Besturen tussen achterkamer en televisie

Meer dan ooit is de zorgsector het afgelopen jaar zichtbaar geworden in de maatschappij. Maar zichtbaarheid is nog geen transparantie. En die is nodig, want het Nederlandse stelsel met zijn particuliere deelbelangen leidt lang niet altijd tot optimale oplossingen.

Tekst Philip van de Poel **Illustraties** Sue Cowell

Als zorgbestuurders het verwijt past dat ze weinig zichtbaar zijn in het maatschappelijke discours, dan geldt dat niet in coronatijd. Stonden zorgbestuurders ooit vaker op de zeepkist dan in het afgelopen jaar? Waarschijnlijk niet. Neem Ernst Kuipers, naast topman van het Erasmus MC ook voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ). Met nog bijna een volle maand te gaan tot het jaareinde stond de teller op 128 tv-optredens en 109 landelijke radio-uitzendingen. In de volksmond heeft Kuipers dit de bijnaam ‘beddenbaas’ opgeleverd.

Ook in de nieuwe media laten zorgprominenten van zich horen. Na een spraakmakende discussie in talkshow Jinek met multi-artiest annex *influencer* Famke Louise tuigde Diederik Gommers een eigen Instagram-account op. In *no time* had de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) en OMT-lid bijna 400.000 volgers op ‘Insta’.

“Je kunt je geen *no show* permitteren nu de hele wereld om de pandemie draait”, zegt Kuipers. “Met alles wat er gebeurt en de impact die dat heeft, is het een must om zichtbaar te zijn. Dat hoort gewoon bij je rol, of je het nu leuk vindt of niet.” Maar Kuipers wil best bekennen dat de rol van vaste tafelgast in de praatprogramma’s ook weer niet zo gewoon is. “Je privésituatie wordt toch anders als je opeens op straat herkend wordt.”

“Het grappige is dat je in één keer wordt geacht om ook over allerlei andere dingen een mening te hebben”, zegt Peter Langenbach, die zich als bestuursvoorzitter van het Maasstad Ziekenhuis ook niet onbetuigd heeft gelaten in de media. Zo kruiste hij in november op televisie de degens met de Nijmeegse burgemeester Hubert Bruls, die hardop filosofeerde over de noodzaak van oud- en nieuwfeestjes voor jongeren. “Daar ben ik fel op ingegaan”, blikt Langenbach terug. “Zo’n optreden wordt door de mensen in het ziekenhuis impliciet als een blijk van waardering gevoeld.”

BESTUURLIJKE LAPPENDEKEN

Dat zorgbestuurders hun zorgen en overwegingen met een breed publiek willen delen is natuurlijk prijzenswaardig. Maar naast deze ongekenkende openheid bestaat er een waaier van vaak diffuse besluitvormingsorganen, die achter de schermen de coronaresponse aansturen en vormgeven. Wie zitten er in deze gremia? Hoe komen besluiten tot stand? Waar houdt de verantwoordelijkheid van de ene instantie op en begint die van de andere? En: wat betekent hun optreden voor de aansturing van de zorg in bredere zin – nu en in de nabije toekomst?

Wat direct in het oog springt is de bestuurlijke lappendeken die over de corona-aanpak ligt. Die heeft voor een belangrijk deel te maken met de scheidslijn tussen het zorgdomein enerzijds en het terrein van de publieke gezondheid dan wel veiligheid anderzijds. Beide kennen van oudsher een geheel eigen organisatiestructuur. Waar zorgaanbieders bij rampen en calamiteiten leunen op elf in het LNAZ verenigde Regionale Overleggen Acute Zorg (ROAZ), werken gemeenten en publieke gezondheidsdiensten langs de lijnen van de vijftientwintig veiligheidsregio’s. Dit betekent automatisch dat de meeste ROAZ’en met meerdere veiligheidsregio’s van doen hebben.

Het omgekeerde kan overigens ook. Zo zijn de veiligheidsregio’s Amsterdam-Amstelland, Zaanstreek-Waterland en Noord-Holland Noord aangesloten bij twee ROAZ’en, te weten Netwerk Acute Zorg Noordwest en Spoedzorg Net AMC. Deze bestuurlijke rariteit stamt uit de tijd dat het AMC en VUmc als zelfstandige academische centra nog ieder een leidende rol ambieerden in de acute zorg.

