

ROAZ NW6 in de COVID-19 pandemie: een beschouwing

Als op vrijdag 13 maart 2020 binnen het Regionaal Overleg Acute Zorg NW6 (Amsterdam Amstelland, Flevoland, Gooi- en Vechtstreek, Kennemerland, Noord-Holland Noord en Zaanstreek Waterland) besloten wordt een bestuurlijk crisisonderzoek in te stellen om leiding te geven aan de aanpak van COVID-19 en meer in het bijzonder de continuïteitsvraag van de zorg te coördineren, heeft geen van de deelnemers een idee van wat hem of haar te wachten staat. Ondanks andere verantwoordelijkheid, bevoegdheid en belang van de verschillende sectoren, komt het overleg tot opmerkelijke successen. Er worden relaties gebouwd en vanuit de opgedane ervaring smaakt de samenwerking naar meer. Er liggen nog meer uitdagingen waar vanuit de gezamenlijkheid veel gezondheidswinst te halen is voor de inwoners in Noord-Holland en Flevoland. Een beschouwende reconstructie van vijftien maanden ROAZ NW6 tijdens de pandemie.

Inhoud

1. Verantwoording
2. Het ROAZ
 - 2.1 Wat is het ROAZ?
 - 2.2 ROAZ NW6 in het recente verleden
 - 2.3 ROAZ NW6 in 2020
3. Accent grootstedelijk versus ruraal/landelijk
4. Samenwerking ROAZ NW6
5. Werkwijze ROAZ NW6
6. Successen
7. Verbeterpunten
8. Aanbevelingen

1. Verantwoording

Om tot de inhoud van dit document te komen is uitvoerig gesproken met de deelnemers van het bestuurlijk ROAZ NW6 (Noord Holland en Flevoland). Voorafgaand aan het met hen gehouden interview hebben zij een vragenlijst ingevuld waarin ze terugblikken op het overleg. Daarin zijn zowel successen als verbeterpunten benoemd.

Aanvullend is gesproken met diverse stakeholders om tot een duidelijk beeld te komen over het effect en de gevolgen van een bestuurlijk crisisoverleg.

In dit stuk staan we allereerst stil bij het bestuurlijk ROAZ in het algemeen. Waar komt dit overleg vandaan, wat is de wettelijke basis en hoe verloopt de aansturing? Vervolgens zoomen we in op ervaringen uit het verleden die mogelijk van invloed zijn geweest. Welke basis werd daarmee gelegd voor het heden?

Uitgebreid wordt stilgestaan bij de diverse deelnemers en de sectoren die zij vertegenwoordigen. Het verschil in organisatie tussen de verschillende sectoren komt aan de orde, net als cultuurverschillen, financiering en de machtsverhoudingen binnen het ROAZ NW6.

De kern van het stuk gaat over de samenwerking binnen het overleg en het vermogen om aan een gezamenlijke ambitie te werken en daarvoor – waar nodig – het individuele belang naar achteren te schuiven. Dat wordt geïllustreerd met een beeldende vertelling over de werkwijze en langsgelopen vraagstukken, een aantal succesverhalen en verbeterpunten.

De voorbeelden zoals aangehaald in dit stuk, worden tegen een theoretisch kader aangehouden om inzicht te geven in de werkwijze en hoe deze zich verhoudt tot de theorie. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van het boek 'Leren samenwerken tussen organisaties' van Edwin Kaats en Wilfried Opeij.

Tenslotte wordt stilgestaan bij wat het ROAZ NW6 de afgelopen maanden allemaal gedaan en bereikt heeft. Om af te sluiten met de vraag: hoe nu verder?

2.1 Het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ)

Het ROAZ is geen nieuwe structuur. Het ROAZ is vormgegeven in 2007/2008 na een opdracht van het ministerie van VWS aan de ziekenhuizen met een traumacentrumfunctie in Nederland. Een bestuurlijk overleg waarin alle acute zorgpartners van de keten vertegenwoordigd zijn.

De ziekenhuizen met erkenning traumacentrum/de acute zorgnetwerken zijn in het kader van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) verantwoordelijk voor het organiseren van een Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) met als doel het maken van afspraken om de acute zorg in de regio's goed te organiseren en kwalitatief te verbeteren, ofwel te zorgen dat een patiënt die acute zorg nodig heeft zo snel mogelijk op de juiste plaats de juiste zorg ontvangt. Dit volgens de geldende normen.

In 2014 heeft het LNAZ intern het document ROAZ; "Netwerkorganisatie met een opdracht" vastgesteld. Hierin wordt als missie voor het ROAZ geformuleerd:

Het optimaliseren van de beschikbaarheid, de bereikbaarheid en kwaliteit van de acute zorgketens in de regio, zodat een patiënt of groep patiënten (ingeval van rampen en crises) met een acute zorgvraag zo snel mogelijk op de juiste plaats de juiste zorg ontvangt.

De WTZi zegt het volgende over de deelnemers aan het ROAZ; “Basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, de crisisfunctie in GGZ-instellingen, regionale ambulancevoorzieningen, huisartsenposten en GHOR nemen op een constructieve manier deel aan het op initiatief van het traumacentrum georganiseerde regionale overleg acute zorgketen. De in dat overleg gemaakte afspraken dienen te worden nagekomen.

Dit alles in het belang van de patiënt. Het is van levensbelang dat een patiënt met een acute zorgvraag zo snel mogelijk de juiste medische zorg op de juiste plaats krijgt. Goede samenwerking tussen de ketenpartners dient het belang van de patiënt. Om deze samenwerking goed te laten verlopen, moet duidelijk zijn wie voor welk onderdeel van de acute zorgketen verantwoordelijk is.

In NW6 zijn er twee traumacentra. Waaraan een ROAZ-netwerk is verbonden. Dat zijn het Amsterdam Medisch Centrum en het Vrije Universiteit Medisch Centrum. Normaal gesproken is de verdeling als volgt: alles links van de A7 valt onder het netwerk VUmc en alles rechts van de A7 onder het netwerk AMC. Daarmee wordt de scheidslijn dwars door Amsterdam getrokken waarbij Kennemerland onder het ene netwerk valt en Gooi en Vechtstreek onder het andere. Een scheiding die overigens niet in lijn is met de inrichting van de veiligheidsregio's.

Eind 2019 wordt besloten over te gaan tot een bestuurlijke fusie van de twee ziekenhuizen. Deze fusie zorgt ervoor dat er wordt besloten om verder te werken alsof er één ROAZ is in Noordwest 6, terwijl het er formeel nog steeds twee zijn.

Het ROAZ NW6 is een groot ROAZ en omspannt in totaal zes regio's: Noord-Holland Noord, Kennemerland, Zaanstreek-Waterland, Gooi en Vechtstreek, Amsterdam-Amstelland en Flevoland. Daarmee is het een van de grootste van zijn soort.

2.2 Het ROAZ NW6 in een recent verleden

Een bestuurlijk crisisoverleg, zoals dat is ingesteld tijdens de COVID-19 pandemie, was niet eerder voorgekomen.

Eenzijds is er het regulier ROAZ overleg dat net als op de bijeenkomst van 13 maart 2020 voornamelijk een weerzien van bekenden is. Een doorwerking van een Nederlands systeem waarbij iedereen een plekje aan de tafel heeft, zoals een aantal deelnemers aangeeft. Al is de aanwezigheid van verschillende sectoren het vermelden waard. In de regio NW6 maken de GGZ, zorgverzekeraars en VVT ook al langer deel uit van dit overleg.

