



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Kwetsbaar en krachtig

Ondanks risico's veilige zorg na faillissement MC
IJsselmeerziekenhuizen

Gezond vertrouwen

Meldingnummer V2009597
Documentnummer 2019 - 2427560

Inhoud

Voorwoord 5

1 Inleiding 7

- 1.1 Aanleiding en belang 7
- 1.2 Samenhang met andere onderzoeken en rapporten 7
- 1.3 Onderzoeksvragen 8
- 1.4 Onderzoeksmethode 8
- 1.5 Toetsingskader 9
- 1.6 Leeswijzer 9

2 Toezicht IGJ op MC IJsselmeerziekenhuizen vanaf 2017 10

3 Bevindingen 13

- 3.1 Tijdslijn 13
- 3.2 Periode direct na het faillissement: afbouw van zorgaanbod 14
- 3.3 Transitieperiode 17
- 3.4 Overname door St Jansdal 23
 - 3.4.1 Periode voor de overname per 1 maart 2019 23
 - 3.4.2 Periode na de overname per 1 maart 2019 25
- 3.5 Acute zorg en ketenzorg 28
 - 3.5.1 Spoedeisende hulp 28
 - 3.5.2 Verloskundige zorg 28
 - 3.5.3 Ambulancezorg 29
 - 3.5.4 Huisartsenpost 29

4 Meldingen en signalen bij de inspectie 31

- 4.1 Melden door patiënten en zorgverleners 31
- 4.2 Meldingen en signalen van patiënten via het Landelijk Meldpunt Zorg 32
- 4.3 Signalen van de Stichting 32
- 4.4 Meldingen en signalen van zorgverleners 32
- 4.5 Onrust over veranderingen in het zorgaanbod 33

5 Conclusies 36

- 5.1 In hoeverre is er in de periode van aanvragen van surseance van betaling van MC IJsselmeerziekenhuizen op 23 oktober 2018 tot de overname door St Jansdal op 1 maart 2019 sprake geweest van risico's voor goede en veilige zorg? 36
- 5.2 Op welke wijze hebben de curatoren invulling gegeven aan hun bestuurlijke verantwoordelijkheid voor goede en veilige zorg? 37
- 5.3 Op welke wijze heeft de raad van bestuur van St Jansdal invulling gegeven aan zijn verantwoordelijkheid voor goede en veilige zorg? 38
- 5.4 Op welke wijze hebben medisch specialisten en andere zorgverleners invulling gegeven aan hun verantwoordelijkheid voor goed hulpverlenerschap? 38
- 5.5 Heeft het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen geleid tot risicovolle situaties voor patiënten of bijgedragen aan ernstig letsel of overlijden van patiënten? 40

6 Aanbevelingen 41

- 6.1 Algemene aanbevelingen / aanbevelingen voor zorgaanbieders in financiële problemen 42
- 6.2 Aanbevelingen voor curatoren en andere betrokkenen bij overname van zorg 42

Voorwoord

Op 25 november 2018, een maand na het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen, werd het ziekenhuis in Lelystad door meer dan duizend mensen letterlijk omarmd. Het was een indrukwekkende gebeurtenis die voor de inspectie extra duidelijk maakt welke belangrijke plaats het ziekenhuis innam in de gemeenschap. Patiënten en zorgverleners kwamen bij elkaar in een zorgzame omarming en toonden daarbij hun kwetsbaarheid én hun kracht.

Op 25 oktober 2018 werd MC IJsselmeerziekenhuizen failliet verklaard. Daarmee begon voor patiënten en zorgverleners een onzekere periode, waarin zij opeens rekening moesten houden met afbouw van een belangrijk deel van het zorgaanbod – waaronder de acute zorg – of zelfs sluiting van het ziekenhuis in Lelystad. Een scenario waarin er geen ziekenhuis in Lelystad zou zijn was voor velen letterlijk onvoorstelbaar.

Al snel na het faillissement werd duidelijk dat het ziekenhuis weliswaar overgenomen zou worden, maar dat de afdeling klinische verloskunde niet heropend zou worden en dat de afdeling Spoedeisende Hulp omgevormd zou worden tot een spoedpoli met beperkte openingstijden en een beperkt zorgaanbod. Welke mogelijkheden er (ook op langere termijn) zouden zijn om bijvoorbeeld operatieve, kindergeneeskundige of klinische zorg (opname in het 'beddenhuis') te leveren was nog onzeker. Zorgverleners in MC IJsselmeerziekenhuizen en omliggende ziekenhuizen, huisartsen, verloskundigen en de ambulancevoorziening waren niet voorbereid op het faillissement en de daarop volgende aanpassingen in het zorgaanbod. Hierdoor moesten zij onder moeilijke omstandigheden zorg verlenen en ontstonden potentiële risico's in de patiëntenzorg.

Zorgverleners, patiënten en inwoners van Flevoland leefden daardoor als het ware tussen hoop en vrees: enerzijds werd gesproken over verdere afbouw van zorg, anderzijds werden de mogelijkheden om toch acute en klinische zorg te kunnen blijven leveren verkend. Mensen maakten zich zorgen of er wel voldoende zorg in de buurt bleef en of zij bij spoed wel op tijd in een ziekenhuis konden komen. Voor zwangere vrouwen in de Noordoostpolder betekende de sluiting van de afdeling klinische verloskunde in Lelystad, dat zij soms niet meer thuis konden bevallen en naar het ziekenhuis in Sneek of Zwolle moesten.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd hield intensief toezicht op de zorg die nog wel werd geleverd en was als toezichthouder betrokken bij de overname van het ziekenhuis in Lelystad door St Jansdal. Ondanks de complexe omstandigheden waaronder zorg moest worden afgebouwd en overgedragen en de risico's voor patiëntveiligheid die hierdoor konden ontstaan, constateerde de inspectie dat er goede en veilige zorg werd geleverd. Dit is voor een belangrijk deel te danken aan de zorgverleners die zich met grote toewijding bleven inzetten voor hun patiënten en hun ziekenhuis. In een later stadium leverde St Jansdal een ongekeerde prestatie met de wijze waarop de overname werd gerealiseerd.

Onder meer via de Stichting Behoud Ziekenhuis Lelystad ontving de inspectie signalen over de gevolgen die het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen en de aanpassing van het zorgaanbod hadden voor patiënten. De inspectie onderzocht signalen en besprak deze met zorgverleners. De signalen gaven een beeld van de impact die het faillissement had voor patiënten en zorgverleners en wat er nodig was in de afstemming tussen zorgaanbieders om de veranderingen op een veilige

manier te laten verlopen. De signalen wezen er echter niet op dat er sprake was van structurele onveiligheid of op schade die patiënten ondervonden ten gevolge van patiëntonveiligheid of verminderde bereikbaarheid van zorg.

Dat neemt niet weg dat de inspectie van mening is dat een ongecontroleerd faillissement van een zorginstelling in de toekomst voorkomen moet worden.

De gemeente Lelystad werkt onder de naam 'Lelystad Next Level' aan plannen voor de toekomst: een sterke identiteit, toekomstgericht ontwikkelen en duurzaam kansen creëren staan hierin centraal. In dat kader wordt het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen als 'een klap' omschreven, maar ook als een kans om de gezondheidszorg een impuls te geven en te innoveren, bijvoorbeeld op het gebied van preventie.

In dat kader hoopt de inspectie dat alle betrokkenen vertrouwen hebben of krijgen in het zorgaanbod in de regio. Dat is van belang voor de gezondheid van patiënten, want vertrouwen is de basis van een waardevolle zorgrelatie én van samenwerking tussen zorgaanbieders. Het is ook van belang voor de mogelijkheden om in de toekomst zorg te kunnen leveren die optimaal aansluit bij wat patiënten nodig hebben.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

Ronnie van Diemen-Steenvoorde
Inspecteur-generaal

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

Op 23 oktober 2019 verleende de rechtbank surseance van betaling aan MC IJsselmeerziekenhuizen. Op 25 oktober 2019 maakten de curatoren het faillissement publiek bekend. De dag voor het faillissement werd door de bestuurder besloten de afdeling klinische verloskunde te sluiten. In de dagen na het faillissement werd duidelijk dat de zorgverlening en het zorgaanbod nog verder zouden wijzigen, maar het was nog niet helder wat precies de gevolgen zouden zijn. Voor patiënten is het een onzekere periode geweest. Door de vele keuzes die nodig waren, was het een lange tijd onduidelijk waar welke zorg geleverd ging worden. Ook voor de medewerkers is het eveneens een belastende, emotionele en onzekere periode geweest – voor een aantal van hen is het dat nog steeds.

Dit rapport gaat over het toezicht op de zorgverlening rond het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen, tot de periode na de overname door St Jansdal op 1 maart 2019. Centraal in dit rapport staan de kwaliteit en veiligheid van de zorg die werd verleend. Daarnaast komt de wijze waarop het zorgaanbod is afgebouwd en de patiëntenzorg werd overgedragen aan andere zorginstellingen aan bod.

De inspectie gaat in op de vraag welke risico's er voor kwaliteit en veiligheid van zorg zijn geweest en hoe er binnen het ziekenhuis is geacteerd om deze risico's te beheersen.

De inspectie betreft hierbij de rol die de verschillende actoren rond het faillissement hebben gespeeld. Het betreft de curatoren en de individuele zorgverleners zoals artsen, verpleegkundigen en paramedici. De curatoren droegen bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van zorg en voor de overdracht van de patiëntenzorg. De medische staf droeg professionele verantwoordelijkheid voor goede zorg en goed hulpverlenerschap.

1.2 Samenhang met andere onderzoeken en rapporten

Dit rapport gaat in op het toezicht op de zorgverlening in de periode van het faillissement tot enkele weken na de overname door St Jansdal ziekenhuis vanaf 1 maart 2019.

De inspectie geeft een weergave van de gebeurtenissen vanuit haar toezichtsperspectief. Ook formuleert de inspectie conclusies en aanbevelingen. Verder publiceert de inspectie samen met dit rapport een rapport over de overdracht van de zorg naar andere zorginstellingen 'Veerkracht en betrokkenheid - Goede zorg na overdracht uit MC IJsselmeerziekenhuizen'. Ook over de periode rond het faillissement van MC Slotervaart en de kwaliteit en veiligheid van zorg die vanuit dat ziekenhuis is overgedragen aan andere zorginstellingen, publiceert de inspectie rapporten. Momenteel voeren de inspectie en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een onderzoek uit naar de naleving van de Governancecode Zorg en mogelijke belangenverstremgeling binnen MC IJsselmeerziekenhuizen en MC Slotervaart. De inspectie heeft geen onderzoek gedaan naar de oorzaken van het faillissement. Dat is in beginsel de taak van de curatoren.

Op 28 februari 2019 publiceerde de inspectie het rapport over het toezicht in de periode van instellen van het verscherpte toezicht tot het uitspreken van het faillissement (6 augustus – 25 oktober 2018).

De Onderzoeksraad voor de Veiligheid (OVV) en de door de minister ingestelde onafhankelijke onderzoekscommissie voeren vanuit hun eigen opdracht ook onderzoeken uit, waarover zij rapporten uitbrengen.

De minister voor Medische Zorg en Sport heeft een Toekomstverkenner aangesteld, die in overleg met alle betrokken partijen een visie op het toekomstig zorgaanbod in Flevoland heeft ontwikkeld. De inspectie heeft diverse malen met de toekomstverkenner gesproken en hem geïnformeerd over relevante bevindingen uit het toezicht. De toekomstverkenner heeft in juli 2019 een rapport opgeleverd aan de minister. Onderdeel van dit rapport is de "Agenda voor de zorg in Flevoland". Over de voortgang van de uitvoering van deze Agenda wordt een periodiek Voortgangsoverleg georganiseerd, waar de inspectie ook aan deelneemt.

De verschillende onderzoeken die worden uitgevoerd, belichten de gang van zaken rond de faillissementen van MC IJsselmeerziekenhuizen en MC Slotervaart vanuit verschillende perspectieven. Het perspectief van de inspectie is daar één van. De Onderzoeksraad voor Veiligheid en de onafhankelijke commissie onderzoeken ook de rol van de inspectie en andere betrokkenen. De inspectie formuleert in dit rapport conclusies en aanbevelingen vanuit haar eigen taak. Daarmee draagt de inspectie er aan bij, dat er lessen kunnen worden getrokken uit de gang van zaken. Dat kan volgens de inspectie alleen, wanneer de verschillende onderzoeken in samenhang worden bekeken.

1.3 Onderzoeksvragen

Dit rapport richt zich op de volgende vragen:

- 1 In hoeverre is er in de periode van aanvragen van surseance van betaling van MC IJsselmeerziekenhuizen op 23 oktober 2018 tot de overname door St Jansdal op 1 maart 2019 sprake geweest van risico's voor goede en veilige zorg?
- 2 Op welke wijze hebben de curatoren invulling gegeven aan hun bestuurlijke verantwoordelijkheid voor goede en veilige zorg?
- 3 Op welke wijze heeft de raad van bestuur van St Jansdal invulling gegeven aan zijn verantwoordelijkheid voor goede en veilige zorg?
- 4 Op welke wijze hebben medisch specialisten en andere zorgverleners invulling gegeven aan hun verantwoordelijkheid voor goed hulpverlenerschap?
- 5 Heeft het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen geleid tot risicovolle situaties voor patiënten of bijgedragen aan ernstig letsel of overlijden van patiënten?

1.4 Onderzoeksmethode

In de maanden voorafgaand aan het faillissement heeft de inspectie gesprekken gevoerd en zich schriftelijk laten informeren door de raad van bestuur over de financiële situatie van het ziekenhuis. Vanaf het faillissement was de inspectie meerdere keren per week in het ziekenhuis. Tijdens deze inspectiebezoeken voerde de inspectie gesprekken met de curatoren en met medewerkers van verschillende afdelingen van het ziekenhuis. Daarbij hield de inspectie gericht toezicht op zowel de veilige afbouw en overdracht van zorg, als de transitie richting de overname door St Jansdal.

Gezien de ingewikkelde vraagstukken en de snelheid waarmee keuzes moesten worden gemaakt heeft de inspectie daarnaast veelvuldig overleg gehad met onder meer de Nederlandse Zorgautoriteit, het ministerie van VWS, het ROAZ-verband, verloskundigen, huisartsen, omliggende ziekenhuizen en burgermeesters en wethouders van gemeenten.

Daar waar betrokkenen keuzes moesten maken en daarbij verschillende belangen tegen elkaar moesten afwegen, toetste de inspectie steeds of het belang van goede en veilige patiëntenzorg voldoende gediend werd.

Signalen van patiënten die mogelijk te laat of niet de juiste zorg hebben gekregen, werden betrokken in het toezicht en bij de gesprekken tussen de inspectie, de curatoren, de medisch specialisten IJsselmeerziekenhuizen en met omliggende ziekenhuizen. Er zijn bij de inspectie geen incidenten in de patiëntenzorg bekend, die voldoen aan de wettelijke definitie voor calamiteit¹.

1.5 Toetsingskader

Een overzicht van de belangrijkste wet- en regelgeving en veldnormen op basis waarvan de inspectie haar toezicht heeft vormgegeven.

- Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) (2016);
- Handreiking verantwoordelijkheidstoedeling bij samenwerking in de zorg (KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland en NPCF) (2010);
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz (2016);
- Kader 'Toezicht op goed bestuur' (IGZ/NZa), 2016;
- Governancecode zorg (2017);
- Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi);
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG);
- Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO);
- VeiligheidsManagementSysteem (VMS);
- Geneesmiddelenwet;
- KNMG Richtlijn overdracht patiëntendossiers;
- Referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg; (RIVM) (2018);
- Nota goede ambulancezorg (AZN) (2018);
- Kwaliteitskader spoedzorg; voorlopige versie 2018. Inmiddels is de definitieve versie beschikbaar, april 2019.

1.6 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 gaat de inspectie op hoofdlijnen in op het toezicht op MC IJsselmeerziekenhuizen in de periode voorafgaand aan het faillissement.

Hoofdstuk 3 bevat de bevindingen vanuit het toezicht in de periode kort voor het faillissement tot aan de overname door St Jansdal vanaf 1 maart 2019 en de eerste weken daarna.

