

DSP

Evaluatie subsidieregeling donatie in ziekenhuizen

5.1.2e

(IdeeVersa),

5.1.2e

5.1.2e

Contactgegevens

December, 2021.

5.1.2e

5.1.2e @ideeversa.nl

5.1.2e

5.1.2e @dsp-groep.nl

5.1.2e

5.1.2e @dsp-groep.nl

Inhoud

Het rapport op hoofdlijnen	5
Aanbevelingen	18
1 Onderzoeksvragen en onderzoeksopzet	24
1.1 Aanleiding van het onderzoek	24
1.2 Onderzoeksopdracht	24
1.3 Onderzoeksopzet	25
1.4 Leeswijzer	28
2 Doel en opzet subsidieregeling 'donatie in ziekenhuizen'	30
2.1 Achtergrond subsidieregeling	30
2.2 Doel van de subsidieregeling 'donatie in ziekenhuizen'	34
2.3 Opzet van de subsidieregeling	35
2.4 Het subsidieproces	38
2.5 Pilots	39
3 De taken van de gesubsidieerde functies en hun rol in de orgaan- en weefselketen	41
3.1 De taken van de gesubsidieerde functies en hun rol in de orgaan-en weefselketen in de subsidieregeling	42
3.2 De taken van de gesubsidieerde functies in de praktijk	45
3.3 Wie doet er welke taken?	49
3.4 Ervaringen van de DC met het takenpakket	50
3.5 De orgaan- en weefselketen op hoofdlijnen	52
3.6 De rollen van de gesubsidieerde functies in de orgaan-en weefselketen in de praktijk	57
4 De plek in de ziekenhuizen van de gesubsidieerde functies	62
4.1 De plek in de ziekenhuizen van de gesubsidieerde functies in de subsidieregeling	63
4.2 De plek van de DC's in de ziekenhuizen in de praktijk	65
4.3 De plek van de DI en CDI in de ziekenhuizen in de praktijk	72
4.4 Aansturen en leidinggeven vanuit het UMC	75
4.5 Contacten tussen de gesubsidieerde functies	79

5	De verantwoordelijkheden van de ziekenhuizen	83
5.1	De verantwoordelijkheden van de ziekenhuizen in de subsidieregeling	84
5.2	Indeling in type ziekenhuizen in de praktijk	86
5.3	Verantwoordelijkheden van de ziekenhuizen en de overlegstructuur in de praktijk	89
5.4	Relaties tussen de NTS en VWS en de ziekenhuizen in de praktijk	92
6	De subsidieregeling en de bekostigingsmethode	96
6.1	De subsidieregeling	97
6.2	Fte's en scholingsbedrag in de praktijk	97
6.3	Bepaling hoeveel fte's waar	98
6.4	Het subsidieproces	99
6.5	Niet - financiële verantwoording	101
Bijlagen		
	Bijlage 1 Lijst met afkortingen	103
	Bijlage 2 Geïnterviewden	105
	Bijlage 3 Wet- en regelgeving	107
	Bijlage 4 Documenten, bronnen en websites	108

Het rapport op hoofdlijnen

Onderzoeksopdracht en deelvragen

DSP-groep heeft in opdracht van de directie Geneesmiddelen en Medische Technologie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de subsidieregeling donatie in ziekenhuizen geëvalueerd.

De onderzoeksvraag voor deze evaluatie was:

"Onderzoek hoe de huidige instellingssubsidie in de praktijk functioneert en welke praktische verbeteringen mogelijk zijn binnen de huidige structuur. Maak hierbij onderscheid tussen donatie van weefsels en solide organen."

Voor de beantwoording van het eerste deel van de onderzoeksvraag: 'hoe functioneert de subsidieregeling in de praktijk?' hebben we de volgende deelvragen gesteld:

- 1 Wat is het doel van de subsidieregeling?
- 2 Wie doet er wat? Welke functies doen welke taken?
- 3 Hoe is het werk georganiseerd? Om hoeveel fte's gaat het in de praktijk? Hoe is de aanstelling georganiseerd? Hoe verloopt de interactie? Hoe is bijvoorbeeld de samenwerking tussen de functies en andere medewerkers binnen de keten?
- 4 Wat zijn de verantwoordelijkheden van de ziekenhuizen? En hoe lopen de relaties tussen de organisaties?
- 5 Sluiten de kosten van de ziekenhuizen aan bij de subsidie?
- 6 In welke mate dragen de gesubsidieerde functies bij aan het doel van de subsidieregeling?
- 7 Verschilt de aanpak van donatie in ziekenhuizen van de oorspronkelijke pilot 'donorwerving in ziekenhuizen' van de regio Groningen uit 2009?
- 8 Verschillen de bevindingen tussen orgaan- en weefseldonatie?

In dit 'rapport op hoofdlijnen' beantwoorden we deze deelvragen en daarmee de hoofdvraag. Deze beantwoording is gebaseerd op de hoofdstukken twee tot en met vijf van het hoofdrapport. Na het 'rapport op hoofdlijnen' geven we aanbevelingen voor praktische verbeteringen van de subsidieregeling (het tweede deel van de onderzoeksvraag).

Voor het onderzoek is de volgende afbakening van belang:

- ③ De nadruk van het onderzoek ligt op de taken van de functies die door de subsidieregeling worden bekostigd. Onderwerpen waar de gesubsidieerde functies tegenaan lopen en buiten de subsidieregeling vallen worden gesignaleerd, maar behoren niet tot het onderzoek.
- ③ De subsidieregeling is een gegeven. De vraag of de subsidieregeling kan worden vervangen door een andere regeling maakt geen onderdeel uit van dit onderzoek.

Opzet onderzoek

Het onderzoek is uitgevoerd in de periode juli – november 2021 en kende de volgende onderzoeksstappen:

- 1 **In beeld brengen Landelijk kader:** analyse documenten en gesprekken met betrokkenen in landelijke overleggen (zie bijlage 2).
- 2 **Vragenlijsten:** vragenlijsten zijn uitgedaan naar de donatiecoördinatoren, de (coördinerend) donatie-intensivisten, de regionale teamleiders en de supervisors. Ook degenen die de subsidie aanvragen en verantwoorden hebben een vragenlijst gekregen. De respons op de vragenlijsten was goed tot zeer goed (57%-100%).
- 3 **Case-ziekenhuizen:** voor de verdere verdieping hebben we interviews gehouden in drie kernziekenhuizen en bijbehorende satellietziekenhuizen. Deze drie ziekenhuizen – de caseziekenhuizen - hebben wij geselecteerd op basis van diversiteit. In schema A hebben we de drie caseziekenhuizen opgenomen, met een korte duiding.
In deze drie case-ziekenhuizen is gesproken met de verschillende functies die door de subsidieregeling worden bekostigd (zie bijlage 2).

Schema A. De drie case-ziekenhuizen

Case ziekenhuis	UMC Utrecht	Albert Schweitzer ziekenhuis (ASZ) Dordrecht	Medisch Centrum Leeuwarden (MCL)
Donatieregio	Utrecht	Rotterdam	Groningen
Type ziekenhuis	UMC, tevens kernziekenhuis	Kernziekenhuis, geen UMC	Kernziekenhuis, geen UMC
Aantal satellieten case-ziekenhuis	Vier	Twee	Drie
Afstand	De langste reisafstand in de regio is circa 50 km	De langste reisafstand vanuit het UMC is circa 150 km. Het gaat dan om kleinere ziekenhuizen (0-4 orgaandonaties per jaar)	De langste reisafstanden naar ziekenhuizen vanuit het UMC is circa 150 km. Het gaat daarbij om kleinere en een groter ziekenhuis (25 orgaandonaties per jaar)

*Alle gefuseerde ziekenhuizen tellen we als één ziekenhuis, ongeacht of de subsidie wordt verstrekt op basis van de situatie van voor de fusie (voor uitleg hierover zie hoofdstuk 6).

- 4 **Landelijke digitale bijeenkomst:** de bevindingen op hoofdlijnen zijn gepresenteerd op een landelijke digitale bijeenkomst. Vervolgens is in die bijeenkomst in vier subgroepen verder gepraat over één of meerdere bevindingen. 52 personen (exclusief de organisatie) hebben deelgenomen.
- 5 **Rapport:** het rapport is geschreven en voorgelegd voor feitencontrole aan het LODT, geïnterviewden op landelijk niveau en de case-ziekenhuizen.

Beantwoording deelvragen

1) Wat is het doel van de subsidieregeling?

De opzet van de subsidieregeling is dat deze zes donatie-gerelateerde functies in ziekenhuizen bekostigt. Het gaat om deeltijdfuncties variërend van 0,1 fte tot 0,5 fte. In schema B is een overzicht opgenomen van de gesubsidieerde functies, de afkorting van de functies en het aantal fte's.

Behalve functies wordt ook een bepaalde training gesubsidieerd, namelijk de training 'Communicatie rondom Donatie'. Ook kunnen andere kosten tot een bepaald maximum per kernziekenhuis worden gedeclareerd.

De gesubsidieerde functies vallen onder een subsidieregeling, omdat er geen andere logische structurele bekostigingswijze is. Er is geen directe relatie tussen de taken en een verzekerde patiënt als ontvanger van de organen en/of weefsels. Hierdoor is er geen duidelijke bekostigingsgrondslag in de Zorgverzekeringswet.

Schema B. Gesubsidieerde functies 2021

Ziekenhuis	Gesubsidieerde functie	Afkorting	Hoeveel fte	Scope functie
UMC, tevens kernziekenhuis	Supervisor	SV	0,1	Voor de regio
	Regionaal teamleider	RTL	0,1 plus 0,1 per kernziekenhuis in de regio	Voor de regio
	Coördinerend donatie-intensivist*	CDI	0,2	Voor de regio
	Donatie-intensivist	DI	0,2	Voor het UMC en het cluster
	Donatiecoördinator	DC	0,4	Voor het UMC
Kernziekenhuis, niet zijnde een UMC	Donatie-intensivist	DI	0,2	Voor het kernziekenhuis en het cluster
	Donatiecoördinator	DCI	0,4	Voor het kernziekenhuis
Satellietziekenhuis (subsidie via kernziekenhuis)	Donatiecoördinator	DC	0,4	Voor het satellietziekenhuis
Landelijk (aanstelling via één UMC)	Manager bedrijfsvoering		1,0	Voor alle regio's (deze functie is er vanaf 2020)

* De CDI is meestal in dienst van het UMC, maar hij/zij kan ook bij een ander kernziekenhuis in dienst zijn. Ook dan is de functie gericht op de regio van het UMC.

De functie van orgaandonatiecoördinator (ODC) wordt niet gesubsidieerd via de subsidieregeling 'donatie in ziekenhuizen'. De ODC's vallen daarom buiten dit onderzoek. Er wordt wel nauw samengewerkt door de gesubsidieerde functies met de ODC's daarom noemen we de ODC's wel vaak. De functie van de ODC's wordt onder andere betaald door de Zorgverzekeraars (via de orgaanbegroting). De reden hiervoor is dat

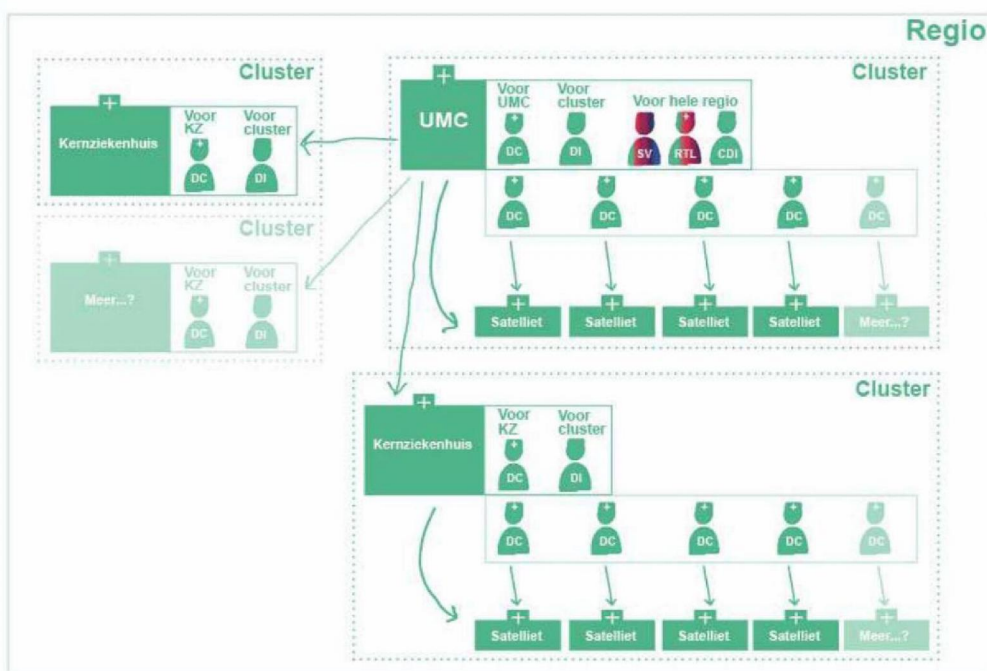
de ODC een meer directe rol heeft bij de orgaandonatieprocedure. Verder is van belang dat één van de ODC's een deeltijdaanstelling heeft als RTL.

De subsidieregeling kent drie type ziekenhuizen:

- 1 UMC, tevens kernziekenhuis. Er zijn zeven UMC's.¹
- 2 Kernziekenhuis (niet zijnde een UMC). Er zijn 16 kernziekenhuizen die niet tevens UMC zijn.
- 3 Een satellietziekenhuis: ieder ander ziekenhuis.

De UMC's en de andere kernziekenhuizen kunnen subsidie aanvragen. De satellietziekenhuizen kunnen geen subsidie aanvragen. De satellietziekenhuizen vallen onder een kernziekenhuis. Een kernziekenhuis met satellietziekenhuizen vormen samen een cluster. Een regio bestaat uit een UMC, een of meerdere kernziekenhuizen en alle satellietziekenhuizen die onder het UMC of de andere kernziekenhuizen vallen, zie figuur A.

Figuur A. Structuur regio-indeling subsidieregeling



In de toelichting op de subsidieregeling wordt als doel van de subsidieregeling gegeven: "De structurele borging van de bekostiging van medisch professionals die betrokken zijn bij de organisatie van donatiezorg, en daarmee de borging van goede beschikbaarheid en kwaliteit van donatiezorg in Nederlandse ziekenhuizen."

¹ Het VUmc en Amc zijn gefuseerd. Ze zijn één UMC. In de praktijk tellen ze echter wel als twee kernziekenhuizen (waarvan één als UMC en één niet als een UMC. Wij gaan uit van de ziekenhuizen na de fusie en tellen UMC en Amc daarom als één kernziekenhuis. In hoofdstuk 6 gaan we hier verder op in).

Als we kijken naar wat de gesubsidieerde functies doen dan verrichten zij taken, zoals scholing van artsen en verpleegkundigen. Ook het nagaan of potentiële donoren zijn gemist, het registreren van overledenen en het geven van feedback aan artsen over donatieprocedures valt onder de taken van de gesubsidieerde functies. Door deze taken zijn artsen en verpleegkundigen voorbereid op een eventuele donatieprocedure in een ziekenhuis. Door het nagaan of potentiële donoren zijn gemist en de feedback wordt verbetering van de procedures nastreeft. De gesubsidieerde functies zijn dus vooral gericht op de voorbereiding en verbetering van de orgaan- en weefseldonatieketen, (zie figuur 3.1 en 3.2 in het rapport).

Het doel van de subsidieregeling wordt in de praktijk door geïnterviewden verwoord als “Het optimaal benutten van het donorpotentieel, door de nabestaanden zo goed mogelijk bij te staan”. Het gaat daarbij niet om zoveel mogelijk toestemmingen te krijgen, maar veel meer om nabestaanden onderbouwde keuzen te laten maken en/of hen te voorzien van de juiste informatie en begeleiding.

Het doel van de subsidieregeling kan dus duidelijker worden benoemd. Het gaat om voorbereiding door met name scholing en verbetering door onder andere feedback geven. De term donatie in de subsidieregeling is breder en lijkt over de daadwerkelijke procedures te gaan.

2) Welke functies doen welke taken?

We hebben de taken van de gesubsidieerde functies geïnterviewd vanuit de praktijk. In schema C hebben we dit samengevat. De taken van de DC staan voorop. De DC doet de taken in samenwerking met de DI, CDI, RTL en/of ODC. Hoe de samenwerking er precies uitziet verschilt per ziekenhuis.

Schema C. Welke functie verricht welke taken?

Functie	Taken op hoofdlijnen
DC	<ul style="list-style-type: none"> ③ Nagaan gemiste donoren, registratie overledenen, feedback aan artsen ③ ICT-aanpassingen regelen in verband met bijvoorbeeld nieuwe formulieren ③ Scholing: organiseren, voorbereiden, geven, nazorg ③ Organiseren en ondersteunen van de COWD (Commissie Orgaan- en Weefseldonatie) ③ Overige, zoals jaarplannen, jaarverslagen maken
DI	<ul style="list-style-type: none"> ③ Scholing: varieert per ziekenhuis van altijd meedoen met de scholing, tot incidenteel tot nooit. ③ Feedback bij bijzondere cases voor zowel orgaan- als weefseldonaties e.d. ③ Voorzitter of lid van de COWD (Commissie Orgaan- en Weefseldonatie) ③ Kern ziekenhuis: bieden van structuur aan DC's, zoals regelmatig overleg, oplossen van knelpunten
CDI	<ul style="list-style-type: none"> ③ Deelnemen aan het landelijk overleg, zoals de commissie donatie van de NVIC ③ Doorgeven van informatie aan andere DI's. ③ Aansturen; dit verschilt per regio ③ Kennisdeling: bijvoorbeeld onderzoek (publicaties)
RTL	<ul style="list-style-type: none"> ③ Ervoor zorgen dat DC's vragen aan ODC's of de RTL kunnen stellen over met name het onderzoek voor gemiste potentiële orgaandonoren. ③ Organiseren dat ODC's of RTL meedoet met scholing in de ziekenhuizen (de mate waarin varieert per regio) ③ Cursus Communicatie rondom Donatie met de ziekenhuizen organiseren (de mate waarin varieert per regio) ③ Organiseren regionaal overleg ③ Deelnemen aan COWD en andere overleggen ③ Rechterhand van de supervisor

Functie	Taken op hoofdlijnen
Supervisor	<ul style="list-style-type: none"> ③ Zorgdragen voor de medisch-logistieke samenhang in de keten van donatie tot en met transplantatie.² ③ Leidinggevende van de ODC's en veelal van de DC's in het UMC, maar niet daarbuiten
Manager	<ul style="list-style-type: none"> ③ secretaris voor het supervisorenoverleg en deelnemen aan het landelijk overleg van de RTL-en.
bedrijfsvoering	<ul style="list-style-type: none"> ③ bewaken van de uitvoering van centrale afspraken rondom arbeidsvoorwaarden, roostering, enzovoort van de ODC's ③ andere ondersteunende taken voor de ODC's, zoals voor de capaciteit in de regio's, rondom roostering en planning van de inzet van ODC's (landelijk)

In tekstkader 3.1 in het hoofdrapport zijn de taken, zoals omschreven in de subsidieregeling, opgenomen. We zien dat de omschrijvingen in de subsidieregeling vrij algemeen zijn, zoals 'uitvoering geven aan het donatiebeleid'. Een nadere duiding als geven van scholing ontbreekt.

Voor alle functies geldt dat een landelijk functieprofiel op hoofdlijnen wenselijk is. Bij de DC's is daar in ieder geval behoefte aan. Het gaat dan nadrukkelijk om een functieprofiel op hoofdlijnen, met ruimte voor verschillen tussen de ziekenhuizen. Zo maakt het type ziekenhuis uit. Veel satellietziekenhuizen hebben bijvoorbeeld met name weefseldonatieprocedures, terwijl kernziekenhuizen vaak zowel weefseldonatie als orgaandonatieprocedures hebben.

Als we kijken naar de rol van de gesubsidieerde functies in de orgaan- en weefselketen dan is de rol vooral gericht op de voorbereiding en verbetering van de keten. Dat wil zeggen de gesubsidieerde functies hebben weinig of geen rol in het orgaan- of weefseldonatieproces zelf. De rol van de supervisor heeft een wat andere focus. De supervisor zorgt voor de medisch-logistieke samenhang in de keten van donatie tot en met transplantatie.

De DC heeft, uitgezonderd in de regio Groningen, geen rol ten aanzien van de ondersteuning bij de daadwerkelijk orgaan- of weefseldonatieprocedures. Wel kan het door iemand als 'extra' taak worden ingevuld.

Medewerkers, die de gesubsidieerde functies vervullen, kunnen een rol hebben in de keten vanuit hun andere aanstelling. Zo heeft een RTL geen directe rol in de keten. De RTL is ook ODC. De ODC heeft wel een directe rol in de keten. Iets vergelijkbaars geldt voor de supervisor die tevens chirurg is, de DI of CDI als intensivist en de DC als IC-verpleegkundige.

² De wijze van uitnemen, maar ook het omgaan met het lichaam van een donor, is van invloed op de te transplanteren organen. (Medisch-)logistiek is het bijvoorbeeld van belang dat een orgaan zeer spoedig wordt vervoerd. Ook zijn diverse andere acties vaak nodig, zoals het spoelen van een orgaan, het aansluiten op een pomp voor zuurstof en dergelijke. Dit proces, de medische-logistieke keten, dient goed te zijn geborgd. De supervisor is hiervoor het eerste aanspreekpunt.

3) Hoe is het werk georganiseerd?

De DC

De DC's zijn volgens de subsidieregeling voor 0,4 fte per ziekenhuis in een kernziekenhuis aangesteld, ook als ze in een satellietziekenhuis werken. In de praktijk zijn veel DC's in het satellietziekenhuis aangesteld. Sowieso is de werkplek van de DC's vaak lokaal, dat is in het ziekenhuis waarvoor ze zijn aangesteld. Lokaal werken heeft bij veel DC's de voorkeur, omdat weten hoe de organisatie in elkaar zit en de artsen en verpleegkundigen kennen van belang is voor het werk. Daarnaast verschillen ICT-systemen en zijn privacy regels voor inlogprocedures streng.

De wijze van aanstellen, verdeling van fte's over de ziekenhuizen in een cluster, de combinatie van de DC-aanstelling met andere aanstellingen, zoals IC-verpleegkundige, is divers. Dit laat onverlet dat er meestal in een team van DC's binnen een cluster wordt gewerkt. Dit team heeft contact met elkaar, stelt elkaar vragen en dergelijke, maar neemt tussen ziekenhuizen niet vaak elkaars werk over als dit incidenteel is. Voor een langere periode, bijvoorbeeld een paar weken, kan het werk overnemen regelmatig wel, maar dit is onder andere afhankelijk van de mate waarin een DC voldoende uren kan vrijmaken.

Er lijkt draagvlak te zijn voor het meer duiden van de functie-inhoud van een DC, bijvoorbeeld via een landelijke functiebeschrijving. Rekening houden met het type ziekenhuis is daarbij van belang.

Het is de vraag of de aanstelling in een kernziekenhuis relevant is voor een eenduidiger functieprofiel. Ook is het de vraag of dit opweegt tegenover de bureaucratische lasten die een aanstelling in het kernziekenhuis kan geven.

De DI en CDI

De werkzaamheden van de DI zijn volgens de subsidieregeling gericht op het hele cluster en die van de CDI op de hele regio. In de praktijk is de invulling van de taken van een DI veelal lokaal (op het eigen ziekenhuis) gericht. Feedback geven aan artsen in een ander ziekenhuis is lastig, scholing geven en bij de COWD zijn in het hele cluster kost veel tijd. Structuur geven in een cluster kan wel, bijvoorbeeld door overleggen in het cluster te organiseren en knelpunten op te lossen.

Dit betekent dat ieder ziekenhuis een DI zou moeten hebben. Een vraag daarbij is of de taken van een DI regulier zijn – dus horen bij het dagelijkse werk van een intensivist - of dat de taken extra zijn, waardoor een subsidie op zijn plaats is. Een commissie, zoals de COWD hoort bij het werk van een intensivist in de zin dat er meer commissies zijn voor andere onderwerpen. Scholing is een taak die buiten het reguliere werk valt. Scholing kan ook veel tijd vergen, zoals bij de recente wetswijziging. De mate van scholing verschilt bijvoorbeeld of een ziekenhuis een opleidingsziekenhuis is of niet. Een deel van de taken van de DI kan worden gezien als regulier en een deel als extra. Voor de CDI geldt iets vergelijkbaars.

RTL

De RTL is tevens ODC en werkt als ODC direct in het orgaandonatieproces en heeft van daaruit een directe lijn met de NTS. Ook werkt de RTL met de supervisor – die de ketenverantwoordelijkheid heeft. De RTL is een inhoudelijke linking pin tussen de DC's en het UMC. De RTL-en kunnen informatie/knelpunten van de

DC's doorgeven aan de supervisor en de NTS en omgekeerd. De RTL coördineert dus inhoudelijk. In het verlengde kan de RTL de functioneel leidinggevende zijn.

Supervisor

De supervisor is de hiërarchisch leidinggevende van de ODC's en vaak van de RTL. In een UMC is de supervisor vaak ook de leidinggevende van de DC's van het cluster van het UMC. De supervisor is niet (direct) de leidinggevende van de DC's in de clusters buiten het UMC. Voor een deel van de gesubsidieerde functies is de supervisor op de achtergrond aanwezig; hij/zij is er wel voor beslissingen nemen en knopen doorhakken. Dit is relevant voor het werk van de ODC's, maar minder direct relevant voor de DC's.

Manager bedrijfsvoering

De manager bedrijfsvoering is een nieuwe functie die zich vooral richt op de ODC's, de RTL-en, de supervisors. Deze functie is voor de evaluatie van de subsidieregeling beperkt relevant.

Relaties tussen de functies

De DC kan door de DI, de RTL en de supervisor functioneel worden aangestuurd. Dit geeft in de praktijk voor de reguliere werkzaamheden vaak geen probleem, omdat het aansturen meer wordt ervaren als samenwerken en/of sparren. De DC werkt veelal samen met de DI en/of RTL en/of ODC. Ook de DC's onderling hebben contacten. De precieze samenwerkingen zijn divers, maar de meeste DC's hebben voldoende contacten voor het reguliere werk.

4) Welke verantwoordelijkheden hebben de ziekenhuizen? Welke relaties zijn er tussen de organisaties?

UMC's en kernziekenhuizen

De UMC's zijn leidend bij de orgaandonaties. De UMC's en kernziekenhuizen doen gemiddeld de meeste weefseldonatieprocedures. De subsidieregeling gaat ervan uit dat er gemiddeld 15 orgaandonatieprocedures of 60 weefseldonatieprocedures per jaar worden gestart in een cluster van ziekenhuizen. Op een uitzondering na voldoen de kernziekenhuizen aan dit gemiddeld aantal donaties per cluster.

De indeling in regio's en clusters is niet overal even logisch in die zin dat er ook andere regio-indelingen zijn voor bijvoorbeeld de IC's en de acute as (Roaz). In gesprekken voor het landelijk kader (eerst fase van het onderzoek) zijn er kanttekeningen bij de rol van de UMC's voor donatie geplaatst, evenals bij het aantal kernziekenhuizen en de indeling in clusters. Uit onder andere de vragenlijsten aan de gesubsidieerde functies blijkt dat er bij de gesubsidieerde functies geen behoefte is aan aanpassingen van de structuur van UMC, kernziekenhuizen en satellietziekenhuizen. Er is wel enige behoefte aan actualisatie van de kernziekenhuizen.

Verantwoordelijkheid ziekenhuizen

De subsidieregeling stelt het verplicht dat er een dienstverleningsovereenkomst is tussen de NTS en de UMC's. Ook is het uitgangspunt dat er een convenant is tussen de UMC's en de (kern)ziekenhuizen. Zowel de dienstverleningsovereenkomsten als convenanten worden jaarlijks verlengd. Er is echter geen monitoring van de uitvoering van deze overeenkomsten/convenanten.

In de subsidieregeling en de onderliggend dienstverleningsovereenkomst is beperkt aandacht voor de verantwoordelijkheden van de individuele ziekenhuizen. Vaak is er een COWD in een ziekenhuis, maar niet overal. Voor de verantwoordelijkheid van een ziekenhuis zou het goed zijn als er overal een COWD is. Op die manier zou lokaal bijvoorbeeld de aandacht versterkt kunnen worden voor de weefseldonatieprocedures en het geven van feedback aan artsen. Sowieso zouden ziekenhuizen explicieter een rol kunnen hebben en daarmee meer verantwoordelijkheid.

Verdere aandachtspunten zijn:

- ③ *Cluster*: het kernziekenhuis, niet zijnde een UMC, heeft geen expliciete verantwoordelijkheid. Het convenant is voor een kernziekenhuis en een satellietziekenhuis gelijk. De verantwoordelijkheden van het cluster zijn bij de DI en de DC belegd. In de praktijk zijn zowel de DI als DC vooral lokaal georiënteerd.
- ③ *Regio*: De taken belegd bij de regio (het UMC) worden grotendeels uitgevoerd. Wel zou de aanhaking van de DI's in de kernziekenhuizen in sommige regio's sterker kunnen. DI's zijn bijvoorbeeld niet altijd aangehaakt bij het Rodow (regionaal overleg). Ook verschilt de aandacht voor het (mede)organiseren van cursussen in de regio (bijvoorbeeld de cursus Communicatie rondom Donatie).
- ③ *De rol van het UMC is tweeledig*: Het UMC heeft een communicatie- en kennisfunctie in de regio. Daarnaast is een UMC ook een kernziekenhuis. De rol is dan gelijk aan die van een ander kernziekenhuis.

Relaties landelijk

Tussen de ziekenhuizen en VWS zijn de relaties wat betreft de subsidieregeling beperkt. De kernziekenhuizen vragen de subsidie aan en leggen financiële verantwoording af. Dit loopt via de subsidieafdeling van VWS. Ook heeft VWS een algemene verantwoordelijkheid voor het systeem, waaronder in ieder geval de verantwoordelijkheid voor de wetgeving valt.

De NTS is een orgaancentrum, zoals bedoeld in artikel 24 van de Wet op de orgaandonatie. De NTS heeft als opdracht ervoor te zorgen dat het bestaande donorpotentieel optimaal wordt benut.. De afspraken tussen de NTS en de UMC's lopen via de dienstverleningsovereenkomst en via een aantal van de gesubsidieerde functies. Met name de RTL heeft een rol in relatie tot de NTS volgens de subsidieregeling; de RTL is de schakel tussen de DC's en de NTS. Daarnaast is de manager bedrijfsvoering; namens de UMC's centraal aanspreekpunt voor de NTS.

De landelijke overlegstructuur wordt door veel geïnterviewden ervaren als onduidelijk. Het gaat dan vooral om de vraag 'wie kan wat beslissen?' De onduidelijkheid wordt zowel in de gesprekken die we voor het landelijk kader hebben gevoerd als in de gesprekken met de case-ziekenhuizen genoemd. Wat wordt in het ziekenhuis bepaald? En wat in het cluster? Wat in de regio/het UMC? Wat landelijk? En is dat dan de NTS of VWS? Daarmee is het de vraag wat de RTI, de CDI, de DI of de supervisor representeren. Landelijk of regionaal beleid? Wie heeft zeggenschap over de taken en de wijze van uitvoering? het ziekenhuis, het UMC, VWS of de NTS?

5) Sluiten de kosten van de ziekenhuizen aan bij de subsidie?

Hoogte bedrag

De subsidieregeling bekostigt functies. Alleen indirect, door de duiding van de functies, worden taken of activiteiten bekostigd. De subsidieregeling kent een normbedrag per functie. Dat is het maximaal te subsidiëren bedrag. In dit bedrag zijn alleen salariskosten opgenomen; overheadkosten zijn niet in het bedrag opgenomen. In sommige ziekenhuizen, waar relatief veel fte's zijn aangesteld, en intern overhead wordt doorberekend is het normbedrag te laag. Bij veel ziekenhuizen speelt dit niet.

In diverse ziekenhuizen is het salaris van één van de functies (welke verschilt) hoger dan het normbedrag. Dit mag niet worden verrekend met minder kosten voor een andere functie. Met name de salarissen van de DC's zijn vaak (ongeveer bij twee derde) hoger dan het normbedrag.

Het vaste bedrag voor ondersteuning en Communicatie rondom Donatie volstaat veelal. Met de kanttekening dat de Covid-maatregelen hier effect op hebben. Er worden bijvoorbeeld minder cursussen gegeven.

Aantal fte's

Kernziekenhuizen herverdelen zelf regelmatig de fte's van de DC's tussen de ziekenhuizen binnen het cluster. Daarnaast wordt er veel maatwerk toegestaan binnen de subsidieregeling in de zin dat de situatie van bijvoorbeeld vóór een fusie vaak in stand wordt gehouden. Dit geeft enerzijds een bepaalde flexibiliteit. Anderzijds is het niet transparant. De frequentie waarmee het aantal fte's van vóór de fusie blijft gehandhaafd en/of dat de kernziekenhuizen de fte's herschikken geeft aan dat het blijkbaar nodig is. Een andere berekeningssystematiek kan zorgen voor een grotere transparantie. Deze systematiek zou zowel voor de DC's als voor de DI's kunnen worden gebruikt.

Subsidieprocedure

De jaarlijkse subsidieprocedure leidt tot onzekerheid over de aanstelling bij met name de DC's. Dit geldt vooral voor DC's die meerdere DC-aanstellingen combineren.

De procedure kost inzet van uren van de gesubsidieerde functies en veelal ook van een medewerker financiën/control. De aanvraag is niet heel lastig. Echter, de regeling en het proces is voor medewerkers die

er voor het eerst mee moeten werken onduidelijk, door gebruik van termen, wie waar is aangesteld en wat de scope is van het werk (zie figuur B).

De verantwoording wordt als tijdrovend ervaren door met name die ziekenhuizen waar een accountantscontrole verplicht is (17 van de 24 ziekenhuizen).

Niet-financiële verantwoording

Over de dienstverleningsovereenkomsten tussen NTS en UMC of convenanten tussen UMC en (kern)ziekenhuizen wordt geen verantwoording afgelegd. Er worden in diverse ziekenhuizen wel eigen verantwoordingen gemaakt. Er is geen behoefte aan meer verantwoordingsinformatie. Wel aan een andere invulling, bijvoorbeeld een verschuiving van de accountantscontrole naar meer inhoudelijke verantwoording.

6) In welke mate dragen de gesubsidieerde functies bij aan het doel van de subsidieregeling?

In de ziekenhuizen dragen de DC's zorg voor scholing aan artsen, nagaan van gemiste potentiële orgaan- of weefseldonoren, registratie overledenen en feedback aan artsen, als ook praktische werkzaamheden als ICT-aanpassingen regelen in verband met bijvoorbeeld nieuwe formulieren en het beschikbaar maken van protocollen. Ook hebben de DC's een rol bij de COWD. De DC doet deze taken met de DI, CDI en RTL. Door artsen en verpleegkundigen voor te bereiden op de mogelijkheid van donatie, door na te gaan of het tijdens een procedure voor iedereen duidelijk was wat de (contra)indicaties zijn, wat de stappen zijn en dergelijke wordt gericht feedback gegeven aan artsen en bijgehouden hoeveel donaties zijn geëffectueerd en hoeveel niet. Door deze activiteiten dragen de gesubsidieerde functies bij aan het doel van de subsidieregeling "Het optimaal benutten van het donorpotentieel, door de nabestaanden zo goed mogelijk bij te staan".

