

SCHEIDSGERECHT GEZONDHEIDSZORG

Arbitraal vonnis in kort geding van 17 oktober 2025

Kenmerk: KG 25/5

Het Scheidsgerecht, bestaande uit
mr. drs. A.J. Wolfs, wonende te Driehuis, fungerend voorzitter,
bijgestaan door mr. J.A.I. Wendt, griffier,
heeft het navolgende vonnis gewezen in het kort geding van

1. A,
wonende te Z,
2. de besloten vennootschap B,
gevestigd te Z,
eisers;
gemachtigden: mr. drs. E.L. Pasma en mr. L.H.K. Peereboom-Bogers

tegen

1. de stichting Stichting C Ziekenhuis,
gevestigd te Z,
verweerster sub 1;
gemachtigde: mr. C. van Weering
2. de vereniging VMS C Ziekenhuis,
gevestigd te Z,
verweerster sub 2;
gemachtigde: mr. dr. T. van Malssen

Eisers worden hierna (mede) gezamenlijk in enkelvoud aangeduid als 'A'. Verweerster sub 1 wordt (mede) aangeduid als 'de stichting' en verweerster sub 2 als 'VMS', waarbij het bestuur van de stichting ook 'RvB' wordt genoemd en het bestuur van VMS als 'BMS' wordt aangeduid.

1. De procedure

1.1 Met een e-mail van 27 juni 2025 heeft A deze procedure aanhangig gemaakt. Bij *Memorie van eis in kort geding* van dezelfde datum (met producties, genummerd 1-28), heeft hij het Scheidsgerecht verzocht bij arbitraal vonnis, voor zover mogelijk uitvoerbaar bij voorraad:

IN KORT GEDING:

1. de stichting en VMS te gebieden bij wijze van voorlopige voorziening:
 - i. de besluiten van de RvB en BMS van 3 maart 2025 en van 12 maart 2025 om A uit de binnenring te halen, uit de Coördinatie Commissie Traumatologie te halen en te verbieden traumadiensten te draaien, te schorsen dan wel buiten werking te stellen totdat de procedure *Optimaliseren Functioneren Medisch Specialist* (hierna: OFMS-procedure) van A volledig is afgerond;

- ii. bij de instelling van de commissie van (voor)onderzoek primair een interne commissie samen te stellen, conform artikel 3.2 van het Reglement disfunctioneren Medisch Specialisten (hierna ook: het Reglement) en subsidiair een externe commissie samen te stellen conform artikel 3.2.2.6 van het Reglement, waarbij ten minste één zetel wordt ingevuld door een ervaren en thans nog als traumachirurg werkzaam lid van de beroepsvereniging van het specialisme van A (de NVT);
- iii. gedurende de periode dat de OFMS-procedure nog loopt A onvoorwaardelijk en zonder beperkingen toe te laten tot de stichting om zijn gebruikelijke werkzaamheden als traumachirurg, waaronder de werkzaamheden in de binnenring van de trauma-unit van de stichting en binnen de Coördinatie Commissie Traumatologie te hervatten, althans een voorziening te treffen die het Scheidsgerecht in goede justitie geraden acht;

met bepaling dat de stichting en VMS hoofdelijk een eenmalige direct opeisbare en niet voor enige matiging vatbare dwangsom van EUR 50.000 verschuldigd zal zijn per overtreding, te vermeerderen met een bedrag van EUR 2.500 voor iedere dag of een gedeelte van een dag dat de stichting of VMS hiermee in verzuim is;

- 2. de stichting en VMS bij wijze van voorlopige voorziening te verbieden om op enige wijze een beroep te doen op, inzage te geven in, rechten te ontfangen aan en/of te verwijzen naar het Onderzoeksverslag van de Commissie T in de OFMS-procedure van A, zulks op straffe van verbeurte van een eenmalige en direct opeisbare en niet voor enige matiging vatbare dwangsom van EUR 50.000, te vermeerderen met een bedrag van EUR 2.500 voor iedere dag of een gedeelte van een dag dat de stichting of VMS hiermee in verzuim is;
 - 3. de stichting en VMS te veroordelen, des dat de een betalende de ander daarvoor is gekweten, aan A een tegemoetkoming in de kosten van rechtsbijstand te betalen van EUR 50.000, althans een door het Scheidsgerecht in goede justitie te bepalen bedrag, te vermeerderen met wettelijke rente vanaf veertien dagen na dagtekening van het arbitraal vonnis tot aan de dag der algehele voldoening;
 - 4. de stichting en VMS te veroordelen in de kosten van het arbitraal kort geding, te vermeerderen met wettelijke rente vanaf veertien dagen na dagtekening van het arbitraal vonnis tot aan de dag der algehele voldoening, des dat de een betalende de ander daarvoor is gekweten.
- 1.2 Bij memorie van antwoord van 22 september 2025 (met producties, genummerd 1-17) heeft de stichting geconcludeerd tot afwijzing van de vorderingen van A met veroordeling in de kosten van de arbitrale procedure.
- 1.3 Met een brief van dezelfde dag (22 september 2025) heeft A een aantal aanvullende producties ingezonden (genummerd 29-45).
- 1.4 VMS heeft met een brief van 22 september 2025 een *Akte producties* ingezonden (met producties, genummerd 1-5).
- 1.5 De mondelinge behandeling heeft plaatsgevonden te Utrecht op 29 september 2025. Aan de zijde van A waren aanwezig A in persoon (eiser sub 1 en bestuurder van eiseres sub 2), bijgestaan door zijn gemachtigden en vergezeld door zijn gezin en E (voorzitter Organisatorische Eenheid Chirurgie, hierna: E). Aan de zijde van de stichting waren aanwezig F (voorzitter RvB) en G (be-

stuurder), bijgestaan door de gemachtigde van de stichting. Aan de zijde van VMS waren aanwezig H (voorzitter BMS), I (vice voorzitter BMS) en J (lid, hierna: J), bijgestaan door de gemachtigde van VMS. De partijen hebben het woord gevoerd aan de hand van pleitaantekeningen die zijn overgelegd.

- 1.6 A heeft bij pleidooi zijn vordering gewijzigd in die zin dat zijn eis onder 1(ii) thans luidt: dat primair een externe commissie wordt samengesteld, waarbij ten minste één zetel wordt ingevuld door een ervaren en thans nog als traumachirurg werkzaam lid van de beroepsvereniging van het specialisme van A (de NVT) en één zetel wordt ingevuld door een ervaren en thans nog als traumaorthopeed werkzaam lid van de beroepsvereniging van het specialisme van de traumaorthopeden (de NVOT).
- 1.7 Ter zitting hebben partijen gevraagd de verdere behandeling twee weken aan te houden, opdat kon worden gezien of zij alsnog een minnelijke regeling konden treffen. Op 9 oktober 2025, een dag later dan afgesproken, heeft mr. Pasma het Scheidsgerecht laten weten dat A een uitspraak wenste, omdat partijen er onderling niet uit waren gekomen.

2. De feiten

- 2.1 A (65 jaar oud) is vanaf 1999 werkzaam als traumachirurg en vanaf 2006 als vrijgevestigd medisch specialist in het door de stichting in stand gehouden ziekenhuis (het C Ziekenhuis, hierna: het ziekenhuis). A is via zijn praktijkvennootschap (eiser sub 2) als maat verbonden aan de maatschap Medisch Specialistisch Bedrijf L (hierna: MSB L). Tussen MSB L en de stichting is een Samenwerkingsovereenkomst van kracht (hierna: de SOK) op grond waarvan de maten van MSB L, die allen partij zijn bij de SOK, praktijk voeren in het ziekenhuis. A valt onder de organisatorische eenheid Chirurgie (hierna: OE Chirurgie) en maakte sinds haar oprichting in 2021 deel uit van de Multidisciplinaire traumaunit (hierna: de MTU). De MTU, ook wel genoemd de binnenring, wordt gevormd door de traumachirurgen en orthopeed traumatologen (ook wel traumaorthopeden), die samen de Coördinatie Commissie Traumatologie (hierna: de CCT) vormen. Doelstelling van de CCT is het bewaken van de kwaliteit van het traumaproces en het borgen van de veiligheid van de patiëntenzorg. De Spoedeisende hulp-artsen (hierna: SEH-artsen) zijn tevens onderdeel van deze binnenring, maar maken geen deel uit van de CCT. De CCT bestaat uit 3 traumachirurgen en 5 traumaorthopeden. De CCT en de MTU vormen geen eigen organisatorische eenheid. De traumaorthopeden maken deel uit van de organisatorische eenheid Orthopedie (hierna: OE Orthopedie). De (trauma)orthopeden in het ziekenhuis zijn geen maat van MSB L maar voeren een eigen medisch specialistisch bedrijf (hierna: MSB Orthopedie) in het ziekenhuis. Alle medische specialisten zijn lid van VMS.

- 2.2 De SOK (versie 2022) houdt onder meer het volgende in:

'Art. 14 - Toegangszegging

1. De Raad van Bestuur kan, na overleg met het MSB-bestuur, een Medisch Specialist, of een andere natuurlijke persoon die door het MSB wordt ingezet, de toegang tot het Ziekenhuis ontfeggen, op grond van omstandigheden van zo ernstige aard of een gegrond vermoeden van zodanige aard dat aanwezigheid van die Medisch Specialist of andere natuurlijke persoon in het Ziekenhuis niet langer kan worden geaccepteerd.

(...)

Art. 20 - Geschillenregeling

1. Partijen trachten alle geschillen welke mochten ontstaan naar aanleiding van deze Overeenkomst bij voorkeur in onderling overleg tot een oplossing te brengen, zo nodig met behulp van een in gezamenlijk overleg te benoemen bemiddelaar (mediator).

2. Indien met betrekking tot geschillen door partijen geen vergelijk wordt bereikt of redelijkerwijs niet kan worden verwacht zullen deze geschillen worden beslecht door het Scheidsgerecht Gezondheidszorg overeenkomstig zijn dan geldende reglement.’

- 2.3 Het in artikel 12 van de SOK aangehaalde kwaliteitsreglement betreft het Reglement disfunctioneren Medisch Specialisten zoals laatstelijk vastgesteld door de vergadering van VMS op 8 februari 2024. Dit Reglement houdt onder meer het volgende in:

'Begrippen

(...)

Gremium:

Het orgaan binnen de instelling waarbij een melding van mogelijk disfunctioneren overeenkomstig het onderhavige reglement wordt gedaan.

Het gremium bestaat in [het ziekenhuis] uit de Raad van Bestuur en het Bestuur Medische Staf.

(...)

Artikel 1. Het functioneren van een medisch specialist

1. *Uitgangspunt is dat iedere medisch specialist naar behoren functioneert. Daarbij geldt dat de optimaal functionerende specialist zich kenmerkt door het werken aan het behouden en voortdurend verbeteren van de tijdens de opleiding verkregen competenties zoals gedefinieerd in het CanMeds-model en het inzetten daarvan ten behoeve van de patiënt en de maatschappij.*

(...)

3. *De procedure zoals hierna vanaf artikel 2 beschreven, komt pas aan de orde nadat een interne OFMS Procedure (Optimaal Functioneren Medisch Specialist) is afgerond dan wel als deze interne cyclus wordt gestaakt en zich de situatie voordoet als in artikel 2.1 bepaald.*

4. *Indien de OFMS Procedure niet is doorlopen, komt in afwijking op het bepaalde in artikel 1.3 de procedure zoals hierna artikel 2 bepaald ook aan de orde:*

- *als er sprake is van verminderd functioneren van de betrokken medisch specialist en na het bespreken ervan met deze medisch specialist door collega en of Organisatorische Eenheid en een van de besturen (Raad van Bestuur, Bestuur Medische Staf, MSB Bestuur) geen verbetering optreedt*
- *dan wel dat er geen reëel zicht is op verbetering van het functioneren en zich de situatie voordoet als in artikel 2.1 bepaald, dan wel*
- *als de situatie als in artikel 2.1 bepaald zich voordoet en de patiëntveiligheid evident ernstig in het geding is.*

Artikel 2. Melding

1. *Bij serieuze aanwijzingen dat een medisch specialist zich bevindt in een (veelal) structurele situatie van tekortschietende beroepscompetenties of onverantwoorde zorgverlening, waardoor patiënten worden geschaad of het risico lopen te worden geschaad en waarbij de medisch specialist niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen, wordt daarvan een melding gedaan bij het Gremium.*

2. *De melding als bedoeld in artikel 2.1, hierna te noemen: 'de melding', kan worden gedaan door:*

- (...);
- *een lid of meerdere leden van de medische staf;*
- *(een lid van) de raad van bestuur;*

(...).

3. *De melding geschiedt schriftelijk en is met redenen omkleed.*

(...)

5. *Vóórdat een melding wordt gedaan, bespreekt degene die voornemens is een melding te doen, de serieuze aanwijzingen voor het mogelijk doen van een melding tenminste éénmaal met de betrokken medisch specialist.*

6. Van het gesprek met (de vertegenwoordiger van) het gremium maakt (de vertegenwoordiger van) het gremium een verslag, waarvan een afschrift aan de betrokken medisch specialist en de melder wordt verstrekt.

7. Het gremium stuurt binnen twee weken na ontvangst van de melding een afschrift van de melding aan de betrokken medisch specialist.

8. Bij zijn handelen neemt het gremium het bepaalde in dit reglement in acht.

(...)

Artikel 7. Algemeen

(...)

11. *In het geval er naar de mening van het gremium sprake is van een zeer onwenselijke situatie, die de patiëntenzorg en/of de samenwerking in gevaar brengt, kan het gremium op elk moment besluiten tot een versnelde procedure, waarin de termijnen worden bekort, met als doel de onwenselijke situatie zo kort mogelijk te laten voortduren.'*

2.4 De in artikel 1 lid 3 van het Reglement genoemde OFMS-procedure is geregeld in het document 'Procedure Gele kaart en Optimaliseren Functioneren Medisch Specialist C ziekenhuis' (OFMS), zoals vastgesteld 4 juli 2024 door de BMS.