In hoofdstuk 4 gaat de inspectie in op de wijze waarop zij is omgegaan met meldingen en signalen die zij ontving naar aanleiding van het faillissement.

In hoofdstuk 5 formuleert de inspectie conclusies naar aanleiding van de onderzoeksvragen.

In hoofdstuk 6 doet de inspectie op basis van de conclusies een aantal aanbevelingen aan verschillende partijen.

¹ Artikel 1 Wkkgz definieert 'calamiteit' als volgt: "een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor de cliënt heeft geleid".

2 Toezicht IGJ op MC IJsselmeerziekenhuizen vanaf 2017

In de jaren voor 2017 is er geen bijzondere aandacht vanuit de inspectie voor MC IJsselmeerziekenhuizen geweest. De bevindingen uit het toezicht gaven geen aanleiding om extra intensief toezicht te houden of handhavingsmaatregelen te treffen .

Tijdens de jaargesprekken werd wel regelmatig gesproken over samenwerkings- en functioneringsproblemen bij diverse vakgroepen. De inspectie zag er op toe dat de raad van bestuur en het medisch stafbestuur maatregelen troffen om die problemen op te lossen en de risico's voor kwaliteit en veiligheid van zorg te beheersen.

In augustus 2017 voerde de inspectie een inspectiebezoek uit om de verbetermaatregelen naar aanleiding van twee calamiteiten te toetsen. Tijdens dit bezoek bleek dat de voorzitter van de betrokken vakgroep recent voor zes maanden op non-actief was gesteld en dat de andere vakgroepleden grote bezwaren hadden tegen diens terugkeer. Daarnaast waren in 2016 twee medisch specialisten van een andere vakgroep vertrokken zonder dat de inspectie daarover was geïnformeerd. De inspectie heeft daarop nadere informatie opgevraagd. Uit die informatie bleek dat er in alle drie gevallen sprake was van individueel disfunctioneren en dat er in tenminste één geval sprake had moeten zijn van een (wettelijk verplichte) melding. Ook was een intern onderzoek naar het (mogelijk) disfunctioneren van een medisch specialist van onvoldoende kwaliteit. In oktober 2017 voerde de inspectie hierover een bestuursgesprek met de raad van bestuur, raad van commissarissen en het medisch stafbestuur. De inspectie heeft de raad van bestuur tijdens dit gesprek verweten dat zij onvoldoende stuurde op het functioneren van vakgroepen en dat zij de inspectie onvoldoende informeerde. Naar aanleiding daarvan kondigde de inspectie aan het toezicht te intensiveren.

Tijdens een inspectiebezoek in november 2017 ging de inspectie in gesprek met medisch specialisten, de Ondernemingsraad, de Cliëntenraad en de Verpleegkundige Adviesraad om hun visie op de besturing van het ziekenhuis en de functionerings- en samenwerkingsproblemen bij vakgroepen te vernemen. Daarbij werd aangegeven dat er weinig vertrouwen was in de raad van bestuur, met uitzondering van de locatiedirecteur.

Op 4 december 2017 informeerde de voorzitter van de raad van commissarissen de inspectie over de zorgen van de raad van commissarissen over het functioneren van de voorzitter van de raad van bestuur. Deze acteerde in de ogen van de raad van commissarissen onvoldoende als bestuurder en richtte zich meer op zijn positie als aandeelhouder. De raad van commissarissen vond dit ongewenst. De verantwoordelijkheid voor de dagelijkse gang van zaken kwam hierdoor teveel bij de overige leden van de raad van bestuur, in het bijzonder bij de bestuurder/locatiedirecteur te liggen. De raad van commissarissen wilde daarom een vacature stellen voor de positie van deze bestuurder, maar dat werd tegen gehouden door de Algemene Vergadering van Aandeelhouders (AVA). De AVA bestond in meerderheid uit twee leden van de raad van bestuur waaronder de toenmalige voorzitter.

Op basis van het gesprek met de voorzitter van de raad van commissarissen, het inspectiebezoek in november 2017 en de voortgang binnen het ziekenhuis sprak de inspectie op 24 januari 2018 het voornemen uit verscherpt toezicht in te stellen, op grond van de conclusies dat:

- het ziekenhuis onvoldoende bestuurbaar was;
- de raad van bestuur onvoldoende stuurde op het functioneren van professionals, in het bijzonder de medisch specialisten;

- de interne toezichthouder onvoldoende invloed kon uitoefenen op een goede besturing van het ziekenhuis.

Op 12 februari 2018 besloot de inspectie af te zien van het voornemen tot verscherpt toezicht. Wel werd het intensieve toezicht voortgezet. De belangrijkste reden voor deze beslissing was dat de problemen rondom de bestuursstructuur waren weggenomen, omdat de voorzitter van de raad van bestuur zijn actieve rol als aandeelhouder zou beëindigen en de voorzitter van de algemene vergadering van aandeelhouders terugtrad uit de raad van bestuur. Ten aanzien van een vakgroep van medisch specialisten had de raad van bestuur alsnog maatregelen getroffen om de kwaliteit en veiligheid van de zorg te waarborgen. Ook had de raad van bestuur inzicht getoond ten aanzien van het niet melden van ontslag wegens disfunctioneren. Ziekenhuisbreed was een programma met betrekking tot het functioneren van medisch specialisten gestart (programma medisch leiderschap). De inspectie volgde in het intensieve toezicht de ontwikkelingen ten aanzien van het programma medisch leiderschap hierin werden goede resultaten geboekt, maar dit was slechts het begin van een traject dat zeker enkele jaren zou moeten duren.

Op 12 juli 2018 verzocht de voorzitter van de raad van commissarissen de inspectie om een gesprek samen met het lid van de raad van bestuur op korte termijn, omdat zij mededeling wilden doen over de samenstelling van de raad van bestuur, namelijk het aftreden van de voorzitter raad van bestuur. Het gesprek vond plaats op maandag 16 juli 2018, waarbij uiteindelijk alleen de voorzitter van de raad van commissarissen aanwezig was. Zij informeerde de inspectie over nieuwe onenigheid tussen de raad van commissarissen en de aandeelhouders, waarbij het functioneren van de voorzitter van de raad van bestuur een belangrijk twistpunt was. Ook was de raad van commissarissen naar het oordeel van de voorzitter van de raad van commissarissen gepasseerd bij het besluit om een transitiecomité in te stellen dat belast zou worden met de opdracht om op een aantal vlakken (met name bedrijfsvoering) versneld een verandering in te zetten. Om die reden zou de voltallige raad van commissarissen op korte termijn aftreden. Tot slot waren er door de raad van bestuur maatregelen getroffen om op korte termijn de liquiditeitspositie van het ziekenhuis te verbeteren.

Op dat moment waren in diverse media berichten verschenen over de financiële situatie van het ziekenhuis. De inspectie besloot mede naar aanleiding van die berichten het ziekenhuis opdracht te geven een continuïteitsplan op te stellen.

Op 18 juli 2018 voerde de inspectie een gesprek met het lid van de raad van bestuur. Zij kondigde haar vertrek uit de raad van bestuur aan, omdat ook zij was gepasseerd bij de besluitvorming over de instelling van het transitiecomité en omdat haar visie op de besturing van het ziekenhuis niet overeenkwam met de visie van de aandeelhouders.

Op 26 juli 2018 voerde de inspectie een gesprek met een aandeelhouder, de voorzitter van de raad van commissarissen en met een ander lid van de raad van commissarissen (op dat moment nog lid van de raad van commissarissen van MC Slotervaart, maar per 1 augustus 2018 voorzitter van de raad van bestuur van MC IJsselmeerziekenhuizen). Tijdens dit gesprek is een toelichting gegeven op de interne onrust.

Mede naar aanleiding van dit gesprek heeft de inspectie op 30 juli 2018 het voornemen uitgesproken verscherpt toezicht in te stellen. Op 3 augustus 2018 werd hierover een zienswijzegesprek gevoerd. Op 7 augustus 2018 stelde de inspectie verscherpt toezicht in. Omdat de raad van bestuur formele bedenkingen uitte tegen openbaarmaking, werd het verscherpt toezicht pas op 10 september 2018 openbaar.

De belangrijkste redenen voor het verscherpt toezicht waren grote wijzigingen in bestuur en het intern toezicht in combinatie met mogelijke risico's voor kwaliteit en veiligheid van zorg en de continuïteit van individuele patiëntenzorg mede door de financiële positie van het ziekenhuis. Daarbij had de inspectie zorgen of het ingezette cultuurtraject en het programma medisch leiderschap tegen de achtergrond van deze bestuurlijke onrust nog voldoende aandacht zouden krijgen. Vanaf juli 2018 stuurde de raad van bestuur een wekelijkse financiële update, waarin zij steeds benadrukte dat er geen sprake was van een dreigend faillissement. Op 26 september 2018 trad de voormalige voorzitter van de raad van bestuur plotseling af. Op 25 oktober 2018 werd het ziekenhuis failliet verklaard.

3 Bevindingen

3.1 Tijdslijn

Hieronder volgt een overzicht van de belangrijkste activiteiten van de inspectie en MC IJsselmeerziekenhuizen in de periode van oktober 2018 – maart 2019.

Oktober 2018	<i>2 IGJ-bezoeken aan het ziekenhuis</i>
24 oktober	De IGJ verstuurt brief als reactie op aanvragen surseance van betaling aan raad van bestuur. Klinische verloskunde wordt per direct gesloten. In de kliniek opgenomen kinderen worden overgeplaatst naar omliggende ziekenhuizen.
25 oktober	Faillissement uitgesproken
26 oktober	Inspectiebezoek, kennismaking IGJ met curatoren. Telefoongesprek tussen IGJ en verloskundigen uit het adherentiegebied Lelystad. Overleg IGJ-NZa-VWS-zorgverzekeraar-curatoren-medische staf.
31 oktober	Afschalingsplan (versie 1) ontvangen van de curatoren.
November 2018	<i>21 IGJ-bezoeken aan het ziekenhuis</i>
5 november	ROAZ-overleg Sluiting SEH in de avond- en nachturen. ROAZ-overleg.
7 november	IGJ ontvangt afschalingsplan versie 2 van curatoren.
15 november	IGJ ontvangt eerste versie zorgbeleidsplan van curatoren.
23 november	Brief van IGJ aan curatoren over nadere informatie voortzetting zorgactiviteiten.
26 november	IGJ ontvangt transitieplan van curatoren.
December 2018	<i>14 IGJ-bezoeken aan het ziekenhuis</i>
3 december	IGJ ontvangt transitieplan 2.0, de prospectieve risicoanalyse en het zorgbeleidsplan versie 3 van curatoren.
11 december	Schriftelijke reactie IGJ op transitieplan naar curatoren.
12 december	5-partijenoverleg met MC IJsselmeerziekenhuizen, raad van bestuur St Jansdal, IGJ, Zilveren Kruis en NZa met als doel of het aanbod is afgestemd op de zorgvraag in de regio en bespreken eventuele knelpunten.
14 december	Brief van de IGJ waarin noodzaak tot voortgang en goede samenwerking werd benadrukt tussen raad van bestuur St Jansdal en curatoren van MC IJsselmeerziekenhuizen.

20 december	Ontvangst door IGJ van een gezamenlijke verklaring van curatoren MC IJsselmeerziekenhuizen en raad van bestuur St Jansdal.
24 december	Reactie IGJ op gezamenlijke verklaring van raad van bestuur en curatoren over samenwerking tijdens de transitie en overname van MC IJsselmeerziekenhuizen.
Januari 2019	<i>10 IGJ-bezoeken aan het ziekenhuis</i>
4 januari	Overleg curatoren, raad van bestuur St Jansdal, voorzitter medische staf en inspectie over inzet van bestuurlijk adviseur en ondersteuning vakgroepen
7 januari	IGJ ontvangt van curatoren prospectieve risicoanalyse ten aanzien van transitie, opzet voor het dashboard over kwaliteitsindicatoren ten behoeve van stuurinformatie en planning van de audits.
15 januari	Zorgbeleidsplan versie 4 ontvangen door de IGJ van de curatoren.
27 januari	Voortgangsmail ontvangen door de IGJ van de curatoren over huidige gang van zaken in de transitiefase.
31 januari	IGJ ontvangt zorgbeleidsplan versie 5.
Februari 2019	<i>10 IGJ-bezoeken aan het ziekenhuis</i>
1 februari	Uitnodiging van IGJ en de NZa voor 5-partijenoverleg over zorgaanbod Flevoland.
4 februari	5-partijenspoedoverleg ten kantore van de inspectie in Utrecht
22 februari	IGJ ontvangt centraal verbeteroverzicht audits van curatoren.
24 februari	IGJ ontvangt plannen van aanpak medische overdracht vakgroepen van curatoren.
28 februari 22.00 uur	Overname door het St Jansdal.

3.2 Periode direct na het faillissement: afbouw van zorgaanbod

Op 23 oktober 2018 vroeg werd voor MC IJsselmeerziekenhuizen surseance van betaling aangevraagd. De raad van bestuur van het ziekenhuis besloot in verband met een tekort aan kinderartsen om de afdeling klinische verloskunde te sluiten en de kindergeneeskundige zorg (met uitzondering van de poliklinische kindergeneeskunde) af te bouwen.

In de media verschenen berichten dat zogeheten Personeel Niet in Loondienst (PNIL) dat niet meer inzetbaar was in verband met de surseance van betaling en het daarop volgende faillissement. De curatoren hebben echter aangegeven dat zij alle benodigde PNIL-ers, van alle bekende detacheringsbureau's, hebben kunnen inzetten.

Op 25 oktober 2018 werd het faillissement aangevraagd van MC IJsselmeerziekenhuizen B.V. en de twee bewindvoerders werden aangesteld als curator. Vanaf die datum waren zij integraal verantwoordelijk voor de bedrijfsvoering en zorgverlening op de locaties van de voormalige MC IJsselmeerziekenhuizen B.V.

Op 26 oktober 2018 heeft de inspectie het ziekenhuis in Lelystad bezocht voor een kennismakingsgesprek met de curatoren en het gesprek gevoerd over het plan voor de komende tijd. Daarnaast voerde de inspectie op verschillende afdelingen gesprekken met medewerkers. Op dat moment ging de patiëntenzorg 'gewoon' door: er werd nog niet aan verdere afbouw van het zorgaanbod gedacht en er werden plannen uitgewerkt voor een doorstart. De inspectie bemerkte wel veel woede, onbegrip en onzekerheid bij het personeel. Tijdens het eerste gesprek tussen de inspectie, NZa, curatoren en Zilveren Kruis (ook op 26 oktober 2018) werd duidelijk dat er meerdere geïnteresseerden waren voor overname van onderdelen van de MC IJsselmeerziekenhuizen. Er werd rekening gehouden met drie scenario's: volledige afbouw, gedeeltelijke afbouw of een doorstart.

Rekening houdend met alle scenario's en met de (on-)mogelijkheden van medewerkers om goede en veilige zorg te leveren werd een afschalingsplan geschreven door de curatoren in samenwerking met de medische staf en managers. Een eerste concept van een afschalingsplan is op 31 oktober 2018 aan IGJ (en onder meer de zorgverzekeraars) toegezonden. Vanuit de inspectie werd aangedrongen op een gefaseerd beloop in de afschaling van de klinische zorg. De curatoren hadden voornamelijk behoefte aan zekerheid van andere zorgaanbieders om aan te geven welke zorgcapaciteit bij hen daadwerkelijk beschikbaar was. Het afschalingsplan heeft zich gericht op de verhoging van de capaciteit van de overige ziekenhuizen die de zorg dan moesten overnemen.

In de afschalingsfase heeft de inspectie aan de curatoren opdracht gegeven tot aanlevering van een zorgbeleidsplan. Het aangeleverde zorgbeleidsplan was beperkt maar helder en beschreef op welke wijze veilige zorg aangeboden kon worden op de volgende gebieden:

- acute zorg;
- klinische zorg;
- poliklinische zorg;
- operatieprogramma en andere vormen van behandeling, zoals chemotherapie.

