

## Gemiste kwaliteitsslag in de radiotherapie door falend bestuur in het “Haagsche”

Auteurs: H. Struikmans<sup>1</sup>, E.C.M. Ooms<sup>2</sup>, S. Terpstra<sup>3</sup>, T.J.B.M. Postma<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Emeritus hoogleraar radiotherapie

<sup>2</sup> Patholoog np;

<sup>3</sup> Bedrijfseconoom np en vrijgevestigd consultant;

<sup>4</sup> Bedrijfseconoom, geaffilieerd met de faculteit Economie & Bedrijfskunde van de RUG te Groningen.

Achtergrond van de auteurs:

HS, EO zijn jarenlang heel nauw betrokken geweest bij deze pogingen tot samenwerking;

ST is jarenlang lid geweest van de vaste commissie radiotherapie van de gezondheidsraad en was betrokken bij de opzet en/of ontwikkeling van faciliteiten voor oncologie in diverse landen;

TP was als UHD strategie werkzaam aan de faculteit Economie en Bedrijfskunde van de RUG, is gepromoveerd op een casus over besluitvorming in de radiotherapie en hij publiceert nog regelmatig over governance in maatschappelijke organisaties.

De auteurs verklaren dat er met publicatie van dit artikel geen belangenverstreming optreedt.

Voor het kritisch lezen van het manuscript zijn de auteurs zijn dank verschuldigd aan

mw. prof. dr. C.C. Koning, emeritus hoogleraar radiotherapie, o.a. voormalig hoofd van de afdeling radiotherapie van het toenmalige MCH

dhr. drs. Ch.J. Maats, arts en o.a. voormalig medisch directeur van het AZVU (nu VUMC) te Amsterdam, oud voorzitter KNMG

## **Inleiding**

In de radiotherapie is de schaalgrootte (o.a. aantal patiënten, uitgebreidheid bestralingsapparatuur) van de afdeling een belangrijke voorwaarde om een maximaal effect in termen van kwaliteit en efficiënte inzet van middelen te kunnen realiseren. Daarom is de radiotherapeutische zorg in Nederland vanaf het begin geconcentreerd in een beperkt aantal centra. Zowel door meer technologische ontwikkelingen als door verdergaande deelspecialisaties is schaalgrootte na het jaar 2000 nog belangrijker geworden. Echter, de aantallen patiënten van de Haagse afdelingen radiotherapie (hierna “het Haagsche” genoemd) waren en zijn nog steeds te klein uit het oogpunt van kwaliteit en efficiënte inzet van middelen. Dit was ook het geval in Delft. In de rest van Nederland was dat wel steeds op orde. Daarom is in “het Haagsche” vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw gestreefd naar samenwerking op het gebied van de radiotherapie. In dit artikel bespreken wij deze mislukte pogingen tot samenwerking in “het Haagsche”.

## **Initiatieven tot samenwerking tot 2003**

In de zestiger jaren van de vorige eeuw werden in “het Haagsche” de eerste stappen tot samenwerking op het gebied van de radiotherapie gezet. Er waren daar toen vier ziekenhuizen met faciliteiten voor radiotherapie. In 1979 werden afspraken gemaakt voor verwijzing en bestraling van kankerpatiënten. De radiotherapie werd daarna aangestuurd vanuit het Leijenburg ziekenhuis (later onderdeel van het HagaZiekenhuis, nu onderdeel van de Reinier Haga Groep) en vanuit het Westeinde ziekenhuis (later onderdeel van het Medisch Centrum Haaglanden: het MCH en nu onderdeel van het Haaglanden Medisch Centrum: het HMC). In 1987 was de vervanging en spreiding van bestaande bestralingsapparatuur in het “plangebied Den Haag/Delft” aan de orde. Gedeputeerde staten van Zuid-Holland lieten toen weten dat er een fusie van de twee bestaande centra, met Den Haag en Delft als adherentiegebied, gerealiseerd zou moeten worden. De goedkeuring van de vervanging van bestralingsapparatuur werd hieraan gekoppeld. De nieuwe apparatuur werd aangeschaft en overleg over samenwerking volgde. Op 11

