INTERVIEW

MAU RI CE

van den Bosch

bestuursvoorzitter OLVG

tekst Bart Kiers
beeld Paul Tolenaar

'Ziekenhuizen
moeten data
delen'

12 *De coronacrisis zorgt voor **ONGEKEND HECHTE SAMENWERKING** tussen ziekenhuizen. Maurice van den Bosch wil die behouden. ‘Het is essentieel dat ziekenhuizen slimmer samenwerken en data delen.’*

Patiënten komen en gaan weer in de lichtstraat-passage in OLVG, locatie Oost. De bijna normale bedrijvigheid vormt een schril contrast met de uitgestorven gangen op het hoogtepunt van de coronacrisis. Op de ic lagen toen 41 covid-19-patiënten en op vier verschillende covid-afdelingen negentig patiënten. Tijdens het interview op 18 juni liggen er nog vier patiënten op de ic en acht op één covid-afdeling. ‘De piek ligt achter ons, maar covid is nog wel onder ons’, zegt bestuursvoorzitter Maurice van den Bosch. ‘Het is bijna onwerkelijk wat we de afgelopen drie maanden hebben meegemaakt met elkaar. Het hoogtepunt van de coronacrisis was zo ingrijpend voor onze medewerkers en patiënten.’

Toen Van den Bosch de beelden uit China zag dacht hij: ‘Het zal toch niet bij ons gebeuren?’ Maar na de ingrijpende beelden uit Italië wist hij dat het virus ook Nederland zou bereiken. ‘We wisten al snel dat de eerste casus in het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis in Tilburg niet zo maar een griepje was. Covid is een ernstige ziekte, waarbij schijnbaar vitale mensen in korte tijd doodgaan. Dat omslagpunt is indrukwekkend.’

Overlegcadans

Het OLVG ging direct in de crisismodus. De situatie in Noord-Brabant verslechterde met de dag. Noord-Brabant liep een week voor op de rest van Nederland. Die week voorsprong gebruikte het OLVG om een concreet plan te maken voor de opvang van covid-patiënten. ‘De impact op de organisatie is enorm. Je moet met beschermingsmiddelen werken. Reguliere zorg die afhankelijk is van de ic moet je stoppen.’

Er werd een crisisteam opgericht met medisch specialisten, verpleegkundigen, HR en communicatie. De normale overlegstructuur maakte plaats voor een commando-overlegaansturing, met een strakke communicatie zonder bureaucratie. Rollen en verantwoordelijkheden zijn helder. Er is minder vrijheid dan in de normale wereld. ‘Een crisis zorgt in je organisatie voor een enorme *alignment* naar het gemeenschappelijk doel: het bezweren van de crisis en de opvang van de covid-patiënten. Dat geeft een ongekende eendracht en saamhorigheid. Niet alleen onder specialisten en verpleegkundigen, maar ook onder schoonmakers en medewerkers van de ondersteunende diensten. Als crisisteam kom je in een overlegcadans. De eerste weken was dat twee keer per dag, later een keer per dag. Elke dag moeten de doelen duidelijk zijn en moet je de taken verdelen. Als bestuur moet je de overlegstructuur met je medische professionals goed regelen. Dan komt er bij artsen en verpleegkundigen een enorme kracht los om de juiste stappen te zetten. Een commandostructuur is heel direct. Het onderlinge vertrouwen dat mensen hun verantwoordelijkheid pakken is groot.’

Het OLVG had in ‘vredetijd’ al getraind op crisissituaties. En in 2018 had het, met het faillissement van het Slotervaartziekenhuis, een nuttige generale repetitie gehad. Dat faillissement voltrok zich zo abrupt, dat er 55.000 patiënten min of meer op straat stonden met hun zorgvraag. De SEH van het OLVG West kreeg ineens 20 procent meer bezoekers en ook de poliklinieken werden overstroomd. Ook toen ging het OLVG soepel over in de crisismodus. ‘De poliklinieken in OLVG West zijn ’s avonds opengegaan. De SEH kreeg meer kamers. Verbouwingen zijn uitgesteld, zodat we meer patiënten konden opvangen. We kregen de hele geriatrie erbij. Als je in zo’n korte tijd zulke ingrijpende beslissingen moet nemen, moet je als crisisteam een strakke overlegcadans hebben.’

