de anesthesie afdeling van het UMCU. Ook deze rapportage hebben de ouders ontvangen, evenals een kopie van het patiëntdossier.
- De ouders hebben verzocht om een gesprek met de anesthesioloog, om hun vragen, die rezen na lezing van de second opinion van het UMCU, beantwoord te krijgen. Zij verzochten dit gesprek te mogen voeren los van het gesprek met de directeur medische zaken, kwaliteit en veiligheid waarin deze het onderzoeksrapport wilde toelichten. Ongeveer een maand later werden de ouders gebeld dat het rapport onder het systeem van veilig melden viel en niet zou worden verstrekt. Het gesprek met de toelichting van de directeur hebben de ouders niet gehad.

Kort samengevat:

- De ouders hebben zich een aantal malen in het zorgtraject en tijdens de evaluatie niet serieus genomen gevoeld en
- er leven bij de ouders nog vele onbeantwoorde vragen."

2. In dezelfde rapportage van de Inspectie waren de volgende bevindingen opgenomen:

"3.1 Toedracht

INFORMATIE VAN HET ZIEKENHUIS

Uit het antwoord van het ziekenhuis van 3 juni 2008 bleek het volgende:

Voorgeschiedenis

De baby is geboren (...) na 32 2/7 weken zwangerschap als tweede van een trichoriale drieling, woog 1900 gram en had een goede start. Behalve passagère voedingsstoornissen en reden voor 1 dag CPAP waren er tot 26 maart 2007 geen problemen. Toen werd een mogelijke infectie behandeld met antibiotica en CPAP. De bloedkweek bleef negatief. Op 30 maart 2007 ontwikkelde zich het beeld van een necrotiserende enterocolitis (NEC, max. stadium volgen Bell NEC II A). Op 31 maart 2007 werd hij naar het ziekenhuis overgebracht in verband met een mogelijke chirurgische interventie. Op de NICU van het ziekenhuis volstond de conservatieve

behandeling, kreeg de baby vanaf 8 april 2007 weer orale (enterale) voeding en werd 13 april 2007 weer teruggeplaatst naar de Isala Klinieken waar het verder goed ging tot op 17 april 2007.

Preoperatieve traject

Op 17 april 2007 was sprake van een progressief opgezette buik met gallige voedingsretenties, apnoe's en slechte circulatie. Er werd gedacht aan een recidief NEC, dan wel een obstructie ileus met infectie. In Zwolle werd gestart met antibiotica en kunstmatige beademing.

Op 18 april 2007 werd hij opnieuw voor een chirurgische beoordeling opgenomen op de NICU in het ziekenhuis. Chirurgische interventie werd op dat moment niet nodig geacht evenmin als ondersteuning van zijn circulatie. Er was sprake van een sepsis met een *Staphylococcus capitis*, gevoelig voor de gegeven antibiotica. De baby knapte op en op 20 april 2007 was geen ondersteuning van de ademhaling meer nodig. Achteraf was dus geen sprake van NEC maar van sepsis en ileus passend bij de sepsis of een ileus door primaire darmobstructie mogelijk als restverschijnsel van de NEC met secundair een (abdominale) sepsis vanuit de darm ten gevolge van stasis. Op 20 april 2007 werd bij de colon inloop foto's een stenotisch traject gezien, dat als oorzaak van de darmobstructie werd gezien. Bij het opnieuw introduceren van de voeding lukte het niet uit te breiden tot meer dan 8x10ml terwijl volledige voeding 8x55 of 60 zou zijn. Op 1 mei 2007 werd de indicatie gesteld tot een laparotomie wegens een mechanische darmobstructie en het tegelijkertijd chirurgisch plaatsen van een centraal veneuze lijn. De baby was toen al 10 dagen zonder ondersteuning cardiaal en respiratoir in goede conditie en werd parenteraal gevoed.

Er was geen spoedindicatie.

De kinderchirurg wilde op 2 mei 2007 opereren, heeft de baby daarom aangemeld voor de spoedtafel en de anesthesie ingelicht.

De kinderchirurg heeft op 1 mei 2007 voor het eerst met de ouders gesproken over de voorgenomen operatie. Daarvoor liep het contact via de medewerkers van de afdeling kindergeneeskunde - neonatologie.

De medische status (patiënt dossier) gaat niet mee naar de operatiekamer (OK). Wel een formulier wat daartoe op de NICU werd ingevuld met diagnose, actuele behandelingen en laboratoriumuitslagen. Er werd bloed besteld en profylactisch amoxicilline/clavulaanzuur en gentamycine voorgeschreven.

De anesthesioloog dient zelf langs te komen bij de patiënt om zich vooraf op de hoogte te stellen via het medisch dossier, onderzoek bij de patiënt en de digitale uitslagen. Hij dient zelf een formulier (anesthesie verslag) in te vullen en de "nuchtertijd" af te spreken. De beschrijving van het ziekenhuis geeft geen informatie of de anesthesioloog met de ouders behoorde te spreken en of dat is geschied. Het geeft evenmin informatie over de vraag of alle genoemde taken daadwerkelijk en voldoende zijn uitgevoerd door de anesthesioloog, die hiertoe op 1 mei 2007 om 18 uur op de afdeling bij de baby is geweest. Het beschrijft wel, dat hij een gesprek heeft gehad met de superviserend neonatoloog en dat er geen problemen bij de anesthesie werden verwacht.

De betreffende anesthesioloog is niet degene die op 2 mei 2007 de baby anesthesie gaf. De ingreep zou de volgende ochtend 2 mei 2007 plaatsvinden afhankelijk van het aanbod

van spoedpatiënten. Zoals gebruikelijk wanneer er geen cardiale of respiratoire problemen zijn werd de baby, begeleid door een verpleegkundige, omstreeks 13 uur van de NICU naar de OK gebracht.

INFORMATIE VAN ANESTHESIOLOOG

Door hetgeen wat wordt geciteerd uit het verslag van de behandelend anesthesioloog valt over het verdere verloop het navolgende op te maken:

Overdracht van neonatologie naar OK complex

De baby werd op 2 mei 2007 om ongeveer 13.15 uur door de anesthesioloog en de anesthesieverpleegkundige gezamenlijk opgehaald "van de ingang van het OK complex". Met de ouders die op de gang bij de balie zaten was volgens de anesthesioloog kort contact, waarbij de anesthesioloog er van uit ging dat de ouders over de anesthesie ingelicht waren. Dat ze met geen anesthesioloog contact gehad hadden is daarbij niet ter sprake geweest. De lezing van de ouders is hiervan afwijkend: zij stellen niet voor de aanvang van de operatie bij de balie te hebben gezeten en de anesthesioloog pas te hebben gesproken gedurende het laatste 1½ uur van de operatie toen zij wel op de gang hebben zitten wachten en de anesthesioloog op de gang liep.

Bij de ingang van het OK complex heeft een mondelinge overdracht plaatsgevonden waarvan de inhoud niet wordt beschreven en de ingevulde anesthesielijst werd overhandigd. Op de lijst heeft de anesthesioloog geen bloeddrukwaarden gevonden. Hoewel op de lijst geen informatie betreffende de ouders stond, mocht de anesthesioloog er van uit gaan dat de ouders "anesthesiologisch op de hoogte" waren.

De anesthesioloog beschrijft een wakker kind zonder opvallende afwijkingen die wijzen op een "moeilijke luchtweg". Hij heeft een maagsonde via de neus geplaatst. De baby had al een infuus met glucose 10% (20 ml/uur).

Beademingsproblemen tijdens de inleiding van de anesthesie:

De baby werd om 13.30 uur over getild op de operatietafel waarna de volgende handelingen door de anesthesioloog werden beschreven:

De monitor voor de zuurstofsaturatie, ECG en bloeddruk werden aangesloten.

Preoxygenatie met 100% zuurstof

Aansluitend langzame applicatie van 5pg fentanyl.

Na 2-3 minuten langzame applicatie van 2x 10 mg propofol, waarna de spontane ademhaling stopte.

De anesthesioloog deed twee vergeefse pogingen om met de kap te beademen.

Er werd een Mayo tube (maat 00) geplaatst, maar er bleek nog geen beademing mogelijk. De saturatie was dan >95%.

De operatieassistent werd gevraagd met spoed het stafflid anesthesiologie beschikbaar voor acute bijstand te bellen en een extra anesthesiemedewerker.

Er werden ondertussen meerdere pogingen ondernomen om de baby met een groter (01) masker en bij een andere positie na triple airway manoeuvre te beademen.

Na naar schatting 30-45 seconden na de telefonische oproep arriveerde de tweede anesthesioloog en hem werd gevraagd de beademing over te nemen. De zuurstofsaturatie was op dat moment gedaald naar 70%.

Het lukte toen snel door het hoofd opnieuw te positioneren en met bimanuele jaw thrust de baby met het masker te beademen.

Gedurende 5-10 seconden was er een extreme bradycardie (tot 40/mm) reden voor de anesthesioloog om atropine te geven.

Door de beademing herstelde de saturatie en kwam de frequentie binnen enkele seconden weer boven de 140/minuut, zodat hartmassage niet nodig was.

Er vond orale intubatie plaats met tube maat 3,0 bij een saturatie van 98% en een hartfrequentie van 140/mm.

De anesthesie werd onderhouden met sevofluran 3,5-4 vol% (inspiratoire concentratie). Deze hoge dosering gaf de anesthesioloog, omdat hij onmiddellijk na intubatie de baby spastisch vond klinken en een bronchospasme vermoedde. De initiële bloeddruk was daarbij 50/25 mm Hg.

Beademing onder hogere drukken (pmax 18 cm H₂O) was aanvankelijk nodig voor een goede oxygenatie.

De oscillometrisch gemeten bloeddruk na aanpassing van de dosis sevofluran naar 3 vol% en toediening 2 boli 20 ml NaCl oplossing was 50/20 mmHg. Er werden geen schommelingen in de oxygenatie meer gezien.

Na de pulmonale verbetering kon de beademingsdruk snel worden verminderd (naar pmax 15 en 13 cmH₂O). De ademfrequentie was 31/mm. De volumina lagen tussen de 20 en 40 ml, er waren geen CO₂ schommelingen, de waarden endexpiratoir 3,1 tot 3,7. Er waren goede saturatiesignalen van de voet en hand. De hartfrequentie bleef gemiddeld ongeveer 130/mm.

Beide anesthesiologen beoordeelden de situatie vanaf hier als stabiel.

De anesthesioloog schat de duur van de hypoxie (saturatie <90%) tijdens de inleiding op "hooguit één tot twee minuten. De tijd van de bradycardie <5-10 sec".

De anesthesioloog vindt dat van hyperventilatie niet was uit te gaan.

Problemen met verslaglegging en registratie bewakingsgegevens

Hij schreef dat er tijdens de inleiding geen tijd was het operatieverslag handmatig bij te houden.

"De poging later de registratie in te vullen was om meerdere redenen lastig: het anesthesietoestel moest verplaatst worden waarbij de stekker uit het stopcontact is gegaan en alle gegevens waren verloren."

Waarom de stekker uit het stopcontact is gegaan en waarom gewerkt werd met apparatuur waarbij bij een stroomonderbreking alle gegevens verloren gaan is niet toegelicht.

Beloop en middelen tijdens de operatie

Behalve de reeds genoemde middelen kreeg de baby toegediend: 2,5 mg esmeron en de spierverslapper: rocuronium.

Het opereren begint om ongeveer 14.00 uur

Chirurgische aanleg van de centrale lijn lukte pas bij een tweede poging aan de andere arm om 14.15 uur (Een reden is niet vermeld).

Er werden wat betreft de klinische observatie gedurende de verdere operatie louter normale bevindingen beschreven.

Het bloedverlies was verwaarloosbaar en het initiële Hb van 6,0 mmol/l was en bleef boven de norm waarbij een transfusie wordt overwogen.

De hoeveelheid toegediend vocht per infuus tijdens de operatie bedroeg aanvankelijk 15 ml/uur (glucose 10%). Nadat de tweede poging om een centraal veneuze infuuslijn aan te leggen was geslaagd (tijdstip aangegeven als 14.15 uur) werd 30 ml/uur (Ringerlactaat oplossing) toegediend. Verder was 50 ml NaCl 0,9% oplossing geïnjecteerd verdeeld over meerdere boli.

De peroperatief toegediende medicatie betrof:

Sevoflurane	3-4 vol%
Esmeron	2,5 mg i.v.
Fentanyl	3x5 µg i.v.
Kefzol	75 mg
Atropine	0,2 mg i.v.
Propofol	20/10/10 mg (gefractioneerd)

Overdracht van OK naar NICU

Om 16.35 uur was de operatie beëindigd en werd de baby over getild op zijn eigen bed en met de hand beademd om 16.40 uur naar de neonatologische IC (NICU) terug gebracht. Bij de overdracht aan de zaalarts is gerapporteerd ook over de problemen bij de inleiding: de initiële beademingsproblemen met saturatie daling.

Tot zover de informatie uit het verslag van de behandelend anesthesioloog.

Over de bevindingen bij de inleiding van de te hulp geroepen tweede anesthesioloog en van de twee betrokken anesthesie medewerkers werd door het ziekenhuis niets vermeld.

INFORMATIE VAN DE NICU

Overdracht van OK naar NICU

De beschrijving van de gebeurtenissen postoperatief van de afdeling neonatale intensive care is als volgt: De baby was aldaar vanaf 17.00 uur aangesloten op de monitor, ventilator en infuuspompen. Bij de beschrijving van de overdracht werd wel gesteld, dat de intubatie moeilijk was verlopen, maar er werd geen gewag gemaakt van de lage saturatie en de bradycardie tijdens de inleiding.

Bij de overdracht door de chirurg kwam ter sprake, dat er veel verklevingen waren losgemaakt, een iatrogene perforatie was overhecht en er een ileostoma was aangelegd.

Zorgwekkende, onbegrepen symptomen op de NICU

Op de NICU herstelde de te lage bloeddruk na eenmalige bijvulling met fysiologisch zout oplossing.

Na de Hb controle (5,3 mmol/l) vond een bloedtransfusie plaats. De postoperatieve beademing en bewaking verliep op 2-5-2007 normaal.

's Nachts werd natriumbicarbonaat gegeven in verband met een metabole acidose en werden de beademingsdrukken verhoogd en later nog bijgevoerd met zoutoplossing. Dit werd als een normaal beloop beschouwd na een buikoperatie.

Als opvallende waarnemingen op 3 mei 2007 werd gemeld: hij lijkt wakker, laat zich volledig beademen, staart met open ogen, later gespannen en onrustig, soms lijken er aanvallen van tonische kramp te zijn waarbij hij gebalde vuistjes heeft, blijvend verhoogde temperatuur (koorts), bloeddruk en hartfrequentie.

Als interpretaties, overwegingen en maatregelen werden vermeld: ondervulling ten gevolge van een vaatlek, een verdenking op een infectie waarvoor de antibiotica werden gecontinueerd na afname bloedkweek, pijn waarvoor morfine werd aangepast en paracetamol werd bijgegeven.

Aangezien de pijn ook door de lucht in de darmen veroorzaakt zou kunnen worden sondeerde de chirurg rond 18.30 uur via het ileostoma. Dit laatste had geen effect op de onrust. Inmiddels 24 uur postoperatief werd door de dienstdoend neonatoloog nog een inadequate beademing en blaasretentie overwogen en gezien de bevindingen verworpen. Met enig effect werd de pijnmedicatie aangepast. In de loop van de nacht moesten de beademingsdrukken fors worden verhoogd en bleek er op de X-thorax een grof vlekkelig beeld. Dat deed denken aan ADRS met of zonder een pneumonie. Na het verkrijgen van iets bloederig sputum bij uitzuigen werd een diffuse intravasale stolling met longbloeding, passend bij een ADRS, overwogen. Om 22.30 uur wordt zout toegediend in verband met een hyponatriaemie tot 122 mmol/l, geweten aan een multi orgaanfalen bij een vaatlek. Om 23 uur werd van de al geïntensiveerde beademing overgeschakeld op hoog frequente beademing (HFOV). Er werd een nieuwe bloedtransfusie gegeven. De kindercardioloog is tweemaal in consult geroepen vanwege de inmiddels matige ventilatie en circulatie - lage tensie, hoge zuurstofbehoefte - en verdenking op pulmonale hypertensie. Op 4 mei 2007 werd een echocardiografie gemaakt.

Op 4 mei 2007 werden ook convulsies als verklaring overwogen. Om 2 uur 's nachts werd de baby aangesloten op de Cerebrale Functie monitor (CFM) en werd een status epilepticus aangetoond. Na de toediening van Fenobarbital verbeterde de convulsies, maar nam de saturatie af tot rond de 75%. De dienstdoend neonatoloog overlegde met de kindercardioloog en een collega neonatoloog en besloot NO toe te dienen in deze, als "met de rug tegen de muur" ervaren situatie. Dit vanwege een slechte ventilatie en oxygenatie en de veronderstelling, dat sprake zou zijn van pulmonale hypertensie. Dit laatste ondanks dat zoiets zelden voorkomt enige weken na de geboorte.

De ventilatie en oxygenatie verbeterde, de circulatie bleef instabiel, Daarom werd dopamine gegeven en op 4 mei 2007 vanaf 3 uur hydrocortison. Vanwege convulsies werd vanaf 5 uur dormicum aan de medicatie toegevoegd.

Op 4 mei 2007 werd in het gezamenlijk overleg als werkdiagnose gesteld: meningitis en sepsis. De neuroloog zag de baby op 5 mei 2007 en liet een EEG maken, waarop een vrijwel leeg beeld was te zien met af en toe laag gevolteerde scherpe activiteit. Omdat de conditie dat pas op 6 mei 2007 toeliet, werd dan een diagnostische ruggenprik (LP) gedaan en een MRI-scan vervaardigd. Een meningitis werd niet bevestigd en de MRI beelden pasten bij hypoxisch ischaemische encephalopathie en dat deed vermoeden, dat

sprake is geweest van een periode van asfyxie met verminderde bloeddorstrooming van de hersenen (cerebrale perfusie).

Communicatie met de ouders

In geen van de beschrijving komen de waarnemingen van de ouders betreffende hun baby, hun pogingen de medewerkers daarover te alarmeren en de betekenis hieraan toegekend voor, noch de reacties hierop. Wel werd de relatie met de ouders en de overweging niet alle dingen met hen te bespreken in het medisch dossier vermeld. Ook dat de ouders later een medische fout vermoeden en kritische vragen blijven stellen werd vermeld. Uit de toelichting hierop van de artsen van de NICU wordt duidelijk, dat de onrust van het kind na de operatie op 2 mei (2007; N.o.), de waarnemingen daarvan door de verpleging en de ouders en hun bezorgdheid daarover wel door hen zijn waargenomen en aanleiding waren tot het zoeken naar de oorzaak. Zij het impliciet, dus zonder dit met de ouders te bespreken, zijn hun zorgen wel serieus genomen. In de nacht van 4 op 5 mei 2007 was duidelijk, dat het om epileptische aanvallen ging en was de onrust van het kind het hoofdonderwerp van de zorg voor het kind. Toen is de zorg over de symptomen van de baby volgens de neonatoloog met de ouders aan het bed van het kind gedeeld.

Evaluatie op de NICU, oorzaak van de hersenschade en het staken van de beademing en ondersteuning van de hartfunctie

Het ziekenhuis concludeerde, dat het ongebruikelijke ziektebeeld sinds de avond van 3 mei 2007 niet werd begrepen. Bij de behandeling van de convulsies is ook de anesthesie betrokken en is nog eens doorgenomen hoe precies het incident bij de inleiding is verlopen. Geconcludeerd werd, dat dit geen verklaring bood, omdat het probleem te kort had geduurd.

Bij het multidisciplinair overleg, wat plaats vond na het vaststellen van de hypoxisch ischaemische encephalopathie, werd gezocht naar de periode waarin dit moet hebben plaats gevonden. De perioden met verlaagde zuurstofsaturatie werden daarbij minder van belang gevonden dan perioden met een verminderde bloeddorstrooming (perfusie). De te lage bloeddrukken tijdens de operatie werden als de waarschijnlijke oorzaak gezien.

Besloten werd de visie te vragen aan collegae te Utrecht en hen ook te vragen, of zij in konden stemmen met het staken van de medisch zinloos geachte behandeling. Deze second opinion leverde dezelfde conclusie op.

Op 22 mei 2007 werd daarop na overleg met de ouders de beademing en de toediening van dopamine gestaakt.

AANVULLENDE INFORMATIE VAN HET ZIEKENHUIS

De conclusie van het ziekenhuis was, dat het kind zieker was dan werd herkend. Zij concludeerde dat in deze casus dus allereerst goeddeels onbekende patiëntgebonden factoren van belang zijn geweest.

Als reeds doorgevoerde maatregelen werden genoemd

- de beschikbaarheid van kindranesthesiologische supervisie;

- het veranderde formulier voor de overdracht van de neonatologie naar de anesthesiologie;
- deze casus is op patiëntenbesprekingen besproken.

Over het resultaat van het onderzoek naar het functioneren van de anesthesioloog kon men geen mededelingen doen."

3. De tweede rapportage van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, uitgebracht op 14 juli 2011, bevatte de volgende bevindingen:

"Het verloop van ziekte en behandeling

Voorgeschiedenis

Jelmer is in Zwolle geboren op 15 maart 2007 als tweede van een drieling bij 32+2 weken, geboortegewicht 1900 gram, Apgar score 7/8/10 na 1/5/10 minuten.

Behalve passagère voedingsstoornissen en reden voor één dag Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) waren er tot 26 maart 2007 geen problemen. Toen werd een mogelijke infectie behandeld met antibiotica en CPAP. De bloedkweek bleef negatief. Op 30 maart 2007 ontwikkelde zich het beeld van een necrotiserende enterocolitis (NEC, max. stadium volgens Bell NEC II A). Op 31 maart 2007 werd hij naar het UMCG overgebracht in verband met een mogelijk noodzakelijke chirurgische interventie. Op de NICU van het UMCG volstond een conservatieve behandeling, kreeg Jelmer vanaf 8 april 2007 weer orale (enterale) voeding en werd hij op 13 april 2007 weer teruggeplaatst naar de Isala Klinieken waar het verder goed ging tot op 17 april 2007.