Omdat er veel onrust onstond onder de medewerkers in het ziekenhuis wilden de curatoren een constructieve wijze vinden om signalen vanuit de werkvloer op te vangen. Hiertoe werd door de curatoren direct na aanvang van het faillissement een bestuurlijk kernteam geformeerd. Hierdoor was het mogelijk, via afvaardiging, duidelijkheid te geven over de gang van zaken in het ziekenhuis en veilige zorg te kunnen geven gezien de omstandigheden. Dit kernteam bestond uit de curatoren, de centrummanagers en leden van het medisch stafbestuur. Hier werden de dagelijkse zaken besproken. Dit droeg bij aan draagvlak binnen de organisatie. Voorts was er sprake van een tweede dagelijks organisatorisch stafoverleg met de centrummanagers, alle leidinggevenden van de stafafdelingen, en enkele leden van het curatorenteam waarbij praktische vragen, onder andere over voorraden, roosters en overige op de werkvloer levende vragen werden beantwoord.

Het voornemen in het eerste afschalingsplan was om op 5 november 2018 de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) in de avond en de nacht te sluiten en vanaf 8 november 2018 geen nieuwe patiënten meer op te nemen. Er zouden dan vanaf 14 november 2018 geen klinische patiënten meer in het ziekenhuis zijn. Tegelijkertijd werden keuzes gemaakt om bepaalde operaties geen doorgang te laten vinden (bijvoorbeeld amandelen verwijderen bij kinderen) in verband met de eventuele complicaties na behandeling, omdat de patiënten niet meer in de nacht op de SEH opgevangen konden worden. Op 13 november 2018 vonden voorlopig de laatste operaties plaats.

Op 13 november 2018 was de verwachting dat de volgende dag maximaal 4 patiënten per ambulance overgeplaatst zouden moeten worden. Op 14 november aan het einde van de dag werd bevestigd dat er inderdaad geen klinische patiënten in het ziekenhuis meer waren. "Door de sluiting van de klinische afdelingen in het ziekenhuis Lelystad ontstond druk op de bedden capaciteit en personeel van de omliggende ziekenhuizen. De medisch specialisten in het ziekenhuis in Lelystad waren druk doende om zorg te dragen voor adequate overdracht van patiënten die in Lelystad bekend waren, maar nu naar een ander ziekenhuis moesten. Daarvoor hebben alle medisch specialisten hun patiënten in kaart gebracht en verdeeld in twee categorieën. De ene categorie patiënten was urgent en diende zo spoedig mogelijk bij een andere specialist/ziekenhuis te worden ondergebracht, de andere categorie was niet urgent en daarvoor was op dat moment geen actie nodig.

Een gevolg van de gedeeltelijke sluiting van de SEH vanaf 5 november en de sluiting van het beddenhuis op 14 november 2018 was dat er personeel beschikbaar werd. Dit personeel kon – nadat voor de overdracht van de urgente patiënten (inclusief patiëntendossiers etc) naar andere medisch specialisten was gezorgd - worden ingezet voor de poliklinische zorg, zodat deze zorg wel doorgezet kon worden. Voorts konden deze personeelsleden ingezet worden voor de completering van de medische dossiers c.q. archivering van overige medische documenten.

Eind oktober 2018 was het afschalingsplan opgesteld. Begin november 2018 was het zorgbeleidsplan opgesteld. Beide documenten zijn tot stand gekomen met intensieve bemoeienis van de medische staf. In het afschalingsplan werd beschreven hoe specifieke zorgfuncties werden afgebouwd en overgedragen aan andere ziekenhuizen. In het zorgbeleidsplan stond beschreven welke zorg nog wel in Lelystad geleverd kon worden en bijvoorbeeld welke bezetting van medisch specialisten en andere zorgverleners daarvoor nodig was. Er was onder meer nagedacht over de bereikbaarheid van de medisch specialisten. Al vrij snel gaven de curatoren de inspectie te kennen dat zij waarschijnlijk niet tot een volledige afschaling zouden overgaan. Dit naar aanleiding van positief verlopende gesprekken met mogelijke overname partijen. Patiënten, personeel en overige stakeholders werden in de loop van november 2018 steeds geïnformeerd over de voortgang van de onderhandelingen over de doorstart en zij werden gevraagd te wachten op verdere informatie. Op het moment dat de onderhandelingen met de doorstartende partij tot een principe akkoord hadden geleid, namelijk op 22 november 2018, werd het afschalingsplan omgebogen naar een transitieplan. Daar waar het afschalingsplan gericht was op het veilig afbouwen en overdragen van zorg die niet meer geleverd kon worden vanwege het faillissement, was het transitieplan gericht op het veilig blijven leveren van de zorg die na overname zou worden gecontinueerd.

Tijdens de bezoeken die de inspectie begin november 2018 op verschillende afdelingen uitvoerde en uit de gesprekken die zij in die periode voerde met medewerkers, stelde de inspectie vast dat er geen acute risico's voor patiëntveiligheid waren. Dit kwam omdat risicovolle zorg al was afgebouwd. Voor het overgebleven zorgaanbod waren de voorwaarden voor goede en veilige zorg aanwezig. Zorgverleners spanden zich in om goede en veilige zorg te leveren en zij voelden zich daar over het algemeen goed toe in staat. Wel werd opgemerkt dat zorgprofessionals het zwaar hadden omdat er veel onzekerheid heerste over de toekomst. Er was ondersteuning vanuit het ziekenhuis aanwezig in de vorm van bedrijfsmaatschappelijke hulp. Ook onderling op de afdelingen was er sprake van een grote saamhorigheid. Sommige afdelingen maakten keuzes om bepaalde handelingen niet meer te doen in het ziekenhuis (bijvoorbeeld bepaalde invasieve

onderzoeken). Andere afdelingen besloten om meer samen te werken om fouten te vermijden.

Eind oktober heeft St Jansdal in de pers medegedeeld de werkzaamheden van MC IJsselmeerziekenhuizen te willen voortzetten, en dat zij een van de kandidaten was voor de doorstart. Op 22 november 2018 was er een principe akkoord tussen St Jansdal en de curatoren bereikt. Vervolgens zijn alle medewerkers en overige stakeholders daarover geïnformeerd. Voor medewerkers en patiënten betekende het een opluchting, dat er nu zekerheid was over een overname van het ziekenhuis.

3.3 Transitieperiode

Organiseren overdracht van zorg naar andere ziekenhuizen

Vanaf het moment dat bekend werd dat St Jansdal het ziekenhuis zou overnemen, vond er intensief overleg plaats tussen de curatoren en de raad van bestuur van St Jansdal. Hierbij werden afspraken gemaakt om de overdracht zo goed mogelijk te laten verlopen.

Eind november 2018 werd het voorgenomen zorgprofiel voor de locatie Lelystad van het St Jansdal bekend gemaakt. Ondertussen kwam het verloop van personeel op gang, nu de arbeidsovereenkomsten door curatoren waren opgezegd tegen 30 november respectievelijk 6 december 2018. Ook elders in het ziekenhuis kwamen signalen dat een groot aantal personeelsleden een baan elders had gevonden. Hierdoor kwam druk te staan op de te nemen beslissingen over het toekomstige zorgaanbod. De medewerkers hadden behoefte aan duidelijkheid over de werkgelegenheid. Als die duidelijkheid sneller geboden kon worden, zou het beter mogelijk zijn om medewerkers te behouden. Het was dus van groot belang om een stabiele situatie te creëren in het ziekenhuis in Lelystad. Omdat de curatoren personeel moesten vasthouden en aannemen voor de transitiefase, hadden de curatoren op basis van de na de afschaling van de acute as overgebleven zorgactiviteiten in kaart gebracht wat de zorgbehoefte in de regio was. Eind november 2018 werd aldus per specialisme gekeken of poliklinische afspraken afgebouwd moesten worden tot nul, of dat dit specialisme paste in het verwachte zorgprofiel van St Jansdal na 1 maart 2019. Bij de vaststelling van het zorgprofiel was dus zo goed mogelijk rekening gehouden met het zorgprofiel dat St Jansdal na 1 maart 2019 wilde gaan hanteren zodat er een zo vloeiend mogelijke overgang mogelijk zou zijn.

Nu de arbeidsovereenkomsten in principe tegen eind november/begin december 2018 waren opgezegd, was het nodig om nieuwe arbeidsovereenkomsten voor de transitieperiode te sluiten. Eind november/begin december 2018 hebben St Jansdal en curatoren het plan opgevat om het personeel voor de transitieperiode gezamenlijk door middel van speeddates te werven. Dit plan is gestart maar uiteindelijk niet geheel uitgevoerd omdat de besluitvorming over de werving te traag verliep. Curatoren hebben vervolgens aan 380 personeelsleden een arbeidsovereenkomst voor de transitieperiode aangeboden, in de hoop dat zo veel mogelijk van deze personeelsleden een arbeidsovereenkomst bij St Jansdal (na 1 maart 2019) zouden verkrijgen. Ten aanzien van de inhoud van het transitieplan en de afstemming met betrokkenen werd, door de curatoren een actieve en adviserende rol van de inspectie gevraagd. De inspectie begreep dat de complexe situatie vroeg om een andere rol van de inspectie. Dit betekende wel dat zij moest zoeken naar een goede balans om haar rol als toezichhouder (die desnoods handhavend kan optreden) te verenigen met deze meer adviserende rol.

De curatoren zetten een structuur op waarin frequent met managers, medische staf en andere medewerkers werd overlegd.

Voor St Jansdal betekende de overname een complex en ingrijpend proces – zeker ook omdat het ziekenhuis veel patiënten uit Lelystad moest overnemen. St Jansdal startte ook met de werving van nieuwe medewerkers, met name voor de verwachte uitbreiding van Harderwijk. De raad van bestuur en andere betrokkenen richtten zich met name op de voorbereiding op de overname, en op het organiseren van de zorg te Harderwijk gelet op de nieuwe en grotere patiëntenstromen.

Ondertussen werkte een groot aantal medewerkers van de afdeling kwaliteit en veiligheid uit het ziekenhuis in Lelystad elders, waardoor de werkzaamheden van deze afdeling onder druk kwamen te staan. Incidentmeldingen werden zoals gebruikelijk behandeld en ook de klachtenprocedure voor patiënten werd gevolgd. Patiënten werden ondertussen per brief geïnformeerd over het vervolg van hun behandeling bij MC IJsselmeerziekenhuis en er werden afspraken gemaakt over de overdracht van informatie over patiënten die op de SEH van een ander ziekenhuis werden behandeld. Het systeem dat huisartsen gebruiken om patiënten door te verwijzen naar het ziekenhuis was enige tijd gesloten voor het maken van nieuwe afspraken, omdat er vragen waren of op termijn deze zorg nog wel in voldoende omvang geleverd zou worden in Lelystad. Veel patiënten uit Lelystad gaven aan onder behandeling van hun eigen arts te willen blijven. Hiermee ontstond het risico dat patiënten zorgmijdend gedrag zouden gaan vertonen. Het gevolg hiervan zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat patiënten zich pas laat, met gevorderde ziekte, presenteren op de spoedpoli. Er werden meer opnameindicaties bij zelfverwijzers op de spoedpoli geconstateerd.

Begin december 2018 werd het systeem dat huisartsen gebruiken om patiënten naar het ziekenhuis te verwijzen weer gefaseerd opengesteld voor het maken van poliklinische afspraken.

De inspectie vernam signalen over opnamestops op de SEH zowel in Harderwijk als in Almere, waardoor voor huisartsen doorverwijzing van patiënten vanuit Lelystad naar een ziekenhuis bemoeilijkt werd. Hiertoe is de inspectie het gesprek aangegaan met de twee meest betrokken ziekenhuizen (St Jansdal in Harderwijk en het Flevoziekenhuis in Almere) om ervoor te zorgen dat er afspraken over de onderlinge afstemming zouden worden gemaakt. Deze aanvullende afspraken over onderlinge communicatie om gelijktijdige stops op de SEH te voorkomen waren nodig, omdat beide ziekenhuizen onder verschillende traumaregio's vallen en dus geen 'vanzelfsprekend' onderling contact hebben.

Onder de medisch specialisten, die in de transitiefase in dienst waren bij curatoren begon onrust te ontstaan over hun toekomst en de zorg voor hun patiënten. Vakgroepen van beide ziekenhuizen waren in gesprek. Hierbij werd als knelpunt benoemd dat St Jansdal niet over alle informatie over de omvang van de zorgverlening in Lelystad beschikte. Vanaf begin januari 2019 is St Jansdal actief over de patientenaantallen en de na 1 maart 2019 te verwachte afspraken geïnformeerd. Nu de ICT systemen van MC IJsselmeerziekenhuizen afwijkend waren van de ICT systemen van St Jansdal werd het verkrijgen van inzicht bemoeilijkt. Tussen sommige vakgroepen, die gedeeltelijk al jaren samenwerkten, bleken ook verschillen van inzicht over de zorg te bestaan.

Relatie tussen curatoren en raad van bestuur

In de aanloop naar de overname van het ziekenhuis per 1 maart 2019 bleek er met betrekking tot de werving van personeel sprake van een tegenstrijdig belang tussen de raad van bestuur van St Jansdal en de curatoren van MC IJsselmeerziekenhuizen. St Jansdal in Harderwijk werd geconfronteerd met een toenemend aantal patiënten

in het ziekenhuis, zowel op de SEH als klinisch. Hiervoor moest extra personeel worden aangetrokken en waren andere aanvullende maatregelen, om de zorgverlening goed te organiseren, nodig.

De curatoren moesten goede en veilige zorg leveren in Lelystad, waarvoor eveneens voldoende personeel nodig was. Dit leverde spanningen op, evenals het feit dat aanvankelijk onvoldoende duidelijkheid bestond over het (gedetailleerde) zorgprofiel dat St Jansdal per 1 maart 2019 zou gaan hanteren. Curatoren wilden hun zorgaanbod in de transitieperiode daarop afstemmen maar dat bleek op dat moment niet mogelijk. Daarnaast werd allengs duidelijk dat een aantal patiëntencategoriën niet overgenomen zou worden door St Jansdal, waarvoor een andere zorgaanbieder moest worden gevonden. Deze patiëntencategoriën waren: bariatrische chirurgie, kinderdiabetes en de HIV/hepatitis poliklinische zorg.

De inspectie bemerkte spanningen in de onderlinge relatie tussen de curatoren en de raad van bestuur van St Jansdal, terwijl zij geconfronteerd werden met complexe vraagstukken en onder hoge druk stonden. Daarom stuurde de inspectie hen op 14 december 2018 een brief waarin zij uiteenzette wat zij van de onderlinge samenwerking verwachtte:

"In deze situatie draagt u beiden een grote verantwoordelijkheid, die ongetwijfeld zwaar op uw schouders drukt. In alle hectiek en complexiteit kan emotie een rol gaan spelen.

U bent in aanzienlijke mate van elkaar afhankelijk. Daarbij heeft u op hoofdlijnen dezelfde doelen voor ogen: goede en veilige zorg voor de patiënt, een passend zorgaanbod in het verzorgingsgebied en het benutten van de talenten van de zorgprofessionals.

De inspectie heeft vertrouwen in, en waardering voor de manier waarop u omgaat met de ontstane situatie en de uitdagingen waar u voor staat. Dit geldt zowel voor de curatoren van MC IJsselmeerziekenhuizen als voor de raad van bestuur van ziekenhuis St Jansdal.

Ik wil u vragen om de komende periode steeds voor ogen te houden waar u dezelfde belangen dient en ook waar u misschien verschillende (deel-)belangen dient. Dat u gescheiden taken en verantwoordelijkheden heeft is duidelijk, en daar volgt uit dat u op de kortere of langere termijn misschien iets anders nodig heeft of anders moet handelen. Dat hoeft geen probleem te zijn wanneer u een gezamenlijke basis heeft van onderling vertrouwen, begrip heeft voor elkaars positie en bereidheid bent om onderling van elkaar afhankelijk te zijn. Een dergelijke basis uit zich onder meer in onderlinge transparantie.

Bovenstaande vraag is niet vrijblijvend. De inspectie vreest dat de goede zorg tijdens de transitiefase en na de overname in het geding komt en de onzekerheid onder zorgprofessionals toeneemt. Onrust en onzekerheid over de overname kan ook het vertrouwen in het zorgaanbod in de regio schaden.