Corona-check

De week voorsprong op Zuid-Nederland benutte het OLVG ook door een digitale triage op te tuigen. Dat werd de OLVG-Luscii-app, later omgedoopt tot de corona-check, die al snel massaal werd gebruikt, ook buiten Amsterdam. ‘We hadden gezien dat in China en Italië de poort naar de zorg werd overladen. Door de coronacrisis waren mensen bezorgd. Mensen die hoesten of benauwd

A full-page photograph of a middle-aged man with short, wavy brown hair, smiling slightly at the camera. He is wearing a dark blue suit jacket over a light blue button-down shirt, which is open at the collar. He is also wearing dark blue trousers and a black belt. He is walking on a paved surface, possibly a sidewalk, with a blurred background of a building and other people. The lighting is bright and natural, suggesting an outdoor setting during the day.

‘De kracht van artsen
en verpleegkundigen
is indrukwekkend’

waren, gingen veel sneller dan normaal naar de huisarts of SEH. Die dreigden overladen te worden. Dat wilden we met digitale triage ondervangen. We analyseren nu of de corona-check heeft geleid tot minder telefonische belasting bij ziekenhuizen, huisartsen en GGD.’

Hechte samenwerking

De ongekend hechte samenwerking in de regio tussen zorgaanbieders is volgens Van den Bosch een ander cruciaal element in de coronacrisis. Met name de samenwerking tussen ziekenhuizen onderling en met de huisartsen. De Amsterdamse ziekenhuizen moesten daarbij wat schroom overwinnen. De toezichthouder ACM had hen immers circa tien jaar geleden op de vingers getikt omdat ze data deelden. Maar nood breekt wet; de coronacrisis zet de marktwerking *on hold*. ‘Vroeger, in de marktwerking, was het meer “ieder voor zich”. Deze twee crises in Amsterdam tonen aan dat het essentieel is dat ziekenhuizen data met elkaar delen.’

WELKE DATA MOETEN ZIEKENHUIZEN DAN KUNNEN DELEN? ‘Welke patiënten komen er bij je binnen? Hoeveel patiënten komen er bij je binnen? Hoeveel patiënten met covid liggen op afdelingen en wie liggen op een ic? Als je die data kunt delen, kun je capaciteit met elkaar bespreken. Dan kun je het samen voor de burgers in Amsterdam goed doen. Daar hoeft je nog geeneens een formele samenwerkingsstructuur voor op te richten. Dan ga je slimmer samenwerken. In een crisis gaat het niet zozeer om de structuur in een regio maar meer hoe je het samen doet. Gun je elkaar wat? Durf je elkaar te vertrouwen? Als ik zeg dat mijn ic vol ligt, help jij mij dan en andersom? Dat vraagt veel van ziekenhuizen en zorgverleners om daar open over te zijn.’

MAURICE VAN DEN BOSCH

(1974) groeide op in Noord-Brabant. Hij studeerde biomedische gezondheidswetenschappen en geneeskunde aan het Radboudumc Nijmegen. Zijn arts-examen behaalde hij in het UMC Utrecht, waar hij ook promoveerde binnen de epidemiologie. In Utrecht specialiseerde hij zich

tot *radioloog*. Hij specialiseerde zich verder tot *interventieradioloog*, onder meer in Stanford Medical Center in San Francisco. In 2009 werd hij *staflid radiologie* UMC Utrecht en in 2011 *hoogleraar interventieradiologie*. In 2014 werd hij *afdelingshoofd radiologie* en *medisch manager* van de divisie Beeld. Sinds

1 april 2017 is hij *lid van de raad van bestuur* OLVG te Amsterdam en sinds 2018 *bestuursvoorzitter*. Onlangs werd hij *voorzitter* van Santeon, een samenwerkingsverband van zeven topklinische ziekenhuizen. Hij is getrouwd, heeft twee kinderen en beoefent al vanaf zijn veertiende Kung Fu.

DAAR ZITTEN OOK BELANGEN ACHTER. ‘Ja, belangen en zorgen. In het dagelijkse ROAZ-overleg in Amsterdam is dat eerlijk en goed gegaan. We hebben elkaar echt geholpen door patiënten van elkaar over te nemen. Als een ziekenhuis te krap zat, was een opnamestop mogelijk en namen andere ziekenhuizen het over.’