Preoperatieve traject

Op 17 april 2007 was sprake van een progressief opgezette buik met gallige voedingsretenties, apnoe's en slechte circulatie. Er werd gedacht aan een recidief NEC, dan wel een obstructie ileus met infectie. In Zwolle werd gestart met antibiotica en kunstmatige beademing. Op 18 april 2007 werd Jelmer opnieuw voor een chirurgische beoordeling opgenomen op de NICU in het UMCG. Chirurgische interventie werd op dat moment niet nodig geacht evenmin als ondersteuning van zijn circulatie. Er was sprake van een sepsis met een *Staphylococcus capitis*, gevoelig voor de gegeven antibiotica. Jelmer knapte op en op 20 april 2007 was geen ondersteuning van de ademhaling meer nodig. Achteraf was er dus geen sprake van NEC. Mogelijk was er sprake van sepsis en een daarbij passende ileus of een ileus door primaire darmobstructie als restverschijnsel van de NEC met secundair een (abdominale) sepsis ten gevolge van stasis.

Op 20 april 2007 werd bij de coloninloop foto's een stenose gezien die als oorzaak van de darmobstructie werd beschouwd. Bij het opnieuw introduceren van de voeding lukte het niet uit te breiden tot meer dan 8 x 10 ml terwijl volledige voeding 8 x 55 of 60 ml zou zijn. Op 1 mei 2007 werd de indicatie gesteld tot een laparotomie wegens een mechanische darmobstructie en het tegelijkertijd chirurgisch plaatsen van een centraal veneuze lijn. Jelmer was toen al tien dagen zonder ondersteuning, cardiaal en respiratoir in goede conditie en werd parenteraal gevoed. Er was geen spoedindicatie.

De kinderchirurg wilde op 2 mei 2007 opereren en heeft Jelmer aangemeld voor de spoedtafel en de anesthesie ingelicht. In het UMCG wordt met spoedtafel bedoeld alles

van echte spoed tot en met die ingrepen die niet kunnen wachten op de reguliere planning van een tot enkele weken.

De kinderchirurg heeft op 1 mei 2007 voor het eerst met de ouders gesproken over de voorgenomen operatie. Daarvoor liep het contact via de medewerkers van de afdeling kindergeneeskunde - neonatologie.

De medische status (patiëntendossier) ging niet mee naar de operatiekamer (OK). Wel een formulier dat daartoe op de NICU werd ingevuld met diagnose, actuele behandelingen en laboratoriumuitslagen. Er werd bloed besteld en profylactisch augmentin en gentamycine voorgeschreven.

Een anesthesist is op 1 mei om 18.00 uur op de afdeling bij Jelmer geweest. Hij heeft een gesprek gehad met de superviserend neonatoloog en geconstateerd dat er geen problemen bij de anesthesie werden verwacht. Hij heeft geen gesprek gehad met de ouders. De betreffende anesthesist was niet degene die op 2 mei 2007 Jelmer anesthesie gaf. De ingreep zou de volgende ochtend 2 mei 2007 plaatsvinden afhankelijk van het aanbod van spoedpatiënten.

De behandelend anesthesist heeft in de brief van 3 juni 2008 het verdere verloop als volgt beschreven:

Jelmer werd op 2 mei 2007 om ongeveer 13.15 uur door de anesthesist en de anesthesieverpleegkundige gezamenlijk opgehaald bij de holding.

Met de ouders die Jelmer mee wegbrachten, was kort contact, waarbij de anesthesist ervan uitging dat de ouders over de anesthesie ingelicht waren.

Bij de ingang van het OK-complex heeft een mondelinge overdracht plaatsgevonden van verpleegkundige NICU aan de anesthesist en de ingevulde anesthesielijst is overhandigd. Op de lijst heeft de anesthesist geen bloeddrukwaarden gevonden. Hoewel op de lijst geen informatie betreffende de ouders stond vermeld, is de anesthesist ervan uitgegaan dat de ouders door de anesthesist die het preoperatief consult gedaan had waren ingelicht.

Jelmer was toen 39 weken oud en 3200 gram. De anesthesist beschreef een wakker kind zonder opvallende afwijkingen die wezen op een "moeilijke luchtweg", Jelmer had al een maagsonde en een infuus met glucose 10% (20 ml/uur).

Tijdens de operatie

Jelmer werd om 13.30 uur overgelegd op de operatietafel waarna de volgende handelingen werden beschreven:

De monitors voor de zuurstofsaturatie, ECG en bloeddruk werden aangesloten.

Preoxygenatie met 100% zuurstof.

Aansluitend langzame applicatie van 5µg fentanyl.

Na twee tot drie minuten langzame applicatie van 2x 10 mg propofol, waarna de spontane ademhaling stopte.

De anesthesist deed twee vergeefse pogingen om met de kap te beademen.

Er werd een Mayotube (maat 00) geplaatst, waarna er nog geen beademing mogelijk was. De saturatie was op dat moment meer dan 95%.

De operatieassistent werd gevraagd met spoed het stafflid anesthesiologie, beschikbaar voor acute bijstand, te bellen en een extra anesthesiemedewerker.

Er werden ondertussen meerdere pogingen ondernomen om Jelmer met een groter (01) masker en bij een andere positie na triple airway manoeuvre te beademen.

Naar schatting 30 tot 45 seconden na de telefonische oproep arriveerde de tweede anesthesist en hem werd gevraagd de beademing over te nemen. De zuurstofsaturatie was toen gedaald naar 70%,

Het lukte toen snel door het hoofd opnieuw te positioneren en met bimanuele jaw thrust Jelmer met het masker te beademen.

Gedurende vijf tot tien seconden was er een extreme bradycardie (tot 40/mm), reden voor de anesthesioloog om atropine te geven.

Door de beademing herstelde de saturatie en kwam de frequentie binnen enkele seconden weer boven de 140/minuut, zodat hartmassage niet nodig was.

Er vond orale intubatie plaats met tube maat 3,0 bij een saturatie van 98% en een hartfrequentie van 140/mm.

De anesthesie werd onderhouden met sevofluran 3,5-4 vol% (inspiratoire concentratie). Deze hoge dosering gaf de anesthesist, omdat hij onmiddellijk na intubatie bij Jelmer spastisch een bronchospasme vermoedde. De bloeddruk na inleiding was daarbij 50/25 mm Hg. Beademing onder hogere drukken (pmax 18 cm H₂O) was aanvankelijk nodig voor een goede oxygenatie.

De oscillometrisch gemeten bloeddruk na aanpassing van de dosis sevofluran naar 3 vol % en toediening 2 boli 20 m NaCl oplossing was 50/20 mm Hg. Er werden geen schommelingen in de oxygenatie meer gezien.

Na de pulmonale verbetering kon de beademingsdruk snel worden verminderd (naar pmax 15 en 13 cm H₂O). De ademfrequentie was 31/mm, de volumina lagen tussen de 20 en 40 ml, er waren geen CO₂ schommelingen, de waarden endexpiratoir 3,1 tot 3,7. Er waren goede saturatiesignalen van de voet en hand. De hartfrequentie bleef gemiddeld ongeveer 130/min.

Beide anesthesisten beoordeelden de situatie vanaf hier als stabiel.

De anesthesist schatte de duur van de hypoxie (saturatie <90%) tijdens de inleiding op "hooguit één tot twee minuten. De tijd van de bradycardie minder dan vijf tot tien seconden".

Hij schreef dat er tijdens de inleiding geen tijd was het anesthesieverslag handmatig bij te houden. "De poging later de registratie in te vullen was om meerdere redenen lastig: het anesthesietoestel moest verplaatst worden waarbij de stekker uit het stopcontact is gegaan en alle gegevens waren verloren."

Behalve de reeds genoemde middelen kreeg Jelmer toegediend: 2,5 mg esmeron (=spierverlapper rocuronium).

De operatie begon om ongeveer 14.00 uur. De chirurg is aan de linker zijde begonnen met de aanleg van een centrale lijn, ondanks het feit dat uit eerdere ingrepen bekend kon zijn dat daar problemen verwacht konden worden.

Chirurgische aanleg van de centrale lijn lukte pas bij een tweede poging aan de rechter arm om 14.15 uur.

Er werden wat betreft de klinische observatie gedurende de verdere operatie louter normale bevindingen beschreven.

Om 16.35 uur werd de operatie beëindigd en is Jelmer overgelegd op zijn eigen bed en met de hand beademd om 16.40 uur naar de NICU teruggebracht. Bij de overdracht aan de zaalarts is mondeling gerapporteerd over de problemen bij de inleiding: de initiële beademingsproblemen met saturatiedaling.

Het bloedverlies was verwaarloosbaar en het initiële Hb van 6,0 mmol/l was en bleef boven de norm waarbij een transfusie wordt overwogen.

De hoeveelheid toegediend vocht per infuus tijdens de operatie bedroeg aanvankelijk 15ml/uur (glucose 10%) en nadat de tweede poging om een centraal veneuze infuuslijn aan te leggen was geslaagd (tijdstip aangegeven als 14.15 uur) 30 ml/uur (Ringerlactaat oplossing). Verder is 50 ml NaC 0,9% oplossing geïnjecteerd verdeeld over meerdere boli.

De peroperatief toegediende medicatie betrof:

Sevoflurane	3-4 vol%
Esmeron	2,5 mg i.v.
Fentanyl	3x5 µg i.v.
Kefzol	75 mg
Atropine	0,2 mg i.v.
Propofol	20/10/10 mg (gefractioneerd)

Postoperatief

Jelmer is omstreeks 17.00 uur naar de NICU teruggedaan. Bij de beschrijving van de overdracht werd wel gesteld dat de intubatie moeilijk was verlopen, maar in het medisch dossier is geen melding gemaakt van de lage saturatie en de bradycardie tijdens de inleiding.

Bij de overdracht door de chirurg kwam ter sprake dat er veel verklevingen waren losgemaakt, een iatrogene perforatie was overhecht en er een ileostoma was aangelegd.

Op de NICU was er initieel sprake van een lage bloeddruk die herstelde na eenmalige bijvulling met fysiologisch zoutoplossing. Na de HB-controle (5,3 mmol/l) vond een bloedtransfusie plaats. De postoperatieve beademing en bewaking verliepen op 2 mei 2007 normaal.

's Nachts werd natriumbicarbonaat gegeven in verband met een metabole acidose en werden de beademingsdrukken verhoogd en later werd nog bijgevuld met zoutoplossing. Dit is als een normaal beloop beschouwd na een buikoperatie.

Als opvallende waarnemingen op 3 mei 2007 werden gemeld: hij lijkt wakker, laat zich volledig beademen, staart met open ogen, later gespannen en onrustig, soms lijken er aanvallen van tonische kramp te zijn waarbij hij gebalde vuistjes heeft, blijvend verhoogde temperatuur (koorts), bloeddruk en hartfrequentie. Als interpretaties, overwegingen en maatregelen werden vermeld: ondervulling ten gevolge van een vaatlek, een verdenking op een infectie waarvoor de antibiotica werden gecontinueerd na afname bloedkweek, pijn waarvoor morfine werd aangepast en paracetamol werd bijgegeven. En aangezien de pijn ook door de lucht in de darmen veroorzaakt zou kunnen worden, sondeerde de chirurg rond 18.30 uur via het ileostoma. Dit laatste had geen effect op de onrust. Inmiddels 24 uur postoperatief werd door de dienstdoend

neonatoloog nog een inadequate beademing en blaasretentie overwogen maar gezien de overige bevindingen weer verworpen. Met enig effect werd de pijnmedicatie aangepast. In de loop van de nacht moesten de beademingsdrukken fors worden verhoogd en bleek er op de X-thorax een grof vlekkelig beeld wat deed denken aan ARDS met of zonder een pneumonie. Na het verkrijgen van iets bloederig sputum bij uitzuigen werd een diffuse intravasale stolling met longbloeding overwogen wat kan passen bij een ARDS.

Om 22.30 uur werd zout toegediend in verband met een hyponatriaemie tot 122 mmol/l, geweten aan een multi-organfalen bij een vaatlek. Om 23.00 uur werd van de al geïntensiveerde beademing overgeschakeld op HFOV. Er werd een nieuwe bloedtransfusie gegeven. De kindercardioloog werd in consult geroepen vanwege de inmiddels matige ventilatie en circulatie - lage tensie, hoge zuurstofbehoefte - en verdenking op pulmonale hypertensie. Op 4 mei 2007 is een echocardiogram gemaakt. Op 4 mei 2007 werden ook convulsies als verklaring overwogen en om 02.00 uur werd Jelmer aangesloten op de Cerebrale Functie Monitor (CFM) waarmee een status epilepticus werd gediagnosticeerd. Na de toediening van Fenobarbital verbeterde de convulsies, maar nam de saturatie af tot rond de 75%. De dienstdoend neonatoloog besloot na afstemming met de kindercardioloog NO aan de beademing toe te voegen, omdat er sprake was van een slechte ventilatie en oxygenatie en de veronderstelling dat er sprake zou zijn van pulmonale hypertensie. De ventilatie en oxygenatie verbeterden, de circulatie bleef instabiel, Daarom werd dopamine gegeven en op 4 mei 2007 vanaf 03.00 uur hydrocortison. Vanwege convulsies werd vanaf 05.00 uur dormicum aan de medicatie toegevoegd.

Op 4 mei 2007 werd in het gezamenlijk multidisciplinair intensieve care overleg als werkdiagnose gesteld: meningitis en sepsis. De neuroloog zag Jelmer op 5 mei 2007 en liet een EEG maken, waarop een vrijwel leeg beeld was te zien met af en toe laag gevolteerde scherpe activiteit. Omdat de conditie dat pas op 6 mei 2007 toeliet, werd toen een lumbaalpunctie gedaan en een MRI vervaardigd. Een meningitis werd niet bevestigd en de MR beelden pasten bij hypoxisch ischemische encephalopathie wat deed vermoeden dat er sprake was geweest van een periode van asfyxie met verminderde cerebrale perfusie.

In de verslaglegging komen de waarnemingen van de ouders, hun pogingen de medewerkers te alarmeren en de betekenis die hieraan is toegekend niet voor, noch de reacties hierop. Wet wordt de relatie van de medewerkers met de ouders - die een medische fout vermoedden en kritische vragen stelden - besproken. Van gesprekken van artsen en verpleegkundigen met de ouders zijn wel aantekeningen in het dossier gemaakt.

Het ziekenhuis concludeerde dat het ongebruikelijke ziektebeeld sinds de avond van 3 mei 2007 niet werd begrepen. Bij de analyse van de oorzaken van de convulsies was ook de anesthesie betrokken en was nog eens doorgenomen hoe het incident bij de inleiding precies was verlopen. Geconcludeerd werd dat dit geen verklaring bood, omdat het probleem te kort had geduurd.

Bij het multidisciplinair overleg, dat plaatsvond na het vaststellen van de hypoxisch ischemische encephalopathie, werd gezocht naar de periode waarin dit moet hebben plaatsgevonden. De perioden met verlaagde zuurstofsaturatie werden daarbij minder

van belang gevonden dan de perioden met een verminderde perfusie. Besloten werd de visie te vragen van collega's te Utrecht en hen ook te vragen of zij konden instemmen met het staken van de behandeling.

De twee neonatologen uit Utrecht stemden in met het beëindigen van de behandeling. Zij stelden dat de meest waarschijnlijke oorzaak leek te liggen bij de operatieve ingreep. "In retrospect zijn de bloeddrukken tijdens de OK laag voor de bloeddrukken die Jelmer pre- en postoperatief had. Waarschijnlijk kunnen de bloeddrukken tijdens de operatie dan ook de oorzaak zijn van de uitgebreide hypoxisch-ischaeemische schade, eerder dan het kortdurend incident bij de inleiding van de operatie."

De anesthesist uit Utrecht kwam tot de volgende conclusie: "Het perioperatieve beloop overziend kan gesteld worden dat een aantal punten relevant kan zijn in relatie met de uiteindelijke neurologische toestand, te weten:

1. het niet normocapnisch beademen, het niet regelmatig controleren van paCO_2 ;
2. het accepteren van een relatief lage bloeddruk en relatief lage hartfrequentie bij een drie uur durende hoge concentratie Sevoflurane;
3. het niet regelmatig sampelen van bloed ter controle van Hb, glucose, electrolyten en bloedgas.

Gezien de uitgebreide ook recente discussie in de literatuur is nog veel discussie mogelijk over wel of niet transfunderen.

Het is overigens niet met zekerheid te stellen dat, indien al deze genoemde punten beter waren uitgevoerd, het uiteindelijke neurologische beloop anders geweest zou zijn. Duidelijke gegevens en aanwijzingen in de literatuur ontbreken vooralsnog. Daarbij dient tevens te worden opgemerkt dat ook na de operatieve periode Jelmer nog zeer instabiel is geweest waarbij deze instabiliteit ook een rol kan/zal spelen bij het uiteindelijk neurologisch beeld."

Op 22 mei 2007 werd daarop de beademing en de toediening van dopamine gestaakt.

Daarna werd Jelmer respiratoir en circulair suffiënt met goede bloeddruk.

Het verdere beloop van de opname tot 1 juni 2007 was gericht op het instellen van de anti-epileptische medicatie, het toewerken naar orale voeding en het instellen van een follow-up traject in Zwolle in samenwerking met de ouders en de collega's in Zwolle."

BIJLAGE 3

Overzicht dat het UMCG heeft verstrekt van de gesprekken die in mei 2007 hebben plaatsgevonden tussen de artsen en de ouders.

Datum/kenmerk	Communicatiemedium	Aanwezig(-en)	Inhoud	Opmerkingen
1-mei-2007	Verslag van gesprek in rapportage	Kinderchirurg, ouders, (,,), verpleegkundige	Uitleg over de operatie en de noodzaak daartoe. De voorkeur gaat uit dat Jelmer als eerste patiënt gaat	Moeder had het er nogal moeilijk mee en was nogal teleurgesteld dat hij geopereerd moest gaan worden. Vroeg ook welke artsen dit besloten hadden. De chirurg vertelde dat het zowel de neonatologen als chirurgen waren, dus een heel team. Vader zei: "als het moet, dan moet het maar." Moeder was nogal geschrokken en had gehoopt dat het anders was gelopen
3-mei-2007	Verslag interdisciplinair overleg	Neonatoloog, ouders en verpleegkundige	Verloop operatie uitgelegd wat er gedaan is. Jelmer lijkt pijnlijk waarvoor extra morfine en paracetamol. Bolle buik vanwege operatie. Koorts, waarvoor antibiotica	Vragen ouders beantwoord aangaande morfine, kans op verklevingen, herstel etc.
4-mei-2007	Verpleegkundige.	Gesprek met ouders, 2	Infectie,	Situatie is zorgelijk. Ouders

	Voortgangsrapportage	neonatologen en verpleegkundige	hersenvliesontsteking? Stuipe, waarvoor neuroloog in consult en EEG	zijn aangeslagen omtrent de situatie van Jelmer. Maatschappelijk werk is aangekaart
4-mei-2007	Verslag van gesprek in klinisch vervolgvel	Ouders, neonatoloog, verpleegkundige	Ouders verzocht naar Groningen te komen na 2 ^e bloed in tube en beademingsproblemen slapen nu op M3VA (1.00 uur) problemen Jelmer benoemd	Ouders non-verbaal erg bezorgd en verdrietig. Zijn op mijn advies rond 3.00 uur gaan slapen
4-mei-2007	Verslag van gesprek in klinisch vervolgvel	Ouders, arts, verpleegkundige	Vervolg	Ouders uiten zich moeilijk. Er lijkt veel opgekropte woede te zijn, dit ook met ouders besproken. Moeder geeft aan dat als ze dit had geweten, zij nooit toestemming had gegeven voor OK. Noodzaak OK herhaald.
5-mei-2007	Verslag van gesprek in klinisch vervolgvel	Ouders, 2 neonatologen, verpleegkundige	Code C beleid (niet reanimeren)	Code C beleid afgesproken met 4 neonatologen, 2 kinderneurologen, 1 hoogleraar

6-mei-2007	Verslag van gesprek in klinisch vervolgvel	Ouders, neonatoloog, verpleegkundige	Uitslag besproken	Boosheid van moeder over aanvallen door hen gezien, door verpleegkundige geen aandacht aangegeven. Dr heeft beloofd dit te zullen bespreken
6-mei-2007	Verpleegkundige. Voortgangsrapportage	Ouders en verpleegkundige	Ouders geven aan het raar te vinden dat Jelmer verzorgd wordt door een leerling verpleegkundige	Leerling verpleegkundige heeft uitleg gegeven hierover en dat zij altijd onder begeleiding/ supervisie werkt.
6-mei-2007	Verslag van overleg in klinisch vervolgvel	8 artsen, waaronder neonatologen, kinderneurologen, kinderanesthesiologen, kinderchirurgen en verpleegkundige	Second opinion	Sociale situatie moeizaam: met name contact moeder
6-mei-2007	Verslag van overleg in klinisch vervolgvel	2 neonatologen, verpleegkundige, ouders	Second opinion	Boosheid ouders besproken. Pa heeft wel vertrouwen, moeder nu ook wel weer, moeder herhaalt niet gezien hebben van convulsies door verpleegkundige Maatschappelijk werk WEER aangeboden en afgewezen. Later wel gesprek met pastoor (...)
?	Maatschappelijk werk, in Klinisch vervolgvel		Obductie, willen ouders graag	

7-mei-2007	Verpleegkundige. Voortgangsrapportage	Neonatoloog, verpleegkundige en ouders	Ouders geven aan dat ze het moeilijk hebben met afgelopen donderdag (3) mei. Ze hebben het gevoel dat er niet adequaat gereageerd is op de situatie van Jelmer	Uitleg gegeven over de situatie van afgelopen donderdag en onduidelijkheid over de oorzaak van hersenschade
7-mei-2007	Verslag van gesprek in klinisch vervolgvel	Neonatoloog, verpleegkundige, ouders	Opnieuw lumbaal punctie. Ouders geven aan dat ze het moeilijk hebben met afgelopen donderdag (3) mei. Ze hebben het gevoel dat er niet adequaat gereageerd is op de situatie van Jelmer	Dezelfde dag is uitleg gegeven als de vorige dag
8-mei-2007	Verslag van gesprek in klinisch vervolgvel	Neonatoloog, verpleegkundige en ouders	Utrecht (second opinion) prognose ook somber	Moeder blijft het gevoel houden dat er niet goed naar haar geluisterd is en naar Jelmer gekeken is
15-mei-2007	Verslag van gesprek in klinisch vervolgvel	Afdelingshoofd, ouders en verpleegkundige	Vervolg	Uitgelegd dat ik zelf veel wantrouwen bespeur bij de ouders, moeder voelt zich onbegrepen en krijgt geen antwoord op vragen, niet stoppen IC behandeling vanwege boosheid moeder
16-mei-2007	Verslag van gesprek in klinisch vervolgvel	Afdelingshoofd ouders en verpleegkundige	Herhaling gesprek	

21-mei-2007	Verslag van gesprek in klinisch vervolgvel	Afdelingshoofd, ouders en verpleegkundige	Vragen beantwoorden van ouders, besproken over hoe abstineren zou gaan, 22 mei	Groot verslag door dr. (...) over de antwoorden en ondersteuning aan ouders
21-mei-2007	Verslag van gesprek in klinisch vervolgvel	Neonatoloog	Geroepen i.v.m. tube??	Tube opnieuw??
22-mei-2007	Verslag van gesprek in klinisch vervolgvel	Afdelingshoofd	Verhuizing naar box 11.00 uur abstineren	
23-mei-2007	Verslag van gesprek in klinisch vervolgvel	Afdelingshoofd	Onveranderd code C	Uitleg beloop
25-mei-2007	Verslag van gesprek in klinisch vervolgvel	Afdelingshoofd	PRISMA besproken, overplaatsing Zwolle	Moeder wil graag de komende tijd dagelijks tensie meten om variatie te zien, moeder geeft aan dat het UMCG de extra zorg gaat regelen, moeder wil kopie van het medisch dossier
30-mei-2007	Verslag van gesprek in klinisch vervolgvel	Afdelingshoofd	Gesprek	?
31-mei-2007	Verslag van gesprek in klinisch vervolgvel	Afdelingshoofd en verpleegkundige	Gesprek ouders	Ouders willen graag ook met PRISMA analyse mensen praten, gaat (...) voorleggen aan onderzoekers, ouders kopie van status gegeven
25-juni-2008	Brief aan directeur MZ	Kinderchirurg	Inhoud (inbreng lange lijn in rechter elleboog) en aard gesprek (assertief en claimend gesprek)	"Tenslotte wil ik mijn medeleven betuigen aan de ouders van Jelmer"

BIJLAGE 4

Verslag van de hoorzitting van de heer T., anesthesioloog, gehouden op woensdag 9 november 2011 op het Bureau van de Nationale ombudsman.

