

Binnen de regio Den Haag domineren de bestuurders van zorginstellingen de besluitvorming over de radiotherapie. De drijfveer lijkt de ideologie van marktwerking op het niveau van de instellingen, waarbij elk van de betrokken ziekenhuizen streeft naar een compleet pakket aan functies. Ziekenhuis overstijgend toezicht ontbreekt. Het gevolg is een niet-optimale behandeling van kankerpatiënten in de regio. Dit beleid is strijdig met het publiek belang, gedefinieerd als het verlenen van zorg naar de stand der geneeskunde, wetenschappelijk onderbouwd, op tijd en efficiënt.

ORGANISATIE VERSUS PUBIEK BELANG

BESTUREN IN SEMIPUBLIEKE CONTEXT; EEN CASUS

Theo Postma, Sijmon Terpstra en Chris Maats

Strijdige doelstellingen en belangentegenstellingen maken het besturen van organisaties in de gezondheidszorg ingewikkeld. Een complicerende factor hierbij is de aanwezigheid van zowel in- als extern toezicht. Bovendien kent het publiek belang in de gezondheidszorg, essentieel voor het houden van toezicht hierop, geen duidelijke inhoud en is er geen duidelijkheid over wie dat behartigt en wie daar verantwoordelijk voor is (zie o.a. Kamp, 2014; Van Ees en Postma, 2015).

Dit artikel richt zich op de bestuurlijke problematiek van besluitvorming over faciliteiten voor radiotherapie in de regio Den Haag, “het Haagsche”. Hierbij zijn aan de orde risico's van niet optimale zorg voor patiënten en verspillingen, beide als gevolg van een inadequate besluitvorming en tekortschietend toezicht. Het instellingsbelang overstijgt hier het publiek belang.

De casus wordt op een drietal niveaus geanalyseerd en besproken, het professionele of microniveau in de instellingen, het bestuurlijk/strategische op instellings- of mesoniveau en ten slotte het politieke, maatschappelijke,

het landelijke of macroniveau¹. We eindigen met een slotbeschouwing.

Planning en besluitvorming

Voor ongeveer 45-50% van de kankerpatiënten is, gegeven de stand van de geneeskunde, radiotherapie noodzakelijk. Samenwerking in de zorg is noodzakelijk voor hun kans op overleven en kwaliteit van leven. Samenwerking dient zich niet tot de dagelijkse zorg te beperken maar betreft ook ontwikkeling van faciliteiten hiervoor. Samenwerking beperkt zich niet tot één specialisme en één ziekenhuis. Schaalvergroting is voor de benutting van nieuwe ontwikkelingen (innovatie) meestal noodzakelijk en draagt bij aan het publiek belang.

Samenwerking en concentratie zijn essentieel voor de kwaliteit en efficiëntie van de behandeling en zijn daarmee concrete aspecten van het maatschappelijk belang (Schipper, 2011). Dit belang wordt hier gedefinieerd als zorg verleend naar de stand der geneeskunde, we-



Loopt hier het belang van de patiënt parallel met het belang van de instelling?

tenschappelijk onderbouwd, op tijd en efficiënt verleend. Dit is wat verantwoorde zorg voor kankerpatiënten behoort te zijn. Hier behoren de dagelijkse zorg en de besluitvorming over ziekenhuisvoorzieningen op getoetst te worden, alsook moet er naar gehandeld worden. Naar de mening van de auteurs van dit artikel schort het hieraan in deze casus.

Microniveau: wetenschap en innovatie

De eerste initiatieven voor samenwerking op het gebied van de radiotherapie in de regio Zuid West Nederland, waar het Haagsche deel van uit maakt, begonnen in de zestiger jaren. Deze waren noodzakelijk door introductie van nieuwe en betere mogelijkheden voor bestraling, o.a. megavolttherapie ter vervanging van kobalttherapie en betere planningstechnieken door innovatie van automatisering en beeldvorming. Ze pasten in een wereldwijd verlopende ontwikkeling. De beroepsvereniging van radiotherapeuten in Nederland (NVRO) heeft in de afgelopen jaren aansluitend hierop normenkaders ontwikkeld voor de optimale behandeling van patiënten in een radiotherapie-afdeling (NVRO, 2007, 2011, 2013). Deze normen vormen niet alleen de basis voor de beoordeling van het functioneren van afdelingen radiotherapie, maar ook voor beslissingen over capaciteit en investeringen ervoor. De professioneel bepaalde normeringen zijn het resultaat van wereldwijd wetenschappelijk onderzoek en ontwikkeling in de radiobiologie, fysica, beeldvorming en radiotherapie. Zij zijn drijvende krachten voor strategieën op het microniveau.

