

557

Aan de Onderzoeksraad Voor Veiligheid
T.a.v.
Postbus 95404
2509 CK DEN HAAG

Postbus 9101
Huispost 557
6500 HB Nijmegen

Stuknummer OW:	00001915	UMC St Radboud Centraal, route 557
Dossiercode:		Geert Grooteplein 10
Registratie-datum:	4 DEC 2008	6525 GA Nijmegen
In behandeling bij:		T (024) 361 34 13
Naam:		F (024) 354 05 23
		e.keijman@rvb.umcn.nl
		www.umcn.nl

Datum 28 november 2008
Ons kenmerk RvB08.11.52518
Onderwerp **reactie op publicatie**
'Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie in het UMC St Radboud'

Geachte Raad,

Op 28 april jl. publiceerde u uw rapport getiteld 'Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie in UMC St Radboud'. Als onderzochte instelling voldoen wij aan de wettelijk verplichting u een reactie te sturen waarin wij aangeven welke maatregelen wij intussen getroffen hebben naar aanleiding van uw onderzoek. In deze brief formuleren wij op geleide van uw conclusies welke actie wij genomen hebben en wat de status ervan is. Voor de conclusies 3 en 4 gaan wij er vanuit dat respectievelijk de medische beroepsgroep en IGZ zelf hun reactie aan u hebben geformuleerd.

Voordat wij een opsomming geven van de maatregelen die wij hebben genomen, willen wij u hartelijk danken voor uw kritische blik en uw diepgaande onderzoek. Wij hebben daaraan van harte meegewerkt, zowel om onszelf alert en kritisch te houden ten aanzien van het eigen handelen als om een steentje bij te dragen aan de verbetering van de zorg in Nederland. Het was voor ons pijnlijk opnieuw te worden geconfronteerd met de periode die zo belastend was voor onze patiënten, voor hun familie, voor onze medewerkers, voor ons hele UMC.

Maar dat was toen. Wij hebben sindsdien veel gedaan. Wij delen uw conclusies en aanbevelingen en zien daarin dat wij inmiddels met al onze ingrijpende en structurele verbeteringen op de goede weg zijn. Van de hartchirurgie en de grote verandering in de besturing van ons huis tot en met de oprichting van het Instituut voor Waarborging van Kwaliteit en Veiligheid. Met deze maatregelen denken wij ons UMC structureel beter te maken, veel beter!

Conclusie 1.

Bij de hartchirurgie in het UMC St Radboud, was sprake van een onvoldoende functionerende vorm van zelfregulering door de beroepsgroep van medisch specialisten betreffende de kwaliteit van de geleverde zorg, waaronder begrepen de patiëntveiligheid. De betrokken medisch specialisten bleken gezamenlijk niet gericht op de systematische en prospectieve beheersing van risico's voor de hartchirurgische patiënt. Er bestond géén eindverantwoordelijkheid voor de hartchirurgische keten.

Reactie op conclusie 1.

Bovenstaande verantwoordelijkheid volgt rechtstreeks uit de wet BIG en de WHW. De bewaking van de kwaliteit, waaronder het voorkomen van sterfte en complicaties, vindt op dit moment op de volgende manier plaats:

- Het hoofd van de afdeling cardio-thoracale chirurgie, is tot ketenbaas benoemd. Hij is een sterke leider die de kwaliteiten heeft om zijn integrale verantwoordelijkheid waar te maken. Daarop is

hij, zoals alle andere afdelingshoofden in het UMC, getoetst middels een assessment en selectiegesprekken.

- De keten is kwalitatief op orde gebracht door het aantrekken van enkele nieuwe medisch specialisten, door vaste procedures in de keten, door een secure overdracht en door centrale monitoring en systematische bespreking van de complicaties en de mortaliteit. Deze aanpak heeft geleid tot een goede kwaliteit van zorg en een lage mortaliteit.
- Er zijn wekelijks multidisciplinaire besprekingen met als participanten de afdelingen cardio-thoracale chirurgie, cardiologie, anesthesie en intensive care. In deze wekelijkse multidisciplinaire bespreking worden de resultaten van het medisch handelen besproken. De indicatiestelling, de gekozen therapie en het gehele zorgtraject worden daarbij bediscussieerd. De registratie van de uitkomsten van het medisch handelen geschiedt centraal en eenduidig.
- Er is een systeem van auditing opgezet dat wordt uitgevoerd door het Instituut voor Waarborging van Kwaliteit en Veiligheid. Daarin staat de kwaliteit van medisch handelen centraal en worden de oorzaken van slecht presteren benoemd en aangepakt. Een uitgebreide toelichting op de taken van het IWKV wordt gegeven onder conclusie 2.
- Bij het op orde brengen van de patiëntenzorgketen heeft veelvuldig overleg plaatsgevonden met de patiëntenzorgorganisaties en de CliëntenRaad Academische Ziekenhuizen.