Tijdens de besprekingen staan presentaties gepland waarin informatie wordt gedeeld over ontwikkelingen of over de stand van zaken van lopende projecten en wordt er bijgepraat. Aangezien de aangesloten deelnemers allen een eigenstandige verantwoordelijkheid hebben, wordt er een zekere mate van vrijblijvendheid gevoeld. Dat heeft niet in de weg gezeten om eenduidige afspraken over opschaling bij crisis te maken, voorbereidingen te treffen op de griepvaccinatie onder zorgpersoneel en afspraken over het omgaan met SEH stops. Deze afspraken hadden zeker wel een bindend karakter.

Anderzijds is er een aantal specifieke rampen geweest die vroegen om een daadkrachtig bestuurlijk ROAZ. Daaronder vallen onder meer de Turkish Airlines crash, de voorbereiding op de influenza, uitval van de spoedeisende hulp en een tekort aan ziekenhuisbedden voor kinderen.

‘Er zijn soms wel crisisteams gevormd’, 5.1.2e
5.1.2e maar die waren vaak afgestemd op de aard van het incident en vooral ook regionaal ingestoken. Als je kijkt naar het neerstorten van een vliegtuig van Turkish Airlines bijvoorbeeld, dan ging het vooral over de vraag naar welk ziekenhuis slachtoffers konden worden vervoerd.

Focus lag op samenwerking tussen de ziekenhuizen en de ambulancediensten met als doel slachtoffers snel die hulp te bieden die nodig was. Meer recent heeft de regio te maken gehad met een overstroming in het VUmc, als gevolg waarvan patiënten elders ondergebracht moesten worden (een mega logistieke operatie) en het vollopen van de kinderafdelingen als gevolg van een uitbraak van het RS-virus, die het nodig maakte het patiënt aanbod te spreiden. Maar dat soort crisisteams waren natuurlijk niet zo breed samengesteld als nu.’

‘Hoe een samenwerkingsverband tot stand komt, is altijd bijzonder’, stellen 5.1.2e en 5.1.2e
5.1.2e in Leren samenwerken tussen organisaties. ‘Ontmoetingen vinden gepland of min of meer toevallig plaats en dan ontstaan de eerste ideeën om samen iets te gaan doen. De partijen worden dan aangetrokken door een probleem, door een kans, door de geboden gelegenheid om samen aan oplossingen te werken, of door een bijzondere samenwerkingsvorm.

De ervaring leert dat een gedeelde en betekenisvolle ambitie van groot belang is als bindmiddel in de samenwerking. Mensen willen immers met zinvolle dingen bezig zijn. Anders gezegd: een samenwerkingsverband is een proces van betekenisgeving.’

De gedeelde ambitie in 2020 is duidelijk: het bestrijden van COVID-19.

2.3 Het ROAZ NW6 in 2020

Dat op vrijdag 13 maart 2020, de dag waarop besloten wordt een bestuurlijk crisioverleg ten behoeve van de bestrijding van COVID-19 in te stellen, bij lange na niet in te schatten is welk doemscenario voorligt en wat de impact van de pandemie zal zijn, valt al af te lezen aan het toneel van de bijeenkomst. Vlakbij het Amsterdamse Bos in restaurant De Veranda komen iets minder dan honderd bestuurders en managers bijeen voor het ROAZ. Een samenkomst, die nog geen weken later ondenkbaar is. Deze bijeenkomst was voorbereid door een kleine groep, waaronder 5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

In de bijeenkomst is code rood afgekondigd, omdat de zorgcontinuïteit in gevaar was gekomen. Code rood treedt in werking als lokale maatregelen tekortschieten en er noodzaak is voor andere distributie van patiëntenstromen en strategische keuzes moeten worden gemaakt. Aan de aanpak om de zorgcontinuïteit te kunnen waarborgen, zijn de volgende uitgangspunten meegegeven:

- Elke zorginstelling geeft de eigen mogelijkheden en beperkingen aan
- Samen wordt gezocht naar de beste oplossing
- De druk wordt samen gedragen
- Acute zorg gaat voor planbare/electieve zorg

Primaire taak voor het ROAZ is het coördineren van capaciteit bevorderende maatregelen, zoals: het voorzien in voldoende bedden capaciteit op de Intensive Care, de klinieken en verpleeghuizen, het verplaatsen van patiënten, cohort verplegen; schrappen van electieve ingrepen, opnamestop, samenwerking rond personeelszorg, andere inzet van personeel (zowel binnen als tussen instellingen), inventarisatie en distributie van apparatuur en persoonlijke beschermingsmiddelen, de belasting van de huisartsen etc.

Het testen, het uitvoeren van bron- en contactonderzoek en vaccineren is een taak die vooral op het bord ligt van de GGD'en. De ROAZ heeft ook een belangrijke verantwoordelijkheid in de voorbereiding op een dreigende fase 'crisiszorg' (groot aanbod patiënten, onvoldoende opnamecapaciteit, tekort aan personeel en onvoldoende apparatuur en beschermingsmiddelen).

In gezamenlijkheid is gezorgd voor het stapsgewijs opschalen van de IC-capaciteit en is op regionaal niveau gezorgd voor voldoende Covid-units in de VVT. Alles met de bedoeling de keten van zorg optimaal te laten functioneren en te dealen met schaarste. Het gevreesde moment dat bepaald moest gaan worden wie er wel of niet op de IC behandeld kon worden, is niet gekomen.

Het bestuurlijk crisisoverleg kwam vanaf die datum in eerste instantie dagelijks bij elkaar. Na verloop van tijd is de frequentie afgestemd op de gewijzigde omstandigheden.

In de weken daarvoor zijn 5.1.2e van de netwerken acute zorg (Netwerk Acute Zorg Noordwest en SpoedZorgNet) bezig geweest met het opstellen van de agenda. Vanwege de zorgelijke berichten vanuit de ziekenhuizen in Noord-Brabant wordt die echter al snel omgegooid. In plaats daarvan verschijnt er maar één onderwerp op de agenda: hoe kan het ROAZ NW6 (Noord-Holland en Flevoland) zich zo snel en adequaat mogelijk voorbereiden op een grote stroom aan coronapatiënten?

Ondanks de grote groep mensen is er snel consensus over de manier waarop dat gaat gebeuren. Binnen twee uur zijn er 31 besluiten genomen die allemaal unaniem zijn goedgekeurd. Een record dat binnen het ROAZ waarschijnlijk niet snel geëvenaard zal worden. Een aantal van de besluiten is uniek, zoals bijvoorbeeld het zo goed als volledig afschalen van de planbare zorg binnen de ziekenhuizen. Dit alles om zoveel mogelijk capaciteit te creëren voor coronapatiënten.

Een ander belangrijk besluit is de goedkeuring van de crisisstructuur met het bestuurlijk ROAZ als eindverantwoordelijke. Dat dit een belangrijk besluit is geweest, weerklinkt in de gesprekken met alle deelnemers. **Doordat er namens elke sector één of twee bestuurders deelnemen met mandaat is de besluitvorming efficiënt en effectief.** Op deze manier kon er gedurende de crisis invulling gegeven worden aan de problemen die zich voordeden, gebruik makend van het gegeven mandaat.

5.1.2e noemt het een van de belangrijkste beslissingen: 'We hebben eigenlijk helemaal aan het begin van de pandemie gezegd: we hebben 5.1.2e en dat is 5.1.2e. Maar we gaan ook meteen afspreken dat er van iedere sector maar één of twee vertegenwoordigers in het bestuurlijk ROAZ gaat zitten. En dat geaccepteerd. Terwijl deze mensen eigenlijk tientallen verschillende organisaties vertegenwoordigen die normaal gesproken concurrenten van elkaar zijn.'