“De ROAZ’en en veiligheidsregio’s komen niet altijd met elkaar overeen, dat is onhandig ingedeeld”, zegt Ina Kuper, als bestuurder van Isala voorzitter van het Netwerk Acute Zorg regio Zwolle. “Partijen die in meerdere regio’s zitten

moeten aansluiten bij meerdere overleggen. Ik denk dan: volg de ROAZ-indeling. Maar er is ooit met reden gekozen voor de huidige samenwerkingsverbanden, dus het is de vraag of je daar dwars doorheen moet organiseren.”

Naast het probleem van potentiële doublures roept ook de wijze waarop besluiten in de ‘crisiskolom’ tot stand komen vragen op. Neem het Outbreak Management Team (OMT), waarin het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en deskundigen uit de zorg elkaar tegenkomen. Het OMT laat zich graag voorstaan op het onafhankelijke en wetenschappelijk gefundeerde karakter van zijn adviezen. Alleen hoe die adviezen tot stand komen is volgens bestuursvoorzitter Bart Berden van het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ) voor de buitenwacht niet goed te volgen. “Ik houd verbinding met de politiek, dus ik zie het nodige aankomen, maar het proces van de inhoud wegen en een concreet advies formuleren door het OMT is een black box.”

ONENIGHEID EN TRANSPARANTIE

Wat inmiddels wel duidelijk is, is dat in de boezem van het OMT geregeld onenigheid bestaat over de te nemen stappen. Misschien niet zo gek als bedacht wordt uit hoeveel leden het OMT bestaat. Naast zeven vaste leden onder aanvoering van directeur Jaap van Dissel van het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb), telt het OMT veertig covid-19-experts uit het veld en nog eens 36 deelnemers vanuit het RIVM. Ze zullen nooit allemaal tegelijk aan tafel zitten, maar de lange ledenlijst doet toch eerder een Poolse landdag vermoeden dan een geharnast keurcorps van covid-cracks.

De ROAZen zijn al evenmin een toonbeeld van transparantie. Op papier is de constructie helder; aan het overleg nemen per regio alle ziekenhuizen en de ambulancediensten alsook vertegenwoordigers van de huisartsen, verloskundigen, ggz en GHOR GGD deel. Afhankelijk van de regio-indeling kan het al snel druk worden aan de overlegtafel. Het ROAZ Brabant bijvoorbeeld telt alleen al elf ziekenhuizen. En dan wordt er ook nog op verschillende niveaus gepraat; er is een strategisch of bestuurlijk ROAZ, een tactisch ROAZ, een medisch inhoudelijk ROAZ, een Regionaal Spoedzorg Overleg en een Medisch Managers Overleg. En omdat de aanpak van covid valt of staat bij ketensamenwerking kennen veel regio's sinds kort ook een Regionaal Overleg Niet-Acute Zorg (RONAZ), dat op zijn >

Bart Berden:
‘Het proces
van de inhoud
wegen en een
concreet advies
formuleren door
het OMT is een
black box’

Hulptroepen

Vrijdag 20 maart was het D-Day voor het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ). “Ik had vrijdagavond het gesprek met de minister en we moesten zaterdagochtend beginnen met het spreiden van patiënten”, zegt Kuipers. Ergens de mankracht vandaan halen, was de eerste opdracht die Kuipers moest vervullen. Behalve bij Defensie klopte hij aan bij adviesbureaus IG&H en Performance. “Tijdens de piek werkten hier zestig mensen. Die moet je toch ergens vandaan halen. De ziekenhuizen zaten tot over de oren in het werk, dus kom je snel bij dergelijke partijen uit.”

Is het gepast dat private partijen zo'n rol krijgen? “Zeg het maar”, riposteert Kuipers. “Ze spelen in elk geval geen sleutelrol en ze zijn niet betrokken bij de besluitvorming. Krijgen ze overzicht over het proces? Ja, dat krijgen ze. Kan zo'n firma die expertise weer gebruiken om reclame te maken en een vervolgoopdracht te krijgen? Ja dat kan, maar dat geldt nu eenmaal in deze wereld.”