De mate waarin de gesubsidieerde functies bijdragen is niet eenduidig af te leiden, omdat de taken van deze functies overal worden uitgevoerd. Er is geen recente vergelijking met een situatie zonder deze functies. Een vergelijking tussen ziekenhuizen is complex, omdat ziekenhuizen verschillen in de afdelingen die ze hebben. Dit maakt uit voor het aantal potentiële orgaandonoren. Wel of geen afdeling neurochirurgie maakt bijvoorbeeld uit. Ook de bevolkingssamenstelling naar leeftijd en religie heeft invloed op het aantal donoren. Wat precies de effecten zijn van de gesubsidieerde functies is moeilijk te zeggen. Wat in ieder geval opvalt is de gemotiveerdheid van de gesubsidieerde functies. Het is vaak een keuze dit werk, de taken voor de voorbereiding en verbetering van de donatieprocedures te doen. Dit leidt tot een grote gedrevenheid en (extra) inzet.

7) Verschilt de aanpak van donatie in ziekenhuizen van de oorspronkelijke pilot 'donorwerving in ziekenhuizen' van de regio Groningen?

De pilot Groningen (2009) kwam voort uit het Masterplan orgaandonatie 2008. Het Masterplan en de pilot zijn gericht op orgaandonatie.

De regio-indeling waar de pilot Groningen vanuit ging is gelijk aan de huidige structuur van UMC, kernziekenhuis en satellietziekenhuis.

De functies van DC, DI en CDI werden in de pilot Groningen geïntroduceerd (DI en CDI) of vernieuwd (de DC). De functies van RTL en supervisor werden gecontinueerd. De huidige functies zijn in hoofdlijnen nog steeds gebaseerd op de functies uit de pilot Groningen. Wel zijn er ontwikkelingen. In de pilot Groningen was ondersteuning van de orgaandonaties een doel. DC's ondersteunden de ODC's daarom. Er was een 24/7 ondersteuning door intensivisten. De 24/7 ondersteuning is niet door de andere regio's overgenomen bij de uitrol van de pilot. Wel zijn landelijk ODC's 24/7 beschikbaar. In de huidige regeling en praktijk ondersteunen de DC's de ODC's niet, uitgezonderd in de regio Groningen. Aan de ondersteuning in de regio Groningen ligt een praktische reden ten grondslag, namelijk de reisafstand in de regio in combinatie met kernziekenhuizen met veel potentiële orgaandonoren. In een enkel ziekenhuis in de andere regio's ondersteunt een DC wel, maar op vrijwillige basis.

De ODC's worden onder andere via de Zorgverzekeringswet bekostigd. De functies: DC, DI, CDI, RTL, supervisor en manager bedrijfsvoering worden gesubsidieerd via de subsidieregeling 'donatie in ziekenhuizen'. Het is de vraag of de knip tussen ODC's en de gesubsidieerde functies optimaal is. De supervisor en manager bedrijfsvoering worden nu via de subsidieregeling bekostigd. Hun rol is echter eerder gelieerd aan de ODC's dan aan de DC's.

8) Verschillen de bevindingen tussen organen- en weefseldonatie?

De orgaandonatieketen en de weefseldonatieketen verschillen op diverse punten van elkaar. Het belangrijkste verschil is dat organen zuurstof nodig hebben, waardoor het een procedure onder grote tijdsdruk is. Orgaandonatie gebeurt alleen vanaf een IC. Een beperkt aantal afdelingen van een ziekenhuis komt in aanraking met de vraag of een patiënt die gaat overlijden een orgaandonor zou kunnen zijn. Weefseldonaties kunnen vanaf alle afdelingen van het ziekenhuis plaatsvinden en staan onder een minder grote tijdsdruk.

Een ander verschil tussen orgaan- en weefseldonaties is, is dat orgaandonaties levensreddend zijn.

De verschillen tussen orgaan- en weefseldonatie hebben gevolgen voor de taken van de gesubsidieerde functies:

- ③ De artsen die met orgaandonatie in aanraking kunnen komen zijn alleen acute as artsen. Alle artsen kunnen met weefseldonatie in aanraking komen. In de praktijk gaat het dan om een beperktere groep artsen; de schouwartsen, veelal arts-assistenten. Scholing is soms gericht op alle nieuwe artsen, soms meer op de acute as artsen. De cursus Communicatie rondom Donatie was gericht op acute as artsen. Sinds een paar jaar kan de cursus breder worden ingezet. Dit leidt tot de vraag of de inhoud van de cursus daar voldoende op is toegerust. Daarbij geven geïnterviewden aan de trainingen meer te willen richten op 'slecht nieuws gesprekken' waar de vraag over weefseldonatie een onderdeel van uitmaakt.

- ③ De DC's verrichten bij een overlijden op de acute as altijd een volledig onderzoek waarbij wordt nagegaan of er sprake is van een potentiële gemiste donor. Voor weefseldonatie is het onderzoek beperkter, onder andere ook omdat het om relatief veel overlijdens gaat (globaal tien keer meer).
- ③ De feedback die aan artsen wordt gegeven verschilt niet tussen een orgaandonatie of weefseldonatie procedure in de zin dat een arts altijd wordt geattendeerd op potentiële gemiste donoren. Wel verschilt het type onderzoek, zoals aangegeven bij de vorige bullet.
- ③ De COWD is vaak grotendeels gericht op orgaandonaties. Dit omdat dit complexer is en ook omdat arts-assistenten vaak degenen zijn die met weefseldonatieprocedures in aanraking komen. Arts-assistenten rouleren. Hen aanhaken in een commissie is daarom niet altijd eenvoudig.

Voor het verbeteren van de weefseldonatieprocedure loopt ten tijde van dit onderzoek een pilot.

Wat betreft de gesubsidieerde functies is de rol van de DC en DI of CDI voor zowel orgaandonaties als weefseldonaties gelijk. Een DI/CDI is oorspronkelijk (vanuit de pilot Groningen) betrokken vanwege de orgaandonaties. De rolinvulling is inmiddels echter gericht op beide donatieprocedures.

De RTL en supervisor hebben met name een rol vanuit de orgaandonatieketen. De RTL is tevens ODC en als ODC primair betrokken bij orgaandonaties. Alleen als een orgaandonor tevens weefseldonor is regelt de ODC ook de weefseldonatieprocedure.

De supervisor is een transplantatiechirurg en bewaakt vooral de integraliteit van de keten, dat wil zeggen of de medisch – logistieke procedures van de te transplanteren organen optimaal zijn.

Bij weefseldonatieprocedures zijn minder gesubsidieerde functies en minder artsen en verpleegkundigen betrokken. De procedures zijn eenvoudiger.

De verschillen in de procedures vloeien enerzijds voort uit het verschil in complexiteit van de procedures. Anderzijds geven geïnterviewde aan weefseldonatie een 'ondergeschoven kindje' te vinden. Dit vanwege met name het verschil in scholing, nagaan gemiste potentiële donoren en verschil in aandacht voor weefseldonaties.

Aanbevelingen

Het tweede deel van de onderzoeksvraag betrof praktische aanbevelingen binnen de huidige structuur. Vanuit het onderzoek en de beantwoording van de deelvragen komen wij tot de volgende aanbevelingen.

Actualisatie en verduidelijking invulling subsidieregeling

Het doel van de subsidieregeling en de omschrijvingen zijn historisch zo gegroeid in een periode van ruim tien jaar. De eerste drie aanbevelingen betreffen een actualisatie van de regeling.

1) Doel subsidieregeling

De eerste aanbeveling die wij doen is om het doel van de subsidieregeling duidelijker aan te geven. Ook zou het goed zijn te verduidelijken in welke fase van de orgaan- en weefseldonatie de gesubsidieerde functies een rol spelen, namelijk de voorbereiding op en verbetering van het donatieproces (zie figuur 3.1 en 3.2 in het rapport).

Ook kunnen de taken waar het omgaat concreter worden benoemd. Zo mist scholing in de omschrijvingen in de subsidieregeling. Het duidelijker omschrijven van de taken van de gesubsidieerde functies kan misverstanden voorkomen. Er zijn nu verwachtingen rond bijvoorbeeld wat een DC doet die niet onder de regeling vallen. Functieprofielen kunnen helpen bij wat er van de gesubsidieerde functies wordt verwacht. Het gaat daarbij om functieprofielen op hoofdlijnen, waarbij bijvoorbeeld rekening wordt gehouden met verschillen tussen type ziekenhuizen.

2) Reikwijdte regeling

De subsidieregeling gaat over zowel de orgaan- als weefseldonatieketen. Enerzijds lijken beide een gelijke rol te spelen, anderzijds lijkt de nadruk op orgaandonaties te liggen. Dat laatste volgt uit de historische ontwikkeling van de regeling, namelijk uit het Masterplan orgaandonatie. Wij bevelen aan een keuze te maken om ofwel weefseldonatie eenduidig te stimuleren in alle ziekenhuizen via de subsidieregeling of expliciet een andere keuze te maken, voor bijvoorbeeld weefseldonatie in een deel van de ziekenhuizen. De pilot over weefseldonatie speelt hierbij een rol. De keuze zou na deze pilot gemaakt kunnen worden.

Indien ervoor wordt gekozen weefseldonatie eenduidig te stimuleren in alle ziekenhuizen dan kan dat op eenzelfde manier als orgaandonatie gebeuren, bijvoorbeeld:

- ③ *Scholing*: een cursus als Communicatie rondom Donatie zou meer gericht kunnen worden op weefseldonatie (bijvoorbeeld door cases over weefseldonaties te gebruiken) en/of meer kunnen worden gecombineerd met een cursus over slecht nieuws gesprekken. Dat kan door een sterkere rol van kernziekenhuizen of UMC's of vanuit de opleiding tot arts. Het belangrijkste is dat er duidelijk op wordt ingezet, ten minste als dat de keuze is.

- ③ Het nagaan van gemiste potentiële donoren kan worden uitgebreid naar die situaties bij weefseldonatieprocedures waarbij nu nog geen onderzoek wordt gedaan.³
- ③ Een gevolg hiervan kan zijn dat er meer feedback aan artsen nodig is.
- ③ De COWD kan zo worden samengesteld dat er meer aandacht is voor weefseldonatie.

3) Heroverweeg welke functies uit de subsidieregeling worden bekostigd.

De functies van DC, DI, CDI, RTL, supervisor en manager bedrijfsvoering worden bekostigd via de subsidieregeling. Het is echter de vraag of bekostiging van de supervisor en manager bedrijfsvoering via deze regeling het meest is aangewezen. Beide functies hebben vooral een relatie met de ODC's. Het is bijvoorbeeld een overweging om de bekostiging van deze functies te laten aansluiten bij de wijze van bekostiging van de ODC's. Een functieomschrijving op hoofdlijnen van de supervisor is wenselijk. De uren en bekostiging dienen daarop te worden afgestemd.

Verantwoordelijkheidsstructuur

4) Maak ziekenhuizen expliciet verantwoordelijk

De rollen van de verschillende type ziekenhuizen zijn niet duidelijk belegd. De rollen van een UMC als ziekenhuis met een verantwoordelijkheid in de regio en als kernziekenhuis met een verantwoordelijkheid voor het cluster lopen door elkaar. Deze rollen kunnen uit elkaar worden getrokken.

Daarnaast is het niet altijd duidelijk wat de rol van een kernziekenhuis is. In het kernziekenhuis zijn de DI en de DC's van het cluster aangesteld volgens de subsidieregeling. Beide zijn echter in de praktijk veelal lokaal, op het eigen ziekenhuis, geïntendeerd. Daar komt bij dat het niet duidelijk is wat de verantwoordelijkheid van een satellietziekenhuis is. Hierdoor is het ook niet scherp wat van een kernziekenhuis wordt verwacht. De aanbeveling is de rollen en daarmee de verantwoordelijkheden te verduidelijken.

Opties daarbij zijn bijvoorbeeld:

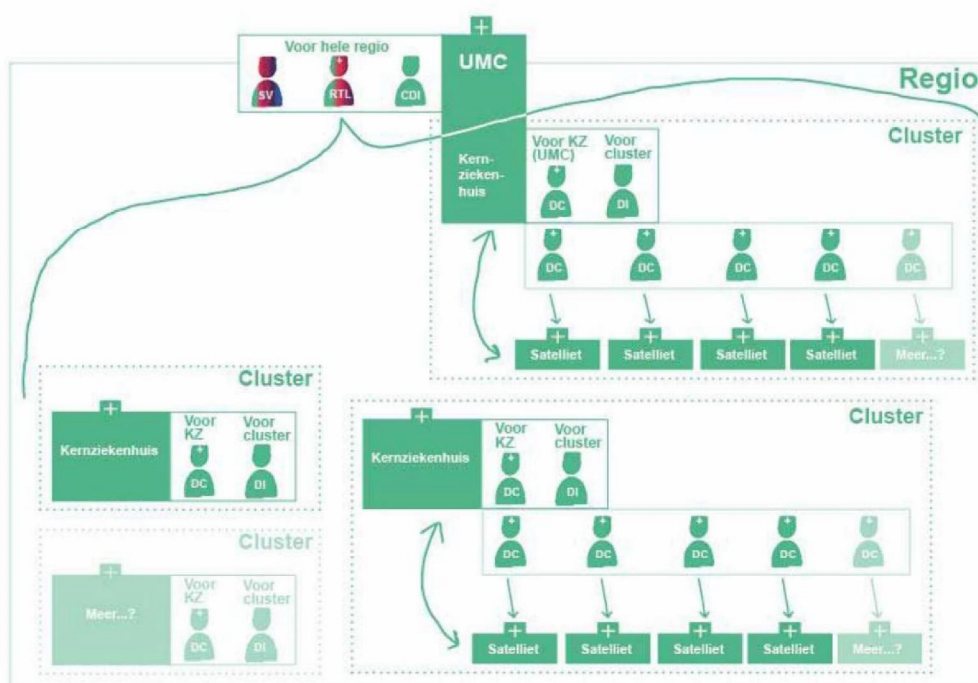
- ③ Alle ziekenhuizen expliciet verantwoordelijk te maken voor de donatieprocedures en de voorbereiding daarop, door scholing, registratie en feedback. Ieder ziekenhuis heeft dan een DC en een DI, ten minste als ervoor wordt gekozen weefseldonatie overal te stimuleren. Als ervoor wordt gekozen weefseldonaties te beperken tot een aantal ziekenhuizen dan zouden die ziekenhuizen een DC en DI kunnen aanstellen.⁴ Voor een COWD geldt iets vergelijkbaars. Ieder ziekenhuis dat weefseldonatieprocedures doet zou een COWD moeten hebben. Deze dient dan wel in samenstelling en omvang te zijn afgestemd op het aantal mogelijke procedures in het ziekenhuis. De convenanten kunnen een rol spelen bij het nemen van de verantwoordelijkheid door een ziekenhuis (zie verder aanbeveling 5).

³ In een aantal situaties is dossieronderzoek voor weefseldonoren verplicht gesteld door de NTS. Dossieronderzoek is bijvoorbeeld verplicht als er geen donoraanmelding is geweest en er wel toestemming was vanuit het Donorregister óf nabestaanden.

⁴ We gaan er vanuit dat als ziekenhuis geen weefseldonatieprocedures meer zou doen er ook altijd sprake is van een zeer beperkt aantal orgaandonatieprocedures. En andersom als er regelmatig orgaandonaties zijn dan zijn er waarschijnlijk ook meerdere weefseldonatieprocedures.

- ⊕ Kernziekenhuizen coördineren de werkzaamheden in een cluster, dat wil zeggen de DC's en DI's in een cluster vormen een team. Ook de verdeling van de fte's, en dergelijke verloopt via het kernziekenhuis. De DI van het kernziekenhuis heeft daarbij een coördinerende rol.⁵
- ⊕ De rol van het UMC ten opzichte van de regio en ten opzichte van het cluster kunnen uit elkaar gehaald. Het gaat nadrukkelijk om de rollen en niet om de verschillende organisatieonderdelen. De rol van het UMC in de regio zou nadrukkelijker een rol kunnen zijn rond het ontwikkelen van expertise (orgaan en weefsel), dat wil zeggen voor scholing en onderzoek. De RTL is dan de verbindende schakel tussen het UMC als expertiseorganisatie en de clusters.
- ⊕ In figuur B hebben we weergegeven hoe de rollen van het UMC uit elkaar gehaald kunnen worden. De figuur verschilt ten opzichte van figuur A door de functies van de supervisor, RTL en CDI expliciet uit het cluster te halen en aan de regio te koppelen. De DC en DI van het UMC zijn degenen die in het cluster werken, net zoals bij de andere clusters. Het is slechts een kleine verschuiving, maar zou wel de rollen verduidelijken, evenals de termen (er is dan nog maar één type kernziekenhuis).

Figuur B. Structuur regio-indeling subsidieregeling



⁵ De subsidieaanvraag en -verantwoording kan nog steeds bij een kernziekenhuis blijven belegd. Dit omdat anders het aantal procedures erg toeneemt. Het kernziekenhuis kan ook een verantwoordelijkheid dragen voor de samenwerking tussen de DI's en DC's in een cluster, evenals de achtervang. De ziekenhuizen zijn verantwoordelijk voor de scholing, de eigen donatieprocedures, COWD en dergelijke. Het kernziekenhuis is verantwoordelijk voor de samenwerking in een cluster.

5) Actualiseer de dienstverleningsovereenkomsten en convenanten en benut ze

De dienstverleningsovereenkomsten en convenanten dienen te worden geactualiseerd. Er zijn diverse ontwikkelingen geweest die dit nodig maken, zoals de wijziging van de Wet op de orgaandonatie. De overeenkomsten zouden sowieso om de vijf jaar worden geactualiseerd. Aangezien ze uit 2016 komen ligt het in de rede dit te doen.

De dienstverleningsovereenkomsten en convenanten kunnen een grotere rol spelen; ze kunnen de eigen verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen benadrukken. Ook kunnen ze een rol spelen bij de verantwoording van ziekenhuizen (zie aanbeveling 9). De verantwoording kan gaan over de scholing die is gegeven, de cijfers over de orgaan- en weefseldonaties, maar ook de werkwijze en ervaringen met de scholing, feedback, procedures en dergelijke. In een cluster, in een regio en landelijk kan van de ervaringen en verantwoording worden geleerd. Dat gebeurt nu ook, maar niet systematisch.

6) Aanstelling van de functies

Het hoeft niet in de subsidieregeling te worden bepaald waar de DI en DC zijn aangesteld. Het kan ook vrij zijn, dus of bij het kernziekenhuis of bij een satellietziekenhuis. Dit is feitelijk al het geval. Er is geen duidelijke reden om de aanstelling per se bij een kernziekenhuis te beleggen of verder te centraliseren. De functies worden in de praktijk vooral lokaal ingevuld. Het lokaal werken staat veelal voorop. Uniform werken kan binnen een cluster worden bevorderd. Elkaar vervangen als dat voor een aantal weken nodig is, zou wel overal geregeld moeten zijn binnen een cluster en/of regio.

De rol van de DI kan lokaal worden ingevuld. Een deel van de taken kan worden gezien als 'regulier' een deel als extra. Het extra deel is vooral scholing en daarnaast nog taken, vanuit de rol van het kernziekenhuis, zoals het regelen van overleg in het cluster.

Bekostigingsmethode subsidieregeling

7) Overweeg een andere basis voor de bekostiging

De subsidieregeling bekostigt functies die bepaalde taken uitvoeren. Idealiter worden taken bekostigd, want het uitvoeren van de taken is het doel. Beoordeling en verantwoording van de subsidie is dan ingewikkeld, omdat de taken niet tot tastbare output leiden. Het zou overwogen kunnen worden of dit niet toch mogelijk zou zijn, bijvoorbeeld door scholing, registraties van overlijdens en dergelijke als uitgangspunt te nemen.

Als de subsidieregeling functies blijft bekostigen is het doelgerichter dat te doen op basis van kostenfactoren, zoals het aantal procedures dat moet worden nagelopen op mogelijke gemiste donoren. Voor scholing kan een kostenfactor zijn of een ziekenhuis een opleidingsziekenhuis is of niet. Anders gezegd, de DC en DI kunnen worden bekostigd op basis van het type ziekenhuis (opleidingsziekenhuis of niet) en het aantal procedures. Dit kan eventueel worden verfijnd naar het aantal bedden voor de acute as voor bijvoorbeeld orgaandonaties.

Ook de subsidie voor de RTL kan worden gebaseerd op kostenfactoren. De RTL coördineert. Het aantal ziekenhuizen kan bijvoorbeeld een kostenfactor zijn, of, zoals in de huidige regeling, het aantal kernziekenhuizen en/of clusters. De bekostigingsbasis voor de RTL lijkt daardoor al te volstaan. Indien de wijze van bekostiging verandert bevelen wij aan de bekostiging voor een bepaalde periode, bijvoorbeeld vier of vijf jaar vast te zetten. Het ieder jaar opnieuw berekenen van de benodigde fte's geeft onrust.

Indien het streven is dat de subsidieregeling zoveel mogelijk kostendekkend is dan bevelen wij aan de hoogte van het normbedrag voor de DC's te verhogen, aangezien een redelijk groot deel van de aanstellingen van de DC's leidt tot overschrijdingen. Indien het niet het streven is dat de subsidieregeling kostendekkend is dan zou dat duidelijk moeten zijn.

Aan deze aanbeveling kunnen budgettaire consequenties kleven:

- ③ Een andere bekostigingswijze hoeft niet per se gevolgen te hebben voor het de raming van het budget. Als er nu (85 ziekenhuizen maal 0,4 fte) 34 fte DC in dienst zijn dan kan deze 34 fte als uitgangspunt dienen bij de herberekening naar het aantal fte's per cluster. Het uitgangspunt is dan dat het aantal fte's gemiddeld klopt.
- ③ Als het normbedrag voor DC's (nu afgerond € 70.000) wordt verhoogd heeft dat financiële gevolgen. Als het bedrag bijvoorbeeld met 12% wordt verhoogd en als 2/3 van de DC's dit nieuwe normbedrag verdient dan kost dit (afgerond) een kleine € 200.000 extra per jaar.⁶
- ③ Als DI's lokaal worden aangesteld kan dit ook budgettaire consequenties hebben, afhankelijk van de afbakening van de taken in een regulier deel en een niet-regulier deel. Er zijn nu in de ramingen van de subsidie 26 DI's met een aanstelling van 0,2 fte, dat is 5,2 fte. Als in 50 ziekenhuizen een DI wordt aangesteld voor 0,1 fte is dat 5 fte extra. Het totaal fte's is dan 10,4. Als daarvan de helft van de werkzaamheden regulier zijn en de helft niet. Heeft dit zeer beperkt budgettaire consequenties. We benadrukken hierbij dat wij het benodigd aantal fte's niet hebben geschat noch het percentage wat regulier is en wat niet.

Het is een optie om de subsidieregeling zo op te zetten dat compensatie tussen functies mogelijk is en/of compensatie tussen functies en de overige kosten. Dit betekent dat de daadwerkelijke uitgaven hoger zijn, maar het geraamde budget verandert dan minder. Dit is vermoedelijk alleen mogelijk als wordt bekostigd op taken en niet op basis van functies.

Tot slot merken wij op dat het subsidieproces tot onrust kan leiden bij DC's. Dit is inherent aan de huidige structuur van de subsidieregeling, waarbij de subsidie jaarlijks moet worden aangevraagd. Het onderzoek is gericht op verbetering van de regeling. We doen geen aanbeveling over een andere bekostigingswijze.

⁶ $0,67 * 0,12$ (verhoging normbedrag) * 34 (DC's) * 0,4 fte aanstelling.

8) Actualiseer de kern- en satellietziekenhuizen

We hebben geconcludeerd dat er bij de gesubsidieerde functies geen behoefte is aan een andere structuur tussen ziekenhuizen. Wel is er enige behoefte aan actualisatie van de kernziekenhuizen. We bevelen aan te inventariseren waar die behoefte dusdanig is dat een actualisatie beter is. Hetzelfde geldt voor de satellietziekenhuizen die bij een cluster horen.

g) Gerichte verantwoording

De verantwoording loopt nu met name via de accountantscontrole. Deze controle is zwaar. De aanbeveling is om na te gaan of de huidige controleverklaring kan worden vervangen door een beoordelingsverklaring. Die zou, net zoals bij de subsidie kipz (kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuis) mogelijk kunnen zijn, door ziekenhuizen een activiteitenverslag in te laten dienen, waarmee een werknemersvertegenwoordiging heeft ingestemd. In combinatie daarmee ligt het voor de hand dat er verantwoording wordt afgelegd over de afspraken in de convenanten en dienstverleningsovereenkomsten. Hierdoor wordt de verantwoording minder financieel en meer inhoudelijk.

Tot slot, is het van belang dat de verantwoordelijkheid voor de subsidieregeling en de dienstverleningsovereenkomsten en convenanten eenduidig wordt belegd; bij het Ministerie van VWS of bij de NTS. Dit is ook in de huidige setting van belang, maar als de verantwoording verschuift naar een inhoudelijkere verantwoording, zoals hiervoor aanbevolen, is eenduidigheid nog belangrijker.

Slotopmerking

In de verschillende fasen van ons onderzoek is de onduidelijkheid van aansturing op landelijk niveau genoemd als probleem. Dit vraagstuk ligt buiten de reikwijdte van dit onderzoek. Wel kan er enige mate aan duidelijkheid worden gewonnen door:

- ③ De taken van de gesubsidieerde functies duidelijker te omschrijven, evenals door het actualiseren van de afspraken in de convenanten, dienstverleningsovereenkomst en subsidieregeling (aanbeveling 1 en 5).
- ③ Door de verantwoordelijkheden van de ziekenhuizen duidelijk te beleggen bij individuele ziekenhuizen (aanbeveling 4)
- ③ Door de convenanten of dienstverleningsovereenkomsten als basis voor de verantwoording te gebruiken (aanbeveling 9).

1 Onderzoeksvragen en onderzoeksopzet

1.1 Aanleiding van het onderzoek

DSP-groep heeft in opdracht van de directie Geneesmiddelen en Medische Technologie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de subsidieregeling donatie in ziekenhuizen⁷ geëvalueerd. Deze subsidieregeling bekostigt enkele specifieke functies gericht op onder andere de voorlichting van het donatieproces in ziekenhuizen en op het nagaan van gemiste potentiële donoren. Het gaat bijvoorbeeld om de functie van donatiecoördinator en de donatie-intensivist. De subsidieregeling 'donatie in ziekenhuizen' is in 2021 in werking getreden. De subsidieregeling is nieuw, maar de wijze van bekostiging is zeer vergelijkbaar met de wijze waarop dat sinds 2015 gebeurde. De inhoud van de subsidieregeling is sinds 2015 niet meer aangepast. De vraag is of de regeling aanpassing behoeft.

1.2 Onderzoeksopdracht

De onderzoeksopdracht is: "Onderzoek hoe de huidige instellingsubsidie in de praktijk functioneert en welke praktische verbeteringen mogelijk zijn binnen de huidige structuur. Maak hierbij onderscheid tussen donatie van weefsels en solide organen."

Voor de evaluatie van de subsidieregeling hebben wij de volgende deelvragen geformuleerd:

- ③ Wat is het doel van de subsidieregeling?
- ③ Wie doet er wat? Welke functies doen welke taken?
- ③ Hoe is het werk georganiseerd? Om hoeveel fte's gaat het in de praktijk? Hoe is de aanstelling georganiseerd? Hoe verloopt de interactie? Hoe is bijvoorbeeld de samenwerking tussen de functies en andere medewerkers binnen de keten?
- ③ Wat zijn de verantwoordelijkheden van de ziekenhuizen? En hoe lopen de relaties tussen de organisaties?
- ③ Sluiten de kosten van de ziekenhuizen aan bij de subsidie?
- ③ In welke mate dragen de gesubsidieerde functies bij aan het doel van de subsidieregeling?
- ③ Verschilt de aanpak van donatie in ziekenhuizen van de oorspronkelijke pilot 'donorwerving in ziekenhuizen' van de regio Groningen uit 2009?
- ③ Verschillen de bevindingen over donatie voor organen en weefsel?

Bij de onderzoeksopdracht is aangegeven dat het bij het onderzoek om de grote lijnen gaat. Zo zijn bijvoorbeeld de variabelen die de fte's van een donatiecoördinator of een van de andere functie bepalen

⁷ Regeling van de Minister voor Medische Zorg van 19 augustus 2020, kenmerk 1733131-209016-GMT, houdende regels voor het verstrekken van subsidie aan ziekenhuizen voor de inzet van professionals die betrokken zijn bij donatie in ziekenhuizen (Subsidieregeling donatie in ziekenhuizen). Staatscourant, Nr. 44644, 1 september 2020. De subsidieregeling is te vinden op: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2020-44644.html>.

van belang. Het gaat daarbij om de systematiek van het bekostigen van de functies en minder om de precieze invulling. Het is dus bijvoorbeeld niet de vraag om te berekenen hoeveel fte's precies nodig zijn.

1.3 Onderzoeksopzet

Specifiek karakter vraagstuk

Het onderzoek bevat een veelheid aan niveaus (landelijk, regionaal, cluster en individuele ziekenhuizen), een veelheid aan actoren (de zes functies die worden bekostigd, andere functies in de orgaan- en weefselketen, artsen en verpleegkundigen in ziekenhuizen) en diverse type vragen (kosten en de mate van kostendekkendheid, organisatie en knelpunten in de organisatie, samenwerking en aansturing).

De reden voor deze complexiteit is dat de subsidieregeling, en daarmee de onderzoeksvraag, over een organisatorisch en financieel gezien relatief klein onderwerp in de zorg gaat. Het is ook een gevoelig onderwerp, met name vanwege de betrokkenheid van donoren en hun nabestaanden. Het onderwerp is in zijn aard complex:

- ③ Veel medewerkers in ziekenhuizen zijn betrokken voor een heel klein deel van hun tijd. Voor een deel geldt dat ze vooral alert moeten zijn op de mogelijkheid voor donatie.
- ③ Het is belangrijk voor patiënten op een wachtlijst dat er donoren zijn. Nabestaanden van donoren hebben net iemand verloren, zijn in rouw en worden geconfronteerd met donatie vragen. Voor hen is het bijvoorbeeld van belang dat het de wens van de overledene was om donor te zijn. Snel handelen bij een overlijden is echter van groot belang om te kunnen donoren, in ieder geval bij organen.
- ③ De orgaan- en weefselketen bestaat uit diverse partijen die moeten samenwerken en elkaar goed moeten kunnen vinden. De functies waar het in de subsidieregeling om gaat werken in verschillende type ziekenhuizen: een UMC, kernziekenhuis of satellietziekenhuis.
- ③ Deze functies worden anders bekostigd dan de reguliere ziekenhuistaken.

Onderzoeksaanpak

Vanwege de veelheid aan niveaus, actoren en type vragen hebben wij de volgende onderzoeksaanpak gehanteerd.

1 *In beeld brengen Landelijk kader*

We hebben in kaart gebracht wat op hoofdlijnen de structuur is van de taken die de gesubsidieerde functies uitvoeren, wat er goed gaat en wat aandachtspunten zijn. Dit hebben we gedaan door documenten, waaronder de subsidieregeling, het masterplan orgaandonatie (2008) en de pilot Groningen (2009) te analyseren en door gesprekken met betrokkenen in landelijke overleggen (zie bijlage 2).

2 *Vragenlijsten*

Vervolgens hebben we vragenlijsten gestuurd naar degenen die zijn aangesteld in een van de

gesubsidieerde functies.⁸ Dat zijn de donatiecoördinatoren, de (coördinerend) donatie-intensivisten, de regionale teamleiders en de supervisors. Ook degenen die de subsidie aanvragen en verantwoorden hebben een vragenlijst gekregen. De vragen in de verschillende vragenlijsten gingen met name over de taken, de plek in de organisatie, relaties met andere functies, de structuur van de subsidieregeling en de bekostiging.

De respons op de vragenlijsten hebben we in tabel 1.1 opgenomen. De respons was goed tot zeer goed (57%-100%).

Tabel 1.1 Respons vragenlijsten

Functie	Aantal (maximum)	Ingeleverd (aantal)	Ingeleverd (%)
Financiën	24 (ziekenhuizen)	18	75%
Donatiecoördinator	88 (plekken) 74 (personen)	61	70%*
Coördinerend donatie-intensivist	8 (7 functies, waarvan één dubbelfunctie)	7	88%
Donatie-intensivist	28 (24 ziekenhuizen, 28 personen)	21	75%
Regionaal teamleider	7	7	100%
Supervisor	7	4	57%

* 70% is naar rato van het aantal plekken. De ingevulde vragenlijsten als percentage van het aantal personen is 75%.

3 Case-ziekenhuizen

Voor verdere verdieping hebben we interviews gehouden in drie ziekenhuizen en de bijbehorende satellietziekenhuizen. Deze drie ziekenhuizen – de caseziekenhuizen - hebben wij geselecteerd op basis van diversiteit, namelijk:

- ③ verschillende donatieregio's
- ③ type ziekenhuis: het betreft één UMC en twee kernziekenhuizen, niet zijnde een UMC⁹
- ③ verschillende omvang van de regio - dat is het aantal ziekenhuizen in de regio
- ③ verschillende reisafstand en de bevolkingsdichtheid.

In tekstkader 1.1 hebben we de drie caseziekenhuizen opgenomen, met een korte duiding.

⁸ De subsidieregeling bekostigt ook de functie van de manager bedrijfsvoering. Dit is een landelijke functie die door één persoon wordt uitgevoerd. Daarom hebben wij naar degene die deze functie vervult geen vragenlijst uitgedaan. Wel hebben wij met hem gesproken. Ook is in de vragenlijsten voor de andere functies naar de bekendheid met deze functie gevraagd.

⁹ Zie paragraaf 2.3 voor een uitleg van wat een UMC, kernziekenhuis en satellietziekenhuis is.

Tekstkader 1.1. De drie case-ziekenhuizen, regio en aantal satellietziekenhuizen

Case ziekenhuis	UMC Utrecht	Albert Schweitzer ziekenhuis (ASZ) Dordrecht	Medisch Centrum Leeuwarden (MCL)
Donatieregio	Utrecht	Rotterdam	Groningen
Type ziekenhuis	UMC, tevens kernziekenhuis	Kernziekenhuis, geen UMC	Kernziekenhuis, geen UMC
Aantal satellieten case-ziekenhuis	Vier	Twee	Drie
Bijzonderheden*	De regio heeft twee virtuele kernziekenhuizen (dat is een kernziekenhuizen dat niet zelf de subsidieaanvraag en -verantwoording doet). Er vallen daarom zes kern- en satellietziekenhuizen onder het UMC).	De regio Rotterdam heeft drie kernziekenhuizen (inclusief het UMC) en zeven satellietziekenhuizen.	De regio Groningen heeft vier kernziekenhuizen (inclusief het UMC) en 12 satellietziekenhuizen.
Afstand	De langste reisafstand in de regio is circa 50 km	De langste reisafstand vanuit het UMC is circa 150 km. Het gaat dan om kleinere ziekenhuizen (0-4 orgaandonaties per jaar)	De langste reisafstanden naar ziekenhuizen vanuit het UMC is circa 150 km. Het gaat daarbij om kleinere en een groter ziekenhuis (25 orgaandonaties per jaar)

*Alle gefuseerde ziekenhuizen tellen we als één ziekenhuis, ongeacht of de subsidie wordt verstrekt op basis van de situatie van voor de fusie (voor uitleg hierover zie hoofdstuk 6).

