

Meer dan een (zieken-) huis

Over de rol van VWS in de besluitvorming over de bereikbaarheid van de acute zorg

Nederlandse School voor Openbaar Bestuur

Martijn van der Steen
Tijs van de Vijver
Nancy Chin-A-Fat
Hasna el Morabit

prof. dr. Martijn van der Steen
is bestuurder en decaan van de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur. Daarnaast is hij hoogleraar Strategie en Toekomst aan de Erasmus Universiteit Rotterdam en buitengewoon hoogleraar aan de Universiteit van Stellenbosch, Zuid-Afrika. Ook is hij lid van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

drs. Tijs van de Vijver
is onderzoeker en opleidingsmanager bij de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur. Zijn interesse gaat in het bijzonder uit naar vraagstukken met betrekking tot lokaal en regionaal bestuur.

drs. Nancy Chin-A-Fat
is co-decaan en senior onderzoeker bij de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur. Zij is als senior onderzoeker betrokken bij complexe maatschappelijke vraagstukken. Zij heeft een achtergrond in sociologie, bestuurskunde en bedrijfskunde.

drs. Hasna el Morabit
was gedurende het onderzoek als junior onderzoeker en opleidingsmanager verbonden aan de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur. Zij heeft een achtergrond in bestuurskunde en *international public management*. Zij heeft met name interesse in vraagstukken in het sociaal domein en specifiek de relatie tussen burger en de (lokale) overheid.

Inhoudsopgave

1. **Het ziekenhuis en de gemeenschap → 4**
   Dit essay: over acute zorg als publiek vraagstuk → 6

2. **Een (bloem)rijke voorziening → 8**
   De bloembladeren ontvouwd → 10
   Ongelijke bladeren → 12

3. **Het ministerie van VWS in het veld van acute zorg → 16**
   Van Apeldoorn tot Zutphen: Gelre Ziekenhuizen → 17
   Haarlem of Hoofddorp: het Spaarne Gasthuis → 20
   Aan beide kanten van de Westerschelde:
   Adrz en ZorgSaam → 24
   Het ministerie van VWS: betrokkenheid op afstand → 27

4. **Naar een bloemrijke acute zorg → 30**

   Referenties → 37

1. Het ziekenhuis en de gemeenschap

Zodra discussie ontstaat over de toekomst van acute zorg, concentreert het gesprek zich opvallend snel. Het debat gaat dan al gauw over de kernwaarden van zorg, te weten kwaliteit, toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg. In meer technisch jargon wordt dat vervolgens snel doorvertaald naar kwaliteitsnormen, personeelscapaciteit, concentratie van zorg en financiële houdbaarheid.[1] Zonder twijfel belangrijke aspecten, maar zij dekken niet de volledige lading van een voorziening voor acute zorg in een gebied en in het geheel van wat daarin voor een gemeenschap speelt en op het spel staat.

Dat zien we terug in het soms luide protest vanuit lokale gemeenschappen als veranderingen in het aanbod van acute zorg[a] op stapel staan. Dan gaat het over heel andere zaken dan de meer technische normen en kwaliteitskaders. Dan gaat het over lokaliteit, nabijheid, bereikbaarheid en identiteit. En dan wordt een debat vaak ingewikkeld, want ongelijke grootheden laten zich moeilijk uitruilen. En wanneer partijen totaal verschillende aspecten tot de kern van het vraagstuk rekenen, dan is het ook moeilijk middelen. Zie hier het recept voor hoogoplopende lokale debatten en lastige nationale gesprekken over de ziekenhuiszorg. Met meteen ook als volgende vraag: van wie *zijn* die voorzieningen eigenlijk en wie gaat er over? En wat is daarin de rol van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de landelijke politiek?

De intensiteit van deze discussies is goed te begrijpen. Ziekenhuizen nemen een bijzondere plaats in lokale gemeenschappen in en zijn daarom per definitie politiek, zowel lokaal als nationaal. Een ziekenhuis, en meer in het bijzonder de acute zorg, is voor inwoners van een regio meer dan een plek waar zorg wordt 'geleverd'. Het is meer dan een 'huis' waar je af en toe naartoe gaat om 'ziek te zijn' en 'beter te worden'. Het is óók een werkgever, een publieke voorziening, een ankerpunt in het dagelijks leven en soms zelfs een drager van regionale identiteit. Mensen zijn er geboren, bezoeken er familieleden, werk(t) en er jarenlang of ontlenen het gevoel eraan dat belangrijke voorzieningen nabij en toegankelijk zijn; je telt mee als je als regio een 'eigen' ziekenhuis 'hebt'. Ziekenhuiszorg gaat om méér dan een huis.

---

a Het gebruik van de term 'acute zorg' in dit essay vraagt om een kleine afbakening. Hoewel acute zorg natuurlijk meer dan het ziekenhuis alleen betreft, kijken wij in dit essay vooral naar het ziekenhuis als brandpunt van die keten, omdat juist daar in de drie onderzochte casus de politiek-bestuurlijke en maatschappelijke spanning (het meest) zichtbaar wordt.

Een ziekenhuis is ook meer dan zomaar een 'voorziening'. Ziekenhuizen spelen in het leven van mensen, in de leefwereld, een unieke rol. Het ziekenhuis is de plaats van handeling van per definitie bepalende en vormende '*life events*'. Mensen zijn er als ze op hun zwakst en kwetsbaarst zijn, wanneer emoties in het spel zijn, leven en dood – en kwaliteit van die beide – worden besproken en bepaald. Ze ervaren diep geluk, als het meevalt, goed komt, of voorbij is. Er vinden geboorten plaats, jonge ouders voelen er voor het eerst hun kind en herinneren zich jaren later nog hoe ze met de kersverse baby in de nog nieuwe Maxi-Cosi het parkeerterrein opliepen. Of hoe ze enkele spannende eerste dagen moesten blijven. Of erger. Het ziekenhuis is een plaats waar grote gebeurtenissen in het leven samenkomen, waarin alle facetten van het leven aan de orde zijn. Het is daarnaast ook de plaats waar allerlei paden van levens elkaar kruisen op een manier die nergens anders nog gebeurt. In onze gepolariseerde en gesegregeerde diplomasamenleving is er amper een plaats waar mensen uit zoveel verschillende groepen elkaar treffen en samen in dezelfde wachtkamer zitten. Waar ze zich dezelfde zorgen maken en ze af en toe blikken van verstandhouding uitwisselen die in onze samenleving uitzonderlijk zijn geworden. Waar inkomen, opleiding of ander privilege niets zegt over wanneer je aan de beurt bent en of je wel of niet moet wachten. Waar mensen allemaal dezelfde koffie drinken en hetzelfde zenuwachtige praatje pot maken. Het zijn bovendien ervaringen die je niet snel vergeet; ziekenhuisbezoek blijft je bij, ook al wil je het soms het liefst snel vergeten. Ook dat maakt een ziekenhuis méér dan een huis; het is een kruispunt van levens en ervaringen, dat schaars én impactvol is, met een zekere onvermijdelijkheid ook.

Door deze bijzondere aspecten die het ziekenhuis in de leefwereld van mensen en hun gemeenschappen inneemt raakt besluitvorming over acute zorg altijd aan méér dan alleen de *organisatie* van zorg. In discussies over concentratie, verplaatsing of afbouw van acute zorgfuncties worden meerdere betekenissen aangesproken: medische, financiële, bestuurlijke, sociale, culturele en politieke. Die verschillende perspectieven bestaan gelijktijdig, maar krijgen niet dezelfde aandacht of belang. Ten onrechte en met risico, zo betogen wij in dit essay.

In de besluitvorming over acute zorg in ziekenhuizen zijn bepaalde perspectieven in stevige instituties, normen en rekenwijzen verankerd. Medische kwaliteit is bijvoorbeeld onderbouwd met kwaliteitsnormen en richtlijnen. Financiële houdbaarheid is vertaald in exploitatiecijfers en scenario's. Personeelstekorten zijn zichtbaar in vacatures, roosters en prognoses. Deze waarden kun je tellen en in schema's, tabellen en prognoses vatten, als input voor 'rationele' technische besluitvorming. Andere perspectieven zijn minder hard georganiseerd of verankerd. De betekenis van een ziekenhuis voor

een gemeenschap, het gevoel van regionale verschraling of de ervaring dat publieke voorzieningen steeds verder verdwijnen laten zich moeilijker vatten in indicatoren of formele besluitvormingscriteria. Je kunt ze niet tellen, hooguit anekdotisch inbrengen, als ervaringen van individuen. Maar wat ze nu precies betekenen en hoe ze 'meetellen' in afwegingen, is moeilijk duidelijk te maken. Er gaat geen 'stoplicht' op rood als ze in het gedrang komen en de accountant slaat er niet op aan. Dat maakt deze perspectieven niet minder reëel, maar wel institutioneel zwak – en daardoor kwetsbaar.

Daar komt bij dat dit alles zich afspeelt binnen een stelsel waarin verantwoordelijkheden verspreid zijn georganiseerd en besluitvorming dus vaak op basis van een deel van de belangen en perspectieven plaatsvindt. In de afgelopen decennia is de inrichting van de zorg in belangrijke mate op afstand van de Rijksoverheid geplaatst. Veel verantwoordelijkheid voor de organisatie en inrichting van zorg ligt bij zorgaanbieders, zorgverzekeraars en regionale samenwerkingsverbanden. Tegelijkertijd is er de afgelopen jaren op landelijk niveau aanzienlijke maatschappelijke en politieke onrust ontstaan over de bereikbaarheid van zorg in verschillende delen van het land. In de landelijke politiek klinkt een roep dat de overheid zich (meer) moet inzetten om de zorg niet af te schalen, juist vanwege de bredere regionale functie die zorgvoorzieningen vervullen. Enerzijds 'gaat' de Rijksoverheid daar amper meer over, anderzijds gaat het er wel vaak over. En, zo zullen we laten zien, dat er al dan niet over gaan is uiteindelijk ook gevolg van eigen keuzes en kan dus evengoed onderwerp van verandering zijn.

Tegen die achtergrond is een spanning voelbaar tussen een stelsel waarin veel besluitvorming decentraal en regionaal plaatsvindt, en er op landelijk niveau stelselverantwoordelijkheid wordt gedragen. Dat roept de vraag op welke publieke verantwoordelijkheid hier in het geding is, welke waarden in deze besluitvorming zwaar wegen, en hoe het ministerie van VWS zich daartoe verhoudt.

Dit essay: over acute zorg als publiek vraagstuk

Om over deze vragen een beter gesprek te voeren, onderzoeken we in dit essay welke lessen het ministerie van VWS kan trekken uit de wijze waarop de besluitvorming over bereikbaarheid en toegankelijkheid van de acute zorg is verlopen, en hoe Rijk en medeoverheden zelf én in hun interactie samen daarin verbetering kunnen realiseren. Daartoe zijn drie casus geanalyseerd waarin regionaal maatschappelijke en politieke onrust over de acute zorg zichtbaar was of nog steeds is; en waar regionale zorg deels ook leidde tot nationale debatten. Het gaat om de herinrichting van de acute zorg bij

de Gelre Ziekenhuizen in de periode 2022–2024, de lopende besluitvorming bij het Spaarne Gasthuis over de concentratie van 24-uurszorg in Haarlem of Hoofddorp, en de besluitvorming rond een mogelijke samenwerking tussen Adrz en ZorgSaam in Zeeland. Om deze drie casus te duiden hebben we een groot aantal documenten bestudeerd, lokale mediaberichtgeving geanalyseerd, en hebben we in totaal 17 gesprekken gevoerd met betrokkenen bij de besluitvorming van de drie casus. We spraken onder andere met bestuurders, leden van de medische staf, vertegenwoordigers van zorgpartners, een toezichthouder, een strategisch adviseur op het gebied van regionale ziekenhuiszorg en betrokkenen vanuit gemeenten en het ministerie van VWS.

De drie casus dienen in dit essay als input en startpunt voor onze reflectie op de vraag hoe de besluitvorming over de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de acute zorg verloopt, en de wijze waarop het ministerie van VWS zich daartoe kan verhouden – hoe dat nu is en hoe het wellicht ook anders zou kunnen. De casus maken zichtbaar dat discussies over acute zorg vrijwel nooit uitsluitend gaan over medische kwaliteit of bedrijfsmatige houdbaarheid, maar steeds ook over gemeenschap, identiteit en publieke aanwezigheid. Het gesprek is breed, maar de kaders voor belangenafweging zijn smaller. En wat is nu precies ieders rol aan tafel in het gesprek? Over deze thema's gaat dit essay.

In dat licht is dit essay een poging om de besluitvorming over acute zorg in ziekenhuizen anders te lezen. Niet als een *technisch-organisatorisch* vraagstuk dat met betere afstemming kan worden vlot getrokken. Maar als een vraagstuk van *legitiem verschil en waardevolle variëteit*; waarin verschillende publieke waarden, institutionele logica's en bestuurlijke verantwoordelijkheden op elkaar inwerken, zonder dat vooraf vaststaat welke daarvan doorslaggevend zou(den) moeten zijn. Dat maakt de rol van VWS interessant. Niet omdat het ministerie alles bepaalt, de mogelijkheden van het ministerie zijn vaak zeer beperkt, maar omdat hierin zichtbaar wordt hoe het stelsel bepaalde waarden steviger organiseert dan andere – en hoe het ministerie zich verhoudt/kan verhouden tot die ongelijkheid. Of anders gezegd, hoe de waardevolle variëteit van ziekenhuiszorg in regio's in het gesprek goed/beter gerepresenteerd kan worden. En het gesprek hierover wellicht productiever en rijker kan verlopen.

