

‘ZONDER LEIDING VALT DE KETEN UITEEN IN KONINKRIJKJES’

Vakgroep hartchirurgie Radboud disfunctioneert al jaren

Het inspectierapport over de hartchirurgie in het UMC St Radboud is aangekomen als een mokerslag. Cardioloog Freek Verheugt is ontdaan en verontwaardigd over de gebeurtenissen, maar heeft vertrouwen in de toekomst.



Afdelingshoofd Cardiologie Freek Verheugt: ‘Als het om de kwaliteit van zorg gaat, moet een Raad van Bestuur daar bovenop zitten.’

ROBERT CROMMENTUYN

Vorig jaar kwam naar buiten dat in 2004 de sterfte na hartchirurgie bij volwassenen in het UMC St Radboud zorgwekkend was. De inspectie voor de gezondheidszorg en het ziekenhuisbestuur besloten samen tot een onderzoek naar de precieze oorzaak. Wie het verslag van de externe onderzoekscommissie naar de cardiochirurgische zorgketen van het Radboudziekenhuis leest, gelooft soms zijn ogen niet. Zelden bracht een rapport zo helder en pijnlijk het falen van een complete ziekenhuisafdeling in beeld.

De afdeling Thorax-Hartchirurgie van het Nijmeegse universiteitsziekenhuis blijkt zich sinds 1999 te bevinden in een neerwaartse spiraal van spanningen, conflicten en wanverhoudingen. De chirurgen liggen jarenlang met de ziekenhuisleiding in de clinch over de beloning. Onderling botert het evenmin. Stafleden hebben ernstige twijfels over de leidinggevende en chirurgische kwaliteiten van afdelingshoofd René Brouwer. Door de verziekte sfeer wordt er niet meer vergaderd en stafleden spreken elkaar nog nauwelijks. Bij de visitatie van de opleiding cardiopulmonale chirurgie in 2004 is, met uitzondering van het afdelingshoofd, de volledige staf afwezig. Een door het ziekenhuisbestuur aangestelde psycholoog moet de verhoudingen normaliseren, maar krijgt geen vat op de chirurgen.

Dat de vakgroep disfunctioneert, ontgaat de andere medewerkers in het ziekenhuis niet. Verpleegkundigen laten duidelijk blijken met wie ze wel en met wie ze niet willen opereren. Cardiologen klagen dat de chirurgen zich niet aan afspraken houden. Verwijzende ziekenhuizen krijgen nauwelijks contact met de chirurgen. Twee verwijzende ziekenhuizen sturen hoogrisicopatiënten bij voorkeur naar een ander hartcentrum.

KOUD EN BLOEDEND

De conclusie van de onderzoekscommissie is luid en duidelijk: deze tekortkomingen van de cardiochirurgische afdeling moesten wel leiden tot negatieve consequenties voor de patiëntenzorg. Maar daar blijft het niet bij. Ook andere spelers in de keten krijgen een veeg uit de pan. Er zijn volgens het rapport geen anesthesiologen die zich willen specialiseren in de cardio-

BEELD: DE BEELDREDACTIE/ERIK VAN 'T HULLENAAR

anesthesie. Ze hebben geen professionele protocollen. Anesthesiemedewerkers lopen met een A-viertje waarop de wensen per anesthesioloog staan. Bij de ochtendbesprekingen zijn de anesthesiologen afwezig, omdat ze dan al op de OK staan. Er bestaan geen werkafspraken tussen chirurgen, anesthesiologen en perfusionisten.

De intensivisten hebben de indruk dat de perfusionisten niet worden aangestuurd. Ze krijgen de patiënten vaak te koud, ondervuld en bloedend aangeboden. In de avond-, nacht- en weekenddiensten wordt in geval van een mogelijke harttamponade het echocardiogram vaak gemaakt door een onervaren arts-assistent.