In deze drie case-ziekenhuizen is gesproken met de verschillende functies die door de subsidieregeling worden bekostigd. Ook zijn enkele andere gesprekken gevoerd om een beter beeld van de orgaan- en weefselketen in zijn geheel te krijgen (zie verder bijlage 2).

4 Landelijke digitale bijeenkomst

In de vierde fase zijn de bevindingen op hoofdlijnen gepresenteerd op een landelijke digitale bijeenkomst. Vervolgens is in die bijeenkomst in vier subgroepen verder gepraat over één of meerdere bevindingen. Het doel hiervan was de bevindingen toetsen en verder te verdiepen. Voor de bijeenkomst is iedereen met een gesubsidieerde functie uitgenodigd, evenals alle ODC's en iedereen die we in de eerste fase van het onderzoek hebben gesproken. 52 personen hebben zich aangemeld (inclusief de opdrachtgever, exclusief de voorzitters en verslagleggers van DSP-groep). Ook hebben 52 personen deelgenomen, met een kleine verschuiving in de samenstelling ten opzichte van de aanmeldingen.

5 Rapport

In de laatste fase hebben wij een rapport geschreven op basis van de informatie die wij hebben opgehaald in de fasen één tot en met vier van het onderzoek.

Het rapport is voor feitencontrole uitgezet bij degenen die we op landelijk niveau hebben gesproken (fase 1 van het onderzoek), de leden van het LODT en bij de case-ziekenhuizen (fase 3 van het onderzoek).

Na de feitencontrole hebben we het rapport gecorrigeerd waar nodig en hebben we de onderzoeksvragen beantwoord (het rapport op hoofdlijnen) en aanbevelingen geformuleerd.

Het onderzoek is uitgevoerd in de periode juli tot en met november 2021.

1.4 Leeswijzer

hoofdstukken

Dit rapport is als volgt opgezet. In hoofdstuk 2 wordt de subsidieregeling beschreven. Wat is het doel van de subsidieregeling? Wat regelt de subsidieregeling?

In hoofdstuk 3 gaan we in op de taken die worden bekostigd door de subsidieregeling. Vervolgens kijken we wat de rol van de gesubsidieerde taken is in de orgaan- en weefselketen.

In hoofdstuk 4 brengen we in beeld in welk ziekenhuis de medewerkers met een gesubsidieerde functie zijn aangesteld en voor hoeveel fte. Daarbij kijken we ook naar het functieprofiel van de gesubsidieerde functies. Vervolgens gaan we in op de aansturing en kijken we naar de relaties tussen de gesubsidieerde functies: wie werkt er met wie samen?

In het hoofdstuk erna (hoofdstuk 5) zoomen we uit naar de relaties tussen de verschillende type ziekenhuizen (UMC, kernziekenhuis, satellietziekenhuis). Daarna zoomen we nog verder uit door ook te kijken naar de landelijke sturing. Tot slot, gaan we in hoofdstuk 6 in op de kosten van de gesubsidieerde functies en de bekostigingsmethode van de subsidieregeling.

Opbouw hoofdstukken

De hoofdstukken 3 tot en met 6 zijn als volgt opgebouwd:

- ③ Ieder hoofdstuk begint met een korte schets van het doel van het hoofdstuk en de bevindingen op hoofdlijnen.
- ③ Vervolgens geven we weer wat de uitgangspunten zijn van de subsidieregeling. Daarbij gaan we ook kort in op de pilot Groningen (2009) Dit omdat dit de vraag van de opdrachtgever is en omdat betrokkenen vaak refereren aan de pilot Groningen.
- ③ Daarna gaan we in op wat we in de praktijk hebben gezien in de landelijke interviews, vragenlijsten, case-ziekenhuizen en de landelijke digitale bijeenkomst.

Regels, feiten en ervaringen

Voor alle beschrijvingen van de praktijk geven we aan of het is gebaseerd op interviews, op de case-ziekenhuizen, op de vragenlijsten of op de landelijke digitale bijeenkomst. Extra toelichting vanuit de case-ziekenhuizen geven we in tekstkaders weer. De toelichting vanuit de landelijke bijeenkomst hebben we ook in een tekstkader weergegeven.

Bij de ervaringen gaan we ook in op de verschillen tussen ziekenhuizen en tussen de gesubsidieerde functies. Daarbij maken we zoveel mogelijk een onderscheid tussen objectieve verschillen, zoals de reisafstand of het aantal orgaandonaties, en meer persoonsafhankelijke verschillen, waaronder onderlinge contacten.

Beantwoording deelvragen en aanbevelingen

In het 'rapport op hoofdlijnen' worden de acht deelvragen van het onderzoek beantwoord. De antwoorden zijn gebaseerd op de bevindingen waar ieder hoofdstuk mee begint. Het 'rapport op hoofdlijnen' is zelfstandig leesbaar. Na het rapport zijn de aanbevelingen opgenomen.

Dankwoord

Dit onderzoek en rapport hadden niet tot stand kunnen komen zonder de medewerking van alle geïnterviewden, iedereen die de vragenlijst heeft ingevuld, heeft deelgenomen aan de digitale bijeenkomst of anderszins informatie heeft aangeleverd. Wij danken de respondenten voor de bereidheid tot het gesprek, het beantwoorden van vragen en het aanleveren van informatie ondanks alle drukke werkzaamheden. Een speciale dank gaat uit naar de case-ziekenhuizen, UMC Utrecht, het Albert Schweitzer ziekenhuis Dordrecht en het Medisch Centrum Leeuwarden. Dankzij hen konden we een aantal verdiepingsslagen maken. Fijn daarbij was dat 'de lijnen kort' waren.

2 Doel en opzet subsidieregeling 'donatie in ziekenhuizen'

Doel van dit hoofdstuk

In dit hoofdstuk schetsen we de achtergrond van de subsidieregeling. Wat is de oorsprong van de functies die worden gesubsidieerd? Vervolgens gaan we in op het doel van de subsidieregeling en de opzet van de subsidieregeling. Wie en wat wordt er gesubsidieerd? Wie vraagt de subsidie aan? Wat is het subsidieproces? We sluiten af met enkele actuele ontwikkelingen. Deze maken geen onderdeel uit van het onderzoek, maar ze kunnen wel een effect hebben op het onderzoek. Daarom is het van belang deze ontwikkelingen te schetsen en er daar waar nodig op in te gaan.

Bevindingen hoofdstuk

- ③ Het doel van de subsidieregeling wordt in de praktijk verwoord als "Het optimaal benutten van het donorpotentieel, door de nabestaanden zo goed mogelijk bij te staan". Het gaat daarbij niet om zoveel mogelijk toestemmingen te krijgen, maar veelmeer om nabestaanden onderbouwde keuzen te laten maken en/of hen te voorzien van de juiste informatie en begeleiding. Dit doel wordt niet zo expliciet in de subsidieregeling benoemd. Het doel in de subsidieregeling is algemener geformuleerd.
- ③ De subsidieregeling bekostigt functies. Alleen indirect, door de duiding van de functies, worden taken of activiteiten bekostigd.
- ③ De aanvraag en verantwoording zijn vrijwel volledig financieel (wie was er voor hoeveel fte en welk salaris in dienst). Bij de aanvraag horen afspraken (dienstverleningsovereenkomst en convenanten). Bij de verantwoording wordt niet naar de verrichtte activiteiten gevraagd door de subsidieverstrekker. Wel kan de accountant naar de activiteiten vragen voor zijn controle.

2.1 Achtergrond subsidieregeling

Wet op de orgaandonatie

In 1991 is het wetsvoorstel Wet op de orgaandonatie (Wod) aan de Tweede Kamer aangeboden. De aanleiding hiervoor was dat het transplanteren van organen, zoals een nier, hart en lever mogelijk was geworden en nieuwe vormen van transplantatie in ontwikkeling waren.¹⁰ Door transplantaties konden levens worden gered of de kwaliteit van het leven verbeterd. Er was beperkt wetgeving. Alleen in de Wet op de lijkbezorging was een tijdelijke voorziening geregeld. Er was behoefte aan wetgeving die:

¹⁰ Memorie van Toelichting, Regelen omtrent het ter beschikking stellen van organen (Wet op de orgaandonatie), kamerstuk 22358, no. 3, 1991-1992.

- ③ de waarborging voor de donor regelde;
- ③ zorgde voor een rechtvaardige verdeling bij transplantatie, dat wil zeggen een verdeling op basis van medische kenmerken;
- ③ zorgde voor verhoogd aanbod, namelijk door het introduceren van een centraal register;
- ③ commerciële praktijken voorkwam.

De wet is in 1998 in werking getreden.

Tegelijkertijd met deze ontwikkelingen kwamen er functies die op de ondersteuning van transplantatie en donatie waren gericht, zoals de transplantatiecoördinator en de donatiefunctionaris. Deze laatste startte vanuit de Nierstichting in 2000.

Masterplan orgaandonatie 2008

In 2008 heeft de Coördinatiegroep Orgaandonatie een advies uitgebracht aan het Ministerie van VWS: 'Het masterplan orgaandonatie'.¹¹ Het masterplan richtte zich vooral op de vraag of Nederland over moet gaan naar een ander beslissysteem. De aanleiding voor het masterplan was dat het niet was gelukt om het tekort aan orgaandonoren terug te dringen. Bovendien was de verwachting dat de behoefte aan donoren zou stijgen. Het masterplan richtte zich op het registratiesysteem. Het voorstel was over te gaan naar een systeem met actieve donorregistratie (ADR), zoals dat in juli 2020 in werking is getreden. Daarnaast ging het masterplan over kwaliteitsverbeteringen in ziekenhuizen, voorlichting, en maatregelen rond orgaandonatie bij leven.

Pilot Groningen 2009

Het masterplan heeft geleid tot vier pilots. Eén daarvan: 'de pilot Groningen' is relevant voor de subsidieregeling 'donatie in ziekenhuizen'. De pilot Groningen richtte zich op het herkennen van potentiële donoren, het toestemmingsgesprek met nabestaanden en de donatieprocedure. De pilot vindt zijn weerslag in het document 'Masterplan orgaandonatie voor regio Groningen; meer samen = samen meer'¹² (hier verder 'pilot Groningen 2009' genoemd).

De pilot Groningen 2009 kenmerkte zich door de regio-indeling in UMC's, kernziekenhuizen en satellietziekenhuizen. Ook kende de pilot een aantal nieuwe functies, te weten de coördinerend donatie-intensivist, de donatie-intensivist en de donatiecoördinator. De laatste was overigens geen volledig nieuwe functie, maar de opvolger van de donatiefunctionaris. De donatiecoördinator kreeg een breder takenpakket dan de donatiefunctionaris had. De functies van regionaal teamleider, supervisor en transplantatie-coördinator (TC, sinds 2020 orgaandonatiecoördinator (ODC) genoemd) bleven.

¹¹ Masterplan orgaandonatie; vrijblijvendheid voorbij, Coördinatiegroep Orgaandonatie, 11 juni 2008.

¹² Masterplan orgaandonatie voor regio Groningen; meer samen = samen meer'. Regio Groningen, 19 april 2009.

Landelijke uitrol pilot Groningen 2009 en evaluatie uitrol

De pilot Groningen 2009 is landelijk uitgerold. In 2014 is KPMG Plexus gevraagd de pilots te evalueren.³³ Voor de pilot Groningen 2009 gaat het om een evaluatie van de uitrol van deze pilot. Een vraag bij de evaluatie was: Wegen de kosten van de intensivering van de donorwerving zoals deze in de pilots plaatsvindt, op tegen de baten? De conclusie van KPMG Plexus over de pilot Groningen 2009 was kort samengevat dat er wellicht enige verbetering zichtbaar was in het toestemmingspercentage en het aantal donaties, maar dat dat lastig is te meten. Ook liep de uitrol van de pilot pas twee jaar. Dit werd te kort gevonden voor een evaluatie. Wel was een centrale aanbeveling van KPMG Plexus de vrijblijvendheid en vrijheid van de invulling minder groot te maken. De verschillen tussen de regio's waren groot.

Wijziging Wet op de orgaandonatie

Vanaf 1 juli 2020 is de Wod gewijzigd, waardoor er actieve donorregistratie is, dat wil zeggen iedereen boven de 18 jaar die in Nederland woont, staat in het Donorregister. Iedereen kan zelf aangeven of hij/zij donor wil zijn, of het aan nabestaanden overlaten. Iemand die niets invult staat met 'geen bezwaar' geregistreerd. Indien iemand met 'geen bezwaar' staat geregistreerd of als iemand met 'ja' staat geregistreerd is de overledene in principe donor. Nabestaanden kunnen echter aannemelijk maken dat de overledene geen donor had willen zijn. De arts bepaalt dan aan de hand van de kwaliteitsstandaard donatie³⁴ of de donatie wel of niet kan doorgaan. Ook kan een nabestaande zwaarwegende redenen aangeven, zoals dat de nabestaande in zware psychische nood raakt als de donatie zou doorgaan. De arts beoordeelt of dat zo is. Als de overledene in het Donorregister heeft laten vastleggen dat hij of zij geen organen of weefsel wilde afstaan dan is hij of zij geen donor. Nabestaanden kunnen dit niet veranderen in toestemming.

Het effect van deze wetwijziging is tijdens het onderzoek naar de subsidieregeling nog niet zichtbaar. De verwachting van het Ministerie is dat het effect van de wetwijziging na twee à drie jaar zichtbaar is. Dit vanwege de tijd die nodig is om burgers en professionals eraan te laten wennen. De richtlijnen daadwerkelijk te implementeren en dergelijke. Covid heeft dit gewenningsproces gecompliceerder gemaakt.

Subsidieregeling

Vanaf 2015 worden diverse functies bekostigd via een subsidie. Het gaat om de functies die voortkomen uit de uitrol van de pilot Groningen 2009 (donatiecoördinator, donatie-intensivist en coördinerend donatie-intensivist) en om functies die al eerder waren ontwikkeld (regionaal teamleider en supervisor). Vanaf 2021 worden deze functies bekostigd door de subsidieregeling 'donatie in ziekenhuizen'.

³³ Evaluatie en effectmeting orgaandonatie; evaluatie pilots Amsterdam, Groningen, Leiden en Maastricht. Eindrapportage, KPMG Plexus, 14 november 2014.

³⁴ Kwaliteitsstandaard Donatie, Uitwerking Motie Nooren c.s., NTS, versie 1.1., april 2020.

Afbakening 'in ziekenhuizen'

Orgaandonaties van overledenen vinden altijd plaats in een ziekenhuis, vanuit de IC. Op hoofdlijnen is de reden hiervoor dat er weinig tijd is tussen het overlijden van een patiënt en de donatie, omdat organen zuurstof nodig hebben. Herkenning van mogelijke orgaandonoren kan op andere afdelingen gebeuren, met name neurologie, neurochirurgie en de spoedeisende hulp (SEH). Indien deze afdelingen signaleren dat iemand gaat overlijden en een mogelijke donor is wordt de donor, na controle van het Donorregister en instemming van de familie, naar de IC gebracht.

Weefseldonatie kan vanaf iedere afdeling in een ziekenhuis. Dit omdat er na het overlijden meer tijd is voor het uitnemen van weefsel. Weefseldonatie is mogelijk bij overlijdens in verpleeghuizen en in de thuissituatie gebeuren. Deze donaties laten we in dit onderzoek buiten beschouwing; het onderzoek richt zich op ziekenhuizen.

Donatie kan ook bij leven. Hiervoor is andere regelgeving van toepassing. Donatie bij leven maakt daarom geen onderdeel uit van deze evaluatie.

Organen- en weefseldonaties

De subsidieregeling, en daarmee dit onderzoek, gaat over zowel orgaan- als weefseldonatie. Organen zijn: hart, longen, lever, alveesklier, nieren en darmen. Weefsel is; bloedvaten, botweefsel, kraakbeen en pezen, hartkleppen, huid, oogweefsel en zenuwweefsel.¹⁵ Het onderscheid organen en weefsel is van belang, omdat het proces van donatie tot en met transplantatie anders is voor organen dan voor weefsel.¹⁶ Dit heeft ook gevolgen voor de werkzaamheden van de functies die worden bekostigd door de subsidieregeling. Daar waar het onderscheid relevant is zullen we dit noemen.

Rol ministerie van VWS bij de subsidieregeling

Het ministerie is verantwoordelijk voor de subsidieregeling, dat wil zeggen de regeling is door van het ministerie opgesteld en de subsidieaanvragen en -verantwoordingen lopen via het ministerie. Daarnaast heeft het ministerie de 'systeemverantwoordelijkheid' dat wil zeggen een algemene verantwoordelijkheid, waaronder in ieder geval de verantwoordelijkheid voor de wetgeving. Het ministerie is beperkt verantwoordelijk voor de uitvoering. Als de uitvoering laat zien dat onderdelen niet werken is het de rol van het ministerie om het systeem aan te passen.

De rol van de NTS bij de gesubsidieerde functies

De NTS is een orgaancentrum, zoals bedoeld in artikel 24 van de Wod. De NTS heeft als opdracht ervoor te zorgen dat het bestaande donorpotentieel optimaal wordt benut.

¹⁵ Bron Donorregister.

¹⁶ De Wet op de orgaandonatie heeft als definitie van orgaan: bestanddeel van het menselijk lichaam, met inbegrip van weefsels en cellen, met uitzondering van bloed en geslachtscellen (artikel 1, onder b). Onder deze definitie vallen zowel organen, als weefsel, zoals hiervoor gedefinieerd. Deze definitie wordt hier verder niet gebruikt, omdat de verschillen tussen orgaan- en weefseldonatie relevant zijn voor de werkzaamheden van de gesubsidieerde functies.

In de missie en visie van de NTS staat dat de NTS patiënten wil helpen met de transplantatie van een donororgaan- of weefsel. Daarvoor is het nodig dat er voldoende goede donororganen en weefsels zijn. Respect voor donoren en nabestaanden staat daarbij centraal. Een tekort aan donoren is echter nog altijd een groot probleem. De NTS vindt dat transplantatie nog beter geregeld kan worden in Nederland.⁴⁷ De relatie NTS – subsidieregeling zien we terug in de dienstverleningsovereenkomsten die tussen de NTS en de UMC's worden afgesloten (zie verder onder 2.3).

2.2 Doel van de subsidieregeling 'donatie in ziekenhuizen'

Doel subsidieregeling

In de toelichting op de subsidieregeling wordt als doel van de subsidieregeling gegeven: "de structurele borging van de bekostiging van medisch professionals die betrokken zijn bij de organisatie van donatiezorg, en daarmee de borging van goede beschikbaarheid en kwaliteit van donatiezorg in Nederlandse ziekenhuizen."

Het gaat daarbij om:

- ③ Voldoende informatie aan nabestaande op het juiste moment. Deze ondersteuning en begeleiding zou op een uniforme wijze moeten gebeuren. Hiervoor is landelijk beleid en lokale implementatie van het landelijk donatiebeleid nodig.
- ③ Het aanleveren van relevante gegevens over donatiezorg bij de NTS. De NTS verzamelt, analyseert, evalueert de gegevens en koppelt deze terug aan de ziekenhuizen. Hierdoor kan een kwaliteitscyclus ontstaan die gebaseerd is op deze gegevens.

Doel in de praktijk

In de landelijke interviews hebben we gevraagd naar het doel van de subsidieregeling. Dat geeft een beeld dat vergelijkbaar is met de toelichting van de subsidieregeling, namelijk bekostiging van functies van belang voor donatie. Het doel in de praktijk is echter meer aangescherpt, onder andere vanwege de wijziging van de Wod. Diverse geïnterviewden noemen als doel: "Het optimaal benutten van het donorpotentieel, door de nabestaanden zo goed mogelijk bij te staan". Het doel is volgens geïnterviewden niet zoveel mogelijk toestemmingen te krijgen, maar veelmeer om nabestaanden onderbouwde keuzen te laten maken en/of hen te voorzien van de juiste informatie en begeleiding.

Als we dan vervolgens kijken naar wat 'donorzorg' is en wat de gesubsidieerde functies op hoofdlijnen doen dan gaat het veelal niet direct, maar indirect, om de gespreksvoering met nabestaanden. De gesubsidieerde functies richten zich grotendeels op scholing aan artsen, arts-assistenten en verpleegkundigen in ziekenhuizen, met als doel hen in staat te stellen potentiële donoren te herkennen, een zorgvuldig gesprek met nabestaanden te voeren en hen in staat te stellen tijdig en adequaat een donatieprocedure in gang te zetten. Anders gezegd artsen en arts-assistenten moeten weten wanneer er

⁴⁷ <https://www.transplantatiestichting.nl/over-nts/missie-en-visie>

een potentiële donor is, moeten de contra-indicaties kennen of ze snel kunnen opzoeken, een gesprek kunnen voeren met nabestaanden en zorgen voor de volgende stap in het proces, dat is de orgaandonatiecoördinator (ODC) bellen of de weefseldonor aanmelden bij de NTS.

2.3 Opzet van de subsidieregeling

2.3.1 De gesubsidieerde functies

Subsidieregeling

De gesubsidieerde functies vallen onder een subsidieregeling, omdat er geen andere logische structurele bekostigingswijze is gevonden. De reden hiervoor is dat de functies die worden gesubsidieerd algemene taken uitvoeren, zoals scholing van artsen en verpleegkundigen. Deze taken hebben alleen een algemene, zeer indirecte, relatie met patiënten. Er is daarom geen relatie tussen de taken en een verzekerde patiënt als ontvanger van de organen en/of weefsel. Hierdoor is er geen duidelijke bekostigingsgrondslag in de Zorgverzekeringswet.

Gesubsidieerde functies

De subsidieregeling bekostigt functies. Alleen indirect, door de duiding van de functies, worden taken of activiteiten bekostigd. De subsidieregeling bekostigt zes functies. Het gaat om deeltijdfuncties variërend van 0,1 fte tot 0,5 fte. Hier is één uitzondering op – de manager bedrijfsvoering – dit is één volledige fte. De functies worden veelal (maar niet altijd) uitgevoerd door een arts of verpleegkundige die tevens een andere aanstelling heeft.

In schema 2.1 is een overzicht opgenomen van de gesubsidieerde functie, de afkorting van de functies en het aantal fte's.

Schema 2.1 Gesubsidieerde functies 2021

Ziekenhuis	Gesubsidieerde functie	Afkorting	Hoeveel fte	Scope functie
UMC, tevens kernziekenhuis	Supervisor	SV	0,1	Voor de regio
	Regionaal teamleider	RTL	0,1 plus 0,1 per kernziekenhuis in een regio	Voor de regio
	Coördinerend donatie-intensivist*	CDI	0,2	Voor de regio
	Donatie-intensivist	DI	0,2	Voor het UMC en het cluster
Kernziekenhuis, niet zijnde een UMC	Donatiecoördinator	DC	0,4	Voor het UMC
	Donatie-intensivist	DI	0,2	Voor het kernziekenhuis en het cluster
	Donatiecoördinator	DC	0,4	Voor het kernziekenhuis
Satellietziekenhuis (subsidie via kernziekenhuis)	Donatiecoördinator	DC	0,4	Voor het satellietziekenhuis
Landelijk (aanstelling via één UMC)	Manager bedrijfsvoering		1,0	Voor alle regio's (deze functie is er vanaf 2020)

* De CDI is meestal in dienst van het UMC, maar hij/zij kan ook bij een ander kernziekenhuis in dienst zijn. Ook dan is de functie gericht op de regio van het UMC.

ODC's

De functie van ODC (orgaandonatiecoördinator) wordt niet gesubsidieerd via de subsidieregeling 'donatie in ziekenhuizen'. De ODC's vallen daarom buiten dit onderzoek. Er wordt wel nauw samengewerkt door de gesubsidieerde functies met de ODC's daarom noemen we de ODC's wel vaak. De functie van de ODC's wordt onder andere betaald door de Zorgverzekeraar. De reden hiervoor is dat de ODC een meer directe rol heeft bij de orgaandonatieprocedure (zie figuur 3.1).

Gesubsidieerde kosten

Behalve functies wordt ook een bepaalde training gesubsidieerd, namelijk de training 'Communicatie rondom donatie'. Ook kunnen andere kosten tot een bepaald maximum per kernziekenhuis worden gedeclareerd.

2.3.2 Wie kan de subsidie aanvragen?

Drie type ziekenhuizen Niet ieder ziekenhuis kan subsidie aanvragen. De subsidieregeling kent drie type ziekenhuizen:

- 1 UMC, tevens kernziekenhuis. Er zijn zeven UMC's.¹⁸
- 2 Kernziekenhuis (niet zijnde een UMC), dat is een ziekenhuis met een minimum aantal orgaan- of weefseldonaties per jaar in het cluster. Er zijn 16 kernziekenhuizen die niet tevens UMC zijn.

¹⁸ Het VUmc en Amc zijn gefuseerd. Ze zijn één UMC. In de praktijk tellen ze echter wel als twee kernziekenhuizen (waarvan één als UMC en één niet als een UMC. Wij gaan uit van de ziekenhuizen na de fusie en tellen UMC en Amc daarom als één kernziekenhuis. In hoofdstuk 6 gaan we hier verder op in).

- 3 Een satellietziekenhuis: ieder ander ziekenhuis. Er zijn 47 satellietziekenhuizen (waarbij we gefuseerde ziekenhuizen als één tellen). In de subsidieregeling wordt op verschillende manieren met fusies omgegaan. In hoofdstuk 6 staan we daarbij stil.

De UMC's en de andere kernziekenhuizen kunnen subsidie aanvragen. De satellietziekenhuizen kunnen geen subsidie aanvragen. De twee type kernziekenhuizen kunnen voor verschillende functies subsidie aanvragen (zie schema 2.1).

Randvoorwaarde

De subsidie heeft als randvoorwaarde dat er een dienstverleningsovereenkomst tussen het UMC en de NTS is gesloten. Deze dient jaarlijks te worden verlengd. Tussen de UMC's en de (kern)ziekenhuizen in de regio dient een convenant te zijn gesloten. Ook dit convenant dient ieder jaar te worden verlengd.

Regio en clusterindeling

De subsidieregeling gaat uit van een bepaalde relatie tussen de ziekenhuizen. Hierdoor hebben de meeste functies niet alleen een rol in het eigen ziekenhuis, maar ook voor andere ziekenhuizen. In schema 2.1 is aangegeven of de functies een rol hebben in het eigen ziekenhuis, voor het cluster of voor de regio.

De definities van een regio en cluster zijn als volgt:

- ③ Een regio bestaat uit een UMC en een of meerdere kernziekenhuizen en alle satellietziekenhuizen die onder het UMC of de andere kernziekenhuizen vallen.
- ③ Een cluster is:
 - Een UMC met daaronder geen, één of meerdere satellietziekenhuizen.
 - Een kernziekenhuis, niet zijnde een UMC, met daaronder geen, één of meerdere satellietziekenhuizen.

Wij concluderen dat de subsidieregeling enerzijds eenvoudig is doordat het maximum aantal fte's per ziekenhuis vaststaat. Anderzijds is het complex door de systematiek van type ziekenhuizen, welke ziekenhuizen een regio of cluster vormen, wie voor welke functie subsidie aanvraagt en waarvoor degenen met een gesubsidieerde functie werkzaamheden verrichten.

In figuur 2.1 hebben we de structuur van de indeling van een regio in clusters weergegeven met daarbij aangegeven voor welke functies in welk type ziekenhuis subsidie kan worden aangevraagd.

Verantwoording

De jaarlijkse verantwoording die over de subsidie moet worden afgelegd is geregeld in de Kaderregeling. Dit betekent onder andere dat er bij een bedrag van € 125.000 en hoger een accountantsverklaring moet worden gevoegd (zie verder hoofdstuk 6).

De verantwoording is financieel (wie was er voor hoeveel fte en welk salaris in dienst). Er hoeft geen jaarverslag over bijvoorbeeld de uitvoering van de taken uit het convenant te worden ingediend bij de subsidieverstrekker. Bij de verantwoording wordt niet naar de verrichtte activiteiten gevraagd. Wel is er een accountantscontrole als het subsidiebedrag hoger is dan € 125.000. Voor deze controle kan wel naar de activiteiten worden gevraagd, maar dat is ten behoeve van de financiële controle en gaat niet afzonderlijk naar de subsidieverstrekker. Daarnaast is er een beeld van de activiteiten doordat er vrij veel contacten zijn en er een registratie is in NovaNORD.²¹

2.5 Pilots

De NTS voert in opdracht van het Ministerie van VWS enkele pilots uit. Deze pilots maken geen onderdeel uit van ons onderzoek, omdat ze nog midden in de pilotfase zijn. De pilots zijn wel relevant om te benoemen, omdat ze effect kunnen hebben op de resultaten van ons onderzoek. Dat geldt met name voor de pilot weefseldonatie. De lopende pilots zijn de volgende:

Bouwen aan de organisatie van weefseldonatie²²

De aanleiding voor de pilot 'bouwen aan de organisatie van weefseldonatie' is dat de weefseldonatieprocedure complex en tijdrovend is, terwijl de arts die de weefseldonatie aanmeldt weinig ervaring heeft en weinig tijd. De pilot houdt in dat op een aantal manieren wordt onderzocht of met een beperkte groep professionals die de weefselprocedures uitvoeren meer resultaat kan worden verkregen. De pilot wordt in drie ziekenhuizen uitgevoerd en varieert in wie (de verpleegkundig avond-, weekend-, nachthoofden, en DC's en een arts) en hoe de rol van weefseldonatiecoördinator wordt uitgevoerd (face-to-face of telefonisch).

Vroegtijdig ondersteuning bij orgaandonatie

Deze pilot houdt in dat een ziekenhuis eerder ondersteuning krijgt bij een orgaandonatie. De pilot houdt in dat de ODC er eerder is om de procedures, zoals de medische screening van de donor, in gang te zetten. Tevens wordt de intensivist en de nabestaanden eerder ondersteund.

Onderzoek naar ervaringen van nabestaanden²³

²¹ Nord staat voor 'Nederlandse Overledenen Registratie Donatie'. Nova is geen afkorting, maar betekent nieuw. De vernieuwde versie van NORD is april 2021 gelanceerd.

²² NTS, Projectplan: Bouwen aan de organisatie van weefseldonatie De inzet van een Weefseldonatiecoördinator, 19 april 2021.

²³ Xcap, Journey nabestaanden orgaan- en weefseldonoren Oprechtheid, aandacht en het managen van verwachtingen, oktober 2021.

Dit onderzoek is ondersteunend aan de pilots. In het onderzoek staat de vraag centraal: 'Hoe is de beleving van de nabestaanden?' Dit onderzoek is opgezet met de methode van een 'klantreis'. Dertien orgaandonatieprocedures en elf weefseldonatieprocedures zijn onderzocht. Het gaat dan om de hele donatieprocedure, zoals de nabestaanden dat hebben meegemaakt. Het gaat dus bijvoorbeeld ook om de bedankbrief die achteraf wordt gestuurd.

Daarnaast is er een ander onderzoek waarbij het donatiegesprek centraal staat. Iemand van het onderzoeksbureau IQ Healthcare Radboudumc is bij de donatiegesprekken. Dit is een langer lopend onderzoek. De uitkomsten van dit onderzoek worden over twee jaar verwacht.

3 De taken van de gesubsidieerde functies en hun rol in de orgaan- en weefselketen

Doel hoofdstuk

In dit hoofdstuk gaan we in op de taken en de rol van de gesubsidieerde functies. Welke taken zijn opgenomen in de subsidieregeling en de dienstverleningsovereenkomsten en convenanten? Wat is de rol van de gesubsidieerde functies in de orgaan- en weefselketen volgens de subsidieregeling?

Vervolgens is het de vraag welke taken er in de praktijk worden gedaan. En wie voert de taken dan uit? Wat zijn daarbij de verschillen en de overeenkomsten tussen en binnen de regio's? En wat betekent dit voor de orgaan- en weefselketen en de rol van de gesubsidieerde functies in deze keten?

Bevindingen hoofdstuk

Taken

- ③ De duiding van de taken in de subsidieregeling is weinig concreet. De onderliggende dienstverleningsovereenkomst en convenant geeft een duidelijker beeld van de taken. Deze documenten zijn echter niet geactualiseerd en zijn sterk orgaandonatie gericht.
- ③ De belangrijkste taken die overal gebeuren zijn:
 - Nagaan gemiste potentiële donoren, registratie van overledenen en feedback hierover aan artsen
 - Scholing

De meeste ziekenhuizen hebben een Commissie voor orgaan- en weefseldonatie (COWD). In een enkel ziekenhuis slaapt deze commissie (zie verder hoofdstuk 5).
- ③ De taken worden vooral door de DC verricht, waarbij wordt samenwerkt met de DI, CDI, RTL en/of ODC's. De precieze combinatie verschilt per regio, per cluster en soms per ziekenhuis.

Als we kijken naar de rol van de gesubsidieerde functies in de orgaan- en weefselketen, dan:

- ③ Zijn de gesubsidieerde functies vooral gericht op de voorbereiding en verbetering van de keten. Dat wil zeggen de gesubsidieerde functies hebben weinig of geen rol in het orgaan- of weefseldonatieproces zelf. De rol van de supervisor heeft een net wat andere focus. De supervisor zorgt voor de medisch-logistieke samenhang in de keten van donatie tot en met transplantatie.
- ③ De DC heeft, uitgezonderd in de regio Groningen, geen rol ten aanzien van de ondersteuning bij de daadwerkelijk orgaan- of weefseldonatieprocedures. Wel kan het door iemand als 'extra' taak worden ingevuld.
- ③ Medewerkers, die de gesubsidieerde functies vervullen, kunnen een rol hebben in de keten vanuit hun andere aanstelling. Zo heeft een RTL geen directe rol in de keten. De RTL is ook ODC. De ODC

heeft wel een directe rol in de keten. Iets vergelijkbaars geldt voor de supervisor die tevens chirurg is, de DI of CDI als intensivist en de DC als IC-verpleegkundige.

3.1 De taken van de gesubsidieerde functies en hun rol in de orgaan-en weefselketen in de subsidieregeling

3.1.1 Taken van de gesubsidieerde functies

Taken subsidieregeling

Zoals in het vorige hoofdstuk aangegeven bekostigt de subsidieregeling functies en geen taken, ten minste niet direct. In tekstkader 3.1 hebben wij opgenomen wat in de toelichting op de subsidieregeling staat over de taken van de gesubsidieerde functies.

Het tekstkader laat zien dat er in de toelichting diverse taken staan. Daarnaast staan er ook enkele verantwoordelijkheden, zoals beleid vertalen. Ook gaat het om leidinggeven, aansturen en kortsluiten/overleggen. In dit hoofdstuk kijken wij vooral naar de taken. Wat doen de gesubsidieerde functies? En wat is dan hun rol in de orgaan- en weefselketen? In het volgende hoofdstuk gaan we in op de plek van de functies in de organisatie, wie werkt er waar? En wie stuurt er wie aan?