'Daar zag je iedereen zich meteen realiseren dat het niet meer zo kon zijn dat ieder groepje binnen een sector kon zeggen: ja, maar wij zijn lichtblauw en jullie donkerblauw. Nee, we zijn allemaal blauw en we hebben één afgevaardigde. De druk van het feit dat het een pandemie was en er stappen gezet moesten worden, heeft daar natuurlijk wel een sterke rol in gespeeld, maar het werkt wel.'

De theorie onderstreept dit besluit, daar de gemandateerde vertegenwoordiging voor daadkracht binnen het bestuurlijk ROAZ NW6 zorgde. Kaats en Ophij stellen: 'Samenwerkingsverbanden zijn door hun aard vatbaar voor onder organisatie en dat komt door de aanwezigheid van heterogene groepen, met onbekende of zich nog ontwikkelende doelen en diffuse machtsstructuren. Vaak is er geen sprake van dezelfde probleemdefinitie. Ook kunnen er nieuwe toetreders bijkomen, er kunnen partijen vertrekken en de omgeving kan snel veranderen. Dikwijls is de mate van hiërarchie ambigu/dubbelzinnig en is er geen manager die formeel de macht heeft over de (juridisch) onafhankelijke partijen (Schruijer, 2004).

Dat uit zich in onvoldoende hygiëne, onvoldoende beweging, onvoldoende drive tot onderlinge feedback en correctie: het netwerk raakt in het slop. In de praktijk zien we ook regelmatig het verschijnsel dat deelnemers in een netwerk ervan overtuigd zijn dat het netwerk een organisatievorm is die geen management nodig heeft. En dat is meestal niet het geval! Juist omdat er bij samenwerking sprake is van verschillende organisaties die hun autonomie behouden, maar er wel een deel van moeten inleveren, moet je goed organiseren. Anders valt het samenwerkingsverband bij het minste of geringste uit elkaar.

Daarnaast doet zich het verschijnsel van schijnsamenwerking voor. ‘Soms lukt het niet om overeengekomen doelen om te zetten in de praktijk. De partners zijn het eens over wat de samenwerking moet opleveren, maar slagen er niet in om die echt concreet te maken. Er ontstaat dan een situatie waarin de dialoog over de doelen verder wordt voortgezet, maar waarbij de gesprekken zich op een abstract niveau blijven bewegen en blijven steken in voornemens en voorzetten. Na verloop van tijd wordt de teneur van het overleg negatief. De deelnemers richten hun aandacht geleidelijk meer op het analyseren van de ontstane impasse, het niet kunnen overbruggen van de verschillen tussen organisaties en het improductieve vergaderen. Gezamenlijk beschouwt men het eigen falen. De samenwerking blijft beperkt tot het samen spreken, waarbij de deelnemers een collectieve machteloosheid ervaren om de blokkade te doorbreken.’ (Van Delden, 2009).

De eerste overleggen van deze groep staan in schril contrast met die eerste vergadering in de Veranda. Bij elkaar komen is geen optie meer en alternatieven, zoals Microsoft Teams (nog niet breed genoeg beschikbaar) en Zoom (te onveilig) bieden ook nog geen soelaas. In plaats daarvan wordt er ouderwets via een conference call vergaderd.

5.1.2e ‘De discipline tijdens die vergaderingen, die op dat moment elke dag plaatsvonden, was wonderbaarlijk. Iedereen wachtte keurig tot men het woord kreeg. Dat deed 5.1.2e wat mij betreft heel erg goed. Elke vergadering kende een vast patroon met wie wanneer aan de beurt kwam. En hij zorgde er altijd voor dat iedereen het woord kreeg. De vergaderingen liepen ook nooit uit. Op dezelfde dag als het overleg vond het ziekenhuisoverleg plaats en het lukte elke keer om op tijd daarvoor klaar te zijn.’

Dit onderstreept de stelling van Kaats en Opheij: ‘Samenwerken is mensenwerk. En als die mensen in een samenwerkingsverband samenkomen, neemt iedereen zichzelf mee en ontstaat er dynamiek. Het gaat dan om het balanceren tussen vertrouwen en waakzaamheid, groepsdynamica, en mechanismen rond macht en invloed, waarbij er altijd sprake is van diversiteit. Dit kan conflicten opleveren, waarbij het de kunst is de conflicten constructief te maken. Leiderschap is bij samenwerken altijd cruciaal. Hiërarchisch leiderschap is in samenwerkingsverbanden niet aan de orde, want ieder van de partners in de samenwerking is zelfstandig. Maar er is wel leiderschap nodig, want anders komt de samenwerking niet tot stand.’

3. Accent grootstedelijk versus ruraal

‘Als mensen samenwerken, balanceren ze tussen vertrouwen en waakzaamheid in de relatie met anderen. Het oer dilemma van samenwerken en het aangaan van interpersoonlijke relaties is de vraag in hoeverre we ons kunnen overgeven aan die relatie en in welke mate we ons of onze achterban moeten behoeden voor eventuele risico’s van de relatie. In situaties van samenwerking is er sprake van veel of weinig waakzaamheid. De combinatie van vertrouwen en waakzaamheid leidt tot vier relatietypen, te weten: waakzaam contracteren, berekenend verbinden, onderzoekend uitwisselen en onbelemmerd samenwerken.’ – Kaats en Opheij, 2016.

Een korte blik op de samenstelling van het ROAZ NW6 laat zien dat de vertegenwoordiging een grootstedelijk karakter heeft en daarmee wellicht uitnodigt tot waakzaamheid voor een aantal deelnemers. Met uitzondering van 5.1.2e vanuit de VVT die Noord Holland Noord, Zaanstreek Waterland en Kennemerland vertegenwoordigde, 5.1.2e, en 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e, zijn alle deelnemers vooral gelinkt aan organisaties die domicilie hebben in Amsterdam.

Daarnaast speelt het verschil tussen de verschillende sectoren mee. De huisartsen zijn – uitzonderingen daargelaten – in de regio over het algemeen minder goed georganiseerd dan andere sectoren en de VVT-sector neemt in andere regio's soms zelfs helemaal niet eens deel aan het bestuurlijk ROAZ.

En dan de ziekenhuizen: de regio kent meerdere grote ziekenhuizen. De twee traumacentra bevinden zich bij de aanvang van de crisis in een bestuurlijk fusieproces. Dat zorgt voor een bestuurlijke uitdaging bij de start. Tot recent werd het ROAZ NW6 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e.

Aan de grootstedelijke vertegenwoordiging doet dat niets af – beide 5.1.2e blijven actief in het ROAZ NW6 – en dat is gezien de oorsprong van het ROAZ ook niet vreemd. De basis ligt zoals eerder in dit artikel beschreven bij ziekenhuizen met traumacentrum en in de regio zijn de enige twee daarvan gevestigd in de hoofdstad.

Tegelijkertijd is het belangrijk te beseffen dat het crisisoverleg betrekking heeft op de aanpak in zowel Noord Holland als Flevoland. Dus niet alleen Amsterdam. Provincies die beide veel platteland kennen.