De verhoogde mortaliteit en morbiditeit van hartchirurgische patiënten is niet terug te voeren op de tekortkomingen van één persoon of één groep in de keten, concludeert de commissie. Evenmin is er sprake van veel moeilijke patiënten, zoals het Radboud eerder zelf opperde. De oorzaak moet worden gezocht in een slecht functionerend zorgproces met weinig afstemming, weinig protocollering, weinig multidisciplinair optreden, nauwelijks uniform optreden, nauwelijks toetsing van eigen handelen en gebrekkig leiderschap.

De conclusies zijn alle medewerkers van het Nijmeegse hartlongcentrum rauw op het dak gevallen. Ook afdelingshoofd Cardiologie Freek Verheugt is aangeslagen door het rapport.

Wanneer begon het u te dagen dat er iets niet in de haak was?

‘In april 2005 bleek dat 2004 een uitzonderlijk slecht jaar was. In de voorafgaande jaren konden we de resultaten matchen met de EuroSCORE-gegevens (zie kader).

Ik heb het hoofd van de afdeling Thorax-Hartchirurgie (René Brouwer, RC) toen gevraagd naar de oorzaak. Zijn antwoord: ‘slechte patiënten’. Om te voorkomen dat we zouden

‘Na een operatie reageren chirurgen zich af in de koffiekamer’

bekvechten over de vraag of de complexiteit van de patiënten de enige oorzaak was, besloten we de hele keten door te lichten. In september vorig jaar hadden alle betrokken afdelingshoofden daarover een eerste bespreking. De nieuwe hoogleraar cardioanesthesie Johan Damen was er voor het eerst bij en had pittige kritiek. Tal van zaken deugden volgens hem niet en moesten worden uitgezocht. De volgende dag heeft hij een verslag van de bijeenkomst aan zijn stafleden gemaild. Die mail is door iemand - onbekend wie - geprint en opgestuurd naar de inspectie en de Gelderlander.’

Er waren toch al eerder signalen dat er iets niet goed zat bij de chirurgen?

‘Dat was voor mij al duidelijk toen ik hier kwam (in 1995, RC). Cardiochirurgen zijn niet gemakkelijk te managen. Ik heb op hartcentra in Amsterdam (VUmc), Rotterdam en Denver gewerkt. Overal is het hetzelfde. Een hartchirurg begint om kwart voor acht en staat vervolgens uren achter elkaar in zijn eentje te werken. Het is betrekkelijk eentonig. Hartoperaties zijn volledig voorgekookte ingrepen. Na een operatie staan

MORTALITEIT, MORBIDITEIT EN PATIËNTENMIX

De Externe Onderzoekscommissie (EOC) maakte voor de periode 2003-2005 een grondige analyse van de mortaliteits- en morbiditeitscijfers na openhartchirurgie van het Nijmeegse hartcentrum. De commissie gebruikte daarvoor het EuroSCORE-systeem. Daarmee wordt het overlijdensrisico voorafgaand aan de ingreep berekend. De gegevens zijn gecorrigeerd voor hoogrisicopatiënten (EuroSCORE >10), omdat de voorspelde mortaliteit voor deze categorie weinig accuraat is. De uitkomsten zijn beoordeeld met een cumulatieve summatie-analyse (CUSUM). Die analyse geeft een waardering voor overlevende en overleden patiënten. Volgens de EOC moet een Nederlands hartcentrum minimaal de nullijn halen, dat wil zeggen: per saldo geen winst of verlies van levens.

In de onderzochte periode overleden 83 van de 1725 patiënten (4,8%). De mortaliteit was daarmee 18 procent hoger dan verwacht. Voor 2003 was de CUSUM-score -3,74 levens. Zeker geen goede prestatie, volgens de EOC. In 2004 verslechterden de cijfers dramatisch. De CUSUM-score van -17,9 levens van dat jaar ligt volgens de commissie buiten elke aanvaardbare norm. In 2005 trad een verbetering op, vooral in de laatste zes maanden. Het jaar eindigde met een CUSUM-score van -12,6. Nog steeds duidelijk onder de norm.