Ernst Kuipers:
‘Het is niet zo
dat we binnen de
ROAZ reguliere
zorg verdelen;
we maken
afspraken over
de verdeling van
acute en covidzorg
om capaciteit te
houden voor
reguliere zorg’

Oorlogstaal

Een gevecht, een strijd gevoerd door zorghelden in de frontlinie, het zijn maar enkele van de vele martiale metaforen die de media bezigden om de corona-aanpak te beschrijven. Militair jargon heeft ook een prominente plek op de website van het Landelijk Centrum Patiëntenspreiding (LCPS). Daar stuit de bezoeker op termen als ‘command & management’ en ‘current ops’. Niet zo verwonderlijk als bedacht wordt dat Defensie een belangrijke rol heeft gespeeld bij het opzetten van het LCPS. Maar onbedoeld heeft dit stempel mogelijk ertoe bijgedragen dat de langdurige zorg lang onzichtbaar bleef gedurende de coronacrisis. Want kun je met zulke woorden de werkelijkheid van de langdurige zorg beschrijven? “Dat kun je niet”, vindt Vilans-directeur Henk Nies. “Er was natuurlijk een acute crisis, maar hoe lang wil je in zo’n oorlogsstand blijven hangen? Op een bepaald moment zullen we het weer moeten hebben over waarden.”

beurt weer vertegenwoordigd is in het ROAZ.

Niet alle acute zorgnetwerken kennen strakke formele spelregels in de vorm van een huishoudelijk reglement of statuten. “Het ROAZ was eigenlijk een overlegstructuur”, verduidelijkt Berden, die naast bestuursvoorzitter van het ETZ ook voorzitter is van ROAZ Brabant. “Je legt de vinger op de zere plek als je vraagt hoe daar besluiten genomen worden. Als je vraagt of er vaste procedures en regels waren, dan is het antwoord eigenlijk ‘nee’. We hadden amper een onderliggende structuur, of onderliggend reglement, terwijl we in een ongekende crisis terecht kwamen waarin we met elkaar wel bindende afspraken moesten maken.”

VERDELING

Vragen naar de formele afbakening van taken en bevoegdheden zouden misschien bestuurlijke muggenzifterij zijn, ware het niet dat de ROAZ'en in de loop van het jaar een uitgesproken spilfunctie zijn gaan vervullen. Onder de noemer ‘ROAZplus’ zijn de bevoegdheden op geleide van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) uitgebreid naar het afstemmen van niet alleen de acute, maar ook de reguliere zorg. Een logische stap, vindt de NZa, want acute en reguliere zorg zijn in de praktijk communicerende vaten, die niet goed te scheiden vallen. “Als je dat niet centraal afspreekt en er een paar ziekenhuizen doorgaan met uitstelbare zorg, dreigt er te weinig capaciteit voor coronapatiënten”, zegt Langenbach. “Niet-covidzorg is financieel aantrekkelijker dan covidzorg. Dus regionale en landelijke afspraken zijn nodig om de individuele belangen, die ziekenhuizen altijd hebben, uit te schakelen en het collectieve belang centraal te zetten.”

Toch rijst de vraag of de ROAZ'en geen dingen zijn gaan doen waar ze helemaal niet voor bedoeld waren. Volgens sommige critici ontwikkelen de ROAZ'en zich tot een soort regionale kartels, waarbinnen de deelnemers hun eigen marktaandeel proberen veilig te stellen. Onzin, vindt Ernst Kuipers. “Het is niet zo dat we binnen de ROAZ reguliere zorg zitten te verdelen. We bespreken binnen het ROAZ ook niet welke reguliere zorg elk ziekenhuis individueel prioriteert. We kijken wel hoe het met de bezetting van de covidzorg is en daarmee naar de ruimte voor urgente reguliere zorg. We maken dus afspraken over de verdeling van acute en met name covidzorg om daarmee capaciteit te houden voor reguliere zorg en het adresseren van wachtlijst- >

ten en de achterstand uit de eerste golf. Indien nodig verschuiven we daarvoor covidpatiënten. Doorverwijzen van reguliere patiënten is complex en niet nodig als je covidzorg optimaal spreidt.”