Nb: op 29 november 2011 heeft de heer T. gereageerd op het verslag. Zijn aanvullende opmerkingen zijn tussen haakjes in de tekst toegevoegd. Feitelijke onjuistheden zijn gecorrigeerd

Aanwezig: dr. T., anesthesioloog
de advocaat

namens het Bureau Nationale ombudsman:
de substituut ombudsman
een behandelend onderzoeker (verslag)

Het verslag bevat een zakelijke weergave van hetgeen door de heer T. onder ede werd verklaard.

De substituut ombudsman geeft een toelichting op het doel van het onderzoek door de Nationale ombudsman. Het richt zich op wat de IGZ heeft gedaan en wat het UMCG heeft gedaan. Het onderzoek moet ertoe leiden dat de ouders van J. weten wat de feiten zijn van hetgeen is voorgevallen voor, tijdens en na de operatie en dat er over die feiten geen discussie meer bestaat.

De ouders worden over de te nemen stappen in het onderzoek geïnformeerd en weten dat nu de hoorzitting met de heer T. plaatsvindt. Naar aanleiding daarvan hebben zij een aantal vragen die bij hen leven op schrift gesteld met het verzoek om die te stellen aan de heer T.

Een belangrijke vraag van de ouders is, dat er in de reactie die de advocaat namens de heer T. heeft opgesteld naar aanleiding van het eerste IGZ rapport, gesproken wordt van een "wel erg ziek kind". De ouders vragen zich af wat de feiten zijn, de medische feiten of nog breder dan dat, waarom de heer T. in de reactie op het rapport van de IGZ de advocaat liet schrijven dat het ging om een wel erg ziek kind (toevoeging de heer T. 29 november 2011: Aanvullende opmerking: Deze uitspraak wordt in een brief van de directeur, meneer dr. A., aan de IGZ (mr. drs. D. J.) van 15 november 2007 als een aandachtspunt uit de PRISMA-analyse omschreven ("in algemene zin het beeld dat patiënt kennelijk zieker was dan herkend is")).

De heer T. vertelt dat het gegeven dat er besloten wordt om zo'n jong kind te opereren betekent dat het een erg ziek kind is. Hij is zich ervan bewust dat hij onder ede staat en moet dus goed nadenken over wat hij zeker weet en wat hij niet meer zeker weet. Wat hij zich wel zeker weet te herinneren is dat J. bij zijn geboorte ook een moeilijke start had. Hij is toen een dag beademd in het ziekenhuis in Zwolle. J. leed vervolgens aan een

necrotiserende enterocolitis, dat is een ziekte. Uiteindelijk werd ervoor gekozen om hem te opereren en dat doet een dokter niet als daar geen reden voor is.

De substituut ombudsman geeft aan dat in allerlei stukken staat dat hij tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis voor de operatie zelfstandig ademt, dat hij al wat langer in het ziekenhuis lag omdat hij moeilijk vervoerd kan worden als hij zieker zou worden, er wordt gesproken over wel spoed, geen spoed. De heer T. beschrijft ook ergens dat als hij J. ophaalt voor de operatie, hij alert is.

De substituut ombudsman begrijpt het zo dat, de constatering dat het om een heel jong kind met darmproblemen gaat en dat geopereerd moet worden, maakt dat de heer T. zegt dat het een erg ziek kind was.

Dat beaamt de heer T. Hij meent zich te herinneren dat het kind aan de beademing lag in Zwolle, waar hij is geboren en dat hij toen longproblemen had.

Het klopt dat het kind voor de operatie wakker was.

De substituut ombudsman vraagt of het voor de heer T. van belang was dat Jelmer longproblemen had gehad.

De heer T. antwoordt dat dat later wel van belang was. Tijdens de inleiding van de operatie bleek dat het kind gevoelige longen had. Het zou kunnen zijn dat dat het gevolg was van een longontsteking of longproblemen al is dat nooit met 100% zekerheid te zeggen.

Ook al leek hij adequaat voor de inleiding van de operatie en ademde hij zelfstandig, kleine kinderen zijn kwetsbaar en je kunt aan de buitenkant niet altijd zien welke eventuele schade er aan de binnenkant zit.

De substituut ombudsman zegt dat zij naar alle teksten heeft gekeken die over de toestand van J. gaan en ook de volgorde daarin. Wat daarbij opvalt is dat het UMCG al in een vrij vroeg stadium (waarschijnlijk al tijdens de Veilig Melden procedure en rond de eerste contacten met de IGZ) lijkt te zeggen dat de toestand waarin J. nu verkeert, niet aan de cure en de care heeft gelegen, hoewel er op allerlei vlakken dingen anders gegaan zijn dan ze normaal gaan, maar aan onbekende patiënt-gerelateerde factoren. De substituut ombudsman vraagt de heer T. of hij weet wat bekende factoren zijn die ertoe leiden dat een kind zuurstoftekort oploopt.

De advocaat stelt aan de orde dat het al een conclusie is dat het hersenletsel het gevolg is van het zuurstofgebrek. Dat is echter nooit vastgesteld.

De substituut ombudsman vraagt de heer T. of dat klopt.

De heer T. zegt dat dat zou kunnen maar de vraag is natuurlijk hoe dat is gekomen. Daar kunnen meerdere redenen voor zijn. Hersenen hebben zuurstof nodig en krijgen dat via het bloed. Maar het kan zijn dat de hersenen niet goed werden doorbloed of dat het bloed te weinig zuurstof bevatte. Er kan ook sprake zijn van een niet bekende vaatafwijking, maar dat is speculatie. De necrotiserende enterocolitis waar J. voor geopereerd is, is ook iets wat met vaten te maken heeft.

Hoe het stond met de doorbloeding van de hersenen ten tijde van de anesthesie, en daar gaat het uiteindelijk om, is moeilijk vast te stellen. Daarvoor is geen betrouwbare 100% meting met apparatuur mogelijk.

De advocaat benadrukt dat het ging om een kwetsbaar kind en een risicovolle operatie. Feit is dat alle betrokkenen niet ongerust waren toen J. vanuit de operatiekamer werd overgebracht naar de IC. Ongeveer 12 tot 24 uur na de operatie werd men op de IC wel ongerust over de toestand van J.. Wat de advocaat wil zeggen is dat vanuit die situatie er voortdurend wordt terug geredeneerd. Maar in de second opinions en ook door mevrouw O. (toevoeging N.o.: inspecteur van de IGZ) wordt de vraag gesteld of het mogelijk was dat er sprake was van een pre-existing condition. Wat hij probeert aan te geven is dat de focus van iedereen, ook van de ouders, echter altijd is geweest op de operatie.

De substituut ombudsman geeft aan dat zij door alle stukken heen leest dat J. is zoals hij is omdat zijn hersens een tijd geen zuurstof hebben gehad. Uiteraard gaat de discussie erover wanneer dat zuurstofgebrek is opgetreden.

De advocaat stelt niet ter discussie dat het hersenletsel van J. het gevolg is van zuurstofgebrek, dat is door dokters vastgesteld en dat neemt de advocaat dus aan.

De substituut ombudsman vraagt of we erachter kunnen komen wanneer er zuurstofgebrek in de hersenen van J. heeft plaatsgevonden .

De heer T. vertelt dat die vraag niet te beantwoorden is, medisch gezien is niet met 100% vast te stellen waarom en op welk moment dat zuurstofgebrek is geweest. Dat is ook het hele probleem in dit verhaal.

Dit kan, zoals hij al eerder zei, te maken hebben met onbekende patiëntgebonden factoren zoals een vaatafwijking en de doorbloeding van de hersenen.

De heer T. heeft veel nagedacht over deze zaak en daar nachten van wakker gelegen. Hij heeft collega's gebeld die bekend zijn met kinderanesthesiologie en de zaak met hen besproken, waaronder ook de bloeddruk van J.. Al zijn collega's zijn van mening dat wat J. is overkomen, niet alleen aan de bloeddruk van J. kan liggen. Als dat zo zou zijn, zouden er meerdere keren per dag mensen hersenletsel oplopen vanwege een lage bloeddruk. Ook heeft hij, al is dat wat langer geleden, in Göttingen in het universiteitsziekenhuis als intensivist gewerkt met kinderen met dergelijke bloeddrukken. Die kinderen zijn of overleden omdat ze een hartafwijking hadden of ze hebben er niks aan overgehouden.

De heer T. kan zich goed voorstellen dat de ouders heel precies willen weten wat er is misgegaan en op welk moment. Maar medisch is niet meer vast te stellen wat exact de reden is geweest.

De substituut ombudsman refereert aan het tweede rapport van de IGZ. Daarin staat dat tijdens de operatie of in de 72 uur daarna zuurstofgebrek is opgetreden en dat uit de literatuur blijkt dat kortdurend zuurstof gebrek niet tot dergelijk schade leidt.

De heer T. vertelt dat er moeilijkheden waren bij de inleiding van de operatie. De problemen met de beademing aan het begin van de operatie leidde tot een daling van de

saturatie. Dit heeft niet langer dan 1 à 1 ½ minuut geduurd. Hij heeft er een collega bij gehaald en toen is het gelukt om het snel weer op te pakken. J. heeft zich toen weer goed hersteld. In de literatuur staat dat die tijd van 1 of 1 ½ minuut te kort is om te leiden tot de problemen die J. kreeg. Die korte fase is het dus niet geweest.

De substituut ombudsman vraagt of de heer T. het kind aan het begin van de operatie handmatig beademde.

De heer T. beaamt dat en geeft nogmaals aan dat deze fase dus te kort is geweest om te leiden tot de problemen.

De substituut ombudsman zegt dat het heel vervelend is dat er niet goed gedocumenteerd is. De heer T. vertelt dat hij daar nu zelf ook heel veel last van heeft, zeker ook omdat de stekker (Toevoeging de heer T. 29 november 2011: van de monitor) uit het stopcontact is gegaan.

De substituut ombudsman vraagt of de heer T. kan uitleggen hoe de stekker uit het stopcontact is gegaan.

De heer T. weet alleen nog dat het apparaat naar de andere kant moest, het kan links of rechts van het hoofd staan. Om het te verplaatsten moest de stekker van 1 van de 2 bewakingsapparaten eruit gehaald worden. Daarbij zijn de gegevens verloren gegaan. Daarom moest de heer T. achteraf alle gegevens invullen. Hij moet toegeven dat, met name vanwege de hectiek rond de inleiding, daarbij de lage hartfrequentie notering is uitgebreid naar 10 minuten. Dat is natuurlijk veel te lang en zo lang was het in werkelijkheid ook niet.

De substituut ombudsman merkt op dat het ziekenhuis zegt dat het apparaat niet het enige is dat alles bijhoudt maar dat er ook geregistreerd wordt. De heer T. geeft aan dat dit ook zijn taak is. Zolang hij bezig is met de beademing heeft hij zijn handen vol en kan niet registreren.

De heer T. zegt dat er niemand anders is en vertelt dat hij de anesthesielijst dus ook later heeft ingevuld.

De substituut ombudsman vraagt of er helemaal niemand is die er alleen is om alles bij te houden en te registreren.

Dit is niet zo, vertelt de heer T., dat is ook niet te betalen.

De heer T. legt uit dat het zo werkt dat je elke minuut de bloeddrukwaarden en de hartwaarden handmatig invult. Dat is ook een probleem bij het noteren van een lage bloeddruk, dat gaat van 53 naar 55, 56. (Toevoeging de heer T. 29 november 2011: Wil zeggen: de waarden worden niet numeriek, wel met een streep genoteerd waardoor de bloeddruk waarden niet exact af te lezen zijn). Dat kun je helemaal niet zo goed per minuut opschrijven ook al probeer je dat zo goed mogelijk te doen.

Bij het achteraf invullen, wat gebeurde vanwege de hectiek bij de inleiding, lukt het dan natuurlijk niet meer om alles van minuut tot minuut precies in te vullen. Hij had zijn handen ergens anders voor nodig.

Overigens bestaat dit probleem voor zover de heer T. weet, nog steeds bij het UMCG.

De substituut ombudsman herhaalt nog eens dat er in de stukken allerlei tijden en waarden beschreven staan, dat de heer T. het achteraf heeft moeten invullen en het dus

schattingen zijn. Maar volgens de schatting van de heer T. ligt de duur van de lage hartfrequentie eerder binnen de minuut dan daarbuiten.

De heer T. vult nog aan dat de tweede aanwezige anesthesist niet eens had opgemerkt dat Jelmer een lage hartfrequentie had, zo kort heeft het geduurd.

Dus die 10 minuten die ergens in de anesthesielijst staan, dat is verkeerd ingevuld.

Het lag ergens rond de minuut en die duur, zo staat ook in de literatuur, is te kort om de hersenschade te veroorzaken.

De substituut ombudsman vraagt de heer T. naar het contact met de ouders. Uit de stukken blijkt dat daar tweemaal sprake van is geweest. Eenmaal tijdens de operatie, toen heeft de heer T. tegen de ouders gezegd: "nu is alles goed". De vader heeft de substituut ombudsman verteld dat hij de heer T. ook nog in het voorbijgaan heeft gesproken toen de heer T. het kind na de operatie naar de IC bracht. Klopt dat?

De heer T. vertelt dat de ouders blijkbaar door de afdeling werden gebeld en toen zijn gaan wachten in de gang voor de operatiekamer. Toen heeft de heer T. ze inderdaad gezien en tegen ze gezegd "Nu is alles goed", of iets in die trant, hij kan het zich niet meer letterlijk herinneren. Hij kan zich niet meer herinneren of hij de ouders daarna die dag nog heeft gesproken.

Wat er wel later nog heeft plaatsgevonden is een gesprek waarbij de ouders een anesthesist uit Zwolle hadden meegenomen. Die twee momenten kan hij zich goed herinneren

De reden waarom hij tijdens de operatie zei dat alles goed was, is omdat op dat moment ook alles goed ging met J..

De substituut ombudsman vraagt naar hoe de overdracht van de OK naar de IC bij J. is gegaan. De heer T. vertelt dat er een arts-overdracht was en hij heeft toen gesproken met de dienstdoende arts van de IC. Daarbij wordt alles wat van belang is gesproken. De substituut ombudsman heeft gelezen dat toen de constatering was dat de Hb van het kind niet zo geweldig was.

De heer T. beaamt dat en vertelt dat ze daar op de IC ook iets aan hebben gedaan.

Maar helaas is het zo dat bij een dergelijke overdracht niet alles wordt opgeschreven, veel wordt mondeling gedaan. Het protocol is dat aan de hand van de anesthesielijst alles besproken wordt en natuurlijk zijn de problemen bij de inleiding en de bloeddruk besproken.

De substituut ombudsman stelt vast dat als er iets moet gebeuren, zoals het Hb, er iets over wordt genoteerd wat later ook is terug te vinden. Maar de andere zaken die volgens het protocol worden besproken, zoals de bloeddruk, worden verder niet genoteerd.

De heer T. wijst erop dat bij een mondelinge overdracht met veel informatie het kan zijn dat de ontvanger bepaalde informatie vergeet.

De heer T. is van mening dat hij destijds J. zorgvuldig en volledig heeft overgedragen aan de IC.

De substituut ombudsman legt uit dat het van belang is dat de mededelingen gestaafd kunnen worden aan de hand van feiten. Niet zozeer om de heer T. te beoordelen maar

vanwege de vraag of er een verhaal te maken is aan de hand van alle feiten zodat er geen discussie over meer kan zijn.

Dit punt blijft daarin een vervelend punt, net als de schattingen van daarnet.

De heer T. begrijpt dat.

Hij merkt daarbij wel op dat de IC wel de anesthesielijst en het operatieverslag krijgt. Daar kijken zij ook naar en als daar dingen om wat voor een reden dan ook niet duidelijk of niet volledig op zijn, zou de IC daar zelf navraag naar moeten doen. Dat is ook gangbaar.

De substituut ombudsman vraagt naar de gesprekken met de ouders. De heer T. heeft ze tijdens de operatie heel kort gesproken en later met een anesthesist uit Zwolle erbij. Er is, zo geeft de advocaat desgevraagd aan, geen verslag van dat gesprek.

De substituut ombudsman heeft van het ziekenhuis en de advocaat begrepen dat er een aanbod ligt van de heer T. om met de ouders te praten. Voor de substituut ombudsman en voor het onderzoek is van belang om te weten: wat is er dat de heer T. nog niet gezegd heeft tegen de ouders? Wat zou hij dan tegen ze zeggen?

De heer T. legt uit dat hij het idee heeft dat de ouders nog altijd met veel vragen en onbegrip zitten. Hij voelt zich het meest betrokken bij deze casus, het gaat toch over zijn handelen. Hoewel er ongeveer drie weken na de operatie wel een gesprek is geweest, was dat misschien veel te vroeg. Hij kan zich voorstellen dat de ouders toen misschien niet alles goed gehoord en begrepen hebben, gegeven de situatie met J.. Als hij nu met ze zou praten over de anesthesie van J., zouden ze hun vragen nogmaals kunnen stellen.

De heer T. geeft aan, maar dat is persoonlijk, dat hij zich, zowel door het ziekenhuis als door de IGZ, een beetje tot een zondebok gemaakt voelt. Er wordt eigenlijk vooral naar zijn handelen gekeken en veel minder naar wat er daarna is gebeurd. Het rapport van de IGZ waarin de schuld bij de anesthesie wordt gelegd, is later echter weer ingetrokken. Hij kan zich voorstellen dat dit bij de ouders, die aanvankelijk dachten te weten hoe het was gekomen, weer tot veel verdriet en onbegrip heeft geleid. Hij voelt zich betrokken bij hun situatie.

De substituut ombudsman vraagt de heer T. of er iets is in de anesthesiesfeer is wat de ouders nu nog niet weten, wat ze niet hebben kunnen lezen, maar wat wel van belang is? Zijn er bijvoorbeeld relevante feiten uit het Veilig Melden onderzoek van het UMCG gekomen?

De heer T. denkt dat dat niet het geval is. De vragen die de ouders hebben over het voortraject, de keuze voor een "spoed"operatie, het niet voeren van een gesprek over de anesthesie vooraf aan de operatie – wat de heer T. nog steeds betreurt – , de uitgevallen apparatuur, alles is naar het idee van de heer T. terug te voeren op een slechte communicatie met de ouders daarover.

In het Veilig Melden rapport staan geen medische feiten die de ouders niet weten. Ze hebben ook kennis gehad over de second opinion anesthesie van het UMCU. In die second opinion staat ook te lezen dat dingen anders hadden gemoeten maar dat het nog maar de vraag is of het dan niet zo was verlopen met J. Dus er zijn geen, voor de ouders, onbekende, medische feiten.

Maar het valt de heer T. wel op dat er wordt gesproken, ook in de radio uitzending, over een te lage hartfrequentie en een te lage bloeddruk. Maar de hartfrequentie was binnen de norm. En er wordt ook ergens gesproken over een hoge dosering. Dat klopt, maar er wordt al snel gesproken van te hoog terwijl het binnen de norm was.

Hij zou de ouders dat nog eens kunnen uitleggen in een gesprek.

De heer T. refereert nog eens aan de beginfase en vertelt dat de lage hartslag alleen in het begin was en dat het kind daarna een gewone hartslag heeft gehad. De heer T. zegt dat hij niet weet hoe de ouders al die informatie begrijpen en daar kan hij uitleg over geven.

De substituut ombudsman vraagt of er extra informatie in het Veilig Melden rapport staat, wat bijdraagt aan het onderzoek. De advocaat vertelt dat zij het Veilig Melden rapport bij zich hebben. Hij heeft overlegd met de heer T. en gegeven het feit dat de ouders toestemming hebben gegeven voor het kennis nemen van de medische gegevens van J., het feit dat de IGZ er geen recht op had omdat zij dat in hun eigen richtlijn hebben staan en er toen toch, heel onhandig, om gevraagd hebben en gegeven de situatie waar we nu in zitten, hebben de advocaat en de heer T. er geen problemen mee om het stuk aan de ombudsman over te leggen.