Tekstkader 3.1 Omschrijving gesubsidieerde functies in de subsidieregeling

Donatiecoördinator (DC):

- ③ begeleidt proces van met name weefseldonatie
- ③ draagt zorg voor correcte administratieve afhandeling
- ③ de taken en verantwoordelijkheden zijn op hoofdlijnen:
 - geeft uitvoering aan het donatiebeleid binnen het kernziekenhuis
 - draagt zorg voor een gestandaardiseerde donordetectie in het kernziekenhuis en bijbehorende satellietziekenhuizen
 - introduceert nieuwe ontwikkelingen en procedures ten aanzien van het donatiebeleid binnen het kernziekenhuis en bijbehorende satellietziekenhuizen
 - is secretaris van de commissie Orgaan- en weefseldonatie in het kernziekenhuis

Donatie-intensivist (DI):

- ③ coördineert activiteiten ten behoeve van het optimaal benutten van het potentieel aan donoren in overleg met de vakgroep in het kernziekenhuis
- ③ overlegt periodiek met de coördinerend donatie-intensivist en de regionaal teamleider
- ③ is aanspreekpunt/vertegenwoordiger voor het kernziekenhuis

Coördinerend donatie-intensivist (CDI):

- ③ ondersteunt de donatie-intensivisten binnen zijn regio ten aanzien van het orgaandonatiebeleid
- ③ neemt deel aan (landelijke) overleggen
- ③ organiseert informatiebijeenkomsten of andere methoden voor kennisgeving

Regionaal teamleider (RTL):

- ③ geeft functioneel leiding aan de donatieprofessionals (dat zijn de DC's en ODC's) in de regio
- ③ is de operationele schakel tussen de lokaal werkende donatieprofessionals en de NTS op landelijk niveau
- ③ zorgt voor het optimaal verlopen van de regionale organisatie van donatie en werkt aan de inbedding van het nationale beleid in de regio

Supervisor (SV):

- ③ is leidinggevende van een regio
- ③ is verantwoordelijk voor de operationele aansturing van de organisatie van donatie
- ③ hiërarchisch leidinggevende van de RTL*

Manager Bedrijfsvoering:

- ③ ondersteunt de supervisoren
- ③ geeft uitvoering aan besluiten van het supervisorenoverleg
- ③ is namens de ziekenhuizen centraal aanspreekpunt voor de NTS

* In de omschrijving van de RTL staat de RTL hiërarchisch onder de supervisor valt. Wij hebben die daarom aan de omschrijving van de supervisor toegevoegd.

Taken dienstverleningsovereenkomst UMC – NTS

In de subsidieregeling wordt gevraagd om een dienstverleningsovereenkomst tussen het UMC en de NTS en een convenant tussen het UMC en de kernziekenhuizen. Deze overeenkomsten en convenanten zijn daarom ook relevant voor de taken van de gesubsidieerde functies.

In de dienstverleningsovereenkomst zijn de volgende taken opgenomen die uitgevoerd dienen te worden:

- ③ Donorwervingsstructuur: het UMC streeft ernaar om potentiële orgaandonoren te herkennen, het register te raadplegen en nabestaanden te benaderen. Ook dient een registratie te worden bijgehouden.
- ③ Scholing: Het UMC organiseert samen met de (kern)ziekenhuizen trainingen over de wijze van benadering van nabestaanden. De trainingen zijn er vooral voor nieuwe professionals die in de ziekenhuizen werkzaam zijn op de acute as.
- ③ Evaluatie: periodieke evaluatie van de donorwervingsstructuur in de regio.
- ③ COWD: stimuleren dat ieder (kern)ziekenhuis in de regio een commissie voor de orgaan- en weefseldonatie heeft. Deze commissie heeft onder andere als doel het landelijk beleid te implementeren en het regionaal beleid te evalueren.
- ③ Overleg- en communicatiestructuur: er moet een overleg- en communicatiestructuur zijn in de regio.

In de overeenkomst tussen het UMC en het (kern)ziekenhuis worden deze taken vertaald in met name taken van de DC en de DI.

De dienstverleningsovereenkomst geeft een concreter beeld dan de subsidieregeling van de taken, bijvoorbeeld door scholing te benoemen en te duiden. Een dergelijke concrete beschrijving ontbreekt in de subsidieregeling, waar de focus, zoals aan het begin van het hoofdstuk aangegeven, ligt op de functies en niet op de taken. Wat opvalt is dat het accent in de dienstverleningsovereenkomst op orgaandonatie ligt. Weefseldonatie is niet of nauwelijks expliciet opgenomen in de dienstverleningsovereenkomst. Wat ook opvalt is dat de dienstverleningsovereenkomst en convenanten uit 2016 komen en niet meer zijn geactualiseerd.

Taken pilot Groningen 2009

In de pilot Groningen lag de focus op de herkenning van potentiële donoren, het stimuleren van het raadplegen van het register, op het gesprek met de nabestaanden en de behandeling van de donoren en de donatieprocedures. Scholing en het benutten van enkele tools om de donorherkenning en de gemiste potentiële donoren na te gaan waren daarvoor bijvoorbeeld van belang. De taken genoemd in de pilot komen deels overeen met die in de dienstverleningsovereenkomst. Aanvullend zijn er in de pilot ook taken die meer betrekking hebben op de feitelijke donatie. Het gaat dan bijvoorbeeld om een 24 uren helpdesk door intensivisten en de ondersteuning bij de start van een donatie, zoals het voorbereiden van medische screening door de DC's. Deze taken staan niet in de huidige subsidieregeling.

3.1.2 Rol in de orgaan- en weefselketen van de gesubsidieerde functies

Wat is de rol van de gesubsidieerde functies in de orgaan- en weefseldonatieketen gezien de taken die ze uitvoeren? In de subsidieregeling wordt gesproken over donatiezorg, zoals in paragraaf 2.2 aangegeven. We hebben dat in die paragraaf geduid als artsen, arts-assistenten en verpleegkundigen in ziekenhuizen in staat te stellen potentiële donoren te herkennen, een zorgvuldig gesprek met nabestaanden te doen voeren en hen in staat te stellen tijdig en adequaat een donatieprocedure in gang te zetten. Als we kijken naar tekstkader 3.1 dan valt daar op dat er bij de DC's ook staat dat de DC het proces van met name weefseldonatie begeleidt. Dit zou kunnen betekenen dat een DC ook zelf een rol heeft in het donatieproces.

Als we kijken naar de dienstverleningsovereenkomst dan zien we dat deze overeenkomst zich richt op de voorbereidende taken in de keten. Dit werd bij de overeenkomsten uit 2016 donorwerving genoemd. Deze term wordt nu niet meer gebruikt. De overeenkomsten zijn echter niet geactualiseerd en kennen deze term nog.

In de pilot Groningen 2009 zien we, zoals in de vorige alinea aangegeven, dat voor de DC's en DI's expliciet een taak is weggelegd bij de start van de donatie.

3.2 De taken van de gesubsidieerde functies in de praktijk

Op basis van de gesprekken in met name de caseziekenhuizen komen we tot een aantal taken die standaard in ziekenhuizen worden gedaan door de gesubsidieerde functies, dat is:

- ③ Nagaan gemiste potentiële donoren, registratie van overledenen en feedback hierover aan artsen
- ③ Scholing
- ③ De COWD
- ③ Overige werkzaamheden

Deze taken zien we ook terugkomen in de dienstverleningsovereenkomst. In de toelichting op de subsidieregeling worden deze taken beperkt benoemd.

Hieronder lichten we de taken toe.

3.2.1 Nagaan gemiste potentiële donoren, registratie en feedback

Nagaan gemiste potentiële donoren

In ieder ziekenhuis worden de overlijdens nagegaan. Dit om te onderzoeken of er potentiële donoren zijn gemist en waarom.

In sommige ziekenhuizen is er een check of de overlijdens in het systeem overeenkomen met alle overlijdensformulieren voor de gemeente. Ook wordt er nagegaan of er voor iedere overledene een donatieformulier is ingevuld. De mate waarin deze controle gebeurt en nodig is verschilt per ziekenhuis.

Redenen hiervoor zijn onder ander of er wel of niet is gedigitaliseerd in het ziekenhuis en/of door de gemeente.

Gemiste potentiële orgaandonoren

Voor het nagaan van gemiste potentiële orgaandonoren zijn de instructies van de NTS van belang. De NTS stelt verplicht om voor de afdelingen neurologie, neurochirurgie, kinder-ICU, ICU en SEH de overlijdens na te gaan op mogelijk gemiste orgaandonoren.²⁴ Orgaandonoren komen van deze afdelingen. Indien er geen donoraanmelding was bij een overlijden op deze afdelingen is een dossieronderzoek verplicht. Voor het nagaan van potentiële orgaandonoren heeft de NTS de instructie 'Criteria donorherkenning orgaandonoren' opgesteld.²⁵ Indien een overledene op een van de genoemde afdelingen geen potentiële orgaandonor was dan wordt de procedure voor mogelijke weefseldonatie gevolgd.

Gemiste potentiële weefseldonoren

Voor alle overlijdens in een ziekenhuis worden de formulieren nagelopen op het mogelijk missen van weefseldonoren. Dit houdt in dat van alle overlijdens het donatieformulier wordt nagelopen. Daarbij wordt gecontroleerd of de overlijdensoorzaak bekend is, evenals andere basisinformatie. In een aantal situaties is dossieronderzoek voor weefseldonoren verplicht gesteld door de NTS. Dossieronderzoek is bijvoorbeeld verplicht als er geen donoraanmelding is geweest en er wel toestemming was vanuit het Donorregister of nabestaanden. Sommige DC's doen onderzoek naar alle overlijdens in het ziekenhuis. Dit is onder andere afhankelijk van het aantal overlijdens in een ziekenhuis en of er tijd is voor deze extra onderzoeken.

Registratie van overledenen

Alle overlijdens worden in Nova Nord ingevoerd, dat is de database van de NTS die als doel heeft het potentieel van orgaan- en weefseldonoren in beeld te brengen. Deze database kan vervolgens worden gebruikt voor het verkrijgen van meer inzicht in het aantal donoren in de verschillende ziekenhuizen. Ook wordt op hoofdlijnen gevolgd waarom een overledene geen donor is. Is dat vanwege contra-indicaties, het Donorregister, de nabestaanden, niet tijdig een match gevonden, geen OK beschikbaar of andere redenen.

Vragen aan artsen/feedback aan artsen

Als uit het dossieronderzoek blijkt dat een potentiële orgaan- of weefseldonor is gemist wordt contact opgenomen met de arts per mail of in gesprek. Ook als er vragen zijn over het donatieformulier wordt contact opgenomen, bijvoorbeeld door de arts de vraag te stellen waarom een bepaalde keuze is gemaakt. Meestal is de eerste feedback van de DC, waarbij de DI kan worden aangehaakt, bijvoorbeeld door de DI te cc-en in de mail. Soms onderneemt de DI actie. Dit is afhankelijk van de casus. Indien nodig is een DI in te zetten om een arts aan te spreken.

Bij het nalopen van de donatieformulieren ligt de aandacht op de contra-indicaties. Contra-indicaties veranderen regelmatig. Zo is de leeftijdsgrens voor sommige donaties opgeschoven of zelfs afgeschaft. Het kan zijn dat artsen niet alle actuele informatie voldoende scherp hebben bij een overlijden. Dit is een

²⁴ Zie bijvoorbeeld de Beknopte handleiding NovaNORD van de NTS.

²⁵ NTS, Criteria donorherkenning orgaandonoren, 25 februari 2021.

reden waarom DC's het geven van feedback van belang vinden. Artsen zijn zich door de feedback bewuster van de veranderingen in het proces.

Diverse DC's sturen een arts altijd een mail over de donatieprocedure; dus niet alleen als een potentiële donor is gemist, maar ook als de procedure wel is gestart. Dit omdat complimenten geven voor de alertheid bij het herkennen van een potentiële donor stimulerend wordt gevonden.

Systeemaanpassingen

Actualisaties van criteria, van het donatieformulier en dergelijke dienen in protocollen en de diverse ICT-systemen te worden doorgevoerd. Dit hoort ook bij het takenpakket en wordt geregeld door de DC.

3.2.2 Scholing

Scholing intern

De volgende scholing wordt gegeven:

- ③ Introductie voor nieuwe artsen / arts-assistenten. Het accent in de introductie ligt op waar een arts op moet letten bij een mogelijk overlijden en bij wie hij/zij in het desbetreffende ziekenhuis moet zijn voor meer informatie bij een mogelijke donatie of als hij/zij meer informatie wil.
- ③ Communicatie rondom donatie De cursus Communicatie rondom Donatie kent een opzet die aan landelijke eisen dient te voldoen. De cursus richt zich op gespreksvoering en wordt met een acteur, psycholoog en DC en/of ODC gegeven. Tot en met 2019 was in de subsidiebrief opgenomen dat de cursus zich beperkte tot de acute as artsen. In de dienstverleningsovereenkomst is deze cursus ook opgenomen. In deze overeenkomst beperkt de cursus zich ook tot de acute as artsen.²⁶ Ziekenhuizen zetten deze cursus verschillend uit. Sommige zieken beperken zich tot de acute as artsen andere zetten de cursus breder uit en zijn ook arts-assistenten welkom.
- ③ Aanvullend (of voorafgaand) is er een e-learning module van de NTS die wordt gestimuleerd om te volgen en soms binnen het ziekenhuis als verplicht wordt gesteld.
- ③ Daarnaast hebben de meeste ziekenhuizen regelmatig scholing aan afdelingen, medische staf, verpleegkundigen enzovoorts. Dit is bedoeld als herinnering/kennis ophalen/verdieping en voor het vertellen over nieuwe ontwikkelingen, zoals de wijziging van de Wet op de orgaandonatie. Soms is er een uur verdieping voor intensivisten en/of IC-verpleegkundigen op hun opleiding. Opleidingsziekenhuizen hebben opleidingsdagen voor artsen. Hier wordt dan regelmatig bij aangehaakt.

De vraag en aanbod van scholing verschilt per ziekenhuis. Hier is een aantal redenen voor. Zo varieert de introductie van één keer per maand (opleidingsziekenhuis) tot af en toe/ langs gaan bij een nieuwe arts in kleinere ziekenhuizen. Ook is een introductie niet altijd geschikt voor uitleg over donatie, bijvoorbeeld omdat de introductie breed is opgezet (voor alle nieuwe personeelsleden dus ook staf en facilitair).

²⁶ De acute as is: spoedeisende hulp (SEH), neurologie en neurochirurgie en de IC.

Ook komt het voor dat het ziekenhuis niet wil dat er scholing over donatie op de introductie wordt gegeven, bijvoorbeeld omdat het introductieprogramma te vol is. De mate waarin scholing over donatie verplicht wordt gesteld in een ziekenhuis verschilt eveneens van verplicht tot redelijk vrijblijvend.

Het verzorgen van scholing houdt in: het plannen van de scholing, het voorbereiden van de lessen, het geven en het evalueren van de scholing. De scholing wordt vaak gegeven door de DC in samenwerking met de ODC en/of DI. De taakverdeling kan zijn dat de ODC vertelt over orgaandonatie en de DC over de weefseldonatie, maar de taakverdeling is soms ook anders. Scholing aan artsen wordt regelmatig door de DI gedaan, bijvoorbeeld over de wetswijziging. De taakverdeling tussen de DC / ODC / DI bij scholing verschilt per regio, cluster en ziekenhuis (zie verder hoofdstuk 4).

Scholing/informereren extern

In een aantal ziekenhuizen geven DC's extern scholing. Dat is bijvoorbeeld in het cluster van het Medisch Centrum Leeuwarden het geval. De DC's in dit cluster geven ook scholing aan middelbare scholen, Lyons club, huisvrouwenverenigingen, verpleegkundigen in opleiding en dergelijke. De scholing is naar vraag. In de twee andere case-ziekenhuizen is dit geen expliciete taak van de DC's. Scholing aan verpleegkundigen in opleiding komt wel voor, maar scholing op middelbare scholen niet of niet meer. In het Bravis ziekenhuis (een satellietziekenhuis van het Albert Schweitzer ziekenhuis) was scholing extern een taak. Deze taak is na de fusie vijf jaar geleden geschrapt om de DC-functie van de twee locaties tot 0,4 fte DC-aanstelling te beperken.

De enige activiteit richting voorlichting van een breder publiek is de donorweek. De DC's in alle regio's regelen vaak de activiteiten in de donorweek.

3.2.3 Commissie orgaan- en weefseldonatie (COWD)

De meeste ziekenhuizen in de clusters van de case-ziekenhuizen van dit onderzoek hebben een COWD. In een enkel ziekenhuis is de COWD slapend. In de Covid-periode waren de meeste COWD's beperkter actief dan daarvoor.

De DC verzorgt, in overleg met de DI, veelal de agenda, planning, stukken en verslagen van de COWD. In de COWD worden de overlijdens, donatieprocedures, gemiste potentiële donoren en dergelijke besproken. Evaluatie is daarmee een onderdeel van de COWD's. Evaluatie kan (aanvullend) ook in andere overleggen gebeuren. In hoofdstuk 5 gaan we verder in op de COWD.

3.2.4 Overige werkzaamheden

Voor de volledigheid merken wij op dat er diverse overige werkzaamheden zijn, zoals het maken van jaarplannen, jaarverslagen en verantwoordingen, het regelen van de subsidieaanvraag en -verantwoording en dergelijke. Ook het voeren van overleg, lokaal, regionaal en landelijk (zie verder hoofdstuk 5) hoort bij de taken, evenals het bijhouden van kennis.

3.3 Wie doet er welke taken?

In schema 3.1 hebben we opgenomen wie welke taak verricht. Naast de gesubsidieerde functies van DC, DI, CDI en RTL kan ook de orgaandonatiecoördinator (ODC) een rol spelen (voor de rol van de ODC zie paragraaf 3.6).

DC

De DC doet het meeste van de taken beschreven in paragraaf 3.2. Gemiddeld is er per ziekenhuis 0,4 fte DC beschikbaar. Voor de taken van de DI is 0,2 fte per cluster beschikbaar. Vaak is de DC degene die het werk doet en bij inhoudelijke vragen de DI en/of RTL en ODC's raadplegen. Scholing wordt door een DC gegeven al dan niet in combinatie met een DI of RTL/ODC.

DI

De DI ondersteunt de DC bij de taken, springt in bij het geven van feedback als dat nodig is, voor zowel gemiste potentiële weefsel- als orgaandonoren, en geeft een deel van de scholing. Hoeveel scholing een DI geeft verschilt. Soms doet een DI zoveel mogelijk alle scholing samen met een DC, soms doet een DI een deel van de opleiding. Voorbeelden hiervan zijn de uitleg over de wetswijziging aan artsen en/of scholing over meer medisch-ethische onderwerpen. De DI geeft zowel over orgaandonatie als weefseldonatie scholing. Soms geeft een DI geen scholing. De CDI kan, net zoals de DI, scholing geven. De mate waarin dat gebeurt verschilt eveneens.

Omdat de DI veelal in een cluster werkt, en dus niet alleen lokaal, geeft hij/zij ook structuur aan de werkzaamheden in het cluster, zoals het organiseren van regelmatig overleg en het oplossen van knelpunten. Dit is echter ook afhankelijk van de rol van de RTL, de grootte van de regio (aantal ziekenhuizen en afstand) en het type ziekenhuis (UMC, ander kernziekenhuis of satelliet). In een kleinere regio, zoals Utrecht kan de RTL direct contact hebben met de DC's in de hele regio. In een grotere regio met meerdere clusters, zoals Groningen, is het vaak eerder de DI die de rol ten aanzien van een cluster, vervult.

De CDI vervult, zover we hebben gezien, minder een structurerende rol richting DC's. Indien een CDI structureert is dat eerder ten aanzien van andere DI's (zie verder hoofdstuk 4).

Schema 3.1 Welke gesubsidieerde functie verricht welke rol?

Taak	Functie
Nagaan gemiste donoren	DC Vooral bij het onderzoek voor gemiste potentiële orgaandonoren kunnen er vragen zijn. De DC raadpleegt daarover de RTL, een ODC en/of de DI of CDI. Ook een andere DC kan worden geraadpleegd.
Registratie overledenen	DC
Feedback aan artsen	DC regulier DI bij bijzondere cases e.d. voor zowel orgaan- als weefseldonaties
Systeemaanpassingen	DC
Scholing	DC Soms samen met de DI en soms samen met de ODC. Taakverdelingen die we tijdens het onderzoek tegenkwamen zijn: In sommige regio's geven de ODC's de scholing over orgaandonatie en de DC's over de weefseldonatie. In andere regio's is de rol van de DC bij de scholing over orgaandonaties groter. Scholing aan artsen wordt in sommige ziekenhuizen vooral door de DI gegeven in andere door de DC.
COWD	DI voorzitter, DC is de secretaris. Of de DI daadwerkelijk overal de voorzitter is, is afhankelijk van met name de wijze van invullen van de functie van de DI. Een DI in een kernziekenhuis met meerdere satellieten kan niet bij alle COWD's aanwezig zijn. Soms is er dan een lokale (niet-gesubsidieerde) DI. De RTL en/of een ODC neemt ook regelmatig deel aan COWD's.

RTL / ODC's

De RTL is een van de ODC's. De rol van de ODC wordt niet bekostigd via de subsidieregeling, de rol van de RTL wel. De RTL heeft een aansturende en verbindende rol ten aanzien van de DC's volgens de subsidieregeling (zie tekstkader 3.1). Dit geldt ook voor het nagaan van gemiste potentiële donoren en scholing.

De RTL hoeft niet alles zelf te doen. Hoe de relatie RTL/ODC en DC is vormgegeven verschilt. Soms is de RTL het aanspreekpunt voor de DC's en is er daarnaast een telefoonnummer waarop altijd één van de ODC's bereikbaar is. Dit is in de regio Rotterdam zo. In bijvoorbeeld de regio Utrecht en de regio Groningen heeft ieder ziekenhuis, en daarmee iedere DC, een ODC als aanspreekpunt.

Concluderend zien we dat de DC de trekker is van de taken en daarbij samenwerkt met de DI, CDI, RTL en/of ODC's. De precieze combinatie verschilt per regio, per cluster en soms per ziekenhuis. Hieronder gaan we in op de ervaringen van de DC met de taken in het ziekenhuis.

3.4 Ervaringen van de DC met het takenpakket

3.4.1 Tevredenheid over het takenpakket

Hoe worden de taken ervaren door de DC's?

In de vragenlijst hebben we de DC's gevraagd of er taken zijn die de DC's niet doen, maar wel zouden willen doen. Ongeveer de helft heeft hier ja op geantwoord. Op de vraag welke werkzaamheden dat zouden zijn wordt meer scholing veruit het vaakst genoemd. Een belangrijke reden hiervoor is de Covid-periode en de

maatregelen. Door de Covid-maatregelen is scholing niet doorgedaan of vervangen door e-learning modules. De digitale scholing is belangrijk, maar heeft toch niet voor alle onderdelen hetzelfde effect. Zo bestaat de cursus 'Communicatie rondom Donatie' uit onder andere een rollenspel waarin de cursisten gesprekken oefenen. Ook maakt het uitwisselen van ervaringen, casussen en dergelijke regelmatig onderdeel uit van scholing. Een andere reden waarom meer scholing belangrijk wordt gevonden door de DC's is dat in diverse ziekenhuizen de scholing voor (schouw)artsen die met weefseldonatie in aanraking kunnen komen beperkt is. Diverse reacties in de vragenlijst, evenals diverse gesprekken in de case- ziekenhuizen gaan over het relatief beperkt scholingsaanbod over weefseldonatie. Tot slot, wordt ook scholing voor externen, voorlichting van burgers en dergelijke genoemd als wenselijk. Het antwoord dat op een na het vaakste is genoemd op de vraag welke taken een DC meer zou willen doen is feedback geven aan artsen. Dat kan bijvoorbeeld extra voor weefseldonatie, omdat daarvoor minder verplichte onderzoeken zijn. Tot slot, werd ook het ondersteunen bij weefsel- en orgaanprocedures genoemd (hier gaan we in paragraaf 3.5 verder op in).

Op de vraag of er werkzaamheden zijn die de DC doet, maar niet zinvol vindt antwoordt 16% met ja. Daarbij worden genoemd: het regelen van het subsidieproces, administratieve taken, zoals formulieren verwerken en een betere systematiek om te kunnen verwijzen naar protocollen en dergelijke. Een enkeling vindt de dossieronderzoeken voor gemiste potentiële donoren en vooral de feedback niet altijd zinvol.

3.4.2 Verschillen takenpakket tussen en binnen regio's

De taken genoemd in paragraaf 3.2 worden in alle ziekenhuizen uitgevoerd. De precieze combinatie van functies die de taken verrichten kan verschillen. Ook de precieze invulling van taken kan verschillen. De procedure rond gemiste potentiële donoren is landelijk uitgewerkt. Daardoor is deze taak geüniformeerd. Wel kan een DC meer doen. Welke scholing en hoe is landelijk niet bepaald. De Wod kent geen verplichte scholing van artsen of verpleegkundigen over donatie. Voor de cursus 'Communicatie rondom Donatie' zijn richtlijnen. Voor alle andere cursussen zijn geen richtlijnen of wordt er iets landelijk aangeboden dat gezamenlijk kan worden gebruikt.

3.4.3 Zijn de verschillen in het takenpakket erg of niet?

Er zijn diverse redenen waarom er verschillen zijn, bijvoorbeeld:

- ③ Heeft een ziekenhuis veel nieuwe artsen of niet? Is het bijvoorbeeld een opleidingsziekenhuis of niet?
- ③ Hoe is de bemensing? Zijn er arts-assistenten op alle afdelingen? Of zijn er alleen arts-assistenten bij SEH? Moet een specialist, zoals een neuroloog, alles zelf doen? Inclusief eventuele donatieprocedures?
- ③ Ieder ziekenhuis heeft zijn eigen organisatiestructuur en -cultuur en niet te vergeten, de eigen ICT-systemen en software. Waar, wat te vinden en wie wanneer aan te spreken verschilt.

- ③ Hoe vaak komt een orgaandonatie voor in een ziekenhuis? Of een weefseldonatie? Is dat met enige regelmaat? Of is het een zeer uitzonderlijke procedure?

Ondanks de verschillen is een deel van de scholing in essentie hetzelfde, evenals het nalopen van gemiste potentiële donoren en het geven van feedback. Op de landelijke digitale bijeenkomst hebben we vragen gesteld over onder andere de wenselijkheid van uniform werken. Ook in een discussie met een case- ziekenhuis is dat aan bod genomen. In tekstkader 3.2 hebben wij de suggesties voor meer uniform werken opgenomen vanuit deze bijeenkomsten.

De algemene lijn die wij zien is dat uniform werken efficiënter is (je hoeft niet het wiel uit te vinden) en dat er daarnaast behoefte is aan ruimte voor een eigen invulling. De taken en de manier van deze uitvoeren moet passen bij de persoon en bij het ziekenhuis. Dat laat onverlet dat er ruimte is voor meer uniformiteit zonder dat dit de eigen invulling hoeft te belemmeren.

Tekstkader 3.2 Opties voor meer uniform werken, landelijke digitale bijeenkomst

Welke opties zijn er genoemd voor meer uniform werken?

- ③ Het voorbereiden van scholing kan veel tijd kosten. Ook stellen veel DC's de scholing zelf samen. Er is daarom behoefte aan:
 - meer scholingsmateriaal om als startpunt van het voorbereiden te kunnen gebruiken. Het gaat dus niet zozeer om (landelijke) standaardlessen, maar meer om een databank van beeldmateriaal en ander ondersteunend materiaal.
 - zelf geschoold worden in didactische vaardigheden. Deze scholing beperkt zich nu tot nieuwe DC's. Met enige regelmaat een update of een bijeenkomst over nieuwe didactische methoden zou fijn zijn.
- ③ Je kan van elkaar leren door elkaar te vragen hoe pak je dingen, zoals feedback geven, kan aanpakken. In diverse clusters is een whatsapp groepje van DC's om die vragen te stellen.
- ③ Voor nieuwe DC's is het soms lastig om zich goed in te werken, zeker tijdens de Covid-maatregelen. Meer aandacht voor inwerken is in sommige regio's nodig, maar eventueel kan ook landelijk inwerken helpen. De beroepsgroep (Donor) gaf aan daarbij mee te kunnen kijken.
- ③ Uniform werken kan ook tijd schelen. Zeker bij standaard mails en nieuwsbrieven. Nu schrijven de DC's veelal zelf de mails en nieuwsbrieven, terwijl één mail in de regio zou kunnen volstaan. Wat ook kan helpen is dat via het UMC (de RTL) informatie wordt aangeleverd die de ziekenhuizen kunnen gebruiken. Dat gebeurt bijvoorbeeld in de regio Rotterdam.
- ③ Gezamenlijk werken, bijvoorbeeld een gezamenlijk jaarverslag maken, met een aparte bladzijde voor ieder individueel ziekenhuis kan tijd besparen en informatief zijn.

3.5 De orgaan- en weefselketen op hoofdlijnen

Welke rol hebben de gesubsidieerde functies in de orgaan- en weefselketen? Voordat we hierop ingaan geven we een beschrijving van deze keten. Dit is van belang om de rol goed te kunnen bepalen. De beschrijving baseren wij op de interviews voor dit onderzoek. In figuur 3.1 en 3.2 hebben wij de orgaanketen en de weefselketen op hoofdlijnen weergegeven.

Fasen orgaan- en weefseldonatie

Zowel de orgaan- als de weefselketen worden in drie fasen verdeeld: de donatiefase, de uitnamefase en de transplantatiefase.

Donatiefase

De donatiefase bij een orgaandonatie houdt in dat de arts:

- a. zich bij een overlijden realiseert dat het gaat om een mogelijke orgaandonor
- b. de medische geschiktheid op hoofdlijnen kent of snel kan opzoeken. Het gaat dan vooral om contra-indicaties: welke ziekten of algemene kenmerken (zoals de leeftijd) maakt dat orgaandonatie niet zou kunnen
- c. het Donorregister raadpleegt, weet hoe dat te doen en hoe de registratie (zoals geen bezwaar) te interpreteren
- d. het gesprek met de nabestaanden kan voeren
- e. de ODC belt
- f. de ODC regelt vervolgens de donatie, zoals de medische screening, begeleiding van de familie, aanmelding voor allocatie en de logistiek, zoals de operatiekamer.

Een mogelijke weefseldonatie kent eveneens de stappen a tot en met d. De inhoud van de stappen is wel anders, zo zijn de contra-indicaties anders.

Vanaf stap d is het proces anders.

- e. Als de overledene een weefseldonor wordt heeft de arts een vragenlijst die hij/zij doorneemt met de nabestaanden. Deze vragen gaan onder andere over gemaakte reizen en seksuele contacten (in verband met diverse ziekten). Ook doet de arts een medisch dossieronderzoek aan de hand van een vragenlijst.
- f. De antwoorden op de vragen worden telefonisch doorgegeven aan de NTS. Vervolgens wordt bepaald of weefseldonatie een mogelijkheid is. Als de NTS aangeeft dat de overledene is aangemeld wordt de overledene naar het mortuarium of operatiekamer gebracht.

De donatiefase delen wij in twee subfasen in: het moment rond het levenseinde (met stap a – e) en het regelen van de donatie. In figuur 3.1 en 3.2 hebben we dat aangegeven. De reden voor deze splitsing is dat dit uitmaakt voor de taken van de gesubsidieerde functies, zoals we in paragraaf 3.6 beschrijven.

Uitnamefase

De uitname gebeurt door een speciaal team of teams. Voor orgaandonatie gaat het om een thorax-team (hart en longen) en/of om een zelfstandig uitname team (de organen in de buik). Voor weefseldonatie komt een team van WUON (Stichting weefseluitname organisatie Nederland).

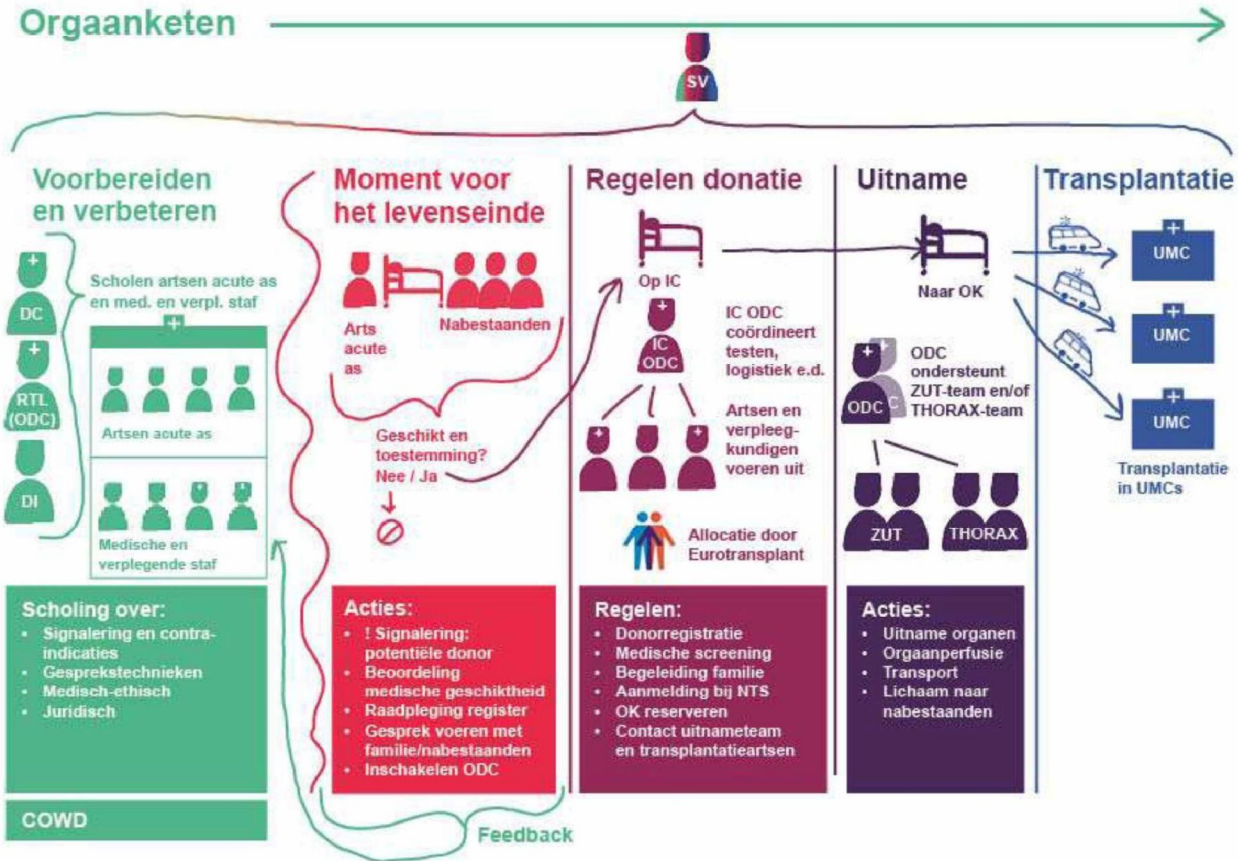
Transplantatiefase

De transplantatie gebeurt vervolgens door transplantatiechirurgen. Voor ieder orgaan of weefsel is er een ander team.