In bevinding c onder conclusie 1 geeft u aan dat de medisch specialisten van andere specialismen in het UMC St Radboud de verstoorde verhoudingen bij de hartchirurgie niet als risico voor de kwaliteit van het eigen medisch handelen en de gezamenlijke bewaking en verbetering van tekortkomingen van het zorgproces hebben aangemerkt. Daardoor werden de risico's voor patiënten evenmin onderkend.

In de gesprekken van de Raad van Bestuur met de clusterbesturen, de afdelingshoofden en het bestuur van het stafconvent heeft dit onderwerp veel aandacht gekregen. Wanneer de Raad van Bestuur nu verstoorde verhoudingen signaleert, worden er stappen ondernomen via de lijnorganisatie. Het bestuur van het stafconvent wordt daarvan op de hoogte gesteld. Wanneer het stafconvent signalen krijgt van verstoorde verhoudingen meldt hij dit onverwijld aan de Raad van Bestuur. Ook in de interne audits wordt hieraan aandacht besteed door gebruik te maken van gevalideerde questionnaires en interviews.

In uw bevinding f onder conclusie 1 geeft u aan dat buiten het UMC St Radboud bij enkele verwijzende cardiologen een negatief beeld van het kwaliteitsniveau van de door UMC St Radboud geleverde hartchirurgische zorg bestond. Dit beeld betrof rond 2002 de wachtlijsten en, gedurende meer jaren, de te beperkte communicatie en informatie-uitwisseling over patiënten. In 2004 en 2005 betrof dat ook de resultaten van de hartchirurgische ingrepen. De zorgen van de verwijzers hebben toen niet geleid tot beleidswijzigingen bij de afdeling hartchirurgie van het UMC St Radboud.

Sinds de gebeurtenissen in 2006 is er vanuit de afdeling én op bestuurlijk niveau frequent contact met de verwijzende centra in onze regio. Dit heeft geleid tot een betere verhouding met de omringende ziekenhuizen die zich uit in een toename van het aantal verwezen patiënten, gezamenlijke diensten en detachering van medisch personeel.

Naar aanleiding van uw bevinding g van conclusie 1 kunnen wij u het volgende berichten. De positie van de afdeling cardiologie in de cardio-thoracale keten is versterkt door de komst van een ervaren cardioloog. Hij maakt deel uit van de vaste staf bij de multidisciplinaire besprekingen. De UMC brede organisatieverandering, waarbij de afdelingshoofden nieuwe stijl integraal verantwoordelijk zijn voor hun afdeling, heeft ertoe geleid dat wij afscheid hebben genomen van het hoofd van de afdeling Cardiologie.

Conclusie 2:

De Raad van Bestuur van het UMC St Radboud liet in de onderzochte periode de bewaking van verantwoorde hartchirurgische zorg in belangrijke mate over aan de betrokken medisch specialisten, zonder evenwel na te gaan of de medisch specialisten aan deze verantwoordelijkheid voldoende invulling gaven. De meest direct betrokken medisch specialisten bleken niet gericht op de systematische en prospectieve beheersing van risico's voor de hartchirurgische patiënt. De raad van bestuur had geen adequaat bestuurlijk instrumentarium ter beschikking waarmee dit falen van de professionals tijdig gesignaleerd kon worden. Daardoor gaf de raad van bestuur beperkt inhoud aan de wettelijke opdracht te waarborgen dat de instelling verantwoorde zorg levert.

Reactie op conclusie 2.

Bovenstaande verantwoordelijkheid volgt rechtstreeks uit de Kwaliteitswet en de WHW. Hierin is vastgelegd dat de Raad van Bestuur verantwoordelijk is voor de borging van de kwaliteit van zorg. Zoals beschreven in de reactie onder conclusie 1 zijn de medisch specialisten en de afdelingshoofden volgens de wet BIG en de WHW in eerste instantie verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geboden patiëntenzorg. Dit laat onverlet dat de Raad van Bestuur eindverantwoordelijk is voor de borging van de kwaliteit van zorg.