Naast kwantitatieve² zijn er ook kwalitatieve normen door de NVRO ontwikkeld en geformaliseerd, zoals de plicht tot participatie in 'audits' en onderwerping aan visitatie, het hebben van en handelen naar medische protocollen en participatie in de kankerregistratie.

Bij de normering van de NVRO dient een kanttekening te worden geplaatst. Er wordt een mogelijkheid gegeven voor het creëren van allianties in die gevallen waar een afdeling radiotherapie de radiotherapeutische zorg niet in de volle breedte kan aanbieden, niet aan de kwantitatieve normen kan voldoen. Deze mogelijkheid kan als een compromis ten faveure van bestaande, te kleine, afdelingen worden gezien en van institutionele

belangen. Wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen noodzaken hier tot schaalvergroting allereerst omwille van de kwaliteit van de zorg.

Mesoniveau: Beleid en besluitvorming

De voorbereiding van en de besluitvorming over faciliteiten voor radiotherapie op bestuurlijk niveau van ziekenhuizen, het mesoniveau, vindt idealiter plaats op basis van standaarden, zoals ontwikkeld en vastgesteld door de NVRO (zie 2.2). Deze betreffen zoals aangegeven de voorwaarden voor een optimale behandeling naar de stand van de geneeskunde. In de casus worden deze in de besluitvorming genegeerd.

Radiotherapie is een behandeling die de afgelopen vijftig jaar aanzienlijk is verbeterd. Deze heeft minder bijwerkingen en geeft een betere kwaliteit van leven. Radiotherapie is door het gebruik van straling niet zonder risico's. Het beperken van deze risico's geldt hier ook voor de medewerkers. Daarom vindt deze behandeling plaats in speciale bunkers en wordt volgens strakke protocollen gewerkt. De voorbereiding en de behandeling worden uitgevoerd door klinisch-fysici en radiotherapeutisch laboranten onder verantwoordelijkheid van radiotherapeuten. Een en ander vergt substantiële en gerichte investeringen in menskracht en infrastructuur en in opleiding en na- en bijscholing.

De omvang van de aantallen te behandelen patiënten wordt door de capaciteit van de beschikbare apparatuur bepaald en is daarmee vastgelegd voor de lange termijn. De investeringsbeslissingen in deze zijn bepalend voor de schaal waarop kan gewerkt worden en de manier waarop gebruik gemaakt kan worden van de mogelijkheden van wetenschappelijke ontwikkelingen en innovatie. Schaalvergroting en concentratie, scheppen hier mogelijkheden voor een betere, veiligere en efficiëntere behandeling. De voorbereiding van en de investeringsbeslissingen zijn derhalve in belangrijke mate bepalend voor het maatschappelijk belang zoals omschreven.

Verdergaande concentratie van faciliteiten voor radiotherapie in het Haagsche is een noodzaak, gezien vanuit het professionele of micro- en ook vanuit het instelling- of meso-perspectief. De bestaande afdelingen kunnen individueel niet voldoen aan het NVRO-normenkader

IN DE REGIO DEN HAAG IS SPRAKE VAN RISICO'S VAN NIET OPTIMALE ZORG VOOR PATIËNTEN EN VERSPILLING, DOOR INADEQUATE BESLUITVORMING.

★★

en hebben te weinig patiënten. In de regio heeft een aantal fusies tussen ziekenhuizen plaatsgevonden en ook deze fusies zijn van betekenis voor het conflict tussen het instellings- en het maatschappelijk belang in deze casus.

Medio vorige eeuw functioneerden in Den Haag een zevental (conglomeraties van) ziekenhuizen; in het merendeel van deze ziekenhuizen werden kankerpatiënten behandeld en werd radiotherapie beoefend. Dit werd door de toen beschikbare technologie bepaald. Gedurende de afgelopen decennia, fuseerden een aantal ziekenhuizen en werden er diverse vormen van samenwerking tot stand gebracht. Elk van deze ziekenhuizen kent een eigen bestuursstructuur met een raad van bestuur/directie en raad van toezicht/bestuur.