Om die reden verzoek ik u de inspectie uiterlijk 20 december 2018 in een gezamenlijke verklaring te laten weten of, en te onderbouwen waarom, op dit moment sprake is van een gedeelde basis om de transitie en overname samen verder vorm te geven. Wanneer u deze gezamenlijke verklaring niet kunt geven of wanneer deze de inspectie onvoldoende vertrouwen in het verdere proces geeft, wil de inspectie hierover tijdens een gezamenlijk bestuursgesprek met u in overleg, waarna de inspectie zich zal beraden op eventuele handhavingsmaatregelen.

Mede gelet op geruststellende en hoopgevende signalen die de inspectie na het overleg op 12 december 2018 heeft ontvangen verwacht ik dat voldoende basis is of kan ontstaan en dat u de gezamenlijke verklaring dus kunt leveren.

Wanneer u samen knelpunten signaleert waarvan de oplossingen buiten uw directe invloedssfeer liggen is de inspectie, met inachtneming van haar positie als onafhankelijk toezichthouder, bereid hierover met u mee te denken."

De inspectie ontving de gevraagde verklaring op 20 december 2018 en reageerde hier op 24 december per brief op:

"De inspectie is van oordeel dat de inhoud van de verklaring en de wijze waarop deze tot stand is gekomen zorgvuldig is. Dit getuigt van de professionele en deskundige opstelling die de inspectie zowel van de curatoren als de raad van bestuur verwacht. De inhoud van de verklaring en de gezamenlijkheid die deze, ondanks verschillende posities en verantwoordelijkheden, uitstraalt draagt bij aan het vertrouwen dat de inspectie in u heeft om dit proces samen te doorlopen, daarbij ook tijdig bij te sturen als dat nodig is en zo de gedeelde belangen (goede en veilige zorg, een passend zorgaanbod en het benutten van de talenten van zorgprofessionals) te dienen. Tegelijkertijd is de inhoud van de verklaring tekenend voor de complexiteit van het transitie- en overnameproces. De inspectie blijft de komende periode als toezichthouder nauw betrokken bij dit proces en zet zich in om, met inachtneming van wederzijdse verantwoordelijkheden, bij te dragen aan goede zorg voor alle patiënten. Eventuele vragen en besprekpunten ten aanzien van de verklaring worden tijdens de toezichtgesprekken geadresseerd."

De inspectie bleef ondertussen bezoeken brengen aan afdelingen in het ziekenhuis en gesprekken voeren met medewerkers om eventuele signalen te kunnen agenderen bij de curatoren. Medio januari 2019 werd het zorgprofiel door St Jansdal tevens gecommuniceerd met de stakeholders en St Jansdal maakte voorts een start met het managen van de opbouw, bijvoorbeeld ten aanzien van ICT (training van medewerkers in het nieuwe Elektronisch Patiëntendossier (EPD)) en andere praktische zaken. Daarnaast bracht de inspectie bezoeken aan de ziekenhuizen in de regio (Flevoziekenhuis in Almere, St Jansdal in Harderwijk, Isala in Zwolle, Antonius in Sneek), die delen van de zorg overnamen sinds de afschaling in Lelystad na het faillissement.

Invulling toekomstig zorgaanbod na overname door St Jansdal

Begin december 2018 hebben curatoren keuzes gemaakt over het zorgprofiel gedurende de transitieperiode. In het transitieplan werden de zorginhoudelijke keuzes toegelicht. Het transitieplan was een 'levend' document dat regelmatig aangepast werd wanneer dat nodig bleek. Dit mede op basis van gesprekken met de vakgroepen en de curatoren en de bezetting van de zorgonderdelen. Het ziekenhuis had een prospectieve risicoanalyse opgesteld waardoor risico's in deze periode konden worden geprioriteerd. Verder was er ook op een aantal fronten behoefte aan concrete zorgplannen op vakgroepniveau vanaf 1 maart 2019: welke zorg zou geleverd worden, aan hoeveel patiënten, en welke randvoorwaarden moesten daarvoor aanwezig zijn.

Na tijdelijk de zorg voor chemotherapiën overgedragen te hebben aan het St Jansdal werd deze eind december 2018 weer opgestart in Lelystad, evenals de chirurgische dagbehandeling. Ondertussen waren er overleggen met ketenpartners (onder meer met huisartsen en burgemeester en wethouders van Lelystad). Desondanks bleef het voor het personeel nog onduidelijk wie na 1 maart 2019 nog in dienst was en wie niet. Tijdens de transitieperiode bleef de SEH beperkt open. De vanaf 5 november 2018 bestaande situatie werd voortgezet. De SEH was toen afgeschaald naar een spoedpoli van 8.00 uur tot 22.00 uur, waarbij om 20.00 uur de laatste presentatie plaatsvond.

Dit was destijds in afstemming met de betrokkenen binnen het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (hierna ROAZ)-verband besloten.

Eind januari ontving de inspectie een mail van de curatoren waarin zij hun zorgen uitten over de onduidelijkheid ten aanzien van de spreekuurcapaciteit van St Jansdal na 1 maart 2019. St Jansdal had hier oog voor, maar kon de zorgen van de curatoren en zorgverleners in Lelystad onvoldoende wegnemen. De curatoren gaven aan onvoldoende zicht te hebben op een adequate invulling van de patientenzorg in Lelystad door St Jansdal na 1 maart 2019. Overleg hierover vond plaats tussen de curatoren en de raad van bestuur van het St Jansdal.

De meeste aandacht ging in deze periode dus uit naar de invulling van de zorg op locatie Lelystad na 1 maart 2019. De inspectie en de NZa constateerden, naar aanleiding van de mail van curatoren, dat er onvoldoende voortgang zat in het overleg tussen de betrokken partijen. Om hierin beweging te krijgen organiseerden de inspectie en de NZa een spoedoverleg op het kantoor van de inspectie in Utrecht. In de uitnodigingsbrief van 1 februari 2019 voor dit zogenoemde '5-partijenspoedoverleg' op 4 februari 2019 schreef de inspectie:

"Ten eerste constateren de inspectie en de NZa dat er nog onvoldoende duidelijkheid is over het zorgaanbod in Flevoland na 1 maart 2019. Hierdoor kunnen op het niveau van de individuele patiënt risico's ontstaan op het gebied van onder meer toegankelijkheid van zorg en kwaliteit en veiligheid van zorg, zoals:

- 1. Onvoldoende capaciteit en daardoor (oplopende) wachtlijsten.*
- 2. Verplaatsing van patiëntenstromen waarbij op niveau van de individuele patiënt en bijv. huisarts niet duidelijk is welke patiënt waar behandeld kan worden.*
- 3. Onnodige druk op de huisartsen omdat zij een niet-passende rol krijgen in de verwijspatronen.*
- 4. In het algemeen ook onduidelijkheid en onrust bij burgers en lokaal bestuur.*
- 5. Volgend op die onduidelijkheid, zorgmijndend gedrag van patiënten.*

Ten tweede constateren de inspectie en de NZa dat de drie meest betrokken partijen (MC IJsselmeerziekenhuizen, St Jansdal en Zilveren Kruis) weliswaar van goede wil zijn om een veilig en passend zorgaanbod te organiseren maar dat er verschillende beelden leven. Deze beelden betreffen onder meer kwalitatieve en kwantitatieve aspecten van het zorgaanbod voor en na 1 maart 2019, de afbakening en overlap van de verantwoordelijkheden van betrokken partijen, en de randvoorwaarden om ieders verantwoordelijkheid in te kunnen vullen. De inspectie en de NZa signaleren dat er de afgelopen periode sprake is geweest van ruis in de onderlinge communicatie.

Om te voorkomen dat deze risico's daadwerkelijk negatieve gevolgen voor patiënten en ketenpartners hebben, vragen de inspectie en de NZa de ziekenhuizen en zorgverzekeraars niet-vrijblijvend om gezamenlijk een prospectieve analyse te maken op het gebied van toegankelijkheid van zorg, daarbij de risico's in kaart te brengen en passende maatregelen te treffen om deze risico's te beheersen.

Aanvullend dienen, met als uitgangspunt de gezamenlijke verklaring die de curatoren van MC IJsselmeerziekenhuizen en de raad van bestuur van St Jansdal in december 2019 hebben opgesteld, heldere afspraken over de verantwoordelijkheidsverdeling en de onderlinge samenwerking gemaakt te worden."

Tijdens het overleg verduidelijkten de partijen hun standpunten. St Jansdal had behoefte aan meer informatie om het zorgprofiel en zorgvolume te kunnen bepalen en MC IJsselmeerziekenhuizen aan toezeggingen over het zorgaanbod na 1 maart 2019. Tijdens het 5-partijenspoedoverleg maakten de curatoren, raad van bestuur van St Jansdal en zorgverzekeraar onderlinge afspraken over onder meer het onderlinge overleg en over het in kaart brengen van de risico's voor continuïteit en kwaliteit en veiligheid van zorg rond de overname. De toezichthouders hadden er vertrouwen in dat deze aanvullende afspraken in voldoende mate zouden bijdragen aan de noodzakelijk voortgang.

In de periode daarna hadden de raad van bestuur en de curatoren inderdaad veelvuldig constructief overleg. Het gezamenlijk belang om goede en veilige zorg te leveren voor de regio Flevoland werd hierin benadrukt. Naast de overleggen op bestuurlijk niveau, waren er ook focusgroepen op operationeel niveau ingesteld tussen beide ziekenhuizen waarin de meer praktische invulling werd uitgewerkt.

Aandacht voor kwaliteit van zorg in de transitieperiode

Begin januari 2019 werd duidelijk dat de afdeling kwaliteit en veiligheid onderbemenst was. Een ervaren medewerkster had een baan elders betrokken en ervaren interne medewerkers waren in onvoldoende mate beschikbaar. Door de curatoren werd gekozen voor externe expertise om kwaliteit te kunnen blijven waarborgen. Ondertussen nam ook het St Jansdal deel aan interne audits om processen te harmoniseren. Van belang was, bij het wederom opstarten van zorgactiviteiten dat interne audits uitgevoerd werden en stuurinformatie werd gegenereerd. Een hernieuwde auditplanning werd opgesteld en met de inspectie gedeeld. Begin januari 2019 werd door curatoren tevens een prospectieve risicoanalyse uitgevoerd ten behoeve van de overgangsfase en werd een hernieuwd zorgbeleidsplan geschreven. De grootste zorg was daarbij om voortgang in de overdrachtsprocedure te houden.

Rond de zorgverlening zelf waren op dat moment geen grote zorgpunten. Eind december 2018 werd de OK-planning voor ingrepen in dagbehandeling weer opgestart. De operaties die de meeste nazorg nodig hadden vonden in de ochtend plaats, en betroffen relatief gezonde patiënten. Er was voldoende personeel en relatieve rust werd gevoeld. Wel bleef het voor een groot aantal medisch specialisten nog onzeker of zij werkzaam konden blijven in Lelystad na 1 maart 2019 en heerste er onzekerheid of er voldoende spreekuren capaciteit zou zijn na 1 maart 2019. Omdat er een nieuw EPD (het systeem van het St Jansdal) ingevoerd zou worden en het niet duidelijk was hoeveel medewerkers er inzetbaar zouden zijn, konden afspraken pas op een later tijdstip ingepland worden. Ten aanzien van de directe patiëntenzorg waren er aldus geen zorgen, er was steeds meer stuurinformatie beschikbaar op basis van de risicoanalyses die waren uitgevoerd, er was aandacht voor interne incidentmeldingen en uit de gesprekken die de curatoren met de vakgroepen voerden, kwamen verder geen grote zorgen boven. De inspectie voerde in deze periode ook individuele gesprekken met de professionals, en voerde inspectiebezoeken uit op de verschillende afdelingen om kwaliteit en veiligheid van de dagelijkse patiëntenzorg te toetsen

Op 4 januari 2019 vond een gesprek plaats tussen curatoren, raad van bestuur van St Jansdal, de voorzitter van de medische staf van MC IJsselmeerziekenhuizen en de inspectie. Een onderdeel van het gesprek was om te bezien of en zo ja op welke wijze de curatoren tijdens de transitieperiode zouden kunnen worden ondersteund, bijvoorbeeld door een bestuurlijk adviseur. Tijdens dit gesprek is voorts gesproken over de gedeelde wens van St Jansdal en

de curatoren om alle vakgroepen te laten begeleiden door een bestuurlijke adviseur. St Jansdal zou het initiatief nemen door dit met haar medische staf te bespreken. Uiteindelijk is een dergelijk begeleiding niet tot stand gekomen, vanwege een gebrek aan financiering.

In overleg met de curatoren besloot de inspectie om in januari en de eerste helft van februari 2019 niet meer dagelijks, maar nog wel twee keer per week een inspectiebezoek uit te voeren. In de tweede helft van februari werden weer dagelijks inspectiebezoeken uitgevoerd, om toe te zien en met betrokkenen te spreken over de overname per 1 maart. Half januari 2019 heeft het St Jansdal zijn zorgbeleidsplan voor de te leveren zorg na 1 maart 2019 gepresenteerd op een medewerkersbijeenkomst in Lelystad en aan de huisartsen in de omgeving.

Toewerken naar de overname

In februari 2019 werden onder meer bijeenkomsten voor medisch specialisten van MC IJsselmeerziekenhuizen en St Jansdal georganiseerd om de overdrachten van patienten die onder behandeling waren per vakgroep te bespreken. Zorgverzekeraar Zilveren Kruis organiseerde een bijeenkomst met de voorzitters van de vakgroepen, een extern adviesbureau, de raad van bestuur van het St Jansdal en de curatoren. Tijdens deze bijeenkomst werd een analyse getoond ten behoeve van capaciteitsvraagstukken. De inspectie, tezamen met betrokkenen, hield intensief toezicht op een zorgvuldige overdracht van patiëntengegevens. Tevens werden afspraken gemaakt over de toekomstige opslag van patiëntendossiers van MC IJsselmeerziekenhuizen. De patiënten in de categorieën die niet werden overgenomen door St Jansdal (bariatrische zorg, kinderdiabetes en HIV/hepatitis patiënten) ontvingen in deze maand een brief over de overplaatsing van de zorg naar andere ziekenhuizen. Per 25 februari 2019 werd de afdeling dagbehandeling gesloten en stopte het ziekenhuis met uitvoeren van operaties. De directe aanleiding was dat de centrummanager en curatoren in het kader van de patientveiligheid er de voorkeur aan gaven in de laatste week geen operaties meer uit te (laten) voeren. Overdracht van het ziekenhuis naar het St Jansdal vond plaats op 28 februari 2019 om 22.00 uur.

3.4 Overname door St Jansdal

3.4.1 Periode voor de overname per 1 maart 2019

De inspectie besprak met het St Jansdal de aanpak en voortgang met betrekking tot de werving van medisch specialisten. Daarbij is aandacht gevraagd voor goede onderlinge communicatie en bejegening. Het St Jansdal maakte duidelijk uit te zijn op een goede 'match' van instromende medisch specialisten met de bestaande vakgroepen. Met de raad van bestuur besprak de inspectie de inhoud van het voorgenomen zorgbeleidsplan in Lelystad per 1 maart 2019, met speciale aandacht voor capaciteiten en toegangstijden van diverse poliklinieken en afbakening van de spoedzorg.

De inspectie liet zich informeren over de implementatie van het EPD van het St Jansdal in Lelystad. Tevens kwamen de gevolgen van de overname van zorg uit de regio Lelystad voor de locatie Harderwijk aan bod – op die locatie werden immers patiënten behandeld die voorheen naar het ziekenhuis in Lelystad gingen. Dit had gevolgen voor de organisatie van de zorg en bijvoorbeeld de personele bezetting. Er werd nadruk gelegd op de communicatie met stakeholders (o.a. huisartsen in de regio) om hen goed te betrekken bij de wijzigingen in het zorgaanbod.

Bij de nadering van de overgangsdatum van 1 maart werd gesproken over de conversie en data archivering van de MC IJsselmeerziekenhuis-dossiers. De curatoren hadden met het St Jansdal een 'verwerkingsovereenkomst' gesloten, waarbij het St Jansdal het beheer van alle voormalige medische dossiers (elektronisch en nog een groot deel papier) overnam. Dit bleek een complexe materie en hierop had het St Jansdal een uitvoerige Prospectieve Risico Inventarisatie (PRI) gedaan, die ze ook door externe deskundigen heeft laten beoordelen. Eén en ander bleek bemoeilijkt door de complexe structuur van het elektronisch dossier MC IJsselmeerziekenhuis, met vele afzonderlijke databronnen en databases die steeds aan de correcte patiënt gekoppeld moesten worden. Vanaf het begin was er aandacht voor de 24/7 toegankelijkheid van deze dossiers, zodat de belangrijkste medische gegevens direct konden worden aangeleverd – na toestemming van de patiënt – aan behandelaars in het St Jansdal of andere zorginstellingen.