DIE SAMENWERKING ZOU JE EIGENLIJK WILLEN BEHOUDEN, MAAR HET UITWISSELEN VAN DATA KAN NIET IN ONS STELSEL. ‘Nou, ik denk dat dat nu aan het ontstaan is. De minister spreekt al over het centraliseren van de capaciteit voor ic-bedden en de complexe acute zorg. Zelf geloof ik meer in de kracht van het goed met elkaar regelen in de regio. Belangrijk is dat de data transparant zijn. In een crisis wil je als land kunnen sturen op ic-capaciteit. In de regio wil je juist weten welke patiënten met corona liggen er op welke afdelingen van welk ziekenhuis. Als je de data deelt, kun je bepalen welke ziekenhuizen de reguliere zorg voortzetten. Ziekenhuizen kunnen ook met wijkteams data delen. Je kunt dus van centraal naar decentraal delen. De zorg is te complex om te kiezen voor alleen centraal of regionaal.’

‘Je kunt als bestuurder van alles bedenken, maar de slimste oplossingen komen van de artsen en

‘We moeten veel meer de verbinding zoeken met het sociaal domein’

verpleegkundigen op de werkvloer. Dat zijn vaak heel goede oplossingen. In de nacht hebben intensivisten uit verschillende ziekenhuizen contact gehad met elkaar als de ic vol was en er toch een opname was. De kracht van artsen en verpleegkundigen is indrukwekkend.'

MAAR UIT ONDERZOEK BLIJKT DAT VERPLEEGKUNDIGEN IN VEEL ZIEKENHUIZEN NIET AAN TAFEL ZATEN IN DE CRISISSTAF. WAS DAT WEL ZO IN HET OLVG? 'We ontdekten na één week dat we ze misten in het crisisteam. Ze zaten wel in de commissies daaronder. Toen hebben we direct een vertegenwoordiger uit het verpleegkundig stafconvent uitgenodigd in het crisisteam. Ik heb enorm veel waardering voor verpleegkundig leiderschap. Verpleegkundigen hebben zo veel werk verzet en belangrijke beslissingen genomen. Voor de opschaling van de ic hadden we een buddy-systeem. Ruim 800 artsen en verpleegkundigen van afdelingen die wat minder te doen hadden, kregen een korte "ic-cursus" van twee dagen.

Daarna werden ze buddy van een ic-verpleegkundige. De buddy's hebben 20.000 diensten gedraaid. Oogartsen en thorax-chirurgen werden de assistenten van ic-verpleegkundigen! Het is indrukwekkend als dat kan in je ziekenhuis. Verpleegkundigen waren echte leiders en ze staan heel dicht bij patiënten.'

MENSEN STAAN ONDER ENORME DRUK. HOE ZORGT U DAT ZE HET VOLHOUDEN? 'Leiders moeten in een crisis laten zien waar ze uit willen komen. Je moet de successen zichtbaar maken. In het begin kreeg ik signalen dat corona-patiënten heel lang op de ic lagen en niet beter werden. Daar worden mensen bang van. Tot na een paar weken de eerste patiënt van de beademing af kon. Dat was psychologisch voor het team heel belangrijk. Je moet de successen vieren die de artsen en verpleegkundigen bereiken. Als je viert dat je patiënten weer beter maakt, geeft dat kracht en energie om door te gaan. Toen de eerste covid-patiënt van de ic

ging, heb ik het team bedankt. Als leider moet je dan zichtbaar zijn op de werkvloer en die waardering uitspreken.’

‘Het zit vaak in kleine dingen. Op een dag kregen we honderden bossen tulpen. Wij hebben die uitgedeeld aan verpleegkundigen en artsen die net uit de nachtdienst kwamen. De steun van de stad raakt ze. Sterrenrestaurants boden gratis maaltijden aan. Er hingen spandoeken met teksten als “zorghelden, bedankt”. We moeten zuinig zijn op onze mensen en ze vitaal houden. Bij een crisis stropen de mensen de mouwen op en gaan ze ervoor. Sommigen hebben werkweken van wel 80 tot 100 uur gemaakt.’