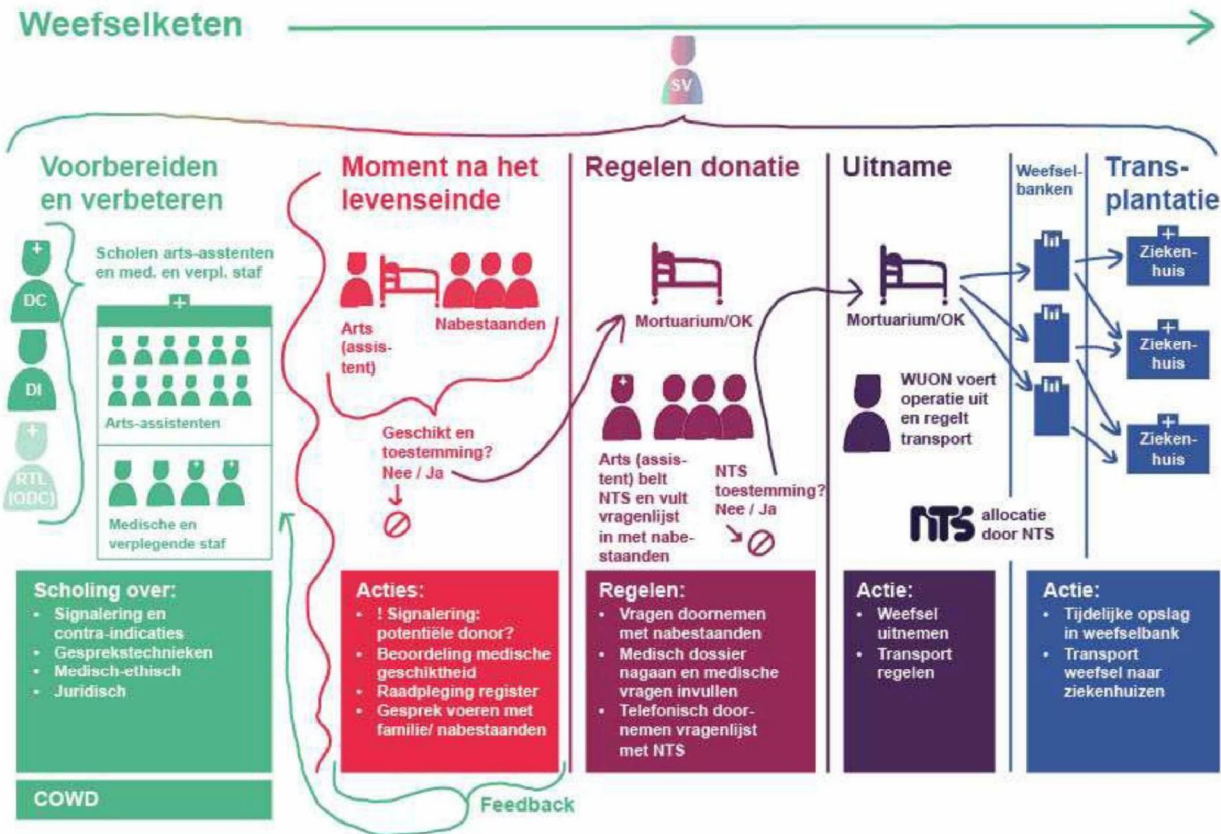
Scheiding fasen

De drie fasen zijn inhoudelijk en vooral principieel gescheiden. Het principiële onderscheid is van belang omdat een patiënt of meerdere patiënten wachten op een orgaan. Dit orgaan kan hun leven redden. Het belang van de patiënt en de betrokken arts is dus groot. Dit belang mag op geen enkele manier effect hebben op de donor en de naasten. Iedere vorm van belangenverstrengeling dient te worden voorkomen, evenals de schijn daarvan. Bij de drie fasen zijn daarom per fase verschillende artsen betrokken (de arts van de donor, de uitname artsen en de transplantatieartsen).

Figuur 3.1. De orgaanketen



Figuur 3.2 De weefselketen



Allocatie

Een belangrijk onderdeel in met name de orgaanketen is de allocatie van de organen. Deze allocatie dient onafhankelijk en rechtvaardig te gebeuren (zie ook hoofdstuk 2). De allocatie van organen gebeurt via Eurotransplant (via de NTS). Als een patiënt overlijdt worden de medische gegevens doorgegeven.

Eurotransplant gaat na bij welke patiënt in binnen- of buitenland de organen het beste passen. Vervolgens kijkt de transplantatiearts(en) van de patiënt(en) die als de meest geschikte ontvanger zijn gevonden, meer in detail of het orgaan daadwerkelijk geschikt is.

Bij weefsel is er ook een onafhankelijke match voor oogweefsel en hartkleppen. Deze gebeurt door de NTS. Bij weefsel is de procedure anders omdat weefsel kan worden opgeslagen. De match hoeft niet meteen te gebeuren. Ook worden niet alle weefsels gematcht. Huid en botweefsel worden niet gematcht. Ook is er soms binnen de 'bewaartijd' geen passende patiënt. Een ander verschil is dat weefseltransplantatie meestal niet levensreddend is.

3.6 De rollen van de gesubsidieerde functies in de orgaan-en weefselketen in de praktijk

3.6.1 De standaardrol van de gesubsidieerde functies in de orgaan- en weefselketen

Vorbereiding en verbetering

Als we de taken van de gesubsidieerde functies bekijken, zien we dat de gesubsidieerde functies de rol hebben om artsen, arts-assistenten en verpleegkundigen voor te bereiden op mogelijke donatieprocessen door scholing. Via feedback uit het verloop van processen wordt onderzocht wat goed gaat en wat niet. Dit ter verbetering van de keten. Anders gezegd de gesubsidieerde functies zorgen ervoor dat iedereen weet waar op te letten en wat te doen bij een donatieprocedure. Het gaat dus om een algemene voorbereiding, los van de procedure van een specifiek overlijden. Deze taken worden door de gesubsidieerde functies, dat is de DC, DI, CDI en RTL/ODC, gedaan en zijn groen weergegeven in de figuren 2 en 3. De supervisor en RTL hebben deels een andere rol. Voor de rol van de supervisor en RTL is de rol van de ODC van belang. Deze beschrijven we daarom eerst.

De ODC's

In de orgaanketen spelen de ODC's een belangrijke rol. Bij de start van een orgaandonatie wordt de ODC gebeld. De ODC's zijn 24/7 bereikbaar. De ODC regelt vervolgens een groot deel van de orgaanketen. Het regelen van de donatie en uitname is een complex medisch en logistiek proces, waar meerdere artsen en verpleegkundigen bij betrokken zijn, bijvoorbeeld om scans, bloedtesten en dergelijke te doen. Het proces kan van het gesprek met de familie tot en met de uitname 24 uur in beslag nemen.

RTL

Per UMC is één van de ODC's voor een deel van zijn/haar aanstelling de RTL. De RTL is de eerste contactpersoon voor de DC's. De RTL ondersteunt de DC's bij het nagaan van gemiste potentiële donoren en bij scholing. De RTL hoeft dat niet altijd zelf te doen, maar kan ook regelen dat de DC's contact hebben met de ODC's. De RTL ondersteunt de andere gesubsidieerde functies met hun taken (de RTL heeft ook een rol bij het regionaal overleg, zie daarvoor hoofdstuk 5).

In figuur 3.1 is de RTL/ODC daarom bij de fase voorbereiden en verbeteren (in het groen) opgenomen. In figuur 3.2 over de weefseldonatie is de RTL/ODC vervaagd weergegeven bij de fase voorbereiden en verbeteren. Dit omdat de rol daar minder groot is. De ODC heeft geen rol bij de weefseldonatie, behalve als de orgaandonor ook weefseldonor is. Als dit het geval is vindt eerst de orgaanuitname plaats en vervolgens de weefseluitname. De ODC is dan degene die de vragen doorneemt met de familie en het medisch dossieronderzoek doet.

De supervisor

Ondanks dat de fasen in de orgaan- en weefselketen strikt zijn gescheiden is het medisch en logistiek van belang dat de fasen goed aansluiten. Zo is de wijze van uitnemen, maar ook het omgaan met het lichaam van een donor, van invloed op de te transplanteren organen. (Medisch-) logistiek is het bijvoorbeeld van belang dat een orgaan zeer spoedig wordt vervoerd. Ook zijn diverse andere acties vaak nodig, zoals het spoelen van een orgaan, het aansluiten op een pomp voor zuurstof en dergelijke. Het proces hiervoor, de medische-logistieke keten, dient goed te zijn geborgd. De supervisor is hiervoor het eerste aanspreekpunt. De supervisor is veelal een (orgaan)transplantatiechirurg en werkt in een UMC. De supervisor staat daarom in figuur 3.1 centraal boven de orgaanketen getekend. Hij/zij heeft alle kleuren van de fasen. Dit symboliseert het waken voor de integraliteit van de keten.

In figuur 3.2 over de weefseldonatie is de supervisor vervaagd weergegeven. Dit omdat de supervisor hier alleen zeer beperkt een rol speelt.

Manager bedrijfsvoering

De manager bedrijfsvoering is een nieuwe functie (circa één jaar ten tijde van het schrijven van dit rapport). De taken van de manager bedrijfsvoering zijn onder andere het bewaken van de uitvoering van centrale afspraken rondom arbeidsvoorwaarden, roostering, enzovoort van de ODC's. Daarnaast kijkt hij naar de capaciteit in de regio's, rondom roostering en planning van de inzet van ODC's (landelijk). Hij is ook secretaris voor het supervisorenoverleg en neemt deel aan het landelijk overleg van de RTL-en. De manager bedrijfsvoering heeft vooral contact met de supervisoren, RTL-en en ODC's. Er is geen directe relatie met de DC's, DI's of CDI's.

In de figuren 3.1 en 3.2 is de manager bedrijfsvoering niet opgenomen, omdat het om een ondersteunende rol gaat.

3.6.2 Ondersteunen bij orgaandonatieprocedures of weefseldonatieprocedures; extra rol van de DC's

Het is de vraag of de gesubsidieerde functies ook een rol bij de orgaan- of weefseldonatieprocedures hebben. Het gaat dan met name om de DC's. Dit bijvoorbeeld omdat de subsidieregeling spreekt van de taak 'begeleiden van met name het weefseldonatieproces' voor de DC's. Ook werd in gesprekken voor het landelijk kader (eerste fase van het onderzoek) genoemd dat DC's een rol bij de orgaandonaties kunnen hebben of zouden kunnen hebben. Tot slot, is een reden dat in de evaluatie van KPMG plexus van de landelijke uitrol van de pilot Groningen concludeerde dat sommige regio's de taken van een DC en ODC strikt scheiden, en andere juist streven naar een kleine overlap en in weer andere regio's doet de ODC de taken van de DC voor weefseldonatie en de DC die van de ODC bij weefseldonaties (p. 29 rapport KPMG plexus). Ook dit betekent dat het de vraag is of en hoe de DC nog meer een rol heeft in de weefsel- en donatieketen.

Ondersteunen bij orgaandonatieprocedures

Pilot Groningen 2009 en huidige situatie

In de pilot Groningen hadden de DC's een rol bij de ondersteuning van de ODC's. Het gaat om ondersteuning van de eerste handelingen bij een orgaandonatieprocedure. De reden hiervoor is de grote afstand in de regio in combinatie met twee ziekenhuizen (Zwolle en Enschede) waar veel orgaandonaties plaatsvinden. De taak om de ODC's te ondersteunen hebben de DC's in de regio Groningen, met name in de clusters rond de Isala klinieken en het Medisch Spectrum Twente in Enschede ook nu nog. In het cluster van het UMC Groningen hebben ze deze taak niet, omdat dit niet nodig is, omdat de ODC's daar snel ter plekke zijn.

Cluster Medisch Centrum Leeuwarden

De DC's in het cluster van het Medisch Centrum Leeuwarden – één van de case-ziekenhuizen van dit onderzoek - ondersteunen de ODC's bij een orgaandonatieprocedure, daar waar mogelijk. Dit houdt bijvoorbeeld in dat als er een orgaandonatieprocedure wordt gestart de DC wordt gebeld. De DC regelt vervolgens de pasjes en inlogcodes van het ziekenhuis voor de ODC. Ook regelt de DC alvast de standaardonderzoeken die nodig zijn bij een orgaandonatie. Als de orgaandonatieprocedure is geweest zijn er afrondende taken, zoals de facturatie, evaluaties betrokkenen en bedankmails.

Een orgaandonatieprocedure komt niet zo vaak voor in dit cluster. In 2019 ging het om 1 tot 3 keer in ieder ziekenhuis in het cluster Medisch Centrum Leeuwarden. Het aantal keren dat een DC deze taken verricht is daarom overzichtelijk. Daarbij is het zo dat als de DC's niet bereikbaar zijn een andere verpleegkundige of een arts de ondersteuning van de ODC regelt, zoals dat ook in andere ziekenhuizen het geval is. Omdat andere verpleegkundigen en/of artsen meestal geen tot weinig ervaring hebben met het regelen van de ondersteuning bij een orgaandonatie kost het voor hen meer tijd.

Andere clusters

In het UMC Utrecht vervullen de DC's geen rol bij het ondersteunen van een ODC bij een orgaandonatie. In het cluster van het Albert Schweitzer ziekenhuis ook niet, alleen bij uitzondering. De uitzondering is één DC die deze ondersteuning regelt of erbij helpt als het zo uitkomt. De reden hiervoor is opgebouwde ervaring. Als IC-verpleegkundige heeft zij toevallig vaak ondersteund bij een orgaandonatieprocedure. Deze ervaring in combinatie met motivatie en bereidheid te komen bij een procedure zijn daarbij ook van belang.

De antwoorden op de vragenlijst van de DC's op de vraag over ondersteuning van een ODC suggereren dat dit in meer regio's zo is. We zien in de antwoorden op de vraag of een DC de ODC ondersteunt bij orgaandonatie dat daar vooral vanuit de regio Groningen 'ja' op wordt geantwoord. Daarnaast is er in bijna alle regio's één DC die aangeeft deze taak weleens te verrichten.

Tot slot, hebben sommige DC's ook een aanstelling als ODC. Dit is in de regio Nijmegen zo. Ook in de regio Maastricht is één DC tevens ODC.

DI en CDI

De DI en CDI kunnen als intensivist betrokken zijn bij het overlijden van een patiënt en daardoor met de vraag of de overledene een mogelijke orgaandonor is. Daarnaast kunnen ze andere intensivisten ondersteunen, adviseren en dergelijke als zij voor een dergelijke vraag staan.

Deze rol is niet expliciet in figuur 3.1 weergegeven. De rol valt onder die van 'arts acute as' in de fase 'moment voor levenseinde' of onder de artsen bij 'regelen donatie'.

Ondersteunen bij de start van een weefseldonatieprocedure

Pilot weefseldonatie

Het Medisch Centrum Leeuwarden doet mee aan de pilot weefseldonatie (zie paragraaf 2.5). De pilot waar het Medisch Centrum Leeuwarden aan meedoet houdt in dat de verpleegkundige avond-, nacht- en weekendhoofden de gesprekken met de nabestaanden voeren bij een mogelijke weefseldonatieprocedure. Overdag voeren de DC's de gesprekken. De DC's in het Medisch Centrum Leeuwarden ondersteunen, ten tijde van ons onderzoek, dus de weefseldonatieprocedure. In de andere ziekenhuizen van het cluster Medisch Centrum Leeuwarden en in de andere twee case-ziekenhuizen en bijbehorende satellietziekenhuizen ondersteunen de DC's niet bij de weefseldonatieprocedure in de zin van het voeren van gesprekken met nabestaanden. Wel kunnen DC's, als ze zien dat er een mogelijke weefseldonatieprocedure is, de arts of arts-assistenten actief bellen of mailen met de vraag of ze ondersteuning nodig hebben. Het gaat dan vooral om informatie. Dit gebeurt door een aantal DC's, maar is niet standaard.

Gesprekken met nabestaanden

In de vragenlijst hebben we gevraagd of DC's wel eens aanwezig zijn bij een gesprek met nabestaanden in verband met een mogelijke orgaan- of weefseldonatie. 20% geeft aan wel ooit bij een gesprek over

orgaandonatie met nabestaanden te zijn. 80% niet of zeer incidenteel. DC's die antwoorden er soms of regelmatig bij te zijn, zijn vrijwel allemaal DC's in een kernziekenhuis, maar niet zijnde een UMC. Dit komt het meeste voor in de regio Groningen, waar in een aantal clusters vaker wordt ondersteund bij orgaandonatie. In de andere regio's komt het incidenteel voor. De regio Utrecht is de regio waarin het niet voorkomt.

Op dezelfde vraag voor weefseldonatie geeft 27% aan er wel ooit bij te zijn. Ook hier gaat het dan vrijwel altijd om DC's in een kernziekenhuis, maar niet zijnde een UMC. Ook dit komt het meeste voor in de regio Groningen. In de andere regio's komt het incidenteel of niet voor.

4 De plek in de ziekenhuizen van de gesubsidieerde functies

Doel hoofdstuk

De subsidieregeling schrijft voor wie waar is aangesteld, wie voor welke ziekenhuizen werkt en voor hoeveel fte de aanstelling is. Ook geeft de subsidieregeling aan welke functies een leidinggevende of aansturende taak hebben. In dit hoofdstuk geven we eerst aan wat er in de subsidieregeling staat. Vervolgens kijken we naar de functies van de DC en de DI en CDI in de praktijk. Waar zijn ze aangesteld? En voor welke ziekenhuizen werken ze? En hoe ziet het functieprofiel eruit?

Voor de functies van de RTL en supervisor beantwoorden we dezelfde vragen. We kijken bij deze functies met name naar de aansturende en leidinggevende rol die ze volgens de subsidieregeling hebben. In de laatste paragraaf kijken we naar de relaties tussen de gesubsidieerde functies: hoe zijn de onderlinge contacten? En wat zijn de ervaringen?

Bevindingen hoofdstuk

- ⊕ DC: de werkplek van de DC is vaak lokaal. De wijze van aanstellen, verdeling van fte's, combinatie van de DC-aanstelling met andere aanstellingen, zoals IC-verpleegkundige, is divers. Dit laat onverlet dat er meestal in een team wordt gewerkt.

Het functieprofiel kan landelijk meer worden geüniformeerd. Hierbij dient wel rekening te worden gehouden met bijvoorbeeld het type ziekenhuis. Het is de vraag of de aanstelling in een kernziekenhuis relevant is voor een eenduidiger functieprofiel. Ook is het de vraag of dit opweegt tegenover de bureaucratische lasten die een aanstelling in het kernziekenhuis kan geven.
- ⊕ DI: de werkzaamheden van de DI zijn volgens de subsidieregeling gericht op het hele cluster. In de praktijk is de invulling vaak lokaal. Artsen aanspreken in een ander ziekenhuis is lastig, scholing geven en bij de COWD zijn in het hele cluster kost veel tijd. Structuur geven in een cluster, bijvoorbeeld door overleggen te organiseren en knelpunten op te lossen, kan wel. Overal een lokale DI kan een optie zijn.

Een deel van de taken van een DI is regulier, een deel is extra. Een DI gaat bijvoorbeeld over feedback aan artsen over orgaandonaties en weefseldonaties. Het eerste ligt meer in het verlengde van de taken van de IC dan de tweede. Scholing kan ook veel tijd vergen, bijvoorbeeld bij de recente wetswijziging. Voor de CDI geldt iets vergelijkbaars.
- ⊕ Een minimumtaakomschrijving van de DI en CDI-functie is een mogelijkheid.

- ③ RTL: de RTL is niet zozeer de operationele schakel voor de DC's, maar eerder een inhoudelijke linking pin. De RTL kan wel de operationele schakel zijn voor de ODC's, maar dat valt buiten dit onderzoek. De RTL werkt als ODC direct in het orgaandonatieproces en heeft van daaruit een directe lijn met de NTS. Ook werkt de RTL met de supervisor – die de ketenverantwoordelijkheid heeft. De RTL-en kunnen informatie/knelpunten van de DC's doorgeven aan de supervisor en de NTS en omgekeerd. De RTL coördineert inhoudelijk. In het verlengde kan de RTL de functioneel leidinggevende zijn.
 - ③ Supervisor: de supervisor is de hiërarchisch leidinggevende van de ODC's en vaak van de RTL. In een UMC is de supervisor vaak ook de leidinggevende van de DC's van het cluster van het UMC. De supervisor is niet (direct) de leidinggevende van de DC's in de clusters buiten het UMC. Voor een deel van de gesubsidieerde functies is de supervisor op de achtergrond aanwezig; hij/zij is er wel voor beslissingen nemen en knopen doorhakken. Dit is relevant voor het werk van de ODC's, maar minder direct relevant voor de DC's
 - ③ Manager bedrijfsvoering: de manager bedrijfsvoering is een nieuwe functie die zich vooral richt op de RTL-en, de supervisors en de ODC's. Deze functie is voor dit onderzoek beperkt relevant.
 - ③ Totaal aan functies: de DC lijkt door diverse anderen functioneel te worden aangestuurd. Dat is voor het reguliere werk veelal geen probleem, omdat de DC lokaal samenwerkt met de DI en/of RTL/ODC. Ook de DC's onderling hebben contacten. Het aansturen wordt meer ervaren als samenwerken en/of sparren. De precieze samenwerkingen zijn divers, maar de meeste DC's hebben voldoende contacten voor het reguliere werk.
- Er zijn wel onduidelijkheden over de bredere context van de aansturing, bijvoorbeeld wat is de relatie tussen het UMC (supervisor en RTL) en de NTS en VWS? Dit komt in hoofdstuk 5 aan bod.

4.1 De plek in de ziekenhuizen van de gesubsidieerde functies in de subsidieregeling

Aanstellingen en fte's.

Uitgangspunt van de aanstellingen volgens de subsidieregeling is dat er voor ieder ziekenhuis 0,4 fte DC beschikbaar is. De DC's zijn in het kernziekenhuis aangesteld, maar hebben een lokale taak. De DI's zijn eveneens in het kernziekenhuis aangesteld, voor 0,2 fte, en hebben een rol richting alle ziekenhuizen in het cluster. Het gaat dan om coördineren en aanspreken. De CDI en RTL zijn regionaal aangesteld en hebben een rol in de landelijke overleggen en verbinden landelijke ontwikkelingen met de regio. De RTL en de supervisor hebben leidinggevende taken in de regio. Dit heeft vooral betrekking op de DC's. De CDI heeft een ondersteunende functie richting de DI's. In schema 4.1 hebben we per functie opgenomen wat er in de subsidieregeling staat.

Schema 4.1 De plek van de gesubsidieerde functies in de subsidieregeling

Functie	Aanstelling	Relatie t.o.v. de andere functies
DC	kernziekenhuis	Landelijk uniform werken, lokaal implementeren*
DI	kernziekenhuis	Coördineert activiteiten en is aanspreekpunt
CDI	UMC of ander kernziekenhuis	Ondersteunt de DI's en neemt deel aan landelijke overleggen
RTL	UMC	<ul style="list-style-type: none"> ③ Functioneel leidinggevende donatieprofessionals ③ Operationele schakel tussen de NTS en de donatieprofessionals ③ Optimaal verlopen van de donatie in de regio
Supervisor	UMC	<ul style="list-style-type: none"> ③ Leidinggevende regio ③ Verantwoordelijk voor de operationele aansturing van de organisatie van de donatie ③ Hiërarchisch leidinggevende van de RTL*
Manager bedrijfsvoering	Een van de UMC's	<ul style="list-style-type: none"> ③ Ondersteunt de supervisors. ③ Aanspreekpunt voor de NTS

* In de omschrijving van de functie van DC in de toelichting op de subsidieregeling staan taken, maar geen expliciete duiding van de relatie ten opzichte van anderen (zie tekstkader 3.1). In het algemene deel van de toelichting staat globaal beschreven wat het doel is, waaronder landelijk uniform werken en lokaal implementeren. Omdat vooral de DC's deze taken uitvoeren hebben we dit bij de DC's opgenomen.

** In de omschrijving van de RTL staat dat de RTL hiërarchisch valt onder de supervisor. Wij hebben dit daarom aan de omschrijving van de supervisor toegevoegd.

Pilot Groningen 2009

De functies van DI en CDI komen uit de pilot Groningen 2009 voort. De functie van DC werd vernieuwd. De functies van RTL en supervisor waren er al en veranderden beperkt of niet (zie ook hoofdstuk 2). In de pilot lag het accent van de nieuwe functies op de ontwikkeling van de aandacht voor en kennis van donatie op de IC. Dit ziet er kort samengevat als volgt uit:

- ③ Elke intensivist in het kernziekenhuis heeft een bijdrage aan de DI-functie in het kernziekenhuis.
- ③ Een van deze intensivisten is de vertegenwoordiger voor zijn ziekenhuis en de bijbehorende clusterziekenhuizen (de DI).
- ③ De CDI heeft de verantwoordelijkheid voor het aansturen van de DI's in de kernziekenhuizen.

De functie van DI en CDI waren in de pilot vooral gericht op medisch - inhoudelijke aansturing van zowel de donatieprocedures zelf als van scholing, voorlichting en andere vormen van kennisoverdracht binnen het ziekenhuis, binnen het cluster en ook extern. Een telefonische helpdesk (24/7) hoorde hier ook bij. Deze werd bemenst door intensivisten van de kernziekenhuizen.

De rol van de RTL was in de pilot Groningen 2009 als volgt geformuleerd: De RTL zal zich volledig moeten richten op ondersteuning, begeleiding en sturing van de donatiecoördinatoren in de regio. De regionaal teamleider kan dus geen werkzaamheden meer uitvoeren als TC (de huidige ODC) (p. 24).

De supervisor was en bleef de eindverantwoordelijke voor het beleid van orgaandonatie vanuit het UMC. De supervisor is in de pilot de functioneel leidinggevende van de RTL en neemt deel aan diverse overleggen, bijvoorbeeld wekelijks met de RTL.

4.2 De plek van de DC's in de ziekenhuizen in de praktijk

4.2.1 De aanstelling en locatie van de werkzaamheden van de DC

Kernziekenhuis of satellietziekenhuis

In tekstkader 4.1 is opgenomen in welk ziekenhuis de DC's in de drie case-ziekenhuizen zijn aangesteld. In het Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht en het UMC Utrecht zijn de DC's in beginsel in het kernziekenhuis aangesteld. Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft de contracten van de satellietziekenhuizen omgezet naar het kernziekenhuis toen de subsidieregeling dit verplicht stelde. In het derde case-ziekenhuis (Medisch Centrum Leeuwarden) zijn de DC's in het eigen ziekenhuis aangesteld. De reden hiervoor is dat de DC's dan lokaal kunnen werken. Echter ook in de andere ziekenhuizen werken de DC's volledig (Albert Schweitzer ziekenhuis) of vrijwel volledig lokaal, dat wil zeggen in het 'eigen ziekenhuis' (Utrecht).

Zowel in de regio Utrecht, als Rotterdam zijn er uitzonderingen op de aanstelling in het kernziekenhuis. Redenen hiervoor zijn: oude contracten met satellietziekenhuizen, arbeidsvoorwaarden van de DC en andere pragmatische redenen.

Tekstkader 4.1 Aanstelling DC's in de case-ziekenhuizen

	Cluster UMC Utrecht	Cluster ASZ Dordrecht	Cluster MCL
Aanstelling	De DC's zijn in principe in het kernziekenhuis (UMC) aangesteld. Hier zijn enkele uitzonderingen op met name vanwege al lopende contracten.	De DC's zijn aangesteld in het kernziekenhuis bij de afdeling IC. Het hoofd IC is de hiërarchisch leidinggevende van de DC's. Voor hun IC- of SEH-taken zijn de DC's in dienst van het 'eigen' ziekenhuis.	De DC's zijn in het eigen ziekenhuis aangesteld bij de afdeling IC. Dit uitgezonderd één ziekenhuis. De DC's voor dit ziekenhuis worden vanuit het kernziekenhuis gedetacheerd. De reden hiervoor is dat er geen convenant is met dit satellietziekenhuis.
Aantal fte's	Iedere DC is DC in twee ziekenhuizen; één groot en één klein ziekenhuis. De aanstelling is voor 2 x 0,4 fte, of wat minder (tot 0,66 fte). De DC's verdelen hun tijd over de twee ziekenhuizen waar ze DC zijn.	Uitgangspunt is dat de DC-taak van 0,4 fte per ziekenhuis wordt verdeeld over twee DC's van ieder 0,2 fte. De DC's in één ziekenhuis werken samen en vervangen elkaar. In één ziekenhuis is één DC werkzaam. Er is nog wel formatieruimte voor een tweede DC.	Uitgangspunt is dat de DC-taak per satellietziekenhuis wordt verdeeld over twee DC's van ieder 0,2 fte. Daarvan wordt 0,2 fte van de subsidieregeling betaald en 0,2 fte door het ziekenhuis zelf. In het kernziekenhuis is daardoor meer ruimte.

		De DC's werken naast hun DC-aanstelling als IC-verpleegkundige of op een andere relevante afdeling (SEH).	De DC's in één ziekenhuis werken samen en kunnen elkaar vervangen. In het MCL worden de DC-taken verdeeld over drie DC's, onder andere omdat het MCL meedoet aan de pilot weefseldonatie en er voor die pilot extra uren zijn. De DC's werken naast hun DC-aanstelling als IC-verpleegkundige of op een andere plek (moratorium)
Locatie	De DC's werken vooral lokaal, maar konden (voor Covid) ook bijvoorbeeld een dag in de week in het UMC werken als ze een aanstelling in het UMC hebben. Hier werd gebruik van gemaakt.	De DC's werken lokaal.	De DC's werken lokaal.

De antwoorden op de vragenlijst aan de DC's laat ook zien dat het divers is waar DC's zijn aangesteld. Van de DC's die in een satellietziekenhuis werkzaam zijn geeft ongeveer 65% aan in het eigen ziekenhuis te zijn aangesteld. DC's in een kernziekenhuis zijn, op een enkele uitzondering na, in het kernziekenhuis aangesteld. Met daarbij de kanttekening dat diverse DC's niet alleen in het kernziekenhuis werkzaam, maar ook in een satelliet.

Achtervang

De gedachte in de subsidieregeling achter het aanstellen in kernziekenhuizen is dat er dan meer in een team wordt gewerkt en dat er dan achtervang is. In alle drie de case-ziekenhuizen is de ervaring dat elkaar vervangen tussen ziekenhuizen op de korte termijn niet goed mogelijk is. De redenen hiervoor zijn:

- ③ Verschillende software en sturingssystemen waarmee in de diverse ziekenhuizen wordt gewerkt.
- ③ Inloggen bij vervanging van werkzaamheden moet worden geregeld. Dit kan complex zijn, onder andere vanwege privacy regels.
- ③ Artsen, verpleegkundigen en andere medewerkers in het ziekenhuis weten te vinden kan lastig zijn als je er niet werkt.
- ③ Weten wat gebruikelijk is in een ziekenhuis; hoe de organisatiestructuur en -cultuur werkt is ook van belang bij het overnemen van werk.

Elkaar vervangen in een ander ziekenhuis wordt in alle drie de case-ziekenhuizen alleen als optie gezien als het voor een bepaalde periode nodig is. Incidenteel vervangen kan beperkt. Wat incidenteel wel kan is Nova Nord invullen en vervanging bij scholing. Deze taken worden soms ook door ODC's (tijdelijk) overgenomen in plaats van door een andere DC.

De mogelijkheid voor vervanging voor langere tijd is van belang, bijvoorbeeld bij een vacature. In ziekenhuizen waar één DC werkt kan een probleem ontstaan als de DC ontslag neemt. Dit omdat de subsidieregeling geen overlap toestaat; het wordt niet betaald als de vertrekkende DC de nieuwe DC inwerkt. In de case-ziekenhuizen Medisch Centrum Leeuwarden en het Albert Schweitzer Ziekenhuis is er voor gekozen de functie van DC van 0,4 fte te verdelen over twee DC's van 0,2 fte. De DC's in een ziekenhuis kunnen elkaar wel vervangen.

Bereikbaarheid

Hoe is de bereikbaarheid van de DC's? Deze vraag hebben wij gesteld in de vragenlijst aan de DC's. We zien dat 7% van de DC's in een cluster werkt waar 24/7 bereikbaarheid is. Dat hangt samen met de extra rol van de DC's in de donatieketen, namelijk het kunnen starten van de orgaandonatieprocedure als de ODC er nog niet is (zie paragraaf 3.6). In de andere ziekenhuizen is de bereikbaarheid niet permanent. Wel wordt de bereikbaarheid vergroot door onderling af te stemmen (33%) en/of buiten werktijden bereikbaar te zijn daar waar mogelijk.

Uniformiteit en werken in een team

Een andere reden voor het aanstellen van DC's in een kernziekenhuis is dat er dan uniformer wordt gewerkt doordat er in een team wordt gewerkt. In de drie case-ziekenhuizen kennen de DC's van het cluster elkaar. Er is regelmatig overleg. Er zijn ook whatsappgroepjes. DC's weten elkaar te vinden als ze vragen hebben. Ook is er in de drie case-ziekenhuizen overleg en/of uitwisseling met de RTL en/of ODC's. Hierdoor is het ook laagdrempelig aan de RTL en/of ODC vragen te stellen, bijvoorbeeld over contra-indicaties bij overledenen. Er is dus wel contact, maar zoals hiervoor aangegeven, wil dat niet zeggen dat er dan ook achtervang is.

In de vragenlijst hebben we hier een vraag over gesteld, namelijk: hoe is uw contact met andere DC's geregeld? Op deze vraag heeft 55% geantwoord: "we vormen met een aantal DC's een team". 45% antwoordde: "we zijn geen team, maar hebben wel regelmatig contact". 0% antwoordde: "er is weinig tot geen onderling contact". Echter deze vraag is door 12% van de respondenten niet ingevuld. Op de landelijke bijeenkomst gaven sommige DC's aan niet goed te weten waar de vragen te stellen (zie verder tekstkader 4.2). Dit geldt met name voor nieuwe DC's. De Covid-maatregelen kunnen dit hebben versterkt.

Verdeling fte's in het cluster of regio

Door het aanstellen van DC's in een kernziekenhuis zijn er mogelijkheden om de fte's te herverdelen. Zo herverdeelt het UMC Utrecht de fte's in de regio. Iedere DC in de regio Utrecht is werkzaam in een klein en groot ziekenhuis. De DC's delen vervolgens hun werk zelf in. In het cluster Medisch Centrum Leeuwarden herverdeelt het kernziekenhuis de fte's door een deel van de fte's van de satellietziekenhuizen naar het kernziekenhuis te verschuiven. De satellietziekenhuizen betalen vervolgens zelf extra fte's voor aanvullende taken. In totaal is er in het cluster Medisch Centrum Leeuwarden meer fte beschikbaar

(gesubsidieerd en niet-gesubsidieerd). Het takenpakket van de DC's in Friesland is daardoor groter (zie paragraaf 3.2).