Alle vakgroepen uit beide ziekenhuizen hadden samen per specialisme inmiddels een plan van aanpak gemaakt ten aanzien van de overdracht van individuele patiënten die onder behandeling waren. De afspraak was gemaakt dat specialisten uit het MC IJsselmeerziekenhuis voor alle patiënten die binnen anderhalf jaar nog teruggezien moesten worden, een 'ontslagbrief' zouden zetten in het systeem. Zodoende was er een werkwijze afgesproken voor het delen van patiëntengegevens ten behoeve van (vervolg-) afspraken.

De raad van bestuur St Jansdal gaf een toelichting op de voorgenomen medische bezetting van de spoedpoli en de plannen voor de toekomst. Men oriënteerde zich mede op de ervaringen met een spoedpoli in het Spijkenisse Medisch Centrum. Daarnaast was er aandacht voor ziekenhuisbrede risico's bij de overname van zorg. Met het oog op de overname van zorg per 1 maart waren de specifieke risico's in kaart gebracht bij het gebruik van medische technologie door nieuwe zorgmedewerkers. Voor de overname van zorg per 1 maart had de projectgroep een 'militair plan' uitgewerkt, waarbij de spoedpoli op vrijdag 1 maart meteen operationeel zou zijn en de poliklinische zorg per maandag 4 maart zou aanvangen. Op alle processen en risico's had het ziekenhuis 'prospectieve risico-inventarisaties' uitgevoerd en maatregelen getroffen, hetgeen de inspectie vertrouwen gaf dat de overgang goed zou kunnen verlopen.

Het St Jansdal liet zien hoe zij de inschatting maakten voor de capaciteit van de poliklinische zorg in Lelystad op basis van de gegevens die zij ontvingen van de curatoren. Voor de analyse van de gegevens en het opstellen van prognoses maakte het ziekenhuis intensief gebruik van een extern adviesbureau. De gevolgen voor wachtlijsten werden besproken, met aandacht voor prioritering van de zorgvraag van patiënten op individueel niveau. De inspectie zag toe op een 'warme overdracht' tussen zorgverleners van patiënten die onder behandeling waren. Het St Jansdal voerde in dat kader een PRI uit op de volledigheid van de patiëntendossiers. Tevens stelde het ziekenhuis een tijdelijk team aan dat moest toezien op een juiste opvolging van kritieke (neven) bevindingen bij diagnostiek die verricht was in het MC IJsselmeerziekenhuis.

De raad van bestuur van St Jansdal meldde in deze fase knelpunten bij werving personeel en problemen rond de bouwkundige staat van het gebouw in Lelystad. Zo was onduidelijk of van alle operatiekamers de luchtbehandeling recent gevalideerd was. Het St Jansdal zocht voorts naar externe financiering voor bemiddeling tussen vakgroepen van St Jansdal en MC IJsselmeerziekenhuis, maar slaagde er niet in die te verkrijgen.

3.4.2 *Periode na de overname per 1 maart 2019*

Het St Jansdal was er in geslaagd alle voorzieningen qua ICT, medische apparatuur, hulpmiddelen en medicatie in de nacht na de sleuteloverdracht op 28 februari zodanig in gereedheid te brengen, dat de spoedpoli op de ochtend van vrijdag 1 maart geopend kon worden. Vervolgens is het weekend benut om de poliklinieken geschikt te maken voor opening op maandag 4 maart 2019.

Er zijn op de dag van de opening van de spoedpoli enkele patiënten behandeld en bij evaluatie aan het eind van de dag werden geen belangrijke knelpunten voor de zorg gesignaleerd. Een SEH-arts was dagelijks op de spoedpoli aanwezig, om het spoedprofiel te bewaken en de zorg te begeleiden. De huisartsen in de regio hadden instructie ontvangen, waarin per specialisme was aangegeven welke aandoeningen voor de spoedpoli konden worden ingestuurd. Dit is in een korte cyclus met de huisartsen geëvalueerd.

Met de omliggende ziekenhuizen was de afspraak gemaakt dat men bij spoedgevallen via telefonisch contact met het St Jansdal en na toestemming van de patiënt inzage in het oude MCIJ-dossier kon krijgen (door middel van fax, 7x24 uur). Het St Jansdal had de bewoners in de regio Flevoland via de dagbladen en website geïnformeerd over de spoedzorg in Lelystad en hoe en wanneer men daar een beroep op kon doen.

In de eerste weken bleek er op beide locaties een grote toeloop bij de balies waar patiënten zich in moesten schrijven voor de zorgverlening door St Jansdal; hierop heeft het ziekenhuis extra medewerkers ingezet. Door extra inzet van vrijwilligers was er persoonlijke begeleiding van alle burgers/patiënten in Lelystad, die moesten wennen aan nieuwe gezichten en werkwijzen.

De spoedpoli functioneerde volgens de raad van bestuur goed: het aantal mensen dat op de spoedpoli gezien werd was minder dan verwacht. De telefonische bereikbaarheid van het ziekenhuis was aanvankelijk problematisch, waarop extra belteams zijn ingezet. De dagbehandeling oncologie/chemotherapie werd weer geopend; de behandeling van patiënten die al chemotherapie kregen in Lelystad werd daarmee naadloos voortgezet.

De conversie van de dossiers MC IJsselmeerziekenhuizen naar het elektronisch patiëntendossier St Jansdal verliep technisch gezien goed, maar traag. Het ziekenhuis gaf in deze fase prioriteit aan de beschikbaarheid van laboratoriumuitslagen. De inspectie bracht enige knelpunten vanuit de huisartsen aan de raad van bestuur over, naar aanleiding van een inspectiebezoek aan één van de huisartsen in Lelystad. De raad van bestuur streefde naar goed contact met de huisartsen in de regio, maar erkende dat de onderlinge afstemming soms onvoldoende was. De oorzaak hiervan was de steeds veranderende situatie.

In het toezicht is er in deze fase onder andere focus geweest op de zorg voor patiënten met een oncologische aandoening, een cardiale aandoening en op de geboortezorg, inclusief kindergeneeskunde.

Bij de oncologie bleek er sprake van goede aandacht voor de continuïteit van de behandeling. In Lelystad was er één arts die zich speciaal richtte op de inhoudelijke verzorging van de overdracht van de behandeling. Het was al gebleken dat de oncologen van het St Jansdal in enkele gevallen – na multidisciplinair overleg – kwamen tot een aanpassing van de behandeling. Dit bleek terug te voeren op een andere interpretatie van landelijke richtlijnen voor oncologische behandelingen – waarbij die richtlijnen ruimte bieden voor een verschillende invulling per ziekenhuis. In de periode rond de overname had St Jansdal aandacht voor de psychosociale begeleiding van de patiënten, gezien de impact die de overname van de zorg op hen kon hebben. Het ziekenhuis maakte plannen voor de mogelijkheid tot behandeling op de chemo-unit locatie Lelystad na 1 maart. Bij het dossieronderzoek dat de inspectie verrichtte, bleken in alle onderzochte dossiers een goede samenvatting

van de behandeling, verwijzing naar multidisciplinaire overleggen (waarin medisch specialisten van verschillende vakgroepen en andere professionals overleggen over de optimale behandeling voor een patiënt) en behandelprotocol evenals informed consent en brief voor de huisarts aanwezig.

Een tweede focus lag op de patiënten met een cardiale aandoening. Bij de vakgroep cardiologie waren vrijwel alle cardiologen uit Lelystad opgenomen in de vakgroep Harderwijk. Men had zorg gedragen voor een gestructureerde inwerkprocedure voor de 'nieuwe' cardiologen, zodat deze zich de organisatie en uitvoering van de zorg in het St Jansdal eigen konden maken. Er bleken slechts geringe verschillen in behandelprotocollen en methoden van verwijzing voor Percutane Coronaire Interventies (PCI) (dotterbehandelingen bij patiënten met een hartinfarct, een behandeling die in Lelystad en Harderwijk niet aangeboden wordt maar bijvoorbeeld wel in ziekenhuizen in Blaricum, Zwolle en Amsterdam). Het ziekenhuis besloot tot een nieuwe opzet van de hartrevalidatie in Lelystad. Desgevraagd bleken er geen problemen met de capaciteit van de catheterisatiekamers in Harderwijk. Op basis van een risicoanalyse werden er geen problemen voorzien bij patiënten in Lelystad met pacemakers.

De inspectie bracht een onaangekondigd bezoek aan de afdelingen kindergeneeskunde en verloskunde in Harderwijk. Zij wilde weten of de er afdoende capaciteit was om de extra zorgvraag uit de regio Flevoland te kunnen verwerken. Dit bleek het geval. Er was voldoende beschikbaarheid op de couveuse afdeling en de benodigde extra formatie aan kinderartsen was (of werd spoedig) ingevuld. De kinderartsen zagen kansen voor de toekomst en geen risico's voor de zorg; de overdracht van zorg voor kinderen vanuit Lelystad verliep volgens hen goed. De capaciteit van de verloskamers bleek na opschaling voldoende. Wel zag de inspectie nog geen inhoudelijke afstemming van geboortezorg met het Flevoziekenhuis Almere. Dit is van belang gezien de regio Flevoland die beide ziekenhuizen gezamenlijk verzorgen. Wanneer in spoedsituaties vrouwen door verloskundigen ingestuurd worden naar een ziekenhuis, kan dat in verband met de beperkte capaciteit één van beide ziekenhuizen zijn. De overdracht vanuit 1e lijn verloskunde regio Lelystad verliep goed en er waren geen signalen van tekortkomingen vanuit de doorverwijzing door de 1e lijn.

De inspectie vroeg de raad van bestuur van St Jansdal aandacht voor de optimalisatie van het systeem van volmelding verloskamers naar de 1e lijns-verloskundigen in de regio en afstemming met Flevoziekenhuis in een dergelijke situatie.

In Harderwijk bracht de inspectie een onaangekondigd bezoek aan de nieuw geopende verpleegafdeling, die geopend was ter uitbreiding van de klinische capaciteit. Gesproken werd met de zorgverleners, onder wie de ziekenhuisarts die de leiding had over deze afdeling. Er werden patiënten behandeld van diverse medisch specialismen, waarbij aandacht was voor de risico's die zich daarbij konden voordoen. De inspectie oordeelde dat de afdeling een team van gemotiveerde zorgmedewerkers had en gekenmerkt werd door een goede organisatie en uitvoering van de zorg. Om de uitstroom van patiënten te bevorderen was het transferbureau uitgebreid. Hierbij waren transferverpleegkundigen aangenomen uit MC IJsselmeerziekenhuizen, waardoor er bekendheid was met de regio Flevoland.

De raad van bestuur signaleerde tevens de behoefte om verbetering van de openbaar vervoer verbinding tussen beide zorglocaties Lelystad en Harderwijk en meldde dat het overleg hierover met de Provincie Flevoland nog niet tot concrete vooruitzichten had geleid.

Bij een inspectiebezoek aan de afdeling dagbehandeling in Lelystad kwamen enkele tekortkomingen in werkafspraken en protocollen aan het licht, die het ziekenhuis daarna heeft opgepakt. De inspectie sprak met een medisch specialist op de polikliniek in Lelystad, die aangaf dat hij goede zorg kon verlenen aan de hand van de overgebrachte gegevens in het St Jansdal EPD. Tijdens de spreekuren was extra tijd ingeruimd in de planning, zodat voor patiënten die voor controle kwamen dezelfde tijd beschikbaar was als voor 'nieuwe patiënten'.

De zorgverlening op de locatie Lelystad, zowel op de poliklinieken, bij de radiologie en het laboratorium verliep goed. Het St Jansdal was druk doende om nieuwe diagnostische apparatuur te installeren, van hetzelfde type als op locatie Harderwijk. Twee van de vier operatiekamers waren opnieuw gevalideerd en de operatieve behandelingen (in dagopnames) hervat.

Het St Jansdal had inmiddels twee leden uit de cliëntenraad van voormalige MC IJsselmeerziekenhuizen gevraagd om zitting te nemen in de cliëntenraad van St Jansdal. Ook in de ondernemingsraad van het St Jansdal waren leden uit de oude ondernemingsraad van voormalig MC IJsselmeerziekenhuizen opgenomen. Het ziekenhuis had de knelpunten in de patiënten logistiek van beide locaties (Harderwijk en Lelystad) goed in beeld via een specifiek dashboard met stuurinformatie. De fysieke en personele capaciteit van de SEH in Harderwijk bleek te beperkt, waardoor regelmatig een instroombeperking was op de spoedeisende hulp. Het ziekenhuis zette actief in op werving van personeel voor de spoedeisende hulp en maakte plannen voor de verbouwing van de huidige faciliteit. Het grootste deel van het personeelsbestand op locatie Lelystad werd geworven uit personeelsleden van de voormalige MC IJsselmeerziekenhuizen, waarmee organisatorische en technische kennis van het ziekenhuis en de regio behouden was gebleven.

De slechte technische staat van het gebouw en installaties in Lelystad was een zorg voor het ziekenhuis, waardoor men meende dat zorgprocessen gevaar konden lopen. De inspectie vroeg het ziekenhuis adequate voorzorgsmaatregelen te nemen, waaronder de mogelijkheden tot afschalen van bepaalde zorg als cruciale systemen voor deze zorg niet meer zouden functioneren. De raad van bestuur maakte plannen voor verbouwing van de locatie Harderwijk om de capaciteit uit te breiden. Tevens wilde zij de toegenomen werkdruk reguleren, aandacht geven aan de patiënten logistiek met betrekking tot de poliklinieken en spoedeisende hulp en de ICT op orde brengen/ vernieuwen.

In april bracht de inspectie een aangekondigd specifiek bezoek aan het ziekenhuis op het gebied van ICT. Dit betrof een voortgangsbezoek, na een eerder regulier bezoek aan het St Jansdal in september 2018. De inspectie wilde de voortgang weten bij het implementeren van de NEN 7510 norm voor informatiebeveiliging, in het licht van de situatie die ontstaan was door de overname van zorg van de voormalige MC IJsselmeerziekenhuizen. Daarbij bleek dat het St Jansdal de patiëntendata had ondergebracht in een afzonderlijke afgesloten database. Alleen de data van patiënten met een nieuwe behandelrelatie met het St Jansdal werden van daaruit overgezet naar het EPD van het St Jansdal. Het behandelen van aanvragen door patiënten en zorgverleners voor een kopie van het medisch dossier uit MC IJsselmeerziekenhuizen bleek een tijdrovende klus. Dit kon slechts plaatsvinden na zorgvuldige vastlegging van toestemming en borging van alle privacyaspecten. Zorgverleners buiten het St Jansdal klaagden in deze fase over de moeizame overdracht van deze dossiers.

De inspectie sprak vertrouwen uit in de manier waarop de dataoverdracht door St Jansdal was opgepakt en uitgevoerd, gezien de complexiteit van het onderwerp. Rond de informatiebeveiliging had St Jansdal een plan opgesteld voor borging hiervan in de nieuwe situatie. Er stonden geen servers in Lelystad: het EPD bleek te

draaien op servers in Harderwijk en er waren geen problemen met dataverbinding. In juli 2019 heeft een externe audit op de NEN7510 norm plaats gevonden. Hieruit bleek dat het ziekenhuis nog enkele zaken diende te borgen. Het St Jansdal werkte nog aan verbetering van de fysieke beveiliging van locatie Lelystad. De nieuwe medewerkers werden gewezen op het vereiste gedrag ten aanzien van informatiebeveiliging.

3.5 Acute zorg en ketenzorg

De inspectie heeft zich in de periode na het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen steeds op de hoogte laten stellen van ontwikkelingen rond de acute zorg en rond de afstemming in de keten. De inspectie heeft in deze periode twee ROAZ-overleggen (op 5 november en 8 november 2018) bijgewoond en daarin actief deelgenomen aan het gesprek. Het doel van de bijeenkomsten was om vast te stellen aan welke randvoorwaarden moest zijn voldaan om op verantwoorde wijze te kunnen voorzien in acute zorg bij afschalen van de SEH van MC IJsselmeerziekenhuizen tot een spoedpoli.