2. Een (bloem)rijke voorziening

Geboren in het Groene Hart
Begrippen als Randstad en Groene Hart ogen alsof ze simpelweg naar de kaart verwijzen, terwijl ze evengoed het product zijn van taal, ordening en beleid; ruimtelijke identiteit lijkt vaak vanzelfsprekend, maar is dat allerminst. Het Groene Hart is niet alleen een gebiedsaanduiding, maar ook een manier waarop mensen hun omgeving leren begrijpen en benoemen. Wie in het Groene Hart Ziekenhuis wordt geboren, wordt dus niet alleen in een ziekenhuis geboren, maar ook letterlijk in het Groene Hart.[2] En dat terwijl dat Groene Hart niet overal even groen noch hartvormig is, als begrip van betrekkelijk recente datum is, en bovendien vooral het resultaat van ruimtelijke ordening en beleidskeuzes is.[3] Zo verbindt een ziekenhuis zich met een plek, en een plek zich met de mensen die er wonen. Een ziekenhuis is daarmee meer dan een zorgorganisatie alleen: het kan ook een ankerpunt zijn van herkomst, herkenning en gemeenschap.

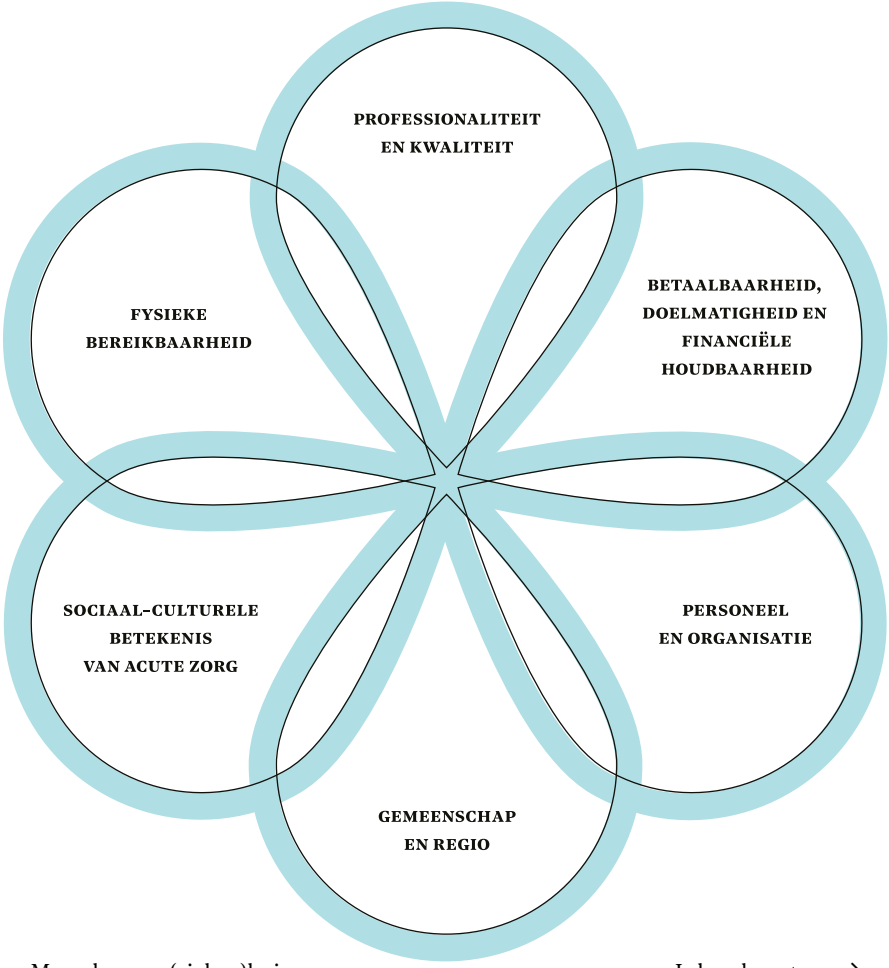
Om zicht te krijgen op spanningen rond acute zorg is het nodig om de volle breedte aan betekenissen en perspectieven mee te nemen. Het helpt niet om alleen het meest verankerde perspectief mee te wegen. Besluitvorming over acute zorg raakt steeds aan meerdere werkelijkheden, die elk een eigen taal, eigen maatstaf en eigen gevoel van urgentie met zich meebrengen. Verschillende actoren kijken en handelen vanuit verschillende perspectieven en formuleren van daaruit niet alleen verschillende waarden en belangen, maar kijken en denken letterlijk verschillend. Om die meervoudigheid van het fenomeen ‘voorziening voor acute zorg’ zichtbaar te maken, helpt een model als een manier van kijken naar acute zorg waarin alle perspectieven terug komen. We presenteren hier zo een model, in de vorm van een bloem met verschillende bladeren, die elk een eigen betekenislaag van de voorziening voor acute zorg vertegenwoordigen.

Een voorziening voor acute zorg heeft elk van de verschillende in het model verankerde gedaanten tegelijk. Ze zijn altijd allemaal aan de orde. Een ziekenhuis is een medische organisatie, een werkgever, een publieke voorziening, een symbool van nabijheid en soms ook een drager van herinneringen en regionale eigenwaarde. Maar, hoewel ze allemaal altijd aan de orde zijn, worden in discussies over de toekomst van acute zorg van een ziekenhuis deze betekenissen zelden in gelijke mate aangesproken. Sommige betekenissen zijn institutioneel stevig verankerd en in discussies direct herkenbaar als een veelgebruikt terugkerend perspectief. Andere zijn impliciet, of verschijnen pas nadrukkelijk op het moment dat sluiting, verplaatsing of concentratie

dreigt en diegenen die zich ermee bezig houden doorkrijgen wat er staat te gebeuren. De volgordelijkheid die we hier benoemen is geen toeval; in de inrichting van de besluitvorming en de positionering van macht en tegenmacht zijn bepaalde perspectieven *in* de besluitvorming gepositioneerd en hebben actoren met andere perspectieven daarin niet direct een plaats. Zij komen hierdoor pas in beweging als besluitvorming op streek is en moeten zich daarin dan naar binnen zien te werken. We zullen dat later op basis van de casus nader illustreren. Voor nu is van belang dat het model verschillende perspectieven op een voorziening voor acute zorg laat zien, dat verschillende actoren meer vanuit een deel van die perspectieven redeneren, en dat de verschillende perspectieven in de verdeling van posities in het proces van besluitvorming niet evenredig terugkomen.

We onderscheiden de volgende perspectieven (zie figuur 1), die we hierna kort zullen bespreken.

Figuur 1. Perspectieven op acute zorg



De bloembladeren ontvouwd

Een eerste blad van de bloem is dat van ***professionaliteit en kwaliteit***. Hier staan patiëntveiligheid, expertise en de condities voor goede zorg centraal. In deze logica is concentratie van functies niet in de eerste plaats een financiële keuze, maar een professioneel imperatief. Niet elke voorziening kan overal blijven bestaan wanneer de kwaliteit ervan leidend is. Deze rationaliteit is institutioneel stevig georganiseerd via richtlijnen, kwaliteitsnormen, beroepsgroepen en toezicht. Wie vanuit dit blad naar acute zorg kijkt, ziet vooral de noodzaak om zorg dáár te organiseren waar zij verantwoord en kwalitatief hoogwaardig geleverd kan worden.

Als tweede kan het ***bedrijfseconomische blad*** worden onderscheiden. Hier wordt acute zorg bezien vanuit vragen van betaalbaarheid, doelmatigheid en financiële houdbaarheid. Welke voorzieningen kunnen op welke schaal (financieel) verantwoord in stand worden gehouden? Hoe wordt schaarste verdeeld? Binnen deze logica wordt acute zorg benaderd als onderdeel van een stelsel dat op langere termijn betaalbaar en organiseerbaar moet blijven. Dit perspectief is stevig verankerd, niet alleen omdat geld en organisatie zwaar wegen, maar ook omdat het beschikt over een herkenbare taal van cijfers, scenario's en verdeelvraagstukken. Daardoor is dit blad vaak goed zichtbaar in de discussie over de beschikbaarheid van de acute zorg in ziekenhuizen.

Een derde blad betreft ***personeel en organisatie*** in de zorg. Dat kan een afgeleide van de twee vorige bladeren lijken, maar dit blad kent een eigen dynamiek. Want zelfs wanneer financiering beschikbaar is en kwaliteitsargumenten niet doorslaggevend zijn, kan de dagelijkse uitvoerbaarheid onder druk staan. Zorgafdelingen draaien op mensen, roosters, beschikbaarheid en continuïteit. Vacatures die niet worden gevuld, specialistische teams die te klein worden, een groeiende afhankelijkheid van tijdelijke inzet of de toenemende druk op zorgmedewerkers: het zijn aspecten die de acute zorg niet alleen bedreigen aan de randen van het systeem, maar het hart van de uitvoering raken. In veel regio's wordt personeelsschaarste daardoor ervaren als een directe grens aan wat nog organiseerbaar is.

Tot zover laat de bloem vooral *technische rationaliteiten* zien die in het huidige debat relatief goed herkenbaar en georganiseerd zijn. Maar acute zorg heeft ook andere bladeren.

Een vierde blad is dat van de ***gemeenschap en regio***. Met 'gemeenschap en regio' bedoelen we hier de concrete lokale plaats, met zijn eigen dynamiek, eigenschappen en onderlinge samenhang, waarbinnen acute zorg plaatsvindt en een plaats heeft.[4] Hier verschijnt acute zorg in een ziekenhuis niet alleen als

zorgorganisatie, maar als onderdeel van een bredere regionale infrastructuur, die overal net weer anders zal zijn. Het mogelijk verdwijnen daarvan raakt dan niet alleen de directe zorgtoegang, maar bijvoorbeeld ook andere voorzieningen die er direct of indirect mee samenhangen. Ziekenhuizen zijn vaak grote werkgevers in een regio, het verplaatsen van een ziekenhuis kan gevolgen hebben voor verhuisbewegingen die weer van invloed zijn op voorzieningen als basisscholen of kinderopvang. Let wel, dat hoeft helemaal niet te gaan om per se zorggerelateerde voorzieningen. Het is net als verlies van biodiversiteit in een ecosysteem; een bij is geen bloem, maar toch hebben veel bloemen bijen nodig om te overleven. En andere soorten hebben de bloemen weer nodig voor hun voortbestaan. Het verlies van het één leidt tot of versnelt het verlies van het ander. Vaak via letterlijk vergezochte relaties, die vaak pas op termijn manifest worden. In gebieden waar voorzieningen zich al langer terugtrekken, is de discussie over acute zorg in ziekenhuizen daarom met recht vaak onderdeel van een groter en veel breder verhaal: dat van verlies, van afnemende nabijheid van de overheid, en een 'spiraal van verschraling'.[5] In dat licht is weerstand tegen veranderingen in acute zorg niet alleen verzet tegen een bestuurlijke keuze, maar ook een reactie op een ervaren patroon van regionale verschraling, waarbij lokale betrokkenen in de ene voorziening een schakel in de spiraal van verschraling zien. Mensen zien het zoveelste blokje uit hun Jenga-toren getrokken worden; het gaat hen niet om het blokje, maar het instorten van de toren. En dat instorten is zeker niet hypothetisch; de spiraal van verschraling is een reëel fenomeen waarin zorgvoorzieningen een belangrijke rol spelen.

Daarmee samenhangend is een vijfde blad te onderscheiden: de ***sociaal-culturele betekenis*** van acute zorg. Dat perspectief laat zich moeilijker vangen in beleidsmatige taal, maar is daarom niet minder reëel. Voor veel mensen is het ziekenhuis niet alleen de plek waar zorg wordt geleverd, maar ook een institutionele markering van vertrouwdheid en nabijheid. Ging het vorige blad meer om de wereld van verschralende voorzieningen, dit gaat om een gevoel van identiteit dat in het geding komt. Een ziekenhuis speelt in identiteitsvorming een grote rol. Mensen hechten eraan. Iemand is er geboren, bracht er nachten door aan een ziekbed, kwam er in een moment van paniek of opluchting. Ook daarom roept verplaatsing of afbouw vaak méér op dan een functionele herordening van zorg. Zij raakt aan gehechtheid, aan identiteit, soms zelfs aan waardigheid. Wat in bestuurlijke termen als een herschikking van zorgfuncties wordt gepresenteerd, kan in sociaal-culturele termen worden ervaren als het verdwijnen van een publieke ankerplaats. En dat kan ook voor zorgpersoneel gelden: wie jarenlang in hetzelfde ziekenhuis werkt, ontleent daar niet alleen werk, maar mogelijk ook professionele identiteit, collegiale verbondenheid en een gevoel van betekenis aan. Ook voor hen kan het verdwijnen of verplaatsen van functies daarom meer zijn

dan een organisatorische 'herschikking' of 'optimalisatie': het kan voelen als verlies van een plek waarmee een belangrijk deel van het eigen werkende leven en de eigen identiteit is verweven.