december 1989 werd de nieuwe samenwerking aangekondigd in de Haagsche Courant. Het plan was een stichting voor radiotherapie op te richten. Echter, de vrijgevestigde radiotherapeuten stelden het dienstverband en het oprichten van deze stichting ter discussie. De beoogde samenwerking werd niet gerealiseerd. In 1994 werd een regiovisie opgesteld. Uitgangspunt was o.a. dat een radiotherapie afdeling minimaal over een schaalgrootte van twee lineaire versnellers moest beschikken. Dit was de weerspiegeling van de landelijke consensus op dat moment. Er volgde een concept "Samenwerkingsovereenkomst radiotherapie regio-west". Op 27 maart 1996 werd door de directie van het Leijenburg en het hoofd radiotherapie aldaar een brief verstuurd. Zij hadden blijkbaar gekozen voor het ziekenhuis de Reinier de Graaf Groep te Delft als partner voor samenwerking op het gebied van de radiotherapie. Deze samenwerking duurde slechts enkele jaren. Van 1998 tot 2002 werd (ook informeel) gesproken over samenwerking. Dit was niet succesvol. Hierna werd, in samenspraak met het toenmalige Integraal Kankercentrum West en het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), besloten in het MCH een hoogleraar radiotherapie aan te stellen met als leeropdracht: "Radiotherapeutische zorg, in het bijzonder de regionale bundeling." [1] Ook besloten het LUMC en het MCH tot de start van de clusteropleiding tot radiotherapeut-oncoloog, welke in 2004 van start ging.

### **Initiatief tot samenwerking na 2003**

In 2003 besloten de Haagse radiotherapieafdelingen eerst voor voldoende schaalgrootte in "het Haagsche" te willen zorgen. Met de oprichting van 1 Haags centrum voor radiotherapie wilde men dit doel te realiseren. Er was zowel binnen de afdelingen als daarbuiten voldoende draagvlak voor dit plan. [2] Op 18-03-2008 ondertekenden de twee ziekenhuizen een intentieverklaring. Vooruitlopend op een definitief akkoord werkten de afdelingen, na een voorzichtig begin, nauw samen. Op beide afdelingen bestond de overtuiging dat dit de enige manier was om (blijvend) een optimale kwaliteit van de radiotherapeutische zorg te kunnen leveren. Het overleg van de beide afdelingen met de medische staven en de bestuurders was steeds constructief. De bestuurders lieten bij herhaling weten dat ze "het gingen regelen". Op een zeker moment namen de bestuurders nog meer "hooi op hun vork". Zij streefden namelijk ook samenwerking na op het gebied van de kindergeneeskunde, de neurochirurgie en de cardiologie. Al vrij snel bleek dat deze

pogingen gedoemd waren te mislukken. Het formaliseren van de beoogde samenwerking op het gebied van de radiotherapie verliep daarna nog trager. Beide ziekenhuizen acteerden op gezette tijden zelfs als elkaars concurrenten. Er ontstond spanning tussen de bestuurders. Inmiddels had de beroepsvereniging een aantal normen (o.a. over de schaalgrootte) voor radiotherapieafdelingen vastgelegd. [3,4,5]. Na drie meerjarige deelprojecten, een aantal kwaliteitsvisitaties door de beroepsvereniging (NVRO), veel stress en veel extra kosten (o.a. twee consultants) bleek dat de bestuurders het niet eens konden worden over het realiseren van 1 Haags centrum voor radiotherapie. De overeenkomst werd in 2014 niet getekend. Voor elk van de twee afdelingen werd daardoor o.a. het tijdig implementeren van nieuwe bestralingstechnieken en het realiseren van subspecialisaties (aandachtsgebieden) onmogelijk. Voor patiënten werd hierdoor zowel de kans op het ontstaan (ernstige) klachten als de kans op een slechtere tumorcontrole vergroot. Bovendien leidde deze mislukte samenwerking tot (een voortzetting van) een inefficiënte inzet van financiële middelen. Ook elders zijn er voorbeelden bekend van mislukte pogingen tot samenwerking (bijvoorbeeld de mislukte poging tot samenwerking op het gebied van de oncologie tussen het AVL en het UMCU). Vermeldenswaard is dat de afdelingen radiotherapie in Delft en Leiden er wel in slaagden om de krachten te bundelen: in september 2015 werd deze samenwerking een feit.

## **Besluitvorming**

De belangrijkste spelers bij de besluitvorming waren de bestuurders en de toezichthouders. Eerst bespreken we de rol van de toezichthouders. Er is door gedeputeerde staten van Zuid-Holland, als behartiger van het publiek belang, na 1989 niet gereageerd op het mislukken van de pogingen tot samenwerking. De visie en reacties van verzekeraars op dit geheel zijn bij de auteurs niet bekend. Dit zijn opmerkelijke bevindingen omdat binnen de toen vigerende wettelijke kaders hierover een duidelijke sturende rol van de overheid was vastgelegd. Hierna is deze rol, als externe toezichthouder, door de overheid overgedragen aan de verzekeraars. De kwaliteitsvisitaties, zoals uitgevoerd door de beroepsvereniging, hebben de besluitvorming niet positief kunnen beïnvloeden. Dit is ook opmerkelijk omdat in “het Haagsche” deels marginaal en deels niet voldaan werd aan eerder door de beroepsvereniging (als externe toezichthouder) vastgelegde kwantitatieve normen.