2.5 De stichting heeft een aantal oudere documenten overgelegd die betrekking hebben op A. Het betreft onder meer:

* een offerte aan de stichting uit 2008 met betrekking tot Coaching van A met als doel *'effectief communiceren'*;

* een brief van de stichting aan A van 8 juni 2011 waarin hem een disciplinaire maatregel van een waarschuwing opgelegd is. In deze brief is onder meer het volgende opgenomen:

'Gezien het fragiele karakter van de samenwerking tussen de maatschap orthopedie en de maatschap chirurgie op het terrein van de traumatologie en de vele inspanningen die er al zijn gepleegd om deze samenwerking te verbeteren, die overigens ook lijkt te verbeteren, luistert gedrag in dezen zeer nauw. Uw gedrag heeft verstorend gewerkt en uw aanpak heeft geleid tot een nieuw incident. De Raad van Bestuur heeft daarom besloten het advies van het bestuur van de medische staf over te nemen en u de disciplinaire maatregel van een waarschuwing op te leggen (...).

De Raad van Bestuur hoopt dat dit signaal voor u aanleiding is om prudenter om te gaan met de afspraken die gemaakt zijn tussen de beide maatschappen ter verbetering van de samenwerking.'

* een brief van de stichting van 15 november 2016 aan A met de volgende inhoud:

'Twee weken geleden sprak ik met je over het signaal dat ik gekregen had omtrent je soms eigengereide en dwingende gedrag op de poli. Ook de ongevraagde overname van een patiënt van je collega heb ik benoemd. Je gedrag veroorzaakt spanning bij polipersoneel.

Je gaf aan dit niet te herkennen en juist van mening bent, dat het polipersoneel veel te weinig flexibel is. Het signaal was toch heel duidelijk en gezien het feit dat je soms eigenwijze en dwingende gedrag ook in het verleden al eens tot problemen en een verbetertraject heeft geleid, vond ik het zeer wenselijk dit met je te bespreken. Ik heb aangegeven dat je risico loopt als je in dat gedrag vervalt. Ik heb dit al eerder met de voorzitter van de vakgroep besproken. (...)

Ik wil je daarom nogmaals op het hart drukken dat als je je dwingende en soms eigengereide gedrag handhaaft, dit echt problemen geeft en dat je er dus echt wat aan moet doen.'

* een brief van 7 december 2020, waarin de stichting aan A een 'laatste waarschuwing' heeft gegeven. In deze brief staat onder meer het volgende:

'De Raad van Bestuur heeft geconstateerd, dat u recent uw persoonlijke opinie over de inhoud van de (binnenring van de) trauma-unit, die niet wordt gedeeld door de andere leden van de binnenring, aan papier toe heeft vertrouwd en deze vervolgens hebt verspreid naar o.a. twee externen. Dit zon-

der medeweten van de orthopeed-traumatologen in de binnenring. Dit is niet acceptabel en verstoort het fragiele proces van de samenwerking tussen trauma-chirurgen en traumatoloog-orthopeden in ernstige mate. Dit is u persoonlijk aan te rekenen, want daarmee:

- zet u het belang van het C in de waagschaal,
- zet u de fragiele samenwerking in de trauma-unit verder onder druk,
- en schaadt u tevens uw eigen positie.

Dergelijke gedrag heeft u ook in het verleden, op ditzelfde trauma-dossier, al laten zien en was destijds, in juni 2011, voor de toenmalige Raad van Bestuur reden om u de disciplinaire maatregel van een waarschuwing op te leggen.

De Raad van Bestuur, gesteund door het zittende Bestuur Medische Staf en de a.s. interim-bestuursleden, meldt u hierbij dat uw gedrag niet geoorloofd is en bij een eerstvolgende keer tot gevolg zal hebben dat er voor u niet langer plek is in de trauma-unit en daarmee in de medische staf van het C ziekenhuis.

De Raad van Bestuur hoopt dat u de ernst van het signaal dat wordt afgegeven onderkent en dat u uw gedrag zult verbeteren.'

- 2.6 Een advies van 15 december 2020 van N, orthopedisch chirurg-traumatoloog, en O, traumachirurg, met betrekking tot het inrichten van de Multidisciplinaire Trauma Unit aan de RvB en de voorzitters van de OE's Chirurgie en Orthopedie vermeldt onder meer het volgende:

'De uitnodiging is uitgegaan van P, namens het ziekenhuis en de traumachirurgen en orthopedisch chirurgen-traumatoloog, naar de NOV en NVT. Deze hebben ons verzocht (...) advies te geven hoe de kwaliteit geborgd kan worden bij de vorming van een Multidisciplinaire Trauma Unit (MTU) en er structureel een harmonieuze samenwerking kan ontstaan. (...)

Om te komen tot gemeenschappelijkheid met als doel betere en veilige zorg adviseren wij het volgende:

Competenties leden binnenring MTU:

- Alle leden van de binnenring zijn gecertificeerd volgens de criteria van de respectievelijke landelijke beroepsverenigingen;

- Om voldoende expertise en blootstelling aan zowel het acute als (semi-)electieve traumapathologie te hebben is afgesproken dat de leden van de binnenring zich primair bezig houden met trauma, "ze doen het er niet bij". Het doel hierbij is dat ten minste 50% van de werktijd besteed wordt aan trauma, wat door de beroepsverenigingen praktisch is gedefinieerd als een aantoonbare besteding van minimaal 4 dagdelen per week aan traumazorg. (...)

- Uitvoering van minimaal 75 trauma-chirurgische operaties per jaar;

- (...);

- We begrijpen en respecteren het besluit dat is genomen om de binnenring van de MTU te starten met 3 traumachirurgen en 5 orthopedisch chirurgen-traumatoloog om zodoende uit de ontstane patstelling te komen. Dit is de situatie van waaruit met positieve intenties van beide partijen zal worden gestart. Wij betwijfelen wel of de trauma-praktijk van het C ziekenhuis voldoende groot is om uiteindelijk 8 traumachirurgen/orthopeden in de binnenring over te houden. Tijdens de komende evaluatie-momenten zal moeten worden bekeken of iedereen individueel aan de genoemde competenties voldoet en deze vorm structureel gerechtvaardigd is.

(...)

- Wederzijds respect voor de nieuw ontstane situatie die consequenties heeft voor alle betrokkenen. Zo hebben de traumachirurgen momenteel een fors te hoge dienstbelasting en hebben de orthopedisch chirurgen-traumatoloog een nadrukkelijke rol gekregen in de acute diagnostiek en behandeling voor letsels die ze voorheen niet hadden. Bij de traumachirurgen zijn zorgen uitgesproken of de niet-skeletale acute zorg voldoende is geborgd op de dagen dat een orthopedisch chirurg-traumatoloog dienst heeft en is aangegeven dat het niet houdbaar is om met 3 traumachirurgen altijd 'informatie' achterwacht te zijn achter een orthopedisch chirurg-traumatoloog. De uitgesproken zorgen over de kwaliteit van zorg worden door de orthopeden niet onderschreven.'

- 2.7 Het ziekenhuis kent een *'Regeling Traumatologie C ziekenhuis Multi Disciplinaire Trauma unit'*, van 7 januari 2021. Dit document is ondertekend door betrokken partijen (zijnde traumachirurgen, orthopeed traumatologen, spoedeisende hulpartsen, medische staf en RvB). Volgens A heeft hij dit stuk onder protest ondertekend, met name omdat hij twijfels had over de benodigde exposure van de vijf traumaorthopeden en de vooruitzichten op daadwerkelijke teamvorming gezien de onevenwichtige verhouding. Deze regeling houdt onder meer het volgende in:

'Artikel 2. De binnenring.'

De traumachirurgen en orthopeed traumatologen werken samen in de binnenring en vormen daarmee de 'Coördinatie Commissie Traumachirurgie'. Doelstelling van deze commissie is het bewaken van de overall kwaliteit van het traumaproces en het borgen van de veiligheid van de patiëntenzorg. Deze commissie vormt daarmee de linking pin naar de Medische Staf en de Raad van Bestuur waaraan zij ook rapporteren. De SEH-artsen zijn onderdeel van de binnenring wat betreft de SEH.

De verhouding in de 'Coördinatie Commissie Traumachirurgie' is als volgt:

- *Traumachirurgen: 3*
- *Orthopeden traumatologen: 5 of minder indien men hiervoor vanuit de orthopedie voor zou kiezen.*
- *Deze commissie vergadert één keer per maand zoals ook vermeld in reglement 'Coördinatie Commissie Traumachirurgie'.*

De stemverhouding.

De numerieke en stemverhoudingen zijn inmiddels duidelijk besproken en vastgesteld. Te weten 5 orthopeden en 3 chirurgen allen traumatologisch gecertificeerd door de respectievelijke wetenschappelijke verenigingen. (...)

Dienstverdeling:

Verdeling diensten: 45/55 orthopeed traumatologen/traumachirurgen, tijdens de evaluatie beoordelen of dit de juiste verhouding is en zo niet deze aanpassen.'

- 2.8 In een brief van de OE Chirurgie aan BMS (en niet ook cc aan A) van 30 maart 2021 betreffende *'Onderzoek naar het functioneren [A]'* wordt te kennen gegeven dat de OE Chirurgie akkoord is met een onderzoek naar het functioneren van A en dat men er aan hecht dat alle leden van de OE geïnterviewd worden in deze casus. In een *'Sideletter'* bij deze brief is het volgende opgenomen:

'Binnen de OE Chirurgie bestaat er twijfel of collega J.B. A voldoet aan de volgende competenties zoals omschreven in de CanMeds 2000 roles, zoals geadapteerd door de KNMG:

- 2. communicatie*
- 3. samenwerking*
- 6. organisatie*
- 7. professionaliteit.'*

Deze brief heeft niet tot een onderzoek naar het functioneren van A geleid in het kader van het Reglement (of OFMS).

- 2.9 In een visitatierapport van het Netwerk Acute Zorg ZZ (hierna: het NAZZZ) van 14 juli 2022 met betrekking tot de organisatie en uitvoering van de traumazorg in het ziekenhuis is onder meer het volgende opgenomen:

'5 Interdisciplinaire samenwerking'

Elke ochtend vindt er een röntgenbespreking plaats en elke donderdag een gezamenlijk traumaoverleg. Op de trauma unit vinden echter niet dagelijks indicatiebesprekingen plaats. Er vindt maande-

lijks een overleg plaats met de trauma unit vakgroep. (...) Evaluatie is de laatste jaren sterk verbeterd maar wordt tijdens de visitatie aangegeven als een punt van aandacht, tevens als het leiderschap tijdens de opvang.

De collegialiteit in de binnen- en buitenring wordt als goed ervaren, de onderlinge samenwerking in de binnenring is goed. Echter lopen er wel een paar discussies in het C omtrent de traumazorg. De rode draad tijdens de visitatiegesprekken is de verdeling van de trauma-activiteiten tussen de traumaorthopeden en traumachirurgen. De traumachirurgen voelen zich erg overbelast. Dit raakt aan de kwaliteit van de overdracht en samenwerking. Alle traumaorthopeden zijn op papier NOV gecertificeerd maar de praktijk wordt als weerbarstiger ervaren. Voor de orthopeden is abdominaal en thoracaal letsel het minst bekend. (...) Tijdens de visitatie is meerdere keren de twijfel geuit of de traumaorthopeden voldoende exposure hebben voor de opvang van ernstig meervoudig gewonde patiënten. De traumaorthopeden zijn niet trauma-gedifferentieerd maar per gewricht. (...)

7 Gesprek Raad van Bestuur

De voorzitter van de Raad van Bestuur geeft aan dat de SEH en de level 2 functie belangrijk zijn voor het C en voor haar regio. De afgelopen jaren is uitgebreid ingezet op de processen van de MTU zo optimaal mogelijk te laten verlopen. Uitgangspunt van behandeling is een twee ringen-model: de traumapatiënt wordt direct omringd (binnenring) met een MTU, waarbij, op indicatie, expertise van een medisch specialisme desgevraagd toegevoegd kan worden (buitenring). De werkzaamheden/overdrachten zijn helder. Op het gebied van kwaliteit van de SEH (24/7) en buitenring zijn enorme stappen gezet aldus de Raad van Bestuur.

De Raad van Bestuur realiseert zich dat er nog wel gesprekken gevoerd moeten worden aangaande de (historische) verdeling traumaorthopeden versus traumachirurgen. Dit onderwerp heeft ook de aandacht van de Medische Staf. Relatief zijn er veel traumaorthopeden opgenomen in de 1e ring waarbij de vraag bij de visitatiecommissie opkomt of er voldoende exposure is.

8 Samenvatting

8.1 Algemeen

Het C heeft een ambitieniveau voor level 2. Tijdens de gesprekken heeft de commissie een goede indruk gekregen van het ziekenhuis. (...)

De rode draad tijdens de visitatiegesprekken is de verdeling van de trauma-activiteiten tussen de traumaorthopeden en traumachirurgen. De traumachirurgen voelen zich erg overbelast. Dit raakt aan de kwaliteit van de overdracht en samenwerking.

(...)

8.3 Eerste opvang patiënt op de SEH

(...)

Tijdens de visitatie zijn twijfels geuit of de trauma-orthopeden voldoende exposure hebben voor de opvang van meervoudig ernstig gewonde patiënt en of de zorg voor deze groep patiënten voldoende is afgedekt tijdens ANW uren.

(...)

9 Conclusies en aanbevelingen

9.1 Kwaliteit van het traumazorgproces

De commissie heeft een goede indruk gekregen van de traumazorg in dit ziekenhuis. Er is veel tijd en moeite ingezet op de ontwikkelingen rondom de traumazorg.

(...)

