

Bij een volgende uitbraak mogen we de kwetsbaarsten niet opnieuw aan hun lot overlaten



Pauline Meurs is hoogleraar bestuur van de gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam. Reageer via expert@fd.nl.



W e zouden ook in gewone tijden met deze commandostructuur moeten werken:

heldere en snelle besluitvorming, dat werkt heel goed'. Dit was een van de reflecties van een medisch specialist tijdens een evaluatie van de eerste coronaperiode. In dezelfde bijeenkomst — een paar uur later — werd besproken hoe de uitgestelde zorg weer moest worden opgepakt. Dezelfde medisch specialist was nu opeens faliekant tegen een centraal team dat de bevoegdheid kreeg te beslissen welke patiënten met voorrang behandeld worden. 'Dan gaat iemand anders beslissen over mijn patiënten, dat nooit', was zijn reactie. Nu zijn eigenbelang in het geding was, was de commandostructuur opeens minder in trek.

Een verpleegkundige — lid van de Verpleegkundige Adviesraad (VAR) bij een zorginstelling — reageerde anders: 'Zo'n commandostructuur werkt alleen als de verpleegkundigen direct worden opgenomen in het crisisteam. Nu zijn we er veel te laat bij gehaald. Er is in het begin te weinig rekening gehouden met de cruciale rol van de verpleegkundigen en met onze expertise. Het heeft te veel energie en gedoe gekost om dat recht te zetten'.

Beide reacties zijn een goede illustratie van twee lessen die in de crisisliteratuur steeds worden onderstreept. De eerste les: wat in crisistijd goed werkt, kan in vredetijd juist heel verkeerd uitpakken. Het is een valkuil om in de simplistische redenering te vervallen dat een eenduidige en heldere besluitvorming altijd beter is dan een met moeite bereikt compromis.

Maar nu de coronapandemie hier over haar hoogtepunt is, houdt de roep om centrale besluitvorming, meer overheid, meer standaarden en eenduidige regels aan. Het geluid is sterker dan ooit. Een ziekenhuisbestuurder noemde dit de 'autoritaire verleiding'.

Deze verleiding zien we niet alleen in het ziekenhuis, maar ook op landelijk niveau: landelijke coördinatiecentra, landelijke verdeelstations voor ic-bedden, centrale inkoopteams en ministers die meer taken en bevoegdheden blijvend bij de overheid — en dus bij zichzelf — willen houden, in de veronderstelling dat het dan beter gaat.

Een van de lessen van de afgelopen maanden is dat die veronderstelling niet opgaat. Op het hoogtepunt van



ILLUSTRATIE: HEIN DE KORT VOOR HET FINANCIËLE DAGBLAD

een crisis is centrale sturing nodig, maar alleen dan.

Want juist het fijnmazig netwerk van contacten en afspraken op lokaal niveau — tussen ziekenhuizen en huisartsen, tussen verpleeghuizen en ziekenhuizen — heeft bijgedragen aan goede opvang en behandeling van covidpatiënten. Het zijn professionals die elkaar kennen en die al vóór een ic-opname aan de orde is in gesprek gaan met patiënt en familie. De lokale netwerken zijn in elke subregio anders, met zorg die past bij een specifieke situatie.

De nationale fixatie op de aantallen ic-bedden heeft dat lokale perspectief te veel overschaduwd. En dat is nog steeds zo. Want de discussie richt zich ook nu nog op de vraag hoeveel extra ic-bedden in de toekomst nodig zijn en welke ziekenhuizen deze bedden zullen 'krijgen'. Maar zijn die extra bedden wel nodig? Kunnen we overbelasting van de ic's ook voorkomen zonder de capaciteit te vergroten? Waarom wordt er alleen over extra bedden gesproken en nauwelijks over de nodige verpleegkundigen die het grootste deel van de zorg voor hun rekening nemen? Al deze vragen worden niet gesteld.

We zijn in een volgende fase van de coronacrisis aangekomen en daarvoor is een ander perspectief nodig. Toch wordt krampachtig vastgehouden aan het frame dat tijdens het hoogtepunt van de crisis goed heeft gewerkt. Dat frame is makkelijk uit te leggen en het laat de burgers zien dat er daadkrachtig wordt opgetreden: we zullen zorgen dat er genoeg ic-bedden zijn. Maar het is wachten op de volgende grote uitbraak. Dan zal blijken dat de onderliggende problemen zijn blijven liggen. Dat brengt me bij de tweede les uit de crisisliteratuur.

Tijdens een crisis worden trends die er al waren uitvergroot. Dat werkt twee kanten op: wat al goed was, wordt beter, wat niet goed was, wordt slechter. Vergeleken met andere landen hebben we in Nederland het gevoel dat 'we' het niet slecht hebben gedaan: de 'intelligente' lockdown gekoppeld aan eigen verantwoordelijkheid heeft discipline-rend gewerkt.

PRATEN OVER DE DOOD

Onze traditie om over de dood te spreken, ook als het erop aankomt, heeft heilzaam gewerkt en heeft mede de druk op de ic-capaciteit verlaagd. Lie-

ver nog de laatste dagen thuis verblijven dan een opname op de ic. Het vermogen om samen te kunnen beslissen over wel of niet behandelen en over waardig sterven moet gekoesterd en versterkt worden.

Maar ook de negatieve kanten van onze gezondheidszorg kwamen bij de eerste coronagolf scherp aan het licht. Dat betreft vooral de te dominante positie van het ziekenhuis, van de medici en van het medisch model.

De verpleeghuizen zijn in de eerste fase te weinig in beeld geweest. De rol van verpleegkundigen werd onderbelicht. Om over de gebrekkige ondersteuning van de geestelijke gezondheidszorg en de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking nog maar te zwijgen. De droevige ironie wil dat we zogenaamd alles deden voor de kwetsbaarsten, terwijl zij en hun verzorgers juist aan hun lot werden overgelaten. Laat dat de harde les zijn van deze crisis.

Het primaat moet liggen bij de zorg en ondersteuning van de kwetsbaarsten in onze samenleving. En er moet meer waardering komen voor verpleegkundigen en verzorgenden. Als dat geregeld is, mogen er wel een paar ic-bedden bij.

De nationale fixatie op aantallen ic-bedden heeft het lokale perspectief overschaduwd