In het cluster van het Albert Schweitzer Ziekenhuis worden de fte's niet herverdeeld. De noodzaak daartoe is er ook niet, gezien onder andere de omvang van de ziekenhuizen. In de regio Rotterdam wordt de aanstelling (hoeveel fte waar in te zetten) soms wat aangepast om de fte's efficiënt in te zetten en/of om ervoor te zorgen dat medewerkers een takenpakket hebben dat bij bijvoorbeeld hun reistijd past.

Lokaal werken

Een aanstelling in het kernziekenhuis voor een satellietziekenhuis betekent niet altijd dat er wordt gewerkt vanuit het kernziekenhuis. Ook als de DC in het kernziekenhuis is aangesteld kan het werk lokaal plaats vinden. De afwegingen hiervoor zijn dat lokaal werkende DC's zichtbaarder zijn in het ziekenhuis, de mensen kennen, weten hoe de organisatie werkt enzovoort. In alle drie de case-ziekenhuizen werken de DC's daarom lokaal. In het Albert Schweitzer Ziekenhuis en in het Medisch Centrum Leeuwarden is de DC-aanstelling nadrukkelijk gecombineerd met een andere relevante aanstelling, zoals een aanstelling als IC-verpleegkundige. Door bijvoorbeeld op de IC te werken worden artsen er automatisch aan herinnerd dat ze een mail nog moeten beantwoorden of komen onderwerpen vanzelf ter sprake. Hierdoor is vragen stellen en feedback geven gemakkelijker.

De DC's in de regio Utrecht combineren hun aanstelling niet, of beperkt, met een andere aanstelling, zoals een aanstelling als IC-verpleegkundige. Zij geven aan op de locatie te werken en zo lokaal zichtbaar te zijn. Door de Covid-maatregelen is dat wel minder geworden.

Voor- en nadelen aanstelling in een kernziekenhuis

Het is de vraag wat de voor- en nadelen zijn van een aanstelling in het kernziekenhuis als een DC lokaal werkt, maar in een kernziekenhuis is aangesteld. Genoemde voordelen zijn:

- ③ De kernziekenhuizen kunnen dan sturen op het aantal fte's en de functie invulling.
- ③ Doordat DC's in het kernziekenhuis zijn aangesteld, maar voor een satellietziekenhuis werken worden ze voor de DC- uren niet alsnog op bijvoorbeeld de IC ingeroosterd. Dit is van belang bij de combinatie van een DC en IC-aanstelling. De ervaring van diverse DC's is dat ze regelmatig alsnog op de IC moeten werken als hun DC-aanstelling in hetzelfde ziekenhuis is.
- ③ Als DC's meerdere DC-aanstellingen hebben en daarom fulltime of bijna fulltime als DC werken is een centrale aanstelling eenvoudiger.

Genoemde nadelen zijn:

- ③ Als DC's voor 0,4 fte of minder DC zijn en de DC-aanstelling combineren met een andere aanstelling, bijvoorbeeld als IC-verpleegkundige, dan kan een aanstelling in een kernziekenhuis ingewikkeld zijn. De DC is dan in twee (of meer) ziekenhuizen in dienst. Dit kan ook gevolgen hebben voor bijvoorbeeld pensioenopbouw.

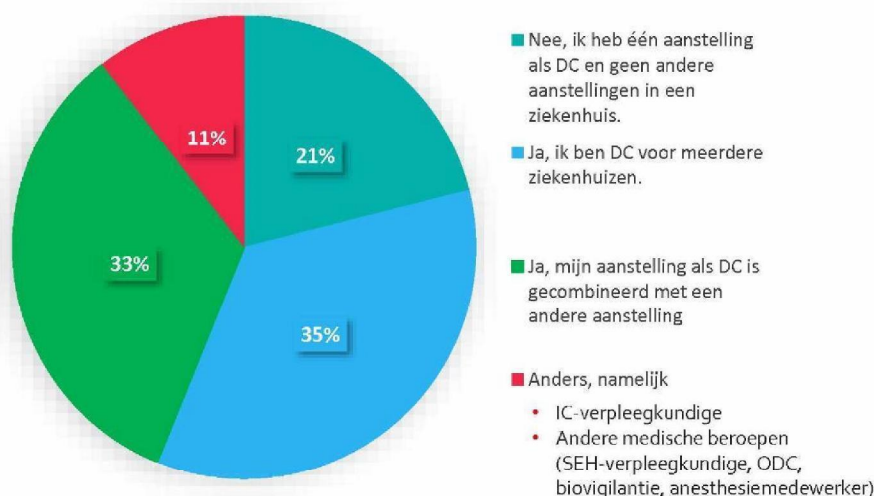
- Ook kan het gevolgen hebben voor de hiërarchisch leidinggevende van de DC's. Zo is het hoofd van de IC in het Albert Schweitzer Ziekenhuis verantwoordelijk voor drie DC's die voor hun DC-taken (ieder rond de 0,2 fte) in dienst zijn van het Albert Schweitzer Ziekenhuis, maar hun werk in een ander ziekenhuis doen. Ook hun aanstelling als IC-verpleegkundige is in een ander ziekenhuis. De hiërarchisch leidinggevende is dan verantwoordelijk voor medewerkers die geen werkzaamheden voor zijn afdeling uitvoeren en die hij niet tijdens het werk tegenkomt. Dit levert geen problemen op. Het kost wel tijd en inspanning om het zo te regelen.

We zien dat de aanstelling van de DC divers is. Het aanstellen in een kernziekenhuis lijkt niet direct samen te hangen met het hebben van achtervang, werken in een team of zelfs de herverdeling van fte's. Het is daarmee de vraag of het nodig is in de subsidieregeling te bepalen waar de DC aangesteld zou moeten zijn. Achtervang regelen is wel van belang. Evenals samenwerken. De wijze van invullen van de functie – of deze wel of niet wordt gecombineerd met een andere aanstelling – lijkt te worden gebruikt voor het regelen van achtervang. Wij zoomen daar daarom verder op in.

4.2.2 Invulling van de DC-functie

Hoeveel DC's werken alleen als DC en hoeveel combineren het met een andere functie? Deze vraag hebben we in de vragenlijst gesteld. In figuur 4.1 zijn de antwoorden weergegeven. Ongeveer de helft van de DC's is alleen DC in één of meerdere ziekenhuizen. De andere helft combineert de DC-functie met een andere aanstelling, veelal in het ziekenhuis. Genoemde combinaties zijn bijvoorbeeld: IC-verpleegkundige en andere medische beroepen (zoals SEH-verpleegkundige, biovigilantie, anesthesiemedewerker). Sommige DC's zijn ook ODC's, zover we kunnen nagaan zijn er vier DC's ook ODC in de regio Nijmegen en één in de regio Maastricht.

Figuur 4.1 Combineert u uw aanstelling als DC met een andere aanstelling?



Voor- en nadelen van een aanstelling van DC gecombineerd met IC-verpleegkundige

Wat zijn de voor- en nadelen van het combineren van de functie?

Het belangrijkste voordeel van alleen als DC werken in een ziekenhuis is, het al eerder genoemde voordeel, dat de DC niet kan worden ingezet voor ander (IC) werk. Overigens zijn er ook ziekenhuizen waarin de DC niet wordt ingezet op de IC als de functie wordt gecombineerd. Een ander voordeel van het werken als DC en niet elders in het ziekenhuis, is dat als DC-taken van meer ziekenhuizen worden gecombineerd de uren beter kunnen worden verdeeld. Tot slot, is een genoemd voordeel dat de vergadertijd en tijd voor opleidingen zo efficiënter kan worden ingezet. Bepaalde vergaderingen en opleidingen moeten immers worden gevolgd ongeacht of de aanstelling voor 0,2 fte, 0,4 fte of 0,8 fte is.

De voordelen van het combineren van de functies is de zichtbaarheid voor andere verpleegkundigen en artsen, de laagdrempeligheid van het contact en het ziekenhuis erg goed kennen. Ook voor de DC's die tevens IC-verpleegkundige zijn kunnen er voordelen zijn bij het combineren van de functies. Geïnterviewde DC's geven aan de combinatie fijn te vinden, omdat het verdieping geeft, interessant is, scholing geven leuk is en omdat een bureaudag planbaar is en overdag is, waardoor het voor enig rust kan zorgen.

Invulling vacatures

Een vraag is in welke mate ziekenhuizen een keuze hebben om de functie wel of niet te combineren. In een aantal interviews is aangegeven dat het niet altijd eenvoudig is om een DC-vacature op te vullen. De redenen die hiervoor worden gegeven zijn dat het veelal IC-verpleegkundigen zijn. Er is een tekort aan IC-verpleegkundigen; dat werkt door in de bereidheid DC te willen zijn. De betaling en de onzekerheid van de functie speelt daarbij mee.

Als we kijken naar de achtergrond van de DC dan zien we dat veel DC's een achtergrond als IC-verpleegkundige hebben. De subsidieregeling ging er tot enkele jaren geleden vanuit dat de DC deze achtergrond heeft. De antwoorden op de vragenlijst laat zien dat in ieder geval minimaal 85% van de DC's een verpleegkundige achtergrond heeft. Vaak is dit IC-verpleegkundige. Voor de overige 15% weten we de achtergrond niet precies, omdat de vraag niet is beantwoord of dat in het antwoord alleen het opleidingsniveau is gegeven en niet de richting.

De subsidieregeling is jaarlijks. Dit geeft onzekerheid voor de DC-functie. Veel aanstellingen zijn aan de regeling gekoppeld. DC's kunnen wel een terugkeergarantie hebben. Het is dan echter de vraag wat de nieuwe functie zou zijn. Ook daar is onzekerheid over. Niet alle DC's zijn (nog steeds) IC-verpleegkundige. Als ze niet meer actief zijn als IC-verpleegkundige kan het moeilijk zijn terug te gaan in die functie op termijn. Soms wordt daarom een kleine, bijvoorbeeld 0,2 fte-aanstelling als IC-verpleegkundige aangehouden. Ook geven DC's aan dat er in de loop van de jaren veel verloop is geweest. Vooral op momenten dat het niet duidelijk was of de functie werd verlengd of niet.

Diversiteit

De wijze van invullen van de functie is divers. Het is de vraag of deze diversiteit erg is. Deze vraag is op de landelijke bijeenkomst gesteld in een van de deelsessies. De conclusie daarbij is dat er voor- en nadelen zijn

van de combinatie DC/IC-verpleegkundige. Enerzijds is het voordeel dat er dan korte lijnen zijn. Aan de andere kant kan dat ook anders worden geregeld, zodat het ook werkt. Hetzelfde geldt voor de aanstelling in een kernziekenhuis of satellietziekenhuis. Daar komt bij dat er verschillen zijn tussen ziekenhuizen. In een klein ziekenhuis waar nauwelijks orgaandonoren zijn is IC-ervaring wellicht minder nodig dan in een ziekenhuis waar meer potentiële orgaandonoren zijn. Het beeld is kort samengevat 'er zijn meer wegen die naar Rome leiden'. De vraag is dan of het voldoende duidelijk is wat het doel is van de functie.

4.2.3 Functieprofiel DC

In de vragenlijst aan de DC's hebben wij de vraag gesteld of de DC vooral zelf de eigen rol moet invullen, of dat een functieprofiel landelijk of vanuit een kernziekenhuis wenselijk is. In tabel 4.1 hebben we de antwoorden opgenomen. Een landelijk profiel kan rekenen op veel steun. Daarbij hoort wel de kanttekening dat diverse DC's opmerken dat het dan moet gaan om een basisprofiel met daarbij ruimte voor invulling per ziekenhuis. De reden hiervoor is dat het werk verschilt tussen bijvoorbeeld een UMC, een kernziekenhuis en een satellietziekenhuis. Ook kan het werk verschillen per specialisme van een ziekenhuis, zoals wel of geen neurologie of neurochirurgie. Het maakt bijvoorbeeld uit of een ziekenhuis een aantal orgaandonaties per jaar heeft of dat er slechts één keer in de zoveel jaar een orgaandonatie plaatsvindt.

Tabel 4.1 Wat is uw mening over het functieprofiel van een DC?

	Volledig oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Volledig eens
DC's vullen zelf hun rol in en dat is goed	2%	27%	24%	47%	0%
Een landelijk functieprofiel van een DC is wenselijk	0%	6%	8%	69%	18%
Een functieprofiel vanuit het kernziekenhuis is wenselijk	2%	25%	29%	39%	4%

Aan de RTL-en is een vergelijkbare vraag gesteld, namelijk of de functies in functieomschrijvingen in de subsidieregeling volstaan. Hierop is eenmaal geantwoord dat het volstaat en vijfmaal dat het niet volstaat. Eén RTL heeft deze vraag niet beantwoord. Op de vraag of uitgebreidere functieomschrijvingen wenselijk zijn antwoorden vijf RTL-en eens of volledig eens en één neutraal. Eenzelfde verdeling is bij de vraag of harmonisatie van de werkwijzen wenselijk is.

Er lijkt dus draagvlak te zijn voor het meer duiden van de functie-inhoud van een DC. Waarbij rekening houden met het type ziekenhuis van belang is.

4.3 De plek van de DI en CDI in de ziekenhuizen in de praktijk

4.3.1 Aanstelling en reikwijdte werkzaamheden

Aanstelling DI en CDI

In tekstkader 4.2 hebben we opgenomen waar de CDI en DI zijn aangesteld in de case-ziekenhuizen. In het Medisch Centrum Leeuwarden zien we dat de DI is aangesteld in het kernziekenhuis. Ook de CDI van de regio Groningen is in Leeuwarden aangesteld. Zijn werkzaamheden zijn voor de hele regio Groningen. In het cluster van het Albert Schweitzer ziekenhuis is de DI in het kernziekenhuis aangesteld en zijn er daarnaast DI's in de satellietziekenhuizen (niet gesubsidieerd). De CDI van de regio is aangesteld in het UMC en is tevens DI. In de regio Utrecht is de DI in het UMC tevens CDI, maar dit is geen aparte aanstelling. De DI van het UMC Utrecht vervult de DI functie in het UMC en neemt voor de regio deel aan de landelijke overleggen en geeft informatie door aan de DI's in de regio. De twee kernziekenhuizen hebben een DI (gesubsidieerd). Daarnaast hebben de satellietziekenhuizen ook een DI (niet gesubsidieerd).

Tekstkader 4.2 Aanstelling DI's in de case-ziekenhuizen

	Cluster UMC Utrecht	Cluster Albert Schweitzer Ziekenhuis Dordrecht	Cluster Medisch Centrum Leeuwarden
DI	Ieder ziekenhuis heeft een DI. De DI's in de (virtuele) kernziekenhuizen zijn gesubsidieerd. De anderen niet. Uitgangspunt is dat de DI-taak, wat betreft feedback het beste lokaal kan worden belegd.	Ieder ziekenhuis heeft een DI. De DI in het kernziekenhuis is gesubsidieerd (0,2 fte). De anderen niet. Uitgangspunt is dat de DI-taak, wat betreft feedback het beste lokaal kan worden belegd	Er is alleen een DI in het kernziekenhuis aangesteld. Uitgangspunt is dat de DI of CDI ook artsen in andere ziekenhuizen kunnen aanspreken.
CDI	De DI in het UMC vervult ook de CDI-taken.	De DI in het UMC heeft ook een aanstelling als CDI.	De CDI is niet tevens DI. De CDI is niet in het UMC aangesteld, maar in het Medisch Centrum Leeuwarden. De werkzaamheden zijn wel voor de hele regio

Invulling werkzaamheden

In hoofdstuk 3 zijn we op de taken van de gesubsidieerde functies ingegaan. Daaruit bleek dat DI's en CDI's regelmatig scholing geven, een deel van de feedback aan artsen verzorgen en een rol hebben in de COWD. Een DI is – volgens de subsidieregeling – aangesteld in het kernziekenhuis, maar vervult ook een rol richting de satellietziekenhuizen. Een vraag is welke taken doen de DI's? En wat is de reikwijdte van hun taken? Is dat het kernziekenhuis of ook daar buiten? Als we naar de drie case-ziekenhuizen kijken zien we dat werkzaamheden van de DI in twee van de case-ziekenhuizen vooral gericht is op het kernziekenhuis zelf. Het gaat dan om feedback geven, de COWD en scholing. Er zijn wel aanvullende werkzaamheden richting de satellietziekenhuizen, zoals informatie doorgeven of het borgen van een structuur in de regio (dat is bijvoorbeeld regelen van overleg), maar feedback geven en dergelijke wordt door een intensivist van

het satellietziekenhuis gedaan. Dit geldt ook voor de scholing en de COWD. Hier is een aantal redenen voor. Een belangrijke reden die wordt gegeven is dat het geven van feedback aan artsen in een ander ziekenhuis niet of beperkt werkt. Ook ontbreekt de tijd om alle ziekenhuizen langs te gaan voor bijvoorbeeld scholing en de COWD.

We merken hierbij op dat de DI en CDI van het Medisch Centrum Leeuwarden wel in het cluster/regio scholing en feedback geven.

Taakverdeling DI – CDI

Wat is het verschil tussen een DI en een CDI? Een CDI neemt in ieder geval deel aan het landelijk overleg, zoals de commissie donatie van De NVIC en heeft daarmee een rol bij het verspreiden van informatie naar andere DI's. Of dit geïnterpreteerd wordt als het doorgeven van informatie en het uitleggen van informatie en ontwikkelingen of dat het gezien wordt als aansturen van andere DI's verschilt per regio. Daarnaast lijken CDI's wat vaker aanvullend onderzoek (publicaties) te doen dan DI's. Hetgeen ook de bedoeling is volgens de subsidieregeling (zie tekstkader 3.1).

Er zijn echter ook overeenkomsten tussen de functies. Sommige DC's hebben met een DI en een CDI eenzelfde relatie. Dat kan ook komen omdat een CDI soms zowel CDI als DI is.

Diversiteit

De wijze waarop DI's en CDI's de taken invullen verschilt. Op de landelijke digitale bijeenkomst hebben we de vraag gesteld of dat herkenbaar is en of het erg is of niet. In tekstkader 4.3 hebben we de hoofdlijnen van die discussie opgenomen.

Tekstkader 4.3 Diversiteit invulling taken door DI

Wat doen DI's? Uit de discussie blijkt dat het verschil per ziekenhuis wat een DI precies doet

- ③ *Scholing*: scholing varieert van altijd meedoen met de scholing, tot incidenteel tot nooit in het kernziekenhuis. In de satellietziekenhuizen lesgeven is lastig vanwege de tijd die het kost in combinatie met een onregelmatig rooster.
- ③ Artsen aanspreken gebeurt meestal wel in het kernziekenhuis, maar vaak niet in de satellieten. Enerzijds omdat dat veel tijd kost. Anderzijds omdat 'je elkaar niet kent', waardoor de mogelijkheden om iets te bereiken sterk afnemen.
- ③ Samenwerken met de DC gebeurt veel (zie ook paragraaf 4.5).

Is het wenselijk om te harmoniseren?

- ③ Een minimumpakket zou misschien kunnen volgens sommigen, maar zeker geen lange lijst.
- ③ *Meer op het resultaat gericht iets afspreken zou beter zijn dan takenlijsten.*
- ③ *En soms helpt centrale of regionale informatie, bijvoorbeeld bij de voorbereiding van scholing. Het doel is dan ondersteuning en niet zozeer harmonisering. Het effect kan wel zijn dat er enige harmonisering is.*

Tevredenheid

In de vragenlijst aan de (C)DI hebben we de vraag gesteld hoe de (C)DI de eigen functie ervaart. 65% is er tevreden over, 25% neutraal en 10% is ontevreden. De belangrijkste redenen om tevreden te zijn hebben

te maken met de motivatie – donatie belangrijk vinden - en de samenwerkingen (zie ook paragraaf 4.5). De redenen voor ontevredenheid of een neutraal antwoord zijn dat de taken niet voldoende duidelijk zijn, dat een deel van de werkzaamheden bureaucratisch is en dat er in het ziekenhuis eigenlijk alleen weefseldonaties zijn.

4.3.2 Wat is regulier werk en wat extra?

Uren

Voor de CDI-functie wordt 0,2 fte per regio gesubsidieerd. De CDI's kunnen vaak, ten minste deels, uren vrij roosteren. Dat kan in ieder geval voor overleg en scholing. Een deel van het werk als CDI is enerzijds onvoorspelbaar en daarom moeilijk planbaar en anderzijds valt het soms juist met de werkzaamheden samen. Ook voor de DI-functie staat 0,2 fte per kernziekenhuis. Voor deze taken worden DI's vaak niet vrij geroosterd. Hierbij zou het kunnen uitmaken dat veel intensivisten in een niet-UMC in een maatschap werken. Dit betekent dat de vergoeding voor de aanstelling wordt gefactureerd, maar niet direct wordt verrekend met het salaris. Veel DI's hebben dus geen aanstelling van 0,8 fte intensivist en 0,2 fte DI. In een UMC zijn intensivisten wel in dienst en hebben daarom wel een aanstelling van bijvoorbeeld 0,8 fte intensivist en 0,2 fte (C)DI.

Diverse satellietziekenhuizen hebben ook een DI. Dat is in ieder geval in de regio Utrecht en in het cluster van het Albert Schweitzer ziekenhuis het geval. Voor de taken van deze DI's is geen subsidie. Zij worden niet vrij geroosterd.

Regulier werk of niet?

Een vraag bij de DI-functie is of de werkzaamheden niet sowieso bij het werk van een intensivist horen. Een IC heeft taken rond het levenseinde van patiënten. In het verlengde hiervan liggen de taken rond donatie. Daarbij heeft iedere intensivist aandachtsgebieden, zoals voeding op de IC of bacteriebestrijding. In de pilot Groningen 2009 is aangegeven dat het uitgangspunt is dat alle intensivisten in het kernziekenhuis zijn betrokken. Ten minste een deel van het werk lijkt dan regulier werk te zijn.

Wat is regulier en wat niet? Deze vraag hebben we onder andere aan geïnterviewden, met name de DI's, gesteld. Het beeld wat wij hieruit hebben opgehaald is dat een commissie, zoals een COWD, vaak bij het werk van een intensivist hoort. Er zijn meer commissies waar een intensivist deel van kan uitmaken. Ook hebben intensivisten aandachtsgebieden. Donatie kan ook worden gezien als een aandachtsgebied.

Daar staat tegenover dat donatie veel specifieke kennis vergt, slechts een klein deel van de patiënten op de IC betreft en ook gaat over overledenen op andere afdelingen, omdat ook weefseldonatie tot de taken van de DI hoort. Tot slot is het geven van scholing extra.

De vraag of de taak van een DI en CDI uitmaakt van de reguliere werkzaamheden van een intensivist is ook aan de RTL-en gevraagd in de vragenlijst. Zes RTL-en waren het hiermee oneens of erg oneens (dus geen regulier werk). Eén RTL was het ermee eens.

Kort samengevat, de werkzaamheden van de DI en CDI zijn deels regulier en deels niet. Wat extra is en wat niet is ook afhankelijk van de wijze van rol invulling, bijvoorbeeld of een DI / CDI ook scholing geeft of niet. Ook relevant is de omvang van het ziekenhuis. Dit maakt uit voor de mate waarin feedback geven, scholingen geven en dergelijke nodig is.

4.4 Aansturen en leidinggeven vanuit het UMC

4.4.1 De aanstelling en rol van de RTL

Aanstelling RTL

Alle RTL-en zijn aangesteld in het UMC Bij een transplantatieafdeling of bij een afdeling over een orgaan, waar ook transplantaties plaatsvinden. RTL-en worden minder ingeroosterd voor diensten. Als een RTL veel overleggen heeft dan heeft hij/zij geen dienst als ODC. Wel gaan de diensten voor. Dus als er iemand ziek is moet er worden vervangen.

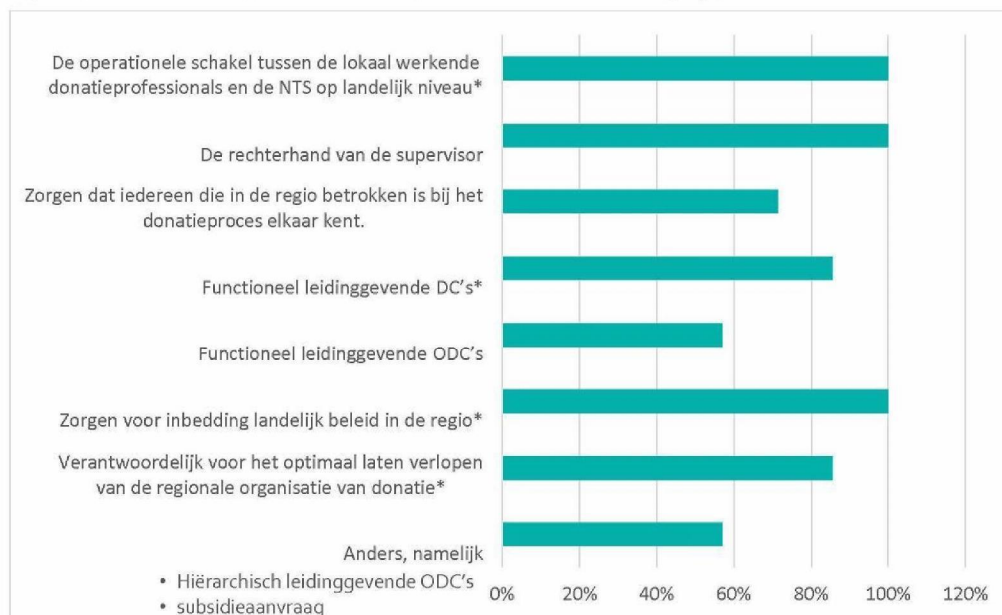
Leidinggevende RTL

Wie de hiërarchisch leidinggevende van de RTL is verschilt, veelal is de supervisor dat, maar niet overal. Wel beschouwt iedere RTL de supervisor als degene die de aansturing geeft. In de vragenlijst aan de RTL-en is gevraagd wie de aansturing geeft. Deze vraag is door alle RTL-en beantwoord. 100% geeft aan dat de supervisor aansturing geeft.

Invulling functie RTL

Aan de RTL-en is ook gevraagd wat hun taak/rol is. In figuur 4.2 zijn de antwoorden weergegeven. Een aantal van de mogelijke antwoorden komt uit de beschrijving van de subsidieregeling. 100% of bijna 100% geeft aan de in de subsidieregeling opgenomen taken te doen. Daarnaast scoort ook het antwoord 'rechterhand zijn van de supervisor' 100%.

Figuur 4.2. Wat is de taak/rol van een RTL? (meerdere antwoorden mogelijk)



* De antwoorden met een * is de letterlijke bewoording in de toelichting op de subsidieregeling.

Tevredenheid functie

We hebben de RTL-en ook gevraagd hoe ze hun functie ervaren. Zes RTL-en zijn tevreden en één RTI antwoordt neutraal. Opmerkingen die bij deze vraag worden gemaakt zijn dat het werk leuk en nuttig is. Kanttekeningen die worden gemaakt zijn dat meer uniformiteit wenselijk is en meer bevoegdheden. Ook zou het fijn zijn als het landelijk wat duidelijker is wat een RTL doet (meer erkenning).

Uniformiteit

Een vraag is of uniformiteit nodig is. Deze vraag hebben we op de landelijke digitale bijeenkomst gesteld. De antwoorden zijn in tekstkader 4.4 opgenomen.

Een deel van de invulling van de taak van de RTL heeft betrekking op het aansturen van DC's en het doorgeven van informatie relevant voor de werkwijze. In paragraaf 4.4.3 gaan we daar verderop in.

Tekstkader 4.4 Is meer uniformiteit van de invulling van de taken van de RTL nodig?

Is meer uniformiteit bij de taken van de RTL nodig? Deze vraag is gesteld op de landelijke digitale bijeenkomst op 27 oktober 2021.

Voor meer uniformiteit is:

- ③ Het geeft duidelijkheid als iedereen dezelfde rollen naleeft.
- ③ De taken worden dan minder afhankelijk van de persoon van de RTL. Sommige RTL-en zijn heel actief anderen zijn niet heel proactief. Communicatie is belangrijk voor bijvoorbeeld de DC's.

Tegen meer uniformiteit is:

- ③ De rolinvulling maakt niet uit. Het gaat om het resultaat. Er zijn meerdere wegen die naar Rome leiden. De RTL moet de ruimte hebben om op regionaal/ sub-lokaal niveau de rol zelf in te vullen naar de behoefte van de regio. Niet zozeer de taken zijn relevant als wel de kwaliteitseisen.
- ③ Het resultaat is een gevolg van een team. Niet alleen de RTL.

Tot slot: de RTL kan wel zorgen voor meer samenwerking tussen de DC's als dat nodig is. Het is niet handig als iedereen individueel zelf het wiel uitvindt en/of dat taken overall anders worden gedaan.

4.4.2 De aanstelling en rol van de supervisor

Aanstelling supervisor

Alle supervisors zijn aangesteld in het UMC. Bij een transplantatieafdeling of bij een afdeling over een orgaan, waar ook transplantaties plaatsvinden. Een supervisor heeft 0,1 fte voor zijn werkzaamheden als supervisor. Wij weten niet of er tijd wordt vrij geroosterd voor 0,1 fte. Wel nemen supervisors deel aan landelijke overleggen, deels in de regio en in ieder geval in het UMC met de ODC's. Vaak zijn daarbij ook de DC's van het UMC.

Werkzaamheden

Volgens de subsidieregeling is de supervisor de leidinggevende van de regio en degene die verantwoordelijk is voor de operationele aansturing. Aan de supervisors is in de vragenlijst de vraag gesteld of ze dit ook doen. De vragenlijst is door 4 supervisors ingevuld. Drie geven aan deze taken te doen.

Als we kijken naar de case-ziekenhuizen en de bijbehorende UMC's dan zien we dat de supervisor direct of indirect de ODC's en de DC's van het cluster UMC aanstuurt. Indirect wil zeggen via de RTL. Als we bijvoorbeeld kijken naar de antwoorden op de vragen die we aan de supervisors hebben gesteld over de taakverdeling supervisor – RTL dan wordt dit bevestigd. Hetzelfde geldt voor de antwoorden op deze vraag door de RTL-en.

Als we de DC's vragen naar hun contact met de supervisor (zie paragraaf 4.5) dan zien we dat het contact tussen DC en supervisor voor ongeveer 2/3 van de DC's beperkt is of ontbreekt. Supervisors bevestigen dat in de vragenlijst. Dit leidt tot de vraag: 'wat is aansturen?' En wat is daarbij de rol van de supervisor en de RTL?

4.4.3 Aansturing en leidinggeven vanuit het UMC

Aansturen

Als we kijken naar de hiërarchische relaties dan zien we dat de ODC's en DC's in een aantal UMC's hiërarchisch onder de RTL vallen en de RTL onder de supervisor. Soms loopt de hiërarchische structuur net wat anders. In ieder geval vallen de DC's in de andere clusters dan het cluster UMC hiërarchisch niet onder de supervisor of RTL. De DC's vallen dan meestal onder de afdeling IC van het kernziekenhuis of het satellietziekenhuis. De relaties tussen het UMC en de DC's in de andere clusters krijgt dan vorm doordat de RTL met iedereen contact houdt en/of dat een ODC het aanspreekpunt is voor een DC (zie ook hoofdstuk 3). Die contacten gaan grotendeels over het nalopen van de overlijdens op gemiste potentiële donoren en de wijze van registratie daarvan, over de scholing en over de COWD. Dus over alle taken van de DC's bij het voorbereiden en verbeteren van de orgaan- en weefselketen. Zij het dat het wel grotendeels op de orgaandonatieprocedures is gericht en minder op de weefseldonatieprocedures. Als we naar de rollen van de RTL en ODC's kijken zien we dat er een belangrijke inhoudelijke uitwisseling van kennis en ervaring plaatsvindt tussen ODC's/ RTL en DC's. Als we verder naar de rollen in de keten kijken dan zien we dat de supervisor degene is die vooral de medisch-logistieke kennis en ervaring heeft. Dit strekt zich uit tot de donatie: welke donor behandeling is in het algemeen (niet een specifieke patiënt betreffend) nodig voor het transplanteren van de organen? De vraag of dat in het belang is of niet van de donor wordt bij een potentiële donor beantwoord door de arts van de potentiële donor (vaak een intensivist). De transplantatiearts van de patiënt die een orgaan kan gaan ontvangen vraagt bij een mogelijke donatie gegevens op via de ODC. Dit om te beoordelen of een orgaan daadwerkelijk een match is. Aansturen door een supervisor kunnen we concretiseren doordat het in ieder geval gaat om de medische-logistieke aansturing – de inhoudelijke aansturing dus (niet direct een patiënt betreffend).

Operationele aansturing

In de subsidieregeling wordt ook gesproken over operationele aansturing. Operationeel wil zeggen gericht op de uitvoering. Het lijkt ook te betekenen dat het gaat over management vragen, zoals wie werkt waar voor hoeveel uur en dergelijke. Operationeel management door het UMC (RTL of supervisor) is echter niet het geval voor de ziekenhuizen in de niet-UMC clusters. In deze clusters wordt door de DI, door de individuele ziekenhuizen en door het hiërarchische hoofd (bijvoorbeeld het hoofd IC), bepaald wie er voor hoeveel fte als DC wordt aangesteld. De RTL en/of ODC kan daar wel bij worden betrokken, bijvoorbeeld bij de sollicitatiegesprekken. De RTL/ODC en DC's werken immers samen. De RTL/ODC en daarmee de supervisor beslist niet over deze aanstellingen.

Behalve de fte's en de verdeling ervan zijn er weinig managementbeslissingen ten aanzien van de DC. De DC werkt immers zelfstandig aan de diverse taken. Wel heeft de DC met veel functies te maken, maar dat is onderdeel van het werk en niet zozeer operationele aansturing.

Aansturing ODC's

Waar operationele aansturing, zoals roosteren van 24/7 diensten, van belang is, is voor de ODC's. Operationele aansturing van ODC's is aanzienlijk complexer dan van DC's. Dit gezien het werk van de ODC's en de DC's. ODC's vallen echter niet onder de subsidieregeling, maar worden op een andere manier bekostigd.. Het ligt daarom niet voor de hand dat de aansturing van ODC's wel onder de subsidieregeling valt. Toch is het de vraag of de aansturende rol van de supervisor en de RTL-en in de subsidieregeling niet, of ten minste niet deels, ook op de ODC's slaat.

De manager bedrijfsvoering

Volledigheidshalve noemen we hier ook de rol van de manager bedrijfsvoering. De manager bedrijfsvoering is een fulltime aanstelling via het UMC Nijmegen. De manager bedrijfsvoering heeft vooral een rol richting de supervisor, RTL-en en ODC's. Door de supervisors en RTL-en wordt deze rol gewaardeerd. In de antwoorden op de vragen over de contacten met de manager bedrijfsvoering en de tevredenheid hierover blijkt dat er regelmatig of veel contact is. Ook is bijna iedereen tevreden. De overigen zijn neutraal. Uit de antwoorden op de open vragen blijkt dat de samenwerking wordt gewaardeerd, evenals de toegankelijkheid. De kanttekeningen die worden gezet betreffen de doorzettingsmacht en de rol afbakening.