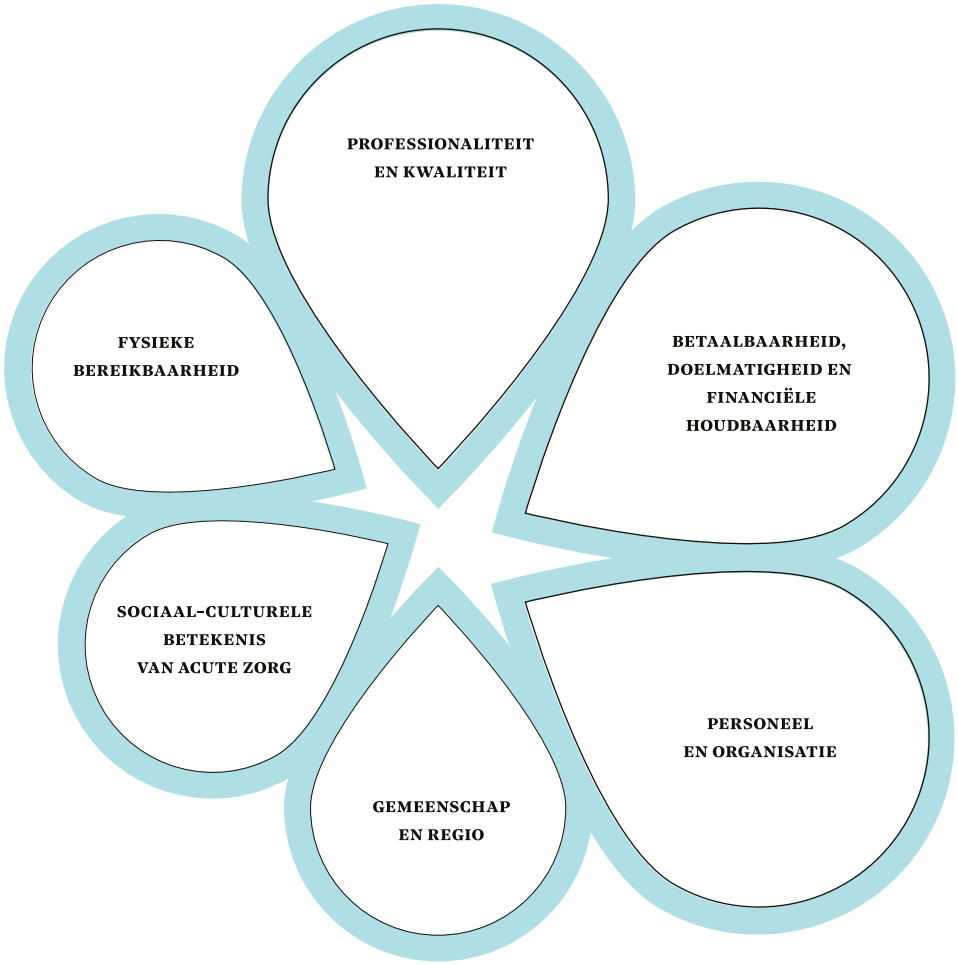
Een zesde blad is dat van ***fysieke bereikbaarheid***. Op het eerste gezicht lijkt dit een voor de hand liggend perspectief, maar juist dit blad blijkt in de praktijk vaak moeilijk vast te pakken. Bereikbaarheid is niet alleen een kwestie van kilometers, aanrijtijden of bereikbaarheidsnormen. Zij heeft ook te maken met voorspelbaarheid, gevoel van nabijheid, vertrouwen dat hulp er op tijd zal zijn wanneer het erop aankomt. Voor mensen geldt niet alleen de feitelijke norm die wel of niet gehaald wordt, het gaat ook om het gevoel en het vertrouwen dat ze hebben dat wanneer het erop aankomt de zorg die ze nodig hebben er ook is. Dit is dus evenmin een louter technische categorie. Zij raakt ook aan de vraag of inwoners ervaren dat de zorg er werkelijk voor hen is, maar ook of zorgpersoneel zich onder veranderende afstanden en locaties aan die zorg verbonden kan en wil blijven voelen. Dat maakt dit blad opmerkelijk: het is inhoudelijk uiterst centraal, maar institutioneel minder stevig uitgewerkt dan bijvoorbeeld kwaliteit of betaalbaarheid. En het gaat vaak ook om discussies die op andere domeinen liggen dan de zorg alleen. Denk bijvoorbeeld aan de achterstanden van Rijkswaterstaat en het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat bij het onderhoud van infrastructurele werken en rijkswegen (en ook de onderhoudsprogramma's van de provincies); in dunner bevolkte perifere gebieden kan het uitvallen van één brug of tunnel al betekenen dat een eerder nog op papier net haalbare aanrijdtijd of bereikbaarheidsnorm niet meer haalbaar is. Of denk aan doelgroepenvervoer en publieke mobiliteit, die in dunner bevolkte delen van Nederland met steeds meer moeite overeind worden gehouden. Vaak betekent dat dat het simpelweg lastiger is om op bepaalde tijden op de dag de reis naar het ziekenhuis te maken, ook als dat op papier wel klopt. De vraag 'kan ik er komen en/of kunnen zij mij bereiken' is voor veel mensen een grote zorg; zowel feitelijk als in de beeldvorming. En zulke ontwikkelingen zijn afhankelijk van een groot aantal variabelen, die maar voor een klein deel in de directe cirkel van invloed van een ziekenhuisbestuurder, zorgverlener of een zorgverzekeraar liggen.

Ongelijke bladeren

Het model geeft een in principe neutraal overzicht van onderling gelijkwaardige perspectieven, maar als we deze voor een configuratie van *tijd en plaats* uittekenen, bijvoorbeeld Nederland in deze tijd, dan zien we dat sommige bladeren zwaarder wegen dan andere. Niet omdat zij normatief inherent belangrijker zijn, maar omdat zij zwaarder gewogen worden en

institutioneel beter georganiseerd zijn (wat elkaar vaak versterkt; hoog institutioneel soortelijk gewicht vergroot gesteld normatief belang). Sommige 'bloembladeren' zijn vertaald in normen, indicatoren, verantwoordingsstructuren en instituties die hun claims kracht geven. Andere moeten het doen met ervaringen, zorgen, verhalen en minder harde vormen van kennis. Daarmee ontstaat een asymmetrie die in discussies over acute zorg zichtbaar wordt en het verloop van die discussie verklaart.

Figuur 2. De ongelijke zichtbaarheid van perspectieven in de besluitvorming over acute zorg



De medisch-professionele, economische en personele bladeren zijn goed zichtbaar en kunnen hun positie stevig onderbouwen. De gemeenschappelijke, sociaal-culturele en bereikbaarheidsbladeren worden vaak later ingebracht, of verschijnen vooral in de vorm van maatschappelijke onrust. Dan blijkt dat wat eerder als bijzaak of sentiment werd gedacht, in werkelijkheid een

wezenlijk en voor bepaalde betrokkenen keihard onderdeel van de kwestie vormt. Besluitvorming over acute zorg is daardoor zelden een gelijkwaardige afweging van publieke waarden. Wat vanuit het ene perspectief logisch en noodzakelijk is, kan vanuit een ander perspectief ingrijpend en ontwrichtend zijn. De systeemwereld werkt gemakkelijker en krachtiger vanuit de meer technische bladeren en is daar ook beleidsinhoudelijk op ingericht. Daar is ook veel voor te zeggen. Maar er valt ook veel op af te dingen, of tenminste tegenover te plaatsen. Concentratie van zorg kan medisch-kwalitatief en bedrijfseconomisch gezien bijvoorbeeld verstandig zijn, maar tegelijkertijd bijdragen aan een ervaren patroon van regionale verschraling. Een financieel houdbare oplossing kan bestuurlijk verdedigbaar zijn, maar sociaal-cultureel worden beleefd als het verdwijnen van een publieke ankerplaats. Maar omdat deze perspectieven niet gelijk georganiseerd zijn, komen zij niet gelijk tot hun recht in het besluitvormingsproces. Dat wordt nog ingewikkelder, omdat vanuit de leefwereld de waardering vaak heel anders is. Mensen voelen de nabijheid, hun gemeenschap, culturele identiteit en de lokale kracht het sterkst.

De perspectieven ontmoeten elkaar vaak in politieke debatten. Lokale politici komen in het geweer vanuit de in de lokale gemeenschap vaak sterk gevoelde perspectieven van de leefwereld; gemeenschapszin, identiteit, de spiraal van verschraling en lokale bereikbaarheid en nabijheid. Hun achterban maakt zich daar zorgen over en lokale politici brengen die stem in het debat in. Maar ze hebben vaak geen formele rol in de besluitvorming, simpelweg omdat ze geen partij zijn in de discussie. Vanuit een meer bestuurlijk perspectief doorkruisen ze daarmee de besluitvorming op oneigenlijke manier; ze hebben geen formele stem én brengen punten in die vanuit een meer technisch-inhoudelijk perspectief niet redelijk zijn. Sterker nog, ‘dankzij’ opschalen van acute zorg kan ook de gemeente in kwestie conform alle geldende normen en kaders goede acute zorg blijven genieten, wat zonder opschalen misschien wel kwestieus zou kunnen zijn. Om het nog ingewikkelder te maken vinden lokale politici hun weg naar de landelijke politiek, waar verschillende partijen in de discussie over acute zorg een volgende ingang zien om de systeeminrichting in de zorg ter discussie te stellen; opschaling als symbool van ‘doorgeslagen marktwerking’ en de verdere verwijdering van voorzieningen van mensen. En van de ‘steeds verdergaande verschraling die zich in regio’s voltrekt’. Met ook hier vanuit de meer bestuurlijke invalshoek de evenzeer terechte repliek dat de discussie niet ‘Haags’ is, maar regionaal en van de besturen zelf. Zo ‘politiseert’ de discussie en ontstaat een ‘dialoog tussen doven’; betrokkenen menen dat de ander met de aangevoerde argumenten aan het verkeerde adres is en/of geen rol of positie in het debat heeft, én er is kritiek op het perspectief van waaruit de ander de discussie voert.

Dit maakt duidelijk waarom discussies over acute zorg vaak moeilijk te beslechten zijn. Niet omdat partijen elkaars feiten niet kennen, noch omdat zij onvoldoende bereid zouden zijn tot overleg, maar omdat zij vanuit verschillende bladeren spreken zonder dat expliciet te maken of bij elkaar te (h)erkennen. Wat voor de één een noodzakelijke kwaliteitsslag 'is', kan voor de ander een nieuwe stap in regionale uitholling 'betekenen'; de aanhalingstekens verwijzen hier naar de mate van vanzelfsprekendheid voor de één – 'het is gewoon zo' – en de irrelevantie en onvoorstelbaarheid daarvan voor de ander. Wat voor de één een begrijpelijke doelmatigheidsafweging is, wordt door de ander beleefd als bewijs dat publieke nabijheid ongelijk verdeeld mag zijn over het land. En wat voor de één een oplossing is binnen het stelsel, kan voor de ander het zoveelste bewijs zijn dat het stelsel tekortschiet. Wat voor de één dé manier is om acute zorg in deze regio op de langere termijn in de lucht te houden, is voor de andere de finale nekslag voor de acute zorg en de daar mede van afhankelijke voorzieningen en gemeenschap hier. De vraag is dus niet zozeer welke keuze uiteindelijk wordt gemaakt, maar welke bloembladeren in het besluitvormingsproces worden meegenomen. Komen de verschillen in voldoende mate op tafel, als onderdeel van de afweging? En kunnen de verschillende stemmen, talen en perspectieven vervolgens voor een meer duurzaam resultaat weer bij elkaar gebracht worden?

3. Het ministerie van VWS in het veld van acute zorg

Tegen deze achtergrond is het interessant om de (formele) rol van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) als systeemverantwoordelijke[6] te typeren. Het ministerie staat aan de lat om wet- en regelgeving op te stellen, beleid te formuleren, financiële kaders te bepalen, partijen te stimuleren om met elkaar samen te werken. Ook vervult het een zelfstandige rol in de vergunningverlening. VWS heeft op deze manier mede vormgegeven aan hoe het veld is georganiseerd, geordend en welke waarden daarin sterker of zwakker zijn verankerd. De inrichting van de gereguleerde markt en het verzekeringsstelsel hebben bijvoorbeeld een sterke nadruk op economische rationaliteit, efficiëntie en 'PxQ'-macrodoelmatigheid gestimuleerd. En veel van de concrete besluitvorming is belegd bij autonome besturen van ziekenhuisorganisaties, die een grote vrijheidsgraad hebben – en bijbehorende eigen verantwoordelijkheid en toezicht dragen. Daarmee is VWS medevormgever van institutionele ruimte waarbinnen het debat over de acute zorg zich afspeelt. VWS zit dus deels direct aan 'de knoppen', maar vaker indirect, via de inrichting van het stelsel waar het ministerie systeemverantwoordelijk voor is.

In de uitkomst van die inrichting van het stelsel en de accenten die daarin in de loop der jaren zijn aangebracht door het ministerie, staat VWS relatief op afstand bij concrete besluitvorming over vragen omtrent bijvoorbeeld vestiging, inrichting en schaal van ziekenhuizen en acute zorg. Dat zijn afwegingen die nu primair liggen bij ziekenhuisbestuurders, in interactie met zorgverzekeraars en regionale netwerken voor acute zorg. Het ministerie is daar niet direct zelf partij in. Maar, indirect is het ministerie hier natuurlijk wel van invloed. De inrichting van het stelsel voor acute zorg is immers een gevolg van beleid en inrichting door het ministerie. Zo is de inrichting van de besluitvorming over acute zorg dus wel een gevolg van coherent en consistent handelen door het ministerie met de tijd, met de huidige inrichting van het stelsel – inclusief de rol van het ministerie daarbinnen – als gevolg.

Zo is het ministerie van VWS dus vaak weliswaar niet direct betrokken bij of verantwoordelijk voor concrete keuzes over de inrichting van acute zorg op plaatsen in het land, maar via de lijn van de systeemverantwoordelijkheid voor het stelsel, en de keuzes die zijn gemaakt bij de inrichting van het stelsel als geheel, is het ministerie dus wél van invloed. Het ministerie draagt verantwoordelijkheid en kan wijzigingen aanbrengen; bijvoorbeeld door partijen meer of minder stem te geven, zoals recent bij het voorstel

om lokale besturen een 'zwaarwegend adviesrecht' te geven; of door andere accenten te leggen in de bekostiging of in andere wetgeving, waarmee de normatieve accenten (tussen bloembladeren) per saldo verlegd worden. Het ministerie heeft dus weinig directe bevoegdheid en sturingsmiddelen voor alledaagse sturing in het veld van acute zorg en ziekenhuiszorg, maar heeft via *systeemsturing* juist véél invloed en sturingsmogelijkheden op hoe het stelsel van acute zorg eruitziet. Dergelijke systeemsturing verloopt dan niet via concrete besluiten over concrete locaties, maar via de beginselen, principes en accenten die in de inrichting van het systeem zijn te leggen.