De advocaat vraagt wel om bescherming van de anonimiteit van de bron.

De substituut ombudsman refereert aan hetgeen de heer B. daarover heeft gezegd. Veilig Melden, akkoord, maar als blijkt dat er sprake is van een calamiteit of incident, dan moet het ziekenhuis opnieuw een onderzoek instellen en daarbij gebruik maken van de gegevens uit het Veilig Melden onderzoek en dat nieuwe onderzoek moet ook beschikbaar zijn. IGZ heeft het ziekenhuis ook verweten dat zij dat niet hebben gedaan.

De substituut ombudsman vraagt aan de heer T. of hij betrokken is in het Veilig Melden onderzoek. De heer T. bevestigt dat, het Veilig Melden is het interne PRISMA-onderzoek. De substituut ombudsman refereert aan het gevoel van de heer T. dat hij een beetje tot zondebok werd gemaakt. Heeft hij in dat onderzoek voldoende zijn verhaal kunnen doen? De heer T. beaamt dat, hij heeft op alle vragen antwoord kunnen geven.

De substituut ombudsman stelt vast dat het ziekenhuis, naast het Veilig Melden, niet meer een tweede onderzoek gedaan. Is er met de heer T. ook niet meer gesproken over het incident door het ziekenhuis?

De heer T. vertelt dat hij in het Veilig Melden alleen zijn verhaal gedaan heeft over de anesthesie. Hij is niet bevraagd over wat er op de IC is gebeurd.

De substituut ombudsman vraagt of op een later moment er niet nog een onderzoek door het ziekenhuis ingesteld?

De heer T. weet daar niet van. Wel zijn er, naar aanleiding van het Veilig melden, gesprekken geweest op de afdeling anesthesiologie over wat er was gebeurd.

De substituut ombudsman vraagt de heer T. over de het onderzoek van IGZ en over eventuele tuchtmaatregelen tegen hem. Is er in dat kader nog met hem gesproken?

De heer T. vertelt dat hij weet dat de IGZ in oktober 2008 langs kwam om met een aantal betrokken te praten. De chef de clinique de heer H. en twee andere anesthesisten

hebben toen uitgebreid met de IGZ gesproken. Over gesprekken tussen de IGZ en de kinderartsen weet de heer T. verder niets.

De heer T. is van mening dat de IGZ heeft gefaald door geen gespreksverslagen te maken. De IGZ heeft uitgebreid gesproken met betrokkenen en vragen gesteld. Die vragen zijn ook beantwoord maar in het eerste concept rapport werd gesteld dat die vragen nog steeds onbeantwoord waren.

De substituut ombudsman stelt vast dat het ziekenhuis de IGZ uitgebreid antwoord gegeven op de gestelde vragen waarbij volgens het ziekenhuis alles "normaal" was gegaan.

De substituut ombudsman vraagt zich af in hoeverre de heer T. door het ziekenhuis is betrokken bij het beantwoorden van die vragen.

De heer T. heeft, voor zover hij het zich kan herinneren, niet persoonlijk met de Raad van Bestuur van het UMCG gesproken over de vragen van de IGZ. De vragen zijn wel in het team besproken en via het afdelingshoofd zijn de contacten daarover met de Raad van Bestuur geweest.

De heer A., lid van Raad van Bestuur, directeur Zorg, heeft op een later moment wel met de heer T. gesproken maar de heer T. weet niet precies meer wanneer.

De heer A. heeft ook nog een keer met de kinderartsen en met het team anesthesie gesproken over de brief aan de IGZ. (passage deels gewijzigd door de heer T. op 29 november in: De heer T. heeft, voor zover hij het zich kan herinneren voor de melding aan de IGZ, niet persoonlijk met de Raad van Bestuur van het UMCG gesproken. Na de melding heeft de IGZ vragen gesteld. Deze vragen zijn wel in het team besproken en via het afdelingshoofd zijn de contacten daarover met de Raad van Bestuur geweest.

De heer A., lid van Raad van Bestuur, directeur Zorg, heeft op een later moment wel samen met de heer T. (maar de heer T. weet niet precies meer wanneer) de kinderartsen en met het team anesthesie (waaronder met chef de clinique dr. M. G. en betrokken anesthesioloog) gesproken over een aantal vragen vanuit de IGZ en reacties erop. Het exacte tijdsverloop weet de heer T. niet meer.).

De substituut ombudsman refereert aan de term zondebok, de heer B. heeft ook opmerkingen in die richting gemaakt. De heer T. corrigeert dit en zegt dat het zijn gevoel is.

De substituut ombudsman vraagt zich af wat de reden zou zijn om in het onderzoek te focussen op de operatie en specifiek op de anesthesie? De substituut ombudsman haalt aan dat de heer T. heeft gezegd dat niet eenduidig is vast te stellen wanneer het zuurstofgebrek heeft plaatsgevonden. Het ziekenhuis is om de een of andere reden gaan focussen op de anesthesie tijdens de operatie. De enige reden die de substituut ombudsman daarvoor kan bedenken is dat dat ook als mogelijke oorzaak uit de second opinion van het UMCU komt.

De advocaat zegt dat de heer T. weigert als betrokkenen om zijn collega's af te vallen. Hij weet, in antwoord op de vraag van de substituut ombudsman, vijf oorzaken.

De substituut ombudsman hoort graag eerst van de heer T. of hij een reden weet waarom er is gefocust op de anesthesie tijdens de operatie. Blijkt uit de second opinion van het UMCU dat dat wel de meest waarschijnlijke oorzaak is? De substituut ombudsman dringt er bij de heer T. op aan of hij weet van een andere reden voor de focus op de anesthesie. De heer T. vertelt dat hij een andere reden kent. Zelf heeft hij onderzocht of er een oorzaak te vinden was in de anesthesie. Maar hij heeft daarover met collega's gesproken

en die denken dat dat het niet kan zijn. Hij is zich daarom zelf gaan verdiepen in de casus en wat er post-operatief is gebeurd. Hij heeft toen de labuitslagen bekeken en daar stond een Natriumwaarde van 122 die in een rapport van de kindergeneeskunde initieel niet genoemd was. Op zich is die waarde laag maar de hoogte hoeft geen probleem te zijn. Wat wel een probleem kan zijn is als die waarde heel snel zo laag wordt. Dan kan het duiden op een insult. Als dat insult langer heeft geduurd en niet als insult herkend is, zou dat een reden kunnen zijn voor de geleden schade.

De vraag van de substituut ombudsman blijft waarom heeft men daar dan geen aandacht aan besteed? Dat vraagt de heer T. zich ook af. De reden zou kunnen zijn omdat de kinderartsen daar al iets over verklaard hebben. Het kan ook zijn dat men van het begin af aan heeft aangenomen dat de oorzaak bij de anesthesie lag. Een andere oorzaak kan ook vochtverlies met elektrolytveranderingen na de operatie zijn waardoor J. een insult kreeg.

Maar het feit dat het niet genoemd was in de rapporten verbaast hem.

De heer T. vertelt dat in dit onderzoek ook meer bekend is over de anesthesie. De kinderartsen hebben, zo heeft de heer T. dat beleefd, ook meegekeken bij het onderzoek naar de anesthesie. Maar toen hij mee wilde kijken met het onderzoek postoperatief en daar iets over zei was de reactie van de kinderartsen niet vriendelijk.

De advocaat vertelt dat de heer T. hier al vier jaar lang tegen aan loopt. De heer T. heeft zich in het onderzoek heel open opgesteld en naar zijn eigen aandeel gekeken. Toen hij van mening was dat het niet de anesthesie kon zijn is hij breder gaan kijken. Maar toen hij stelde dat de focus teveel op de anesthesie was komen te liggen heeft men hem de rug toegekeerd.

Dat is wat er eigenlijk is gebeurd.

De heer T. vult hierbij aan dat hij heeft gevraagd om een gesprek met de ouders. Dat werd afgewezen, de kinderartsen zouden het gesprek met de ouders voeren. En dat is natuurlijk belangrijk. Als hij zelf met de ouders had kunnen praten, had hij zijn eigen visie kunnen geven op de anesthesie. Nu weet hij niet wat de kinderartsen daarover aan de ouders hebben verteld.

De advocaat komt, desgevraagd, terug op de vijf oorzaken die hij eerder wilde noemen:

1. Een volstrekt gebrek aan coördinatie van het onderzoek door het UMCG naar aanleiding van deze calamiteit. Dat is ook terug te zien in het verloop van de communicatie tussen de IGZ, A. en inspecteur B.. Daar zit veel tijd tussen en duurt heel lang.
2. De betrokken afdelingen sluiten zich af, draaien elkaar te rug toe en gaan zwarte pieten.
3. Er wordt niet breed gekeken naar wat er is gebeurd en wat mogelijke oorzaken kunnen zijn.
4. Toen het onderzoek van de IGZ en de druk van B. begon en het UMCG heet onder de voeten werd, zat de heer T. al een jaar in X.
5. Volstrekt gebrek aan de wil vanuit het ziekenhuis om de in het begin gemaakte fouten in de communicatie met de ouders te herstellen.

Volgens de advocaat was het ziekenhuis vanaf het begin op zoek naar een oorzaak waarbij zij als ziekenhuis overeind zouden blijven.

De heer T. zegt desgevraagd dat hij alles wat hij relevant acht heeft gezegd. Hij betreurt de gehele gang van zaken en wil nog altijd aan de ouders uitleg geven over de medische kant van de zaak. Hij vraagt of de substituut ombudsman dat nog eens aan de ouders kenbaar wil maken. Dat zal zij zeker doen.

De heer T. zegt dat hij alle vragen onder ede en zo goed mogelijk heeft beantwoord maar vraagt om er rekening mee te houden dat het inmiddels wel viereneenhalf jaar geleden is. Hierop geeft de substituut ombudsman aan dat bij het maken van het verslag ook gegevens over hartslag en dergelijke zullen worden gecheckt met de beschikbare stukken.

De heer T. vertelt dat hij deze casus ook heeft besproken met de anesthesie groep en dat hij zich nog voor de geest kan halen dat een oudere anesthesioloog toen letterlijk zei: "Ik zie geen fouten". Ook tijdens het gesprek met de ouders en de anesthesioloog uit Zwolle zei die anesthesioloog dat het probleem niet te vinden was in de anesthesie.

De heer T. herhaalt nog eens dat hij destijds via zijn afdelingshoofd heeft gevraagd om een gesprek met de ouders maar dat dat toen is afgewezen omdat de kinderartsen dat zouden doen.

Tot slot geeft de heer T. nog aan dat hij altijd te maken heeft met een bewusteloze patiënt en dat in zijn vak niet alleen kennis maar ook ervaring heel belangrijk is. Hij heeft veel ervaring met kinderen. De discussie die ook in dit onderzoek speelt is of kinderaanesthesie een specialisme is of niet. Op dit moment is dat niet zo.

De substituut ombudsman dankt de heer T. en de advocaat voor hun aanwezigheid en sluit de hoorzitting.

Naschrift:

De ouders van Jelmer hebben op de verklaring van de heer T. een reactie gegeven. Besloten is om deze reactie hierna beknopt op te nemen.

Naar de mening van de ouders van Jelmer had Jelmer, anders dan de anesthesioloog vertelde, geen moeilijke start. Zij wijzen erop dat hij maar enkele dagen ondersteuning bij de ademhaling had gehad door middel van sprietjes. Dat is voor een te vroeg geboren baby heel normaal. Verder kreeg hij de necrotiserende enterocolitis pas toen hij ruim 2 weken oud was.

Ook gaan ze in op de herinnering van T. dat Jelmer aan de beademing lag in Zwolle en op zijn opmerking dat tijdens de inleiding van de operatie bleek dat hij gevoelige longen had. Naar de mening van de ouders waren Jelmers longen, ten tijde van de operatie, al voldoende genoeg gerijpt; hij was toen al anderhalve maand. Bovendien is nooit gebleken dat hij gevoelige longen heeft en dat is ook nu zeker niet het geval.

De advocaat van de heer T. gaf aan dat het ging om een kwetsbaar kind en een risicovolle operatie. Hiermee zijn de ouders het echter niet eens. Naar hun mening ging

het niet om een risicovolle operatie. Iedere operatie brengt risico's mee, dat Jelmers operatie risicovoller was dan andere operaties staat niet vast. Dat hij op de spoedtafel werd geopereerd had hiermee ook niets te maken; het ging niet om een operatie die geen uitstel kon dulden. Verder had Jelmer voor een vroeggeboren kind een goed gewicht, een goede leeftijd en behalve het voedingsprobleem, weinig problemen.

Ook plaatsen de ouders een opmerking over de registratie van de gegevens tijdens de operatie. De heer T. vertelde dat er niemand anders was en dat hij de anesthesielijst dus ook later heeft ingevuld. Daardoor lukte het natuurlijk niet meer om alles van minuut tot minuut precies in te vullen.

De ouders van Jelmer vinden dit geen duidelijke verklaring. De echte problemen duurden maar kort; het verslag is echter over een veel langere periode niet bijgehouden. Ook begrijpen ze niet waarom dan niet iemand anders het verslag heeft bijgehouden; er waren blijkbaar voldoende mensen aanwezig die dit hadden kunnen doen.

Volgens de heer T. was er ongeveer drie weken na de operatie een gesprek met de ouders. De ouders geven echter aan dat zij pas na ruim 5 maanden een gesprek hadden met anesthesioloog T. Zij hadden er destijds bewust voor gekozen niet meteen in de periode na de operatie een gesprek met de anesthesist te hebben, maar een poos te wachten. Bij dat gesprek hadden ze toen ook een anesthesist uit Zwolle meegenomen, omdat die er meer verstand van heeft dan zij.

Ook reageren de ouders op de opmerking van de heer T. dat tijdens het gesprek met de ouders en de anesthesioloog uit Zwolle, door die anesthesioloog, was gezegd dat het probleem niet te vinden was in de anesthesie. De ouders geven aan dat de anesthesioloog uit Zwolle er juist op had gewezen dat de gegevens over de hartfunctie in het handmatig bijgehouden anesthesieverslag suggereerden dat de problemen tijdens de inleiding eerder 25 minuten geduurd zouden hebben dan 1 à 1½ minuut. Als er een andere anesthesioloog bij geroepen moest worden, dan was volgens hem 1 à 1½ minuut wel heel erg kort. Bovendien vroeg de anesthesioloog uit Zwolle tijdens dit gesprek ook naar de bevindingen uit de second opinion van de anesthesie van het UMCU, zo schreven zij. Zij hadden deze second opinion toen nog niet in bezit, het UMCG al wel. Dat er in de second opinion allerlei kritiekpunten stonden, is toen niet verteld.

BIJLAGE 5**Verslag van de hoorzitting van de mevrouw L., medewerker bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg, gehouden op 21 september 2011 op het Bureau van de Nationale ombudsman.**

Aanwezig: mevrouw L.

namens het Bureau Nationale ombudsman:
 de substituut ombudsman
 een behandelend onderzoeker (verslag)

 Mevrouw M.J. H. L., programmaleider specialistische somatische zorg bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg, verklaarde tegenover de substituut ombudsman, nadat zij de eed had afgelegd, het volgende.

"U vraagt mij of het mijn beslissing is geweest dat geen tuchtrechtelijke maatregelen jegens de heer T. zou volgen, zoals weergegeven in een brief van mij aan zijn advocaat van 1 juni 2010. Zo zou u dat kunnen zeggen; ik heb het zelf beschouwd als een vorm van informatievoorziening die veel te lang op zich had laten wachten. Toen ik van de zaak hoorde, dat was een paar maanden daarvoor, heb ik mij laten informeren over deze klacht. Ik heb toen van de behandelaar van de klacht te horen gekregen wat de reden was waarom de behandeling van die melding zo ongelofelijk lang stil had gelegen. Daarbij kwam ook de positie van de anesthesist, de heer T., ter sprake. Mij werd verzekerd, en dat bleek later ook uit een mail die in WPM was opgenomen, dat nooit aan de orde was geweest om een tuchtklacht tegen hem te starten omdat daar geen gronden voor zijn. Wat die beslissing betreft: er wordt meestal een beslissing genomen om wél een tuchtklacht te starten, niet zozeer om dat niet te doen. Aan mij was door de behandelaar gemeld dat de arts in kwestie eerder tot zondebok was gemaakt dan dat hij dat was en ik trof al eerder in WPM een reactie van de hand van de behandelaar, de heer B., dat hij al – ik denk – in 2009 aan de advocaat van de heer T. had laten weten dat men niet voornemens was een tuchtklacht in te dienen op de gronden van dat moment. Aan die gronden was ook niets gewijzigd en er was geen reden een tuchtklacht te voorzien. Dus wat ik eigenlijk heb gedaan is de heer T. informeren over het feit dat er geen tuchtklacht zou volgen.

De tekst in de hiervoor al aangehaalde brief van 1 juni 2010 is van mij.

In WPM moet u een reactie vinden van de heer B. aan de heer Wb, ik denk dat het in 2009 was maar het kan ook nog 2008 zijn geweest.

U vraagt mij of het klopt dat in het RMO dat op 4 oktober 2010 plaatsvond en waar de conceptrapportage werd ingebracht, is afgesproken dat er een eindrapportage moest komen en dat die nog van commentaar kon worden voorzien. Gebruikelijk bij de inspectie is dat wij een conceptrapport van bevindingen maken. Dat gaat naar betrokken partijen om op feitelijkheden te worden beoordeeld. Het commentaar van betrokken partijen moet

worden verwerkt. Als het niet wordt verwerkt moet beargumenteerd worden waarom dat zo is. Dat conceptrapport bevat in die fase geen beschouwing en geen conclusies. Als betrokkenen hun commentaar hebben geleverd volgen de beschouwing en conclusies.

U vraagt mij ook of het zo is dat ik de laatste versie van dat rapport heb geaccordeerd. Ik doe dat eigenlijk nooit. De inspectie ontvangt voor mijn programma zo'n 1.000 meldingen van calamiteiten, daarvan worden er zo'n 700 in behandeling genomen. Ik beoordeel rapportages van thematische toezichtactiviteiten en van jaarverslagen, eigenlijk nooit van calamiteiten, zoals hier het geval was. Ik heb mij in dit geval wel op een eerder moment met dit rapport beziggehouden en heb in deze situatie mijn commentaar gegeven op het concept en getracht om met de jurist van de regio te sparren over de vraag of dat wat met het rapport gebeurde ook juist was en dat was ook redelijk uitzonderlijk.

U vraagt mij naar een mailwisseling met de heer B. van begin december 2010, waarin ik onder meer aangeef dat ik akkoord ben op drie onderdelen van het rapport en de reactie van de heer B. daarop. U vraagt mij of het klopt dat ik die versie van het rapport nog heb gezien en dat de heer B. hierop nog een laatste reactie heeft gegeven. Dat klopt.

U vraagt mij naar een e-mail van mevrouw O., waarin zij naar de heer B. reageert op de klacht die de heer Wb met een brief aan de heer WI van 12 januari 2011 heeft ingediend over het eerste rapport dat op 6 december 2010 uitkwam. Mevrouw O. is een inspecteur, werkzaam binnen mijn programma, zij is neonatologe en heeft een rol vervuld bij het voeren van de gesprekken in 2007 in het UMCG. (bedoeld zal worden: 2008; N.o.). U refereert aan het gesprek dat vervolgens op 18 maart 2011 heeft plaatsgevonden met de heer T. en de heer Wb. U vraagt mij of ik heb besloten de heer T. en de heer Wb uit te nodigen voor dit gesprek. Dat is inderdaad het geval.

U vraagt mij of hierover overleg heeft plaatsgevonden. Er is begin januari 2011 een traject gestart rond de behandelaar van deze casus, de heer B. Dat heeft ertoe geleid dat ik, mede gezien de reacties die binnenkwamen, twee andere seniorinspecteurs heb verzocht een herbeoordeling te maken van een aantal casus die bij de heer B. in behandeling waren, waaronder deze. Dit zonder de reacties die inmiddels van Wb en het UMCG waren ontvangen toe te voegen. Het ging om totaal vier zaken, die in januari 2011 bij de heer B. waren weggehaald. Ik wilde een zo onafhankelijk mogelijk oordeel over de kwaliteit van het rapport en dat heb ik ook gekregen. Dat heeft geleid tot intern overleg over de consequenties hiervan en hierbij zijn logischerwijs de reacties betrokken, met name die van de advocaat van de heer T. Dat heeft geleid tot een aantal overleggen intern en daarover is ook de heer S., hoofdinspecteur, geïnformeerd. Dat heeft geleid tot de uitnodiging voor het gesprek. Ik ben de eerstverantwoordelijke in het programma die in dit geval over deze zaak het besluit heeft genomen om dit gesprek te laten plaatsvinden.

U geeft aan dat die stukken niet in WPM zitten; ik heb dit ook niet verslagen. U vraagt mij of ik schriftelijke reacties van die collega-inspecteurs heb gekregen op die rapporten. Dat is inderdaad het geval. Die heb ik wel maar die zitten niet in WPM. Ik heb ze vandaag meegebracht.

U vraagt mij nogmaals naar de directe aanleiding voor het gesprek. Er zijn twee aanleidingen geweest: de reacties van de inspecteurs op het rapport en de reactie van de

advocaat van de heer T., een combinatie van die twee. Als er geen commentaar was geweest van de heer Wb en alleen van de inspecteurs, dan was het anders gelopen.

U geeft aan dat u geen verslag heeft aangetroffen van het gesprek dat op 18 maart 2011 plaatsvond. U vraagt mij nu verslag te doen van dat gesprek. Wij hebben een gesprek gevoerd met vijf personen, de heren Wb en T. en van onze kant mevrouw Lw, de juriste van Zwolle, de heer De W., de nieuwe behandelend inspecteur van de calamiteit van Jelmer en ikzelf. Wij hebben het gesprek intern voorbereid en daarbij van tevoren conclusies getrokken over de punten die zijn ingebracht door T. en Wb en ik denk dat onze conclusie was dat wij T. en Wb op rond 75% van de punten die zij hadden ingebracht in het gelijk moesten stellen. Dat is ook min of meer wat tijdens het gesprek is gebeurd. Wij hebben niet getracht discussies te voeren over punten die wij in dit geval ook juist achtten.