[3,4,5] De rol van de raden van toezicht (RVT), als interne toezichthouders, die samen met de bestuurders eveneens het publiek belang dienen, is ook relevant. We dienen ons hierbij te realiseren dat de informatievoorziening aan de RVT verloopt via de Raad van Bestuur. Het gevaar van eenzijdige informatievoorziening bij het interne toezicht is derhalve aanwezig. De (interne en externe) toezichthouders hebben dus niet het verschil kunnen maken. Ook bij op winstgerichte ondernemingen is aangetoond dat het toezicht tekort schoot en in de (semi)publieke sectoren zien we hetzelfde patroon. [6,7,8] Toezichthouden in de zorg, echter, is complex. Dit wordt treffend verwoord in het volgende citaat uit het rapport “Mandaat en moeras” van november 2017: “Toezichthouden is een moerassige aangelegenheid, waarbij onzekerheid is over de vraag: werkt het, deugt het, en doet het deugd?”. [8] Het denken over dit soort zaken in de gezondheidszorg is in beweging. Dit laatste blijkt o.m. uit het feit dat er door de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) recent een nieuwe Governance code Zorg is geïntroduceerd. [9] Tenslotte, definitieve besluitvorming van de bestuurders liet te lang op zich wachten. Zij namen op een gegeven moment te veel “hooi op hun vork”. Ook de slechte onderlinge verstandhouding heeft een rol van betekenis gespeeld bij de negatieve uitkomst van hun besluit.

## **Conclusie**

In “het Haagsche” is, na bijna 50 jaar overleg, geen samenwerking en dus geen schaalvergroting op het gebied van de radiotherapie gerealiseerd. Het laatste project duurde meer dan 10 jaar en dat is veel te lang. Een breed draagvlak en een wetenschappelijk gefundeerde onderbouwing om de patiëntenzorg structureel te verbeteren en de beschikbare middelen beter te benutten zijn blijkbaar niet voldoende geweest. De eerder gepubliceerde intentieverklaring bleek slechts een “papieren tijger” te zijn. Niet het patiënt belang maar het vermeende belang van de eigen instelling prevaleerde. Deze casus laat ook zien dat het belang van de kankerpatiënt in “het Haagsche” niet gebaat was bij het, door de overheid geïntroduceerde, model van marktwerking in de zorg. Er waren veel instanties betrokken bij dit proces, elk had zijn eigen belang en (deel)verantwoordelijkheid. De bestuurders namen uiteindelijk de (negatieve) beslissing. Wij concluderen dan ook dat het bestuur faalde waar zowel het patiënt belang als het publiek belang in het geding waren. [10]

## Aanbevelingen:

- Verlies het primaire doel: het dienen van het patiënt belang, niet uit het oog;
- Beperk de duur van het (tevooren vastgelegd) tijdpad tot maximaal 1 jaar;
- De controlerende taak van toezichthouders dient serieus genomen te worden;
- Stel de relevantie van normen (indien van toepassing) ter discussie; hier ligt een uitdaging voor de beroepsvereniging (maar ook voor de overheid en de verzekeraar).

## Literatuur

1. H. Struikmans. Oratie: Gebundeld stralen en stralend bundelen. <https://openaccess.leidenuniv.nl/bitstream/1887/4309/1/Oratie+Struikmans.pdf>. Universiteit Leiden. Leiden, 2005.
2. V.J. de Ru. Eindrapportage fase 1: Draagvlak toetsing voor samenwerking Haagse radiotherapie centra. Den Haag. 2003.
3. NVRO. Radiotherapie: brancherapport. Utrecht. 2011.
4. SONCOS. Multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland, SONCOS normeringsrapport 4-2016, Stichting Oncologische Samenwerking/KWF. 2016.
5. B.J. Slotman, P. Vos, A. Slot, R. Keus, M. Verheij. Radiation Oncology in The Netherlands. Int J Radiat Oncol Biol Phys. Vol. 100, No 1, pp5-11, 2018.
6. R. Goodijk. Oratie: Van afvinken naar aanspreekbaarheid. <https://research.vu.nl/files/1340388/Oratie%20Goodijk.pdf>. Vrije Universiteit Amsterdam, 2015.
7. T.J.B.M. Postma, H. Struikmans, S. Terpstra, J.W. Coebergh. Publiek versus privaat belang bij besluiten over faciliteiten voor radiotherapie. Submitted Medisch Contact, 2018.
8. Commissie Legemaate. Mandaat en moeras. Over het maatschappelijk mandaat als grondbeginsel voor intern toezicht in de zorg. <https://www.nvtz.nl/publicaties-nvtz/3932-mandaat-en-moeras>. November 2017.
9. P. van de Poel. BoZ mikt op meer dynamiek in governance. SKIPR. 2017
10. T. Postma, S. Terpstra, C. Maats. Organisatie versus publiek belang: besturen in semipublieke context, een casus, Goed Bestuur & Toezicht. 4, 31-37, 2015.