Om zicht te krijgen op hoe de besluitvorming over de inrichting van acute zorg op concrete locaties verloopt is in dit onderzoek gebruikgemaakt van drie casus: de herinrichting van de acute verloskunde, SEH en IC, waarbij zorgfuncties werden geconcentreerd tussen Zutphen en Apeldoorn, bij *de Gelre Ziekenhuizen*; de lopende besluitvorming bij het *Spaarne Gasthuis* over de concentratie van 24-uurszorg (acute zorg en alle zorg waarbij een overnachting nodig is) in Haarlem of Hoofddorp; en de voorgenomen samenwerking tussen *Adrz en ZorgSaam* aan beide kanten van de Westerschelde over de verdeling van enkele ziekenhuisfuncties en de gezamenlijke organisatie van acute zorg in Zeeland. Deze drie casus zijn bedoeld als vensters op de manier waarop VWS in concrete besluitvormingsprocessen rondom de acute zorg aanwezig is; als 'plaats van handelen' waarin de rol van het ministerie en andere lokale partijen zichtbaar wordt en we kunnen observeren hoe discussies in de praktijk lopen en welke 'bloembladeren' daarin een rol spelen.

Van Apeldoorn tot Zutphen: Gelre Ziekenhuizen

In de casus van Gelre Ziekenhuizen (locaties: Apeldoorn en Zutphen) speelt begin 2023 een combinatie van financiële problematiek, bestuurlijke problemen en structurele personeelstekorten. De organisatie kampt met een substantieel financieel tekort en met een, na een fusie ontstaan, historisch gegroeide tweedeling tussen beide locaties. Bij het aantreden van een nieuw bestuur blijkt er een tekort van zo'n twintig miljoen euro te zijn, waardoor financiers en zorgverzekeraars aanzetten tot snelle maatregelen. Het bestuur kiest voor een herstelroute met twee hoofdlijnen: de organisatie echt als één ziekenhuis inrichten en een financieel houdbare toekomst realiseren door functies tussen locaties te concentreren.[7] Praktisch betekent dit dat Apeldoorn wordt ingericht als topklinische locatie voor zwaardere acute zorg en dat Zutphen wordt gepositioneerd voor laagcomplexe spoedzorg, poliklinische zorg en focusklinieken.

Betrokkenen plaatsen deze keuzes nadrukkelijk in een langere bestuurlijke voorgeschiedenis. De fusie tussen Apeldoorn en Zutphen bestond formeel al langer, maar was volgens gesprekspartners in de praktijk nooit volledig tot één gezamenlijke organisatie uitgewerkt. Daardoor bleef sprake van twee deels afzonderlijke ziekenhuislogica's onder één bestuurlijke vlag, met gevolgen voor de samenwerking tussen staf en bestuur. Daarnaast bemoeilijkte het de mogelijkheid om tijdig scherpe keuzes te maken over profielvorming en taakverdeling. Tegen die achtergrond wordt de herinrichting niet alleen gezien als een beslissing over acute zorg, maar ook als een noodzakelijke stap om de organisatie bestuurlijk en financieel toekomstbestendig te maken.

In de besluitvorming zijn een aantal bepalende momenten te onderscheiden. In 2021 meldt Gelre Ziekenhuizen aan het ministerie van VWS dat de 24/7-beschikbaarheid van acute zorg in Zutphen onder druk staat door personeelstekorten. In de beantwoording verwijst VWS de 45-minutennorm naar de beschikbaarheidsbijdrage en naar de beoordeling of Zutphen als 'gevoelig' ziekenhuis geldt. Volgens de minister is dat niet het geval, omdat inwoners binnen 45 minuten per ambulance andere acute voorzieningen kunnen bereiken.[8] Eind 2021 sluit het ziekenhuis tijdelijk de afdeling verloskunde in Zutphen vanwege personeelstekort, waarna deze afdeling later wordt heropend wanneer het tekort is opgelost. In 2021 wordt Zutphen in Kamervragen genoemd als voorbeeld van een regio waar concentratie van SEH-zorg en personeelstekorten leiden tot discussie over gedeeltelijke sluiting of afbouw van acute diensten.[9] Gelre Ziekenhuizen werkt ondertussen aan toekomstplannen onder het motto 'één ziekenhuis, twee locaties'.[10]

Op 7 februari 2023 maakt Gelre Ziekenhuizen het voorgenomen besluit bekend om Zutphen te ontwikkelen tot locatie voor planbare zorg, laagcomplexe spoedzorg en een brede poliklinische poort, terwijl hoogcomplexe spoedzorg en acute verloskunde worden geconcentreerd in Apeldoorn. Kort daarna volgt landelijke politieke aandacht. Zo stelt Kamerlid Bushoff (PvdA) op 15 februari Kamervragen over de mogelijke sluiting van de SEH, IC en verloskundeafdeling in Zutphen.[11] Twee dagen later volgen in Zutphen demonstraties voor behoud van de acute zorg. In beantwoording van de Kamervragen verwijst de minister naar de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder zelf, binnen de wettelijke kaders en het verplichte stappenplan voor acute zorgwijzigingen.[12] Het RIVM geeft op 11 april 2023 aan dat de bereikbaarheid binnen de 45-minutennorm geborgd blijft, ook bij sluiting van de acute verloskunde.[13]

Later in 2023 wordt het nieuwe zorgaanbod door Gelre Ziekenhuizen verder uitgewerkt en gecommuniceerd. Gelre Ziekenhuizen licht op 18 juli toe hoe Apeldoorn en Zutphen binnen het nieuwe profiel moeten gaan functioneren, met behoud van brede poliklinische toegang op beide locaties, een spoedplein

voor laagcomplexe spoedzorg in Zutphen en concentratie van zwaardere acute zorg en verloskunde in Apeldoorn.[14] Gelre Ziekenhuizen organiseert regietafels met zorgverzekeraars, ROAZ, huisartsen en ambulancediensten om de doorverwijzing en spoedlogistiek veilig te stellen. Daarmee wordt door Gelre Ziekenhuizen geprobeerd het regionale zorgnetwerk te borgen en de gevolgen van de herinrichting in de keten op te vangen.

In de landelijke discussie over de toekomst van de acute zorg wordt Gelre Ziekenhuizen opnieuw genoemd als casus waarin concentratie, bereikbaarheid en burgerparticipatie samenkomen. In april 2023 wordt de acute verloskunde in Zutphen, vanwege personeelsuitval, per direct definitief gesloten, omdat 24/7-continuïteit niet langer te garanderen is. Volgens betrokkenen is de keuze om de verloskunde in Zutphen nu definitief te beëindigen mede gebaseerd op de lage volumes en de beschikbaarheid van personeel. De sluiting wordt binnen het ziekenhuis gepresenteerd als een noodzakelijke stap in een breder herstelplan. De herstelroute leidt tot sterke publieke en politieke reacties, met demonstraties, Kamervragen en een verhit Kamerdebat.[15] Het debat gaat niet alleen over zorginhoudelijke keuzes, maar ook over vertrouwen, nabijheid en publieke betekenis van het ziekenhuis.

Een belangrijk element in de politieke dynamiek is de interpretatie van de AMvB acute zorg, in het bijzonder de bepaling dat gemeenten geïnformeerd moeten worden bij voorgenomen (gedeeltelijke) opschorting of beëindiging.[16] In de Kamer wordt de vraag gesteld of 'informeren' ook 'betrekken' veronderstelt, en of gemeenten feitelijk medezeggenschap zouden moeten hebben over de inrichting van acute ziekenhuiszorg in hun regio. Enkele Tweede Kamerleden moedigen op lokaal niveau gemeenteraadsleden aan om een meer activistische rol te spelen richting het ziekenhuisbestuur, wat leidt tot felle raadsdebatten waarin de toon vergelijkbaar is met die in het landelijke politieke debat.

Meerdere betrokkenen die we in het kader van dit onderzoek spraken geven aan dat de publieke en politieke beeldvorming scherper was dan de besluitvorming in het ziekenhuis. In de media ontstaat al snel het beeld dat er in Zutphen nauwelijks nog acute zorg overblijft, terwijl intern wordt benadrukt dat functies wel degelijk zijn geborgd en dat de herinrichting vooral een andere organisatie van zorg betekent. Volgens betrokkenen kostte het veel tijd om dat beeld weer te corrigeren, mede omdat onjuiste of versimpelde berichtgeving zich snel verspreidde.

De rol van VWS in deze casus wordt door betrokkenen vooral beschreven als terughoudend en procesmatig. Het ministerie bewaakt de wettelijke kaders, behandelt Kamervragen, terwijl de IGJ erop toeziet dat de formele stappen

uit de AMvB acute zorg zijn doorlopen. Het ministerie neemt daarnaast geen directe besluiten over de interne herinrichting van het ziekenhuis. Samen met de IGJ richt het ministerie zich op de toetsing van kwaliteit en bereikbaarheidsnormen. Tegelijkertijd laat de casus zien dat VWS wel wordt aangesproken op de vraag wat publieke verantwoordelijkheid in dit soort trajecten precies betekent, juist omdat niet alle betrokken waarden in het stelsel even sterk zijn georganiseerd of helder zijn.

Vanuit de bloembladeren gezien laat deze casus zien dat vooral de bladeren van 'professionaliteit en kwaliteit', 'economie' en 'personeel en organisatie' dominant aanwezig zijn in de directe interne besluitvorming, waarbij deze worden benoemd als voorwaardelijk voor toegankelijkheid en continuïteit op langere termijn. De keuzes worden door het ziekenhuis onderbouwd met argumenten die betrekking hebben op volumes, personeelsbeschikbaarheid en financiële houdbaarheid. Tegelijkertijd zijn de bladeren van 'gemeenschap en regio', 'sociaal-culturele betekenis' en 'bereikbaarheid' juist zichtbaar in de publieke en politieke reacties, waarin de herinrichting wordt ervaren als verlies van nabijheid en als signaal over de positie van de regio.

Na invoering van de maatregelen stabiliseren organisatie en productie. Er volgt financieel herstel voor de Gelre Ziekenhuizen, waardoor er meer ruimte is ontstaan om de herinrichting verder te consolideren, al blijft het dossier in de publieke en politieke discussie nog enige tijd gevoelig. Dit is een interessant patroon; vanuit rust en orde in de meer technisch-rationele bladeren wordt ook de rust omtrent de andere bladeren hersteld.

Haarlem of Hoofddorp: het Spaarne Gasthuis

In de casus van het Spaarne Gasthuis, met locaties in Haarlem en Hoofddorp, speelt een voorgenomen concentratie van ziekenhuisfuncties binnen één van de twee locaties, waarbij de andere locatie een dagziekenhuis zal zijn. Nadat nieuwbouwplannen in Haarlem-Zuid niet zijn doorgezet, maakt het ziekenhuis in juli 2024 bekend de zorg te willen concentreren. Als reden geeft het Spaarne Gasthuis aan dat de zorgvraag sterk stijgt en de arbeidsmarkt krap blijft, waardoor de toegankelijkheid van zorg onder druk staat en het nodig is om de zorg te concentreren. "Teams die nu vaak verdeeld zijn over verschillende locaties, kunnen dan prettiger en efficiënter samenwerken", zo licht het Spaarne Gasthuis toe in een nieuwsbericht.[17] Het ziekenhuis geeft aan in dialoog met externe en interne betrokkenen de plannen verder uit te werken; op dat moment is het streven om in 2025 duidelijkheid te verschaffen over hoe de zorg over de locaties verdeeld wordt.

In de periode erna verricht het Spaarne Gasthuis verschillende onderzoeken en verkenningen naar de gevolgen van deze keuze. Zo wordt het RIVM gevraagd een bereikbaarheidsanalyse uit te voeren naar de mogelijke concentratie van de acute zorg en de zorg waarvoor overnachting nodig is op de locatie in Hoofddorp dan wel in Haarlem-Zuid.[18] Het ziekenhuis organiseert ook meerdere stakeholderbijeenkomsten met zorgpartners, gemeenten, zorgverzekeraars en toezichthouders. In februari 2025 vindt een eerste bijeenkomst plaats met regiopartners, met als doel om het regioperspectief op te halen. In het verslag van de bijeenkomst zijn verschillende aandachtspunten genoteerd die worden meegenomen in verder onderzoek. Zo wordt aangegeven dat voor een succesvolle concentratie nauwe samenwerking met huisartsen, GGZ, VVT en andere ketenpartners belangrijk is. Ook wordt expliciet genoemd dat het nodig is om te blijven communiceren, samen met de partners in de regio, met de inwoners van de regio over het waarom.[19]

Op 2 juli 2025 vindt een vervolgbijeenkomst plaats. Ter voorbereiding daarop informeert het Spaarne Gasthuis dat de twee scenario's (concentratie in Hoofddorp dan wel in Haarlem-Zuid) inmiddels gestructureerd in beeld zijn gebracht, doorgerekend en onderbouwd. "De scenario's zijn bezien vanuit diverse perspectieven, waaronder kwaliteit van zorg, bereikbaarheid, personele organisatie en financiële haalbaarheid", zo laat het ziekenhuis weten. "Het onderzoek levert geen klip en klaar scenario op dat over de hele linie de meeste waarde geeft. Elk scenario kent zijn eigen opbrengsten en risico's, afhankelijk van het perspectief van waaruit je kijkt".[20] Het ziekenhuis heeft dan ook nog geen keuze gemaakt voor een scenario en vraagt de regiopartners of hun zorgen een plek hebben gekregen in het totaalbeeld.