U vraagt mij of toen al is besproken wat met dat rapport zou gebeuren. Dat was niet het geval.

Nadat de heren Wb en T. waren vertrokken hebben wij de zaak doorgesproken en ik heb daarover ook nog gesproken met ons hoofd juridische zaken, mevrouw P., en wij hebben een advies geformuleerd voor de hoofdinspecteur en de inspecteur generaal om het rapport in te trekken, hoe bijzonder dat ook was en hoezeer dat ook een belasting voor de ouders zou zijn. Dat is via de mail voorgelegd aan de heer S. en met hem besproken. Hij heeft dat vervolgens met de inspecteur generaal besproken.

U geeft aan dat u dit niet in WPM heeft aangetroffen. Ik wil dat als volgt toelichten. De behandelaar van het dossier was nog steeds werkzaam bij de IGZ en had nog steeds toegang tot WPM. Ik achtte het beter dat wij WPM in die periode niet zou vullen met al deze overwegingen. Het is een voor alle medewerkers toegankelijk systeem en dus ook voor degene die het betrof. En omdat het heel veel vraagt als je zelf niet de opvatting hebt dat er iets is misgegaan, om wel te weten dat deze dingen gaande zijn en vervolgens min of meer publiek bekend zou zijn binnen IGZ. Maar die mailwisseling heb ik en heb ik ook bij me.

U vraagt mij naar wat hierna gebeurde, ik belde eerst met de heer Wb. Dat is rond 1 of 2 april geweest. Later heb ik de heer Br gebeld. Dit moet rond 10 of 11 april zijn geweest. Op dat moment was mij onbekend dat de ouders al wisten dat het rapport zou worden ingetrokken en ook was mij nog onbekend dat de heer Br het wist.

U vraagt mij door wie, hoe en met welke opdracht de nieuwe inspecteur aan het werk is gezet met het rapport. Ik heb hem aan het werk gezet, hij was ook al aan het werk want hij had de herbeoordeling gemaakt en was ook betrokken bij de beoordeling van de klachtenbrief van Wb en T., en later ook van het UMCG, maar dat laatste speelde niet echt een rol bij de beoordeling of het rapport moest worden ingetrokken. Hij heeft opdracht gekregen een nieuw rapport op te maken met inachtneming van de inzichten die er waren vanuit de commentaren die op het eerste conceptrapport van de eerste behandelaar waren gemaakt. Op basis van wat gebruikelijk hoort te zijn bij de inspectie; op basis van feiten, en vervolgens op basis van het bevindingenrapport de beschouwing en de conclusies te trekken en daar geen andersoortige toevoegingen in te doen. Maar dat is ook gebruikelijk, dus dat hoefde ik niet te zeggen. We zijn dus teruggekeerd naar het eerste rapport van bevindingen en het commentaar daarop.

U wijst mij op de brieven die bij het tweede definitieve rapport zaten en op het feit dat de tekst in de brief aan de ouders anders was dan die in de brief aan de heer Wb en de heer T. Dat is mij niet bekend.

U vraagt mij of het commentaar van de heren Wb en de heer T. op het eerste conceptrapport van bevindingen ook is verwerkt in het tweede rapport, daar dit commentaar in het eerste rapport niet was opgenomen maar als bijlage was opgenomen. Als in de bevindingen feitelijke onjuistheden zaten die uit de reactie van de heer Wb en de heer T. naar voren kwamen, dan zou het zo kunnen zijn dat die al wel zijn gecorrigeerd in het tweede conceptrapport van bevindingen.

U vraagt mij wat een RMO is. Dat staat voor Regionaal Meldingen Overleg en in iedere regio waar de IGZ een kantoor heeft, dat zijn er vier, zit een team van inspecteurs, toezichtmedewerkers en programmamedewerkers en die behandelen iedere maandagochtend de binnengekomen calamiteiten van dat gebied. Daar worden besproken de recente meldingen en in veel gevallen ook de afhandeling ervan. De tussentijdse stand van zaken wordt in de regel niet besproken, maar dat hangt ook af van de inspecteur. U vraagt naar de rol van mevrouw O. en mevrouw Bn hierbij. Mevrouw O. is niet betrokken bij het RMO, zij is geen accounthouder, en was in de tijd van de calamiteit onderzoekster/epidemiologe in het Centrum ontwikkeling en innovatie van de IGZ. Wel als inspecteur, maar in een andere rol. Mevrouw Bn is op 1 januari 2010 aan de inspecteursopleiding begonnen en is teamlid.

U leest mijn reactie voor die ik gaf op een e-mail van mevrouw Bn van 6 oktober 2010. Ik reageer hiermee op haar tekst, dat is wel van belang om te benadrukken. Het ging hier niet om de overweging of er wel een tuchtklacht in zou zitten en ik beoog ook niet te zeggen dat de lange duur van het onderzoek altijd zou moeten leiden tot niets doen. In dit geval is er tweeënhalf jaar lang geen onderzoek gedaan. Het zou heel goed kunnen dat een onderzoek lang duurt omdat het heel complex is, maar dat was hier niet aan de orde. We wisten in 2007/2008 heel exact wat er was gebeurd, althans, we hadden toen een aantal dingen gedaan om te achterhalen wat er was gebeurd. En nadien is er niets meer gebeurd. En dat is dan wanneer ik spreek over 'welke rechtmatigheid heb je nog om te zeggen dat iemand wel of niet een gevaar zou zijn', als je twee jaar lang niets hebt gedaan om dat te voorkomen, als je dat al zou denken. Daarvan kan ik de logica niet zien. Van de behandelaar had ik al eerder begrepen dat er nooit aanleiding was geweest om een tuchtzaak te starten, dat vond ik ook nog eens bevestigd in WPM.

U vraagt mij naar de periode waarin nog een aantal mensen op het concept rapport reageerde, eind 2010, en hoe dat er dan uitziet. Normaal gesproken blijft dit beperkt tot het RMO. In dit geval hebben de heer Bb en mevrouw Bn, beide lid van het RMO in Zwolle, nog gereageerd op de inbreng van het rapport. Dat was dan een mondeling commentaar, het rapport was een agendastuk. Maar mevrouw Bn heeft in dit geval per mail gereageerd en dat is eigenlijk niet zo gebruikelijk. In het RMO wordt het commentaar opgenomen door degene die aanwezig is en de zaak verslaat, maar dat verslaan blijft wat de conclusie betreft beperkt tot een paar zinnen.

U vraagt naar mijn mail van 1 december 2010, waarbij blijkbaar als bijlage het rapport zat. U vraagt mij of ik het rapport dus wel per mail had ontvangen. Ja, dat is zo; er was natuurlijk erg veel te doen rond dit rapport. Ik wilde de vinger aan de pols houden om te zien of een aantal dingen al dan niet terugkwam in het definitieve rapport.

U vraagt mij naar mijn e-mail aan de heer B. van 19 november 2010, waarin ik onder meer aangeef dat het rapport gaat om een situatie die voor het kind en de ouders gruwelijk is, maar voor het ziekenhuis en alle betrokkenen inmiddels een organisatie-generatie geleden. Ik bedoelde hiermee het volgende aan te geven. Zo'n ziekenhuis is natuurlijk een wereld op zichzelf. En een periode van 3, 4 jaar is in zo'n organisatie gigantisch. Er zijn vreselijk veel ontwikkelingen. Als het erg lang duurt staat het zo ver weg van de mensen; die ervaren het als 'ja, maar dat was toen, dat zou nu nooit meer kunnen gebeuren'. Procedures zijn veranderd, de inzichten op het gebied van veiligheid zijn veranderd, op dat moment waren de veiligheidsmanagementsystemen al drie jaar geïmplementeerd in alle ziekenhuizen, dat controleren we ook al drie jaar. De effectiviteit is nul als je nog na drie jaar komt vragen: 'Wilt u ervoor zorgen dat...'. Dat bedoelde ik hiermee te zeggen.

En ook kan het, zoals u aangeeft, gaan om mensen. Zeker in een academisch ziekenhuis zijn veel wisselingen zodat mensen niet meer op dezelfde werkplek zijn.

U vraagt mij, waarom het rapport überhaupt is uitgekomen in december 2010, als dit mijn overwegingen waren. Het kon niet 'niet', net zoals er ook nog een tweede rapport is verschenen. Maar dit hield mij al een tijd bezig. We moesten toch komen tot een vorm van afronding. Dat was van belang voor de ouders, voor de anesthesist. Niet voor het ziekenhuis, dat geloof ik niet. Dat maakt mij ook niet zoveel uit, dat ziekenhuis. Maar wel voor de ouders en de anesthesist. Dat is natuurlijk ook een persoon die drie jaar lang heeft geleefd met schrikbeelden van wat er niet allemaal zou kunnen gebeuren – en nu nog –, zijn carrière is voorbij. Als je nagaat wat dit met zijn leven heeft gedaan, dat is echt kolossaal. Ik zou, met wat ik er nu van heb geleerd, nog steeds wat uitbrengen maar wel iets anders. We hebben in feite het reguliere proces gevolgd en dat hebben we met het tweede rapport opnieuw gedaan.

U geeft aan dat de ouders u hebben verteld dat voor hen van belang is dat de feiten niet ter discussie staan. Ik denk dat het rapport dat er nu ligt enerzijds vrij zinloos is, want het voegt niets toe, maar het is wel juist. Je hebt te maken met je integriteit als inspectie en als blijkt dat je iets gedaan hebt dat niet deugt, dan moet je daar toch iets mee doen. Dat kon ook niet anders. We horen wel onkreukbaarheid na te streven in ons oordeel en als blijkt dat dat niet goed is gegaan dan vind ik nog steeds dat we geen andere keuze hadden. Ik begrijp dat de ouders alleen maar met de eerste behandelaar wilden spreken, maar dat gaat ze niet helpen en dat kan ook niet meer. Hij kan niet aan ze verklaren wat er is gebeurd en waarom.

U vraagt mij: de ouders hebben in december 2010 een met iedereen afgestemd rapport gekregen, daar moeten ze toch op kunnen vertrouwen? Ja, dat is zo, dat ben ik ook met u eens. Ik heb niet de neiging om hier naar excuses te zoeken.

U vraagt mij ook: zijn de ouders in beeld? Is het ook een bewuste keus geweest om hen pas op 10 of 11 april, via hun advocaat, te informeren over het intrekken van het rapport? Ik wil hierop als volgt reageren: ik had heel erg graag in grote lijnen willen aangeven wat de verschillen waren tussen het eerste en het tweede rapport, aan advocaat Br. Want ik begreep natuurlijk wel hoe groot de klap voor de ouders zou zijn. Een week na het telefoontje naar advocaat Wb wist ik echter dat dat niet zou gaan lukken en toen heb ik, je zou kunnen zeggen met niets in mijn handen, de heer Br gebeld.

U geeft ook aan dat in de periode januari/april 2011 een intensiever contact is geweest met Wb en T., toen is aangegeven wat goed en niet goed was aan het rapport. Ik kan daarop aangeven dat het uitsluitend om de zaak van de anesthesist ging, er was geen algemene discussie rond het rapport. Het gesprek was een gevolg van de reactie van de anesthesist. We hebben ook niet gesproken met het ziekenhuis. Het is dus niet zo dat we met alle partijen uitgebreid zijn gaan praten en de ouders over het hoofd hebben gezien. En, als de anesthesist niet met zijn reactie was gekomen, dan was het zo ook niet gelopen vermoedelijk. Dan waren we wellicht met een soort addendum voor het ziekenhuis gekomen. Maar er lagen veel grotere vraagstukken in het rapport en die konden niet overeind blijven.

Dat is ons allemaal aan te rekenen, dat misken ik op geen enkel moment.

U geeft aan dat u sterk de indruk hebt dat de aandacht vooral was gericht op de interne kant van de zaak, dat alles vanuit die interne situatie is geredeneerd. En dat voor mij steeds duidelijker werd dat het een andere kant op zou gaan. U vraagt mij: hoe ga je dan met de ouders om? Ik kan hierop aangeven dat het zo niet is gegaan. Pas eind maart 2011 was duidelijk wat de consequenties waren. Het was niet zo dat dit al langere tijd duidelijk was, intern. Ik denk ook: hoezeer de ouders recht hadden op een juist optreden van de IGZ, onze primaire doelstelling is natuurlijk wel dat we met juiste en feitelijke bevindingen komen. Dat kan echt niet anders; wij oordelen over mensen zoals u ook doet. Je moet dus maximale zorgvuldigheid betrachten."

Tussendoor: mevrouw L. overhandigt enkele stukken. Het gaat om de beoordeling van rapporten van de heer B. door andere inspecteurs en om de mailwisseling met/tussen de heren S. en WI.

"U geeft aan dat u toch al naar de periode vanaf januari 2011 kijkt; wij waren toen al bezig met onze interne procedure, het laten beoordelen van vier rapporten, zo geeft u aan. U vraagt mij, of wij toen al hebben nagedacht over de ouders, over wat hiermee zou moeten gebeuren. De rapporten waren immers wel bij iedereen terechtgekomen, dus ook bij de ouders. En wij stelden dit rapport in januari 2011 al ter discussie. Ik kan hierop antwoorden dat ik niet snel zou kiezen voor een contact met de ouders vanuit de situatie van dat moment. Ik zou niet weten wat ik dan had moeten zeggen. Er was nog niets duidelijk.

U vraagt mij ook, hoe ik de ouders idealiter had kunnen betrekken in dit proces. De ouders hadden halverwege 2010 een Wob-verzoek ingediend, die vroegen zich ook af wat er gebeurde, of het rapport er wellicht al was en zij het nog niet hadden gekregen. En wij wisten ook dat ze later van advocaat zijn gewisseld, namelijk toen ze het rapport

hadden ontvangen. Ze zijn toen overgestapt naar een letselschadeadvocaat. Daaruit wist ik dus dat dit een belangrijk element was. Daarom had ik ook toch graag iets willen zeggen over de dingen die in het rapport overeind zouden blijven. Maar dat bleek toch te lang te gaan duren, dus toen heb ik toch Br gebeld. Ik had de ouders toen niets te bieden.

U vraagt mij verder, of er toen niet de mogelijkheid was geweest met de ouders om tafel te gaan zitten, nu duidelijk werd dat er iets speelde rond het rapport en er een gesprek met de anesthesist was geweest. Ik kan hierop aangeven dat ik niet vind dat wij de verantwoordelijkheid voor wat er toen had moeten gebeuren met de ouders moesten delen. En: als we concluderen dat we het fout hebben gedaan, dan moeten we zelf de verantwoordelijkheid nemen voor de besluitvorming hierna. Dat is ook niet te bediscussiëren. De ouders zijn in ieder geval niet uit beeld geweest bij mij. Ik had ze ook meteen kunnen bellen nadat ik Wb had gesproken. Daar heb ik toen echter een andere keuze in gemaakt, zoals ik heb uitgelegd. En: het allerlaatste wat wij wilden was dat rapport intrekken.

U vraagt mij naar de kwestie van de gespreksverslagen. Ik heb de behandelaar vanaf februari/maart 2010 de opdracht gegeven het rapport af te ronden en ik heb hem uiteindelijk gesommeerd om voor zijn vakantie het concept af te hebben. Dat speelde in juni/juli 2010. Dat gebeurde echter niet; de behandelaar liet vanuit Ierland weten dat hij zijn aantekeningen van de gesprekken niet bij zich had (dat was dus bijna twee jaar nadat die gesprekken hadden plaatsgevonden). Hij kon het rapport dus niet afronden, mailde hij. Maar, gaf hij aan, geen zorgen: na mijn vakantie ga ik ermee verder. Hierop heb ik met een e-mail gereageerd, die zou ook in uw dossier moeten zitten. Ik heb aangegeven dat ik op onderdelen geen discussie meer voerde en dat je twee jaar later uit een paar aantekeningen geen gespreksverslagen meer kunt maken. Als je dat al zou kunnen, dan zou het ook nog afgestemd moeten worden met betrokkenen. Dat heeft na zoveel tijd geen enkele zin meer; dan moeten mensen wel over heel uitzonderlijke geheugens beschikken. En dat geldt nog meer voor de inspecteur die dan een verslag moet maken op basis van zijn eigen aantekeningen van bijna twee jaar geleden. Ik heb daarom aangegeven dat dat ongelofelijk vervelend was maar dat dat betekende dat het rapport moest worden afgemaakt zonder die gespreksverslagen.

U vraagt mij of in maart /april van dit jaar is overwogen delen van het onderzoek opnieuw te doen. Dat is wel voorbij gekomen, maar ik zou niet weten wat voor onderzoeken we hadden moeten uitvoeren om tot betrouwbare informatie te komen die er niet al was. Er was al veel, zoals de second opinions van het UMCG. Als er nog iets uitgezocht had moeten worden had dat op zijn laatst in 2008 moeten gebeuren. Het was immers niet zo dat er ergens DNA in een kast lag dat je nog kon onderzoeken.

Je moest het hebben van de herinnering van personen; na zoveel tijd is dat zinloos.

Ik wijs er ook nog op dat het eerste rapport van bevindingen grotendeels overeind is gebleven. De gespreksverslagen ontbreken, maar B. heeft natuurlijk wel onderdelen uit deze gesprekken verwerkt in de bevindingen. Zo is de beschrijving van wat er tijdens de

operatie gebeurde niet uit het operatieverslag te halen, dat zijn opgetekende gesprekken. Het valt daarom nog mee dat daarop zo weinig commentaar is gekomen.

Wij hebben ook nog een uitgebreide vragenbrief van de heer Br en de ouders ontvangen; wellicht kent u die nog niet. Daarop is onlangs een reactie gegeven. Dit gaat over het inzichtelijk maken van de verschillen tussen beide rapporten.

U geeft aan dat u ouders aantrof die dachten te wisten wat er gebeurd was en die nu werden beziggehouden door de vraag: kunnen wij erop vertrouwen dat wij alle feiten kennen en dat die feiten niet meer ter discussie worden gesteld. U vraagt mij wat de ouders hiervoor nodig zouden hebben van mijn organisatie. Ik denk, misschien iets dat wij ze nooit zullen kunnen geven. Dat komt vaker voor, de ongelofelijke complexiteit van het menselijk leven en alles wat daarmee goed en fout kan gaan. Je zou kunnen zeggen, de ambiguïteit van oorzaak en gevolg, van wat je vooronderstelt, wat toch logisch is, dat dat zo verschrikkelijk veel gecompliceerder kan zijn, omdat het zo anders voelt. Dat gebeurt iedere dag in Nederland, en als het goed wordt opgepakt: groot verdriet, enorm, maar dan heeft het niet deze gevolgen. Dan kunnen mensen op enig moment misschien toch verder met hun leven en met wat daarbij hoort. En dit is nog steeds geen afsluiting en dat is natuurlijk verschrikkelijk.

Ik denk dat er heel vaak hele goede dingen gebeuren, ook in communicatieve zin, en gelukkig doen wij het ook heel vaak goed. Maar voor wat hier is gebeurd moet je niet weglopen, het is heel erg fout gegaan.

U houdt mij voor dat ik en mijn organisatie ervoor hebben gekozen dit te doen, een tweede rapport uit te brengen. U ziet ook dat ik met spijt in mijn hart vaststel dat het zo is gegaan en dat niet al die andere dingen zijn gebeurd die ik had gewild. Ik kan dat bevestigen; ik had de ouders zo gegund dat het anders was gelopen. Wij weten ook dat er meer van dit soort situaties zijn, dat kindjes beschadigd zijn, waarbij het anders loopt. Waarbij dat wat ouders nodig hebben er ook komt. En hier is het er na vier jaar nog steeds niet en ik zou ook niet weten hoe dat zou moeten.

U vraagt mij nog naar de periode waarin het dossier waarover u beschikt een leemte laat zien (2008/2009). Ik denk dat u gevoeglijk kunt aannemen dat in die periode ook niets is gebeurd in het dossier. B. legde alles wat hij deed namelijk wel vast in WPM.

Dat kan nu allemaal niet meer gebeuren, want wij houden nu toezicht op termijnen en dergelijke. In de periode dat er een reorganisatie had plaatsgevonden bij de IGZ en was gekozen voor de structuur van de matrix, was toch in zekere mate onduidelijk wie verantwoordelijk was. De vestigingshoofden waren verantwoordelijk voor het HRM-deel en het bedrijfsmatige deel, de programmaleiders waren verantwoordelijk voor de inhoud. Maar: wat is nu inhoud? Waarvoor ben ik verantwoordelijk? Dat kun je natuurlijk niet scheiden en dat is nu ook anders geregeld. Die matrix werkte niet.

En nu zijn die functies in elkaar geschoven, integrale verantwoordelijkheid. Er wordt nu ook een ander proces voorbereid voor de meeste programma's, die gaan naar landelijke meldingen.

U legt nog aan mij voor het verschil in de reactie van mevrouw O. op de kritiekpunten van de heren Wb en T. op het eerste rapport en de wijze waarop het gesprek op 18 maart

2011 is verlopen. U vraagt mij of het klopt dat ik tijdens dat gesprek vooral heb gereageerd aan de hand van de bevindingen van mijn inspecteurs. Dat is inderdaad het geval. Ik begrijp ook de reactie van mevrouw O., maar zij kijkt hier ook anders naar. Het gaat er hier vooral om dat je je moet beperken tot je bevindingen en dat je op basis daarvan je beschouwing maakt en conclusies trekt. En datgene wat je misschien ook wel verstandig had gevonden en wat je je had kunnen voorstellen – dat is wat ook is misgegaan in het eerste rapport – dat is wel begrijpelijk maar dat is niet wat een inspecteur mag doen bij het maken van een rapport. Ik verwijs bijvoorbeeld naar een mailtje uit die tijd van de behandelaar: "die richtlijn is er niet maar zou je dat zo mogen stellen", en dat een andere inspecteur meldt: "nou, dat zou ik zo maar lekker doen", dat kan dus helemaal niet. We hebben daar afspraken over en je kunt ook niet zomaar zeggen: "ja, dat had eigenlijk wel moeten, die richtlijn". En dan zeggen: je hebt je niet aan die richtlijn gehouden. En ik wijs ook op het gevaar dat inspecteurs worden ingezogen in de problematiek. Het gaat altijd om verdriet en pijn. Maar daardoor mag je je niet laten leiden.