Deze beide verantwoordelijkheden zijn complementair en niet overdraagbaar. De gemeenschappelijke inspanning moet leiden tot een hoge kwaliteit van zorg. De Raad van Bestuur wordt nu via drie wegen geïnformeerd over de kwaliteit van zorg op de afdelingen:

1. Direct via de lijn: Raad van Bestuur - Afdelingshoofd. Na 01.01.09 zal er, door de organisatieverandering die op dit moment in volle gang is, een direct contact zijn tussen de Raad van Bestuur en het afdelingshoofd. Na de ontmanteling van de tussenlaag (clusters) zal de hiërarchische lijn dus korter zijn.
2. Via een vierwekelijks overleg met het bestuur van het stafconvent, waarin de kwaliteit van zorg het belangrijkste gespreksonderwerp is. In dit overleg bestaat hoge prioriteit voor meldingen uit het stafconvent waarop door de Raad van Bestuur snel vervolg wordt gegeven. Ook heeft de Raad van Bestuur op voordracht van het stafconvent nieuw kwaliteitsbeleid ingezet. Kwaliteitsconferenties zijn en worden georganiseerd door het stafconvent, in aanwezigheid van de Raad van Bestuur.
 Door middel van interne medische audits, die sinds 2007 zijn geïntroduceerd, wordt getoetst op:
 - a. medisch inhoudelijk handelen (statusonderzoek, inzien van complicatie registers en meldingen van medische incidenten)
 - b. teamklimaat (enquêtes en interviews)
 - c. systemen en randvoorwaarden (met behulp van de NIAZ systematiek).
3. Het Instituut voor Waarborging van Kwaliteit en Veiligheid (hierna te noemen het IWKV) is in het tweede kwartaal van 2008 opgericht en ingericht. Het bestuur van het IWKV bestaat uit een 6-tal leden benoemd op voordracht van het stafconvent (2), de Verpleegkundige Advies Raad (2) en de Raad van Bestuur (2 inclusief de voorzitter). Het IWKV heeft een Raad van Advies waarin ook de patiënten(zorgorganisaties) participeren. De bovengenoemde interne audit systematiek is ondergebracht in dit instituut. Het bestuur van het IWKV is verantwoordelijk voor het opstellen van de conclusies en aanbevelingen naar aanleiding van de interne audits. Deze informatie wordt voorgelegd aan het afdelingshoofd, de Raad van Bestuur, het bestuur van de Verpleegkundige Advies Raad en het bestuur van het Stafconvent. Het afdelingshoofd stelt een verbeterplan op en bespreekt dat met de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur controleert de uitvoering van de verbeterplannen. Wanneer signalen van het

bestuur van het IWKV of uit de organisatie daar aanleiding toe geven kan de Raad van Bestuur op korte termijn een critical audit laten verrichten. In een dergelijke situatie wordt het auditteam door de Raad van Bestuur samengesteld en vindt de rapportage rechtstreeks aan de Raad van Bestuur plaats. Daarnaast wordt er zoals in ieder ziekenhuis in Nederland het verplichte systeem volgens VMS ingevoerd. De toetsing door NIAZ wordt nu benaderd als een onderdeel van de kwaliteitsbewaking van het UMC (de Systemen en randvoorwaarden) en niet meer als hét kwaliteitsstempel.

In het IWKV is tevens de klachtenbemiddeling en MIP/DIM commissie opgenomen. Daarnaast is er een klachtencommissie met een wettelijk bepaalde onafhankelijke samenstelling en organisatorische positie.

Er is door de nieuwe Raad van in 2006 indringend geanalyseerd waaruit de problemen in het UMC voortkwamen. Geconstateerd werd dat de voorwaarden voor gedrag dat gericht is op topprestaties, op kwaliteit en op veiligheid, op diverse plaatsen in het UMC ontbraken. Er is daarom een UMC-breed organisatieveranderingsplan ontwikkeld en in gang zet (in 2007 en 2008) om die voorwaarden te realiseren. De nieuwe besturing beoogt het scheppen van zodanige randvoorwaarden dat excessen als het onderzochte worden voorkomen. Per 1 januari 2009 zal deze besturing zijn ingevoerd zodat er per die datum volgens de nieuwe spelregels bestuurd wordt. De nieuwe organisatie draagt met zijn transparante bedrijfsvoering en de korte lijn van Raad van Bestuur naar afdeling bij aan (pro-)actieve sturing. Voor nadere informatie daarover verwijzen wij naar het 'groene', het 'gouden' en het meest recente ('in beweging') boekje, evenals naar de nieuwjaarstoespraak 2008 van de voorzitter van de Raad van Bestuur. Ook zijn alle cruciale spelers van het nieuwe Radboud (afdelingshoofden, bedrijfsleiders, wetenschappelijk directeuren, onderwijsdirecteuren, decaan/vice-voorzitter Raad van Bestuur) pas benoemd na een assessment waarbij expliciet aandacht aan leiderschapskwaliteiten is besteed. Niet iedereen is zo'n assessment aangeboden of heeft dit assessment succesvol doorlopen.