Toch is daarmee niet de vraag beantwoord of de ziekenhuizen de afgelopen maanden ook de capaciteit voor reguliere zorg wel optimaal benut hebben. Wat te denken van signalen dat ziekenhuizen verzuimd hebben om patiënten door te verwijzen naar plekken waar wel plaats was? Het Antoni van Leeuwenhoek (AvL) bijvoorbeeld bood als gespecialiseerd kankerziekenhuis eerder dit jaar aan om patiënten over te nemen van omliggende ziekenhuizen. Van dit aanbod werd nauwelijks gebruikgemaakt.

Het AvL geeft hier bij monde van woordvoerder Karlijn van Driel een positieve draai aan. “Wij hebben inderdaad extra capaciteit gecreëerd zodat de omliggende ziekenhuizen indien nodig hiervan gebruik zouden kunnen maken. Dat is in beperkte mate ook gebeurd en wij zijn blij dat de ziekenhuizen voldoende capaciteit hadden om zelf de kankerpatiënten de zorg te verlenen.” Deze uitleg laat zich moeilijk rijmen met de wetenschap dat de Nederlandse ziekenhuizen de oncologische zorg met wel 70 procent hebben teruggeschoefd. Als gevolg hiervan zijn grote aantallen patiënten op een wachtlijst terecht gekomen. Volgens schattingen lopen de ziekenhuizen nog steeds 2000 patiënten met borstkanker en 1000 met darmkanker achter. Het Alexander Monro Ziekenhuis, gespecialiseerd in borstkankersorg, ontwikkelde bij het eerste verzoek een protocol zodat patiënten tijdelijk goed en veilig konden worden overgenomen. Het aantal doorverwezen patiënten beperkte zich echter tot enkele per week. “Er is niet op grote schaal naar ons doorverwezen, terwijl we daar wel extra patiënten mee hadden kunnen helpen”, zegt directeur Marjolein de Jong. “De reactie was wisselend. Sommige ziekenhuizen waren er hartstikke blij mee, maar er zit altijd het gevoelige punt in van: raak ik mijn patiënten kwijt? Voor de patiënten was het uiteraard een uitkomst.”

Ook een flink aantal aanbieders van electieve zorg stond na de eerste golf te trappelen om het stuwmeer aan achterstallige zorg leeg te pompen. Ondanks dit evidente maatschappelijke belang, werd hun dadendrang beteugeld door ‘covidziekenhuizen’, die een en ander als oneerlijke concurrentie zagen. “Met het huidige beleid van financieel comfort door de zorgverzekeraars is de concurrentie tussen ziekenhuizen misschien *on hold* gezet, maar er heerst nog

Marjolein
de Jong:
‘Sommige
ziekenhuizen
waren blij met
hulp, maar er
is altijd het
gevoelige punt:
raak ik mijn
patiënten
kwijt?’

altijd een gevoel dat iemand anders er met 'hun' patiënten vandoor kan gaan", zegt woordvoerder Herman Nieuwenhuis van brancheorganisatie Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN). "Dus komen die patiënten op een wachtlijst, terwijl elders capaciteit is."

LUMPSUM

De vangnetregeling, die de zorgverzekeraars voor 2020 hebben opgetuigd, draagt volgens Nieuwenhuis onbedoeld bij aan dit probleem. Om misgelopen productie te compenseren krijgen ziekenhuizen via een lumpsum indirect ook betaald voor zorg die niet geleverd is en waarvan het de vraag is of die ooit geleverd wordt. Maar in het huishoudboekje van de zorgverzekeraar is dit al wel als zodanig weggeschreven. Nieuwenhuis: "We ontvangen signalen dat klinieken van de zorgverzekeraar te horen krijgen dat hun extra capaciteit mooi is, maar dat de verzekeraar niet twee keer gaat betalen en liever de wachtlijsten wat laat oplopen." In hoeverre patiënten daadwerkelijk de dupe zijn geworden van strategisch gedrag van ziekenhuizen en zorgverzekeraars valt moeilijk te zeggen. Het RIVM becijferde medio december dat de uitstel van delen van de zorg ten minste 50 duizend gezonde levensjaren kost. Een duidelijke indicatie dat het Nederlandse stelsel met zijn vele particuliere deelbelangen niet altijd tot optimale oplossingen leidt, ook niet wanneer er een gezamenlijke vijand is in de vorm van een pandemie.