De samenwerking tussen de ziekenhuizen in de Haagse regio op het gebied van oncologie en radiotherapie wordt gekenmerkt door wisselende coalities van partners, waarbij de samenwerking zowel op professioneel/microniveau als op bestuurlijk/mesoniveau gestalte kreeg. In de casus spelen twee opties voor de besluitvorming: het concentreren van de zorg voor kankerpatiënten op basis van samenwerking, “de samenwerkings-optie” of op basis van ieder ziekenhuis voor zich, de “stand alone-optie”. De kennis van zaken en de daarop gebaseerde verwachtingen bij degenen betrokken bij de voorbereiding leiden logischerwijze tot een advies voor de concentratie van de beoefening van de radiotherapie in twee in plaats van vier afdelingen. Bij de besluitvorming in de betrokken ziekenhuizen werd aan de adviezen van deze strekking voorbijgegaan.

De investeringsbeslissingen op het mesoniveau, zijn met voorbijgaan aan de door de professie vastgestelde normen en het negeren van de daarop gebaseerde adviezen op “stand alone” basis genomen. Deze beslissingen

resulteren voor het Haagsche in een versplinterd aanbod van radiotherapie, met per ziekenhuis een te kleine afdeling radiotherapie per locatie en te weinig aanbod van patiënten, tot continuering van de bestaande situatie.

De besturen van de betreffende ziekenhuizen blijken niet of niet tijdig op de strategische veranderingen in de radiotherapie in de zorg voor kankerpatiënten in te kunnen spelen. Ook hier dient een kanttekening bij te worden geplaatst. In de beginfase speelden bij de planontwikkeling ook verwachtingen op microniveau een rol, men dacht dat de ideale situatie niet haalbaar zou zijn.

De besluitvorming lijkt op meso-nivo gefixeerd te zijn op een - vermeend - eigen ziekenhuisbelang en niet op het publiek belang, het belang van kankerpatiënten. Het instellingsbelang lijkt hier het behoud van eigen radiotherapie te zijn. Hierbij is nog een ander aspect vanuit oogpunt van het maatschappelijk belang aan de orde. In de casus is afgaande op de beschikbare documentatie kennelijk voorbijgaan aan borging daarvan, aangegeven in wet- en regelgeving voor de gezondheidszorg.

Afgaande op de beschikbare documentatie blijkt dat de direct belanghebbenden, patiënten en hun organisaties geen rol spelen in de voorbereiding voor en besluitvorming over de radiotherapie in het Haagsche. De betrokken bestuurders gaan ook hierin, in de “stand alone” modus, hun eigen gang.

Ten aanzien van de bestuurlijke samenwerking op het gebied van de radiotherapie is er nog een aspect in deze casus van belang. In een periode van groeiende wachtlijsten waarin de “vergrijzing” van de bevolking bepalend was, had men elkaar nodig. Men kende aanvankelijk wel een min of meer duidelijke, samenwerkings- en beslissstructuur op ziekenhuis overstijgend, niveau. Men trad als professie en besturen gezamenlijk op naar provinciaal

bestuur en landelijke overheid voor het verwerven van meer capaciteit voor de radiotherapie. Over de allocatieproblematiek – waar welke apparatuur te vestigen en te concentreren – werd men het niet eens. Vervolgens laat ieder ziekenhuisbestuur haar eigen – institutionele – belangen prevaleren in een zich herhalend voorbereidings- en besluitvormingsproces en wordt de inbreng van de professie en patiënten in het planproces genegeerd dan wel er buiten gelaten. Wie bewaken en borgen dan wel het maatschappelijk belang?

Macroniveau: externe drijvende krachten

De geschetste problematiek speelt tegen de achtergrond van ingrijpende veranderingen in de gezondheidszorg in ons land. Vergelijkbare ontwikkelingen en hun consequenties zijn door Starr (1982) voor de USA in de 80' er jaren uitvoerig beschreven. Deze verklaren deels de bestuurlijke onmacht, op het meso-niveau, waar het maatschappelijk belang aan de orde is. De Stelselwijziging gaat uit van een evenwicht tussen drie partijen op de markt van de gezondheidszorg, “op het speelveld”³.