9.4 Waarnemingen visitatiecommissie

Opvallend aan deze visitatie is dat er buiten de gesprekken, die tijdens de visitatie gehouden zijn, om de visitatiecommissie verscheiden signalen heeft ontvangen over zorgen die binnen de organisatie leven. Tot spijt van de commissie zijn deze zorgen slechts in beperkte mate naar voren gebracht in de officiële gesprekken op de dag van de visitatie. In de officieuze signalen waren er twee terugkerende onderwerpen. Dit betreft signalen waarin blij gegeven wordt van een groep traumachirurgen die overbelast is en daarnaast zorgen over de relatief grote hoeveelheid orthopedisch chirurgen in de binnenring waardoor mogelijk een risico bestaat dat de spoeling erg dun is. De visitatie levert het

beeld van een ziekenhuis dat de level 2 status verdient. Echter door deze genoemde signalen heeft de visitatiecommissie wel zorgen ten aanzien van de kwaliteit van de traumazorg naar de toekomst toe.

9.5 Aanbevelingen

Op basis van de visitatie van 14 juli 2022, beschreven in dit rapport, doet de visitatiecommissie ad hoc de volgende aanbevelingen:

- De traumachirurgen zijn overduidelijk overbelast; om de kwaliteit te kunnen blijven waarborgen zal hiervoor een oplossing moeten komen. De commissie adviseert de samenwerking en taakverdeling tussen de orthopedie en chirurgie enerzijds en binnen de chirurgie anderzijds kritisch te bekijken teneinde hierin de oplossing te zoeken dit op te lossen. Gedacht kan worden aan algemene dienstbelasting en taken in de acute opvang. De Raad van Bestuur wordt geadviseerd om dit traject strak te begeleiden.
- Er zijn relatief veel traumaorthopeden in de 1e ring (in vergelijking met de andere level 2 ziekenhuizen in ZZ). Dit roept nadrukkelijk de vraag op of zij hierdoor voldoende exposure hebben aan trauma opvang en de complexe problemen die hiermee samenhangen. De commissie adviseert om dit aantal kritisch onder de loep te nemen waarbij het de commissie wenselijk (...) vindt dit terug te brengen.' (...).'

- 2.10 In navolging hiervan is een commissie bestaande uit Q en R aangesteld teneinde de samenwerking en het onderling vertrouwen van de traumaunit van het ziekenhuis te onderzoeken. Hun onderzoeksrapport (hierna: het rapport Q en R) van 6 juli 2023 houdt onder meer het volgende in:

'1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De traumazorg binnen het C ziekenhuis, dat level-2 heeft, wordt gecoördineerd door 3 traumachirurgen en 5 traumaorthopeden, die samenwerken in een binnenring en ze vormen daarmee de Coördinatie Commissie Traumachirurgie (CCT). (...) De samenwerking in de binnenring tussen de traumatologen en traumaorthopeden laat echter te wensen over. Dit is reeds waargenomen door de NAZZZ-visitatie commissie op 14 juli 2022, door interne medewerkers, Raad van Bestuur en Bestuur Medische staf. De kwaliteit van zorg lijkt (nog) niet in het geding. De werkprotocollen lijken op orde. Maar de onderlinge communicatie en samenwerking duiden op een vertrouwensbreuk tussen de leden van de binnenring onderling (en met de buitenring). Problemen en irritaties zijn onbespreekbaar of worden disproportioneel uitvergroot. Dit maakt onderlinge samenwerking bij tijd en wijle nauwelijks mogelijk. Er zijn meerdere gesprekken gevoerd, waarna het even verbetert, maar daarna toch snel weer zorgelijk wordt. De Raad van Bestuur en het Bestuur Medische staf vinden, dat onder deze omstandigheden, een level-2 traumaunit zo niet kan functioneren.

Recente aanleiding voor dit onderzoek is een informele melding, waarbij gesuggereerd is, dat er op de SEH calamiteiten zijn geweest, die niet zouden zijn gemeld. Uitgebreid onderzoek van het ziekenhuis hiernaar heeft echter geen calamiteit boven water gebracht.

Naar aanleiding hiervan heeft de Raad van Bestuur en Bestuur Medische staf besloten een onafhankelijk onderzoek te laten verrichten naar de samenwerking en het onderlinge vertrouwen binnen de traumaunit van het C ziekenhuis.

1.2 Onderzoeksopdracht

De opdracht is als volgt geformuleerd:

- Wat zijn de problemen ten aanzien van de traumaunit in attitude, samenwerking en/of werkverdeling binnen de binnenste ring en/of buitenste ring en achten jullie deze problemen oplosbaar?
 - Specifiek: is er sprake van een vertrouwensbreuk?
 - Zo ja, is deze breuk te herstellen?
 - Zo ja, wat is daar dan voor nodig
- (...)

2.1 Wat gaat er goed

Men werkt met plezier in het C ziekenhuis.

Alle gesprekspartners willen een level-2 traumaunit handhaven. En ze willen zich committeren aan het behoud daarvan.

*Het C ziekenhuis heeft een goed werkende traumaunit met een 24/7 bezetting door SEH-artsen en een stabiele personele bezetting van verpleegkundigen en andere medewerkers.
(...).*

Er is inmiddels veel verbeterd in de samenwerking tussen trauma-chirurgen en traumaorthopeden bijvoorbeeld in het overnemen van elkaars patiënten.

2.2 Wat staat samenwerking en vertrouwen absoluut in de weg

Het bestaan van een MSB orthopedie los van een MSB L.

Citaat: 'MSB-L en MSB-ortho worden vergeleken met Rusland en Oekraïne.'

De juridische procedure van het MSB-orthopedie (over Medirisk premieverschillen). De onevenwichtige verhouding tussen het aantal trauma-chirurgen en trauma-orthopeden in de binnenring (3:5).

2.3 Algemeen beeld

Andere geïnterviewden dan de trauma-chirurgen en trauma-orthopeden vinden ten tijde van het gesprek met de onderzoekcommissie de traumaopvang door zowel traumachirurgen als trauma-orthopeden goed. Ze hebben geen voorkeur.

Er is inmiddels veel goeds in de samenwerking tot stand gekomen maar de samenwerking wordt ook gesaboteerd.

Aanvullende negatieve informatie buiten de visitatie om, komt toch in het visitatierapport. Informele melding, dat calamiteiten 'onder de mat' worden geschoven. Dat is uitgezocht en het klopt niet.

Er bestaat wantrouwen tussen trauma-chirurgen en trauma-orthopeden.

Dit wantrouwen over en weer wordt gevoed door verschil in inzicht of door een ongewenste behandeluitkomst als fout of calamiteit te bestempelen. Overigens zonder zo'n incident direct als calamiteit te rapporteren, maar via een geruchtencircuit of achteraf en buitenom aan de NABZ-visitatiecommissie te melden. Er wordt onvrede gevoeld over de afhandeling van calamiteiten.

(...)

Er heerst geen open structuur, waar men elkaar direct aanspreekt.

'Traumafluiterars' krijgen de kans. Er moet absoluut een einde komen aan de onderstroom.

Sommige gesprekspartners menen te weten, dat het "traumafluisteren" uit de binnenring komt, anderen menen uit de buitenring.

Deze geruchtenstroom wordt als uiterst storend en ontwrichtend ervaren.

Het moet stoppen. Maar wie moet het stoppen? Dan is het antwoord, de Raad van Bestuur of Bestuur Medische Staf.

(...)

De CCT functioneert niet.

De CCT is opgericht in 2020 om de traumaunit gestalte te geven. De implementatie van de CCT is niet gelukt. Vooral in de buitenring wordt dat zo ervaren. Er is wel structuur met voorzitter, agenda, actiepuntenlijst, maar geen inhoud. Er is weinig tot geen opvolging van actiepunten. Vooral als die actiepunten bij de trauma-chirurgen en trauma-orthopeden blijven vaak liggen. Eventuele calamiteiten en verbeterpunten zouden via de CCT moeten gaan. Er is geen PDCA-cyclus. Er is geen link met het management. Het toekomstperspectief van de traumaunit komt niet in de CCT ter sprake.

De voorzitter van de CCT is tevens voorzitter van de BMS.

Deze dubbele pet wordt als belemmerend en door sommigen zelfs als ongewenst gezien.

(...)

Er moet absoluut een einde komen aan de onderstroom. ('traumafluisteren')

Men vraagt zich af: is het Bestuur Medische Staf in staat om voldoende leiderschap te tonen om de geruchtenstroom en storende onderstroom te stoppen?

(...)

4 Aanbevelingen

(...)

B. Concrete aanbevelingen:

1. Herstel het onderling vertrouwen en haal de financiële angel eruit.

Breng MSB-L en MSB-orthopedie samen tot één MSB. Maak één MSB met harmonisatie en transparantie van inkomen met de daarvoor gebruikelijke aanpassingen voor dienstbelasting en disutility. Kijk naar de voordelen en niet alleen naar de nadelen.

2. Blaas de aangespannen juridische procedure af en los het samen op.

3. Reduceer de binnenring tot 5 of maximaal 6 personen (3 traumachirurgen en 2 of 3 trauma-orthopeden).

4. Maak bij voorkeur één OE-chirurgie -orthopedie of in ieder geval één OE-traumatologie.

Zorg dat aansluitend aan de primaire opvang traumapatiënten goed worden overgedragen en dat men elkaar laagdrempelig kan consulteren in een vertrouwde opbouwende sfeer. (...)

5. Ondersteun het administratieve proces door één traumadossier in het EPD te maken en met een goede overdracht.

6. Neem afscheid van de CCT in de huidige vorm.

Richt in plaats daarvan een gremium op dat zowel bedrijfsmatige als medisch inhoudelijke zaken behandelt en zich ook richt op strategische onderwerpen. Werk ook toe naar een structuur waar de stafvoorzitter geen directe speler is in de traumaunit.

7. Bevorder de gelijkgerichtheid van de medische staf door tot één gremium te komen waar kwaliteit, strategie en financiën een plaats krijgen.

Trek daarin samen op met RvB en management. Versterk elkaar. In een goed draaiend ziekenhuis gedijen ook de medisch specialisten.'

- 2.11 Bij de door VMS overgelegde producties is een e-mail gericht aan BMS van S (traumaorthopeed, hierna: S) van 6 februari 2024 met als onderwerp *'Melding verantwoordelijkheid klinische orthopedische traumapatiënten'*. In deze e-mail staat onder meer het volgende:

'Helaas ben ik (na uitgebreid overleg met mijn collegae trauma orthopeden) genoodzaakt melding te maken van onconstructief gedrag en het niet nakomen van afspraken door 1 van onze collegae traumatologen, zoals vanmiddag telefonisch toegelicht (...). Ik wil met klem benadrukken, met name aan de betreffende Traumatoloog zelf, dat ik dit met zeer veel tegenzin doe, omdat dit hem wellicht persoonlijk zal raken en omdat ik persoonlijk zeer veel waarde hecht aan een goede samenwerking tussen hem en mijzelf en in ruimere zin tussen de traumachirurgen en orthopeden-traumatologen in de binnenring van de Trauma unit.

Ik voel mij genoodzaakt melding te maken omdat het niet nakomen van afspraken omtrent de verantwoordelijkheid in onderstaande weekenddiensten risico's veroorzaakt voor de kwaliteit en veiligheid van de klinische orthopedische traumapatiënten. Het moet voor het verplegend personeel absoluut helder zijn wie het aanspreekpunt is. Stel u voor dat dit in een spoed situatie niet duidelijk is. Dan zou vertraging zeer ernstige gevolgen kunnen hebben.

(...)

Collega [A] heeft vrijdagmiddag 2 februari:

- *Uitspraken gedaan die lijnrecht staan tegenover goede samenwerking in de binnenring van de Traumaunit.*
- *Niet willen erkennen dat hij het weekend van 3-4 februari conform vastgestelde en genoteerde afspraak zorg zou moeten dragen voor de klinische orthopedische traumapatiënten.'*

- 2.12 Op 14 maart 2024 is in de algemene ledenvergadering van VMS een gezamenlijke presentatie gehouden door het BMS en de RvB. In de daartoe gebruikte PowerPointpresentatie staat onder meer het volgende:

'Uitgangspunt BMS en RvB:

Behoud van de 24/7 traumazorg inclusief de traumaopvang op level 2-niveau.

Recente voorgeschiedenis

› Opdrachtbrief van BMS en RvB d.d. 28 februari 2023 aan voorzitter OE Orthopedie en voorzitter OE Chirurgie.

Deel 1: Beantwoording van de drie vragen:

1. Is er sprake van een vertrouwensbreuk tussen de leden van de binnenring van de trauma-unit?
2. Zo ja, is deze breuk te herstellen?
3. Zo ja, wat is daarvoor nodig? Zo niet, wat is daarvan de oorzaak?

Deel 2: Oplossingen voor bedrijfskundige issues

Deel trajecten

› Een tussenstap gemaakt met het ophalen van het beeld als het gaat over het vertrouwen en gedachten die dat kunnen versterken m.b.v. interviews door Q en R. **Terugrapportage in zomer 2023.**
› Bedrijfskundige analyse en complete verdieping in traumazorg K, analyse van vereisten voor traumazorg, analyse van activiteiten in de traumazorg, certificeringseisen voor zowel medisch specialisten chirurgie als orthopedie, de samenhang met de moederspecialismen en de diensten(belasting). Door de voorzitters OE orthopedie en OE chirurgie met ondersteuning van sectormanager. **Oplevering 23 december 2023.**¹

Beantwoording van de opdracht

Deel 1:

1. Is er sprake van een vertrouwensbreuk tussen de leden van de binnenring van de trauma-unit?

JA

2. Zo ja, is deze breuk te herstellen?

HEEL MISSCHIEN

3. Zo ja, wat is daarvoor nodig? (Zo niet, wat is daarvan de oorzaak?)

HEEL VEEL; primaire voorwaarde is goede samenwerking.

Deel 2:

De praktijkomvang rechtvaardigt 4,1 FTE totaal aan gecertificeerde medisch specialisten voor traumazorg.