In de zomermaanden die volgen wordt de rapportage en input van de regiobijeenkomst benut door het Spaarne Gasthuis om de scenario's en het afwegingskader verder te doorgronden. Overigens zijn 'stakeholders' en 'regio' ook in het afwegingskader als afzonderlijk perspectief opgenomen, naast onder meer kwaliteit van zorg, bereikbaarheid, personele organisatie en financiële haalbaarheid. De raad van bestuur trekt hierin tripartiet op met het bestuur van de MSCK[b] en het verpleegkundig stafbestuur en bericht in september aan de regiopartners dat het tot de volgende agenda voor verdiepingsvragen is gekomen: financiële robuustheid, onder andere middels het uitvoeren van een financiële toets bij meer gebruik van bestaand vastgoed; bepalen wat een acceptabele en haalbare kwaliteit is van bestaande verpleegafdeling; en een validatie van aantal bedden, OK's en andere

b Medische Specialistische Coöperatie Kennemerland, een 'combi-coöperatie' van ruim 350 medisch specialisten en andere medische professionals die voornamelijk werkzaam zijn ten behoeve van het Spaarne Gasthuis.

capaciteiten. Op dat moment is planning om eind 2025 te beoordelen of er al tot een besluit over kan worden gegaan.[21]

Het besluitvormingstraject leidt tot aanzienlijke lokale en landelijke politieke aandacht. Op lokaal niveau legt de bestuursvoorzitter van het Spaarne Gasthuis verschillende bezoeken af aan gemeenteraden van gemeenten in het verzorgingsgebied om vragen te beantwoorden, zorgen aan te horen en hun perspectief mee te nemen in het onderzoek. Een belangrijke boodschap van de bestuursvoorzitter daarbij is dat de zorg in de toekomst anders georganiseerd zal worden en dat het fysieke gebouw van een ziekenhuis steeds minder belangrijk zal worden. Het is volgens hem veel meer gericht op zorg in de wijken en buurten, in samenwerking met verzorgingshuizen, huisartsen en andere zorgpartners.[22] Ook organiseert het ziekenhuis een bijeenkomst voor wethouders, waarin de vraag centraal staat: 'wat hebben jullie als wethouder nodig?'[23] De wethouders doen de volgende oproep: "het besluit is niet aan de gemeenten, maar we moeten het wel kunnen uitleggen. Voorzie ons van uitleg, informatie, materiaal en taal die ons daarbij helpt en gebruik onze input om daarin missers te voorkomen".[24]

Toch blijven de zorgen over het bestaan van een ziekenhuis in de eigen gemeente bestaan. Zo neemt de gemeenteraad van Haarlemmermeer unaniem een motie aan waarin het college verzocht wordt zich actief in te zetten voor het behoud van een volwaardig Spaarne Gasthuis in Hoofddorp, inclusief spoedeisende hulp en specialistische functies.[25] En het college van B&W van de gemeente Velsen stuurt een brief naar de bestuursvoorzitter van het Spaarne Gasthuis, waarin onder meer staat dat het college wil dat de eigen inwoners dichtbij huis terecht kunnen voor veelvoorkomende zorg, zeker oudere mensen of mensen die op het openbaar vervoer zijn aangewezen. Het college verzoekt daarom dringend om de zorgfuncties die behouden kunnen blijven in Haarlem-Noord daar ook daadwerkelijk te behouden. Daarnaast vraagt het college om spoedig duidelijkheid te geven om zorgen bij inwoners weg te nemen.[26]

Op landelijk niveau vraagt de fractievoorzitter van de SP in de Tweede Kamer Jimmy Dijk in december 2024 de minister van VWS om op te komen voor volwaardige ziekenhuiszorg in de regio Haarlem, nadat de gemeenteraad van Haarlem unaniem al een motie had aangenomen om een volwaardig ziekenhuis in Haarlem te behouden. De landelijke SP is van mening dat besluitvorming over de zorg niet alleen aan zorgbestuurders en verzekeraars is, maar dat ook patiënten en de lokale politiek er iets over te zeggen hebben.[27] Minister Agema geeft als reactie dat de landelijke politiek geen bevoegdheid heeft om locaties open te houden en het ziekenhuis niet kan dwingen bepaalde zorg op bepaalde locaties te leveren. Zij kan ook niet beoordelen wat het

beste is voor de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg. “Keuzes over de inrichting van het ziekenhuis, kan alleen het ziekenhuis maken”, zo stelt de minister.[28] Zij voegt daar wel aan toe het zeer van belang te vinden dat bij wijzigingen in het aanbod of over nieuwbouw van ziekenhuizen goed en tijdig overleg plaatsvindt met ook het lokaal bestuur.

Bijna een jaar later, in november 2025, dient de SP wederom een motie in. Ditmaal verzoekt het de regering om zich in te zetten om een volwaardig ziekenhuis te behouden in Haarlem en Hoofddorp. SP-Kamerlid Dobbe geeft aan dat de toegankelijkheid van zorg steeds meer onder druk staat, terwijl juist nabijheid van ziekenhuiszorg cruciaal is voor mensen.[29] De Tweede Kamer stemt in met de motie. De reactie van minister Bruijn is echter in lijn met zijn voorganger: *“Ik acht de motie niet uitvoerbaar. De keuzes over de inrichting van het zorgaanbod in het ziekenhuis kunnen alleen door het ziekenhuis zelf (in afstemming met de zorgverzekeraar) worden gemaakt.”* De minister geeft daarbij aan zich in te zetten voor een zorgvuldig besluitvormingsproces bij wijzigingen in het ziekenhuisaanbod, waarbij voldoende oog is voor belanghebbenden. De rol van VWS krijgt in deze besluitvorming vooral vorm via contact en informatie-uitwisseling met het Spaarne Gasthuis. Naar aanleiding van Kamervragen is er sinds begin 2025 tweewekelijks contact tussen het ministerie en het Spaarne Gasthuis. Het contact wordt door VWS vooral gebruikt om informatie op te halen en zicht te houden op de voortgang van het besluitvormingstraject. Het ministerie vervult hierbij geen adviserende of sturende rol in de inhoudelijke besluitvorming, maar wijst wel op de besluitvormingsprocedure in de AMvB acute zorg en mogelijke wijzigingen daarin. Dit contact met het ministerie stelt het Spaarne Gasthuis in staat om toe te lichten hoe mogelijke politieke moties in de praktijk zouden uitwerken en om te kunnen anticiperen op maatschappelijke en politieke reacties. Daarnaast waardeert het Spaarne Gasthuis dat de beleidsmatige lijn vanuit VWS consistent is gebleven, ook over meerdere kabinetswisselingen heen, en dat het ministerie in algemene zin vasthoudt aan een heldere rolverdeling binnen het stelsel, namelijk dat verantwoordelijkheid voor de besluitvorming bij het ziekenhuis ligt. De rol van VWS is vooral voor het Spaarne Gasthuis zichtbaar. Zorgpartners geven aan het beeld te hebben dat het ministerie vooral op afstand staat en weinig zichtbaar is.

Wat opvalt in de besluitvorming tot nu toe is dat de bloembladeren van ‘professionaliteit en kwaliteit’, ‘het economische perspectief’, ‘personeel en organisatie’ en ‘bereikbaarheid’ het meest zichtbaar zijn in de documenten en berichtgeving van het ziekenhuis zelf. Zo wordt in juli 2025 expliciet aangegeven dat in de scenario’s rekening is gehouden met de perspectieven “kwaliteit van zorg, bereikbaarheid, personele organisatie en financiële haalbaarheid”. De bladeren die gericht zijn op ‘gemeenschap en regio’ en

'sociaal-culturele betekenis' zijn in de berichtgeving van het ziekenhuis minder zichtbaar, maar komen juist in het politieke debat op zowel lokaal als landelijk niveau dominant naar voren.

Op moment van schrijven is de besluitvorming nog gaande, en is de verwachting dat het Spaarne Gasthuis in de tweede helft van 2026 een besluit bekend zal maken. Gesprekspartners geven aan dat de besluitvorming lang duurt, ook omdat in juli 2024 werd aangegeven dat er in 2025 meer duidelijkheid zou komen, en zij hopen dan ook dat er spoedig meer duidelijkheid zal komen. We zien hier dat de strijd over alle bladeren van de bloem gevoerd wordt, waarbij verschillende partijen andere bladeren naar voren brengen. Zo blijft de strijd langs alle bladeren open.

Aan beide kanten van de Westerschelde: Adrz en ZorgSaam

In Zeeland speelt een voorgenomen samenwerking tussen Adrz (Goes) en ZorgSaam (Terneuzen). De besluitvorming verloopt vooralsnog echter moeizaam en niet zonder controverse. Het oorspronkelijke voornemen was om per januari 2027 bepaalde zorg over beide ziekenhuizen te verdelen, met als doel die zorg voor Zeeland als geheel te behouden. Die verdeling lijkt vanwege druk vanuit het personeel en de gemeenschap inmiddels van de baan, en lokale media melden dat de ziekenhuizen zoeken naar "een meer praktische aanpak".[30]

Deze meest recente wending is niet uit de lucht komen vallen, maar staat in een langere Zeeuwse geschiedenis waarin samenwerking al jaren als voorwaarde voor het behoud van zorg wordt gezien, zo wordt ons tijdens dit onderzoek duidelijk.[31] Al in eerdere toekomstverkenningen over Zeeland werd samenwerking tussen de ziekenhuizen genoemd als noodzakelijke route om verschraling van het zorgaanbod en langere reistijden te voorkomen, en ook in de jaren daarna bleef de gedachte terugkeren dat de schaal van Zeeland te klein is om twee ziekenhuizen zonder intensievere afstemming volledig overeind te houden. Ook de samenwerking tussen Adrz en ZorgSaam komt niet uit de lucht vallen: betrokkenen benoemen enkele voorbeelden van moeizame of mislukte samenwerkingspogingen tussen de twee ziekenhuizen aan weerszijden van de Westerschelde. Tegen de beschreven achtergrond van verschraling, reistijden en de (beperkte) schaal waren de recente afspraken op zichzelf goed te verdedigen. Juist om de zorg voor Zeeland overeind te houden, zouden bepaalde functies anders worden verdeeld en op andere onderdelen intensiever worden samengewerkt, onder meer ten aanzien van acute neurologie in Zeeuws-Vlaanderen, robotchirurgische uitgevoerde nefrectomieën in Goes, borstoperaties in Terneuzen, de cardiologie rond het

dottercentrum in Terneuzen en de vaatchirurgie. Op papier leek dat voor verschillende betrokkenen dan ook een verdedigbare herschikking. Dat juist hierover toch onrust ontstond, maakt deze casus bestuurlijk interessant.

Die onrust laat zich niet goed begrijpen zonder zicht op de verhoudingen in de regio. Aan bestuurlijke kant proberen ziekenhuisbesturen een kwetsbare zorginfrastructuur overeind te houden in een gebied waar de Vlaamse ziekenhuizen voor veel inwoners feitelijk dichterbij voelen – of feitelijk dichterbij zijn – dan de Goese voorzieningen. En dat geldt niet alleen voor ziekenhuiszorg: de oriëntatie op Vlaanderen is in meerdere facetten van het dagelijks leven (zoals onderwijs) voor veel inwoners aan de landsgrens allerminst uitzonderlijk. Tegelijk spelen binnen en rond de ziekenhuizen ook andere belangen: interne gremia zoals OR, cliëntenraad en adviesraad van medisch specialisten zijn niet vanzelfsprekend eensgezind. In de regio wordt gesproken over lekken en professionals die vrezen door de voorgestelde herschikking zelf werk, inkomsten of positie verliezen. Zo komen er in het voorjaar en najaar van 2025 spanningen naar buiten tussen bestuur en specialisten, spreken specialisten hun zorg uit over het mogelijke verlies van de "vier pijlers" van ZorgSaam, en worden interne besluitvormingsdocumenten onderwerp van publiek debat.[32]

Ook politiek ligt het gevoelig. Gemeenteraden en inwoners lezen de voorgenomen samenwerking al snel tegen de achtergrond van een breder verhaal van voorzieningen die uit Zeeuws-Vlaanderen verdwijnen (zoals het recente vertrek van het hoofdkantoor van waterschap Scheldestromen uit Terneuzen[33]), terwijl gemeenten formeel slechts beperkt aan zet zijn en vooral proberen een platform voor gesprek te bieden. Vanuit de gemeenteraden wordt die gevoeligheid expliciet verbonden met een breder patroon: de zorg is niet alleen een cruciale voorziening, maar ook een van de grootste werkgevers van de regio, en het mogelijke vertrek van functies wordt direct gelegd naast andere organisaties en voorzieningen die "naar de overkant" zijn verdwenen. Lokale betrokkenen vrezen dat het ziekenhuis het zoveelste jengablokje zal zijn in een verder imploderend lokaal ecosysteem van voorzieningen.

Hier lopen verschillende 'bladeren' uit de bloem door elkaar: kwaliteit en robuustheid van zorg, personeelstekorten en uitvoerbaarheid, maar ook gemeenschap, bereikbaarheid en het gevoel dat de regio opnieuw iets moet inleveren. In Zeeland komt daar nog bij dat deze bladeren elkaar wederzijds versterken: juist omdat het verzorgingsgebied klein en kwetsbaar is, krijgen verlies van volume, gebruik van voorzieningen in Vlaanderen, personeelsschaarste en politieke onrust een veel directer effect op de ervaren toekomst van het ziekenhuis. Dat verklaart mede waarom een vanuit functionele en rationele gronden niet perfecte en pijnvrije, maar op zichzelf

uitlegbare herschikking toch beladen is. Waarbij voor- en tegenstanders beiden sterke valide argumenten hebben. Het laat ook zien dat soms *binnen* bladeren ook conflicten kunnen spelen; op bestuurlijk niveau kan opschalen economisch rationeel zijn, op niveau van bijvoorbeeld specialisten of personeelsleden kan opschalen verlies van macht, inkomsten en positie betekenen. Wat op rijksniveau economisch rationeel kan zijn hoeft dat op lager niveau niet te zijn.