Uit het voorgaande kan worden afgeleid dat wetenschappelijke, technologische en demografische ontwikkelingen belangrijke drijvende krachten zijn voor de vraag naar zorg en daarmee voor de eisen te stellen aan de zorgverlening op het microniveau. Op het mesoniveau wordt hier aan voorbijgegaan. De casus dient, gegeven de gang van zaken, daarom ook in een landelijk kader te worden geplaatst.

Conclusies en discussie

In de casus bepalen de bestuurders van de afzonderlijke ziekenhuizen “stand alone”, het beleid. De karakteristieken van de zorg voor kankerpatiënten en de daarin geschetste ontwikkelingen maken echter ziekenhuis overstijgende keuzen en samenwerking, gegeven het publiek belang, noodzakelijk.

Tot op heden zijn de bestuurders van de instellingen niet in staat gebleken, gezamenlijk een coherente visie te ontwikkelen en besluiten te nemen die het mogelijk maken om op geschetste ontwikkelingen in te spelen. Men is zich daarbij kennelijk niet bewust van de consequenties

van ontwikkelingen in aangrenzende regio's waar centra voor radiotherapie die wel aan de normen voldoen zich verder ontwikkelen en hun capaciteit uitbreiden. Gebrek aan kennis van en gebrek aan betrokkenheid bij deze problematiek zijn hier waarschijnlijk debet aan.

De vraag- en aanbodverhouding in de radiotherapie zijn aan het veranderen. Eerdere ramingen van de behoefte worden nog steeds gehanteerd, waar het om de capaciteit van voorzieningen gaat. Door veranderingen in indicatiestelling, betere technologie en veranderde inzichten en werkwijzen is ondanks de vergrijzing van de bevolking minder capaciteit voor radiotherapie nodig, dan aanvankelijk werd verwacht (vergelijk Ribot et al., 2010). Naar het zich aan laat aanzien leidt dit tot structurele overcapaciteit, wat in de casus reeds al speelt. Hierbij worden mogelijk maskerende effecten van de gevolgen van het gehanteerde vergoedingssysteem nog buiten beschouwing gelaten.

In de casus is het gevolg hiervan het handhaven in vier ziekenhuizen van dezelfde capaciteit voor radiotherapie. Dit beleid resulteert in vier te kleine en structureel onderbezette afdelingen. De aldus ontstane situatie is in strijd met de beoogde voordelen van fusies tussen de ziekenhuizen of zorginstellingen, te weten het verhogen van de kwaliteit en van de efficiency door ‘Economies of Scale’, zoals dat door de besturen van betreffende ziekenhuizen wordt uitgedragen. De overheid juicht fusies toe waar dat ten goede komt aan het publiek belang. Dat is voor de zorg door de overheid gedefinieerd als betere kwaliteit, beheersing van de kosten van de zorg en betere bereikbaar- en toegankelijkheid, ervan uitgaande dat er sprake is van verantwoorde zorg en de concurrentie tussen zorginstellingen niet wordt verstoord (Schipper, 2011). Ook overwegingen m.b.t. kostenbeheersing in en de efficiëntie van de zorg spelen hier een belangrijke rol bij. Daar is in de casus geen sprake van. Als nadeel van fusering noemt de Minister dat er te weinig aanbieders over kunnen blijven, waardoor de toegankelijkheid van de zorg onder druk kan komen te staan. Juist voor de kankerbestrijding is echter samenwerking over grenzen van specialismen en instellingen essentieel en zijn overcapaciteit en concurrentie zoals aangegeven risicovol voor patiënten en strijdig met het maatschappelijk belang zoals dat in dit artikel is gedefinieerd.

HET HANDHAVEN IN VIER ZIEKENHUIZEN VAN DEZELFDE CAPACITEIT VOOR RADIOTHERAPIE RESULTEERT IN VIER TE KLEINE EN STRUCTUREEL ONDERBEZETTE AFDELINGEN

★★

Op grond van beschikbare gegevens, is de conclusie te rechtvaardigen dat voor “het Haagsche” en in groter verband voor de regio Zuid-West Nederland een structuur van twee hoofdvestigingen voor radiotherapie optimaal is, gegeven het maatschappelijk belang. Daarmee wordt voor elk van deze twee centra voor radiotherapie voldaan aan de normen van de NVRO, met voorbijgaan van de mogelijkheden voor een compromis in deze. We pleiten voor het alsnog scheppen van een bestuursstructuur welke hierin het instellingsbelang aan het maatschappelijk belang ondergeschikt maakt.