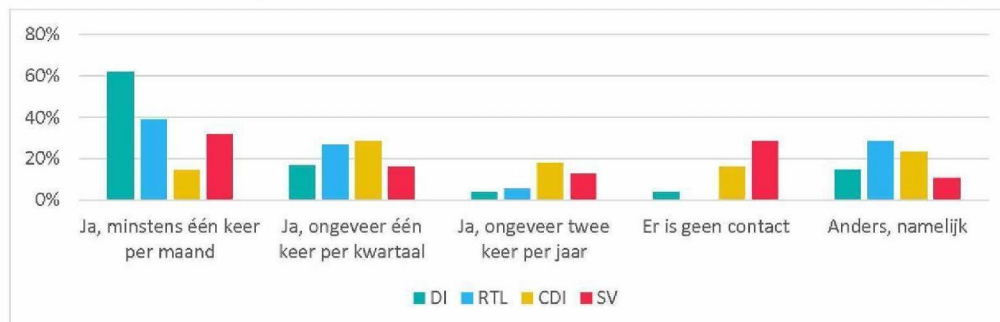
4.5 Contacten tussen de gesubsidieerde functies

4.5.1 Ervaringen van de DC's

Contacten

Waar een DC in dienst is en wie de functioneringsgesprekken voert met de DC verschilt. In het werk heeft de DC te maken met andere DC's in het cluster en regio, met de DI en soms de CDI, met de RTL/ODC's en soms – zij het vaak op afstand - de supervisor. We hebben aan de DC's in de vragenlijst de vraag gesteld: "heeft u regelmatig contact met de DI, CDI, RTL en supervisor?" In figuur 4.3 zijn de antwoorden opgenomen.

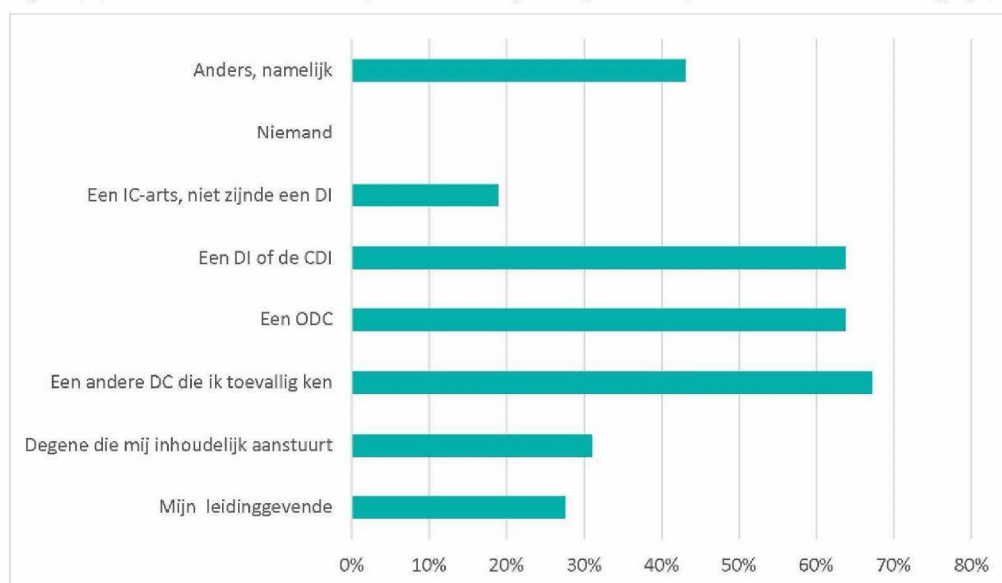
Figuur 4.3. Heeft u (DC) regelmatig contact met de DI, RTL, CDI en SV? (Meerdere antwoorden mogelijk)



We zien dat er vooral met de DI regelmatig contact is, evenals met de RTL. Contact wil nog niet zeggen dat de DC ook tevreden is over de contacten. We hebben ook de vraag gesteld: "Met wie neemt u contact op als u inhoudelijke vragen heeft?" In figuur 4.4 hebben we de antwoorden op die vraag genomen. Aan de antwoorden is te zien dat vragen op diverse plekken worden gesteld (meerdere antwoorden konden worden aangevinkt). Dit mogelijkheden zijn ook nog aangevuld met het antwoord dat ook met de NTS contact kan worden opgenomen.

In de gesprekken met de case-ziekenhuizen wordt dit beeld bevestigd. Aan: (C)DI, RTL/ODC en DC's, met name in het cluster, kunnen vragen worden gesteld. Welke vraag aan wie wordt gesteld is afhankelijk van de vraag én met wie het meeste contact is, bijvoorbeeld degene die in hetzelfde ziekenhuis werkt. Er is dus een ruime keuze aan wie vragen te stellen. Dit wordt veelal niet ervaren als aansturing, maar meer als sparren. In de case-ziekenhuizen hebben we ook de vraag gesteld "wat gaat er goed?". Het antwoord op die vraag is vaak 'de korte lijnen', het team, de bereikbaarheid van iedereen.

Figuur 4.4. Met wie neemt u contact op als u inhoudelijke vragen heeft? (Meerdere antwoorden mogelijk)



Tevredenheid

We hebben in de vragenlijst aan de DC's ook gevraagd of de DC's tevreden zijn met de contacten met de DI, CDI, RTL, ODC en supervisor. In het algemeen is er veel tevredenheid en soms neutraliteit. Echter voor alle functies geeft ook 10% van de DC's aan er ontevreden over te zijn. Uit de toelichtingen bij de antwoorden constateren we dat het dan vooral gaat om gebrek aan contact. Als we dit combineren met de antwoorden bij figuur 4.2 dan kan iedere DC bij iemand terecht met vragen, maar zijn niet overal alle functies aanspreekbaar of bereikbaar. Met de kanttekening dat het dan om circa 10% van de DC's gaat die dit vindt.

4.5.2 Ervaringen van de (C)DI's

Contacten

We hebben ook de CDI's en DI's in de vragenlijst de vraag gesteld met wie van de andere gesubsidieerde functies ze contact hebben. Het overgrote deel (89%) geeft aan vaak of regelmatig contact met de DC's in het eigen ziekenhuis te hebben. De resterende 11% geeft aan soms contact te hebben. Daarnaast zijn er ook veel contacten met de DC's buiten het kernziekenhuis, de RTL en andere DI's. Daar zijn wel uitzonderingen op. Er zijn DI's die geen contact hebben met de RTL. Met de supervisor is veel minder contact door de DI's en CDI's. Ongeveer de helft van de DI's en CDI's heeft regelmatig of soms contact met de supervisor.

Tevredenheid

Als we kijken naar de tevredenheid van de DI's en CDI's met de contacten met de andere gesubsidieerde functies dan zien we dat 89% van de DI's en CDI's daar tevreden over is 11% neutraal. In de open vraag hierover staan diverse positieve opmerkingen als 'onze DC is onmisbaar', het is een 'fijn team', de 'spil die alles regelt'.

Iets vergelijkbaars geldt voor de contacten met de RTL. Daar is 76% van de DI's en CDI's tevreden over en 24% neutraal. Over de contacten met de supervisor is 50% tevreden, de rest is vooral neutraal, 5% is ontevreden. In de open vragen wordt vooral aangegeven dat het niet duidelijk is wie de supervisor is of dat er geen contact is. Degenen die tevreden zijn en contact hebben vinden de supervisor betrokken, laagdrempelig en hebben overleg met de supervisor.

4.5.3 Ervaringen van de RTL-en

Contacten

De RTL-en geven in de vragenlijsten aan met iedereen contact te hebben, dat is met alle DI's, CDI, DC's in de hele regio en de supervisor. De mate van contact varieert van vaak tot soms. Met de DC's in de satellieten buiten het eigen cluster is minder vaak contact dan met de DC's in het eigen ziekenhuis of cluster, maar er is altijd contact.

Tevredenheid

De RTL-en zijn in het algemeen tevreden over de contacten. Een enkele RTL is neutraal over de contacten met zowel de DI's als de DC's en ontevreden over het contact met de CDI. Hierbij merken wij op dat dit weliswaar telkens één RTL is, maar dat we niet kunnen zien of dit drie verschillende RTL-en zijn of niet. Zoals eerder aangegeven, zijn de RTL-en tevreden over het contact met de supervisors.

4.5.4 Ervaringen van de supervisors

De vragenlijst is door vier van de zeven supervisors ingevuld. Het beeld dat we uit deze vragenlijsten halen stemt overeen met de antwoorden van de andere gesubsidieerde functies. De supervisor heeft

contact met de CDI en minder met de DI, vooral als die in een ander kernziekenhuis werkt. Iets vergelijkbaars geldt voor het contact met de DC's. De tevredenheid varieert van tevreden tot neutraal. Er is wel veel contact met de RTL. Over dat contact is tevredenheid.

5 De verantwoordelijkheden van de ziekenhuizen

Doel hoofdstuk

In dit hoofdstuk kijken we naar de verantwoordelijkheden van de ziekenhuizen. Het gaat daarbij om de relaties tussen de UMC's, kernziekenhuizen en satellietziekenhuizen. Welk ziekenhuis doet er wat? Is dat volgens de afspraken of niet? En in hoeverre is de indeling tussen de ziekenhuizen nog actueel? Vervolgens kijken we naar de overlegstructuren binnen een ziekenhuis (via de COWD), tussen ziekenhuizen (Rodow en andere overleggen) en landelijk. Ook kijken we naar de ervaringen van met name de gesubsidieerde functies met de verantwoordelijkheidsverdeling. We beginnen dit hoofdstuk met wat er in de subsidieregeling en de dienstverleningsovereenkomst is opgenomen over de verantwoordelijkheden van de ziekenhuizen.

Bevindingen hoofdstuk

- ③ De clusterindeling voldoet aan de subsidieregels. De UMC's zijn leidend bij de orgaandonaties. De UMC's en kernziekenhuizen doen gemiddeld de meeste weefseldonatieprocedures. De indeling in regio's en clusters is niet overal even logisch in die zin dat er ook andere regio-indelingen zijn voor bijvoorbeeld de IC's en de acute as (Roaz). In gesprekken voor het landelijk kader (eerst fase van het onderzoek) zijn er kanttekeningen bij de rol van de UMC's voor donatie geplaatst, evenals bij het aantal kernziekenhuizen en de indeling in clusters. Uit onder andere de vragenlijsten aan de gesubsidieerde functies blijkt dat er bij de gesubsidieerde functies geen behoefte is aan aanpassingen van de structuur van UMC, kernziekenhuizen en satellietziekenhuizen. Er is wel enige behoefte aan actualisatie van de kernziekenhuizen.
- ③ Lokaal: in de regelgeving is beperkt aandacht voor de verantwoordelijkheden van de individuele ziekenhuizen. Vaak is er een COWD, maar niet overal. Dit zou wel goed zijn. Lokaal zou bijvoorbeeld de aandacht versterkt kunnen worden voor de weefseldonatieprocedures en het geven van feedback aan artsen. Sowieso zouden individuele ziekenhuizen explicieter een rol kunnen hebben en dus meer verantwoordelijkheid.
- ③ Cluster: het kernziekenhuis, niet zijnde een UMC, heeft geen expliciete verantwoordelijkheid. De verantwoordelijkheden van het cluster zijn nu bij de DI en de DC belegd. In de praktijk zijn zowel de DI als DC vooral lokaal georiënteerd.
- ③ Regio: De taken belegd bij de regio (het UMC) worden grotendeels uitgevoerd. Wel zou de aanhaking van de DI's in de kernziekenhuizen in sommige regio's sterker kunnen. DI's zijn bijvoorbeeld niet altijd aangehaakt bij het Rodow. Ook verschilt de aandacht voor het

(mede)organiseren van cursussen in de regio (bijvoorbeeld de cursus Communicatie rondom Donatie).

- ③ Landelijk: De landelijke overlegstructuur wordt door veel geïnterviewden ervaren als onduidelijk. Het gaat dan vooral om de vraag 'wie kan wat beslissen?' De onduidelijkheid wordt zowel in de gesprekken die we voor het landelijk kader hebben gevoerd als in de gesprekken met de case-ziekenhuizen genoemd. Wat wordt in het ziekenhuis bepaald? En wat in het cluster? Wat in de regio/het UMC? Wat landelijk? En is dat dan de NTS of VWS? Daarmee is het de vraag wat de RTI, de CDI, de DI of de supervisor representeren. Landelijk of regionaal beleid? Wie heeft zeggenschap over de taken en de wijze van uitvoering? het ziekenhuis, het UMC, VWS of de NTS?

5.1 De verantwoordelijkheden van de ziekenhuizen in de subsidieregeling

5.1.1 Relaties tussen ziekenhuizen

Indeling in ziekenhuizen

Zowel de subsidieregeling als de dienstverleningsovereenkomst tussen de NTS en het UMC geven aan welke relaties er zijn tussen de ziekenhuizen. In de subsidieregeling is opgenomen dat er zeven donatieregio's zijn rond een UMC. Daarnaast zijn er clusters met een kernziekenhuis en met geen, één of meer satellietziekenhuizen die onder het kernziekenhuis vallen (zie verder ook hoofdstuk 2).

De subsidieregeling gaat ervan uit dat er gemiddeld over drie jaar 15 orgaandonaties of 60 weefseldonaties worden gestart.

Verantwoordelijkheid UMC

In de subsidieregeling is de verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen niet direct geduid. Alleen indirect via de gesubsidieerde functies is er een verantwoordelijkheid. In de dienstverleningsovereenkomst tussen het UMC en de NTS, die volgens de subsidieregeling moet worden gesloten (zie hoofdstuk 2), wordt de verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen globaal aangegeven:

- ③ Het UMC streeft ernaar binnen de regio:
 - alle potentiële orgaandonoren te herkennen
 - bij alle potentiële donoren het Donorregister te raadplegen
 - bij alle potentiële donoren de nabestaanden te benaderen.
- ③ Daarnaast leveren de regio's informatie aan voor (Nova) Nord.
- ③ De regio heeft een stuurgroep die voorgaande punten evalueert.
- ③ Het UMC organiseert samen met de kernziekenhuizen trainingen in de regio.
- ③ Het UMC draagt zorg voor de overleg- en communicatiestructuur binnen de regio (vaak het Rodow genoemd, maar ook andere namen komen voor) voor donorwerving. Het doel van de overleg- en communicatiestructuur is professionals adequaat te informeren en ervaringen en best practices uit

te wisselen om het werkproces te optimaliseren. Ook worden de eerder genoemde punten geëvalueerd. De RTL coördineert en faciliteert dit overleg. De DI's en DC's nemen deel.

- ③ Het UMC bevordert het instellen van een COWD in ieder (kern)ziekenhuis. Een modelreglement is opgenomen bij de dienstverleningsovereenkomst.

Ziekenhuizen

De verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen is via de COWD geregeld. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen een kernziekenhuis en satellietziekenhuis. In de dienstverleningsovereenkomst is opgenomen dat de COWD het landelijk beleid implementeert in het eigen ziekenhuis en het regionale beleid evalueert. De COWD rapporteert aan het UMC.

In het modelreglement is aangegeven dat de COWD wordt ingesteld door de directie van het ziekenhuis en de status heeft van een ziekenhuiscommissie. De leden van de COWD worden door de directie benoemd.

De taken en bevoegdheden van de commissie worden ook door de directie bepaald. De leden van de commissie zijn medeverantwoordelijk voor de uitvoering en toetsing van het donorwervingsbeleid.

De taken van de commissie zijn volgens het modelreglement:

- ③ Het implementeren van het landelijke en regionale beleid in het eigen ziekenhuis.
- ③ Medewerkers bekend maken met de protocollen voor donatie.
- ③ Registreren en analyseren van de cijfers in (Nova) Nord.
- ③ Inventariseren van knelpunten in de donatiestructuur in het ziekenhuis en oplossen ervan.
- ③ Vormen van een advies- en aanspreekpunt voor donatie.
- ③ Het organiseren van voorlichting voor artsen en verpleegkundigen.
- ③ Evalueren van bovenstaande punten.

5.1.2 Relaties tussen ziekenhuizen en NTS en VWS

Relaties ziekenhuizen en VWS

Tussen de ziekenhuizen en VWS zijn de relaties wat betreft de subsidieregeling beperkt. De kernziekenhuizen vragen de subsidie aan en leggen financiële verantwoording af. Dit loopt via de subsidieafdeling van VWS. Inhoudelijke beslissingen, zoals maatwerk voor het aantal fte's na fusie van ziekenhuizen, loopt via de beleidsafdeling (zie verder hoofdstuk 6).

Ook heeft het ministerie een algemene verantwoordelijkheid voor het systeem, waaronder in ieder geval de verantwoordelijkheid voor de wetgeving valt.

Relaties ziekenhuizen en NTS

De NTS is een orgaancentrum, zoals bedoeld in artikel 24 van de Wet op de orgaandonatie (Wod). De NTS heeft als opdracht ervoor te zorgen dat het bestaande donorpotentieel optimaal wordt benut (zie ook hoofdstuk 2).

De afspraken tussen de NTS en de UMC's lopen via de dienstverleningsovereenkomst en via een aantal van de gesubsidieerde functies. In de dienstverleningsovereenkomst staat dat:

- ③ De NTS de uitrol van de pilots (waaronder de pilot Groningen 2009) begeleidt en monitort
- ③ De NTS verder zal gaan met het, samen met de regio's, uitwerken van de volgende onderwerpen:
 - Organiseren van donatie: het verkennen van een optimale regio-indeling, optimale organisatie van uitnameprocedures, uniformere functies, et cetera en:
 - Opzetten nationale kennisstructuur: bieden van een platform voor het uitwisselen van kennis en ervaringen van professionals in het veld.

De NTS vraagt de professionals in het veld om input hiervoor.

- ③ Impliciet is ook duidelijk dat de NTS de zorgdraagt voor (Nova) Nord.

Relaties gesubsidieerde functies met de NTS

In de subsidieregeling staan de volgende relaties tussen de gesubsidieerde functies en de NTS opgenomen:

- ③ De RTL:
 - Is de schakel tussen de DC's en de NTS.
 - Zorgt voor inbedding van het nationale beleid in de regio.
 - Wordt functioneel aangestuurd door de NTS.
- ③ De CDI neemt deel aan (landelijke) overleggen, organiseert informatiebijeenkomsten of andere methoden voor kennisverspreiding.
- ③ De Manager Bedrijfsvoering: is namens de UMC's centraal aanspreekpunt voor de NTS.

Relatie NTS en VWS

Over de relatie tussen de NTS en VWS is niets opgenomen in de subsidieregeling of dienstverleningsovereenkomst. Zoals in hoofdstuk 2 aangegeven is het ministerie verantwoordelijk voor het systeem, inclusief de wetgeving.

5.2 Indeling in type ziekenhuizen in de praktijk

5.2.1 Gestarte orgaan- en weefseldonatieprocedures

Er is een zekere gelaagdheid tussen de ziekenhuizen in de subsidieregeling. Het UMC is bepalend, het kernziekenhuis coördineert enkele onderdelen. De satellietziekenhuizen voeren vooral uit. Met de kanttekening dat de DC en DI vanuit het kernziekenhuis ook voor de satellieten taken verrichten. Een vraag is of deze gelaagdheid tussen ziekenhuizen in lijn is met de cijfers over donatie. We kijken daarbij naar de cijfers over orgaan- en weefseldonatie van het jaar 2019. De reden hiervoor is dat 2021 nog niet is afgerond en 2020 een bijzonder jaar was met de inwerkingtreding van de wetwijziging en de Covid-maatregelen. 2019 is het meest recente 'gewone' jaar. In tabel 5.1 hebben we opgenomen hoeveel orgaandonaties zijn gestart in een UMC, kernziekenhuis, niet zijnde een UMC en een satellietziekenhuis. Daarbij hebben we de

totalen per type ziekenhuis opgenomen en het gemiddelde aantal gestarte procedures. Hetzelfde hebben we voor weefseldonatiemeldingen gedaan.

Tabel 5.1 Gestarte orgaandonatieprocedures en weefseldonormelding per type ziekenhuis (2019)

	Gestarte orgaandonatie procedures	Gemiddeld per ziekenhuis	Weefseldonor-melding	Gemiddeld per ziekenhuis
UMC (7)	154	22	515	74
Kernziekenhuis (niet UMC) (16)*	117	7	1.179	74
Satellietziekenhuizen (47)*	71	2	1.412	30
Totaal	342		3.106	

Bron: de berekeningen zijn gemaakt met de cijfers uit het 'Cijferoverzicht 2019', van de NTS.

* De twee virtuele kernziekenhuizen van de regio Utrecht zijn hier als satelliet opgenomen. Bij de satellieten is ervan uitgegaan dat gefuseerde ziekenhuizen als één ziekenhuis tellen (zie ook hoofdstuk 6). Indien uitgegaan wordt van niet-gefuseerde ziekenhuizen en de virtuele kernziekenhuizen als kernziekenhuis dan dalen de gemiddeldes voor de kernziekenhuizen en satellietziekenhuizen voor orgaan- en weefseldonatieprocedures.

Uit de tabel blijkt dat 154 orgaandonaties (45%) in een UMC plaatsvond en 117 (34%) in een kernziekenhuis, niet zijnde een UMC en 71 (21%) in een satellietziekenhuis. Voor weefseldonatiemeldingen geldt het omgekeerde: 45% vond plaats in satellietziekenhuizen, 38% in een kernziekenhuis niet zijnde een UMC en 17% in een UMC. Dit wil echter niet zeggen dat een gemiddeld satellietziekenhuis meer weefseldonatie meldingen had dan een UMC. Een gemiddeld satellietziekenhuis had 30 weefseldonatiemeldingen in 2019. Een gemiddeld kernziekenhuis had 74 weefseldonatiemeldingen in dat jaar. Ook voor de UMC's was het gemiddelde 74.

In de subsidieregeling is ook opgenomen dat er in een cluster gemiddeld over drie jaar 15 orgaandonatieprocedures moeten zijn gestart of 60 weefseldonatieprocedures. Om na te gaan of ieder cluster hieraan voldoet hebben we naar de cijfers over 2019 gekeken. Correcter zou zijn een gemiddelde over 2018, 2019 en 2020. Echter ook hiervoor geldt dat 2020 geen representatief jaar was. Als we 2017, 2018 en 2019 middelen zijn de cijfers relatief oud. We beperken ons in eerste instantie daarom tot 2019. In tabel 5.2 hebben we opgenomen hoeveel orgaandonatieprocedures er zijn gestart in 2019 en hoeveel weefseldonatiemeldingen er waren in de clusters. We zien dat er in alle clusters voldoende procedures zijn gestart. Dit uitgezonderd het AZM (Academische ziekenhuis Maastricht) en het cluster rond het Maasstad ziekenhuis. Als we voor die twee ziekenhuizen naar de cijfers van 2018 en 2020 kijken zien we dat ze in die jaren wel voldoende procedures hebben gestart om de norm van de subsidieregeling te halen. Daarmee voldoen deze clusters aan de aantallen van de subsidieregeling.

Het cluster UMC Utrecht bevat twee virtuele kernziekenhuizen. Deze virtuele kernziekenhuizen hebben geen satellietziekenhuizen; alle satellietziekenhuizen vallen onder het UMC Utrecht. Als we het cluster van het UMC Utrecht opsplitsen zien we dat er in één van de virtuele kernziekenhuizen drie orgaandonatie procedures zijn gestart en 51 weefseldonatieprocedures. Voor het andere virtuele kernziekenhuis zijn dat

er 5 en 97. De cijfers voor het cluster UMC Utrecht zijn: 33 en 145. Eén van de virtuele kernziekenhuizen voldoet dus niet aan de norm. Als we voor dit ziekenhuis naar de jaren 2018 en 2020 kijken zien we eenzelfde aantal procedures. Dit virtuele kernziekenhuis haalt dus de norm van de subsidieregeling niet. We merken daarbij op dat de subsidieregeling vaak geïnterpreteerd wordt als een norm voor het kernziekenhuis van het cluster. In de subsidieregeling staat echter dat de norm er is voor het cluster. Uit navraag bij VWS blijkt dat dit dient te worden geïnterpreteerd als 'voor het cluster'.

Tabel 5.2 Gestarte orgaandonatieprocedures en weefselmeldingen per cluster (2019)

Cluster - totaal 2019	Gestarte orgaan- donatieprocedures	Weefsel donor melding
UMC Amsterdam (totaal)	28	198
AMC	20	111
VUmc	8	87
OLVG	3	70
NZG	10	167
UMCG	36	190
MCL	6	99
Isala	16	147
MS Twente	19	151
LUMC	13	186
HMC	6	77
Amphia	7	97
Haga	6	72
AZM*	14	55
Zuyderland	4	106
Viecuri	4	66
Rijnstate	12	125
Radboud UMC	22	109
Catharina	11	190
ETZ	28	97
Jeroen Bosch	9	110
Erasmus MC	31	279
Maasstad*	2	59
ASZ	13	140
UMC Utrecht	41	293

Bron: de berekeningen zijn gemaakt met de cijfers uit het 'Cijferoverzicht 2019', van de NTS.

* De norm van minimaal 15 gestarte orgaandonatieprocedures is in 2018 en 2020 door het AZM wel gehaald. Het cluster Maasstad ziekenhuis haalde in 2018 en 2020 de norm voor weefsel donatiemeldingen.

5.2.2 Stellingen over de rol van het UMC en kernziekenhuizen

UMC

De NTS plaatst kanttekeningen bij de exclusieve rol van de UMC's voor donatie. We hebben de RTL- en supervisors daarom stellingen voorgelegd over de rol van het UMC, bijvoorbeeld of de coördinerende rol voor donatie en uitname bij een ander ziekenhuis dan een UMC kan worden belegd. Daar was niemand

voor. Een vergelijkbare vraag hebben we aan de DC's gesteld. Daaruit blijkt dat 20% de rol van het UMC niet logisch vindt. De rest vindt de rol wel logisch of is er neutraal over.

Kernziekenhuizen en satellietziekenhuizen

Ook bij het aantal kernziekenhuizen heeft de NTS een kanttekening gezet. We hebben de DC, DI/CDI, RTL en supervisors diverse stellingen voorgelegd over het aantal kernziekenhuizen en satellietziekenhuizen. We hebben bijvoorbeeld de stelling voorgelegd 'Het aantal kernziekenhuizen is goed'. De antwoorden zijn niet heel verschillend per vragenlijst voor de diverse gesubsidieerde functies. Het overgrote deel vindt het aantal kernziekenhuizen goed is of is er neutraal over. Wel is 20% tot 50% van de respondenten van de verschillende gesubsidieerde functies voor het actualiseren van welk ziekenhuis een kernziekenhuis is.

Regio-indelingen

Tot slot, kwam in de gesprekken die we landelijk hebben gehouden een aantal keer naar voren dat de indeling in donatieregio's niet aansluit bij andere regio-indelingen. Zo is er een regio-indeling voor de IC's en een voor de acute as (ROAZ). De donatieregio's zouden daarbij kunnen aansluiten. De behoefte aan een herindeling lijkt bij de gesubsidieerde functies niet heel groot te zijn. Er is soms wel enige verwarring omdat intensivisten in een satellietziekenhuizen voor de IC met een ander ziekenhuis bellen dan voor donatie, maar dat is niet dusdanig dit als een probleem met prioriteit wordt ervaren. Meer tijd voor het werk en meer duidelijkheid over de functie wordt als belangrijker ervaren.

We concluderen dat bij de gesubsidieerde functies het systeem niet ter discussie lijkt te staan. Wel zou naar enige actualisatie van de kernziekenhuizen en daarmee de clusters gekeken kunnen worden.

5.3 Verantwoordelijkheden van de ziekenhuizen en de overlegstructuur in de praktijk

5.3.1 Verantwoordelijkheden individuele ziekenhuizen

COWD

De belangrijkste expliciete verantwoordelijkheid die bij individuele ziekenhuizen is belegd is het instellen van een COWD. Deze hoeft er overigens niet te zijn. Het enige dat in de dienstverleningsovereenkomst staat is dat het UMC stimuleert dat er een COWD is. Als er een COWD is, is bepaald dat de directie de commissie instelt, de taken en bevoegdheden bepaalt en de leden aanstelt. De verantwoording van een COWD hoeft, volgens de dienstverleningsovereenkomst, alleen aan het UMC te worden gestuurd. In de drie clusters van de case-ziekenhuizen hadden de meeste ziekenhuizen een COWD. In ieder cluster was wel een van de COWD's slapend of niet erg actief.

Het COWD is het belangrijkste formele overleg over donatie in de ziekenhuizen. Dit overleg kan ook een rol spelen als er artsen zijn die niet heel alert zijn op gemiste potentiële donoren. Het missen van potentiële donoren kan komen door tijdsdruk en andere problemen. Het kan ook komen doordat een arts niet achter donatie staat of anderszins niet aanspreekbaar is. Dit probleem speelt binnen een ziekenhuis en kan daar in eerste instantie ook het beste worden besproken.

Samenstelling

Daar waar daadwerkelijk een COWD is, werkt dit veelal positief. Wat daarbij wel opvalt is dat de COWD volgens het modelreglement en in de praktijk vooral gericht lijkt te zijn op orgaandonaties. In sommige ziekenhuizen neemt een arts-assistent deel aan de COWD. Dat is alleen een optie als arts-assistenten voor twee jaar in het ziekenhuis zijn, dat is een opleidingsziekenhuis zijn. In ziekenhuizen die geen opleidingsziekenhuis zijn, zijn het andere artsen die met weefseldonatieprocedures te maken krijgen. Soms neemt ook iemand vanuit het mortuarium deel aan de COWD.

Verantwoording

Diverse COWD's leggen verantwoording af aan de eigen directie. Dit is overigens niet opgenomen in de dienstverleningsovereenkomst. Gezien de taken van de COWD volgens het modelreglement ligt het wel in de rede over deze taken te rapporteren aan het eigen ziekenhuis.

5.3.2 Verantwoordelijkheden cluster

Voor het kernziekenhuis, niet zijnde een UMC, zijn geen expliciete verantwoordelijkheden opgenomen in de subsidieregeling of dienstverleningsovereenkomst. De taken en verantwoordelijkheden lijken vooral via de DC en DI te lopen. Beide zijn volgens de regeling aangesteld in het kernziekenhuis en werken voor het cluster. In de praktijk zijn veel DC's aangesteld en/of werkzaam in het satellietziekenhuis. DI's werken regelmatig primair voor het eigen (kern)ziekenhuis en maar beperkt voor een satellietziekenhuis in de zin van feedback geven aan de artsen of deelnemen in de COWD. Een lokale DI verricht dan de taken (zie verder hoofdstuk 4).

Er is vaak wel structuur in het cluster. Bijvoorbeeld doordat DC's binnen een cluster contact met elkaar hebben. Ook zijn er overleggen op clusterniveau in ieder geval in alle drie de case-ziekenhuizen. Deze overleggen worden door de DI van het kernziekenhuis of de RTL georganiseerd. De cijfers van de ziekenhuizen, casussen en dergelijke worden bijvoorbeeld in deze overleggen besproken. Of dit bij andere clusters ook is zijn wij niet nagegaan. Wij hebben er geen vraag over gesteld in de vragenlijst.

5.3.3 Verantwoordelijkheden regio

Registratie overledenen

Het UMC is kort samengevat verantwoordelijk voor het nagaan van de gemiste potentiële donoren, de registratie en de evaluatie hiervan in de regio. Dit gebeurt in de praktijk door het contact tussen DC's en ODC's en/of RTL-en (zie hoofdstuk 3 en 4).

Trainingen

De trainingen voor gesprekken met de nabestaanden worden regelmatig, maar niet overal door de UMC's samen met de (kern)ziekenhuizen georganiseerd. Het gaat dan om de cursus 'Communicatie rondom Donatie' die voor nieuwe artsen wordt georganiseerd. We zien in ieder geval dat deze cursus wordt georganiseerd. Soms is dat centraal in de regio. Zo wordt de cursus voor de regio Rotterdam in Dordrecht georganiseerd, omdat dat de meest centrale plek is, die tevens goed te bereiken is. In Utrecht wordt nu juist gekeken het lokaal te doen plaatsvinden om meer aanmeldingen te krijgen. Los daarvan wordt scholing vaak samen door DC's en ODC's en/of RTL gegeven.

Stuurgroep/evaluatie

De precieze structuur in een regio verschilt. De structuur loopt niet altijd via een stuurgroep, zoals voorgeschreven in de dienstverleningsovereenkomst. Er zijn veelal korte lijnen tussen in ieder geval RTL en supervisor, evenals tussen RTL en DC's en tussen RTL, DI/CDI en DC's.

Overleg- en communicatiestructuur

Het regionale overleg wordt veelal Rodow (regionaal overleg donatie organen en weefsel) genoemd, maar ook andere afkortingen komen voor. Iedere regio heeft een dergelijk overleg. De precieze samenstelling kan wat verschillen, maar het gaat om een overleg van de hele regio van de gesubsidieerde functies, vaak aangevuld met ODC's.

Als we naar de antwoorden op de vragenlijsten kijken zien we dat in alle regio's tussen de 2 tot 6 keer per jaar een Rodow wordt georganiseerd. Door de Covid-maatregelen is dit de afgelopen jaren soms minder vaak en is het voornemen dit weer op te pakken.

De DC's en RTL- en nemen deel aan het Rodow. Veel CDI's en DI's nemen ook deel. Echter niet alle DI's kennen het Rodow of worden ervoor uitgenodigd. Van de supervisoren neemt een aantal altijd deel en een aantal soms. De Rodow's worden veelal belangrijk gevonden door de gesubsidieerde functies. Sommigen geven neutraal aan. Alleen een paar DI's geven aan het niet nuttig te vinden. De opmerkingen die over het Rodow worden gemaakt zijn dat het belangrijk is informatie uit te wisselen en ook dat het belangrijk is elkaar te zien. Sommige DI's geven aan het jammer te vinden dat de DI's uit de regio beperkt deelnemen. De betrokkenheid van de DI's verschilt. In grofweg de helft van de regio's nemen ze deel en vinden ze het belangrijk in de andere helft worden ze of niet uitgenodigd of vinden ze het minder zinvol.

In de gesprekken met de case-ziekenhuizen werd aangegeven dat de deelname van de NTS bij het Rodow belangrijk wordt gevonden, omdat de deelnemers aan het overleg dan worden bijgepraat over actuele ontwikkelingen en vragen kunnen stellen.

5.4 Relaties tussen de NTS en VWS en de ziekenhuizen in de praktijk

Relaties ziekenhuizen en VWS

Tussen het ministerie van VWS en de ziekenhuizen zijn voor deze subsidieregeling, vooral contacten over de subsidieprocedure (zie het volgend hoofdstuk).

Inhoudelijk of beleidsmatig lopen de contacten vooral via het LODT (Landelijk Overleg Donatie en Transplantatie). Het ministerie neemt deel aan het LODT. Ook nemen deel: de NTS, voorzitter van het supervisoryoverleg, de Samenwerkende topklinische ziekenhuizen (STZ), de manager bedrijfsvoering, de patiëntenfederatie, de werkgroep ODC-NL en DONOR (beroepsvereniging van de donatiecoördinatoren). Enkele geïnterviewden geven aan dat de rol van VWS duidelijker zou kunnen en zichtbaarder, zodat bijvoorbeeld beter bekend is wie de contactpersonen zijn. Verder is er op sommige punten roep om scholing verplicht te stellen. Dit zou, volgens geïnterviewde, VWS en/of de NTS kunnen doen.