U vraagt mij of u, naar mijn inzicht, nog andere dingen moet weten rond de rol van inspecteur B. in deze zaak, uit zijn dossier. Ik begrijp uw vraag, maar ik vind het ingewikkeld om nog uitgebreider stil te staan bij de overwegingen die ik heb gehad bij het functioneren van de heer B. Ik draag hier zelf als eerste de verantwoordelijkheid.

U vraagt mij ten slotte of ik nog iets kwijt wil. Dat is zo. De gedachte dat hier ook maar ergens een vorm van eenvoud en gemakkelijker heeft gezeten, dat die er niet was, en dat de positie van grote UMCG al helemaal geen rol van betekenis heeft gespeeld. Dat zou ik echt ongelofelijk betreuren, want als dat beeld zou ontstaan of bestaan, dan hebben we een groot probleem met ons bestaan en onze effectiviteit. De gevoeligheid van de inspectie ligt wel bij personen en bij patiënten en betrokkenen en niet bij (grote) organisaties. Dat wil ik graag nog meegeven."

Naar aanleiding van het verhoor van mevrouw L. is naderhand op een enkel punt telefonisch navraag gedaan.

Mevrouw L. liet op 22 november 2011 desgevraagd weten:

"In reactie op het overleg van woensdag 16 november jl. met (de substituut ombudsman; N.o.) over mijn verklaring bericht ik u hierbij het volgende:

- op 13 januari 2011 heb ik (de eerste inspecteur; N.o.) bericht dat hij niet langer verantwoordelijk was voor het verder behandelen van een aantal calamiteiten waaronder die van Jelmer (...);
- op 28 januari heb ik de inspecteurs (collega-inspecteurs; N.o.) de overzichten gestuurd met de gegevens over de door hun te her beoordelen cases waaronder die van Jelmer (...);
- op 1 februari heb ik beide inspecteurs de brief van de advocaat van de anesthesist gestuurd;
- op 4 februari ontving ik de reactie van beide inspecteurs op de inhoud van het rapport.

Hieruit valt te concluderen dat de inspecteurs bij de beoordeling van het rapport inderdaad de beschikking hebben gehad over de opmerkingen van de betrokken specialist. Hun inhoudelijke beoordeling van het rapport richt zich daarbij op de kwaliteit van het inspectieonderzoek en de conclusies die worden getrokken op grond van de feiten en niet of nauwelijks op de door de specialist aangegeven elementen. Mijn verklaring echter dat zij geen weet hebben gehad van deze brief bij de beoordeling van het rapport is echter onjuist geweest.”

BIJLAGE 6

Verslag van de hoorzitting van de heer B, inspecteur bij IGZ , gehouden op 27 oktober 2011 op het Bureau van de Nationale ombudsman.

Aanwezig: drs. R. B, arts, senior inspecteur voor de gezondheidszorg
mevrouw mr. C.I. van G, advocate

namens het Bureau Nationale ombudsman:

de substituut ombudsman
een behandelend onderzoeker (verslag)

Het verslag bevat een zakelijke weergave van hetgeen door de heer B. onder ede werd verklaard.

Dhr. B. licht desgevraagd toe dat hij eerder bij het Bureau Nationale ombudsman is geweest, maar dit betrof een informeel (oriënterend) gesprek ten behoeve van het onderzoek. Hij was vanwege zijn geheimhoudingsplicht niet helemaal vrij om te zeggen wat hij wil en vindt. Maar nu hij (onder ede) wordt gehoord, is Dhr. B. volgens de wet tot medewerking verplicht en daardoor wel vrij om te verklaren. De wettelijke verplichting is volgens dhr. B. dan ook de basis waarop dit mogelijk is.

De substituut ombudsman merkt op dat in het tweede rapport een aantal kwalificaties werd weggelaten, welke in het eerste rapport dat werd ingetrokken, wel stonden vermeld. De ouders vragen zich af welke waarde zij nu aan deze kwalificaties moeten toekennen. Een van de meest in het oog springende conclusies in de samenvatting van het eerste rapport was dat de meest waarschijnlijke oorzaak van wat Jelmer is overkomen, gelegen was in het te lang laaghouden van de bloeddruk. Deze conclusie werd echter betwist door de anesthesioloog en ook door het ziekenhuis. De substituut ombudsman vraagt aan dhr. B. of hij iets meer wil vertellen over de onderbouwing van deze conclusie.

Dhr. B. verklaart met betrekking tot het punt van de lage bloeddruk dat de anesthesioloog zowel op het concept-rapport als na het uitbrengen van het eerste rapport, inhoudelijk hetzelfde commentaar gaf. Daarom was het des te vreemder dat de IGZ er dus later, na het uitbrengen van het eerste definitieve rapport, kennelijk heel anders over dacht. De reactie van de anesthesioloog op het concept-rapport was als bijlage bij het definitieve rapport gevoegd. Dit had de anesthesioloog ook geëist. Overigens was er aldus dhr. B, vóórdat het rapport werd uitgebracht, uitgebreid intern beraad (waaronder ook de leidinggevenden en collega's) over de kritiek van de anesthesioloog geweest. De door hem naar voren geschoven discussie over de causaliteit was voor het doel van de inspectiebemoeienis niet relevant. Het ging allereerst om de verbetermogelijkheden ten aanzien van de patiëntveiligheid die besloten lagen in de constatering van de externe

deskundigen en het UMCG dat gedurende de 3½ uur durende operatie en narcose sprake was van een lage bloeddruk, hoge doseringen van medicatie en narcose middel, van het beademen zodanig dat sprake was van hyperventilatie. Allemaal zaken die bijdragen aan een slechte doorbloeding van de hersenen. Er is geen bewezen causaal verband gesteld door de inspectie tussen bloeddruk of andere aspecten van de anesthesiologische zorg en hersenschade door de inspectie in het eerste rapport. Een dergelijke altijd moeizame causaliteitsdiscussie is in tegenstelling tot de situatie in het strafrecht ook niet zinnig of nodig om de veiligheid te verbeteren en evenmin om te beoordelen of er door de anesthesioloog voldoende zorgvuldig en conform de geldende regels in ziekenhuis en beroepsgroep is gehandeld. De door de deskundigen van het UMCU en van het UMCG veronderstelde zeer waarschijnlijke relatie is voldoende grond om te schrijven wat er in het rapport d.d. 6-12-2010 staat. Dat de inspectie in tweede instantie wel met de causaliteitsdiscussie en een bijna semantische discussie van de anesthesioloog mee is gegaan is ongebruikelijk en wordt door dhr. B. gelet op het beoogde doel van het rapport onverstandig en onbegrijpelijk gevonden.

Het verwijt dat met de kritiek van de anesthesioloog niet goed zou zijn omgegaan verbaast de heer B. enorm. Niet alleen het rapport is meermalen uitgebreid becommentarieerd door de jurist en de leidinggevende, maar speciaal het punt van het beargumenteren waarom de kritiek niet werd overgenomen en hoe dat aan de anesthesioloog werd gemeld is onderwerp van overleg geweest tussen de heer B., de jurist en de leidinggevende die later besloot onder andere hierom het rapport terug te trekken. Zij is expliciet met de brief er over aan de anesthesioloog akkoord gegaan na daarin zelf wijzigingen te hebben aangebracht.

Dhr. B. verklaart voorts dat in de eerste brief van het UMCG, die dateert van 26 november 2007, in de bijgevoegde expertise-rapporten werd opgemerkt dat er in deze casus een combinatie was van een lage bloeddruk en een hoge dosis medicatie en de hoge dosering narcotica. Dat waren omstandigheden die één en hetzelfde bijeffect hebben, namelijk het afknijpen van de centrale bloedsomloop en dus ook die van de hersenen. Dhr. B. legt voorts uit dat als er tijdens de beademing onder narcose door de anesthesioloog wordt gehyperventileerd (te veel wordt beademd) er een te lage concentratie van kooldioxide (CO₂, ook wel koolzuurgas genoemd) ontstaat. Ook dit heeft een knijpend effect op de bloedvaten. Meestal is er, wanneer er zaken mis gaan of verkeerd worden gedaan wel sprake van een compenserend mechanisme. Het gaat echter echt mis als alles dezelfde kant op gaat. Dat is hier waarschijnlijk het geval geweest. In de analyse van de deskundigen van het UMCU werd hierop gewezen. Dhr. B. vertelt dat indicaties voor een te geringe centrale perfusie (doorstroming) kunnen worden vastgesteld, dat dus de centrale perfusie ook met klassieke methoden kan worden bewaakt en dat daar een centrale meting voor nodig is. In dit geval had er gemeten kunnen en dus zorgvuldigheidshalve moeten worden bijvoorbeeld via de al aanwezige centraal veneuze lijn, of via een extra in te brengen centrale arteriële lijn, maar dat is niet gebeurd. Er zijn geen centrale drukken, of bloedgaswaarden bepaald tijdens de ongeveer 3½ uur durende operatie en er zijn evenmin waarden bepaald uit perifere bloed die de anesthesioloog ook hadden kunnen waarschuwen. De deskundigen viel op dat de lage bloeddruk en de lage "end tidel pCO₂" (wijzend op hyperventilatie)

door de anesthesioloog zijn geaccepteerd, terwijl het voor een bij prematuur geboren voldoende deskundige (kinder) anesthesioloog wel waarschuwingssignalen waren geweest voor een mogelijk problematische centrale bloeddorstroming en dus ook een mogelijk te geringe bloeddorstroming van de hersenen.

Eén van de meest verbijsterende punten vindt dhr. B. (en de collega's binnen de inspectie) het feit dat de anesthesioloog de bloeddruk van een kind dat hij niet kende (en waarvan hij ook niet wist wat deze bloeddruk bij deze te vroeg geborene normaal gesproken zou moeten zijn), regelde op een niveau waarvan hij dacht dat het 'wel goed' zou zijn. Hij had de bloeddruk voorafgaand aan de operatie niet gemeten. Juist omdat hij de bloeddruk niet kende en evenmin de normaalwaarden ervan, had hij deze zeker wel voor hij het kind onder narcose bracht moeten meten en/of moeten navragen op de afdeling. In dat laatste geval zou hij vernomen hebben dat de bloeddruk gewoonlijk bij dit kind duidelijk hoger was dan de drukken die hij tijdens de narcose bewerkstelligen zou. Bovendien was er in dit geval ook niet het argument 'spoed'. Het kind lag weliswaar op de spoedtafel (alleen twee weken of langer te voren geplande operaties komen daar niet), maar er was geen sprake van een spoedoperatie. Daarom was er zeker tijd geweest om de bloeddruk te meten en/of na te vragen. In het expertise-onderzoek werd dit de betrokken anesthesioloog ook voorgehouden. Gelet op het belang van het garanderen van een goede hersendoorbloeding en de in het ziekenhuis wel (maar bij de anesthesioloog niet) bekende hogere bloeddruk van het kind preoperatief is in het rapport gesteld dat de bloeddruk door de anesthesioloog te laag is gehouden en de voorbereiding onvoldoende was. Een hogere bloeddruk had namelijk zeer waarschijnlijk net als een lagere dosering medicatie en een betere beademing het verschil kunnen maken voor Jelmer. Het blijft daarom onbegrijpelijk dat de anesthesioloog achteraf en gehoord de deskundigen uit UMCG en UMCU geen mogelijkheid ziet ter verbetering. Ook zonder door de beroepsgroep beschreven norm voor een bloeddruk onder narcose of een protocol kan de inspectie zeer wel tot de gebezigde formulering komen. Overigens was er in het ziekenhuis wel degelijk een protocol en richtlijn op grond waarvan verwacht had mogen worden dat een hogere bloeddruk bij een kind als Jelmer zou zijn bewerkstelligd en bewaakt tijdens de operatie. Daarmee was de anesthesioloog niet bekend en de lagere bloeddruk als afwijking hiervan is dan ook onvoldoende beargumenteerd door de anesthesioloog.

Al in de eerste brief van het ziekenhuis van 26 november 2007 werd duidelijk dat het ziekenhuis de bevindingen van het expertise-onderzoek over nam. Er werden hieraan vergaande conclusies verbonden. Zo meldde het ziekenhuis vragen te hebben over het functioneren van de desbetreffende anesthesioloog. Er zou daarom een onderzoek worden ingesteld. Toen de inspectie het ziekenhuis hierover in een later stadium bevroeg, werd er echter geen enkele informatie verstrekt. Sterker nog, het ziekenhuis liet voor het eerst pas op 14 januari 2011 hierover iets weten, nl. dat er met betrekking tot het functioneren van de anesthesioloog niets aan de hand was. De anesthesioloog ontkende overigens dat er een onderzoek naar zijn functioneren was ingesteld.

In de brief van 26 november 2007 meldde het ziekenhuis het volgende: "het gaat hier om een prematuur kind van de Neonatale Intensive Care met substantiële problemen.

Behandeling in een kinder-anesthesiologisch centrum is dan aangewezen, maar in dit geval niet als zodanig uitgevoerd.” Toen de inspectie dit punt echter in het door de heer B. geschreven rapport herhaalde was het UMCG het hiermee niet eens. Dit roept, zo stelt dhr. B, wel vragen op.

Waar het de inspectie, zo verklaart dhr. B., met name om ging is dat er een structureel veiligheidsprobleem aanwezig leek. Wanneer een anesthesioloog niet de normen met betrekking tot de bloeddruk van zulke te vroeg geboren kinderen wist (hetgeen deze in beginsel ook niet hoefde te weten omdat dit een vrij specialistische aangelegenheid betrof) dan moest hij of zij er wel een meer deskundige die voor supervisie beschikbaar was bij roepen. De betrokken anesthesioloog had dit echter niet gedaan, ondanks dat ten tijde van de operatie van Jelmer er, zo heeft het UMCG althans verklaard, 24 uur per dag, 7 dagen in de week een kinderanesthesioloog beschikbaar was om een dergelijke supervisie te doen. Deze afspraak of richtlijn was echter te vrijblijvend en werd in de praktijk ook niet nageleefd. Dhr. B. verklaart hierover “kennelijk was je een watje als je die hulp inriep”.

Dat is volgens dhr. B. iets waar een ziekenhuis (leiding en de medisch specialisten als groep maar ook individueel) een verantwoordelijkheid heeft, zeker als men zich realiseert dat al in 2004 door de Nederlandse Vereniging van Anesthesiologie (NVA) een bepaalde richtlijn werd uitgebracht met betrekking tot de vraag over welke deskundigheid en ervaring nodig is om een dergelijk kind veilig te kunnen opereren. Dit was dan ook de reden geweest dat het ziekenhuis Zwolle eerder verplicht was om Jelmer over te dragen aan ziekenhuis waar kinderanesthesiologen in dienst waren. Dhr. B. vertelde dat alle professionals waaronder artsen van de afdeling neonatologie van dit zelfde ziekenhuis die hij over deze casus had gesproken ‘stomverbaasd’ waren dat Jelmer was geopereerd in een specialistisch kinderchirurgisch centrum zonder dat er een kinderanesthesioloog bij betrokken was geweest. Dhr. B. heeft deze informatie verwerkt in zijn rapport. In de brief van 23 september 2010 gaf de anesthesioloog aan dat hij – nog steeds- van mening was dat hij in deze casus goed gehandeld had, terwijl het UMCG en het eigen ziekenhuis hier anders over dachten.

Bij de IGZ ontstond hierop een discussie over de vraag of er al dan niet een klacht bij het Regionaal Tuchtcollege moest worden ingediend. Men vond het bij de IGZ nogal ‘schokkend’ en ‘zorgelijk’ dat de anesthesioloog niet thuis gaf terwijl de meningen van de bevroegde deskundigen er bepaald niet om logen. Er was in het UMCG een semantische of definitie discussie over de vraag wat nu precies een kinderanesthesioloog was. Voor de inspectie was althans t/m het eindrapport van 6 december 2010 van cruciaal belang dat gegarandeerd was dat bij daartoe geïndiceerde kinderen wel een door het ziekenhuis als zodanig erkende kinderanesthesioloog daadwerkelijk betrokken en verantwoordelijk was voor de anesthesiologische zorg. Nadat die garantie was gesuggereerd, bleek deze bij navraag op 28 september 2010 toch niet te bestaan. Over de precieze eisen wanneer iemand een ‘kideranesthesioloog’ genoemd kon worden, was aldus dhr. B, heel wat te doen. Het UMCG had op dat moment reeds zeven kinderanesthesiologen aangewezen (conform de nota van de NVA). Deze anesthesioloog stond echter niet op de nominatie

om opgeleid te worden als kinderanesthesioloog (of om als zodanig erkend te worden) waaruit de inspectie geconcludeerd heeft, dat hij volgens zijn eigen ziekenhuis niet aan de vereiste kwalificaties voldeed. Vervolgens werd er door het ziekenhuis geschermd met het argument dat deze anesthesioloog formeel wel betrokken mocht worden als anesthesioloog bij deze operatie zonder bemoeienis van een kinderanesthesioloog omdat hij in een eerdere betrekking en als MMT arts voldoende expertise en exposure zou hebben gekregen. Maar dit betreft volgens dhr. B. een hele andere – semantische-discussie omdat het in deze casus niet ging om anesthesiologische interventie in een acute situatie zoals bij de ongelukken of rampen waarbij het MMT team uitrukt. Het in korte tijd stabiliseren van een kind is een geheel andere zaak dan een zeer langdurige daags ervoor geplande operatie bij een te vroeg geborene rond de à terme datum (= datum waarop de zwangerschap voldragen zou zijn geweest) die al “substantiële” medische problemen mee maakte.

De inspectie ging hier verder niet op in. Niet het gelijk verder uit discussiëren in een dergelijke discussie was de focus van de inspectie.

Het ging de inspectie er namelijk om dat duidelijk werd wat er precies was misgegaan; of er verantwoording werd afgelegd; en wat de mogelijkheden waren dat in de toekomst soortgelijke problemen werden voorkomen. De verbeterpunten waren de IGZ in december 2010 duidelijk. De IGZ heeft aangegeven dat de reden om het rapport in 2011 in te trekken onder meer gelegen was in het feit dat het onderzoek te lang had geduurd en er niet kon worden terug gegrepen op wat uit de gesprekken van oktober 2008 met de medewerkers van het ziekenhuis naar voren was gekomen (omdat hiervan geen verslagen waren gemaakt). Het is opmerkelijk dat de IGZ bij deze overweging niet tevens de brief van het UMCG van 26 november 2007 had betrokken, waarin de tekortkomingen erkend werden. Dhr. B. vertelt voorts dat het feitelijk *eigen* onderzoek de gesprekken van 29 oktober 2008 waren. Dit behelsde slechts één dag. Daarnaast werd de informatie van het UMCG en de second - opinion van het UMCU in het onderzoek betrokken.

Dhr. B. brengt naar voren dat hij in het gesprek met de ouders in januari 2008 met het schaamrood op de kaken moest erkennen dat hij hun niet kon zeggen wanneer het IGZ-onderzoek zou worden afgerond. Op dat moment was het hem allang duidelijk dat zijn leidinggevende volstrekt andere prioriteiten had. Dhr. B. sprak zijn leidinggevende hier meermalen op aan, maar het was op voorhand al duidelijk dat het een ‘mission impossible’ was. Dhr. B. vindt het dan ook ‘moeizaam’ dat de inspectie c.q. zijn leidinggevende nu aangeeft dat het onderzoek te lang heeft geduurd zonder het benoemen van de verantwoordelijkheid van de inspectieleiding die bij herhaling B. heeft overruled en zijn waarschuwingen voor de gevolgen heeft genegeerd. Het onderzoek lag bijna al die tijd stil omdat de prioriteiten binnen de IGZ elders lagen, niet omdat het onderzoek zelf zolang duurde.

Desgevraagd verklaart dhr. B. dat hij altijd van plan was om van de gesprekken met de medewerkers van het ziekenhuis verslagen conform de leidraad te maken. Hij was echter op 4 augustus 2008 door zijn leidinggevende op een andere - arbeidsintensieve - zaak gezet. Dit ondanks de door hem gegeven argumenten om dat niet te doen. De heer B.

werd de keuze gelaten tussen het aanvaarden van de opdracht en nieuwe absolute prioriteit en een arbeidsconflict. Dhr. B. hield hierop zijn leidinggevend en o.a. het onderhavig dossier voor en waarschuwde voor mogelijke gevolgen. Hij hield dit ook voor aan de 'hogere' leiding, tot en met de inspecteur-generaal aan toe. Uiteindelijk is het helaas gelopen zoals dhr. B., naar eigen zeggen, voorspeld had. De gesprekken met de medewerkers van het ziekenhuis werden dus gevoerd op een moment dat dhr. B. daarvoor eigenlijk niet beschikbaar was. Maar omdat de betrokken ziekenhuis-medewerkers die dag al reeds vrij geroosterd waren, was het niet redelijk de afspraak af te zeggen. Later deelde mevrouw L. dhr. B. mee dat hij geen gespreksverslagen (meer) moest maken. Aan de hand van de handgeschreven notities zou een samenvatting van deze gesprekken in de bevindingen worden opgenomen. Hierop konden alle gesprekspartners dan vervolgens reageren (allen hebben gereageerd (UMCG medewerkers in een gezamenlijke brief) en alleen de anesthesioloog deed het in zeer kritische zin). Daarbij is het, aldus dhr. B., van belang te vermelden dat er geen commentaar werd gegeven op de *feiten*. Wel was de anesthesioloog het niet eens met de wijze waarop deze werden geïnterpreteerd. Er waren dus geen feiten die ter discussie stonden. Als de inspectie zegt dat dit nu wel het geval is, dan is dhr. B. heel nieuwsgierig over welke feiten de inspectie het nu dan heeft.