Dat de samenstelling vooral een grootstedelijk karakter kent, is deels toe te schrijven aan toeval. Zo 5.1.2e 'Toen ik naar de Veranda ging had ik wel al wat mensen ontmoet in de stad als eerste kennismaking, maar ik zat er nog niet helemaal diep in. Ik ben eerst begonnen met interne kennismakingsgesprekken en maakte van dit overleg ook gebruik om nieuwe mensen te ontmoeten.'

'Al snel werd duidelijk dat iedere sector tijdens het overleg vertegenwoordigers zou kiezen. En terwijl ik nog even stond te praten met iemand, was voor mij al besloten dat ik 5.1.2e zou worden. Zo is dat regionaal ongeveer gegaan voor de huisartsen. Ik dacht wel meteen: oké, dit wil ik doen. Maar ik wist niet zo heel goed wat me te wachten stond.'

5.1.2e was zich ervan bewust dat hij ervoor moest waken vanuit een Amsterdams vertrekpunt te starten in de overleggen. 'Ik heb er zelf altijd heel erg op gelet dat er regionaal gesproken wordt. En als bijvoorbeeld Noord Holland Noord of Kennemerland met bepaalde voorstellen komen, dan moet je daar de ruimte voor geven. Hetzelfde geldt voor geluiden vanuit andere sectoren uit de regio. Elke regio moet wat mij betreft met twee personen vertegenwoordigd zijn.'

Toch erkent hij dat een bepaald netwerk wel een rol speelt binnen het crisisoverleg. 'Ik heb vanuit mijn ervaring een aantal keuzes gemaakt. En veel daarvan zijn goed uitgepakt en dat zie je terug in de verslagen. Maar ik had achteraf dingen ook misschien anders gedaan. De relatie met 5.1.2e was bijvoorbeeld niet heel aanwezig bij aanvang. Daar had ik zelf eerder initiatief moeten nemen. Ik had gewoon moeten zeggen: jongens, ik kom eraan. Maar uiteindelijk heb ik relatief laat kennisgemaakt met 5.1.2e en de veiligheidsregio's.

Een extra accent op het rurale gebied binnen de regio wordt nog wel toegevoegd door 5.1.2e

5.1.2e

Zij vragen

5.1.2e

5.1.2e

ook deel te nemen aan het

overleg.

5.1.2e

weten elkaar voor het overleg al goed te vinden. Er werd al veel samengewerkt en de alliantie ontstond dus al voor het bestuurlijk crisisonderzoek. Juist de combinatie van eigenlijk twee ROAZ-besturen werkte in het voordeel van het bestuurlijk ROAZ NW6. Door de hoeveelheid menskracht hebben we dingen goed kunnen verdelen. We hadden veel adviseurs en zeker tijdens de eerste piek, waarbij elke dag, ook in het weekend en soms meerdere malen per dag, cijfers aangeleverd moesten worden, is dat waardevol gebleken. We zijn geen 24-uursbureau, maar werden dat wel. En waar andere regio's vaak externe mensen hebben moeten inhuren, hebben wij het met onze eigen mensen kunnen doen.'

4. Samenwerking ROAZ NW6

'Een samenwerking is kansrijk als mensen en organisaties zich met elkaar weten te verbinden in een betekenis gevend proces dat recht doet aan alle belangen en gericht is op een betekenisvolle ambitie. Het is de grote opgave om daarvoor de juiste condities te scheppen.' – Kaats en Opheij, 2016.

'Als iedereen gelijk is, maar er wel andere verantwoordelijkheden kunnen zijn en dat geaccepteerd wordt, dan heb je de eerste grote slag al geslagen', zegt 5.1.2e 'En dat is niet afhankelijk van regels of macht. Als je geen solidariteit toont en de grootste zegt: ik ga alleen maar rekening houden met de belangen van de grootste, dan heb je op voorhand al verloren.'

'Wij hebben een heel goed besluit genomen – en dit zeg ik terwijl er in mijn ogen ethisch gezien we ook niets anders hadden kunnen en mogen doen – dat we vanaf het begin af aan solidair zijn geweest met de VVT (en later ook met de GGZ en GHZ). Daar had geen andere keus gemaakt kunnen worden.'

5.1.2e

noemt ook een andere belangrijke beslissing. In de regio NW6 werd ervoor gekozen om de klinische capaciteit voor het eerst helemaal openbaar te maken. Alle beschikbare capaciteit in de regio, zowel in de ziekenhuizen als de VVT werd met elkaar gedeeld. Er zijn afspraken gemaakt over de capaciteit en verdeling en vervolgens gehandeld naar deze verhoudingen. Lukte er een keer iets niet, dan werd dat eerlijk gezegd en werd er rekening mee gehouden.'

5.1.2e

'Ieder lid had goed de leiding over het proces in de eigen sector. Daarnaast was de informatievoorziening over de stand van zaken erg goed. Dat maakte dat als er extra taken uitgevoerd moesten worden, ieder lid ook nog een extra tandje bijzette vanuit zijn expertise. De verbinding van 5.1.2e met 5.1.2e in LNAZ verband werkte goed voor het beeld van wat er in het land gebeurde.

'Sectoren deelden hun problemen met elkaar', zegt 5.1.2e 'Er werd gezocht naar oplossingen met en voor elkaar. Over het algemeen is er goed geluisterd naar elkaar, maar ook naar elkaars belangen. De voorzitter heeft daar ook de ruimte voor gegeven, maar hield ook de regie zodat de vergaderingen bijvoorbeeld niet uitliepen. Humor was daarbij ook een belangrijk aspect.'

Elk lid van het bestuurlijk crisisonderzoek zal zich aansluiten bij een aantal belangrijke punten als het gaat om de samenwerking: er was ruimte voor elkaar. Er werd niet gedacht vanuit de sector, maar vanuit het probleem. 'Niet het eigen belang of de organisatie, maar het zo goed mogelijk zorgen voor de patiënt stond voorop', aldus 5.1.2e 'Er werd over de muren van de eigen instelling heen gekeken.

Daarbij hielp het enerzijds dat er voor alle betrokken partijen een plek aan de tafel was en anderzijds dat er een duidelijke en strak gemandateerde vertegenwoordiging gold.'

5. Werkwijze ROAZ NW6

Wie het heeft over de werkwijze van het ROAZ NW6, komt snel uit op twee belangrijke punten die ook eerder in dit artikel al naar voren zijn gekomen. Enerzijds is dat de groep bestuurders die deelnam aan het crisioverleg daar gemandateerd zat namens een hele sector en vanuit die hoedanigheid ook beslissingen voor hen kon nemen. Anderzijds de rol van de voorzitter.

Natuurlijk hadden zij achter de schermen wel te dealen met de achterban. Daarbij komt vooral naar voren dat de ene sector beter georganiseerd is dan de andere en ook de ondersteuning vanuit het ROAZ-bestuur niet altijd als even evenredig en eerlijk werd ervaren.

'Als sector werden wij eigenlijk helemaal niet bediend door het ROAZ-bureau', vertelt 5.1.2e
'Dat is wel één van de punten waarvan ik vind dat hij moet terugkomen in de evaluatie. Dat ik niet ondersteund werd in de huisartsenzorg en alles moest doen met 5.1.2e
5.1.2e Die heb ik uiteindelijk gebruikt voor de hele regio.'

De huisartsenzorg is bij aanvang van de pandemie dan ook niet goed georganiseerd. Een probleem waar 5.1.2e uiteindelijk wel haar weg in wist te vinden. 'Ik heb ze gewoon allemaal uitgenodigd. Daarbij heb ik in het begin wel aangegeven dat ik het niet handig vind dat vanuit de huisartsen allerlei verschillende type functies aanschoven. Het moest bestuurlijke vertegenwoordiging zijn, maar dan zaten er toch vaak weer managers bij elkaar, waardoor er meer tactische dan bestuurlijke punten op tafel kwamen. Maar uiteindelijk heb ik wel het gevoel gehad dat ik daar met mandaat van de hele sector zat.'