De hartchirurgie is na de korte sluiting in 2006 volledig als keten ingericht (inclusief een eindverantwoordelijke ketenbaas en schriftelijk bevestigde overdracht van patiënten van de ene schakel in de keten naar de andere). Zowel voor de keten als geheel als op alle afzonderlijke plekken in de keten is actie ondernomen. De kwaliteit van zorg is nu bovengemiddeld in orde. Dit kan onderbouwd worden met de lage complicatie- en sterftcijfers en de goede beoordeling bij de visitatie van de opleiding.

U geeft in bevinding f. van conclusie 2 aan dat leiderschap en teamfunctioneren geen onderdeel uitmaakten van de NIAZ systematiek. Afweging door de bestuursorganen om bepaalde risico's op die gebieden wel of niet te accepteren, werden in het verleden mede om die reden niet gestructureerd gemaakt en ook niet gedocumenteerd.

Nu hebben beide aspecten veel aandacht. Leiderschap is het belangrijkste onderdeel van het Management Development programma dat de top 100 van het UMC op dit moment doorloopt en dat uiteindelijk door de top 250 van het UMC zal zijn doorlopen.

In bevinding g zegt u dat de communicatie in het ziekenhuis ten aanzien van verbeterpunten op het gebied van kwaliteit van medisch handelen, zeer gesloten was.

De communicatie is nu goed op weg naar een vorm die volledig open is. Het Radboud wordt een plek waar niemand iets hoeft of heeft te verbergen. Dit is een belangrijk aspect van de nieuwe cultuur in het Radboud: een cultuur van openheid, eerlijkheid en transparantie.

Blad 5
 Datum 28 november 2008
 Kenmerk RvB08.11.52518

U concludeert onder bevinding m. dat het Stichtingsbestuur het niet als zijn taak beschouwde om toezicht te houden op de met de Kwaliteitswet ingevoerde verantwoordelijkheid van het bestuur voor de kwaliteit van het zorgproces. Hiermee sloot het stichtingsbestuur aan bij de heersende opvattingen over verantwoordelijkheden in het ziekenhuis, waarbij de kwaliteit van medisch handelen als het domein van specialisten werd beschouwd. Dit resulteerde in een volgend toezicht in plaats van een leidend toezicht.

In het overleg tussen de toezichthouder en de Raad van Bestuur is de kwaliteit van de patiëntenzorg nu een vast onderwerp van bespreking. In dat overleg wordt door de Raad van Bestuur gerapporteerd over de uitkomsten van de Medische Interne Audits. Daarnaast wordt er door de Raad van Bestuur direct gerapporteerd als er knelpunten aanwezig zijn of dreigen. Enkele nieuwe leden van het stichtingsbestuur hebben hun achtergrond in de gezondheidszorg, waardoor het toezicht op de kwaliteit van de patiëntenzorg ook op governance niveau wordt geborgd. De aankondiging van uw onderzoek in 2006 heeft ertoe geleid dat de reeds lopende discussie over de aanpassing van de governance is versneld en verdiept. Het Stichtingsbestuur beschouwt de borging van de kwaliteit van de patiëntenzorg als een belangrijke taak van de Raad van Bestuur. Over de aanpassing van het toezicht is op 14.11.08 door het Stichtingsbestuur een voorgenomen besluit genomen.

Tenslotte zegt u in bevinding dat bij de uitbraak van het externe rumoer rond de hartchirurgie, de raad van bestuur zich defensief opstelde: eerst door een verklaring te geven die later onjuist bleek te zijn, later door het ziekenhuis weer in orde te verklaren na de afronding van het interne onderzoek nog vóór de publicatie van het externe (inspectie-)onderzoek. Het bevel van de inspectie de hartoperaties onmiddellijk te staken volgde destijds dus kort op de positief gestelde verklaring van de raad van bestuur.

Wij zijn nu secuur, eerlijk en open in onze communicatie. Er is geen reden ons defensief op te stellen. Een bewijs hiervan is naar onze mening de manier waarop wij, sinds de komst van de nieuwe voorzitter van de RvB, aan uw onderzoek hebben meegewerkt.

In de afgelopen periode hebben wij ons ingespannen om de kwaliteit van de patiëntenzorg verder op orde te brengen om daarmee te voorkomen dat onze patiënten, hun familie en onze medewerkers opnieuw met zo'n verdrietige en pijnlijke periode worden geconfronteerd. Wij zijn ervan overtuigd dat de door ons ingezette veranderingen in het kader van 'Beter worden in het Radboud!' daarvoor de mogelijkheden bieden.

Wij vertrouwen erop u met dit overzicht een voldoende gedetailleerd beeld te hebben gegeven van de maatregelen die wij getroffen hebben naar aanleiding van uw onderzoek en uw publicatie. Graag nodigen wij u uit in het UMC St Radboud om onze reactie mondeling aan u toe te lichten.

Met vriendelijke groet,

voorzitter

Bijlagen