Een ander voorbeeld in dit verband is de verdeling van de extra IC-capaciteit. De plannen die het LCPS deze zomer presenteerde gingen gepaard met het advies om deze extra capaciteit te concentreren. "Gegeven hun omvang zullen grotere ziekenhuizen meer additionele IC-bedden kunnen genereren alvorens de reguliere zorg belemmerd wordt", aldus de adviescommissie onder leiding van oud-UMCG-bestuurder Jos Aartsen. "Daarnaast vormt schaalgrootte een significante parameter wat betreft de optimalisatie van de zorglogistiek bij voldoende menskracht, middelen en apparatuur." De praktijk leert echter dat veel ROAZ'en in weerwil van dit advies vooralsnog ervoor kiezen om de extra IC-bedden hoofdelijk om te slaan. Voorstanders van deze verdeelsleutel wijzen erop dat maximale spreiding nodig is, omdat nooit te voorspellen is waar corona toeslaat. Toch speelt er een evident particulier belang om IC-bedden binnen te halen. "Elk ziekenhuis zal zichzelf belangrijk genoeg vinden om die zorg te willen leveren",

zegt ROAZ-voorzitter Kuper. "Een ziekenhuis dat dit kan, heeft meer aanzien dan een ziekenhuis dat het niet kan. Dan ben je geen volwaardig ziekenhuis meer, ook in het beeld van de dokters die daar werken."

"Sommige regio's, zoals Zuidwest Nederland, hebben het advies van de commissie opgevolgd en de IC-bedden meer geconcentreerd in de grotere ziekenhuizen", reageert Kuipers. "Anderen hebben het evenredig over alle ziekenhuizen verdeeld. Het is aan hen om dat lokaal te bepalen. Maar het moet wel aantoonbaar effectief zijn. De meeste ziekenhuizen lukt dat en een enkel niet. Als dat voortduurt is het zaak om aan zo'n ziekenhuis te vragen: wat is nou het probleem, moeten we die bedden alsnog elders in de regio gaan positioneren?"

HERVERKAVELING

Een ongekende opschaling van de IC-capaciteit, regionalisering en een tijdelijke uitschakeling van marktwerking, bij elkaar opgeteld lijkt dit alles verdacht veel op een herverkaveling van de ziekenhuiszorg met het ROAZ als bestuurlijk geraamte. "Is het bestuurlijk speelveld veranderd in de zin dat aanbieders gedwongen zijn meer met elkaar samen te werken, dan is het antwoord ja", zegt Kuipers. "De samenwerking is minder vrijblijvend geworden. In ieder geval voor de duur van de crisis. Maar ik zeg al veel langer dat de ontwikkelingen in de zorg ons noodzaken om steeds meer in een netwerk te gaan werken. Het optreden van de ROAZ'en past bij de ontwikkeling die er al is. Corona heeft dat alleen versneld."

Alle macht aan de regio's dus? Met een verkiezingsjaar in het verschiet valt van de politiek in elk geval geen al te sterke bemoeienis te verwachten. Naar het zich laat aanzien mogen de ziekenhuizen zich ook komend jaar weer bedruipen met een lumpsum. Nou niet bepaald de 'cruciale' terugkeer naar reguliere contractering die Zorgverzekeraars Nederland in november nog bepleitte. Wordt de ziekenhuissector zo via de crisisstand stilletjes een nieuwe status quo in gerommeld? Bij uitstek een vraag voor de regisseurs van het zorgproces. Maar vanwege de gesprekken met ziekenhuizen over 2021 wensen de verzekeraars geen commentaar te geven. Alsnog onzichtbaar in een jaar van verhoogde zichtbaarheid.