Een probleem dat hier ook ter sprake komt is het verschil in overhead tussen de verschillende sectoren. Waar bijvoorbeeld het ROAZ-bestuur kon rekenen op meerdere adviseurs zoals hierboven al staat omschreven, moesten de huisartsen het met veel minder personen doen. Al zal 5.1.2e ook benoemen dat het aan de sectoren zelf is om zich goed te organiseren en dat geen ROAZ-aangelegenheid is.

Daarmee onderstreept hij meteen een aantal eigenschappen die hem door de verschillende deelnemers worden toebedeeld. Open en fair, maar wel streng en een echte leider. Eigenschappen waarvan hij wist dat ze nodig waren om de rol van 5.1.2e te kunnen vervullen. 'Dit is een verantwoordelijkheid die bij mijn functie hoort en ik wist dat ik hier goed in ben. Ik ben betrokken geweest bij meer crises en weet van mezelf hoe ik in dat soort omstandigheden moet functioneren.'

*In de literatuur wordt over het belang van verbindend leiderschap het volgende gezegd:
'Verbindend leiderschap gaat in tegen de conventionele leiderschapsconcepten, –principes en de praktijk. Deze zijn effectief in bepaalde omgevingen en voor specifieke taken, maar schieten tekort als het gaat om vrijwillig commitment vanuit verschillende partijen met verschillende belangen. Samenwerking vereist een ander soort leiderschap: het vraagt om leiders die zich toeleggen op het waarborgen van het proces, de interactie en die geduldig omgaan met een hoge mate van frustratie. Ze wijzen er ook op dat het proces open, eerlijk moet zijn en dat dominantie van bepaalde partners moet worden voorkomen.' – Chrislip en Larson (1994)*

‘Verbindende leiders zijn personen die de relevante partijen bijeenbrengen, hun interacties faciliteren, neutraal zijn, de aanwezigheid van verschillende belangen kunnen hanteren, niet afhankelijk zijn van positioneel gezag, complexiteit en ambiguïteit kunnen tolereren, aandacht schenken aan vertrouwensontwikkeling, zelf geen machtspositie wensen in te nemen en ook niet op de voorgrond willen treden’ -Schruijer (2004)

Zijn methode van werken droeg er in ieder geval aan bij dat elke sector zich vertegenwoordigd voelde terwijl er aan een gezamenlijk doel werd gewerkt. 5.1.2e heeft veel nadruk gelegd op de samenwerking en solidariteit gedurende de diverse COVID-fasen’, zegt 5.1.2e zorgverzekeraar Zilveren Kruis. ‘Dat heeft ervoor gezorgd dat de sfeer in het bestuurlijk ROAZ altijd goed is geweest, ondanks de COVID-crisis en ondanks dat deze solidariteit buiten de regio qua overnemen van patiënten of afschaling van de reguliere zorg niet altijd zo werd ervaren.’

Tegelijkertijd zijn er af en toe vraagtekens geplaatst bij de efficiëntie van en daadkracht tijdens de vergaderingen. Had er soms niet iets meer tijd genomen moeten worden voor beeldvorming? Dat stelt 5.1.2e in ieder geval.

‘Als het gaat om de maatregelen en het wel of niet volgen van het RIVM bijvoorbeeld. Wij hebben ons als regio altijd heel trouw gehouden aan de richtlijnen zonder dat er ruimte was voor discussie of dat nu wel of niet verstandig was. Ik weet nog dat er op een bepaald moment werd aangekondigd dat het dragen van mondneusmaskers zinloos was. Vanuit de ROAZ volgden wij dat en dat heb ik ook uitgedragen en meegenomen naar mijn eigen organisatie.’

‘Toen het RIVM twee maanden later het beleid wijzigde en zei: misschien is het toch wel verstandig om ze te dragen, moesten wij onze medewerkers gaan uitleggen dat ze toch wel zinvol zijn en dat het zelfs verplicht werd om ze de hele week te dragen. Met gezond verstand had ik dat achteraf misschien anders gedaan.’

Voor 5.1.2e was een discussie over dergelijke onderwerpen geen mogelijkheid. ‘Dat is in een crisis een slecht idee. Je zult moeten accepteren dat beslissingen centraal genomen worden. Wat ik echt heb proberen te bewaken, is dat we ons bezighielden met hetgeen waar we wel van zijn. Het verdelen van de persoonlijke beschermingsmiddelen en het opzetten van de COVID-units zijn daar twee goede voorbeelden van.’

‘Ik weet nog dat er op een zeker moment een brief aan de minister moest komen van ons als ROAZ. Of dat we spatschermen moesten en zouden gaan gebruiken in plaats van mondkapjes. Dat werd dan op vrijdag geroepen en moest op maandag geregeld zijn.

De minister moest er maar ja op zeggen. Nou, dat heeft een hoop stofwolken gegeven, we hebben die schermen allemaal gehad in het begin, maar de verpleegkundigen zagen er niks door. Ze worden nu nog steeds wel eens gebruikt, maar erg doeltreffend was het niet. Als het om dit soort dingen gaat, moet je kijken waar je kracht ligt en waar je je invloed wel kan gebruiken achter de schermen. Als je aanslaat op elke hype, ben je niet toekomstbestendig bezig.’

Een grote saamhorigheid is gevoeld tijdens de derde golf en het ROAZ zich moest voorbereiden op fase 3. De ROAZ-bureaus zagen zich geplaatst voor een schier onmogelijk opgave om alle voorbereidingen ter hand te nemen. Nadat hierover in het bestuurlijk crisisoverleg een signaal was afgegeven, werd niet alleen aan elke uit te voeren taak (planvorming, opleiding en training e.d.) een bestuurlijk trekker gekoppeld, maar werden ook taken door andere organisaties opgepakt. Dan voel je je bijzonder gesteund en dan weet je dat wat te doen is samen wordt gedaan, zo geeft 5.1.2e 5.1.2e aan.

Over de top van de derde golf, toen de viruscirculatie laag was en de belasting van de ziekenhuizen tot een normale proportie was terug gebracht, lag de vraag voor om de crisisorganisatie af te schalen. Dat was een bijzondere vraag, omdat GGD'en (testen en vaccineren) en huisartsen (reguliere en covid-19 gerelateerde zorg) nog volop in touw waren.

Dat voelde niet helemaal als samen, zo stelt 5.1.2e. Temeer daar kort na het besluit het aantal meldingen sterk toenam en de eerstelijnszorg zwaar onder druk kwam te staan en de continuïteit hiervan in het geding kwam.

6. Successen

Ondanks het ongekende virus en de onvoorspelbaarheid van het verloop van de crisis in combinatie met een mediahype, bleef het bestuurlijk crisisoverleg koersvast. Een aantal successen springt in het oog. De vervroegde uitstroom door zuurstof thuis, het verdelen van de schaarse persoonlijke beschermingsmiddelen en de patiënten spreiding.