Een probleem bij quasi-publieke organisaties als zorginstellingen is dat er vaak sprake is van een “vacuüm” in het toezicht, in het geval dat toezichthouders geen ultieme rekenschap hoeven af te leggen (zoals aan aandeelhouders in het bedrijfsleven). Een door de overheid en wetgever ontwikkelde oplossing voor deze problematiek is het externe toezicht in de vorm van het trio Gezondheidsinspectie (kwaliteit), Nederlandse Mededingingsautoriteit (i.c. ACM van belang voor concentratie) en Nederlandse Zorg Autoriteit (zie bijv. Schippers, 2011). Deze organen kunnen zich bedienen van formele toezichtmechanismen (zoals dwang/bevel, boete, aanwijzing, intrekken van vergunning en verscherpt toezicht). Deze mechanismen zijn bovendien veelal gestapeld in een zogeheten toezichts- of interventie piramide. Uit de casus blijkt dat dit complex van toezichtmechanismen geen garantie biedt voor het voorkomen van problemen en dat daardoor een eenduidige verantwoordelijkheidsstelling verloren is gegaan.

In de casus is het publiek belang op meerdere vlakken ondergeschikt aan het instellingsbelang. Het eerste is wat betreft de radiotherapie ziekenhuis overstijgend. Er is echter geen ziekenhuis overstijgend toezicht dat

voor de regio het publieke belang borgt. Dit belang is direct gekoppeld aan de door wetenschap en technologie bepaalde capaciteiten, werkwijzen van radiotherapeuten c.s. en de benodigde investeringen. Men kan niet vrijblijvend doorgaan met een organisatie welke feitelijk op een verouderde technologie en achterhaalde wetenschappelijke inzichten is gebaseerd. Naar de overtuiging van de auteurs is het een optie om radiotherapie overstijgend toezicht voor de regio in te stellen. Het landelijk toezicht schiet hier kennelijk tekort en is grotendeels gebaseerd op vage niet te operationaliseren criteria van wat publiek belang nu inhoud geeft. Beoordeling van de radiotherapie is goed te operationaliseren voor zowel de kwaliteit van de zorg, de voorbereiding van beslissingen en de efficiëntie van het beheer. Een goed gestructureerde kankerregistratie, een duidelijk normstelsel, audits en visitaties en specifieke bedrijfsadministratie maken dit mogelijk.

In alle betrokken ziekenhuizen in de regio, in “het Haagsche” is het o.i. meest voor de hand liggend te kiezen voor de voorgestelde twee centra voor radiotherapie, deze te verzelfstandigen elk met een eigen bestuur waarin professionele inbreng, leiderschapskwaliteit, kennis van de wetenschappelijke ontwikkelingen, een klimaat van vertrouwen en betrokkenheid van alle bestuurders gegarandeerd zijn. Dergelijke centra zijn als zelfstandige kostenplaats met bijbehorende publieke bestuursstructuur niet aan één maar aan meerdere ziekenhuizen gebonden. Het bestuur ervan kent een duidelijke scheiding tussen de dagelijkse leiding en de verantwoordelijkheid daarvoor en het toezicht daarop. Het bestuur is in een dergelijke constructie direct verantwoordelijk voor het zichtbaar maken van het instellingsbelang van het centrum voor radiotherapie, wat

voor de regio een ziekenhuis overstijgend publieksbelang is. Het kan worden aangesproken op haar verantwoordelijkheid voor behandeling naar de stand der geneeskunde en heeft ook de middelen om zich daarvoor te verantwoorden. Het kan zelfstandig een personeelsbeleid voeren en investeringsbeslissingen nemen. Elk van de twee centra is een geografische eenheid met een eigen beheer. Deze bestuurlijke oplossing is niet nieuw, maar functioneert op verschillende plaatsen elders in het land voor de radiotherapie. Het betekent in termen van de Stelselwijziging, dat concurrentie interregionaal is geborgd. Beide centra zullen gelijkwaardig zijn aan de vergelijkbare centra in de aanpalende regio's. Dit brengt opnieuw de beslissing, waar deze centra vestigen, in discussie.