De logische consequenties:

Traumazorg kan alleen in gezamenlijkheid toekomstbestendig georganiseerd worden door gecertificeerde traumachirurgen en gecertificeerde traumaorthopeden.

(...)

Toekomstige bedrijfskundige kaders

› Op basis van het aantal verrichtingen bedraagt de totale daadwerkelijk benodigde inzet medisch specialisten **4,1 FTE**.

› RvB en BMS hebben gekozen voor een **evenredige verdeling vanuit beide vakgroepen, zijnde 3 om 3 in mensen en 55% Chirurgie om 45% Orthopedie in tijd.**

› Per Q 4 2024

(...)

Voor de huidige binnenring

NU aan de slag met het fundamenteel samenwerkingsprobleem:

› Intensief traject met **externe begeleiding;**

› **Verplicht;**

› **Eind Q2 conclusie.**

¹ Deze bedrijfskundige analyse is niet overgelegd, toevoeging Scheidsgerecht.

(...)

Als dit niet tot verbetering leidt wordt opgeschaald. Hierbij zal gebruik worden gemaakt van de bestaande procedures (OFMS en procedure disfunctioneren).

(...)

Wat te doen bij constateren ongewenst gedrag?

- › ***Spreek iemand aan op diens gedrag en praat het uit***
- › ***Indien gedrag niet verandert, meldt het bij BMS***
- › ***Gesprek met betrokkene(n) door BMS (verbeterplan)***
- › ***Als daarna verbetering uitblijft volgt OFMS procedure***
- › ***Bij structureel onveranderd gedrag volgt procedure disfunctioneren'***

- 2.13 In een memo van de BMS en RvB aan de medisch specialisten in de binnenring en de voorzitters van OE Orthopedie, OE Chirurgie, MSB Orthopedie en MSB L van 17 april 2024 is in het verlengde van het voorgaande een mediationtraject aangekondigd.

- 2.14 Mediation is echter niet van de grond gekomen. De beoogde mediator heeft de opdracht tot mediation teruggeven. Ter zitting heeft A onweersproken gesteld dat zij in het eerste gesprek met A heeft gezegd de opdracht niet te kunnen aanvaarden omdat de orthopeden niet voor mediation openstonden. Nadien is ook niet een andere mediator ingeschakeld. In het hieronder te citeren onderzoeksverslag van Commissie T (zie hierna) wordt hierover het volgende opgemerkt:

'Op 7 mei 2024 laten de orthopeden de RvB en BMS schriftelijk weten het niet eens te zijn met de conclusie over disfunctionele samenwerking en de ongefundeerde koerswending van de besturen. Benadrukt wordt dat er geen kwaliteitsissues zijn. Zij maken bezwaar tegen de door RvB en BMS gemaakte koppeling tussen het mislukken van een mediationtraject en een disfunctioneringsonderzoek. Daarbij geven zij (opnieuw) aan geen aanleiding te zien voor vermindering van 5 naar 3 orthopeden in de binnenring en wijzen op het naleven van gemaakte afspraken van januari 2021. Zij zijn bereid zich in mediation in te zetten ten behoeve van vertrouwensherstel. De brief van de orthopeden wordt niet gedeeld met de traumachirurgen of de OE Chirurgie, ook niet na actief navragen. De mediation wordt afgeblazen nadat de beoogd mediator de intakegesprekken heeft gehouden; zij aanvaardt de opdracht niet. De OE Chirurgie is verbaasd dat de mediation niet doorgaat en vraagt de RvB naar de redenen. Antwoord blijft uit. De OE Chirurgie laat de RvB en BMS nadrukkelijk weten dat ze de kaders en keuze van 5 maart 2024 onderschrijven en dat zij hun commitment aan het 3-3 scenario bevestigen.'

- 2.15 In juli 2024 hebben de RvB en de BMS opdracht gegeven aan de hierna te noemen Commissie T onderzoek te doen naar de aard en omvang en de mogelijke bron van de onderstroom alsmede de samenwerking en de rol van de acht traumatologen. De opdracht hield voorts het volgende in:

'De Raad van Bestuur en Bestuur Medische Staf verzoeken de externe onderzoekscommissie de bovengenoemde opdracht uit te voeren en onderbouwde antwoorden te geven op de volgende vragen; 1. Wilt u onderzoek doen naar de onderliggende factoren van de door Q en Rijsburg in het rapport van 6 juni 2023 genoemde onderstroom, die ook in de brief van de orthopedisch chirurgen van 7 mei 2024 wordt benoemd?

- *Waaruit bestaat deze onderstroom?*
- *Welk gedrag is concreet aan te wijzen?*
- *Kunt u de bron van de onderstroom duiden?*
- *Wat is de invloed van de onderstroom op de samenwerking tussen de traumachirurgen en de traumaorthopeden?*
- *Wat is de invloed van de onderstroom op de samenwerking in de Multidisciplinaire Trauma Unit ?*

2. Wat is de achtergrond van de opmerking in de brief van de traumaorthopeden dat er afspraken tussen de traumatologen niet worden nagekomen?
 - Op welke afspraken doelen de traumatologen?
 - Vindt die opmerking steun in de feiten?
 - Indien afspraken niet worden nageleefd, wat zijn de (mogelijke) effecten daarvan
 - op zowel de samenwerking als de patiëntenzorg?
3. Worden de afspraken zoals vastgelegd in de regeling Multidisciplinaire Trauma Unit uit 2021 nageleefd?
 - Zo nee, welke afspraken betreft dit?
 - Indien afspraken niet worden nageleefd, wat zijn de (mogelijke) effecten daarvan
 - op zowel de samenwerking als de patiëntenzorg?
4. Welke factoren zijn van invloed op het voortduren van de genoemde onderstroom binnen de samenwerking?
5. Hoe beoordeelt u de samenwerking op dit moment en wat betekent deze samenwerking voor de toekomst?
 - wat is er eventueel nodig om de samenwerking te continueren of te veranderen?
 - welke conclusies verbindt de commissie aan haar bevindingen?
6. Heeft u voor het overige nog iets op te merken naar aanleiding van uw onderzoek en de daaruit voortvloeiende bevindingen?

- 2.16 In een brief van de RvB en het BMS aan A van 16 juli 2024 is het volgende opgenomen:
'De Raad van Bestuur heeft u uitgenodigd voor een gesprek op 15 juli jl., naar aanleiding van het overleg met de Trauma Binnenring, de Raad van Bestuur en het Bestuur Medische Staf op 4 juli jl. U heeft ons laten weten dat u helaas niet in de gelegenheid bent om voor uw vakantie nog in gesprek te gaan. Derhalve stellen we u hierbij schriftelijk op de hoogte van hetgeen wij met u beoogden te bespreken.
In het gesprek van 4 juli jl. heeft u zich uitgesproken over de accreditatie en de kwalificatie van de trauma orthopeden, waarbij u hebt aangegeven dat volgens uw inzicht de trauma orthopeden niet voldoende kwaliteit kunnen leveren aangezien zij niet "dedicated" trauma zorg leveren. Op de argumentatie van de Raad van Bestuur dat de trauma orthopeden door de landelijke wetenschappelijke vereniging conform de kwaliteitsstandaarden gecertificeerd zijn, hebt u uiting gegeven aan vragen. Het in twijfel trekken van de kwalificatie conform landelijke richtlijnen van een andere professional is ons inziens schadelijk voor de samenwerking en geeft voedingsbodem aan de onderstroom. Dit staat een succesvolle toekomst van de trauma binnenring in de weg. U hebt eerder aangegeven zich in te willen zetten voor deze gezamenlijke toekomst, we wensen dan ook dat u gedrag laat zien dat u hier een constructieve bijdrage aan levert, zoals beschreven in de open stafcultuur en de regels van betrokkenheid.
De Raad van Bestuur en het Bestuur Medische Staf verzoekt u hierop schriftelijk te reageren met een reflectieverslag, uiterlijk vrijdag 23 augustus a.s. Nadien nodigen wij u uit voor een gesprek.'
- 2.17 In een transcriptieverslag van een gesprek van 18 december 2024 tussen de RvB (G), J, E (...) en A (...) staat onder meer het volgende:
'E: Nee, het gaat over een multi-traumapatiënt. En dat is de zorg die A nu uit, maar die uiten wij eigenlijk en die wordt gedragen door onze vakgroep.
A: Ja, precies.
E: Het is niet de persoon A.
G: Nee, maar het gaat niet over...
E: Het is eigenlijk de zorg die wij ook als OE-chirurgie hebben.
(...)
A: (...) Maar dan is er met vijf orthopeden in de binnenring...is er te weinig exposure voor ze om regelmatig een thorax erin te plaatsen. (...) Er is te weinig exposure voor vijf (...).

E: Dat staat ook wel in het rapport.'

- 2.18 In het verslag van Commissie T, een onderzoekscommissie bestaande uit T (voorzitter), X (lid) en Y (secretaris), van 18 februari 2025 (voluit: Rapport Onderzoek samenwerking Multidisciplinaire Trauma-unit C Ziekenhuis 18 februari 2025), staat onder meer het volgende:

'Hoofdstuk 2. Bevindingen

(...) Dit hoofdstuk beschrijft hetgeen de commissie heeft vernomen. (...) Nadrukkelijk merkt de commissie op dat zij in de gelegenheid noch in de positie is om aan 'waarheidsvinding' te doen. Indien verschillende, uiteenlopende en soms zelfs elkaar tegensprekende observaties, opvattingen of ervaringen naar voren kwamen, worden die beschreven.

(...)

2.3 Patiëntgebonden incidenten

Aan de commissie zijn verschillende incidenten verteld, waarvan de beschrijving in deze paragraaf is opgenomen. Deze incidenten hebben betrekking op het handelen van één persoon: A. Dit is geen selectie door de commissie; aan de commissie zijn geen incidenten in relatie tot de andere (trauma) chirurgen en/of orthopeden verteld. Integendeel: veel gesprekspartners benadrukken dat er een verschil is tussen A en de andere leden van de binnenring.

Casus meenemen C-boog

Dit is een ervaring van N uit 2011, die voor hem aangrijpend is geweest. Het ging om een actie van A ten koste van een patiënt van N. Tijdens een OK van N, haalde A de C-boog van de OK van N naar zijn eigen OK "omdat ik hem nodig heb". De C boog kwam niet terug en dat leidde tot openthoud van de procedure van N en daarmee tot een langere narcose van de patiënt.

Casus OK-net meenemen

N meldt een tweede ervaring waarbij A een keer een OK-net dat klaarstond voor een orthopedische ingreep door BB, zou hebben meegenomen voor zijn eigen OK.

N zegt A hierop beide malen te hebben aangesproken, maar dat dat geen effect sorteert.

Casus thoraxdrain

CC kreeg tijdens haar dienst, via een anios van de chirurgie, het verzoek van A of zij een extra thoraxdrain wilde plaatsen bij een opgenomen (gecompliceerde) patiënt van de chirurgie. CC wilde dit niet zomaar doen en gaf aan dat A haar zelf mag bellen als hij een vraag heeft. Eigenlijk vond CC dat A zelf de patiënt moest zien en eventueel het zelf had moeten doen. Het was geen spoedsituatie, A stond op OK en zou na de operatie zelf kunnen kijken. Het is niet gebruikelijk om dit soort behandelingen over te nemen van elkaar. A vond daarentegen dat CC hém had moeten bellen.

Kort daarna hoort CC via een manager dat A in een vergadering heeft gezegd dat zij nog niet eens een thoraxdrain kan plaatsen. CC heeft A niet direct aangesproken. Binnen OE Orthopedie heeft ze het voorval besproken. Later heeft ze A aangesproken. Hij ontkende dat het voorval zo was geweest.

Dikke of dunne thoraxdrain

Op de SEH geldt een afspraak over het gebruik van een dunne thoraxdrain. Deze afspraak is gemaakt binnen de CCT. A houdt zich daar als enige niet aan, omdat hij het er niet mee eens is. Als hij erop aangesproken wordt, houdt hij vast aan eigen gelijk. Na lezing van de conceptversie van dit hoofdstuk geeft A aan de commissie aan dat ook hij zich sinds de stemming in de CCT hierover ook aan deze afspraak houdt.

Gemiste fractuur

CC had tijdens haar dienst een fractuur op de foto gemist. Zij heeft dit zelf gemeld, en met patiënt besproken. Ze heeft A om hulp voor de operatieve ingreep gevraagd, maar deze reageerde vooral

met herhalen dat ze dit had moeten herkennen en dat haar traumatologisch denken niet op orde was. Daarbij gaf hij aan dat iedereen deze fractuur had herkend, zelfs zijn collega's niet-traumachirurgen.

Nadat CC hem liet weten hoe vervelend dergelijke opmerkingen zijn, heeft A zijn uitlatingen niet aangepast.

Geen advies

CC wilde overleg met A over een te maken keuze in de behandeling van een patiënt. A gaf aan dat hij pas kan beslissen wat hij moet doen als de patiënt open op OK ligt. Met deze opmerking kon CC niets, zodat zij de behandeling startte zonder advies. Vervolgens krijgt CC na de ingreep van A te horen dat hij het heel anders had gedaan. Hij heeft hierbij geen inhoudelijke toelichting gegeven of advies hoe in een volgende situatie te handelen.

Assisteren trauma-opvang

BB was betrokken bij de opvang van een groot trauma waarbij hij A belde om hulp. Deze wilde in eerste instantie niet komen (zijn vrouw was jarig). Na aandringen kwam hij toch. BB heeft met het SEH-team de patiënt met succes gestabiliseerd. A heeft de patiënt geopereerd. A is met de eer gaan strijken, ook naar de patiënt toe (de patiënt vertelde dat A had gezegd: "zonder mij was het niet gelukt"). A heeft het podium en de bloemen gekregen, terwijl hij tegelijkertijd BB bijna had laten zitten en later uitspraken heeft gedaan over BB en het team, alsof zij er niets van konden. Volgens A had BB veel te lang gewacht met bellen en was de patiënt al bijna verbloed.