De samenwerking tussen ziekenhuizen, huisartsen en VVT is opmerkelijk effectief gebleken. Door op een vroeg moment goed met elkaar af te stemmen waren er in de volle breedte voldoende covid-units beschikbaar. Deze opvangcapaciteit voorkwam onnodige instroom in ziekenhuizen en andersom droeg het bij aan een versnelde uitstroom van patiënten die uit behandeld waren. Hiermee is zeer doelmatig omgegaan met beperkt beschikbare personele capaciteit, terwijl een hoog rendement werd bereikt. Ook de versnelde uitstroom door zuurstof thuis beschikbaar te stellen, heeft substantieel het aantal ligdagen in ziekenhuizen beperkt. Mooie voorbeelden van wat samenwerking kan betekenen, aldus 5.1.2e van het Zilveren Kruis.

Onder leiding van 5.1.2e werd in korte tijd werk gemaakt om zicht te krijgen op inzicht in voorraden van persoonlijke beschermingsmiddelen: als brillen, face shields, mondneusmaskers (ffp1), schorten, handschoenen. Hoe kom je aan deze middelen die schaars zijn omdat de productie stilligt en de vraag gigantisch is? En hoe verdeel je vervolgens schaarste?

'Eigenlijk is het gewoon heel praktisch gegaan', zegt 5.1.2e 'Op een gegeven moment werd duidelijk, zoals dat landelijk ook duidelijk werd, dat er een tekort van persoonlijke beschermingsmiddelen zou ontstaan. En dat het niet alleen over mondkapjes ging, maar ook om beschermende jassen en apparatuur. In een heel vroeg stadium bedachten wij dat daar een regionale oplossing voor moest komen. Dus is er gezegd: we moeten goed in beeld krijgen wat waar ligt zodat we dat kunnen herverdelen als het nodig is. Dus hoe gaan we dat doen en hoe zorgen we ervoor dat het van de ene naar de andere plek komt? Het leek me een open deur dat daar een plan voor moest komen.'

Er moest een oplossing komen die niet alleen ziekenhuizen, maar ook de andere sectoren voorzag in persoonlijke beschermingsmiddelen. Ook de huisartsenposten, GGD en andere partijen hadden middelen nodig. 'Op een gegeven moment heb ik een groep mensen om mij heen verzameld en gezegd: we hebben een tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen, maar we hebben misschien meer in de regio dan we zelf denken', vertelt 5.1.2e

'We hebben mondkapjes liggen bij de VVT, die ze daar eigenlijk niet kunnen gebruiken maar die hard nodig zijn in de ziekenhuizen. Die moeten we dus verplaatsen. En aan de andere kant hebben we in de ziekenhuizen mondkapjes liggen die hier niet bruikbaar zijn, maar bijvoorbeeld in de verpleeghuizen prima gedragen kunnen worden. We moesten gaan herverdelen. Toen hebben we meteen besloten dat we geen rekening gingen houden met geld en wie nu wat betaald had, maar we zouden gewoon een schaduw boekhouding bijhouden waarin we konden zien wat van de ene organisatie naar de andere organisatie ging.'

Zo ontstond een systeem waarbij keurig bijgehouden werd wat waarheen verplaatste, zonder dat het ten koste ging van het gedeelde doel: persoonlijke beschermingsmiddelen zo efficiënt mogelijk verdelen, ongeacht de sector of grootte van de organisatie. Een systeem en denkwijze die zeker in de opstartfase zijn mankementen kenden. Zo'n honderd werknemers van instellingen verspreid over de hele regio bundelden de krachten, maar waren het niet gewend om in een dergelijk verband samen te werken. En al helemaal niet om aan een dergelijk overstijgend doel te moeten denken.

'Het duurde even voor de grote organisaties doorhadden dat er binnen de VVT bijvoorbeeld eenpitters zitten, die net zo goed bediend moeten worden', zegt 5.1.2e 'De mensen die vrij gevestigd hulp aan huis bieden, moeten ook voorzien worden van beschermingsmiddelen.'

Toen dat kwartje eenmaal geland was, ging het ook snel. Na een paar vergaderingen stond er een systeem om de hele regio zo goed als mogelijk te voorzien van persoonlijke beschermingsmiddelen. Bijvoorbeeld door depots verspreid over de regio in te richten waar kleinere bedrijven ook beschermingsmiddelen konden ophalen. Tegelijkertijd kon daar ook aangeklopt worden om overschotten in te leveren en beschikbaar te stellen aan andere sectoren in de regio.

'Dat was een groot succes', zegt 5.1.2e 'Ik denk dat wij één van de of anders de eerste regio waren in Nederland die dat goed georganiseerd hadden. Vooral omdat we echt breed geïnventariseerd hebben wat waar lag. Ik wilde weten wat er bij de huisarts lag, wat bij de GGZ en ga zo maar door. Alle sectoren kwamen bij ons meteen aan bod. Toen in het nieuws berichten verschenen dat de VVT sector een gebrek aan mondkapjes had, gold dat niet voor onze regio. Daar was het allemaal geregeld.

Daarmee werd een belangrijke basis gelegd voor het verdere verloop van de pandemie. Destijds was namelijk nog niet duidelijk dat de VVT-sector een belangrijke rol zou gaan spelen als het gaat om de in- en uitstroom van patiënten naar ziekenhuizen. Later pas bleek dat zij een essentiële rol zouden vervullen toen de ziekenhuizen het te druk kregen. De sterke basis in de regio droeg eraan bij dat ook die samenwerking goed verliep.

Zegt ook 5.1.2e, die namens de VVT-sector deelnam in het bestuurlijk ROAZ NW6. 'Vooruitlopend op deze situatie, was de VVT in onze regio al aangehaakt. Eerlijk gezegd heb ik het ROAZ in het verleden persoonlijk wel ervaren als een gremium dat erg ziekenhuis gedomineerd was. Maar vanaf het moment dat zij onze realiteit gingen bepalen, heb ik ervaren dat er meteen gewerkt werd vanuit een gemeenschappelijk doel.'

'Als ik 5.1.2e aan het begin van deze crisis voor het eerst ontmoet had, had ik misschien niet aan deze tafel gezeten. Daarbij is het belangrijk dat we in deze regio dus al jarenlang samenwerken. De samenwerking tussen de VVT en de ziekenhuizen was al erg versterkt. Ik was met het VUMC en AMC al jaren bezig om een samenwerking op te zetten. Net zoals dat ook met het Rode Kruis Ziekenhuis al gebeurde. Het is dus niet dat er nu iets uit niets ontstaan is. Er bestond al wat en dat is nu een grote kracht geweest.'

'Ik denk dat we snel een hele mooie structuur hebben opgebouwd en gezamenlijk zijn gaan zoeken naar de beste oplossingen. Met het verdelen van persoonlijke beschermingsmiddelen als aansprekend voorbeeld.' Waarbij 5.1.2e aangeeft dat een zekere strakheid en een bepaald regime daarbij hebben geholpen. Waar in het begin veel beschermingsmiddelen van de VVT naar de ziekenhuizen gingen, gebeurde dat later net zo goed andersom.

‘Een van de kernwoorden die bij mij meteen boven komt drijven, is gelijkwaardigheid. Er was een gelijkwaardigheid tussen de deelnemers in het overleg. Een gezamenlijkheid in het opzoeken van de oplossing van de problemen die er waren. En daarbij begrip hebben voor elkaars positie. Naarmate de stress er een beetje afraakte, ontstond er daarom ook een situatie waarin we inhoudelijk met elkaar in gesprek konden gaan in plaats van het alleen maar dichten van lekken en oplossen van problemen.’