WAT ZIJN DE LESSEN VAN DE CORONACRISIS? ‘We doen in ons systeem dingen waarvan je denkt: “Kan dat niet anders?” Waarom moeten patiënten naar een ziekenhuis op een moment dat het de dokter past? Waarom kan dat niet digitaal op een moment dat het de patiënt past? De digitale transformatie krijgt een boost. We zagen dat 50 procent van onze polibezoeken via beeldbellen of telefonisch kon. Voor de crisis deden we ergens tussen 5 en 10 procent. Een neuroloog zei me: “Patiënten met rugklachten moet ik echt zien.” Nu ontdekte hij dat dit in veel gevallen helemaal niet nodig is. Veel zorg kan op afstand en patiënten waarderen dat. We meten de patiëntenwaardering kort-cyclisch. We moeten die digitale transformatie doorzetten en stoppen met zorg die niet nodig is.’

WELKE ZORG IS OVERBODIG? ‘Hoogleraar Sjoerd Reping en zijn team zoeken uit wat zinnige zorg is. Maar elke specialist weet in zijn eigen vakgebied wat wel en niet nodig is. Het aantal herhaalbezoeken is in het stelsel gegroeid. Op controle komen na een operatie is goed. Maar daarna kun je volstaan met bellen. Stoppen met onnodige zorg en inzetten op digitale oplossingen is eenvoudiger dan zorg verplaatsen uit het ziekenhuis, zoals het VWS-programma De Juiste Zorg op de Juiste Lek beoogt. Dat is in de praktijk lastig, omdat iedereen het al zo druk heeft. We hebben hier in Amsterdam de longdiagnostiek geprobeerd te verplaatsen naar huisartsen, maar zij willen nu dat wij dat weer gaan doen omdat ook zij het te druk hebben. Ook zouden we wat vaker in gesprek mogen gaan hierover met patiënten. Zij kunnen zelf vaak goed aangegeven wat wel en niet nodig is.’

MOET DE FINANCIERING VAN ZORG DAN NIET VERANDEREN? ‘De financiering is te veel gekoppeld aan productie. Ziekenhuizen krijgen een prijs voor een behandeling. Als je echt wilt inzetten op digitale transformatie van zorg, moet je anders naar bekostiging kijken. Medisch specialisten zijn voor hun inkomen afhankelijk van hun productie. Bij ons zijn de specialisten in loondienst, maar daarin zit ook een Logex-component die afhangt van de productie. Dat is op zich goed. Wij hebben het Slotervaart kunnen opvangen omdat specialisten bereid waren avondpoli's te draaien. Dat is lastiger als je helemaal in loondienst bent.’

MOET ER EEN ANDER STELSEL KOMEN OF SLIMME MEERJARENAFSPRAKEN MET VERZEKERAARS? ‘Het laatste. Het Nederlandse zorgstelsel behoort tot de top vijf in de wereld. Het is toegankelijk voor iedereen. Voor iedereen is er een verzekering, een huisarts en een ziekenhuis. Het is in de kern een correct en humaan systeem. Alleen kan het op punten beter. Ik geloof meer in dingen goed doen met elkaar. Samen slimme keuzes maken. Zorgverzekeraars helpen mee met de digitale transformatie. Ze stellen transformatiegelden beschikbaar, bijvoorbeeld voor onze *virtual ward*. Daarmee kun je longzorg digitaal doen in Amsterdam. Dat is een stap voorwaarts. Liever zouden we dat op nog grotere schaal doen.’

‘De grootste uitdaging ligt misschien wel op het gebied van preventie. Niemand krijgt in het stelsel betaald voor het gezond houden van mensen. De financiering is gericht op het behandelen van zieke mensen. We moeten veel meer de verbinding zoeken met het sociaal domein. Hebben mensen een dak boven hun hoofd, hebben ze werk, wat voor lifestyle hebben ze, bewegen ze genoeg? Daarvoor hebben we samenwerking nodig met gemeenten, huisartsen en zorgverzekeraars.’

IS HET HOOFDLIJNENAKKOORD HOUDBAAR? ‘De trend van alsmaar stijgende zorguitgaven is maatschappelijk niet houdbaar. Het hoofdlijnenakkoord is ambitieus. De zorg is complex. Complexiteit tackel je met slimmer samenwerken. Samen weten we meer. Zorgaanbieders moeten data – en dat hoeven geen financiële te zijn – en goede voorbeelden delen. Daar zou de politiek ruimte voor moeten geven. Daar geloof ik meer in dan in grote stelselwijzigingen.’