In dat krachtenveld lijkt VWS vooral een rol als actor op afstand, op de achtergrond te spelen. Het ministerie 'volgt' de ontwikkelingen op de voet, onderhoudt (spaarzaam) contact met besturen van de ziekenhuizen en de Zeeuws-Vlaamse gemeenten, is aanwezig bij bijeenkomsten in de regio, en houdt rekening met de mogelijkheid van Kamervragen en politieke onrust. Maar dat is vooral een rol als waarnemer, een actieve eigenstandige positie neemt het ministerie hier amper in. VWS treedt in deze casus nauwelijks op als een partij die mede richting geeft aan het proces, of daartoe de wens uit. Vanuit het departement wordt de formele rol klein gehouden, in lijn met hoe het op papier ook zit; vanuit de regio wordt diezelfde rol juist ervaren als reactief en op afstand, kleiner dan het in de praktijk zou kunnen. Dat schuurt lokaal temeer omdat het vraagstuk in Zeeland voor betrokkenen over veel meer gaat dan een herschikking van zorgfuncties alleen. Daar werken grensligging van Zeeuws-Vlaanderen, bevolkingsontwikkeling, de nabijheid van Vlaamse ziekenhuizen, de kwetsbaarheid van het verzorgingsgebied, de positie van ZorgSaam als grote werkgever, en het bredere gevoel dat voorzieningen stukje bij beetje verdwijnen allemaal op elkaar in. Dat maakt dat regionale betrokkenen sowieso vinden dat de Rijksoverheid zich meer bezig zou moeten houden met de lokale en regionale praktijk, omdat hier een gevaar van verschraling dreigt dat regionale partijen zelf niet zonder steun kunnen oplossen. Uiteraard is er in Zeeuws-Vlaanderen wel een bredere rijksinzet zichtbaar, onder meer via het Nationaal Programma Vitale Regio's (NPVR), waarin Rijk en regio gezamenlijk verkennen waar aanvullende inzet wenselijk kan zijn. Die inzet kwam in ons onderzoek echter (nog) nauwelijks expliciet naar voren in relatie tot deze casus. Bovendien bevindt zij zich op moment van schrijven vooral in de fase van planvorming en uitvoeringsagenda's, waardoor zij voor lokale betrokkenen (nog) minder zichtbaar is dan de concrete onzekerheid rond het ziekenhuis.

VWS wordt in Zeeland aangesproken als meer dan alleen stelselbewaker; als partij die zich zou moeten uitspreken over de minimale robuustheid van kleine ziekenhuizen, over de betekenis van spreiding naast concentratie, over grensoverschrijdende zorg en over de vraag waar personeelsschaarste het eerst en het hardst neerslaat. Tegelijk blijkt in de gesprekken ook dat lang niet voor iedereen helder is wat VWS in zo'n situatie eigenlijk vermag.

Lokale bestuurders, gemeenteraden en ziekenhuisbestuurders zoeken naar een aanspreekpunt, naar duidelijkheid over welke knoppen er wel en niet zijn, en soms ook 'gewoon' naar een rijkspartij die zich zichtbaarder met de regio verbindt. En daar laat de casus zien hoe ambivalent de huidige rol is: VWS is wel in beeld, maar vooral als volger, gesprekspartner en adres van verwachtingen; veel minder als actor die knopen doorhakt of zelf een richting markeert. In Zeeland wordt zo zichtbaar dat de rol van VWS in de praktijk niet zozeer afwezig is, als wel beperkt, versnipperd en voor betrokkenen niet altijd goed grijpbaar.

Op moment van schrijven is de besluitvorming in Zeeland nog volop gaande, en is nog ongewis wat de uitkomst zal zijn. Het lijkt er vooralsnog op dat de beide locaties onveranderd blijven, totdat wellicht een nieuwe poging wordt ondernomen.

Het ministerie van VWS: betrokkenheid op afstand

De drie casus laten een gemeenschappelijk patroon zien; VWS is nooit volledig buiten beeld, maar ook niet de actor die in het proces richting geeft of de bepalende stem heeft. Dat is ook niet de formele rol van het ministerie, instellingen bepalen hun eigen strategische koers. De rol van het ministerie beweegt zich tussen stelselverantwoordelijkheid, bestuurlijke afstemming en politieke aanspreekbaarheid. Formeel is de rol van het ministerie dus begrensd, maar politiek en maatschappelijk blijken de verwachtingen vaak ruimer. Lokale politici doen namens hun lokale achterban een beroep op de landelijke overheid om in te grijpen en landelijke politieke partijen brengen die oproep in de Haagse politiek in. Zo ontstaat spanning tussen wat het ministerie en de minister formeel kunnen, moeten en mogen, en wat politiek van hen verwacht wordt. Waar het ministerie vanuit de logica van het stelsel terughoudend opereert, verwachten regionale betrokkenen soms juist zichtbaarheid, richting en normatieve duiding van het Rijk. En landelijke politici nemen die regionale oproep over en versterken deze.

Tegelijk laten de casus zien dat die terughoudendheid niet uitsluitend voortvloeit uit wettelijke beperkingen. Zij lijkt ook onderdeel van de manier waarop VWS de eigen rol in deze dossiers ziet. Daarin wordt stelselverantwoordelijkheid in de praktijk opgevat als iets dat op afstand en op ordenend systeemniveau wordt uitgeoefend; kaders stellen, het stelsel op orde houden, ontwikkelingen volgen, informeren, reageren wanneer onrust oploopt, en bewaken dat processen volgens de regels verlopen. Daarmee bewaakt het ministerie de randvoorwaarden van besluitvorming, maar blijft het op afstand van de inhoudelijke en maatschappelijke betekenis van die

besluitvorming. Het stuurt op het systeem, niet op inhoudelijke opbrengsten die daarbinnen worden nagestreefd en bereikt.

Juist in discussies over acute zorg roept deze *de facto* beleidslijn vragen op. De drie casus maken zichtbaar dat bij acute zorg en ziekenhuiszorg bijna altijd meer speelt dan een technische herordening van zorgfuncties alleen. In Zeeland gaat het gesprek óók of 'juist' over regionale kwetsbaarheid, grensligging en het verdwijnen van voorzieningen. Om méér dan de optimalisering van een ziekenhuis dus. Ook bij de Gelre Ziekenhuizen en het Spaarne Gasthuis raakt het debat aan bredere gevoelens van verlies, nabijheid en publieke aanwezigheid. Het gaat om het ziekenhuis, maar dan in de brede betekenis van die voorziening voor de regio. Daarmee wordt van VWS niet alleen verwacht dat het toeziet op kwaliteit, bereikbaarheid en procedures, maar ook dat het zich verhoudt tot de vraag welke publieke waarden hier eigenlijk beschermd moeten worden. Waarbij vervolgens ook duidelijk wordt dat eigenlijk alleen de technisch-rationele bladeren in de ordening van het systeem sterk vertegenwoordigd zijn en dat de protagonisten van de andere bladeren zich via andere wegen het debat moeten 'invechten'. Door actie te voeren, de media te zoeken en via publieke druk de werkelijk bevoegde partijen met hen in gesprek te laten gaan.

Dat betekent niet dat regionale partijen zeggen dat VWS meer formele bevoegdheden naar zich toe moet trekken of regionale besluitvorming overnemen. Wel laten de casus zien dat er binnen het bestaande stelsel meer ruimte bestaat om de eigen rol anders in te vullen en meer actief betrokken te zijn, bijvoorbeeld om de bredere afweging van perspectieven te borgen. Het ministerie zou eerder en explicieter kunnen markeren welke publieke belangen in het geding zijn, scherper kunnen benoemen welke waarden tegen elkaar worden afgewogen en zichtbaarder aanwezig kunnen zijn in regio's waar maatschappelijke onrust ontstaat. Ook zou het ministerie de op het moment 'zwakke stemmen', de zwak vertegenwoordigde perspectieven in het model, een meer formele stem in het traject van besluitvorming kunnen geven. Die bewegingen zien we nu ook heel voorzichtig plaatsvinden overigens. Ook kan VWS meer bijdragen aan het expliciteren van de dilemma's die nu vaak impliciet blijven; wanneer is concentratie van zorg verantwoord, welke betekenis heeft spreiding, en hoe verhoudt kwaliteit zich tot nabijheid en regionaal vertrouwen?

Daarmee verschuift de rol van VWS subtiel, maar wezenlijk. Van een vooral reactieve en procesmatige actor naar een ministerie dat ook inhoudelijk en normatief zichtbaar durft te zijn. De bestaande configuratie van de bloem blijft daarbij grotendeels intact; het gaat om een andere invulling van de rol van VWS binnen de ordening zoals die nu bestaat. Dat is *een verandering van*

de eerste orde: een andere rolvervulling binnen een verder onveranderd spel. Het ministerie kan door zelf binnen het bestaande stelsel anders te opereren de breedte aan perspectieven nadrukkelijker in het spel brengen. En daarmee kan het door verandering van de eerste orde de discussies over acute zorg in regio's beïnvloeden.

Tegelijkertijd roepen de casus ook een fundamentelere vraag op. De spanning ligt niet alleen in de manier waarop VWS de eigen rol invult, maar ook in de ordening van het stelsel zelf. De manier waarop de discussies over de inrichting van acute zorg op dit moment verlopen en beslecht worden is een uitdrukking van de inrichting van het stelsel. Daarin zijn bepaalde perspectieven sterk belegd, bedrijfseconomisch, kwaliteit, personeel en organisatie, en de andere perspectieven veel zwakker. Deze perspectieven staan bij initiële besluitvorming daardoor vaak op de achtergrond en komen dan in de 'tweede ronde' weer terug, in de vorm van lokaal aangevoerd verzet tegen de voornemens. De behartigers van deze zwakker georganiseerde perspectieven moeten zich het debat in vechten, en doen dat vaak via de weg van beeldvorming en politieke campagnes. Daarmee 'politiseert' het onderwerp, wat vanuit de meer technische logica van de technische perspectieven wordt gezien als spelverruwing en 'onjuiste' weergave van zaken. En als de landelijke politiek die oproep dan overneemt en in Den Haag inbrengt wordt dat gevoel nog eens versterkt; de minister gaat hier immers niet over. Zo zien we dat het verloop van de besluitvorming, inclusief het in tweede ronde hoog oplopen ervan in lokale en vervolgens ook landelijke felle politieke debatten en acties, een inherent gevolg is van de inrichting van het stelsel.

Als de dynamiek een logisch gevolg is van de inrichting van het stelsel, dan betekent dat ook dat daar een mogelijkheid voor verandering van die dynamiek ligt. Een andere inrichting veroorzaakt andere dynamiek. Dit gaat om *een verandering van de tweede orde*, waarbij de regels en verhoudingen van het spel en het speelveld aan de orde zijn. Dat gaat om de vraag of de in de huidige inrichting gekozen verhoudingen tussen perspectieven op acute zorg en een ziekenhuis nog wel passen bij wat er in regio's in de volle breedte op het spel staat. Die bredere afweging zou meer expliciet in het stelsel kunnen worden ingebracht, waarbij het ministerie zelf ook een meer normatieve positie zou kunnen innemen. Door zichzelf uit te spreken, maar vooral door de arena anders te ordenen en de kracht van de stemmen te herschikken. Door per saldo een aantal 'bladeren' in positie te versterken én daarmee andere perspectieven te verzwakken. Het speelveld wordt dan meer gelijk, waardoor de discussies zich meer *aan tafel* kunnen afspelen, in plaats van daarbuiten. De politiek van het vraagstuk wordt daarmee onderdeel van de afweging.

4. Naar een bloemrijke acute zorg

Leiderschap gevraagd
In een recente bijdrage in *De Limburger* over de voorgenomen verplaatsing van de spoedeisende hulp, intensive care en geboortezorg van het Zuyderland Ziekenhuis in Heerlen naar Geleen betoogt Ron Meyer, directeur van het Nationaal Programma Heerlen-Noord, dat een ziekenhuisdebat zelden alleen over 'harde' indicatoren gaat. Natuurlijk spelen vragen over kwaliteit, bereikbaarheid en organisatie een rol, maar daaronder ligt ook een ander register: dat van verlies, achterstelling en de vraag of een regio er nog toe doet. Een ziekenhuis heeft óók een symbolische lading. Het staat niet alleen voor zorg, maar ook voor nabijheid, erkenning en publieke aanwezigheid, zeker in een regio als Parkstad die al langer bezig is met "een inhaalslag". Meyers kritiek richt zich dan ook niet alleen op de inhoud van de voorgenomen herschikking, maar ook op de politiek-technocratische taal eromheen. Zijn verwijt is dat hier wordt geopereerd in termen van onvermijdelijkheid – *there is no alternative: TINA* – terwijl de maatschappelijke en regionale gevolgen veel verder reiken. Tegelijk doet hij zelf ook een nadrukkelijk politiek appèl: Den Haag kan zich hier niet achter procedures of stelselargumenten verschuilen, maar moet zichtbaar verantwoordelijkheid nemen en bijdragen aan een breed gedragen oplossing.[34]

Met de analyse van dit essay in gedachte is het niet vreemd dat discussies over het organiseren van acute zorg en het concentreren of spreiden van die voorziening over de regio met veel politieke discussie gepaard gaat. Een ziekenhuis is niet alleen een voorziening waar zorg wordt verleend aan mensen die ziek zijn; in hoofdstuk 2 hebben we laten zien dat het – onder meer – ook een zichtbaar teken van publieke aanwezigheid in een regio is. Wie aan een ziekenhuis raakt, raakt daarom zelden alleen aan de organisatie van zorg. In discussies over acute zorg gaat het ook over nabijheid, erkenning en de vraag of een gebied er nog toe doet. Zo bezien is het ziekenhuis dan niet alleen onderwerp van beleid, maar ook drager van politieke betekenis.