Een goed voorbeeld daarvan zijn de COVID-units. Door de toenemende druk van (klinische) COVID-patiënten in de ziekenhuizen werd het een optie om patiënten over te plaatsen naar covid-units VVT. Om zo de ziekenhuizen te ontlasten en waar mogelijk te voorkomen dat patiënten buiten de regio worden geplaatst. De COVID-units zijn bestemd voor patiënten die komen vanuit het ziekenhuis en nog niet in staat zijn naar huis te gaan. Ook is het mogelijk dat patiënten vanuit de thuissituatie op de COVID-unit worden opgenomen. Het kan zijn dat de thuiszorgteams de intensieve zorg niet kunnen bieden en tijdelijke opname op de unit nodig is. De regio kende op het hoogtepunt 15 COVID-units met een piekbezetting van 175 patiënten.

Waar 5.1.2e de materialen voor zijn rekening nam, deed 5.1.2e dat voor de spreiding van patiënten. ‘Toen de besmette patiënten binnenkwamen, kwam daar meteen wel spoed bij kijken. Bijna alle ziekenhuizen hebben toch wel momenten gehad dat er mensen op de eerste hulp lagen die weg moesten. Op een gegeven moment wel tien per dag. Daar heb je wel een heel team voor nodig, want voor één overplaatsing zijn al tien telefoontjes nodig.’

‘Twee maanden voor dit gebeurde, hebben we al verkondigd dat de samenwerking met alle ketenpartners gewoon echt veel beter moet’, zegt 5.1.2e. ‘Omdat we daarmee goede zorg bereiken. Toen we in december een uitbraak onder kinderen hadden (R Virus) hebben we ook wel een soort ketenzorg spoedoverleg gehad. Dat is toen allemaal net goed gegaan. Maar dit soort ervaringen hebben eraan bijgedragen dat wij in onze regio als eerste van Nederland ook een goed spreidingsplan hadden en op basis daarvan patiënten konden verdelen.’

Het spreidingsplan droeg eraan bij dat taferelen, zoals in Italië de regio bespaard bleven. Grote paniek en ambulance files bleven in de regio uit. In het artikel “Experience of the coronavirus disease (COVID-19) patient care in the Amsterdam region: optimization of acute care organization. Disaster Med Public Health Prep (Berkeveld E, Mikdad S, Zandbergen HR, et al.)”, waar 5.1.2e wordt dieper ingegaan op de werkwijze.

Hij vertelt. Belangrijk voor het spreidingsplan is onder meer het Acuu Zorgportaal. Om acute patiënten zo snel mogelijk naar het juiste ziekenhuis te vervoeren is informatie over de beschikbare capaciteit van Spoedeisende Hulp (SEH), Eerste Harthulp (EHH), Traumakamer/Shockroom, CT-trombolyse en Operatiekamer (OK) essentieel. Met het Acuu Zorgportaal kunnen ziekenhuizen tijdelijke stops/beperkingen afkondigen waardoor zowel de meldkamer (MKA) als de overige ziekenhuizen in de regio 24/7 inzage hebben in de regionale capaciteit. Met dit inzicht kan de Meldkamer Ambulancezorg direct rijden naar het ziekenhuis met de benodigde faciliteiten en beschikbare opvangcapaciteit.

Drie keer per dag werden bij crisis coördinatoren van elk ziekenhuis in de regio capaciteitsupdates verworven bestaande uit IC-bedden voor COVID-19 patiënten en de beschikbaarheid van klinische COVID-19 patiënten ziekenhuisopnames. Door tegelijkertijd inzicht te geven in de totale IC-capaciteit binnen de regio, werden dagelijks rapporten gemaakt over de opnamecapaciteit van IC-bedden voor niet COVID-19 patiënten.

Op basis van deze informatie had 5.1.2e inzicht in de stand van zaken als het ging om de regionale capaciteit en konden op basis daarvan overdrachtsverzoeken worden afgehandeld. In totaal zijn tijdens de eerste golf 130 patiëntoverdrachten gecoördineerd door het ROAZ NW6, waarvan 71 kliniek en 55 IC.

Deze coördinatie was een goede basis voor de spreiding van patiënten tijdens de rest van de COVID-19 crisis. In totaal zijn meer dan 2.000 patiënten verplaatst. Tijdens de tweede golf zijn 794 patiëntoverdrachten gecoördineerd, waarvan 569 kliniek en 225 IC.

Het coördineren van patiëntoverdrachten bereikte zijn piek tijdens de derde golf. In totaal zijn toen 1241 overdrachten gecoördineerd, waarvan 893 kliniek en 225 IC. Dat brengt het totaal, met ook de meest recente verplaatsingen meegeteld (35) op ruim 2000 overdrachten.

Doordat er in de regio snel protocollen ontwikkeld zijn om het delen van capaciteit, de coördinatie en de samenwerking tussen landelijk en regionaal, te duiden, konden er snel stappen worden gemaakt. Dit heeft bijgedragen aan de regionale samenwerking en zorgde voor een duidelijke taakdelegatie tussen de betrokken stakeholders.

7. Verbeterpunten

Gevraagd naar verbeterpunten als het gaat om het ROAZ NW6, zullen verschillende deelnemers beginnen over de manier – en voornamelijk het gebrek eraan – waarop de verschillende taken en bevoegdheden zijn vastgelegd en benoemd. Veel afspraken leunen op informele besluiten die soms voor een verwarrende situatie zorgen.

‘het is fijn dat er een nieuwe wet in de maak is met betrekking tot het ROAZ (verwachte ingangsdatum 1-1-2022, de Wkkgz en een ministeriële regeling. Dat gaat meer basis leggen onder de taakopdracht, zodat het duidelijk wordt wie waar over gaat en welke verwachtingen mogen worden gekoesterd over de neer te zetten resultaten’. Dat gaat zeker helpend zijn, stelt 5.1.2e

‘Regie zonder doorzettingsmacht is een lege huls’, laat 5.1.2e optekenen. ‘De autonomie van zorgaanbieders is gevaarlijk. Zij gaan over zichzelf en dat is een risico voor effectief regionaal beleid. Ik vind dat er duidelijkheid moet zijn over hoe en wie de regie voert en dat er gedefinieerd moet worden wat de rol van diensten in publiek domein en verzekeraars is.’

Voor 5.1.2e, blijft grootstedelijk versus ruraal ook in de toekomst een aandachtspunt. ‘Door de samenstelling van het team was er in potentie het risico dat het wat Amsterdams georiënteerd zou worden. Ik denk wel dat we gaandeweg ons allen goed bewust waren dat we voor de hele regio verantwoordelijk waren. Maar dit vraagt in toekomstige situaties alertheid op de geografische invulling van het team.’

5.1.2e, 5.1.2e geeft aan dat de discussie over het al niet aan laten sluiten van de Zelfstandige Behandelcentra (ZBC) heeft laten zien dat het belangrijk om met mandaat aan tafel te zitten. Hoewel de ZBC met hun mogelijkheden een belangrijke partner zijn, was er aarzeling om ze aan te haken omdat zorgaanbieders niet goed georganiseerd zijn. Er had moeten worden gevestigd dat hierover een afspraak tot stand kon komen. Gelet op de meerwaarde van de inzet van de ZBC in dit type crisis, zou dat naar de toekomst toe nog wat aandacht moeten krijgen.

5.1.2e, 5.1.2e ‘Van de schotten in de zorg en het marktdenken in de zorg moeten we afstand nemen. Denk bijvoorbeeld aan de strakke financiering van de Zorgverkeringswet (ZVW), die het ingewikkeld maakt om bepaalde cliënt stromen snel te verleggen.