Voor de beoordeling van de morbiditeitscijfers hanteerde de EOC als vuistregel dat 3 procent resternotomieën normaal is. Een normaal percentage renaal falen ligt tussen 2 en 3. In het St Radboud lag tussen 2003 en 2005 het percentage heringrepen na een bypass rond de 8. Aortaklepvervangingen kenden een zeer hoog percentage resternotomieën van ruim 16 en het percentage nierfalen varieerde van 6,3 tot 12,6. Ook mitralisklepchirurgie kende hoge incidenties van heroperaties (12 tot 18%) en nierfalen (18% in 2004). In alle jaren en bij alle ingrepen was er een hoge incidentie van pulmonale, gastro-intestinale en neurologische complicaties. De EOC berekende tevens het vastgelegde risicoprofiel van de patiënten. De casemix van specifieke ingrepen was niet bekend. De beschikbare gegevens werden vergeleken met het ‘Fall 2005 report’ van de Society of Thoracic Surgery, dat de Amerikaanse sterftecijfers van de laatste tien jaar per zorgprogramma weergeeft. Op basis van deze vergelijking concludeert de onderzoekscommissie dat het gemiddelde risicoprofiel voor alle patiënten eerder laag dan hoog is te noemen, zeker voor een universitair centrum. << RC

ze even in de koffiekamer. Gaat een ingreep niet lekker, dan reageert men dat daar af. Dat geeft een conflictueuze sfeer. Als dan de algehele stemming niet goed is, wordt dergelijk gedrag versterkt. Wat je dan nodig hebt, is een krachtige leiding die tegenwicht biedt.’

‘Die krachtige leiding ontbrak sinds 1999. Het voormalige afdelingshoofd is een zeer bevlogen chirurg, maar gaf te weinig leiding. Zonder goede leiding valt zo’n vakgroep uiteen in koninkrijkjes en dat dat gebeurde, wisten we.’

Wat deed u daaraan?

‘Tijdens een lunch begin 2004 heb ik mijn collega verteld dat hij zich minder met de patiëntenzorg moest bezighouden >>

<< en meer met onderzoek en onderwijs. Een hoogleraar moet na zijn aanstelling hooguit twee jaar meewerken en de zaak naar zijn inzicht op de rails zetten. Daarna moet hij zich gedeeltelijk terugtrekken uit de patiëntenzorg. Hij moet hooguit twee ochtenden op de OK staan en voor de rest de boel sturen. Zo heb ik het ook gedaan. Maar hij kon geen afstand nemen van het handwerk. Hij was te veel op de OK. Dat is zijn ondergang geworden (Brouwer trad in april terug als afdelingshoofd, RC).

‘Er is bij herhaling door derden tegen de chirurgen gezegd dat ze iets moeten doen en ook de Raad van Bestuur is meerdere malen - ook door mij - gewaarschuwd over de problemen. Met de signalen is te weinig gedaan. Er is wel een commissie ingesteld die de prestaties van de chirurgen vergeleek en er is een psycholoog aangesteld om de onderlinge verhoudingen in de staf te verbeteren, maar er is onvoldoende gewaarborgd dat dat ook tot veranderingen zou leiden. Als het om de kwaliteit van zorg gaat, moet een Raad van Bestuur daar bovenop zitten.’

Trokken de verwijzers niet eerder aan de bel?

‘Het was pas de laatste jaren duidelijk dat de verwijzers niet tevreden waren. De hartchirurgen zouden slecht bereikbaar zijn. Dat klopt, maar *mind you*, ze staan de hele dag op de OK. Er is een vrijlopende chirurg nodig als contactpersoon voor de verwijzers en om in te springen bij problemen. Maar de pieper was slecht bemand en afspraken daarover werden niet nagekomen.

Ik kreeg informeel wel eens signalen van verwijzers. Maar ik kan niks met geïsoleerde casuïstiek. Ik vroeg daarom om cijfers. Uiteindelijk heeft het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis - met een van mijn assistenten - de dossiers uitgezocht. Daar kwam uit dat bij patiënten die naar het Radboud gingen, vaker complicaties optraden.’

De onderzoekscommissie maakt niet alleen de chirurgen verwijten.