Uit onderzoek van de auteurs blijkt dat de Delphimethode een mogelijkheid is om het microniveau, het mesoniveau en de macrocontext met elkaar te verenigen en samen te brengen in een gestructureerd en gemodereerd groepsproces waarin vertegenwoordigers van professie verzekeringsorganisaties en bestuurders/beslissers uit ziekenhuizen en van beleidsmakers met elkaar tot aannames komen om deze te combineren als input voor toekomstscenario's ten behoeve van de onderbouwing van strategische beslissingen op diverse niveaus, dat kan het landelijk niveau zijn, het regionale en het ziekenhuisniveau (vergelijk Postma et al., 2007). Goede strategische beslissingen beginnen met een goede onderbouwing ervan.

Literatuur:

- ★ Ees, H. Van, Postma, Th., 2015, Toezicht en belangenafweging in de zorg, paper ten behoeve van NVTZ, Utrecht, In: Den Uijl, H. en Van Zonneveld, T. (eds.), *Zorg voor toezicht*, Amsterdam, Mediawerf).
- ★ Kamp, H.G.J. 2014 Borging publieke belangen, 28 November, AEP / 14181717, Directie Economische Zaken.
- ★ NVRO, 2013, Kwaliteitsnormen Radiotherapie in Nederland, Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie, 18 april, versie 2.1, Eindhoven.
- ★ Postma, T.J.B.M., J.C. Alers, S. Terpstra, A. Zuurbier (2007) Medical technology decisions in The Netherlands: how to solve the dilemma of technology foresight versus market research?, *Technological Forecasting and Social Change*, 74(9), pp. 1823-1833.
- ★ Ribot, J., Terpstra, S., Coebergh, J.W., 2010, Minder radiotherapie no-

dig dan geraamd, *Onderbezetting van kostbare lineaire versnellers dreigt*, *Medisch Contact*, 9 december 65(49).

- ★ Schippers, E.I., 2011, Fusies in de zorgsector en opsplitsingsbevoegdheid IGZ, Brief aan de Tweede Kamer (samen met M.L.L. E. Veldhuizen van Zanten Hyllner), 14 juni, kenmerk MC-U-3066411, Den Haag.
- ★ Paul Starr: *The Social Transformation of American Medicine, The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*, Basic Books, Inc. New York, 1982.

Noten:

- ¹ De analyses en bevindingen in dit artikel zijn gebaseerd op archiefonderzoek: brieven, jaarverslagen, emailberichten, persberichten en rapporten aangevuld met website-analyse, literatuuronderzoek en discussies met enkele betrokkenen en ter zakekundige bestuurders en professionals.
- ² Zoals bijvoorbeeld voor een bevolking van 500.000 mensen in een bepaalde regio zijn minimaal 4 lineaire versnellers en 8 radiotherapeuten vereist.
- ³ In casu verzekeraars, instellingen en patiënten.

Over de auteurs:

Dr. Theo Postma is als freelance onderzoeker verbonden aan de Faculteit Economie en Bedrijfskunde van de Rijksuniversiteit Groningen en is redacteur van *Goed Bestuur En Toezicht*, Zijn onderzoek richt zich op diverse aspecten van corporate governance.

Drs. Sijmon Terpstra is bedrijfseconoom en voormalig hoofd bureau Lange Termijnplanning van het AZG (nu UMCG), en was zelfstandig gevestigd organisatie-adviseur. Hij was lid van de Commissie Radiotherapie van de Gezondheidsraad en als consultant betrokken bij plannontwikkeling en 'Sustainability Studies' van ziekenhuizen, waaronder centra voor oncologie.

Chris Maats, arts, was eveneens werkzaam op het bureau Lange Termijnplanning van het AZG (nu UMCG); Hij was onder meer voorzitter van de KNMG, vice-voorzitter van de Raad van Bestuur van het VU-ziekenhuis, adviseur op verschillend gebied o.m. bij een project van de Europese Commissie en is sedert 2000 toezichthouder en organisatie adviseur.