Dat helpt ook verklaren waarom dit soort discussies vaak langs meerdere lijnen tegelijk lijkt te verlopen. Aan de ene kant is er de taal van kwaliteit, bereikbaarheid, volumenormen, patiëntveiligheid en personeelscapaciteit. Dat is de taal waarin bestuurders, beleidsmakers en professionals hun afwegingen doorgaans formuleren, en terecht: zij moeten zich verhouden tot reële grenzen en verantwoordelijkheden. Maar daarnaast klinkt bijna

altijd een ander register mee. Dat van verlies, achterstelling, wantrouwen en de ervaring dat voorzieningen stukje bij beetje verdwijnen. Waar de één spreekt over concentratie en robuustheid, spreekt de ander over wéér iets dat uit de regio verdwijnt. Waar de één een bestuurlijk verdedigbare herschikking ziet, ziet de ander een nieuwe bevestiging dat deze regio kennelijk minder gewicht in de schaal legt.

Het helpt weinig om die tweede taal eenvoudigweg af te doen als irrationeel, populistisch of sentimenteel. Daarmee wordt niet alleen een deel van het debat miskend, maar ook een deel van het vraagstuk zelf. Een ziekenhuis is voor inwoners niet alleen een plek waar je in geval van nood terecht moet kunnen, maar ook een ankerpunt in het dagelijks leven in een regio. Het is een werkgever, een opleider, een gebouw waarin mensen geboren worden, waar familieleden opgenomen liggen, waar een gemeenschap zich op een heel tastbare manier toe kan verhouden. Juist daarom worden veranderingen in en rond een ziekenhuis vaak veel groter beleefd dan ze in strikt zorginhoudelijke termen lijken. Dat is vooral een aanwijzing dat het debat zich niet zou moeten verengen tot *zorginhoud* alleen. Maar hoe dan wel? Welke richtingen zijn daarbij mogelijk? En wat kan het ministerie van VWS daarbij en daarvoor doen?

We begonnen dit essay met de vaststelling dat een ziekenhuis en een voorziening voor acute zorg te bezien is vanuit zes mogelijke invalshoeken of perspectieven. De zes perspectieven zijn heel verschillend en roepen verschillende betekenissen op; een ziekenhuis is daarom een voorziening die een variëteit aan betekenissen en functies heeft. Of eigenlijk, een voorziening die vanuit verschillende betekenissen verschillende functies heeft of benadrukt. Elk van de perspectieven is van belang en op eigen wijze van waarde; in de perspectieven komen verschillende waarden van ziekenhuizen tot uitdrukking. Maar, niet al die waarden kunnen gelijktijdig *evenveel* aan de orde zijn. Ze zijn niet per se elkaars tegengestelde, maar ze staan op een zeker niveau wel met elkaar op spanning. Simpel gezegd, er is geen optimum waarin alle waarden optimaal behartigd zijn; iets meer van het één gaat op een zeker moment ten koste van iets anders.

Daarom is een ziekenhuis ook een inherent omstreden en dús politieke voorziening, waarover per definitie een mate van politieke strijd bestaat. Wie meer belang hecht aan het één komt op enig moment te schuren met iemand die meer belang hecht aan iets anders. Dat kan direct, in het moment, maar ook met de tijd. Wie bijvoorbeeld zegt dat economische rationaliteit er niet zo toe doet en dat vooral het lokale/regionale ecosysteem belangrijk is, kan eventjes gelijk hebben en houden. Maar als dat betekent dat na enkele jaren het ziekenhuis failliet gaat en basale voorzieningen niet meer overeind kan

houden, dan is het regionale ecosysteem alsnog slecht en wellicht slechter af. Andersom geldt hetzelfde; wie met een kosten-batenanalyse berekent dat vanuit bedrijfsmatige logica opschalen batig is, geeft misschien onbedoeld een laatste of belangrijk zetje in de spiraal van verschraling van het lokale ecosysteem aan voorzieningen. Een regio verslechtert en op langere termijn raakt dat ook het verdienmodel van het ziekenhuis; personeel wordt nog schaarser, specialisten willen er nog minder graag komen werken, tekorten nemen toe en de gezondheid van de bevolking neemt af. Waardenspanningen doen zich dus niet alleen *nu* voor, was het maar zo – zou je bijna verzuchten. Ze doen zich vaak ook over de tijd voor; op de langere termijn ervaren we de uitgestelde effecten van waardenspanningen die zich eerder hebben voorgedaan. De kunst is hier dus om de verschillende perspectieven ook op langere én kortere termijn goed met elkaar te verbinden.

Dat kan door meer expliciet rekening te houden met de verschillende perspectieven in het kijken naar acute zorgvoorzieningen en de ziekenhuizen waarin deze plaatsvinden. We hebben hiervoor de volgende zes perspectieven onderscheiden, die we als een 'bloemblad' in een model voor het kijken naar acute zorgvoorzieningen hebben gepresenteerd. Het ziekenhuis als plaats waar kwaliteit van zorg geleverd wordt, als economische eenheid, en als werkorganisatie waarin personeel en organisatie hun werk doen. Daarnaast is het ziekenhuis ook een bouwsteen in een regionale infrastructuur van voorzieningen, een sociaal-cultureel deel van de regionale identiteit, en voorzieningen met een zekere nabijheid. Je zou elk van die zes bladeren kunnen zien als een invalshoek voor de vraag of de acute zorg goed *voorzien* is met een bepaalde voorziening.

In de praktijk zien we dat in het huidige stelsel, door de normatieve keuzes die daarin inhoudelijk én in de institutionele inrichting besloten liggen, veel gewicht rust op de eerste drie bladeren. Deze zijn relatief goed vertegenwoordigd, in die zin dat ze veel gewicht in de schaal leggen bij de manier waarop redeneringen en argumentaties over de schaal van een ziekenhuis en acute zorg worden opgebouwd. Let wel, niet vanuit een diepe inhoudelijk gemotiveerde gedachte van landelijke, lokale bestuurders, of bestuurders van instellingen. Het gaat meer om de prikkels die het stelsel geeft, de manier waarop de wissels in het stelsel staan, en de spelers binnen het stelsel die verantwoordelijkheid voor die prikkels uitdragen. Om wie er machtig en krachtig is en daarmee goed op stem is, en wie zwakker gebekt is en (mede daardoor) minder wordt gehoord. Zorgverzekeraars sturen bijvoorbeeld op de economische doelmatigheid van de voorziening, professionele verenigingen op de kwaliteit, en de bestuurder en het management kijken naar de beschikbaarheid van schaars personeel. Dat valt hen niet te verwijten, het zijn heel logische en belangrijke invalshoeken vanuit hun perspectief. Wanneer die

stemmen spreken, vinden ze elkaar al snel in eenduidige strategieën die in elkaars verlengde liggen of met wat onderhandelen en doelkoppelingen goed te vinden zijn. Dan ligt opschalen al snel voor de hand; zodat in ieder geval binnen het PxQ-transactiemodel efficiënt geproduceerd kan worden, schaars personeel gebundeld kan worden, en de aantallen verrichtingen omwille van kwaliteitszorg gehaald worden. 'Iedereen blij' zou je kunnen zeggen. Inclusief de patiënten, voor wie kwalitatief hoogwaardige zorg, binnen het volledige spectrum aan zorg, is voorzien; op norm-afstand, betaalbaar en toegankelijk. Althans, zo lijkt het...

Want, zo zien we ook, in deze argumentatie vanuit een deel van de perspectieven raken de andere drie bladeren van het model – en van de discussie – uit beeld. Zij kennen geen krachtige institutionele vertegenwoordigers. De vertegenwoordigers die namens deze perspectieven spreken, bijvoorbeeld de regionale functie in de sociale infrastructuur van een gebied, of de sociaal-culturele positie die een instelling inneemt, hebben geen feitelijke verantwoordelijkheid of bevoegdheid hiertoe. Ze *mogen* wel dingen *zeggen*, maar er is niemand die formeel *moet luisteren*. Ze kunnen spreken, maar ze kunnen verder weinig doen. Ze moeten hun plek aan tafel bevechten en dan nog moeten ze het doen zonder al te veel formele mogelijkheden. Ze kunnen hooguit op deelaspecten barrières opwerpen of bedenkingen inbrengen. Maar constructief en creatief zijn, in de betekenis van het zelf inzetten van een eigen nieuwe richting of strategie, kunnen ze niet. 'Ze gaan er niet over'. Althans, niet over de voorziening. Terwijl ze vaak wel 'gaan' over de gevolgen, en ze heel direct te maken hebben met de mensen die die gevolgen dragen.

Meedenken en meedoen heeft voor die drie perspectieven dan ook meer het karakter van het mogelijk maken, verzachten en er binnen de vanuit de andere drie perspectieven gedreven beweging dan maar het beste van maken. Door de beweging te faciliteren, niet door daar volwaardig tegenwicht aan te bieden. Zo ontstaat een keuze die voor hen tot 'verlies' leidt; meedoen en het verlies constructief accepteren, of blokkades opwerpen en dan alsnog verlies nemen. Let wel, het gekke is hier dat 'verlies' de gedaante kan hebben van continuering of zelfs het 'redden' van acute zorg voor inwoners én het (bijvoorbeeld) verruimen van voorzieningen die burgers in het gebied kunnen gebruiken. Vanuit dat blad is er sprake van dat er iemand 'wint'. Maar vanuit andere bladeren bezien gaat iets verloren. De bestuurder van het ziekenhuis die zegt dat dankzij zijn of haar inspanningen de acute zorg door opschaling op niveau blijft – en anders niet mogelijk was geweest – heeft zeer waarschijnlijk gelijk. Maar, zo laat het model zien, de bewoner of wethouder die zich zorgen maakt over wat de verhuizing met de lokale dynamiek zal doen, of met de culturele identiteit van de gemeenschap, heeft dat ook. Het zijn resultaten op andere schalen, met andere 'tellingen'. Die zijn dus niet

simpelweg als een rekensom tegen elkaar weg te strepen; het verlies van lokale gewortelde voorzieningen is niet te compenseren met kwaliteitsverbetering en doelmatigheidswinst. En andersom ook niet.

Dat zien we in de drie casus terug en is typerend voor de discussies over acute zorg in het bijzonder en ziekenhuizen in het algemeen. Niet alle bladeren zijn even sterk vertegenwoordigd. En *zonder tegenwicht geen evenwicht*: dat is een patroon dat we terugzien in de discussies over de locatie en schaal van acute zorg. Een deel van de perspectieven is sterk vertegenwoordigd, een ander deel zwak. En daarom zoeken de zwakke stemmen de route 'buitenom', via de buitenranden en omwegen langs het systeem en de voor het debat georganiseerde arena's en tafels. Vanuit een technisch perspectief, geredeneerd vanuit de bestaande procedures en kaders, is dat een 'escalatie' en een mate van spelverruwing; met oneigenlijke argumenten, onnodige polarisatie, drogredenen en politisering van besluitvorming die technisch juist zo goed en zorgvuldig is doorlopen en onderbouwd. Vanuit de ongelijkheid in het gewicht en de toegang van de verschillende perspectieven is het echter een begrijpelijke uitkomst. Een logisch gevolg van de verhoudingen in het stelsel, in plaats van een afwijking van een norm.

Zo komt het debat moeizaam tot een gedragen oplossing, omdat er geen evenwicht is in de mate waarin de verschillende perspectieven aan bod komen. De zwakkere perspectieven blijven daarom zoeken naar nieuwe ingangen om hun belang in te brengen. De drie meer sociaal-culturele 'bladeren' van de bloem staan in de schaduw van de andere drie. En aangezien in die drie meer technisch-functionele bladeren een sterke beweging richting schaal en macrodoelmatigheid aanwezig is, is de natuurlijke beweging in het stelsel opwaarts – althans, qua schaal. Andere perspectieven zijn bij die beweging secundair. Ze zijn er wel, maar van een lagere orde. Ze krijgen vorm op een manier die de opwaartse beweging toestaat, maar hebben daarop geen werkelijke invloed. Datzelfde geldt voor hun vertegenwoordigers. Zij zijn er wel, maar hun stem telt minder zwaar. Althans, zodra het op besluitvorming aankomt. Recent hebben ze een 'zwaarwegend adviesrecht' gekregen, maar het is de vraag wat dat betekent. Het waarschijnlijke antwoord is, 'veel zolang het past bij de opwaartse stroom, weinig zodra het daarop ingrijpt'. Er is weinig reden om anders te vermoeden.

Tegelijkertijd is de maatschappelijk beweging eerder andersom, niet op-schalen maar neer-schalen. Mensen herkennen het belang van kwaliteit van zorg, en van beschikbaarheid, maar plaatsen die naast de andere functies. In de leefwereld van het zorglandschap blijkt een ziekenhuis in de buurt, nabij, 'van ons', vertrouwd, in beeld, als onderdeel van een regionaal ecosysteem van wat er voor 'ons' toe doet, van groot belang en van grote waarde. Daarmee

is helemaal niet gezegd dat een dergelijke inrichting ook kwalitatief goede zorg kan garanderen, dat het op de langere termijn betaalbaar is, of dat er voldoende goed gekwalificeerde mensen voor te vinden zijn; dat zijn *andere* perspectieven, met andere uitkomsten. Het punt is hier dat deze verschillende perspectieven, en de trends daarin, tegenover elkaar staan en dat het voor een gedragen oplossing belangrijk is om allebei die kanten in het gesprek te brengen en recht te doen. Anders duurt de discussie onverminderd en oneindig voort.