‘De problemen deden zich vooral voor bij aorta- en mitralisklepchirurgie, al dan niet in combinatie met een bypass. De externe onderzoekers konden echter niet de oorzaak bij één of meer chirurgen leggen. Ze presteren volgens het rapport allemaal onder de maat. Maar dat zegt nog niks over de oorzaak van de problemen. Is er slecht geopereerd? Is er iets misgegaan in de overdracht? Of deden de intensivisten het niet goed? De oorzaak is niet gevonden.

De commissie heeft daarop besloten de hele keten door te lichten en vijftig betrokkenen te inter-

viewen. Ze hebben daarmee vijftig verklaringen verzameld, maar niet aan waarheidsvinding gedaan. Er is niet onderzocht of de verklaringen overeenstemmen met de feiten. Dat is slecht gevallen. Door deze werkwijze staan er pertinente onjuistheden in. Er zouden in de diensten geen deskundige cardiologen beschikbaar zijn voor echocardiografie. Die deskundigheid is er wel, maar we komen alleen als het echt nodig is. Er is wél altijd een intensivist aanwezig op de IC. De perfusionisten waren wél aanwezig bij de complicatiebesprekingen.’

‘De conclusie luidt dat er geen goede ketenzorg is. Dat moeten we ons aantrekken. De belangrijkste boodschap is immers dat we de veiligheid van onze patiënten onvoldoende hebben kunnen garanderen.’

U vindt nog steeds dat de slechte resultaten samenhangen met het risicoprofiel van de patiënten?

‘Op basis van de EuroSCORE-cijfers vind ik van wel. De commissie denkt er anders over. Voor een universiteitscentrum zou Nijmegen zelfs veel laagrisicopatiënten behandelen. Dat is een subjectief oordeel. Er zijn geen cijfers voorhanden om

‘Er staan pertinente onjuistheden in de verklaringen’

ons risicoprofiel met dat van andere universitaire centra te vergelijken. Ik vind nog steeds dat wij veel complexe patiënten hebben. Of wij het slechter doen dan anderen, weet ik niet. Leiden zet zijn cijfers in een jaarverslag. Daar is een mortaliteit van rond de 5 procent. Het Antonius Ziekenhuis publiceerde onlangs zijn cijfers over 2002. Daarmee vergeleken scoort Nijmegen slechter. Maar ook in Nieuwegein zien ze een veel zwaarder risicoprofiel dan in 1992.’

Hoe nu verder?

‘Sinds vorig jaar is er veel verbeterd. Er zijn nu gespecialiseerde anesthesiologen. Verpleegkundigen hoeven niet meer de wensen per anesthesioloog bij te houden. Afspraken zijn vastgelegd. Alle verbetermaatregelen zijn klaar. Eigenlijk is de hele keten op orde, behalve het operatieve deel. Daar is een mentaliteitsverandering nodig en die komt niet zo gemakkelijk tot stand. Leon Eijnsman (interim-afdelingshoofd Thorax-Hartchirurgie, RC) zal daar hard moeten ingrijpen. Ik heb er alle vertrouwen in dat dat ook gaat gebeuren.’

‘Verder moet het hartlongcentrum een bestuur krijgen dat stafleden kan aanspreken op resultaten en dat kan ingrijpen als het slecht gaat. De Raad van Bestuur was in grote lijnen akkoord met een reorganisatie volgens dit model. Maar door alle ophef dreigt het reorganisatieproces vertraging op te lopen.’

En uw eigen positie?

‘Ik voel me uiteraard medeverantwoordelijk voor de resultaten van de cardiochirurgie. Naar mijn gevoel heb ik voldoende gedaan om collega's en Raad van Bestuur te waarschuwen. Ik ben ook aangeslagen door de gebeurtenissen. Vooral de interviews hebben me geschokt. Hoewel anoniem, is heel duidelijk wie wat heeft gezegd. Ik vind dat de inspectie ze niet zo had moeten afdrukken. Of alleen nadat ze de uitspraken op waarheid hadden getoetst. Dat is niet gebeurd en we voelen ons extra beschadigd door de onjuistheden die erin staan.’ ■

Het IGZ-rapport ‘Een tekortschietend zorgproces’ kunt u vinden via onze website: www.medischcontact.nl/dezeweek.