Relaties ziekenhuizen en NTS voor de taken van de gesubsidieerde functies

De NTS is een orgaancentrum, zoals bedoeld in artikel 24 van de Wod. (zie ook hoofdstuk 2). Als we de taken van de gesubsidieerde functies (zie hoofdstuk 3) bekijken zien we op hoofdlijnen de volgende bijdrage van de NTS:

- ③ De NTS verzorgt Nova Nord, het donatieformulier en dergelijke. Ook de instructies hiervoor komen van de NTS. Voor vragen bellen in sommige regio's de DC's direct met de NTS. In andere regio's loopt het stellen van vragen met name via de RTL. De cijfers over donatie (en transplantatie) worden door de NTS, in bijvoorbeeld een publicatie als 'cijferoverzicht 2020', beschikbaar gesteld en openbaar gemaakt.
- ③ In de dienstverleningsovereenkomst is niet opgenomen dat de NTS ondersteunt bij bijvoorbeeld scholing. De NTS heeft diverse e-learning modules ontwikkeld; deze zijn beschikbaar voor medische professionals. Voor de wetswijziging (ADR) heeft de NTS standaardsheets gemaakt en beschikbaar gesteld aan het veld.
- ③ Rond de COWD heeft de NTS geen taken.

Rol NTS in de dienstverleningsovereenkomst

In de dienstverleningsovereenkomst heeft de NTS een rol voor het organiseren van donatie: het verkennen van een optimale regio-indeling, optimale organisatie van uitnameprocedures, uniformere functies, enzovoorts. Hiervoor maakt de NTS plannen en zijn er op dit moment diverse pilots (zie hoofdstuk 2). In interviews wordt op de invulling van deze rol van de NTS opgemerkt dat het voor betrokkenen niet duidelijk is waar de plannen vandaan komen noch waar en wanneer er commentaar op kan worden gegeven. Om dit commentaar te plaatsen kijken we naar de overlegstructuur op hoofdlijnen.

Relaties gesubsidieerde functies met de NTS In de subsidieregeling wordt met name de RTL genoemd als de schakel tussen de DC's en de NTS. De RTL moet zorgen voor de inbedding van het nationale beleid in de regio. Het beleid is van VWS, maar de NTS voert het uit. De RTL wordt tevens functioneel aangestuurd door de NTS volgens de subsidieregeling. In de vragenlijst hebben wij aan de RTL gevraagd van wie ze aansturing krijgen. In tabel 5.3 hebben we de antwoorden daarop opgenomen. De RTL-en zien allemaal de supervisor als degene die aanstuurt. Sommigen zien ook de NTS als de organisatie die hen aanstuurt. Bij de opmerkingen is echter ook genoemd dat de NTS niet aanstuurt, maar kan adviseren en voorwaarden scheppen.

Tabel 5.3 Van wie krijgt u als RTL aansturing?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

	antwoord
NTS	29%
Supervisor	100%
Mijn 'reguliere leidinggevende' (b.v. hoofd IC)	29%
Niemand	0%
Anders, namelijk	29%

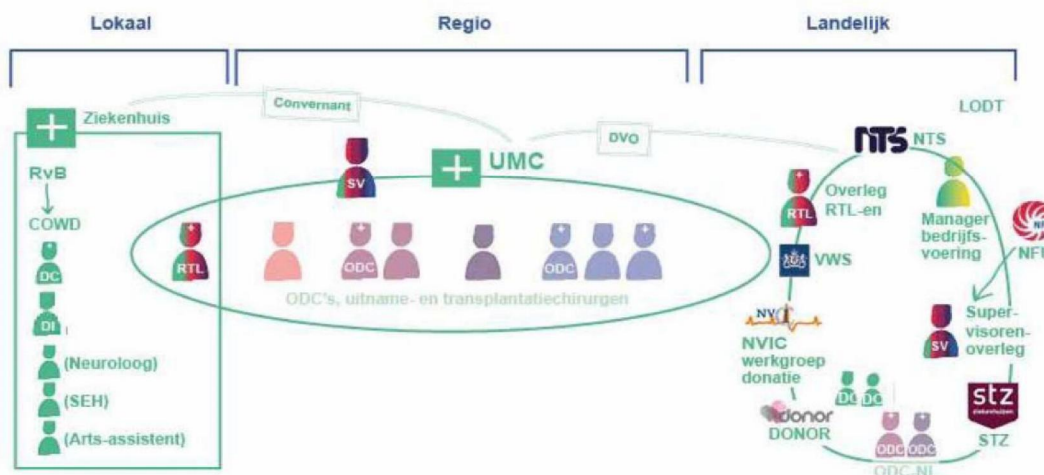
Er is regulier overleg van de RTL-en met de NTS. Ook de manager bedrijfsvoering neemt daaraan deel en de voorzitter van de supervisors. In dit overleg kunnen de RTL-en punten, ingebracht door bijvoorbeeld de DC's, aankaarten en omgekeerd. In die zin zijn de RTL-en de verbinding tussen de NTS en de DC's. Ook zijn de RTL-en tevens ODC's. De ODC's hebben een directere relatie met de NTS. Zo loopt de uitvoering van de bekostiging van een aantal ODC-taken via de NTS.

De DC's geven aan veel mails van de NTS te krijgen en vaak voor de korte termijn. Dit is met name voor DC's die één of twee dagen per week DC zijn te veel en/of op te korte termijn. De NTS werkt eraan dit te stroomlijnen. Zo is er recent in iedere regio een DC die het aanspreekpunt van de NTS in die regio is. Daarnaast is het idee om op één plek op de website alle informatie voor DC's te bundelen.

Verder zijn er nog enkele andere landelijke overleggen, zoals het overleg van de supervisors. Dit overleg valt onder de NFU (Nederlandse Federatie van UMC's). De intensivisten zijn verenigd in de Nederlandse vereniging voor intensive care (NVIC). Onder deze vereniging valt de commissie donatie.

Daarnaast is er de Nederlandse Transplantatie Vereniging (NTV) met een bestuur. Onder deze vereniging valt ook ODC-NL; een werkgroep van ODC's. Ook is er de eerder genoemde beroepsvereniging van DC's. In figuur 5.1 geven we de sturingsstructuur landelijk weer.

Figuur 5.1 Sturingsstructuur



(On)duidelijkheid sturingsstructuur

De landelijke overlegstructuur wordt door veel geïnterviewden ervaren als onduidelijk. Het gaat dan vooral om de vraag 'wie kan wat beslissen?' De onduidelijkheid wordt zowel in de gesprekken die we voor het landelijk kader hebben gevoerd als in de gesprekken met de case-ziekenhuizen genoemd. Zo plaatst de NTS diverse kritische kanttekeningen bij de huidige structuur. De NTS vindt bijvoorbeeld de rol van de UMC's en supervisors vooral medisch, terwijl er ook behoefte is aan management.

DC's geven bijvoorbeeld aan dat het onduidelijk is wie waarover gaat. Wat wordt in het ziekenhuis bepaald? Wat in het cluster? Wat in de regio/het UMC? Wat landelijk? En is dat dan de NTS of VWS?

Daarmee is het de vraag wat de RTL, de CDI, de DI of de supervisor representeren. Landelijk of regionaal beleid? Wie heeft zeggenschap over de taken en de wijze van uitvoering? het ziekenhuis, het UMC, VWS of de NTS?

Zoals in hoofdstuk 4 aangegeven, verschilt de aansturing en samenwerking van een DC per ziekenhuis, cluster of regio. Voor de reguliere werkzaamheden is dat vaak geen probleem, omdat het aansturen meer wordt ervaren als samenwerken en/of sparren. De meeste DC's hebben voldoende contacten om het reguliere werk te doen. De grootste vraag is wat wordt landelijk bepaald, bijvoorbeeld voor medische instructies voor het omgaan met donoren of voor scholing. Dit vraagstuk van sturing (governance) ligt grotendeels buiten de scope van dit onderzoek. Het raakt echter wel. In de omschrijvingen van de gesubsidieerde functies staat vaak welke gesubsidieerde functie een andere gesubsidieerde functie hiërarchisch danwel functioneel aanstuurt. Dit maakt de relaties eerder diffuus dan duidelijker. Redenen hiervoor zijn dat:

- ③ Het voornamelijk gaat om parttime aanstellingen. Hiërarchisch aansturen kan dan bij meerdere leidinggevendenden zijn belegd. Ook gaat het om inhoudelijk werk dan in samenwerking met andere ziekenhuizen, organisaties en dergelijke wordt gedaan. Het werk valt dan ten minste deels buiten

het zicht van een leidinggevende. Van belang is dat duidelijk is wat het werk inhoudt en wie dat kan beoordelen. De hiërarchisch leidinggevende betreft dan degenen die dat kunnen beoordelen bijvoorbeeld bij een beoordelingsgesprek. Het is vooral van belang wat de functie inhoudt.

- ③ Functioneel leidinggeven lijkt in de toelichting op de subsidieregeling deels te slaan op regelen en organiseren en deels op kennisdeling of inhoudelijk coördineren of samenwerken. Concreter omschrijven waar het omgaat kan voor meer duidelijkheid zorgen.
- ③ Het uitwerken van de aansturing van functies lost het probleem van de onduidelijkheid van de landelijke sturingsstructuur niet op. Dit gaat veel meer over de verantwoordelijkheidsafbakening van ziekenhuizen, UMC's en de diverse partijen die deelnemen aan het LODT.

6 De subsidieregeling en de bekostigingsmethode

Doel hoofdstuk

In dit hoofdstuk staan we stil bij het financieel - technische deel van de subsidieregeling. Hoeveel is de subsidie? Passen de normbedragen bij de uitgaven van de ziekenhuizen? Hoe is de verdeling van de fte's over de ziekenhuizen? Wat zijn de ervaringen met het subsidieproces? En welke verantwoording wordt afgelegd?

Bevindingen:

- ③ Hoogte bedrag: het salaris van één van de functies (welke verschilt) is in diverse ziekenhuizen hoger dan het normbedrag. Dit mag niet worden verrekend met minder uitgaven voor een andere functie.
 - Met name de salarissen van de DC's zijn vaak (ongeveer bij twee derde) hoger dan het normbedrag.
 - Overheadkosten zijn niet in het bedrag opgenomen. In sommige ziekenhuizen, waar relatief veel fte's zijn aangesteld en intern overhead wordt doorberekend, is het normbedrag lager dan de kosten. Bij de meeste ziekenhuizen speelt dit niet.
 - Het vaste bedrag voor ondersteuning en Communicatie rondom Donatie volstaat veelal. Met de kanttekening dat de Covid-maatregelen hier effect op hebben. Er worden bijvoorbeeld minder cursussen gegeven.
- ③ Aantal fte's: kernziekenhuizen herverdelen zelf regelmatig de fte's tussen de ziekenhuizen binnen het cluster. Daarnaast wordt er veel maatwerk toegestaan binnen de subsidieregeling in de zin dat de situatie van vóór een fusie van ziekenhuizen vaak in stand wordt gehouden. Dit geeft enerzijds een bepaalde flexibiliteit. Anderzijds is het niet transparant. De frequentie waarmee het aantal fte's van voor de fusie blijft gehandhaafd en/of dat de kernziekenhuizen de fte's herschikken geeft aan dat het blijkbaar nodig is. Een andere berekeningssystematiek kan zorgen voor een grotere transparantie. Deze systematiek zou zowel voor de DC's als voor de DI's kunnen worden gebruikt.
- ③ De jaarlijkse subsidieprocedure leidt tot onzekerheid over de aanstelling bij met name de DC's. Daarnaast leidt de procedure tot de inzet van uren van de gesubsidieerde functies en veelal ook van een medewerker financiën/control. De aanvraag is niet heel lastig. Echter, de regeling en het proces is voor medewerkers die er voor het eerst mee moeten werken onduidelijk, door gebruik van termen, wie waar is aangesteld en wat de scope is van het werk.

De verantwoording wordt als tijdrovend ervaren door met name die ziekenhuizen waar een accountantscontrole verplicht is (17 van de 24 ziekenhuizen).

- ⦿ Er is geen niet-financiële verantwoording. Er is geen verantwoording over de afgesloten dienstverleningsovereenkomsten of convenanten. Er worden in diverse ziekenhuizen wel eigen verantwoordingen gemaakt.
 Er is geen behoefte aan meer verantwoordingsinformatie. Wel aan een andere invulling.

6.1 De subsidieregeling

Subsidiebedrag voor de gesubsidieerde functies

Per gesubsidieerde functie is bepaald voor hoeveel fte maximaal subsidie kan worden aangevraagd. Ook het bedrag voor een fte kent een maximum; het normbedrag. Het subsidiebedrag is dus voor ieder kernziekenhuis het aantal fte's maal het normbedrag. Het ziekenhuis kan ervoor kiezen meer fte's in te zetten of een hoger salaris te betalen. De extra kosten betaalt het ziekenhuis dan zelf. Minder fte's inzetten of een salaris lager dan het normbedrag betekent minder subsidie. De functies kunnen niet onderling worden verrekend.

De personele kosten worden jaarlijks geïndexeerd op basis van een percentage dat de overheid vaststelt: de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling (OVA).

Het normbedrag is gebaseerd op salariskosten, exclusief overhead. De OVA wordt door diverse ziekenhuizen gebruikt om de overhead te compenseren.

Subsidiebedrag voor ondersteuning en cursussen

Ieder kernziekenhuis, niet zijnde een UMC, kan voor maximaal € 10.000 aan ondersteuningskosten aanvragen. Een UMC kan dat voor € 20.000. Voor de cursus Communicatie rondom Donatie kan ieder kernziekenhuis € 3.100 aanvragen. Dit bedrag is gewijzigd op 5 juli 2021. De Minister kan het maximale bedrag voor deze cursus verhogen met maximaal € 10.000 per kernziekenhuis. De reden hiervoor is de nieuwe Donorwet die het wenselijk maakt dat alle professionals die te maken hebben met donatie, een training volgen, niet alleen de nieuwe. Door de uitbraak van Covid kon dit in 2020 niet plaatsvinden. De trainingen kunnen in 2021 en 2022 alsnog plaatsvinden.

6.2 Fte's en scholingsbedrag in de praktijk

Hoogte bedrag subsidie

Normbedrag gesubsidieerde functies Als we naar de hoogte van het bedrag voor de functies kijken zien we dat het salaris van een DC regelmatig hoger is. Uit de antwoorden op de vragenlijst over de financiën zien we dat ongeveer twee derde van de DC's in een hogere schaal zit dan het normbedrag. Uit de vragenlijst blijkt dat ook de DI regelmatig meer krijgt betaald en soms ook de CDI en supervisor. Het wisselt per ziekenhuis wie er hoger is ingeschaald. Dat zien we ook in de case-ziekenhuizen waar in alle drie de ziekenhuizen meer wordt uitgegeven aan de fte's, maar in ieder case-ziekenhuis voor een andere gesubsidieerde functie.

Er is geen vergoeding voor overhead opgenomen in het subsidiebedrag. In één van de case-ziekenhuizen speelt wordt dat gezien als een probleem. Dit onder andere omdat er relatief veel gesubsidieerde functies in dienst zijn in dit ziekenhuis. De twee andere case-ziekenhuizen gaven aan hier geen last van te hebben, omdat de jaarlijkse bijstelling (OVA) wordt gebruikt voor de overhead, waardoor de overheadkosten voldoende kunnen worden opgevangen.

Vast bedrag ondersteuning en training

Vrijwel alle ziekenhuizen zeggen voldoende te hebben aan het vast bedrag en het bedrag voor de cursus Communicatie rondom Donatie. Een reden hiervoor is onder andere dat er door Covid minder cursussen waren en minder reistijd.

Sommigen geven als probleem aan dat de cursus Communicatie rondom Donatie vaak niet vol zit, omdat daar maar beperkt voor mag worden uitgenodigd. Ze zouden deze cursus graag breder inzetten, bijvoorbeeld voor artsen die met weefseldonatie in aanraking komen en verpleegkundigen. Sinds 2020 is dit mogelijk. Dit was nog niet voor iedereen duidelijk, omdat het niet expliciet was gecommuniceerd.

6.3 Bepaling hoeveel fte's waar

Herverdeling fte's DC's

Per ziekenhuis kan voor 0,4 fte voor een DC-aanstelling subsidie worden aangevraagd door het kernziekenhuis. Diverse clusters en regio's herverdelen vervolgens zelf de fte's. In ieder geval doet de regio Utrecht dat. Ook het Medisch Centrum Leeuwarden herverdeelt fte's en in beperktere mate de regio Rotterdam. Het cluster van het ziekenhuis in Arnhem herverdeelt ook. Van de andere clusters weten wij het niet.

Fusies van ziekenhuizen al dan niet meewegen

In de subsidieregeling is opgenomen dat er per ziekenhuis fte's voor een DC kan worden aangevraagd. Het is de vraag wat een ziekenhuis is. Het meest voor de hand ligt dat het om een juridische rechtspersoon gaat en niet om bijvoorbeeld een locatie. Dit betekent dat het aantal fte's na een fusie van ziekenhuizen in principe vermindert.

Bij de uitvoering van de subsidieregeling wordt flexibel omgegaan met fusies. Als wij de ziekenhuizen tellen komen wij tot 7 UMC's, 16 kernziekenhuizen en 47 satellietziekenhuizen. Ook is er het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis dat niet onder een cluster valt. Er zijn dus 71 ziekenhuizen.

Als we naar de uitvoering van de subsidieregeling kijken dan zien we dat er rekening wordt gehouden met 59 satellietziekenhuizen, 17 kernziekenhuizen plus twee virtuele kernziekenhuizen, dus 19 kernziekenhuizen en 7 UMC's. Het VUmc en Amc tellen als twee ziekenhuizen, één als UMC en één als kernziekenhuis, niet zijnde een UMC Dit ziekenhuis is het 17e kernziekenhuis. In totaal houdt de subsidieregeling rekening met 85 ziekenhuizen. Dat zijn er dus 11 meer dan er zijn. De wijze van berekenen van hoeveel ziekenhuizen er zijn heeft een effect op de hoeveelheid fte's van met name de DC's,

Alternatieven

Eenzijds geeft het niet meerekenen van fusies een bepaalde flexibiliteit. Anderzijds is het niet transparant. De frequentie waarmee het gebeurt geeft aan dat het blijkbaar nodig is. Als een vraag van een ziekenhuis tot behoud van de fte's bij een fusie wordt gehonoreerd wordt dit gedaan op basis van het aantal bedden. Het aantal fte's voor een DC kan ook op bijvoorbeeld het aantal bedden worden berekend. Het aantal bedden wordt echter sinds 2018 niet meer landelijk bijgehouden. Er zijn dus geen landelijk vergelijkbare statistieken voor. Er zijn andere kostenfactoren die een relatie met de taken hebben, bijvoorbeeld het aantal overleden. Gemiddeld zijn er iets van 1.000 overledenen per 1 fte DC. Voor het nalopen van gemiste potentiële donoren kan dat een relevante kostenfactor zijn. Een andere factor kan het aantal artsen of nieuwe artsen in een ziekenhuis zijn. Scholing hangt met het aantal artsen, met name het aantal nieuwe artsen, samen. Een combinatie van factoren kan ook. Daarbij kan gedacht worden aan een combinatie van het aantal procedures en of een ziekenhuis een opleidingsziekenhuis is of niet. In alle geval is enige stabiliteit van belang anders wordt de onzekerheid over de aanstelling nog groter. Het aantal fte's zou bijvoorbeeld voor vier of vijf jaar (per subsidieperiode) kunnen worden berekend en vervolgens vastgezet.

Fte's DI

Een andere berekeningswijze van het aantal fte's is ook een mogelijkheid voor de berekening van het aantal benodigde fte's voor de DI. De fte's van de DI worden nu niet herverdeeld. Wel worden er extra DI's ingezet. Diverse satellietziekenhuizen hebben een eigen DI. Deze wordt niet gesubsidieerd. De extra inzet van DI's in de satellietziekenhuizen maakt dat sommige DI's wel betaald krijgen en andere niet. Daarnaast is het de vraag of DI's worden vrij geroosterd; ook als ze wel worden gesubsidieerd. De laatste vraag is welke deel van een DI- en CDI- taak regulier is en welk deel niet. Voor de functie van DI of CDI dient dus eerst landelijke te worden bepaald wat regulier is en wat extra. Vervolgens kan het aantal fte's voor de extra taken worden berekend per cluster.

Overige fte's

Voor de RTL en supervisor is het minder de vraag of de onderlinge verhouding van de fte's volstaat. Het is bij de supervisor veeleer de vraag wat precies de taken zijn én of de subsidieregeling de meest voor de hand liggende bekostiging is. De supervisor heeft met name een rol ten aanzien van de ODC's. Ditzelfde geldt, maar in mindere mate voor de RTL-en. De RTL-en zijn het scharnierpunt tussen de ODC's en DC's. Tot slot, is het ook de vraag of de manager bedrijfsvoering onder de goede bekostigingsregeling valt. Hij ondersteunt de ODC's, supervisors en RTL-en.

6.4 Het subsidieproces

Jaarlijkse cyclus

Als eerste dient bij het subsidieproces te worden opgemerkt dat velen liever een structurele invulling van de functies zouden zien in plaats van de jaarlijkse cyclus met onzekerheid voor met name de DC's.

De jaarlijkse cyclus zelf is in zijn algemeenheid 'doenbaar', maar wordt ook, zeker wat betreft de verantwoording als onnodig belastend ervaren. Uit de gesprekken met de case-ziekenhuizen en de vragenlijst over financiën blijkt dat het subsidieproces vaak door iemand van financiën of control gedaan samen met de RTL, DI of DC en soms een stafmedewerker.

Aanvragen

De aanvraagprocedure wordt door de meesten als niet heel eenvoudig en niet heel moeilijk ervaren. Wel zijn er diverse praktische opmerkingen over de procedures (een aanvraag kan pas opgestuurd als VWS een herinnering stuurt, op de herinnering staat een code die nodig is voor het indienen). Verder is het aanvragen geen probleem. De aanvraag loopt redelijk parallel met de begroting van het ziekenhuis; dus met het interne proces. Wel zou enige verduidelijking over de procedure helpen, in ieder geval voor nieuwe medewerkers. De procedure op hoofdlijnen op een A4'tje is daar bijvoorbeeld een optie voor.

Verantwoording

De verantwoording voor aanvragen van een subsidie onder de € 125.000 is betrekkelijk eenvoudig. Op dit moment hebben zeven ziekenhuizen een dergelijke verantwoording. De overige 17 hebben een aanvraag voor € 125.000 of meer. Daarvoor is een accountantscontrole nodig. Deze controle wordt als onnodig belastend ervaren. Vooral omdat dit een uitgebreide controle is en het bedrag waar het omgaat klein in relatie tot de totale omzet van het ziekenhuis.

Door de accountantscontrole zijn er ook de nodige kosten van de accountant, maar ook van de medewerker financiën. Deze kosten kunnen onder het bedrag voor ondersteuning worden meegenomen. Verder besteedt degene die vanuit de inhoud (RTL, DI, DC) meewerkt aan de subsidieverantwoording tijd aan de verantwoording en dus niet aan het eigenlijke werk. Dat wordt door een aantal invullers van de vragenlijst gezien als zonde van de tijd.

Accountantscontrole

Bij de accountantscontrole gaat het om een controleverklaring. Een dergelijke verklaring gaat uit van een redelijke mate van zekerheid. Dit betekent dat de accountant niet alleen loonstrookjes wil zien, maar ook bijvoorbeeld om inzicht in de urenbesteding kan vragen, om de salarisopbouw, om de daadwerkelijke betalingen van de salarissen en dergelijke. Ook betekent een controleverklaring dat de accountant wordt gevraagd om 'professionele oordeelsvorming'. De accountant berekent dan de tolerantiegrenzen en komt op een tolerantie van bijvoorbeeld maximaal € 5.000. Dit in lijn met het controleprotocol van de accountants voor de kaderregeling subsidies voor onder andere VWS. De subsidieregeling en het bijhorend verantwoordingsformulier gaat echter uit van afwijkingen groter dan 20% en tevens groter dan € 25.000. De twee berekeningsmethoden lijken niet in overeenstemming te zijn met elkaar. We hebben dit nagevraagd bij de afdeling van VWS die over het subsidieproces gaat. Het antwoord was dat de verklaring over het hele bedrag gaat en het formulier en de daar genoemde afwijkingen per post zijn. Dit is op zichzelf

correct, maar laat onverlet dat de berekende afwijkingen tot verschillende toleranties leiden en er streng wordt gecontroleerd.

De vraag is of er geen eenvoudigere verantwoording is. Een geïnterviewde merkt op dat een beoordelingsverklaring, gezien de omvang van het bedrag, eenvoudiger zou zijn. Deze verklaring gaat uit van een beperkte mate van zekerheid; de tolerantie is hetzelfde, maar heeft betrekking op de afwijking van de begroting. Bij de subsidie kipz (kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuis) is hier recent naar overgegaan. Dit is mogelijk gevonden door het ministerie, omdat de ziekenhuizen een activiteitenverslag in moeten dienen waarmee een werknemersvertegenwoordiging heeft ingestemd. Dit is een aanvulling op de beoordelingsverklaring van de accountant. Dit zou ook een optie kunnen zijn bij de subsidieregeling 'donatie in ziekenhuizen'.

6.5 Niet - financiële verantwoording

Verantwoording

Er is geen niet-financiële verantwoording aan de subsidieverstrekker. Ook is er geen verantwoording over de afgesloten dienstverleningsovereenkomsten of convenanten. Er worden in diverse ziekenhuizen wel eigen verantwoordingen gemaakt voor bijvoorbeeld de Raad van Bestuur. Geïnterviewden geven aan dat ze eerder wel een jaarverslag indienden bij de NTS, maar dat dit niet meer hoeft.

Behoeftes aan verantwoording

Uit de vragenlijsten blijkt dat er geen grote behoefte is aan meer kengetallen, benchmarks of andere vergelijkingen. In wezen zijn er al vrij veel gegevens in Nova Nord. De vraag is vooral wat is de betekenis van deze cijfers. Er wordt wel aangeleverd, maar er is geen gezamenlijke analyse. Wel worden de cijfers in de diverse Rodows of andere overleggen in het cluster en/of de regio besproken.

Daarnaast is er vooral behoefte aan gesprek, van elkaar leren en dergelijke. De Expert Meetings van de NTS worden bijvoorbeeld regelmatig genoemd als leerzaam.

Totaalbeeld

In de subsidieregeling gaat een kleine € 5 miljoen om. Voor dit bedrag doen circa 120 personen een aantal taken, met name gericht op het voorbereiden van artsen op de mogelijkheid van donatie. Daarnaast zijn er ook kosten van bijvoorbeeld ODC's, die ook scholing geven, de NTS, de leden van de COWD's en degenen die het subsidieproces ondersteunen. Een totaalbeeld van de werking van de voorbereiding en verbetering van de orgaan- en weefselketen zou kunnen helpen om deze werkzaamheden toekomstbestendig op te zetten.

Bijlagen

Bijlage 1 Lijst met afkortingen

ADR	Actieve Donorregistratie
AMC	Academisch medisch centrum (Amsterdam)
ASZ	Albert Schweitzer ziekenhuis (Dordrecht)
AZM	Academisch ziekenhuis Maastricht
DC	Donatiecoördinator
CDI	Coördinerend donatie-intensivist
DI	Donatie-intensivist
COWD	Commissie voor orgaan- en weefseldonatie
DAEB	Diensten van algemeen economisch belang
ETZ	Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (Midden-Brabant)
IC	Intensive Care
HMC	Haaglanden Medisch Centrum
LODT	Landelijk overleg Donatie en Transplantatie
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
MCL	Medisch Centrum Leeuwarden
MS Twente	Medisch Spectrum Twente
NFU	Nederlandse Federatie van UMC's
Nord	Nederlandse Overledenen Registratie Donatie
NTS	Nederlandse Transplantatiestichting
NTV	Nederlandse Transplantatie Vereniging
NVIC	Nederlandse vereniging voor intensive care
NZG	Noordwest Ziekenhuisgroep (Noord-Holland)
ODC	Orgaandonatiecoördinator
OK	Operatiekamer
OLVG	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam)
OVA	Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling
Rodow	Regionaal overleg donatie organen en weefsel
RTL	Regionaal teamleider
SEH	Spoedeisende hulp
SV	Supervisor
TC	Transplantatie-coördinator
UMC	Universitair Medisch Centrum
UMCG	Universitair Medisch Centrum Groningen
(Ministerie van) VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
VUmc	Vrije Universiteit medisch centrum

WDC	Weefsel donatiecoördinator
Wod	Wet op de orgaandonatie
WUON	Weefsel Uitname Organisatie Nederland
ZUT	Zelfstandig uitname team

Bijlage 2 Geïnterviewden

Geïnterviewden landelijk kader

5.1.2e	5.1.2e commissie donatie, NVIC, CDI en	5.1.2e	
	5.1.2e regio Leiden		
	5.1.2e NVSHA		
	DONOR, DC		
	5.1.2e	NTS	
	5.1.2e WUON		
	ODC-NL, ODC		
	5.1.2e	STZ	
	5.1.2e	ministerie van VWS	
	5.1.2e	NTS	
	5.1.2e	DI, NTS	
	ODC-NL, ODC en RTL		
	5.1.2e	supervisorenoverleg, supervisor regio Utrecht	
	ODC-NL, ODC en RTL		
	5.1.2e		
	5.1.2e	donatie NTS, DI en	5.1.2e
	DONOR, DC		
	DONOR, DC		
	5.1.2e	ODC, NTS	
	5.1.2e	LORUT	
5.1.2e	NTS		
5.1.2e	Bouwen aan donatiezorg NTS		

Geïnterviewden in de case-ziekenhuizen*UMC Utrecht*

DC's (vier), CDI, DI's (drie), RTL, supervisor, medewerkers control, leden transplantatieteam (twee), physician-assistent (een). Deelname aan Rodow (supervisor, RTL, ODC's, DC's en CDI). Deelname aan weekbespreking DC's en ODC's.

Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht

DC's (vijf), DI's (twee), RTL, Supervisor, medewerker control, medewerker P&O, arts-assistent (weefseldonatie), terugkoppelingsgesprek (RTL, DI, twee DC's).

Medisch Centrum Leeuwarden

DC's (zeven), DI, CDI, RTL, supervisor, financial controller, Avond-/nacht-/weekendhoofden (twee).
Bijlage 3 Geraadpleegde documenten en bestanden

Bijlage 3 Wet- en regelgeving

Regelen omtrent het ter beschikking stellen van organen (Wet op de orgaandonatie), Memorie van Toelichting, kamerstuk 22358, no. 3, 1991-1992.

Regeling van de Minister voor Medische Zorg van 19 augustus 2020, kenmerk 1733131-209016-GMT, houdende regels voor het verstrekken van subsidie aan ziekenhuizen voor de inzet van professionals die betrokken zijn bij donatie in ziekenhuizen (Subsidieregeling donatie in ziekenhuizen). Staatscourant, Nr. 44644, 1 september 2020.

Regeling van de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van 8 februari 2016, nr. 694813, houdende vaststelling van een gezamenlijke kaderregeling voor subsidieverstrekking (Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS).

Wet op de orgaandonatie, Geldend van 01-07-2021 -

Bijlage 4 Documenten, bronnen en websites

Documenten

- ③ Coördinatiegroep Orgaandonatie, Masterplan orgaandonatie; vrijblijvendheid voorbij, 11 juni 2008.
- ③ Copro 20020C, Accountantsprotocol behorend bij de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS, 24 april 2020.
- ③ KPMG Plexus, Evaluatie en effectmeting orgaandonatie; evaluatie pilots Amsterdam, Groningen, Leiden en Maastricht. Eindrapportage, 14 november 2014.
- ③ NTS, Beknopte handleiding NovaNORD 1.1, 2021
- ③ NTS, Cijferoverzicht 2019, peildatum cijfers 25 maart 2002.
- ③ NTS, Cijferoverzicht 2020, Donatie, wachtlijst en transplantatie van organen en weefsels in Nederland, peildatum cijfers 16 april 2021.
- ③ NTS, Criteria donorherkenning orgaandonoren, 25 februari 2021.
- ③ NTS, Jaarverslag 2018, Nieuwe kansen omarmen, 24 juni 2019
- ③ NTS, Kwaliteitsstandaard Donatie, Uitwerking Motie Nooren c.s., versie 1.1., april 2020,
- ③ NTS, Projectplan: Bouwen aan de organisatie van weefseldonatie De inzet van een Weefseldonatiecoördinator, 19 april 2021.
- ③ Regio Groningen, Masterplan orgaandonatie voor regio Groningen; meer samen = samen meer, 19 april 2009.
- ③ Xcap, Journey nabestaanden orgaan- en weefseldonoren Oprechtheid, aandacht en het managen van verwachtingen, oktober 2021.

Overige documenten en bronnen

- ③ Bestanden: diverse overzichten vanuit NovaNORD.
- ③ Dienstverleningsovereenkomst NTS – UMC.
- ③ Diverse convenanten.
- ③ Diverse formulieren subsidieverantwoording 2019.

Websites

- ③ <https://www.donorregister.nl>, donorregister, datum raadpleging 10 november 2021.
- ③ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/orgaandonatie-en-weefseldonatie/actieve-donorregistratie>, datum raadpleging 1 november 2021.
- ③ <https://www.transplantatiestichting.nl/over-nts/missie-en-visie>, datum raadpleging 10 november 2021.
- ③ Websites van diverse ziekenhuizen

DSP-groep BV
Van Diemenstraat 410
1013 CR Amsterdam

5.1.2e

5.1.2e@dsp-groep.nl
KvK 33176766
www.dsp-groep.nl

DSP-groep is een onafhankelijk bureau voor onderzoek, advies en management, gevestigd aan de IJ-oevers in Amsterdam. Sinds de oprichting van het bureau in 1984 werken wij veelvuldig in opdracht van de overheid (ministeries, provincies en gemeenten), maar ook voor maatschappelijke organisaties op landelijk, regionaal of lokaal niveau. Het bureau bestaat uit 40 medewerkers en een groot aantal freelancers.

Dienstverlening

Onze inzet is vooral gericht op het ondersteunen van opdrachtgevers bij het aanpakken van complexe beleidsvraagstukken binnen de samenleving. We richten ons daarbij met name op de sociale, ruimtelijke of bestuurlijke kanten van zo'n vraagstuk. In dit kader kunnen we bijvoorbeeld een onderzoek doen, een registratie- of monitorsysteem ontwikkelen, een advies uitbrengen, een beleidsvisie voorbereiden, een plan toetsen of (tijdelijk) het management van een project of organisatie voeren.

Expertise

Onze focus richt zich met name op de sociale, ruimtelijke of bestuurlijke kanten van een vraagstuk. Wij hebben o.a. expertise op het gebied van transitie in het sociaal domein, kwetsbare groepen in de samenleving, openbare orde & veiligheid, wonen, jeugd, sport & cultuur.

Meer weten?

Neem vrijblijvend contact met ons op voor meer informatie of om een afspraak te maken. Bezoek onze website www.dsp-groep.nl voor onze projecten, publicaties en opdrachtgevers.