Advies vragen/krijgen

CC durft laagdrempelig collegiaal advies te vragen aan collega's en de traumachirurgen. Alleen A is hiervoor niet goed toegankelijk alsof hij niet bereid is zijn kennis te delen. Hij geeft soms weinig zinvolle adviezen: 'ik zou dit doen...maar als jij dat niet kan...'. Ondertussen diskwalificeert hij CC en haar collega's bij anderen, zegt dat ze het niet kunnen.

Lezing van de conceptversie van dit hoofdstuk, gaf A aanleiding tot een uitgebreide reactie op deze paragraaf. Naast een aantal medisch inhoudelijke nuanceringen, die aan de kern van de casuïstiek niet afdoen, vat de commissie de reactie als volgt samen. A geeft aan het vervelend te vinden dat zijn gedrag in de beschreven casuïstiek heeft geleid tot een gevoel van onveiligheid, miskennen dan wel kleinering bij anderen. Hij onderstreept dat dat nooit zijn bedoeling is geweest, maar dat hij altijd gedreven wordt door het grote belang dat hij hecht aan kwaliteit en veiligheid. Daarom is hij ook altijd bereid tot overleg of bijstand bij traumapatiënten.

Voorts geeft A aan dat, hoewel hij geschrokken is van het commentaar op zijn gedrag, het hem ook aanzet tot zelfreflectie.

(...)

2.5 Overige bevindingen op basis van de gevoerde gesprekken en documenten

(...)

Patiëntenzorg

Kwalitatief voldoet de zorg zoals geleverd door de trauma-unit. Uit alle gesprekken en documenten komt naar voren dat er op dit moment geen aanwijzingen zijn dat de zorg tekort zou schieten. Ook vanuit de betrokken verpleegafdelingen en aanpalende specialismen wordt dit beeld bevestigd. Eerdere aanwijzingen dat sprake was van calamiteiten die 'onder de pet' worden gehouden, zijn onderzocht en niet bevestigd (zie ook paragraaf 2.2). Niettemin houdt A vol dat er in zijn ogen sprake is geweest van calamiteiten veroorzaakt door de orthopeden, ook tegenover de commissie. Ook EE (radioloog, ex-voorzitter MSB L) draagt uit dat de orthopeden calamiteiten veroorzaken.

Uit een aantal gesprekken en ook uit documenten (bijv. het visitatierapport van NAZZZ) komt naar voren dat de gebrekkige samenwerking tussen orthopeden en traumachirurgen een risico vormt.

Daarbij noemen veel gesprekspartners ook het bestaan van de verschillende MSB's en het conflict tussen twee MSB's.

(...)

Onveiligheid

Vier van de vijf orthopeden (BB, N, S, CC) geven expliciet aan zich onveilig te voelen als ze werken binnen de trauma-unit. Dit is vrijwel geheel toe te schrijven aan de houding van A. Er wordt door hem (en andere stafleden die de orthopeden 'op de korrel' hebben) op ze gelet, hun medische beleidskeuzes worden (soms in aanwezigheid van de betrokken patiënt) ter discussie gesteld, op een adviesvraag reageert A niet met een concreet advies, maar achteraf wordt wel gezegd "ik zou het anders hebben gedaan"; elke mogelijkheid om kritiek te leveren en aan te tonen dat de expertise van de trauma-orthopeden tekortschiet, wordt door A gebruikt. Ook als een orthopeed (CC) open en transparant is over een erkende, achteraf gezien onjuiste keuze en/of ongewenste uitkomst, laat A niet na te herhalen hoe onjuist het handelen in zijn ogen was en gaat daarmee door, ook nadat hem te kennen is gegeven dat dit een gevoel van onveiligheid teweegbrengt. Alleen Noten lijkt hier minder last van te hebben, maar ook hij ervaart de voortdurende diskwalificaties van de orthopeden door A. De waarde van de certificering van de orthopeden wordt in twijfel getrokken ("papier is geduldig"). Andere voorbeelden hiervan zijn: "Ze doen het er maar een beetje bij." "Orthopedie is ook echt een ander vak."

(...)

Individuele traumachirurgen

A

A is een zeer ervaren traumachirurg wiens expertise door iedereen benadrukt wordt. Hij werkt sinds 2006 in K. Aan de commissie is verteld dat hij is 'binnengehaald' voor de traumazorg. Hij laat zich voorstaan op zijn expertise en de rol die hij heeft binnen de Nederlandse Vereniging van Traumatologie (NVT). A betreurt de situatie binnen de trauma-unit zoals die nu is. Hij vindt het heel erg dat het niet beter is, hij streeft naar perfectie. Zijn bijnaam is 'de professor'.

Alle betrokkenen laten zich zeer positief uit over de operatieve vaardigheden van A ("hij mag mij zo opereren", "als er een complexe casus is, wordt hij gebeld en komt hij"). Maar velen schetsen ook een beeld van een man die in zijn eigen gelijk zit ("ik kan geen ongelijk hebben"), vasthoudt aan het eigen gelijk en moeite heeft met samenwerken ("het moet zoals hij het wil").

Hij neemt geen genoegen met minder dan het perfecte, hij hecht aan regels, procedures, en strakke kaders en laat niet na op het belang daarvan te hameren. Op het moment dat hij vindt dat de kwaliteit van zorg zoals geleverd door de trauma-orthopeden tekortschiet, draagt hij hen dit na. Dat is ook voor anderen zichtbaar.

(...)

Veel critici van A beschrijven in de gesprekken een collega die ondermijnend optreedt.

Anderen benoemen dat hij kritisch is op de kaders en de kwaliteit en dat dit zijn houding verklaart. Het ondermijnende gedrag wordt beschreven als: terugkomen op gemaakte afspraken binnen de CCT, in de CCT niks zeggen en later zeggen dat het niet zijn afspraak is, de CCT zelf niet serieus nemen ('lege huls') en voorts onveiligheid creëren door zijn diskwalificaties.

Een ander voorbeeld hiervan is de opmerking van A over de trauma-orthopeed die had aangeboden de dienst van A over te nemen, zodat laatstgenoemde de Heidag van de OE Chirurgie kon bijwonen: "ik ben blij dat mijn dochter vandaag geen paardrijden heeft". Deze opmerking is gemaakt in bijzijn van deelnemers aan de Heidag.

In diverse gesprekken is naar voren gebracht dat er in het verleden meermaals signalen zijn afgegeven over het gedrag van A, zonder dat dit tot een formeel traject heeft geleid.

De documenten waarover de commissie beschikt, tonen een beeld van een zeer betrokken traumachirurg. Hij is, anders dan beweerd wordt, bij veel CCT-vergaderingen aanwezig, maar uit de notulen blijkt wel dat hij vaak later binnenkomt of eerder weggaat.

A geeft tijdens stafvergaderingen en andere gelegenheden bij herhaling te kennen niet achter de gemaakte afspraken over de trauma-unit te staan. A benadrukt zelf dat hij de afspraken uit januari

2021 onder dwang van de RvB heeft getekend, wat zou blijken uit drie puntjes bij zijn handtekening. De RvB dreigde met een onvrijwillig vertrek van A uit K. Ook uit andere gesprekken heeft de commissie deze lezing vernomen. A vindt het daarom moeilijk dat hij gebonden is aan de afspraken.

(...)

Animositeit tussen Chirurgie en Orthopedie

Zoals beschreven in paragraaf 2.1 is er al tientallen jaren sprake van animositeit tussen beide vakgroepen. De komst van A gaf nieuwe brandstof. Kort na zijn komst maakte hij tijdens een presentatie aan de huisartsen duidelijk dat patiënten met een tibiaplateau-fractuur voortaan naar hem kunnen worden doorverwezen, terwijl dit (ook) tot het werkteerein van de orthopedie behoort. De aanwezige orthopeed en een andere collega uit de staf waren verbijsterd over wat zij als gebrek aan collegialiteit beschouwden.

De commissie heeft begrepen dat er steeds opnieuw opvlammingen tussen beide groepen zijn, over diensten, over (veronderstelde) financiële bevoordeling, over gedrag (vooral van A, maar ook wel van N), over de machtspositie van de ene of de andere groep, over de weigering van de chirurgie om de CCT en de daarbinnen genomen besluiten te respecteren etc. etc.

(...)

Hoofdstuk 3. Beschouwing en analyse

3.1. Inleiding

In de onderzoeksopdracht (bijlage 1) is de commissie een meerledige vraagstelling voorgelegd, die – kort weergegeven – betrekking heeft op de onderstroom en de factoren (situationele en contextuele aspecten) en actoren (mensen) die daarin een rol spelen.

(...)

3.2 Factoren en actoren

Valse start trauma-unit

Het is de commissie duidelijk geworden dat er al zo'n 40 jaar animositeit bestaat tussen de chirurgen en de orthopeden in K. De negatieve ideeën over elkaar lijken van generatie op generatie doorgegeven te worden. Niemand weet meer precies waar het over gaat, maar vaststaat dat de andere groep niet deugt. Dit lijkt nog steeds een rol te spelen in de negatieve beeldvorming over en weer.

Alles bij elkaar waren die oude ressentimenten ingrediënten voor een slechte start van de trauma-unit.

(...)

Voedingsbodems

- Het blijven verspreiden van negatieve uitingen:

De commissie heeft de indruk gekregen dat er een aantal mensen is, dat actief bijdraagt aan het blijven voeden van onrust over de orthopeden in de trauma-unit. Dat is in de eerste plaats A, die anderen voedt met zijn opvattingen over de zijns inziens tekortschietende kwaliteiten van de orthopeden, de CCT als 'lege huls', de weeffout in de trauma-unit en zijn aanhoudende suggesties dat er sprake is (geweest) van calamiteiten.

Voor zover de commissie het heeft kunnen beoordelen, zijn er in elk geval twee personen die in zijn verhaal meegaan:

(i) EE, die intern uitingen doet en blijft doen over de risico's vanwege niet onder ogen geziene calamiteiten, terwijl hij weet althans geacht wordt te weten dat er geen concrete aanwijzingen zijn gevonden.

(ii) E, die meepraat met A dat niet aan de normen van de NVT/NOV wordt voldaan, terwijl de vraag is of dat feitelijk correct is.

- Er wordt met twee monden gesproken:

A:

Het oneens zijn met de set afspraken uit januari 2021, maar wel zijn handtekening eronder zetten; Weinig inbreng in de CCT, maar wel terugkomen met de boodschap dat een door de CCT genomen besluit of gemaakte afspraak niet kan;

Als lid van bestuur NVT de beleidslijn multidisciplinaire trauma-unit (mede) hebben uitgezet, maar in de praktijk te kennen geven het er in feite fundamenteel mee oneens te zijn omdat orthopedie een ander vak is (los van K);

Hij heeft zelf samen met S de NAZZZ-lijsten 2020 en 2021 onderzocht en samen zijn zij in juni 2022 tot de conclusie gekomen dat er geen objectieve aanwijzingen voor calamiteiten waren.

Niettemin houdt A vol dat er sprake is (geweest) van calamiteiten, ook tegenover de commissie, op het moment dat zij hem de conclusie uit juni 2022 voorhield.

E:

Benoemt wel misstanden, maar blijkt bij navraag geen melding te hebben gedaan.

Lijkt de opvattingen van A aan te hangen, maar zegt ook dat hij (A) onderstroom veroorzaakt.

(...)

Rol A

De commissie heeft een brede opdracht gekregen, maar ontkomt er niet aan uitgebreider stil te staan bij de rol van A, omdat zijn naam en zijn gedrag in nagenoeg ieder gesprek (ongevraagd) aan de orde kwamen.

A werd binnengehaald als traumatoloog in K. Zelf heeft hij zich zodanig geprofileerd dat ten tijde van zijn start bij verwijzend huisartsen de indruk werd gewekt dat met zijn komst de andere specialisten die zich met trauma bezighouden min of meer irrelevant waren geworden. Tegelijkertijd heeft A ten tijde van zijn komst in C ervaren niet welkom te zijn: hij ervoer een uitgesproken vijandige sfeer.

A wekt de indruk dat hij het hele concept 'multidisciplinaire trauma-unit' in essentie niet aanvaardt, omdat orthopeden geen traumatologen zijn en dat ook niet (nooit) zullen worden. De stelling dat zijn verzet tegen de gemaakte afspraken zou moeten blijken uit de drie puntjes voor zijn handtekening onder de afspraken van januari 2021, kan de commissie niet plaatsen. Juridisch zijn drie puntjes voor, bij of onder een handtekening geen erkend of algemeen aanvaard symbool. Het argument "ik heb getekend onder protest" is juridisch ook niet overtuigend, omdat er maar twee opties zijn: tekenen of niet. (...)

Zijn afwijzende houding tegenover het concept multidisciplinaire trauma-unit zet A voort in voortdurende ondermijnende gedragingen, zowel jegens de CCT als jegens de trauma-orthopeden (jegens de groep, maar ook jegens de individuele orthopeden). Hij blijft ervan overtuigd dat de orthopeden het niet kunnen, het niet willen leren, niet 'dedicated' zijn en onvoldoende uren maken/ingrepen uitvoeren. Dat zij weliswaar een formele certificering hebben, maar dat de waarde daarvan in twijfel getrokken moet worden. Dat de vertegenwoordigers van de NVT/NOV resp. de visitatiecommissie de kwalificatie van de orthopeden niet hebben afgewezen, schuift hij terzijde. Hij volhardt in zijn opvattingen.

Behoeft aan advies of ondersteuning van de trauma-orthopeden wordt niet beloond met constructieve kennisoverdracht, maar met inwrijven van tekortkomingen. Dit terwijl anderen dan orthopeden vol lof zijn over de bereidheid van A om kennis en vaardigheden over te dragen en uitleg te geven. A maakt hier dus een duidelijk onderscheid tussen trauma-orthopeden en anderen met wie hij samenwerkt.