3.5.1 *Spoedeisende hulp*

Vanaf 30 oktober 2019 is gesproken over de (nabije) toekomst van de acute zorg in Lelystad. Hiertoe was overleg met de curatoren, zorgverzekeraar Zilveren Kruis, omliggende ziekenhuizen en ketenpartners. Het plan daarbij was aanvankelijk om te komen tot een gefaseerde volledige afschaling van de SEH. De inspectie heeft hierbij aangegeven dat geen afbouw mag plaatsvinden voor de toezichthouders NZa en IGJ zich een oordeel konden vormen. De ketenpartners dienden betrokken te worden bij de beslissingen die gemaakt gingen worden. Eind oktober 2018 hebben de curatoren de eerste plannen voor afschalen bekend gemaakt. Dit is mede in gang gezet om de kwaliteit van zorg te kunnen blijven waarborgen. Bij gebrek aan een realistische planningshorizon werd het werk voor medewerkers bemoeilijkt en dit bracht veel onzekerheid met zich. Tegelijkertijd gaven de artsen van het ziekenhuis aan dat de kwaliteit van zorg onvoldoende geborgd kon worden. Uiteindelijk is er, na overleg in ROAZ-verband, besloten om de SEH op 5 november 2018 af te schalen naar een spoedpoli, met openingstijden van 8.00 uur - 22.00 uur waarbij de laatste patiënt tot 20.00 uur gepresenteerd kon worden. Hierbij was tussen 20.00 's uur avonds en 8.00 uur 's ochtends een ANIOS beschikbaar als achterwacht voor de HAP. Uiteindelijk heeft de constructie met de ANIOS als achterwacht voor de HAP voortbestaan tot het moment van overname van het ziekenhuis op 28 februari 2019.

3.5.2 *Verloskundige zorg*

Op 24 oktober 2018 kwam het nieuws dat de afdeling verloskunde per direct werd gesloten en zieke kinderen van de afdelingen klinische kindergeneeskunde en klinische verloskunde werden overgeplaatst naar omliggende ziekenhuizen. De inspectie beschrijft haar bevindingen over de overgedragen verloskundige zorg in het rapport over de overgedragen zorg vanuit MC IJsselmeerziekenhuizen, dat tegelijkertijd met dit rapport wordt gepubliceerd.

3.5.3

Ambulancezorg

Sinds het afschalen van de SEH-opvang mogelijkheden en de sluiting van het ziekenhuis in Lelystad moeten de ambulances van de Regionale Ambulancevoorziening (hierna: RAV) van Flevoland de patiënten presenteren in omringende, maar verder weg gelegen ziekenhuizen. De totale rittijd is daarmee toegenomen. Onder rittijd wordt verstaan het tijdsinterval tussen de ritopdracht en de overdracht van de patiënt aan het ziekenhuis. Cumulatie van langere rittijden heeft invloed op de parate capaciteit van ambulance-eenheden. Hier werd na de sluiting van het ziekenhuis in voorzien door uitbreiding van het aantal ambulances, te weten een extra ambulance 24/7 in Lelystad, een extra ambulance 24/7 in de Noordoostpolder en vanaf 1 januari 2019 een extra ambulance 24/7 op Urk.

De responstijden voor ambulancezorg met de hoogste spoed, de zogenoemde A1-ritten, staan landelijk onder druk. Onder responstijd wordt verstaan het tijdsinterval vanaf de 112-melding tot het moment waarop de ambulance de locatie van de patiënt heeft bereikt en de daadwerkelijke zorg een aanvang kan nemen. De norm is dat 95% van de A1-ritten een responstijd heeft kleiner of gelijk aan 15 minuten. Deze norm wordt berekend als gemiddelde voor de gehele regio en niet voor afzonderlijke gemeenten of locaties. Het landelijk gemiddelde ligt structureel rond de 93%. Het gemiddelde voor RAV-Flevoland ligt zowel voorafgaand aan de sluiting van het ziekenhuis in Lelystad als daarna rond de 95%. De RAV-Flevoland behoort daarmee tot de best presterende ambulancediensten voor wat betreft de 15-minuten norm voor de responstijd.

In geval van piekdruk in de ambulancezorg is het landelijk gangbaar dat omringende Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV) "burenhulp" verlenen. RAV-Flevoland kon in dit kader ten tijde van piekdruk rond de sluiting van het ziekenhuis terugvallen op RAV-IJsselland. Dit is niet anders verlopen dan gebruikelijk.

In de periode na de sluiting van het beddenhuis in Lelystad is er extra aandacht geweest voor de bereikbaarheid van acute zorg op Urk in verband met de afgelegen ligging. Sluiting van het beddenhuis te Lelystad heeft ten aanzien van de responstijden van de ritten met de hoogste urgentie voor de gemeente Urk geen veranderingen veroorzaakt vergeleken met de situatie voor de sluiting. Sinds 1 januari 2019, toen er een vaste ambulance standplaats werd gerealiseerd op Urk, zijn de responstijden specifiek voor Urk zelfs verbeterd ten opzicht van de situatie vóór de sluiting van het ziekenhuis.

Vanuit patiënten, het publiek en in de media is volop aandacht geweest voor het feit dat de kwaliteit van ambulancezorg in gevaar is doordat de ambulance langer met de patiënt onderweg is naar een verder weg gelegen ziekenhuis, vergeleken met de situatie toen er nog een beddenhuis en volledige SEH in Lelystad was. De inspectie heeft de acute ketenpartners gevraagd laagdrempelig melding te maken van ongewenste situaties in de zorg.

3.5.4

Huisartsenpost

Sinds de sluiting van het beddenhuis te Lelystad ervaren de huisartsen die dienst doen voor de huisartsenpost (hierna: HAP) in Lelystad dat zij meer moeite moeten doen om patiënten te kunnen doorverwijzen naar een omringend ziekenhuis vanwege capaciteitsproblemen met name in het St Jansdal Ziekenhuis in Harderwijk. De capaciteitsproblemen dragen ook bij aan een verhoogde werkdruk, zowel onder het personeel van het ziekenhuis als onder de medewerkers van de HAP. Men geeft aan dat de (onderlinge) werksfeer hierdoor negatief wordt beïnvloed met mogelijk consequenties voor de kwaliteit van zorg.

Het was altijd al lastig om voor deze regio huisartsen te vinden die diensten willen waarnemen voor de HAP. Alle perikelen rond het wegvallen van het beddenhuis en het afschalen van SEH-faciliteiten in Lelystad maken de regio minder aantrekkelijk voor huisartsen.

Op verzoek van de inspectie heeft de HAP Lelystad in de periode direct na het sluiten van het beddenhuis de gevolgen hiervan voor de kwaliteit van zorg geregistreerd. Twee aspecten werden benoemd: patiënten en huisartsen ervaren minder comfort van zorg vergeleken met de situatie van een compleet ziekenhuis "om de hoek". En in enkele gevallen zagen patiënten liever van zorg af dan dat zij doorverwezen werden naar een ziekenhuis verder weg.

De HAP in Lelystad kon voorheen terugvallen op een SEH-arts van het ziekenhuis als achterwacht voor zelfverwijzers als de huisarts van de HAP visites deed. In de periode direct na sluiting van de SEH gedurende de avond- en nachturen is een ANIOS (arts niet in opleiding tot specialist) ingezet om vanuit het ziekenhuis ondersteuning te kunnen bieden aan de HAP. Het bleek niet vaak voor te komen dat zelfverwijzers op de HAP opgevangen moesten worden tijdens visites van de huisarts. Overigens is het elders in Nederland ook niet ongebruikelijk dat patiënten op de HAP niet direct kunnen worden gezien, op het moment dat de huisarts visite aflegt bij patiënten thuis. De situatie bij HAP-Lelystad wijkt hier niet van af.

Voor de HAP in Harderwijk is door de sluiting van het beddenhuis in Lelystad de toestroom van acute patiënten toegenomen, zeker ten tijde van korte opname- of beoordelingsstops op de SEH in Harderwijk. Tijdens opnamestops bleef de SEH wel toegankelijk voor patiënten met levensbedreigende aandoeningen.

4 Meldingen en signalen bij de inspectie

4.1 Melden door patiënten en zorgverleners

De inspectie betreft meldingen en signalen van patiënten en zorgverleners bij haar toezicht op de kwaliteit en veiligheid van zorg. De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg verplicht zorgaanbieders om melding te maken van calamiteiten in de patiëntenzorg, geweld in de zorgrelatie of ontslag wegens disfunctioneren van een individuele zorgverlener.

Patiënten kunnen klachten en signalen melden bij het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ). Dit is een aparte afdeling van de inspectie waar patiënten ook terecht kunnen voor informatie en advies. Het LMZ geeft relevante signalen over kwaliteit en veiligheid van zorg via het Meldpunt IGJ door aan de inspectie. Ook worden signalen opgenomen in de informatiesystemen van de inspectie, waarin zij door inspecteurs zijn te raadplegen. Onder meer via haar website informeert de inspectie patiënten over de mogelijkheid om signalen en klachten te melden via het LMZ. Zorgverleners kunnen een melding doen via het Meldpunt IGJ. Dit betreft zowel de wettelijk verplichte meldingen als andere meldingen. Ook zorgverleners worden via de website en andere kanalen geïnformeerd over de wijze waarop zij een melding kunnen doen.

In de periode na het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen heeft de inspectie onder meer in direct contact met zorgverleners en via social media opgeroepen om laagdrempelig melding te doen van mogelijk gevaarlijke situaties.

Gelet op de onduidelijkheid bij een groot aantal zorgverleners, het grote aantal patiënten dat na het faillissement in onzekerheid verkeerde over de overdracht van zorg en de risico's die zich mogelijk voor zouden doen bij de afschaling en overdracht van zorg, heeft de inspectie zelf echter opmerkelijk weinig signalen en meldingen ontvangen. In een aantal situaties werd de inspectie via media geïnformeerd over incidenten, die zij niet als melding of als signaal had ontvangen. Via de Stichting Actie Behoud Ziekenhuis Lelystad en in gesprekken met onder meer lokale bestuurders heeft de inspectie wel inzicht gekregen in de ervaringen en zorgen van patiënten en zorgverleners.

Uit gesprekken met betrokkenen bleek onder meer dat onduidelijkheid over de wijze waarop een melding bij de inspectie gemaakt kan worden of interne afspraken daarover binnen het ziekenhuis een reden konden zijn om niet te melden. De inspectie heeft daarom steeds opgeroepen om laagdrempelig te melden. Het beeld dat uit de meldingen en signalen naar voren kwam, komt overeen met het beeld dat de inspectie kreeg uit de inspectiebezoeken en gesprekken met betrokkenen. De inspectie verwacht daarom niet dat het relatief lage aantal meldingen en signalen haar beperkt heeft in haar mogelijkheden om toezicht te houden en bij te dragen aan oplossingen voor goede en veilige zorg en overdracht van patiëntenzorg.

Geen van de bij de inspectie bekende meldingen voldoet aan de wettelijke definitie van een calamiteit of wijst op een situatie waarin de gang van zaken na het faillissement heeft bijgedragen aan het overlijden van een patiënt of het ontstaan van letsel. Wel wijzen de meldingen en signalen op onduidelijkheid bij patiënten en zorgverleners en op ongewenste situaties bij doorverwijzingen, en daarmee op situaties waarin de (ervaren) kwaliteit van zorg ook op andere manieren in het geding was.

4.2 Meldingen en signalen van patiënten via het Landelijk Meldpunt Zorg

In de eerste maand na het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen hebben 5 burgers contact opgenomen met het Landelijk Meldpunt Zorg. Drie van hen spraken hun zorg uit over de gevolgen van de sluiting van de afdeling SEH of klinische verloskunde of spraken de hoop uit dat er een ziekenhuis in Lelystad zou blijven. Eén patiënt stelde een vraag over de overdracht van het patiëntendossier naar een ander ziekenhuis. Eén familielid van een patiënt vertelde over de impact van een ziekenhuisopname in een ziekenhuis verder weg met minder mogelijkheden tot familiebezoek.

4.3 Signalen van de Stichting

De Stichting Actie Behoud Ziekenhuis Lelystad (hierna: de Stichting) heeft tussen februari en juni 2019 in totaal ongeveer 180 signalen aan de inspectie gestuurd. Hierover hebben de inspectie en de Stichting een aantal malen telefonisch contact gehad. Ook heeft een overleg plaatsgevonden op het kantoor van de inspectie in Utrecht, en was de inspectie vertegenwoordigd bij een gesprek van de Stichting met de minister voor Medische Zorg en Sport.

De signalen die de Stichting verzamelde verschilden inhoudelijk sterk. Voor een groot deel waren de signalen afkomstig van burgers (of zorgverleners) die hun zorgen of ongenoegen uitspreken over de verandering in het zorgaanbod. In een aantal gevallen betrof dat ook de gevolgen die zij, of familieleden daarvan ondervonden, bijvoorbeeld langere reistijd of een andere behandelend arts. Een ander deel van de signalen betrof de gang van zaken rond de overdracht van zorg, bijvoorbeeld controleafspraken die werden uitgesteld of onduidelijkheid over het opvragen van patiëntendossiers of over waar een behandeling zou worden voortgezet.

Een beperkt aantal signalen had betrekking op incidenten in de patiëntenzorg. In die gevallen heeft de inspectie aanvullende informatie opgevraagd bij de betreffende patiënt en eventueel bij betrokken zorgaanbieders om te beoordelen of er sprake was van een calamiteit of risico's voor veilige zorg.

In de gesprekken met de Stichting gaf de inspectie een toelichting op haar beoordeling van de signalen, en aan de hand van deze signalen op haar beoordeling van de algemene situatie. De Stichting gaf daarbij een aanvullende toelichting op de wijze waarop de gang van zaken na het faillissement werd ervaren door patiënten. Ook bracht de Stichting haar mening naar voren over het toekomstige zorgaanbod in de regio.

Voor de inspectie waren de contacten met de Stichting om meerdere redenen waardevol. De Stichting ontving veel meer signalen dan de inspectie via het Landelijk Meldpunt Zorg. Door deze signalen kreeg de inspectie meer zicht op de ervaringen van patiënten. De inspectie kon de Stichting daarbij in een aantal gevallen adviseren over hoe patiënten verder geholpen konden worden. De inspectie heeft telefonisch contact opgenomen met een aantal patiënten die via de Stichting een signaal hadden doorgegeven om in gesprek te gaan over hun ervaringen en om een toelichting te geven op de wijze waarop de inspectie met het signaal was omgegaan. Ook heeft de inspectie naar aanleiding van de contacten met de Stichting een gesprek gevoerd bij een inwoner van Lelystad thuis over zijn ervaringen rond de zorg voor zijn overleden echtgenote.

4.4 Meldingen en signalen van zorgverleners

Signalen van zorgverleners via het Meldpunt IGJ

Het Meldpunt IGJ heeft in de weken na het faillissement twee brieven van verontruste groepen verloskundigen en huisartsen uit het verzorgingsgebied van MC IJsselmeerziekenhuizen ontvangen. Zij deden een oproep aan de inspectie en andere betrokken organisaties om zorg te dragen voor een structurele oplossing

voor het zorgaanbod in de regio, gericht op niet alleen kwaliteit en veiligheid van zorg en toegankelijkheid van zorg, maar ook op de keuzevrijheid voor patiënten. Ook een medisch specialist schreef een brief waarin hij onder meer zijn zorgen uitsprak over het toekomstige zorgaanbod in de regio en betrokken instanties, waaronder de inspectie vroeg om op te treden om zo veilige en voldoende toegankelijke zorg te garanderen. De inspectie heeft de inhoud van de signalen betrokken bij haar gesprekken met andere partijen en schriftelijk gereageerd naar de betreffende zorgverleners.