Hoewel in het rapport hiertoe (voldoende) argumenten werden aangedragen, meende de IGZ er toch goed aan te doen geen tuchtrechtelijke klacht jegens de anesthesioloog in te dienen. Dhr. B. licht toe dat het schrijven van een rapport primair een preventief doel heeft. In dit kader week het onderhavig rapport af van andere rapporten. Dit omdat in deze casus ook specifiek naar de rol van de anesthesioloog werd gekeken. De reden waarom dit werd gedaan was gelegen in het feit dat het UMCG in de brief van 26 november 2007 zelf het functioneren van de betrokken anesthesioloog ter discussie stelde (maar hier vervolgens ondanks vragen geen duidelijkheid over wenste te geven). Als het ziekenhuis zelf zijn verantwoordelijkheid had genomen, had de inspectie over dit aspect niet nader hoeven uitweiden.

De IGZ kwam tot de conclusie dat de desbetreffende anesthesioloog niet betrokken had moeten worden omdat hij niet voldoende was gekwalificeerd en conform de heersende cultuur verzuimd had supervisie te vragen. De vraag is dan of deze kritiek vervolgens door een maatregel van het tuchtcollege gevolgd moest worden. Dhr. B. legt uit dat dit voor de inspectie als overheid een hele andere discussie is dan voor een patiënt. Wanneer de inspectie naar het Regionaal Tuchtcollege gaat dan moet het gaan om het *algemeen belang*. De vraag die men zich daarbij stelt is dan of het incident zich kan herhalen. Aangezien de betrokken anesthesioloog niet meer in het UMCG werkzaam was en niet langer werkte in een "kinderchirurgisch centrum", was het argument om naar het Regionaal Tuchtcollege te gaan, onvoldoende aanwezig. Dhr. B. vond het heel bijzonder dat het UMCG in de brief van 26 november 2007 één medewerker 'in de picture' zette, feitelijk zijn beroepsmatig functioneren ter discussie stelde na de 'Veilig Melden'-analyse. Op het moment dat de inspectie vroeg naar het resultaat van het nader onderzoek naar het functioneren van deze medewerker, gaf het UMCG echter niet thuis. Het UMCG heeft deze man naar het oordeel van dhr. B. 'laten bungelen'. Dit omdat het UMCG over het

functioneren van deze man ‘twijfel liet bestaan.’ Daarmee vulde het UMCG zijn verantwoordelijkheid jegens de eigen medewerkers niet goed in en schaadde zo bovendien de veiligheidscultuur in het ziekenhuis. Bovendien had het UMCG, als het zich zorgen maakte over het functioneren van de man, hierop direct actie moeten ondernemen. Het ziekenhuis is namelijk ook verantwoordelijk voor de veiligheid van de patiënten die aan de zorg van de ter discussie gestelde specialist werden en worden toevertrouwd.

Het heeft dhr. B. erg verbaasd dat het punt van ‘het niet noteren van gegevens’ tijdens de operatie van Jelmer in het tweede rapport ‘onder het kleed’ is geschoven. Waarom is de IGZ hierin uiteindelijk meegegaan? In het verleden had de inspectie met betrekking tot soortgelijke incidenten juist ‘normerend’ opgetreden. Er was geen enkele twijfel over het belang van het noteren van dergelijke gegevens. Computergegevens (medische gegevens in de computers) zijn van zodanig belang voor de veiligheid van de patiënt dat in alle normen wordt gesteld dat daarvoor gebruikte computerapparatuur zo robuust moet zijn dat bij stroomuitval of iets dergelijks niet alle gegevens weg kunnen zijn. Het is niet mogelijk noch nodig om alles en detail nog eens apart voor het OK complex te normeren. Indien er over iets geen norm is vastgelegd door de beroepsgroep, betekend nog niet dat er bij toetsing geen conclusie kan volgen dat niet naar de meer algemene normen gemeten tekort is geschoten of verwijtbaar en zelfs tuchtwaardig kan zijn gehandeld. Specialisten hebben ook een eigen meer algemeen geformuleerde verantwoordelijkheid dat zij zorgvuldig, veilig moeten werken met apparatuur die aan de eisen van patiëntveiligheid voldoet en met behulp van een adequaat bijgehouden dossier verantwoording moeten kunnen afleggen. Sinds 2002 heeft de inspectie er op gewezen en opnieuw in 2005 dat ziekenhuis en specialisten hun verantwoordelijkheid voor de veilige werking en toepassing van medische hulpmiddelen waartoe ook registratie en bewakingsapparatuur behoren beter moeten invullen. De anesthesioloog kan zich als medisch specialist, naar de mening van dhr. B. hier niet verschuilen achter het ontbreken van normen, net zo min als het ziekenhuis.

Daarbij merkt dhr. B. op dat het natuurlijk vreemd was dat er nauwelijks iets werd genoteerd tijdens de operatie. “Ook al valt de apparatuur uit, dan is er nog altijd pen en papier.” Met andere woorden, als de techniek het laat afweten dan zijn er legio andere mogelijkheden om verantwoordelijkheid af te leggen, zo stelt dhr. B. De operatie duurde immers meer dan drie uur. Volgens hem merkten de ouders dan ook terecht op, dat het argument dat er geen tijd was om de informatie te noteren, niet steekhoudend was omdat zij de anesthesioloog op dat moment gewoon over de gang hadden zien lopen.

De substituut ombudsman geeft aan dat twee andere punten die in het tweede rapport werden ‘weggeschreven’ de tekortkoming in de voorbereiding van de operatie en de tekortkoming in de communicatie met de ouders lijken te zijn.

Met betrekking tot de tekortkoming in de voorbereiding van de operatie lijkt het meest in het oog springend de onbekendheid met Jelmer’s preoperatieve bloeddruk en het vervolgens niet opmeten of navragen van de bloeddruk van Jelmer te zijn geweest. De

substituut ombudsman vraagt dhr. B. of hij hierover nog iets kan zeggen. Dhr. B. verklaart dat het bij pre-operatief onderzoek niet alleen gaat om de formaliteiten, maar met name ook om de risico-inschatting. Een senior-anesthesioloog is hiervoor medeverantwoordelijk. Deze kan zijn verantwoordelijkheid nooit afschuiven op een junior die het pre-operatief onderzoek heeft verricht. Bovendien werd er na deze calamiteit wel een verbeterde procedure vastgesteld, maar niet geverifieerd of er een en ander in de praktijk werkelijk was aangepast. Dat kan wijzen op een serieus probleem in de veiligheidscultuur en het leiderschap.

Dhr. B. verklaart voorts met betrekking tot de communicatie met de ouders dat dit eigenlijk geen dispuut was. Het ziekenhuis vond zelf ook dat de communicatie niet goed was geweest. De ouders gaven aan dat de anesthesioloog niet voorafgaand aan de operatie met hen had gesproken; de anesthesioloog had hierover een andere mening. Wel is het zo dat strikt juridisch gezien er geen 'informed consent' is geweest voor de anesthesiologische behandeling als ouders hiervoor geen toestemming hebben gegeven. Dit is iets wat de advocaat van ouders misschien zal aangrijpen in de civielrechtelijke procedure, maar waar de inspectie verder niets mee heeft gedaan. Ook in de situatie na de operatie werd terughoudend met de ouders gecommuniceerd omdat deze kennelijk als kritisch werden ervaren. Dit bleek tevens uit medisch dossier. De ouders voelden zich hierdoor niet serieus genomen. Dhr. B. nam dit voor kennisgeving en maakte er een melding van.

Over het traject nadien meldde en bekritiseerde dhr. B. in zijn rapport dat het UMCG de ouders ondanks hun wens daartoe niet had gehoord in het kader van haar calamiteiten onderzoek. De Inspectie heeft in haar door dhr. B. geschreven rapport het UMCG aangeraden om in geval van een calamiteit een multidisciplinaire evaluatie te doen plaatsvinden en de resultaten daarvan en zo mogelijk ook de aard en omgang van de opgetreden schade aan alle betrokken medewerkers terug te koppelen. Dit is namelijk van belang om te leren van wat mis ging en om te motiveren tot het steeds verbeteren – dus voor de veiligheidscultuur van een ziekenhuis. Het was dan ook opmerkelijk dat niemand, buiten 'de bazen van het UMCG en de betrokken afdelingen' wist hoe het nadien met Jelmer ging. Te veel betrokken artsen en verpleegkundigen hadden geen inzage gekregen in (de resultaten van) de PRISMA-analyse. Dhr. B. vroeg zich dan ook af waarom het UMCG een dergelijke analyse maakte.

Dhr. B. legt uit dat de "PRISMA-analyse" een techniek is die zowel binnen het systeem van Veilig Melden als bij calamiteitenanalyses buiten dat systeem gebruikt kunnen worden en waarmee een bepaald falen wordt geanalyseerd. Deze techniek, ook in gebruik bij de inspectie, komt voort uit de industrie en is bedoeld om een product of dienst te verbeteren. Er zit een zekere prioritaire hiërarchie ingebakken in deze analysemethode wat betreft het resultaat: de basisoorzaken van wat mis ging. Basisoorzaken met het grootste effect op verbetering en bij negeren dus ook het grootste risico op nieuwe ongelukken staan hierbij vooraan. Eerst de veiligheid van de techniek en materialen, dan de organisatie (door in volgorde te kort schieten overdracht van kennis en informatie, protocollen, management prioriteiten en cultuur) daarna pas het individuele menselijke falen (door in volgorde te kort schieten in gedrag op basis van kennis/redeneren,

kwalificaties die niet passen bij wat vereist is voor het werk, coördinatie tussen mensen, verificatie, interventie en bewaking) en pas tot slot de in de patiënt gelegen factoren.

In casu werd de PRISMA-techniek binnen het Veilig Melden systeem gebruikt maar dat vernam de inspectie pas op 21 november 2007 toen dhr. B. in het UMCG kwam kennismaken. In mei 2007 liet het ziekenhuis telefonisch aan de voormalig inspecteur weten dat er een calamiteit had plaatsgehad en dat dit zou worden geanalyseerd volgens de PRISMA-analyse. De IGZ was hiermee tevreden en wachtte het resultaat af. Het werd pas een probleem toen een half jaar later duidelijk werd dat van deze PRISMA-analyse geen verslag zou worden overgelegd, omdat deze verricht was binnen de kaders van het veilig meldsysteem. Volgens dhr. B. was dit niet correct, omdat nu of geen of onvoldoende verantwoording werd afgelegd, of de spelregels van het Veilig Melden werden geschonden. Daarom had het UMCG naar zijn mening een nieuwe analyse moeten doen, maar dan buiten het Veilig Melden systeem en onder de verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur.

De brief van 26 november 2007 werd door het UMCG gepresenteerd als een door de directeur geschreven samenvatting van de PRISMA-analyse. Het ziekenhuis besloot om de PRISMA-analyse niet over te leggen, maar gaf wel een door hem geschreven samenvatting. Het werd dhr. B. al snel duidelijk dat de leiding van het UMCG bemoeienis had met de PRISMA-analyse, ondanks dat dit binnen Veilig Melden-systeem had plaatsgevonden. Daarmee was dhr. B. uitermate ongelukkig en hij liet dit de leiding van het ziekenhuis ook weten. Er had in deze casus naar het oordeel van dhr. B. nooit volstaan mogen worden met een PRISMA-analyse in het kader van het Veilig Melden-systeem, juist omdat het een calamiteit betrof waarbij altijd extern verantwoording moet worden afgelegd. Dhr. B. legt uit dat als er sprake is van een calamiteit, dit onder de verantwoordelijkheid valt van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis, die dan vervolgens beslist hoe te handelen. Overigens was er in casu geen discussie over de vraag of er sprake was van een calamiteit. Het UMCG had dit, zo meldt dhr. B., immers zelf aangegeven in het telefoongesprek van mei 2007 waarin de PRISMA-analyse werd aangekondigd. Desgevraagd verklaart dhr. B. dat het Veilig Melden geen wettelijke basis heeft. Er is inmiddels wel jurisprudentie en een richtlijn van het Openbaar Ministerie over het opvragen en (niet) gebruik van informatie die is verstrekt binnen Veilig Melden.

De inspectie zelf had echter al eerder (publicaties o.a. in Medisch Contact februari 2007) plechtig verklaard dat de gegevens van Veilig Melden niet door haar zou worden gebruikt. Het Veilig Melden is namelijk onderdeel van de veiligheidscultuur in een ziekenhuis waarbij iedereen belang heeft. In de zaak van het IJsselmeerziekenhuis werd echter door de rechter bepaald dat het ziekenhuis de analyse gegevens uit het Veilig Melden systeem wel aan de nabestaanden moest overleggen; hierbij werd de beroepsafpraak dus door de rechter overruled omdat de toedracht onvoldoende uit het medisch dossier was te herleiden.

In essentie had dhr. B. geen dispuut met het ziekenhuis; wel een hoop zorgen. Dit woog dan ook mee in het besluit om naar deze calamiteit een eigen onderzoek in te stellen en hierover een rapport te schrijven.

In de second opinion werd geconcludeerd dat de behandeling van Jelmer beter kon worden gestaakt. Deze conclusie bevestigde die van het UMCG. Nadat de behandeling werd gestaakt, knapte het kind op. Bij de ouders deed dit het vermoeden rijzen dat er een verkeerde inschatting was gemaakt. Dhr. B. verklaart hierover dat het een feit is dat de inschatting achteraf gezien niet goed was. Het kind knapte namelijk op terwijl dat niet de verwachting was. Op de vraag of dit wijst op een onjuiste beoordeling van wat er met Jelmer aan de hand was, heeft dhr. B. geen antwoord. Hij kan dit niet beoordelen; de inspectie heeft dit ook niet nader uitgezocht. Het kan altijd gebeuren dat een patiënt die is opgegeven, toch opknapt. Dhr. B. stelt voorts dat dit soort verrassingen niet aan de inspectie gemeld hoeven worden. De IGZ moet dan ook oppassen om met dergelijke 'bijvangst' aan de haal te gaan. Dhr. B. begrijpt de verbazing van de ouders heel goed en hij kan zich dan ook voorstellen dat men in het UMCG desgewenst alsnog bereid is om ouders een en ander hierover toe te lichten.

Dhr. B. verklaart tenslotte dat hij zijn best heeft gedaan om helder te krijgen (ook ten behoeve van de ouders) wat er precies is gebeurd. Voor zover hij dingen aan de weet is gekomen heeft hij die welbewust (en meer uitgebreid dan bij de IGZ gebruikelijk is) in het rapport beschreven. Hij weet niet meer dan wat hierover in zijn rapport vermeld staat. Over de gesprekken met de medewerkers van het ziekenhuis, kan dhr. B. niet meer zeggen dan dat dit een toelichting was op de informatie over de toedracht die de IGZ al had verzameld. De gesprekken waren bedoeld om een en ander te verifiëren, de context verder te leren kennen, zoals de interne cultuur, de prioriteit van patiëntveiligheid in de praktijk en om te horen wat van de beloofde aanpassingen werkelijkheid was en aldus met betrokkenen te evalueren. Daarnaast gaven mevrouw den O en dhr. B. uitleg over de vraag waarom de inspectie zich met deze casus bemoeide. Ook werd een toelichting gegeven op de procedure van het IGZ-onderzoek. Alles van wat er in zijn ogen aan relevante zaken in de gesprekken naar voren is gekomen, is in het eerste rapport verwerkt, aldus dhr. B.

De substituut ombudsman sluit de hoorzitting en bedankt dhr. B. voor de zeer uitgebreide mondelinge toelichting.

BIJLAGE 7

Wet cliëntenrechten zorg, voorstel van wet (Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010, 32 402, nr. 2)

Artikel 21

"De cliënt heeft er jegens de zorgaanbieder recht op dat deze van de aard en toedracht van incidenten bij de zorgverlening die merkbare gevolgen hebben of kunnen hebben voor de cliënt, onverwijld mededeling doet aan de cliënt en er melding van maakt in het dossier."

Memorie van Toelichting bij artikel 21

"Incidenten zijn onbedoelde gebeurtenissen tijdens de zorgverlening, die tot merkbare gevolgen voor de cliënt hebben geleid of nog kunnen leiden. Een voorbeeld van het laatste is de situatie waarin de effecten van ten onrechte toegediende medicatie pas na enige tijd voor de cliënt merkbaar worden. Incidenten kunnen ook schending van de persoonlijke levenssfeer of onrechtmatige verwerking van persoonsgegevens betreffen. Het recht van cliënten om op de hoogte te worden gesteld van incidenten bij de zorgverlening, zeker wanneer die tot schade (kunnen) leiden (dat element zit in de zojuist gegeven definitie), achten wij van groot belang voor de openheid rond de zorgverlening. Het gaat hierbij om informatie over de aard en toedracht van een incident betreffende de verleende zorg. Aan de cliënt moet ter toelichting van een incident dus worden verteld dat er in zijn geval bijvoorbeeld onvoldoende overdracht van informatie heeft plaatsgevonden. De analyse naar de diepere oorzaken van het gebrek aan communicatie, de analyse van bijna-incidenten (gebeurtenissen waarvan de gevolgen voor cliënten zijn voorkomen) en de vraag of het gaat om een gebrek dat ook bij andere cliënten heeft plaatsgehad en of er een breder patroon achter incidenten te ontdekken is, zijn aan de orde bij de kwaliteitsbewaking, besproken in de toelichting bij artikel 10. Op de desbetreffende gegevens richt zich het recht van de cliënt op informatie niet; die gegevens behoren juist tot het eigene en de meerwaarde van het kwaliteitsregister van het «veilig-melden-systeem». Artikel 7:953 BW bepaalt dat, indien een verzekering tegen aansprakelijkheid bepaalde erkenningen door de verzekerde verbiedt, overtreding van dat verbod geen gevolg heeft voor zover de erkenning juist is. Een verbod tot erkenning van feiten heeft nimmer gevolg, aldus het artikel. Hieruit volgt dat er verzekeringsrechtelijk geen enkele belemmering is voor zorgaanbieders om incidenten tegenover de cliënt te erkennen. Vastlegging in het dossier is nodig ten behoeve van de kwaliteit en continuïteit van zorg en ten behoeve van de toezichhouders."

BIJLAGE 8

IGZ- brochure "Toezichtkader Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid, april 2011

I. Inleiding

(...)

1.3 Doel van het inspectietoezicht op de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid.

De rol van de inspectie is gericht op het waarborgen dat het vertrouwen dat burgers in de gezondheidszorg kunnen hebben ook een gerechtvaardigd vertrouwen is. De bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid is van belang voor de kwaliteit van zorg geleverd door de zorgprofessionals en draagt daarmee bij aan het vergroten van dat vertrouwen. Andersom geredeneerd is een tekortschietende bestuurlijke kwaliteit een risico voor en vaak een verklaring voor een tekortschietende zorgkwaliteit.. Toezicht van de inspectie op deze bestuurlijke verantwoordelijkheid is gericht op het verminderen van risico's om zo het vertrouwen in de gezondheidszorg te vergroten. De inspectie ziet goed bestuur en intern toezicht als een belangrijke randvoorwaarde voor het leveren van verantwoorde zorg.(...)"

BIJLAGE 9

Reactie van inspecteur B. op het verslag van bevindingen van de Nationale ombudsman.

1 Ondergesneeuwd in het verslag van bevindingen vind ik dat het eigen onderzoek door de IGZ in deze zaak inhoudelijk is geschied op geleide van de inhoudsdeskundige kinderarts-neonatoloog en senior inspecteur mevrouw O. Zo ook het niet overnemen van de eisen van de anesthesioloog in zijn reactie op het concept rapport van bevindingen. Ook is het concluderen en samenvatting van het rapport van 6 december 2010 geschied op geleide van de inhoudsdeskundige kinderarts-neonatoloog en senior inspecteur mevrouw O. Tegen deze achtergrond moet ook mijn mededelingen en uitleg worden gezien die ik tijdens mijn gesprek met de substituut ombudsman en schriftelijk heb gegeven en geef.

2 In het verslag van bevindingen valt uitgebreid te lezen over de informatie verstrekt door de IGZ over de vertraging opgetreden in dit dossier. De indruk die zoals geformuleerd in het verslag van bevindingen achter laat, is die van een late constatering door de leidinggevend(n) dat er geen gespreksverslagen blijken te zijn uitgewerkt en afgestemd met gesprekspartners en dat n.a.v. de klacht van 1 april 2010 pas een probleem in de voortgang zichtbaar werd, waarop mij gesommeerd is haast te maken. Een dergelijke indruk en rol van de leidinggevende is volstrekt onjuist. Mijn hiërarchisch en inhoudelijk leidinggevend(en) zijn consequent en waarschijnlijk zelfs met hinderlijke hardnekkigheid sinds 2007 in alle periodieke overleggen door mij op de hoogte gehouden van werkachterstanden ontstaan door het mij bij herhaling inzetten in grote projecten buiten de eigen grote portefeuille en door ziekte waarbij zoals in dit dossier te zien geen waarneming plaats vond. Ik heb in arren moede schriftelijk gemeld aan mijn leidinggevende over het niet langer in control zijn wat betreft de achterstanden. Steeds ook heb ik dit dossier met naam genoemde (en vier anderen) daarbij aan de orde gesteld. Niet alleen vanwege de ernst van de zaak zelve en de negatieve gevolgen op termijn voor alle betrokkenen inclusief de IGZ zelf, maar ook omdat het niet kunnen leveren wat buiten de IGZ terecht van mij verwacht werd en het steeds weer moeten excuseren zonder dat er nog iets aan viel uit te leggen en zonder dat ik zelf achter de beslissingen er geen prioriteit aan te verlenen kon staan, mij emotioneel opbrak en mij ziek maakte. Met het "Dan zien we wel weer" kon ik nimmer uit de voeten. Zo heb ik het ook aan de orde gesteld bij de kennismaking op 7 september 2009 met mevr. L. Ook zij wist dus dat het dossier betreffende Jelmer al die tijd op de plank lag te wachten tot er eerst andere taken waaraan meer prioriteit gegeven moest worden van mijn leidinggevende af zouden zijn en ook zij wist dus dat er al lange tijd geen gespreksverslagen werden uitgewerkt en met gesprekspartners gewisseld. Het is in alle volgende periodieke overleggen met haar teruggekomen, beurtelings door mij en door haar aan de orde gesteld.