A doet ook rechtstreeks ondermijnende uitspraken, zoals beschreven in hoofdstuk 2, waaruit zijn gebrek aan vertrouwen in de kwaliteiten van de trauma-orthopeden duidelijk spreekt en waardoor hij voor een aantal orthopeden een onveilig werkklimaat veroorzaakt. Dat hij dat naar eigen zeggen niet zo bedoelt en het vervelend vindt om te vernemen dat dit zo beleefd wordt, doet aan het voorafgaande niet af.

De commissie ziet de rol van A als ondermijnend. Het aan hem toegedichte streven naar (top)kwaliteit is niet terug te zien in zijn gedrag en opstelling. Streven naar kwaliteit doe je samen en niet door erop te blijven wijzen dat de ander niet voldoet. Bovendien kan de commissie niet goed plaatsen waarom A werkzaam wil blijven in C terwijl hij blijkbaar beter kan en wil dan Level 2 traumazorg en hij vindt dat de opzet en organisatie van de trauma-unit niet voldoet.

Het spoort volgens de commissie niet met elkaar: of je doet er wat aan binnen de grenzen van het-geen is afgesproken of je trekt consequenties.

Het ondermijnende gedrag van A heeft niet alleen invloed op de trauma-unit, maar ook op individuele orthopeden. Zij voelen zich in de gaten gehouden en weten dat alles wat zij niet weten, kunnen of goed doen met twee handen wordt aangegrepen om zijn gelijk aan te tonen. A lijkt dat te rechtvaardigen met het argument "kwaliteit van zorg" en de beleidsstandpunten, waaronder de FAQ's van de NVT/NOV92, maar hij geeft er geen enkele blijk van zich te realiseren wat de impact is van zijn houding en handelen op anderen. De orthopeden die het aangaat voelen zich onveilig.

(...)

4.2 Beantwoording van de voorgelegde vragen

Vraag 1.

De commissie heeft zowel uitvoerig onderzoek gedaan naar de feitelijke ontwikkeling van de trauma-unit, voor zover deze te reconstrueren was aan de hand van documenten (bovenstroom) als naar de het proces dat onderstroom genoemd wordt. Dit onderscheid was nodig om het verschil tussen boven- en onderstroom zo goed als mogelijk in beeld te krijgen.

- *Waaruit bestaat deze onderstroom?*

De onderstroom bestaat uit de in de voorafgaande hoofdstukken beschreven opvattingen, overtuigingen en beelden over en weer, die door betrokkenen als 'waarheid' worden gepresenteerd en waar men in vastzit.

- *Welk gedrag is concreet aan te wijzen?*

Het kenmerk van onderstroom is dat het, zoals in hoofdstuk 3 beschreven, niet erg concreet is, maar wel duidelijk voelbaar. Niettemin zijn er concrete gedragingen en uitlatingen te benoemen: het afwijzen van CCT-afspraken onder verwijzing naar het eigen belang van de OE; het volhouden dat sprake is van calamiteiten terwijl dat onderzocht is en de uitkomst daarvan geen calamiteiten liet zien; het ondermijnende gedrag van A; het door nagenoeg iedereen blijven terugkomen op het juridisch geschil tussen de MSB's L en Orthopedie.

- *Kunt u de bron van de onderstroom duiden?*

De eigen, tot 'onwrikbare waarheden' verheven opvattingen van de OE's vormen de belangrijkste bron. Een andere bron wordt gevormd door de uitlatingen en opstelling van A, maar daarnaast ook die van enkele invloedrijke stafleden, zoals EE en E.

- *Wat is de invloed van de onderstroom op de samenwerking tussen de traumachirurgen en de traumaorthopeden?*

In de kern is iedereen enthousiast over de traumazorg. Maar er is, zoals blijkt uit hoofdstuk 3, een aanzienlijk wantrouwen over en weer ontstaan dat het onderling vertrouwen schaadt en het werkplezier negatief beïnvloedt.

De problemen spelen vooral op het niveau van afspraken over de samenwerking tussen de betrokken medisch specialisten ((trauma)chirurgen en (trauma-)orthopeden). Tegelijkertijd ziet de commissie dat de problemen in de samenwerking zich niet vertalen in kwalitatief ondermaatse patiëntenzorg. De commissie is het dan ook eens met het door zowel traumachirurgen als trauma-orthopeden geuite standpunt dat niet gesproken kan worden van disfunctionele samenwerking. Naar opvatting van de commissie is eerder sprake van gestageneerde samenwerking, die vlot getrokken moet worden (zie hoofdstuk 3).

(...)

Vraag 6.

Heeft u voor het overige nog iets op te merken naar aanleiding van uw onderzoek en de daaruit voortvloeiende bevindingen?

De commissie beantwoordt de vragen 5 en 6 gezamenlijk, omdat deze de basis bieden voor de conclusie omtrent de huidige situatie en de doorkijk naar de toekomst

(...)

Op basis van haar onderzoek ziet de commissie A als de voornaamste stoorzender. Vanwege zijn ondermijnende gedrag en opstelling ten opzichte van de orthopeden en de CCT zou hij geen plaats

meer zou moeten hebben in de binnenring en in de traumadiensten. Zijn onbetwiste medisch inhoudelijke expertise zal benut kunnen blijven worden in de buitenring. Dat betekent dat hij geen rol meer zou hebben in de organisatie van de traumazorg.'

- 2.19 Op dezelfde dag (18 februari 2025) heeft de RvB in een brief aan het bestuur van VMS het volgende geschreven:
*'Uit het rapport van Commissie T inzake de traumazorg en de onderliggende problematiek blijkt dat er sprake is van aanhoudende gedragingen van [A] die onveiligheid veroorzaken voor collegae (en daarmee potentieel ook voor patiënten).
Daarnaast blijkt uit het persoonlijk dossier van [A] dat er al sinds 2008 problemen zijn en [A] herhaaldelijk hierop is aangesproken inclusief een laatste waarschuwing in 2020 ziet de Raad van Bestuur zich genoodzaakt bij de BMS melding te doen van serieuze aanwijzingen dat [A] zich bevindt in een structurele situatie van tekortschietende beroepscompetenties of onverantwoorde zorgverlening waardoor patiënten worden geschaad of het risico lopen te worden geschaad en hij niet meer in staat of bereid is om zelf de problemen op te lossen.'*
- 2.20 Eveneens op dezelfde dag (18 februari 2025) heeft BMS in een brief aan de RvB het volgende geschreven:
*'Op basis van het rapport van de Commissie T maakt het Bestuur Medische Staf bij de Raad van Bestuur melding van serieuze aanwijzingen dat [A], medisch specialist in C ziekenhuis, zich bevindt in een structurele situatie van tekortschietende beroepscompetenties of onverantwoorde zorgverlening waardoor patiënten worden geschaad of het risico lopen te worden geschaad en hij niet meer in staat of bereid is om zelf de problemen op te lossen. De acht patiënt casussen vermeld in het rapport van de Commissie T zijn nogmaals in bijlage 1 samengevat.
Tevens willen we u melden dat wij, BMS, zijn volharding terugzien in het dilemma: het visite lopen als FF (geen trauma-orthopeed) dienst heeft, waardoor wij (BMS) hebben moeten ingrijpen met een noodmaatregel. De volharding is ook zichtbaar in de uitspraken dat er sprake is geweest van calamiteiten waarbij orthopedisch chirurgen betrokken zijn terwijl uit zijn eigen onderzoek in 2022 is gebleken dat hier geen sprake van was. De melding van meerdere orthopedisch chirurgen dat zij zich als gevolg van de houding van JBS onveilig voelen vinden wij zorgelijk.
Dit alles, samen met het gespreksverslag van 18 februari jl. en onze overleggen maken dat wij ons genoodzaakt zien een formele melding te doen.'*
- 2.21 Op 19 februari 2025 heeft een gesprek plaatsgevonden tussen de RvB, BMS en A. Van dit gesprek is geen verslag overgelegd.
- 2.22 In de memorie van antwoord wordt onder randnummer 38 vermeld dat Commissie T de inhoud en de mogelijke consequenties van het rapport op 24 februari 2025 in een ingelaste ALV van VMS gepresenteerd heeft aan de leden van de medische staf.
- 2.23 In een brief van 3 maart 2025 van de RvB en BMS van 3 maart 2025 aan A staat onder meer het volgende:
*'De Commissie heeft een brede opdracht gekregen, maar heeft uitgebreid stil gestaan bij jouw rol omdat je naam en gedrag in nagenoeg ieder gesprek aan de orde kwamen.
De Commissie ziet je gedrag en rol als ondermijnend. Dit ondermijnende gedrag heeft niet alleen invloed op de trauma-unit, maar ook op individuele orthopeden. Zij voelen zich in de gaten gehouden en weten dat alles wat zij niet weten, kunnen of goed doen met twee handen wordt aangegrepen om je gelijk aan te tonen. Dit lijkt je te rechtvaardigen met het argument "kwaliteit van zorg" en de beleidsstandpunten, waaronder de FAQ's van de NVT/NOV92. Volgens de Commissie geef je er echter geen enkel blijk van je te realiseren wat de impact is van deze houding en handelen op ande-*

ren. "Het aan hem toegedichte streven naar (top)kwaliteit is niet terug te zien in zijn gedrag en opstelling. Streven naar kwaliteit doe je samen en niet door erop te blijven wijzen dat de ander niet voldoet". De orthopeden die het aangaat voelen zich onveilig.

In het rapport staan acht patiëntgebonden incidenten beschreven waarbij je betrokken was maar die niet tot schade aan de patiënt hebben geleid. Hiermee geconfronteerd door de Commissie gaf je aan het vervelend te vinden dat je gedrag in de door de Commissie beschreven casuïstiek heeft geleid tot een gevoel van onveiligheid, miskenning dan wel kleinering bij anderen. Je gaf aan dat dit nooit de bedoeling is geweest, geschrokken te zijn van het commentaar en dat dit aanleiding geeft tot zelfreflectie.

In het gesprek op 18 december 2024 (dus nadat het gesprek met de Commissie heeft plaatsgevonden) stond je opstelling hiermee echter in schril contrast. In dit gesprek liet je ons weten het heel verontrustend te vinden dat het op de man wordt gespeeld. "Het wordt op de man gespeeld omdat ik heb gehoord van [T] dat de orthopeden allemaal wel een casus hebben, heel toevallig, waar ze kritiek op mij hebben" (zie het gespreksverslag). Van de naar de Commissie benoemde voorgenomen zelfreflectie blijkt dan ook geen sprake te zijn. In tegendeel; ook nadat je aangaf dat het beschreven gedrag aanleiding gaf tot zelfreflectie legde je de verantwoordelijkheid bij de orthopeden en niet bij jezelf.

In voornoemd gesprek heb je bovendien aangegeven dat als een patiënt met meervoudig letsel binnenkomt het niet goed geregeld is "want dan is er een orthopeed die dienst doet". (...) Hiermee geef je wederom een diskwalificatie van de orthopeden.

Dit kennelijke gebrek aan zelfreflectie en deze volhardendheid in je overtuigingen blijken ook uit het rapport; zelfs door de Commissie T geconfronteerd met de onjuistheid van je uitlatingen blijf je volhouden dat sprake is van calamiteiten waar de orthopeden bij betrokken zijn.

De uitspraken richting de Commissie, het rapport en ons gesprek van 18 december jl. bevestigen een langjarig patroon. Uit je persoonlijke dossier blijkt dat er al sinds 2008 sprake is van onwenselijk gedrag, voornamelijk richting de orthopeden. Ondanks een disciplinaire maatregel uit 2011, een waarschuwing en verzoek tot verbetering van je gedrag in 2016 alsmede een laatste waarschuwing uit 2020 blijkt uit het rapport van de Commissie dat je een belangrijke bron bent van de onderstroom en ondermijnend gedrag vertoont. Dit betekent dat er geen reëel zicht is op verbetering van je houding. Dit baart ons ernstige zorgen. Wij hebben dan ook een aantal besluiten genomen.

1. De Commissie adviseert om je uit de binnenring te halen maar te behouden voor de buitenring. Wij zullen dit advies volgen.

Concreet betekent dit advies het volgende

- geen onderdeel van de trauma binnenring
- geen diensten voor de traumazorg zult doen
- en al per direct geen deel uitmaakt van de CCT.

2. Daarnaast achten wij de conclusies uit het rapport en de voorliggende documenten dermate zorgelijk dat wij doende zijn een externe Commissie samen te stellen die op basis van het "Reglement disfunctioneren Medisch Specialisten en daaraan gelijkgestelde beroepsbeoefenaar" (te vinden op [Zenya](#)) onderzoek zal doen naar jouw functioneren in het C ziekenhuis. De externe Commissie zal onder meer gevraagd worden om de gedragingen zoals blijken uit het rapport en andere documenten te toetsen aan de CanMeds.

3. Tevens hebben wij conform de samenwerkingsovereenkomst met MSB L, MSB L op de hoogte gesteld van deze functioneringsvraag voor u persoonlijk.

Op maandag 3 maart 2025 om 13.00 uur hebben we de maatregelen die wij op basis hiervan helaas moeten nemen mondeling aan je toegelicht. In deze brief vind je een bevestiging van de maatregelen. En voor de volledigheid de set van de aanvullende documenten die daarin een rol spelen. We nodigen je over 2 weken opnieuw uit om ons gesprek te vervolgen.'

2.24 Een brief van de RvB van 12 maart 2025 aan A houdt het volgende in:

'Op 3 maart jl. hebben wij gesproken over de inhoud van het rapport van de Commissie T en de maatregelen naar aanleiding van dit rapport. Wij hebben je toen laten weten je te zullen uitnodigen voor een vervolgggesprek op 17 maart a.s. We willen in ons vervolgggesprek zoals afgesproken in ons laatste gesprek met de BMS stilstaan bij de ingezette maatregelen en besluiten en hoe we hier invulling aan geven. Het advies van de Commissie om je uit de CCT, de diensten voor de traumazorg en de binnenring te halen maar te behouden voor de buitenring nemen wij over. (...)