Meldingen van zorgaanbieders via het Meldpunt IGJ

In de periode na het faillissement heeft de inspectie een aantal meldingen over mogelijke calamiteiten ontvangen. Deze meldingen werden gedaan door of namens onder meer de curatoren van MC IJsselmeerziekenhuizen, de raad van bestuur van St Jansdal en andere zorgaanbieders. Alle meldingen zijn conform het Uitvoeringsbesluit Wkkgz behandeld. Daarnaast zijn deze meldingen aanvullend besproken met de inspecteurs die inspectiebezoeken uitvoerden in de ziekenhuizen in Lelystad en Harderwijk. Hierbij werd steeds beoordeeld of er een verband bestond tussen het incident, het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen en de wijziging in het zorgaanbod. Dit was niet het geval. De inspectie heeft geen aanwijzingen dat er bij die incidenten door zorgverleners anders is gehandeld vanwege het faillissement, of dat de uitkomst van zorg negatief is beïnvloed doordat een patiënt niet in Lelystad maar in een ander ziekenhuis werd behandeld.

Signalen uit gesprekken met zorgverleners

Naast de meldingen en signalen via het Meldpunt IGJ werden de inspecteurs die dagelijks aanwezig waren in MC IJsselmeerziekenhuizen en inspectiebezoeken uitvoerden in omliggende ziekenhuizen en andere zorginstellingen, regelmatig aangesproken door zorgverleners. De signalen die hieruit naar voren kwamen werden meestal direct besproken met andere inspecteurs en met betrokkenen in MC IJsselmeerziekenhuizen en andere zorginstellingen. De inspectie heeft, omdat zij vermoedde dat een aantal zorgverleners signalen die zij wilden delen met de inspectie niet doorgaven via het Meldpunt IGJ, een aantal keer contact opgenomen met bijvoorbeeld huisartsenpraktijken, verloskundigenpraktijken of regionale organisaties van zorgverleners. In deze gesprekken heeft de inspectie ook kennisgenomen van signalen en zorgen en hier op kunnen reageren, bijvoorbeeld door deze te betrekken in de gesprekken met de curatoren en andere betrokkenen.

4.5 Onrust over veranderingen in het zorgaanbod

Naar aanleiding van het veranderde zorgaanbod in Lelystad is onrust ontstaan onder patiënten. In een aantal gevallen hing dit samen met incidenten in de zorg, waarover publiciteit is ontstaan. Voor de inspectie is het, vanwege de privacy van betrokken patiënten, niet mogelijk om inhoudelijk in te gaan op specifieke incidenten. Toch vindt de inspectie het, zeker omdat patiënten mogelijk minder vertrouwen krijgen in de gezondheidszorg, wel belangrijk om een toelichting te geven op de normen rond goede zorg en de wijze waarop de zorg is georganiseerd. In dit verband is vooral de omvorming van de Spoedeisende Hulp (SEH) die 24/7 geopend was tot een spoedpost met een beperkt zorgaanbod van belang, omdat dit vragen oproep over de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Patiënten kunnen in een aantal gevallen niet meer met hun zorgvraag in het ziekenhuis terecht en ambulances moeten in sommige gevallen verder rijden. Hieronder geeft de inspectie bij twee voorbeelden die te maken hebben met de omvorming van de SEH tot een spoedpost een toelichting: de zorg voor 'zelfverwijzers' in de acute zorg, en tijdelijke 'stops' op SEH's. Ten aanzien van het

derde voorbeeld, de zorg voor patiënten die mogelijk een hartinfarct hebben, is er door het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen niets veranderd in het zorgaanbod. Toch heeft de inspectie gemerkt dat rond dit onderwerp vragen leven. Er zijn nog meer voorbeelden te geven, maar de inspectie hecht er aan dat betrokken zorgaanbieders en veldpartijen (koepels van zorginstellingen en beroepsverenigingen van zorgverleners) hier zelf over communiceren. Uiteindelijk is het hun handelen waar patiënten op moeten vertrouwen.

Zelfverwijzers

In beginsel kan een patiënt alleen naar de SEH wanneer deze is verwezen door de huisarts, of door de ambulance. Een patiënt wordt doorverwezen als er een indicatie is voor ziekenhuiszorg: een onderzoek of behandeling die door of onder verantwoordelijkheid van een SEH-arts of medisch specialist wordt uitgevoerd. In de praktijk komt het op iedere SEH voor dat patiënten op eigen initiatief naar de SEH gaan. Dit zijn zogenoemde 'zelfverwijzers'. In sommige gevallen heeft een zelfverwijzer een indicatie voor ziekenhuiszorg, maar in veel gevallen kan de benodigde zorg beter (uit oogpunt van kwaliteit en/of betaalbaarheid van zorg) worden uitgevoerd door een huisarts, of is het niet nodig om de zorg acuut te verlenen.

Dit is voor onder meer SEH-artsen een dilemma. Aan de ene kant moeten zij paraat zijn om zorg te verlenen die daadwerkelijk spoedeisend is. Aan de andere kant willen zij patiënten helpen, ook als dat niet spoedeisend is of als zij ook bij de huisarts terecht zouden kunnen. Zelfverwijzers worden daarom soms toch op de SEH behandeld, maar het komt ook voor dat dat zelfverwijzers lang moeten wachten of zelfs helemaal geweigerd worden. Dat is uiterst vervelend voor die patiënt, maar het is nodig om iedere patiënt de juiste zorg te kunnen geven. Andersom komt het ook voor dat een zelfverwijzer naar een ziekenhuis gaat, waar de benodigde zorg niet kan worden geleverd. In dat geval moet een patiënt worden overgeplaatst. Dit kan ook zijn omdat er geen capaciteit is voor de benodigde opvolgende zorg (bijvoorbeeld op een verpleegafdeling), terwijl een patiënt met die zorgvraag normaal gesproken wel in dat ziekenhuis behandeld kan worden. Het zorgaanbod van de spoedpost van het ziekenhuis in Lelystad is in vergelijking met de SEH die voorheen bestond beperkt, in die zin dat veel complexere zorg er niet kan worden verleend. Dit roept vragen op bij patiënten: met welke zorgvragen kun je nu nog wel terecht op de spoedpost in Lelystad? Het is van belang dat het ziekenhuis zo helder mogelijk communiceert welke zorg er wel en niet op de spoedpost geleverd kan worden. Aan de andere kant vraagt het van patiënten om niet zelf naar het ziekenhuis te gaan, maar om eerst contact op te nemen met de huisarts of met 112.

Tijdelijke stops op de SEH

Ondanks dat ziekenhuizen proberen te zorgen dat er altijd capaciteit vrij is om patiënten die spoedeisende zorg nodig hebben te behandelen, komt het in ieder ziekenhuis voor dat er een tijdelijke 'stop' wordt afgekondigd op de SEH. Dit kan om meerdere redenen zijn. Het kan zo zijn dat alle artsen op de SEH ingezet zijn bij de zorg voor patiënten. Ook kan het zo zijn dat er geen fysieke capaciteit (bed, onderzoeks-/behandelkamer) op de SEH meer is om extra patiënten op te vangen, of dat er op de verpleegafdelingen van het ziekenhuis geen capaciteit is om patiënten op te nemen. Tot slot kan het voorkomen dat de voorzieningen om patiënten te stabiliseren in gebruik zijn. Dit betekent dat het niet veilig is om patiënten met een mogelijk levensbedreigend probleem tot het ziekenhuis toe te laten.

Om de redenen die hierboven genoemd worden is het in sommige gevallen dus nodig om een 'stop' af te kondigen, patiënten langer te laten wachten of zelfs te weigeren en door te verwijzen. Dit is nodig uit oogpunt van patiëntveiligheid, maar

dat kan dus wel betekenen dat een patiënt langer moet wachten op zorg of verder moet reizen. Ook voor ambulancediensten heeft dit gevolgen, want de ambulance is langer onderweg.

Wanneer een ziekenhuis een 'stop' afkondigt wordt dit altijd direct gecommuniceerd met omliggende ziekenhuizen en met de ambulancevoorziening. Daarbij geldt de afspraak dat er in een regio altijd wel opvang voor patiënten mogelijk moet zijn en dat er ziekenhuizen zijn die altijd plaats hebben voor patiënten met een acuut levensbedreigend probleem. In de praktijk zijn dit de ziekenhuizen waar patiënten met een complexe zorgvraag (bijvoorbeeld multitrauma-letsel) naar toe zouden worden gebracht waardoor de reistijd voor die patiënten niet langer is. Ondanks deze afspraken kan het voorkomen dat een ambulance al onderweg was naar een ziekenhuis op het moment dat er een 'stop' wordt afgekondigd. Er zal dan overleg plaatsvinden of de patiënt toch kan worden opgevangen, of dat de ambulance moet doorrijden. Dit is nooit helemaal uit te sluiten en komt in alle regio's voor. De situatie na de omvorming van de SEH van het ziekenhuis in Lelystad tot een spoedpost vraagt van de omliggende ziekenhuizen intensieve afstemming om gelijktijdige stops zoveel mogelijk – of helemaal – uit te sluiten.

Zorg voor patiënten met een mogelijk hartinfarct

Niet alle ziekenhuizen kunnen optimale zorg verlenen aan patiënten die mogelijk een hartinfarct hebben. De voorkeursbehandeling voor een patiënt met een hartinfarct is meestal een Percutane Coronaire Interventie (PCI) oftewel een dotterbehandeling². Deze behandeling kan alleen worden uitgevoerd in ziekenhuizen waar de benodigde expertise en randvoorwaarden voor diagnostiek en behandeling aanwezig zijn. Dit is complexe, gespecialiseerde zorg die is geconcentreerd in ongeveer 30 ziekenhuizen. Dit is één van de vormen van zorg die ziekenhuizen alleen mogen uitvoeren wanneer zij beschikken over een vergunning op grond van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen. De zorg is zo georganiseerd dat er al in de ambulance wordt gestart met een onderzoek in de vorm van een hartfilmpje. Dit wordt doorgestuurd naar een cardioloog in het ziekenhuis. Wanneer er sprake is van een hartinfarct wordt de patiënt direct doorgestuurd naar een ziekenhuis waar de PCI kan worden uitgevoerd. Opvang in een ander ziekenhuis, waar wel aanvullend onderzoek gedaan kan worden of een andere behandeling (met medicijnen) kan worden uitgevoerd is onwenselijk omdat de patiënt daar niet de optimale behandeling kan krijgen.

Doordat deze zorg in veel ziekenhuizen niet kan worden geleverd is het in heel Nederland zo dat de reistijd voor patiënten langer kan zijn. Deze keuze is gemaakt omdat de gezondheidswinst groter is wanneer patiënten in gespecialiseerde ziekenhuizen worden behandeld, dan wanneer de reistijd korter is maar patiënten worden behandeld in ziekenhuizen die onvoldoende ervaring hebben of waar niet alle randvoorwaarden aanwezig zijn. Deze overweging geldt ook voor andere vormen van gespecialiseerde zorg, zoals de behandeling van patiënten met een scheuring in de buikslagader of levensbedreigend letsel na een trauma (bijv. verkeersongeval). Voor de situatie in Flevoland gold dat het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen geen gevolgen heeft gehad voor het aanbod van dit soort zorg: ook voor het faillissement werd deze zorg niet geleverd door het ziekenhuis in Lelystad. Toch riep het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen vragen op bij patiënten over de bereikbaarheid van deze zorg.

² Een PCI is een behandeling waarbij een interventiecardioloog een ballonnetje inbrengt in de verstopte slagader, en dit ballonnetje opblaast om de verstopping te verhelpen.

5 Conclusies

In dit hoofdstuk worden de conclusies van de inspectie aan de hand van de in hoofdstuk 1 geformuleerde vragen beschreven.

De onderzoeksvragen luiden:

- 1 In hoeverre is er in de periode van aanvragen van surseance van betaling van MC IJsselmeerziekenhuizen op 23 oktober 2018 tot de overname door St Jansdal op 1 maart 2019 sprake geweest van risico's voor goede en veilige zorg?
- 2 Op welke wijze hebben de curatoren invulling gegeven aan hun bestuurlijke verantwoordelijkheid voor goede en veilige zorg?
- 3 Op welke wijze heeft de raad van bestuur van St Jansdal invulling gegeven aan zijn verantwoordelijkheid voor goede en veilige zorg?
- 4 Op welke wijze hebben medisch specialisten en andere zorgverleners invulling gegeven aan hun verantwoordelijkheid voor goed hulpverlenerschap?
- 5 Heeft het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen geleid tot risicovolle situaties voor patiënten of bijgedragen aan ernstig letsel of overlijden van patiënten?

5.1 In hoeverre is er in de periode van aanvragen van surseance van betaling van MC IJsselmeerziekenhuizen op 23 oktober 2018 tot de overname door St Jansdal op 1 maart 2019 sprake geweest van risico's voor goede en veilige zorg?

Mede op basis van de vele inspectiebezoeken en gesprekken met medewerkers, medische staf, managers en curatoren is de inspectie van oordeel dat patiëntveiligheid in het ziekenhuis in deze periode niet in het geding is geweest. Er zijn wel risico's voor patiëntveiligheid gesignaleerd maar hierop zijn steeds tijdig adequate maatregelen getroffen om de risico's te beheersen.

Omstreeks 17 oktober 2018 was het voor de raad van bestuur van MC IJsselmeerziekenhuizen duidelijk dat het aanvragen van surseance van betaling onvermijdelijk was geworden. Op dat moment waren de scenario's voor het voortzetten of afbouwen van zorg onvoldoende uitgewerkt, waren de (mogelijke) gevolgen van de afbouw van zorg niet inzichtelijk en waren omliggende ziekenhuizen, huisartsen, verloskundigen en andere betrokken zorgaanbieders nauwelijks geïnformeerd.

Het faillissement kwam voor de meeste betrokkenen onverwacht waardoor het onduidelijk was wat de gevolgen voor het zorgaanbod zouden zijn. Als gevolg hiervan waren de omstandigheden complex en onzeker' en zijn risico's ontstaan. De onrust en onduidelijkheid bij patiënten en zorgverleners waren daarmee onnodig groot. Binnen het ziekenhuis is de situatie, dankzij de professionele inzet van hulpverleners, de strakke organisatie onder verantwoordelijkheid van de curatoren en intensief en constructief overleg in de regio (onder meer in ROAZ-verband) wel beheersbaar gebleven. Doordat de inspanningen waren gericht op het blijven leveren van zorg en het ook op lange termijn in stand houden van het zorgaanbod – of in ieder geval een belangrijk deel daarvan – was de situatie onvergelijkbaar met die rond MC Slotervaart.

5.2 **Op welke wijze hebben de curatoren invulling gegeven aan hun bestuurlijke verantwoordelijkheid voor goede en veilige zorg?**

De curatoren werden kort voor het aanvragen van surseance van betaling en het daaropvolgende faillissement betrokken bij MC IJsselmeerziekenhuizen. Op het moment dat een zorginstelling overgaat in een faillissement zijn curatoren eindverantwoordelijk voor kwaliteit en veiligheid van zorg.

Vanaf het moment dat de curatoren aangesteld waren, hebben ze een duidelijke en strakke wijze van sturing georganiseerd. Juristen en medewerkers werden geïnstalleerd in het ziekenhuis en de taken werden goed onderling verdeeld. Ondanks het gebrek aan ervaring van de curatoren als bestuurder van een zorginstelling, bleken zij snel in staat om hun bestuurlijke verantwoordelijkheid voor goede en veilige zorg te dragen. Er was op constructieve wijze overleg mogelijk met de inspectie. De curatoren gaven op specifieke momenten aan waarom zij behoefte hadden aan advies of een vorm van begeleiding door de inspectie. Tegelijk was het voor de inspectie steeds mogelijk om in gesprek over te brengen waarom zij zich in bepaalde situaties toch als toezichthouder opstelde. De curatoren namen dan zelf hun verantwoordelijkheid.

De curatoren hebben de menselijke kant van de ontwikkelingen tijdens het faillissement voor de betrokken medewerkers niet uit het oog verloren. Mede ook door adequate en veelvuldige afstemming met zorgprofessionals, medewerkers, managers, stakeholders en externe toezichthouders is het zorgaanbod zoals dat voor het faillissement bestond voor een belangrijk deel gehandhaafd, waarbij de curatoren het belang van goede en veilige zorg altijd voorop hebben gesteld.

De samenwerking met de raad van bestuur van St Jansdal is niet altijd optimaal geweest. Op verschillende momenten heeft de inspectie, samen met de Nederlandse Zorgautoriteit, geïntervenieerd in deze samenwerking.