3 Ik lees niets over het feit, dat er in deze lange periode sprake was bij mij (de behandelaar van dit dossier) van gezondheidsproblemen die het werk en de productie belemmerden. Evenmin wordt vermeld, dat bij mijn (al dan niet gehele) uitval nooit in waarneming is voorzien. Niet in dit dossier, noch in andere arbeidsintensieve dossiers. In

september 2009 keerde ik opnieuw terug op het werk, zonder dat van herstel sprake was. Mijn hiërarchisch leidinggevende (en die ging er over) had, zoals steeds, bij mij op snelle terugkeer aangedrongen en drong er op aan te doen wat gezien mijn gezondheidssituatie kon i.p.v. een volledig herstel af te wachten. Ik heb daar steeds begrip voor gehad, maar vindt achteraf verwijt ik mij zelf dit heel of half ziek pogen door te werken. Het geschiedde tegen de achtergrond van onderbezetting in het team voor de curatieve zorg te Zwolle, overigens verergerd door langdurig open gehouden vacatures en de noodzaak van het inwerken van nieuwe collega accounthouders. Mijn leidinggevende erkende bij die gelegenheid in september 2009, dat van mij wegens mijn gezondheidsproblemen geen normale arbeidsprestatie verwacht kon worden en beloofde daar rekening mee te zullen houden (taakherschikking, waarneming). Dat laatste heb ik niet bemerkt. Mijns inziens is er goede reden hierover het een en ander op te nemen op blz 12 in het tweede tekstblok handelend over het delay bij de IGZ. De mededelingen van mevr. L zoals in het verslag van bevindingen op blz 12 onder punt 2, 3 en 4 dienen gelezen en begrepen te worden met de kennis van het feit, dat ik mij pas op 22 juni 2010 voor het eerst bij mijn hiërarchisch leidinggevende (die daar ook over gaat) hersteld heb gemeld. Dat was zes werkdagen voor mijn zomervakantie. Zoals u uit het gesprek met mevr. L. kunt constateren, heb ik tijdens mijn vakantie in Ierland nog doorgewerkt aan het rapport inzake Jelmer. Na haar reactie in haar mail van 23 juli 2010 en haar toelichting op 6 september 2010 heb ik nog die zelfde dag dus op 6 september 2010 de IG gebeld om hem te melden en voor te leggen, dat voor mij sprake was van een volstrekt omwerkbaar situatie. Dat het mij vanwege het ontbreken van vertrouwen van de programmaleider in mijn functioneren, zonder hiervoor een beoordelingsprocedure te willen starten, het mij niet langer mogelijk was mijn publieke functie als inspecteur namens de IGZ uit te blijven oefenen, laat staan dit met gezag te kunnen doen. Hij adviseerde rustig door te werken en dat heb ik gedaan. Op 29 november 2010 heb ik de IG, "op ronde in Zwolle", opnieuw te spreken gevraagd en gemeld dat de situatie in niets verbeterd was. Dat speet hem zeer.

4 De voor het werken bij de IGZ geldende procedures en voorschriften vind ik weinig of te zeer verscholen in het verslag terug. Het van wet, regel of voorschrift afwijkend handelen en waar daartoe is besloten valt mij in het verslag van bevindingen onvoldoende op, terwijl daarvan veelvuldig sprake is. Toch lijkt mij helderheid daarover van belang voor een oordeel of besluiten voldoende zorgvuldig tot stand zijn gekomen en het handelen of nalaten behoorlijk was. Evident is wel bij lezing, dat de termijnen van de IGZ Leidraad meldingen zeer ver zijn overschreden en dat het besluit van de programmaleider om geen gespreksverslagen op te stellen en voor te leggen evenmin conform de Leidraad is. Maar er staat niet in hoeverre gewerkt is in dit dossier conform de werkinstructie meldingen 2007 en de instructie voor het Regionaal Meldingen Overleg (RMO). Beide bepalen dat afhandelingen van meldingen, dus ook het uit doen gaan van het rapport betreffende de calamiteit opgetreden bij Jelmer alleen kan en mag na een daartoe strekkend besluit van het RMO. Dat was voor zover ik weet in Zwolle geen vrijblijvende zaak die naar believen al dan niet plaats vond. Het zondigen tegen deze regel, zoals uit de mededelingen van mevr. L. gemakkelijk zou kunnen worden opgemaakt, is mij sinds de invoering in 2006 nooit bekend geworden. Belangrijke ontwikkelingen of problemen tussen de initiële melding en de afhandeling dienen eveneens door de behandelend

inspecteur te worden ingebracht en worden in dit multidisciplinaire inspecteuroverleg besproken waarna een besluit valt hoe verder te gaan. Ook dat is in dit geval gebeurd. (b.v. op 3 november 2008). Het is binnen de IGZ niet toegestaan om een beslissing te nemen over het al dan niet indienen van een tuchtklacht of andere maatregel zonder dat er sprake is van een geaccordeerd eindrapport. Het zondigen daartegen is zelfs al eens als een grond voor ontslag gebruikt. Op 3 november 2008 is dan ook niet besloten dat er geen tuchtzaak zou volgen, maar er is besproken dat het (afmaken van het) onderzoek op dat moment niet als doel had het gaan klagen bij het tuchtcollege. Uit de op 3 november 2008 door mij in het RMO gepresenteerde voorlopige analyse van de calamiteit werd geconcludeerd dat prioriteit gegeven diende te worden aan de structurele oorzaken in het UMCG die aan de onveilig gebleken situatie ten grondslag lagen. Pas toen het rapport inclusief conclusies en maatregelen gereed was, op 4 oktober is er expliciet gesproken over het al dan niet indienen in het algemeen belang van een tuchtklacht. De programmaleider toonde zich daarvan tegenstander zo blijkt ook uit het verslag van bevindingen. Niet te lezen valt dat zij het RMO niet ingelicht heeft dat zij blijkens haar brief van 1 juni 2010 al een besluit hierover had genomen en aan de anesthesioloog bekend had gemaakt. Omdat er voorstanders van het indienen van een tuchtklacht waren en deze op 4 oktober niet van het tegendeel door haar waren overtuigd, is er een tweede bespreking op 18 oktober afgesproken. Er was dan tijd voor nauwgezette lezing van het rapport en zij heeft de collega's met gewetens bezwaren uitgenodigd deze te uiten. Dat was de aanleiding voor enig mailverkeer hierover, in uw bezit. De discussie verstomde schielijk toen mij bleek dat er al een besluit van de leidinggevende lag en ik dat aan de collega met bezwaren vertelde nadat mevrouw L dit daartoe uitgenodigd naliet zelf te doen. Uit het verslag van bevindingen valt wel op te maken dat het RMO inclusief de jurist en inclusief de programmaleider mevrouw L . ingestemd hadden met het verzenden van het rapport van 6 december 2011 (bedoeld wordt: 2010, N.o.), inclusief de conclusies, maatregelen en samenvatting. Maar niet te lezen valt dat het RMO evenals de inhoudsdeskundige mevrouw O en ook ik als inspecteur accounthouder t/m 30 mei 2011 verantwoordelijk voor het toezicht op o.a. het UMCG geen weet heeft mogen hebben van:

- a. de kritiek van de anesthesioloog,
- b. de kritiek van het UMCG,
- c. de opdracht van de programmaleider tot een beoordeling door twee inspecteurs uit andere regio's van naar eerst nu te lezen valt vier dossiers waaronder dat van de melding betreffende de calamiteit die Jelmer heeft getroffen
- d. hun kritische opmerkingen over het rapport en over drie andere melding dossiers (in email van 4 februari 2011?)
- e. de gesprekken met de anesthesioloog
- f. het voornemen en vervolgens het besluit tot intrekken van het rapport
- g. de daarop volgende correspondentie /discussie met de ouders van Jelmer
- h. het concept en later 2e definitieve rapport,
- i. de daarop volgende correspondentie/discussie.

Het uitsluiten van het RMO staat mijns inziens ook hier haaks op de genoemde werkinstructie(s). De instructies betreffende dossiervorming en archivering laten evenmin toe dat deze geheime operatie en bijbehorende documenten buiten het dossier en buiten

het geautomatiseerde systeem WPM zijn gehouden tot ten minste 30 mei 2011, het moment waarop ik mijn functie heb neergelegd.

De afspraken over de taken en rol van de inspecteur accounthouder laten evenmin toe dat achter zijn rug om dergelijke zijn gezag en dus het toezicht schadelijke zaken plaatsvinden.

5 Met verbazing heb ik moeten lezen dat er over mijn werk of functioneren een rapportage is opgesteld, correspondentie is gevoerd en op basis hiervan en de discussies er een advies door mevr. L. is opgesteld voor de IG en vervolgens door hem is besloten het door B. en mevr. O. geschreven rapport in te trekken. Ik zou het op prijs stellen, dat eveneens vermeld wordt in het rapport van de Nationale Ombudsman, dat ik in dit alles niet ben gekend, dat ik er tot op heden geen inzage heb in de betreffende stukken (en dat desgevraagd ook niet via de Nationale Ombudsman krijg), dat ik niet ben gehoord en mijn visie niet heb kunnen geven. Waar de zeer ver gaande negatieve conclusies van mijn twee collega's over mijn werk en werken op zijn gegrond is mij helaas onbekend, want dat wordt niet vermeld, maar zijn kennelijk wel basis geweest voor ver strekkende besluiten. Over de door mevr. L. vermelde onafhankelijkheid van de twee inspecteurs die vier van mijn dossiers blijken te hebben beoordeeld (blz 14/15) zonder van mij enige toelichting te vragen valt iets te zeggen. Zij beiden doen hun werk onder de ambtelijke leiding van en in opdracht van mevr. L. en zijn dus ten opzichte van haar allerminst onafhankelijk. De ene inspecteur heeft naar haar eigen zeggen reeds binnen een half jaar na haar entree bij de inspectie dus rond februari 2009 zich al over mijn functioneren beklagd bij mevr. L., overigens zonder mij daarover ooit iets te vertellen of ergens op aan te spreken. Van de andere inspecteur hoorde ik in augustus 2010 van een leidinggevende dat hij zich negatief over mijn functioneren uitliet. Hem daarop aangesproken ontkende hij dat, maar vervolgens weer niet tegen mijn bron. Beide hadden dus aantoonbaar een oordeel klaar ver voorafgaand aan het moment dat mevr. L. hun beoordeling vroeg. Zij hebben overigens nimmer met mij samengewerkt en hebben hun kritiek niet met mij willen bespreken of aan mij willen illustreren. Zij zijn twee van de drie collega's binnen de IGZ waarvan negatieve uitlatingen over mij (en niet tegen mij) vast staan. Mevrouw L. wist van hun (voor)oordeel toen zij hen vroeg naar dossiers van mij te kijken. Als laatste: De IGZ klachtenprocedure schrijft voor dat de inspecteur over wiens handelen wordt geklaagd in reactie op de klacht zijn visie geeft aan de IG. Zowel bij de klacht namens de anesthesioloog van 1 april 2010 als zijn klacht van 12 januari 2011 heeft de programmaleider mevr. L. mij expliciet verboden er iets over te schrijven of mij er mee te bemoeien. Voor mijn argument dat zulks in strijd is met de klachtregeling en ik mij tot het geven van mijn visie (zoals ik al aangekondigd had aan de jurist) verplicht voelde, bleek mevr. L. in april 2010 niet gevoelig. Ik kan niet om de conclusie heen dat de IGZ na 20 jaar werken als inspecteur nu blijkt procedures te volgen die voor mij duister zijn en de schijn wekken dat ze het daglicht niet kunnen verdragen. En dit met kennelijke instemming van de IG. De wijze van opereren van mijn leidinggevende, c.q. de IGZ, lijkt mij in strijd met basale regels van zorgvuldig besluiten en met mensen omgaan en duidelijk ook in strijd met de IGZ code (zoals te vinden in het "handboek IGZ"). Ik voel mij als werknemer onbehoorlijk behandeld. De gevolgde procedures lijken mij bovendien in strijd met wat de IGZ uitdraagt naar het veld over hoe te handelen bij (vermeende) problemen. Het niet willen horen en geen gebruik willen

maken van mijn informatie en visie als onderzoeker in dit dossier en als accounthouder van het ziekenhuis en evenmin die van het RMO valt mijns inziens niet te rijmen met het nastreven van een goed en zorgvuldig inspectie optreden jegens de belanghebbenden in dit dossier en om deze laatste belangen had het wel moeten gaan.

6 Ik mis in het verslag van bevindingen de door mij aangedragen inhoudelijke redenen voor de achteraf bekritiseerde passages in het rapport van 6 december 2010. Dit zijn mijns inziens ook de redenen waarom dit rapport intact had moeten blijven. Ik kan tot op heden in de onvrede bij de anesthesioloog evenmin als in zijn argumenten een inhoudelijke reden zien om zoveel onduidelijkheid en onvrede te veroorzaken bij de ouders van Jelmer zoals nu is geschied door het vervangen van het IGZ rapport. De belangrijkste feiten in het rapport die hem betreffen zijn niet betwist en de redenen om de conclusies in tact te laten heb ik gegeven.

7 Het is mij opgevallen, vooral in de citaten van mevr. L, dat er wisselend gebruik wordt gemaakt van de termen inspecteur (B. en O.) en senior-inspecteur (de zgn onafhankelijke collega's die een kritische beschouwing over mijn werk gaven). Aangezien alle vermelde inspecteurs feitelijk senior-inspecteur waren en zijn, verzoek ik u om alle vermeldingen van "inspecteur" te vervangen door "senior inspecteur" (uitgezonderd uiteraard de Hoofdinspecteur en de Inspecteur Generaal)."

BIJLAGE 10

De reactie van het UMCG op het verslag van bevindingen

"(...)

Na kennisneming van het verslag van bevindingen over de klacht van de ouders van Jelmer (...) betreffende het UMCG en de Inspectie voor de Gezondheidszorg te Utrecht die is ingediend bij de Nationale Ombudsman, willen wij graag onze reactie geven op dat deel van de bevindingen dat op het UMCG betrekking heeft.

Punt 2. Hier wordt aangegeven dat het UMCG een intern Prisma-onderzoek heeft uitgevoerd dat heel tijdrovend bleek. De reden waarom het tijdrovend was zou niet zijn toegelicht. Graag wijzen wij u erop dat het uitvoeren van een Prisma-onderzoek naar het gebeurde met Jelmer (...) tijdrovend was omdat er veel behandelaars en verpleegkundigen in het onderzoek betrokken waren. Er is twee keer een second opinion gevraagd bij kinderartsen en anesthesiologen van het UMCU en de grootst mogelijke zorgvuldigheid is in acht genomen omdat het een gecompliceerd behandeltraject was.

Punt 3. Uit de tekst van de eerste twee alinea's komt een beeld naar voren als zou het UMCG de ouders eerst een onafhankelijk onderzoek hebben toegezegd om vervolgens eind 2007 mee te delen dat er een intern onderzoeksrapport klaar lag, waarvan de ouders geen kennis mochten nemen. Wij vinden het belangrijk dit beeld te corrigeren. Het UMCG kent vaste procedures over hoe er gehandeld wordt bij incidenten en bij calamiteiten. De problemen die zich na de operatie op 2 mei 2007 voor hebben gedaan bij Jelmer (...) zijn in eerste instantie als incident gemeld binnen het kader van het Veilig Melden systeem. Daarop is een Prisma-onderzoek ingesteld binnen dit systeem. Het is een onafhankelijk feitenonderzoek in de zin dat het door twee speciaal opgeleide onderzoekers, die niet aan een van de betrokken afdelingen zijn verbonden, is uitgevoerd. Zij rapporteren aan de betrokken afdelingshoofden en de Raad van Bestuur. Het Prisma-onderzoek is een onderzoek waarin het professioneel handelen van bij de behandeling betrokken artsen en verpleegkundigen wordt onderzocht in het perspectief van het verbeteren van de kwaliteit.

De patiënt zelf of, in dit geval, de ouders, spelen daarin geen actieve rol. Later, eind mei 2007, is na overleg tussen de betrokken artsen en de directeur Medische Zaken onderkend dat het gebeurde als calamiteit moest worden gekwalificeerd, waarna dit gemeld is bij de Inspectie. De Inspectie verzoekt dan onderzoek te doen, maar op dat moment liep het Prisma-onderzoek onder veilig melden al, Om die reden heeft de directeur Medische Zaken in zijn brief van 26 november 2007 een beschrijving van de onderzoeksresultaten uit het Prisma-onderzoek aan de Inspectie en de ouders gestuurd, maar niet het onderzoeksrapport zelf. Wij betreuren het dat de ouders, op grond van datgene wat prof.dr. A. B.(...) met hen heeft besproken, de indruk hebben gekregen dat zij in het onderzoek betrokken zouden worden en dat zij zelf het Prisma-rapport zouden ontvangen. Overigens hebben wij de Inspectie in 2008 toegezegd dat calamiteitenonderzoek voortaan buiten het systeem van veilig melden wordt verricht. Zie voorts wat u hier over hebt geschreven onder punt 9 van de bevindingen.

Onder punt 6 merkt u op dat er geen gespreksverslagen zijn van de gesprekken die de Inspectie met medewerkers van het UMCG heeft gevoerd. Wij wijzen erop dat dit een taak van de Inspectie is. Het feit dat deze verslagen niet zijn gemaakt heeft naar onze mening beslist bijgedragen aan het feit dat het eerste rapport van de Inspectie voor ons geen herkenbare beschrijving van het gebeurde bevatte.

Onder punt 10 geeft u op pagina 7 aan dat er tot op dit moment geen onafhankelijk compleet onderzoek is ingesteld waarvan de resultaten voor de ouders van Jelmer (...) beschikbaar zijn. Wij wijzen erop dat er wel degelijk een onafhankelijk onderzoeksrapport van de Inspectie is, het rapport van april 2011.

Op pag. 8 geeft u aan dat het UMCG zou hebben aangegeven geen aanleiding te zien om met de ouders van Jelmer (...) in gesprek te gaan. Dit is niet juist. De Raad van Bestuur is steeds voornemens geweest met de ouders in gesprek te gaan zodra het rapport van de Inspectie gereed zou zijn. Omdat het eerste rapport van de Inspectie echter vooral nieuwe vragen oproep, hebben wij eerst ons commentaar naar de Inspectie gestuurd en de reactie daarop afgewacht. Zoals u bekend is leidde dat dit jaar tot het verschijnen van een geheel nieuw rapport. In uw brief d.d. 8 augustus 2011 aan het UMCG schrijft u dat de ouders u te kennen hebben gegeven niet met het UMCG in gesprek te willen gaan, voordat zij zekerheid hebben over alle feiten. Uiteraard respecteren wij dit standpunt. Wij waren en zijn te allen tijde bereid om het gesprek met de ouders te voeren. Wij zullen de ouders uitnodigen voor een gesprek met de Raad van Bestuur zodra uw rapport gereed is.

Overigens maken wij uit wat u verder onder punt 10 beschrijft op, dat u inmiddels beschikt over het afschrift van de Veilig melden rapportage omdat u die van de heer T.(...) hebt ontvangen. Het systeem van Veilig melden wordt hiermee ondergraven, wat wij zeer betreuren.

Onder punt 11 geeft u aan dat de heer T.(...) heeft verklaard dat hij te horen zou hebben gekregen dat de kinderartsen met de ouders van Jelmer (...) zouden praten over de operatie en niet de anesthesiologen. Wij hebben niet kunnen verifiëren waarop de heer T(...) deze verklaring baseert. In het dossier van Jelmer (...) is een verslag opgenomen van een gesprek dat op 6 mei 2007 (dus kort na de operatie) heeft plaats gevonden en waaraan de heer dr. M. (...), kinderanesthesioloog, heeft deelgenomen en de anesthesiologie is ook betrokken geweest bij multidisciplinaire gesprekken over Jelmer (...) na de operatie. Dat de meeste gesprekken met de ouders door de kinderartsen zijn gevoerd is logisch, omdat zij hoofdbehandelaar waren. Het is landelijk beleid dat gesprekken met patiënten in beginsel door de hoofdbehandelaar, als verantwoordelijk medisch specialist, worden gevoerd om de communicatie naar de patiënt zo eenduidig mogelijk te houden. Van de betrokken neonatoloog, prof. dr. A. B.(...), hebben wij begrepen dat er ook later nog een gesprek met de ouders is geweest, waarbij de ouders een bevriend anesthesist hebben meegebracht. Wij hebben hier geen verslag van, maar kunnen ons voorstellen dat daar wellicht ook over de anesthesie is gesproken.

U geeft aan dat uit het overzicht van de gesprekken die gevoerd zijn tussen ouders en verplegend personeel en artsen (deze laatste groep noemt u abusievelijk niet in de derde regel onder punt 11) niet blijkt of en hoe het UMCG geprobeerd heeft om de gevoelens die de ouders hadden (zich onbegrepen voelen, niet adequaat reageren van verpleging) weg te nemen. In dit zelfde overzicht hebben wij aangegeven dat klachten over de verpleging telkens meteen zijn besproken met de verpleging. Over het zich onbegrepen voelen kunnen wij alleen maar zeggen dat er heel veel gesprekken zijn gevoerd met de ouders. Het is helaas een feit dat er vanaf het begin vele oorzaken zijn onderzocht en verworpen, maar dat er nooit de vinger is gelegd op wat precies de oorzaak is van de hersenschade die Jelmer heeft. Dat is wat de ouders willen weten en dat is wat de artsen niet kunnen vertellen omdat zij het niet weten.

(...)

Onder punt 14 geeft u aan dat het niet duidelijk is wat er gebeurd is met de vraag van de Raad van Bestuur aan het afdelingshoofd Anesthesiologie over het functioneren van de heer T.(...). De Raad van Bestuur heeft hierover eind 2007 gesproken met het afdelingshoofd Anesthesiologie en de conclusie uit dit gesprek, namelijk dat er geen twijfels zijn over het functioneren van de heer T.(...), is schriftelijk bevestigd aan de Raad van Bestuur.

Onder punt 16 vat u samen wat de heer T.(...) verklaard heeft. Uiteraard is dat zijn verklaring, maar wij zijn het er niet mee eens dat het onderzoek te beperkt is geweest. Doel van het Prisma onderzoek is geweest alle factoren in kaart te brengen en zeker niet alleen de operatie zelf te onderzoeken. Dat dit onderzoek helaas niet tot een eenduidige verklaring heeft geleid is zeer te betreuren. Tegelijk weten wij dat er in de medische wetenschap nog veel zaken zijn die niet te verklaren zijn.

(...)"