Verder hebben wij op 3 maart jl. aangekondigd om een commissie van (voor)onderzoek te willen samenstellen en starten we daarmee de procedure disfunctioneren medisch specialist. De basis hiervoor is gelegen in het feit dat de veiligheid van de leden van de binnenring (en daarmee potentieel de patiënten) naar ons oordeel ernstig in het gedrang is, gelet op de feiten zoals vermeld in het rapport van de Commissie T.

Het advies dat uit deze feiten voortvloeit in combinatie met je persoonlijke dossier, waaruit blijkt dat er al sinds 2008 sprake is van onwenselijk gedrag, was voor ons aanleiding om met de BMS te overleggen over de consequenties die dit alles voor jou heeft. Ondanks een disciplinaire maatregel uit 2011, een waarschuwing en verzoek tot verbetering van je gedrag in 2016 alsmede een laatste waarschuwing uit 2020 - welke je nogmaals zijn overhandigd na ons gesprek op 3 maart jl. - blijkt uit het rapport van de Commissie dat je een belangrijke bron bent van de onderstroom en ondermijnend gedrag vertoont. Bovendien gaf je er in ons gesprek op 18 december 2024 geen blijk van dat je naar aanleiding van het gesprek met de Commissie actie hebt ondernomen om dit gedrag te verbeteren. Dit baart ons ernstige zorgen en wij willen jouw individuele functioneren nader onderzocht hebben. De RvB en de BMS hebben op basis van voorgaande na afweging van alle mogelijkheden dan ook wederzijds de functioneringsvraag gesteld en dit op 18 februari jl. schriftelijk vastgelegd. Hiermee is de melding gedaan. Een afschrift van de melding tref je hierbij voor de goede orde aan. De gedragingen zoals beschreven in het rapport hebben wij onderstaand nogmaals voor je samengevat (zie bijlage).

Verder is in het besluit meegewogen:

- De volharding dat sprake is geweest van calamiteiten waarbij orthopedisch chirurgen betrokken zijn terwijl uit je eigen onderzoek in 2022 is gebleken dat hier geen sprake van was.*
- De melding van meerdere orthopedisch chirurgen dat zij zich als gevolg van jouw houding onveilig voelen.*
- De opmerking in bijzijn van deelnemers aan een heidag: "ik ben blij dat mijn dochter geen paard rijdt vandaag."*
- Je opmerking in het gesprek op 18 december 2024 dat je het heel verontrustend vindt dat het op de man wordt gespeeld. "Het wordt op de man gespeeld omdat ik heb gehoord van Mieke dat de orthopeden allemaal wel een casus hebben, heel toevallig, waar ze kritiek op mij hebben" in relatie tot de door jou richting de commissie benoemde zelfreflectie.*
- Je opmerking in het gesprek op 18 december 2024 dat als een patiënt met meervoudig letsel binnenkomt het niet goed geregeld is "want dan is er een orthopeed die dienst doet". En de opmerking dat je je zorgen maakt over een patiënt met meervoudig letsel en de kwaliteit van zorg voor jou vraagtekens heeft.'*

- 2.25 Op 17 maart 2025 heeft A zich ziekgemeld. Volgens de bedrijfsarts is hij per 1 oktober 2025 weer volledig hersteld.
- 2.26 In de binnenring is conform de aanbevelingen van Commissie T een interim-voorzitter CCT aangesteld, te weten GG. In een e-mailbericht van 25 augustus 2025 aan de RvB heeft hij onder meer geconcludeerd dat terugkeer van A in de binnenring en/of traumadienst tot een onwerkbare situatie zou leiden, onder meer omdat dat gevoelens van onveiligheid in de werkrelatie zou oproepen.

- 2.27 HH, SEH-arts in het ziekenhuis, heeft in een e-mail van 12 september 2025 aan II, traumachirurg in het ziekenhuis, bericht dat toetreding van A tot de binnenring of CCT volgens de SEH-artsen zou leiden tot een onwerkbaar situatie. Zij vermeldt niet waarom dat zo zou zijn.
- 2.28 A heeft allerhande steunbetuigingen in het geding gebracht, van laboranten radiologie, ambulancemedewerkers, OK-personeel, polikliniekpersoneel, OE radiologie, personeel opnameplanning en huisartsen. Rode draad daarin is dat A als een zeer kundig arts wordt gezien met wie het prettig samenwerken is.
- 2.29 Ter zitting heeft E betwist dat hij de Commissie T heeft gezegd dat A de onderstroom veroorzaakt.

3. De bevoegdheid van het Scheidsgerecht, de beslissingsmaatstaf en de aard van de beslissing

- 3.1 De bevoegdheid van het Scheidsgerecht volgt wat betreft de stichting uit artikel 20 van de SOK en is overigens door de stichting niet betwist. De gemachtigde van VMS heeft bij e-mail van 6 augustus 2025 te kennen gegeven dat VMS instemt met de bevoegdheid van het Scheidsgerecht voor zover de vorderingen van eiser sub 1 (A) als lid van VMS rechtstreeks op VMS betrekking hebben.
- 3.2 Op grond van artikel 25 van het Arbitragereglement van het Scheidsgerecht Gezondheidszorg beslist het Scheidsgerecht bij arbitraal vonnis en naar de regelen des rechts, tenzij partijen anders zijn overeengekomen. Dat laatste is hier niet het geval.

4. De standpunten van partijen

- 4.1 A stelt – kort samengevat – dat het rapport van Commissie T niet is gestoeld op onafhankelijk, onpartijdig en objectief onderzoek. De commissie heeft selectief informanten gehoord en bepaalde anderen geweigerd te horen en heeft uitsluitend waarde gehecht aan verklaringen van een gedeelte van de geïnterviewden en tegengestelde verklaringen buiten beschouwing gelaten. Haar aanbevelingen missen een deugdelijke grondslag en bieden geen basis voor de tegen A getroffen disciplinaire maatregelen. Het Reglement disfunctioneren Medisch Specialisten (zie 2.3) is ten onrechte niet gevolgd. RvB en BMS hebben A uit de binnenring gehaald zonder wettelijke of contractuele grondslag. A is *de facto* een beroepsverbod opgelegd, zonder dat de betreffende procedure conform het Reglement is doorlopen. Hiermee handelen RvB en BMS niet alleen in strijd met het Reglement maar ook in strijd met de SOK en de zorgvuldigheidsnormen die door de RvB en BMS jegens A in acht moeten worden genomen. A wenst in de gelegenheid te worden gesteld zijn gebruikelijke werkzaamheden zonder beperkingen te hervatten zolang de OFMS-procedure loopt en zijn disfunctioneren niet is vast komen te staan.
- 4.2 De Stichting wijst erop dat effectieve samenwerking en - communicatie tot de kerncompetenties van een arts behoren. A beschikt weliswaar over uitstekende medisch-technische vaardigheden en werkt goed samen met OK-medewerkers, huisartsen, medisch specialisten in andere disciplines, polikliniekmedewerkers en ambulancepersoneel, maar hij is niet in staat goed om te gaan met de orthopeden in de MTU. Commissie T heeft geconcludeerd dat A in die samenwerking ondermijnend gedrag vertoont en aanbevolen hem uit de binnenring te halen en geen traumadiensten meer te laten draaien. Dat advies is opgevolgd omdat A de voornaamste stoorzender is in de gestagneerde samenwerking in de MTU. De bevindingen van Commissie T staan niet op zichzelf, maar passen in een patroon van ineffectieve communicatie door en onacceptabel

gedrag van A dat zich vanaf 2008 heeft afgetekend, culminerend in een waarschuwing in 2011 en een laatste waarschuwing aan zijn adres eind 2020. De Stichting baseert haar maatregel op artikel 14 van de SOK; zij heeft A een “gedeeltelijke toegangsontzegging” opgelegd. Daarnaast heeft zij A een laatste kans willen bieden door een functioneringsonderzoek in te zetten, waarna eventueel een terugkeer in de MTU kan worden besproken. In afwachting van de onderhavige procedure bij het Scheidsgerecht, is dat onderzoek in de ijskast gezet.

- 4.3 VMS meent dat voor zover al sprake zou zijn van oneffenheden in het onderzoek van Commissie T, dit de kern van haar bevindingen niet raakt. Dat A in het onderzoek prominent naar voren komt als aanstichter van de onderstroom, kwam niet als een verrassing. In de afgelopen jaren heeft het gedrag van A – met name in relatie tot de orthopedie – herhaaldelijk de medische staf bereikt. Een interne OFMS-procedure (die wordt genoemd in artikel 1 leden 3 en 4 van het Reglement) is niet in alle gevallen noodzakelijk. Het Reglement maakt het mogelijk om onder omstandigheden direct een functioneringsvraag te stellen. Die situatie doet zich hier naar de mening van BMS voor; de beoordeling daarvan ligt voor aan de in te stellen commissie van vooronderzoek en niet aan het Scheidsgerecht. In elk geval zou een belangenafweging in dit kort geding moeten resulteren in een afwijzing van de vorderingen, omdat terugkeer van A tot een onwerkbaar situatie zou leiden, aldus VMS.

5. De beoordeling van het geschil

- 5.1 De kern van het geschil van partijen betreft de vraag of A op rechtmatige wijze is afgehaald van zijn taken als traumachirurg in de binnenring en de CCT en van zijn traumadiensten. Naar het voorlopig oordeel van het scheidsgerecht is dat niet het geval. De RvB heeft zijn beslissing gegrond op artikel 14 van de SOK, maar die bepaling biedt daarvoor in dit geval geen basis. Onvoldoende onderbouwd en onvoldoende aannemelijk gemaakt is dat zich omstandigheden van zo ernstige aard of een gegrond vermoeden van zodanige aard voordoen dat aanwezigheid van A in de MTU niet langer kan worden geaccepteerd.
- 5.2 Tussen partijen staat vast dat A een gedreven en zeer kundig traumachirurg is die met verschillende collega's prima samenwerkt en communiceert. Evenmin is in geding dat hij een duidelijke visie heeft op de traumazorg in het ziekenhuis, die niet door iedereen wordt gedeeld. Hij is van mening dat de verhouding in de binnenring scheef is en veranderd zou moeten worden, omdat er in het ziekenhuis onvoldoende aanbod is om de vijf orthopeden voldoende aan traumawerkzaamheden bloot te stellen zodat zij de benodigde expertise kunnen cultiveren. A steekt die mening niet onder stoelen of banken en kan daarbij op anderen dwingend en eigengereid overkomen. Dit heeft in de afgelopen jaren meermaals geleid tot fricties, met name in relatie tot de orthopeden. RvB en BMS benadrukken terecht dat effectieve samenwerking en effectieve communicatie kerncompetenties zijn van een medisch specialist (CanMEDS-competenties). Op basis van de in deze zaak overgelegde stukken is de vraag of A deze twee kerncompetenties in relatie tot de orthopeden in de MTU voldoende tentoonspreidt, naar het voorlopig oordeel van het Scheidsgerecht, legitiem. A verzet zich niet tegen het besluit *an sich* van RvB en BMS hiernaar onderzoek te laten doen in het kader van het Reglement disfunctioneren medisch specialisten.
- 5.3 Uitgangspunt volgens dat Reglement is dat iedere medisch specialist naar behoren functioneert. Gedurende het onderzoek blijft de medisch specialist zijn gebruikelijke werkzaamheden verrichten. Pas als volgens de commissie van onderzoek sprake is van disfunctioneren en een verbetertraject geen soelaas biedt, kan die commissie komen tot aanbevelingen, waaronder het ontnemen aan de betrokken medisch specialist van het recht bepaalde medische werkzaamheden te verrichten. Vervolgens kan daarover een besluit worden genomen. In het geval er naar de mening van RvB en BMS sprake is van een zeer onwenselijke situatie die de patiëntenzorg en/of de

samenwerking in gevaar brengt, kunnen zij besluiten tot een versnelde procedure, waarin de termijnen worden bekort, met als doel de onwenselijke situatie zo kort mogelijk te laten duren (artikel 7 lid 11, zie onder 2.3). Het Reglement biedt RvB en BMS echter geen bevoegdheid de betrokken medisch specialist al tijdens of zelfs voorafgaand aan het onderzoek naar diens functioneren van bepaalde medische taken te ontheffen.