Vanuit hun wettelijke taak en verantwoordelijkheid om de belangen van de boedel en de schuldeisers van het ziekenhuis te dienen moesten de curatoren een groot aantal zakelijke afwegingen maken. In een aantal gevallen kregen zij daarbij te maken met (ogenschijnlijk) tegengestelde belangen. Dit heeft tot negatieve publiciteit en juridische geschillen geleid. De inspectie is hierin geen partij en heeft er als zodanig geen oordeel over, maar heeft wel vastgesteld dat door het handelen van de curatoren in zakelijk opzicht, de patiëntveiligheid nooit in het geding is gekomen.

Alles overziend is de inspectie van oordeel dat de curatoren op voldoende wijze invulling hebben gegeven aan hun verantwoordelijkheid voor goede zorg. De inspectie spreekt haar waardering uit voor de curatoren, de manier waarop zij contact onderhielden met de inspecteurs die dagelijks in het ziekenhuis aanwezig waren en andere betrokkenen en de wijze waarop zij zich hebben ingezet voor de patiënten van MC IJsselmeerziekenhuizen.

5.3 Op welke wijze heeft de raad van bestuur van St Jansdal invulling gegeven aan zijn verantwoordelijkheid voor goede en veilige zorg?

Net als voor andere betrokkenen kwam het plotselinge faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen voor de raad van bestuur van St Jansdal als een verrassing. Vrijwel direct na het faillissement werd duidelijk dat een overname van het ziekenhuis in Lelystad wenselijk was, en dat St Jansdal een overnamekandidaat was.

Op 22 november 2018 bereikten de curatoren en de raad van bestuur van St Jansdal een akkoord over de overname per 1 maart 2019. Vanaf dat moment had St Jansdal nog ongeveer twee maanden om de overname voor te bereiden en te realiseren.

Fusies tussen en overnames van ziekenhuizen zijn onder 'normale' omstandigheden processen waarbij de besluitvorming en voorbereiding vaak jaren duren. De inspectie heeft er eerder op gewezen dat een fusie tussen zorginstellingen per definitie een risicovolle gebeurtenis is, onder meer gelet op de aandacht die het fusieproces vergt van de raad van bestuur, zorgverleners en andere betrokkenen. De risico's worden groter wanneer er sprake is van veranderingen in het zorgaanbod, ingrijpende wijzigingen in zorgprocessen of bijvoorbeeld het overzetten van patiëntendossiers naar een ander Elektronisch Patiëntendossier (EPD). Al deze factoren waren aanwezig bij de overname van het ziekenhuis in Lelystad door het St Jansdal. Daarbij kwam ook de toestroom van patiënten, die voorheen naar Lelystad gingen, in Harderwijk waardoor druk op zorgverleners en de organisatie ontstond. De samenwerking met de curatoren van MC IJsselmeerziekenhuizen is niet altijd optimaal geweest. Op verschillende momenten heeft de inspectie, samen met de Nederlandse Zorgautoriteit, geïntervenieerd in deze samenwerking.

De inspectie heeft echter vastgesteld dat de raad van bestuur de risico's goed in beeld had en adequate beheersmaatregelen heeft getroffen. De voorwaarden voor goede en veilige zorg zijn vanaf het moment van overname aanwezig. De raad van bestuur van St Jansdal en andere betrokkenen hebben daarmee een grote prestatie geleverd, waar de inspectie waardering voor heeft.

Sinds het faillissement is er aanzienlijke publieke en politieke aandacht geweest voor de veranderingen in het zorgaanbod en de (on)mogelijkheden van het aanbieden van (acute) zorg in Lelystad. Op de raad van bestuur rust verantwoordelijkheid voor het voeren van een maatschappelijke dialoog over kwaliteit en toegankelijkheid van zorg in de regio op langere termijn. De inspectie roept de raad van bestuur en andere betrokkenen op om steeds te onderbouwen welk zorgaanbod mogelijk is en hoe dit zich verhoudt tot de zorgbehoefte in de regio en de verwachtingen van patiënten, inwoners en lokaal bestuur. De ontwikkelingen in de komende jaren vergen intensieve afstemming tussen zorgverleners en een zorgvuldige uitwerking van de onderlinge samenwerking.

5.4 Op welke wijze hebben medisch specialisten en andere zorgverleners invulling gegeven aan hun verantwoordelijkheid voor goed hulpverlenerschap?

De medisch specialisten en andere zorgverleners van MC IJsselmeerziekenhuizen werden grotendeels verrast door het faillissement van het ziekenhuis. Zij waren niet op de hoogte van de ernst van de financiële problematiek en zij werden niet betrokken bij de voorbereidingen op een faillissement, voor zover er al sprake was van voorbereidingen.

Tijdens de eerste periode, na het bekend worden van het faillissement bemerkte de inspectie tijdens bezoeken en gesprekken met de medewerkers dat er een grote mate van onzekerheid heerste. Ongeloof over wat er gebeurde en tegelijkertijd de angst om hun baan te verliezen. Patiënten voelden zich machteloos omdat hun iets overkwam waar ze zelf geen invloed op hadden. Naast boosheid en onzekerheid kwam er in de loop van de tijd ook weer hoop onder de medewerkers en de patiënten. Men kon eigenlijk niet geloven dat het ziekenhuis helemaal zou verdwijnen en de hoop werd gevestigd op de overnamekandidaat. Hierbij was het risico aanwezig dat onder het personeel een tweespalt zou kunnen ontstaan. De ene groep was bezig om de zorg op een zorgvuldige wijze af te bouwen en patiënten over te dragen naar nieuwe zorginstellingen/zorgverleners en de andere groep had hoop dat er weinig ging veranderen en bleef patiënten stimuleren om geduld te hebben en af te wachten. Doordat de curatoren en de inspectie dit op open wijze bespraken, konden hier constructieve gesprekken over plaatsvinden met betrokkenen en zijn acties uitgezet. Tijdens de afbouwperiode is veel aandacht en ruimte gecreëerd voor het psychosociale welzijn van de individuele zorgprofessional. Maatschappelijk werk was een aantal dagdelen per week beschikbaar om in gesprek te gaan met medewerkers. Wanneer aangegeven werd dat bepaalde handelingen, vanwege concentratieverlies of personeelstekort, niet meer uitgevoerd konden worden werd gezocht naar een andere oplossing (bijvoorbeeld handelingen met zijn tweeën verrichten in plaats van alleen) of werden bepaalde onderzoeken en behandelingen tijdelijk of definitief gestaakt. De medische staf toonde hierin leiderschap. De inspectie heeft hier waardering voor.

Tijdens de transitieperiode, die omstreeks eind november 2018 begon, sloeg de machteloosheid en onzekerheid om in optimisme en groeiende duidelijkheid. In de eerste periode was een dubbel gevoel aanwezig onder het verpleegkundig/verzorgend en ondersteunend personeel, want een deel was bezig met zijn laatste periode van werken in het ziekenhuis en een ander deel had een tijdelijk contract gekregen (wat waarschijnlijk omgezet ging worden in een vast contract bij St Jansdal).

Ook voor een groot deel van de medisch specialisten werd de transitieperiode gekenmerkt door onzekerheid en onrust. Een klein aantal wist dat hij/zij aan de slag kon gaan bij een vakgroep van St Jansdal of elders. Voor een groot deel van de medisch specialisten werd steeds duidelijker dat het niet vanzelfsprekend was dat zij in Lelystad konden blijven werken. Ondertussen werd volop poliklinische zorg verricht en moesten ook de medische dossiers worden overgedragen aan collega's in Harderwijk of zorginstellingen elders. Het afscheid nemen van patiënten, collega's en praktijk was – en is - pijnlijk.

Alles overziend is de inspectie van oordeel dat de medisch specialisten en andere zorgverleners van MC IJsselmeerziekenhuizen in voldoende mate invulling hebben gegeven aan hun verantwoordelijkheid voor Goed hulpverlenerschap, ondanks de onzekerheid en moeilijke omstandigheden.

Ditzelfde geldt voor huisartsen, verloskundigen en zorgverleners in omliggende ziekenhuizen. De inspectie heeft grote waardering voor de inzet, deskundigheid en betrokkenheid van deze zorgverleners.

5.5 Heeft het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen geleid tot risicovolle situaties voor patiënten of bijgedragen aan ernstig letsel of overlijden van patiënten?

De inspectie heeft niet vastgesteld dat het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen heeft bijgedragen aan ernstig letsel of overlijden van patiënten. Patiënten hebben wel hinder ondervonden van de gang van zaken na het faillissement. Zorgverleners, waaronder met name huisartsen en verloskundigen, moesten zich aanpassen aan de nieuwe omstandigheden en konden in vergelijking met de situatie voor het faillissement niet de zorg geven die zij wilden geven. De inspectie is van oordeel dat de voorwaarden voor veilige zorg wel aanwezig zijn. Daar waar risico's ontstonden zijn tijdig adequate maatregelen getroffen om deze te beheersen, onder meer in de samenwerking tussen zorgaanbieders. Hierdoor zijn geen risicovolle situaties ontstaan voor patiënten.

6 Aanbevelingen

Het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen laat zien, dat een onvoorbereid faillissement leidt tot risico's voor kwaliteit en veiligheid van zorg en onrust bij patiënten, zorgverleners en in de samenleving. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd vindt het belangrijk dat alle betrokkenen lessen leren uit de periode voor en na het uitspreken van het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen en het gelijktijdige faillissement van MC Slotervaart.

Onderstaande aanbevelingen komen voort uit de bevindingen en conclusies van de inspectie uit dit rapport. Het perspectief hierbij is steeds kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening en het toezicht van de inspectie daarop. Ook uit waarnemingen van andere instanties of betrokkenen met hun eigen perspectief zullen naar verwachting lessen en aanbevelingen voortkomen. Dit zal het geval zijn voor de Onderzoeksraad voor Veiligheid en de door de minister ingestelde onafhankelijke onderzoekscommissie, de curatoren en mogelijk nog anderen. Het is van belang dat betrokkenen – individueel en met elkaar – deze waarnemingen en aanbevelingen in samenhang beschouwen en gebruiken. In toekomstige situaties, waarin abrupte afbouw van zorg dreigt of onvermijdelijk wordt, moeten deze lessen worden vertaald naar de specifieke situatie en context. Het is belangrijk dat zorgaanbieders dat zelf doen, want zij kennen hun patiënten met hun zorgbehoefte het beste.

Het is óók belangrijk dat ze daarbij andere zorgaanbieders en andere betrokkenen – zoals zorgverzekeraars, het lokaal bestuur en patiënten zelf – betrekken.

Het gaat hierbij niet alleen om (dreigende) faillissementen, maar ook om andere situaties waarin een zorginstelling geen zorg meer kan leveren of een deel van het zorgaanbod moet overdragen of afbouwen – bijvoorbeeld door een structureel personeelstekort. In onderstaande aanbevelingen gaat de inspectie echter wel uit van een (dreigend) faillissement. Daarbij maakt de inspectie onderscheid tussen de situatie voorafgaand aan een faillissement, en de situatie na het uitspreken van een faillissement. De aanbevelingen in dit rapport over het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen gaan over op het voorbereiden op het overnemen van (een groot deel van) het zorgaanbod. De aanbevelingen in het rapport over het faillissement van MC Slotervaart gaan over op het afbouwen van zorg.

De aanbevelingen voor zorgaanbieders in financiële problemen zijn in beide rapporten nagenoeg identiek.

Ook voor de inspectie geldt dat zij wil kunnen leren van de gang van zaken rond de faillissementen van MC IJsselmeerziekenhuizen en MC Slotervaart. Het vaststellen van aanbevelingen kan de inspectie niet eigenstandig doen, te meer daar de Onderzoeksraad voor Veiligheid en de door de minister ingestelde onafhankelijke onderzoekscommissie ook onderzoek doen naar de rol van de inspectie.

Uit gesprekken die de inspectie intern en met betrokkenen, waaronder de curatoren, heeft gevoerd, komt al wel het volgende naar voren.

De inspectie heeft gemerkt dat een faillissement van een ziekenhuis een dermate ongekende en complexe situatie is, dat het voor de inspectie niet volstaat om op reguliere wijze toezicht te houden waarbij zij toetst of de voorwaarden voor goede zorg aanwezig zijn en haar bevindingen deelt met verantwoordelijken. In een situatie als deze waar niet alleen de structuur van de normale werkwijze wegvalt, maar ook het perspectief op het herstel van die structuur ontbreekt, hebben betrokkenen er behoefte aan dat de inspectie haar rol op een andere manier invult. Dit kan zijn door te adviseren, te bemiddelen of te coachen.

6.1 Algemene aanbevelingen / aanbevelingen voor zorgaanbieders in financiële problemen

- Zorg voor een actuele analyse van de eigen patiëntenpopulatie en het eigen zorgaanbod. Breng in deze analyse in kaart hoe het zorgaanbod zich verhoudt tot het zorgaanbod elders in de regio (gaat het om 'unieke' vormen van zorg, of zorg die ook elders geleverd wordt?) en wat de omvang van het zorgaanbod is. Differentieer hierbij naar de aard van de zorgrelatie: gaat het bijvoorbeeld om acute, actieve en 'slapende' patiënten?
- Voer een prospectieve risico-inventarisatie uit op de afbouw van zorg, vooral voor patiëntencategorieën voor welke de zorginstelling een bijzondere positie heeft. Het gaat daarbij zowel om risico's voor kwaliteit en veiligheid, als voor continuïteit van individuele patiëntenzorg. Betrek deze risico-inventarisatie bij de gesprekken met betrokkenen (bijvoorbeeld andere zorgaanbieders of zorgverzekeraars).
- Zorg dat bovengenoemde analyse van de patiëntenpopulatie en risico-inventarisatie altijd uitgaan van, of zijn terug te brengen tot het niveau van individuele patiënten.
- Bespreek in regionaal verband periodiek wat de randvoorwaarden voor het overdragen en overnemen van zorg zijn, op het gebied van personeel (capaciteit, deskundigheid), patiëntinformatie (dossievormen, ICT, toestemmingsvereisten).
- Ontwikkel een kader (uitgaande van wet- en regelgeving en kennis van ICT-systemen) voor de overdracht van patiëntenzorg en -informatie, waarmee afwegingen gemaakt kunnen worden tussen de belangen van patiëntveiligheid, patiëntenrechten en bescherming van persoonsgegevens. Het betreft daarbij in ieder geval inzicht in wanneer welke de informatie zonder toestemming van de patiënt mag worden overgedragen en voor welke informatieoverdracht altijd toestemming van de patiënt nodig is.

6.2 Aanbevelingen voor curatoren en andere betrokkenen bij overname van zorg

- Organiseer een structuur waarin de partijen die tot aan, en vanaf de overname van zorg verantwoordelijk zijn, vanuit hun eigen verantwoordelijkheid maar zoveel mogelijk in gezamenlijkheid, kunnen sturen op de voorbereiding van de overname. In het geval van het faillissement en de overname van MC IJsselmeerziekenhuizen betreft dit in ieder geval de curatoren, de raad van bestuur en de medische staven.
- Binnen deze structuur moet de verantwoordelijkheidsverdeling te allen tijde duidelijk zijn. Maak helder wat de rol is van zorgverleners, adviseurs en andere betrokkenen.
- Zorg dat het belang van goede en veilige zorg nooit ondergeschikt kan worden aan zakelijke overwegingen, ook niet op het moment dat zich conflicten voordoen. Toets alle besluiten en acties, ook van direct betrokkenen, aan de gevolgen voor individuele patiëntenzorg.
- Draag zorg voor een goede positionering van zorgverleners die een actieve rol hebben rond de overname. Zorg er voor dat zij voldoende zorginhoudelijke inbreng kunnen hebben. Besteed ook aandacht aan hun persoonlijk welzijn.
- Organiseer een structuur voor de communicatie en afstemming met het lokaal bestuur en (vertegenwoordigers van) patiënten en inwoners. Binnen deze structuur kunnen lokaal bestuur, patiënten en inwoners aangeven wat hun zorgen en wensen zijn ten aanzien van het zorgaanbod en de organisatie van de zorg. Betrokken zorgaanbieders dienen herkenbaar en toetsbaar aan te geven op welke wijze zij deze zorgen en wensen betrekken bij de organisatie van de zorg en de besluitvorming over het zorgaanbod.



www.igj.nl