Maar ook aan de zelfstandige behandelcentra (ZBC's), waar personeel meer verdient en minder nacht- en weekenddiensten hoeven te draaien. Om de flexibiliteit van de zorgsector te vergroten zullen hier stappen op gezet moeten worden. Al was het maar ten tijde van crisis, als we het hele land plat leggen vanwege de tekorten in de zorg. Daarnaast zou er meer ruimte moeten zijn om onorthodoxe dingen te doen, zonder dat zorginstellingen veel geld verliezen, dus betere garanties voor instellingen voor continuïteit.

Ik pleit voor meer inzicht in de omvang van het personeelsbestand en het opleiden van nieuwkomers. Dat mag van mij transparanter. Ik heb geen idee hoeveel mensen er bij zijn gekomen in onze regio. Hoeveel extra zij-instromers (KLM, ANWB en noem alles maar op) we aan werk hebben geholpen. Hoeveel mensen zijn teruggekeerd en ik weet eigenlijk ook niet hoe stevig we daar op hebben ingezet.

Wat mij betreft zou dit een speerpunt moeten zijn, want er is personeelstekort, maar ik mis soms de urgentie in de gesprekken. Anders dan het aantal bedden, lijkt dit meer iets van "ieder voor zich".

5.1.2e zelf concludeert nog: "als bij toeval stond er een sterk team waarvan de leden over de eigen schaduw heen konden stappen. Dat is natuurlijk mooi, maar het is zaak om wat er nu aan relatie is opgebouwd uit te bouwen en toekomstbestendig te maken. Dus we zullen met elkaar moeten willen investeren in de relatie. Verder is het van belang voldoende tijd te nemen voor het voeren van het goede gesprek. Doen we de goede dingen en doen we die dingen goed".

8. Toekomst ROAZ NW6

Als het gaat om de toekomst van het bestuurlijk ROAZ NW6 zijn de deelnemers redelijk gelijkgezind. Wat in ieder geval moet blijven, is een compact team van mensen die met mandaat de verschillende sectoren vertegenwoordigen. Een (nog) betere samenwerking in de eerstelijnszorg is ook essentieel. Tegelijkertijd leeft overal het besef dat wanneer de crisismodus verlaten wordt, het makkelijk is om te vervallen in oude patronen.

'Wat de crisis heeft laten zien, is dat er nog een wereld te winnen is op het terrein van preventie. Veel mensen zijn op de IC beland als gevolg van een slechte fysieke conditie ten gevolge van roken, overgewicht, diabetes of andere aandoeningen. De maatregelen hebben ook een schaduwzijde gekend waar het ging om het mentale welzijn van mensen. Inwoners van verpleeghuizen zagen zich geconfronteerd met eenzaamheid en andere mensen zijn in een depressie geraakt. Op dat punt was de mentale veerkracht nog niet op het niveau wat het zou moeten zijn. Bovendien is maar weer eens duidelijk geworden dat de mensen met een lage sociaal economische status zwaarder getroffen zijn dan anderen. Dat wetende ligt er op alle deelnemers in het ROAZ een belangrijke verantwoordelijkheid om te gaan staan voor het belang van preventie. Bijdragen aan een gezondere samenleving door meer te bewegen, betere voeding, minder alcoholgebruik, stoppen met roken e.d. leefstijlinterventies, die voorkomen dat mensen, eerder dan eigenlijk nodig, gebruik moeten gaan maken van de diensten van de professionele gezondheidszorg. Juist nu moeten we schouder aan schouder blijven staan en de strijd aangaan voor een verbeterde leefstijl. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de invulling van het gezondheidsbeleid en dat kan nog veel beter. Als we de deskundigheid van de GGD beter gebruiken, kunnen er veel effectievere interventies worden georganiseerd dan nu het geval', zo betoogt 5.1.2e

5.1.2e sluit zich hierbij aan: ‘Het early warning systeem is hier een mooi voorbeeld van. Een samenwerking tussen GGD en huisartsen waarbij de test- en vaccinatiedata van de GGD verrijkt wordt met de informatie van huisartsen, waardoor er een veel betere risico-inschatting kan worden gemaakt van de populatie en gericht interventie (fijnmazig vaccineren).’ De verzekeraars hebben de ontwikkeling en implementatie van dit project gefinancierd.

5.1.2e vervolgt: ‘In het systeem waarin wij opereren zitten knelpunten waar we tegenaan lopen. Lokale bestuurders vinden het nog niet altijd eenvoudig om verder te kijken dan de eigen bestuurstermijn. Dat terwijl noodzakelijke interventies nu geld vragen dat schaars is, terwijl de gezondheidswinst en het financieel voordeel voor de premie betalende burger, verderop in de tijd ligt.

Als we nu alles in het werk stellen om roken uit de samenleving te bannen, dan gaan we daar pas profijt uit putten als er een hele generatie is die niet meer rookt. Dan zijn we dus 20 jaar verder.’

‘Daarnaast ligt er nog het punt dat zorgverzekeraars wel zouden willen investeren in een preventieaanpak, maar dat zij dit niet zomaar mogen. De door zorgverzekeraars geïnde zorgpremie mag alleen worden gebruikt voor op een individu terug te herleiden zorg.

Dat werkt enorm beperkend, omdat als we allemaal wat in het preventiepotje zouden stoppen, en gedegen aanpak kan worden ontwikkeld, die ons op langere termijn veel voordelen geeft. Bewijs daarvoor is geleverd in Europees onderzoek naar het rendement van preventie.’

‘De onderlinge samenwerking moet absoluut behouden blijven’, zegt 5.1.2e ‘Waar we aan moeten gaan werken nu en in de toekomst zijn een aantal punten. Bijvoorbeeld de digitalisering van ons land. Het feit dat alle huisartsen met andere systemen werken die niet aan elkaar gekoppeld zijn, is schrijnend. Of dat de ziekenhuizen patiënten dossiers hebben, maar niet met elkaar communiceren via die dossiers. Het kan allemaal echt wel wat moderner.’

Het allerbelangrijkste is dat we voorbereid zijn en blijven op een crisis als deze. De kans is aanzienlijk dat we ook in de toekomst met een pandemie te maken kunnen krijgen. Daarenboven is het de verwachting dat schaarste aan zorgpersoneel een belangrijk risico betekent voor de zorgcontinuïteit. Dus er is alle belang met elkaar in gesprek te blijven, de goede dingen te doen en ons goed voor te bereiden op de crisissen die nog gaan komen. Met het fundament dat nu is gelegd, kan dit met vertrouwen tegemoet worden gezien.

Bijlage: Samenstelling bestuurlijk crisiseverleg ROAZ Noord Holland en Flevoland

<i>Deelnemer</i>	<i>namens</i>	<i>rol</i>
5.1.2e	Amsterdam UMC	
	Amsterdam UMC	
	Amsterdam UMC	
	Amsterdam UMC	
5.1.2e	Amsterdam UMC	
5.1.2e	huisartsen NW6	
5.1.2e	VVT (Cordaan)	
5.1.2e	VVT (woonzorggroep Samen	
	RAV NW6	
5.1.2e	RAV NHN	
5.1.2e	GGZ (Arkin)	5.1.2e
5.1.2e	GHZ (Ons Tweede Huis)	
	Zilveren Kruis	
5.1.2e	Zilveren Kruis	
	VGZ	
5.1.2e	DPG Amsterdam	
5.1.2e	DPG Kennemerland	
	NAZ Noordwest	
	SpoedZorgNet	