- 5.4 De RvB heeft A al wel voorafgaand aan het onderzoek als bedoeld in het Reglement uit de binnenring en de CCT gehaald en hem verboden nog traumadiensten te draaien. De RvB baseert dat besluit op artikel 14 van de SOK. Weliswaar is A niet de toegang tot het gehele ziekenhuis ontzegd, maar wel tot de MTU. Hij mag daar niet meer werken en zelfs niet meer komen; gesproken wordt over een gedeeltelijke toegangsontzegging. Ter zitting gevraagd naar de onderbouwing daarvan, heeft de RvB op het rapport van Commissie T gewezen, meer in het bijzonder waar zij spreekt van code oranje. De RvB ziet een patroon in het gedrag van A dat wordt bevestigd in het rapport, en wil voorkomen dat de patiëntveiligheid in het gedrang komt. De RvB heeft daarom de aanbeveling van Commissie T opgevolgd dat A geen plaats meer zou moeten hebben in de binnenring en in de traumadiensten, omdat het gedrag van A volgens Commissie T ondermijnend is en hij als de voornaamste stoorzender wordt gezien. Het Scheidsrecht is ondanks die kwalificaties echter voorshands van oordeel dat dit onderzoeksverslag onvoldoende basis biedt om te kunnen spreken van omstandigheden van zo ernstige aard of een gegrond vermoeden van zodanige aard dat aanwezigheid van A in de MTU niet langer kan worden geaccepteerd. Die zeer hoge drempel wordt niet gehaald, ook niet wanneer de bevindingen van Commissie T worden gezien in samenhang met de eerder aan A opgelegde waarschuwingen en zijn houding nadien, bijvoorbeeld in het gesprek van 18 december 2024. Het Scheidsrecht overweegt daartoe als volgt.
- 5.5 "Het is code oranje." Dat schrijft Commissie T in relatie tot de escalatieladder van Glasl, waarbij een figuur is afgedrukt met drie fasen, elk onderverdeeld in drie stappen. Fase 1 (blauw gekleurd en genummerd 1 t/m 3) wordt als win-win omschreven, fase 2 (oranje gekleurd en genummerd 4 t/m 6) als win-lose en fase 3 (grijs gekleurd en genummerd 7 t/m 9) als lose lose. "De situatie heeft alle kenmerken van fase 4 t/m 6 [bedoeld zal zijn fase 2, stap 4 t/m 6, Sch.] en zelfs van fase 7". Dan volgt het citaat waarmee deze alinea begint. Maar ook staat er: "De commissie is ervan overtuigd dat de trauma-unit niet in de destructieve fase verkeert." Het Scheidsrecht stelt vast dat die laatste overtuiging strookt met bevindingen elders in het rapport als:
- "Kwalitatief voldoet de zorg zoals geleverd door de trauma-unit. Uit alle gesprekken en documenten komt naar voren dat er op dit moment geen aanwijzingen zijn dat de zorg tekort zou schieten. Ook vanuit de betrokken verpleegafdelingen en aanpalende specialismen wordt dit beeld bevestigd."
- en
- "Tegelijkertijd ziet de commissie dat de problemen in de samenwerking zich niet vertalen in kwalitatief ondermaatse patiëntenzorg. De commissie is het dan ook eens met het door zowel traumachirurgen als trauma-orthopeden geuite standpunt dat niet gesproken kan worden van disfunctionele samenwerking. Naar opvatting van de commissie is eerder sprake van gestagneerde samenwerking, die vlot getrokken moet worden."
- De interpretatie die de RvB aan het gebruik door Commissie T van de term "code oranje" geeft – het is vijf voor twaalf, er moet ingegrepen worden – deelt het Scheidsrecht niet. Niet aanneemelijk is geworden dat de patiëntveiligheid in het geding is en evenmin dat die situatie op korte termijn aanstaande is. Dit volgt nu eenmaal niet uit de bevindingen van Commissie T, integendeel. Niet valt daarom in te zien dat A, die al jarenlang medisch-technisch zeer deskundig functioneert, gedurende het onderzoek naar zijn (overig) functioneren in het kader van het Reglement, niet nog een paar maanden – of zelfs slechts enkele weken, afhankelijk van de loop van het onderzoek – langer zijn reguliere werkzaamheden in de MTU zou kunnen blijven verrichten.

Het besluit A al voorafgaand aan het onderzoek van die werkzaamheden af te halen, kan daarom geen stand houden.

- 5.6 Dat A in 2008 al eens is gecoacht om effectiever te communiceren en dat hij tweemaal eerder, in 2011 en 2020, een waarschuwing heeft gekregen naar aanleiding van zijn gedrag, doet aan het voorgaande niet af. De laatste waarschuwing is bijna vijf jaar geleden opgelegd. Nadien heeft A ruim vier jaar gefunctioneerd binnen de in 2021 opgerichte MTU. Sindsdien is A niet officieel aangesproken op zijn gedrag. Zelfs de melding van zijn eigen vakgroep in maart 2021 was voor de RvB geen aanleiding een OFMS-procedure te starten. Bij die stand van zaken kunnen de bevindingen van Commissie T in 2025 niet worden aangegrepen als de druppel die de emmer doet overlopen.
- 5.7 A heeft ter zitting verklaard dat hij niet tegen orthopeden in de MTU is, hij ziet juist meerwaarde in een samengestelde MTU. Het Scheidsgerecht maakt uit het dossier op dat A van meet af aan consequent geweest is in zijn vaktechnische opvatting dat de trauma-specialisten voldoende exposure moeten hebben. Hij staat daarin ook zeker niet alleen, zo blijkt uit het dossier. Al bij de oprichting van de MTU is in die zin geadviseerd: "Om voldoende expertise en blootstelling aan zowel het acute als (semi-)electieve traumapathologie te hebben is afgesproken dat de leden van de binnenring zich primair bezig houden met trauma, ze doen het er niet bij. Het doel hierbij is dat ten minste 50% van de werktijd besteed wordt aan trauma" (zie 2.6). En verder in dat advies: "We begrijpen en respecteren het besluit dat is genomen om de binnenring van de MTU te starten met 3 traumachirurgen en 5 orthopedisch chirurgen-traumatoloog om zodoende uit de ontstane patstelling te komen. (...) Wij betwijfelen wel of de trauma-praktijk van het C ziekenhuis voldoende groot is om uiteindelijk 8 traumachirurgen/orthopeden in de binnenring over te houden. Tijdens de komende evaluatie-momenten zal moeten worden bekeken of iedereen individueel aan de genoemde competenties voldoet en deze vorm structureel gerechtvaardigd is".
- 5.8 Ook in het visitatierapport van het NAZZZ van 14 juli 2022 met betrekking tot de organisatie en uitvoering van de traumazorg in het ziekenhuis is in lijn met de visie van A geadviseerd (zie 2.9). Een van de aanbevelingen in dat rapport luidt immers: "Er zijn relatief veel traumaorthopeden in de 1e ring (in vergelijking met de andere level 2 ziekenhuizen in ZZ). Dit roept nadrukkelijk de vraag op of zij hierdoor voldoende exposure hebben aan trauma opvang en de complexe problemen die hiermee samenhangen. De commissie adviseert om dit aantal kritisch onder de loep te nemen waarbij het de commissie wenselijk (...) vindt dit terug te brengen." En weer een jaar later hebben Q en R eveneens in diezelfde zin geadviseerd: "Reduceer de binnenring tot 5 of maximaal 6 personen (3 traumachirurgen en 2 of 3 trauma-orthopeden" (zie 2.10).
- 5.9 Aanvankelijk, in maart 2024, hebben RvB en BMS uitgedragen dat zij die laatste aanbeveling overnamen (zie 2.12). Zij hebben alle specialisten van de binnenring verplicht tot een intensief traject van externe begeleiding om te komen tot een betere samenwerking en aangekondigd dat zou worden opgeschaald via een OFMS-procedure of zelfs een procedure disfunctioneren als dat niet tot verbetering zou leiden. Desondanks is de externe begeleiding niet gestart. Onweersproken heeft A ter zitting verklaard dat mediation niet van de grond kwam omdat de orthopeden daar niet aan mee wilden doen. Commissie T beaamt dat (zie 2.14). Ter zitting heeft de RvB – gevraagd waarom toen niet is opgeschaald, zoals in het vooruitzicht was gesteld – verklaard dat hij het wat veel vond om vijf OFMS-procedures (tegen de vijf orthopeden) te starten. In plaats daarvan is opdracht gegeven tot weer een nieuw onderzoek, ditmaal door Commissie T. Dat A hierover *not amused* was, omdat daarmee opeens weer (tijdelijk?) afscheid werd genomen van het plan de binnenring te beperken tot maximaal zes traumaspecialisten, verbaast niet. Tegen deze achtergrond ziet het Scheidsgerecht dan ook de opstelling van A ten opzichte van Commissie T en later in het gesprek van 18 december 2024 (waarvan een klein deel is geciteerd

in 2.17). Ook in dat laatste gesprek hamert A nogmaals op het feit dat er volgens hem in het ziekenhuis te weinig exposure is voor vijf orthopeden en dat de huidige binnenring te groot is. Het Scheidsgerecht ziet daarin dus, anders dan RvB en BMS, geen bevestiging in van het feit dat A onvoldoende reflectief zou zijn en geen inzicht zou hebben. Dat hij “volhardt” in die visie kan hem niet euvel worden geduid, te minder nu hij zeker niet alleen staat in die visie. Dat A daarbij af en toe horkerig uit de hoek kan komen, zou zo kunnen zijn – volgens Commissie T percipiëren sommige anderen dat in elk geval zo – maar levert geen reden op hem per direct, zonder onderzoek in het kader van het Reglement disfunctioneren, van zijn taken te ontheffen. De mening van GG (weergegeven in 2.26) legt daartegenover onvoldoende gewicht in de schaal, alleen al omdat als onweersproken wordt aangenomen dat hij A zelf nog nooit heeft gesproken. Voor het door HH namens de SEH-artsen ingenomen standpunt (zie 2.27) geldt dat dat niet is gemotiveerd, zodat dat het Scheidsgerecht ook niet overtuigt dat het besluit van de RvB en BMS, ondanks de hiervoor genoemde juridische onvolkomenheden daarvan, in stand zou moeten blijven.

- 5.10 A moet, kortom, weer toegang krijgen tot zijn reguliere werkzaamheden in de binnenring/CCT en traumadiensten kunnen draaien. Ondertussen zal een onderzoek naar zijn functioneren in gang worden gezet. A wil dat de te benoemen onderzoekscommissie geen inzage krijgt in het rapport van Commissie T. Daarin volgt het Scheidsgerecht hem in dit kort geding niet, ook al is er zeker een en ander op de totstandkoming van het rapport aan te merken. Zo heeft A onbetwist gesteld dat slechts twee van de acht “incidenten” – waarvan de eerste overigens al veertien (!) jaar geleden zou zijn gebeurd – met hem zijn besproken. Ter zitting heeft de RvB verklaard dat hij dat niet wist en dat betreurt. Wel heeft de RvB alle acht incidenten als bijlage gevoegd bij de brief van 12 maart 2025 aan A als illustratie van zijn rol als bron van de onderstroom (zie 2.24). Het Scheidsgerecht acht het zeer kwalijk – als dat werkelijk zo is, maar met de standpunten over en weer kan dat in deze procedure worden aangenomen – dat Commissie T in gesprek met A niet uitgebreid heeft stilgestaan bij alle acht de incidenten, terwijl zij wel vergaande consequenties aan die incidenten verbindt in haar rapport. Hoor en wederhoor is dan onvoldoende toegepast. A heeft ter zitting verklaard dat hij op elk van de incidenten aanmerkelijk commentaar had kunnen en willen leveren.

Tegelijkertijd zijn er 48 interviews gehouden en hebben alle betrokkenen van het rapport van Commissie T kennis genomen. Het is ondenkbaar dat de onderzoekscommissie in haar onderzoek niet meermaals zal worden geconfronteerd met geïnterviewden die ernaar zullen verwijzen; zou zij er geen kennis van mogen nemen, dan is er een olifant in de kamer. Om die reden acht het Scheidsgerecht het niet opportuun de vordering onder 2 toe te wijzen. Het staat A evenwel vrij de onderzoekscommissie de door hem tegen mr. Tingedinde tuchtklacht te verstrekken, evenals te zijner tijd de uitspraak van de Raad van Discipline, en uiteraard ook de onderhavige uitspraak in kort geding. De onderzoekscommissie moet in staat worden geacht dan zelf het rapport op juiste waarde te schatten en na haar eigen onderzoek haar eigen bevindingen te rapporteren en zo nodig aanbevelingen te doen.

- 5.11 Het Scheidsgerecht overweegt over de samenstelling van de onderzoekscommissie het volgende. A houdt na zijn wijziging van eis niet langer vast aan zijn wens dat het een interne commissie zou moeten zijn. Het Reglement vermeldt ook dat er buiten de medische staf kan worden gezocht naar kandidaten, “bijvoorbeeld binnen de wetenschappelijke vereniging van het specialisme van de betrokken medisch specialist”. De bewoordingen van die bepaling laten dus ruimte om ook inmiddels gepensioneerde medisch specialisten deel uit te laten maken van de commissie. Het Scheidsgerecht ziet daarom geen reden zich te mengen in de samenstelling van de commissie van (voor)onderzoek; de voorgestelde samenstelling is niet in strijd met het Reglement.

- 5.12 De vordering de besluiten van 3 en 12 maart 2025 te schorsen zal worden toegewezen. Het Scheidsgerecht zal geen dwangsom opleggen, omdat de RvB ter zitting heeft verklaard de uitspraak te zullen respecteren.

De Stichting en VMS zullen als grotendeels in het ongelijk gestelde partijen hoofdelijk worden veroordeeld in de kosten van dit geding, aan de zijde van A begroot op € 7.077,39. Daarnaast zal het Scheidsgerecht een bedrag van € 5.000,- toewijzen als tegemoetkoming in de kosten van rechtsbijstand. Het meerdere en de overige vorderingen zullen worden afgewezen. De beslissing hoeft niet uitvoerbaar bij voorraad te worden verklaard, aangezien tegen deze uitspraak geen hoger beroep openstaat.

6. De beslissing

Het Scheidsgerecht wijst het volgende arbitrale vonnis in kort geding:

- 6.1 schorst de besluiten van de RvB en BMS van 3 maart 2025 en van 12 maart 2025 om A uit de binnenring te halen, uit de Coördinatie Commissie Traumatologie (hierna: de CCT) te halen en te verbieden traumadiensten te draaien, totdat de procedure in het kader van het Reglement disfunctioneren medisch specialisten tegen A volledig is afgerond, hetgeen inhoudt dat gedurende de periode dat deze procedure loopt A onvoorwaardelijk en zonder beperkingen toe dient te worden gelaten tot het ziekenhuis om zijn gebruikelijke werkzaamheden als traumachirurg, waaronder de werkzaamheden in de binnenring van de trauma-unit van de stichting en binnen de CCT te hervatten;
- 6.2 veroordeelt de stichting en VMS hoofdelijk de kosten van het arbitraal kort geding, te weten € 7.077,39, alsmede de kosten van rechtsbijstand van A tot een bedrag van € 5.000,- aan A te betalen, beide bedragen te vermeerderen met wettelijke rente vanaf veertien dagen na dagtekening van het arbitraal vonnis tot aan de dag der algehele voldoening, des dat de een betalende de ander daarvoor is gekweten;
- 6.3 wijst af het meer of anders gevorderde.

Dit vonnis is vastgesteld te Utrecht op 17 oktober 2025 en op die datum aan de partijen verzonden.