Het debat over ziekenhuizen, en de politiek die daarbij aan de orde is, is in de huidige vorm dus onevenwichtig. Een deel van de belangen staat in de weegschaal, de andere belangen staan ernaast. Ze zijn er wel, maar wegen niet mee. En nogmaals, grotendeels niet uit bewuste Machiavelliaanse strategieën van betrokkenen om deze belangen de pas af te snijden, maar eerder vanuit onzichtbare systeemkenmerken. Dat zijn natuurlijk producten van eerdere politieke keuzes, maar in de dagelijkse debatten zijn ze niet meer op de voorgrond. De keuze voor een op transacties gedreven en op macro-doelmatigheid gebouwd systeem, plaatst de meer functioneel-technische invalshoeken als vanzelf tegenover de meer sociaal-culturele elementen. Het is daarmee *vanzelf en onvermijdelijk* een of-of vraagstuk. Het is of lokaal en cultureel ingebed, of het is goed en doelmatig. Nabijheid staat dan bijvoorbeeld tegen doelmatigheid en beschikbaarheid. Het is óf dichtbij, óf het is goed en toegankelijk. En bij die noodzakelijke tegensteling voelt in het landschap van acute zorg en ziekenhuizen *niemand* zich comfortabel; de verliezers niet, maar óók de vermeende winnaars niet.

Zo lang dit systeem in stand blijft, en we de discussie over schaal binnen die bandbreedtes blijven voeren, zal dit zo blijven. Het is de vraag of dat nog langer wenselijk is. Ziekenhuispolitiek speelt zich nu af binnen een speelveld, met verdeling van rollen, belangen en posities, die in zichzelf al heel veel politieke keuze en richting in zich draagt. Daar is in zichzelf niets mee mis, maar de heftigheid van discussies over ziekenhuizen kan ook worden opgevat als een teken dat er met die ordening zelf iets mis is. Of dat het in ieder geval anders moet. Dat het niet meer gaat om problemen en moeite om lokaal er politiek uit te komen, maar dat het eerder gaat om de politiek die nu in het stelsel zit. Daar bevindt zich immers de ingebakken onevenwichtigheid tussen de verschillende aspecten en elementen van een ziekenhuis.

En dat is daarmee wellicht ook het niveau waarop we dit alles moeten oplossen. Tegelijkertijd snappen we ook dat *systeemverandering* per definitie ingewikkeld en langdurig is, en niet direct helpt bij het oplossen van de problemen van vandaag. Daarom hebben we in dit essay twee richtingen benoemd. Eentje die *binnen* het bestaande stelsel zoekt naar manieren en

vormen om de bladeren meer evenwichtig te bespreken en te behandelen en eentje waarin meer fundamenteel de bladeren op stelselniveau in evenwicht wordt gebracht. De eerste richting is van eerste orde, de andere van de tweede orde; verandering *binnen* het systeem, of verandering *van* het systeem. Allebei zijn mogelijk, maar vereisen wel een heel ander soort maatregelen, en een andere rol van VWS. In een verandering van de eerste orde kan het ministerie zich meer inhoudelijk mengen in het debat, of enkele zwakkere stemmen meer aan tafel manen – en daar enige ruimte voor maken. In een verandering van de tweede orde herschikt het ministerie een aantal kaarten, bijvoorbeeld door prikkelstructuren te veranderen, wettelijke normen en kaders aan te passen, lokale actoren expliciete macht en positie te geven, en wellicht zelf ook meer inhoudelijk in het stelsel te sturen. Deels dus door de arena anders te ordenen, maar deels ook – als variant daarbinnen – in die arena zelf ook op momenten expliciete inhoudelijke positie in te nemen.

Tegelijkertijd lopen we daarmee het risico dat we een belangrijke beweging missen. Ziekenhuizen als centrale voorzieningen, gevestigd op een specifieke locatie hebben wellicht ook hun langste tijd gehad. Moeten we niet ook dat perspectief meenemen? Het is in ieder geval een argument om meer op stelselniveau naar het vraagstuk te kijken. Daarom nemen we deze bewegingen als *een verandering van de derde orde* ook mee: wat is eigenlijk de toekomst van dat *huis* waar we bij ziekenhuizen over spreken? En hoe betrekken we hier 'de stem van de toekomst' bij? Lopen we bij de discussie over veranderingen van de eerste en tweede orde niet het risico dat 'het huis' centraal blijven stellen, terwijl nieuwe technologie en sociale innovaties die daar in allerlei ziekenhuizen al mee gepaard gaan, de andere kant op bewegen? Naar 'huizen' als knooppunten in netwerken van decentrale zorghandelingen, die eerder van binnen naar buiten bewegen dan van buiten naar binnen komen aanrijden? De meta-vraag die hierbij hoort is dus ook of we het ziekenhuis van de afgelopen dertig jaar in de discussie over al dan niet herschikken van de arena – en hoe dan? – centraal stellen, of de ziekenhuizen (die dus wellicht geen huizen maar netwerken zijn) van de komende dertig jaar? Bouwen we aan een *beter* huis (eerste orde), werken we aan *meer* dan een huis (tweede orde), of gaat het om iets *anders* dan een huis (derde orde)? Het is tijd voor een gesprek over die vragen, vóórdat het spreken schreeuwen wordt.

Referenties

1 Zie onder meer: NOS (2025, 3 december). Afdeling acute zorg ziekenhuis Geleen blijft dicht vanwege personeelstekort. https://nos.nl/artikel/2593092-afdeling-acute-zorg-ziekenhuis-geleen-blijft-dicht-vanwege-personeelstekort; Omroep Zeeland (2025, 6 februari). Presentatie over verdwijnen spoedeisende hulp en ic uit Terneuzen zorgt voor onrust. https://www.omroepzeeland.nl/nieuws/17211386/presentatie-over-verdwijnen-spoedeisende-hulp-en-ic-uit-terneuzen-zorgt-voor-onrust; Laan, I. (2024, 6 december). Komt de ambulance nog wel op tijd in het ziekenhuis vanuit Zandvoort? Wethouder is bezorgd over bereikbaarheid acute zorg in plannen Spaarne gasthuis. Haarlems Dagblad. https://www.haarlemsdagblad.nl/regio/haarlem/komt-de-ambulance-nog-wel-op-tijd-in-het-ziekenhuis-vanuit-zandvoort-wethouder-is-bezorgd-over-bereikbaarheid-acute-zorg-in-plannen-spaarne-gasthuis/28705057.html; Lokaal Gelderland (2023, 16 februari). Demonstratie tegen sluiting afdelingen Gelre Ziekenhuis. https://lokaalgelderland.nl/artikel/12762/demonstratie-tegen-sluiting-afdelingen-gelre-ziekenhuis; Bootsma, H. (2023, 28 maart). Kwaliteit acute zorg onder druk, andere organisatie voor de toekomst noodzakelijk. Omrop Fryslân. https://www.omropfryslan.nl/nl/nieuws/1200613/kwaliteit-acute-zorg-onder-druk-andere-organisatie-voor-de-toekomst-noodzakelijk.

2 Van Eeten, M. J. G., & Roe, E. M. (2000). When fiction conveys truth and authority: The Netherlands Green Heart planning controversy. *Journal of the American Planning Association, 66*(1), 58-76.

3 Scott, J. C. (1998). *Seeing like a state*. Yale University Press.

4 Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2022). *De regio als redding? Over de dilemma's rond regionaal werken aan gezondheid en zorg en het belang van balanceren*. https://adviezen.raadrvs.nl/de-regio-als-redding/.

5 Raad voor de leefomgeving en infrastructuur, Raad voor het Openbaar Bestuur, & Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2023). *Elke regio telt! Een nieuwe aanpak van verschillen tussen regio's*. https://www.raadrvs.nl/adviezen/e/elke-regio-telt.

6 Van der Steen, M., Schulz, M., Chin-A-Fat, N., & Van Twist, M. (2016). *De som en de delen: In gesprek over systeemverantwoordelijkheid*. Nederlandse School voor Openbaar Bestuur.

7 Gelre Ziekenhuizen. (2024). *Stand van zaken van de plannen van Gelre Ziekenhuizen*. https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-1155242.pdf.

8 Gelre Ziekenhuizen. (2024). *Stand van zaken van de plannen van Gelre Ziekenhuizen*. https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-1155242.pdf

9 Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2021, 14 april). *Kamervraag: De onzekere toekomst van het ziekenhuis in Zutphen* (Kenmerk 2021Z05944). Open Kamer. https://www.openkamer.org/kamervraag/2021Z05944/.

10 Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2023, 13 juni). *Tijdlijn besluitvormingstraject Gelre Ziekenhuizen*. https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2023D27132.

11 Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2023, 18 maart). *Beslisnota bij antwoord op vragen van het lid Bushoff over het mogelijk sluiten van de SEH, IC en verloskunde afdeling in Gelre Ziekenhuis Zutphen*. https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2023D12671&did=2023D12671.

12 Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2023, 18 maart). *Beslisnota bij antwoord op vragen van het lid Bushoff over het mogelijk sluiten van de SEH, IC en verloskunde afdeling in Gelre Ziekenhuis Zutphen*. https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2023D12671&did=2023D12671.

13 Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2023, 30 maart). *Antwoord op vragen van het lid Bushoff over het mogelijk sluiten van de SEH, IC en verloskunde afdeling in Gelre Ziekenhuis Zutphen* (Aanhangsel van de Handelingen, 2022-2023, nr. 2048). Overheid.nl. https://zoek.officielebekendmakingen.nl/ah-tk-20222023-2048.html.

14 Gelre Ziekenhuizen. (2023, 18 juli). *Plannen locatieprofielen verder uitgewerkt*. https://www.gelreziekenhuizen.nl/over-ons/nieuws/bericht/plannen-locatieprofielen-verder-uitgewerkt/.

15 Schout, S. (2023, 22 maart). Gelre Ziekenhuizen ligt onder de loep: "We willen alle gevolgen in kaart brengen". Omroep Gelderland. https://www.gld.nl/nieuws/7906194/gelre-ziekenhuizen-ligt-onder-de-loep-we-willen-alle-gevolgen-in-kaart-brengen.

16 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023, 18 maart). *Stroomschema AMvB en regeling Acute Zorg.* https://www.rijksoverheid.nl/documenten/2023/03/28/stroomschema-amvb-en-regeling-acute-zorg.

17 Spaarne Gasthuis (2024, 2 juli). Spaarne Gasthuis koerst op toegankelijkheid zorg voor regio. https://www.spaarnegasthuis.nl/nieuws/spaarne-gasthuis-koerst-op-toegankelijkheid-zorg-voor-regio.

18 RIVM (2024, 12 december). *Bereikbaarheidsanalyse mogelijke concentratie acute zorg Spaarne Gasthuis – locaties Hoofddorp en Haarlem Zuid*.

19 Spaarne Gasthuis (2025, 26 februari). Verslag bijeenkomst regiopartners Spaarne Gasthuis; Spaarne Gasthuis (2025, 27 februari). Goede sfeer op bijeenkomst met zorgpartners. https://www.spaarnegasthuis.nl/nieuws/goede-sfeer-op-bijeenkomst-met-zorgpartners.

20 Raad van Bestuur Spaarne Gasthuis (2025, 12 juni). *Onderzoeksverslag locatiekeuze* [Brief].

21 Raad van Bestuur Spaarne Gasthuis (2025, 23 september). *Update locatie-onderzoek Spaarne Gasthuis – zorgverplaatsingen en vervolgstappen* [e-mailbericht].

22 Spaarne Gasthuis (2025, 10 februari). Het ziekenhuisgebouw wordt minder belangrijk. https://www.spaarnegasthuis.nl/nieuws/het-ziekenhuisgebouw-wordt-minder-belangrijk.

23 Spaarne Gasthuis (2025, 15 mei). *Bijeenkomst wethouders zorg* [presentatie].

24 Spaarne Gasthuis (2025, 22 mei). *Bijeenkomst wethouders zorg op 15 mei 2025* [brief].

25 Gemeenteraad Haarlemmermeer (2025, 27 februari). *Volwaardig ziekenhuis in Hoofddorp moet blijven* (Motie RvO 27) [motie, ingediend door D66, CDA, VVD, ChristenUnie-SGP, HAP, Forza! en GroenLinks].

26 Gemeente Velsen (2025). *Concentratie Spaarne Gasthuis* [brief].

27 NH Nieuws. (2024, 3 december). Ziekenhuis Haarlem-Noord bedreigd: Tweede Kamer vraagt om actie minister. https://www.nhnieuws.nl/nieuws/343382/ziekenhuis-haarlem-noord-bedreigd-tweede-kamer-vraagt-om-actie-minister.

28 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2024). *Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport* (Kamerstuk 31 765, nr. 881). Tweede Kamer der Staten-Generaal. https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-31765-881.html.

29 Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2025, 26 november). *Acute zorg* [Stenografisch verslag]. https://www.tweedekamer.nl/debat_en_vergadering/plenaire_vergaderingen/details/activiteit?id=2025A06567; Rodi.nl (2025, 4 december). Kamermeerderheid steunt SP-plan: volledige ziekenhuiszorg Spaarne Gasthuis moet behouden blijven. https://www.rodi.nl/haarlem/nieuws/476304/kamermeerderheid-steunt-sp-plan-volledige-ziekenhuiszorg-spaarne-gasthuis-moet-behouden-blijven.

30 Zie bijvoorbeeld: Van der Sluis, A. (2026, 23 april). Samenwerking Adrz en ZorgSaam op een laag pitje. *PZC*. https://www.pzc.nl/goes/samenwerking-adrz-en-zorgsaam-op-een-laag-pitje~a9427e0d/; Kerklaan, M. & Van der Weele, E. (2026, 23 april). Zeeuwse ziekenhuizen remmen plannen om zorg te verdelen af: 'Te veel in één keer'. *Omroep Zeeland*. https://www.omroepzeeland.nl/nieuws/18396435/zeeuwse-ziekenhuizen-remmen-plannen-om-zorg-te-verdelen-af-te-veel-in-een-keer.

31 Zie bijvoorbeeld: Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2011, 25 mei). *Verslag van een schriftelijk overleg inzake de stand van zaken m.b.t. de ziekenhuiszorg in Zeeland* (Kamerstuk 29247, nr. 147).

32 Levinsky, J. (2025, 26 februari). Onrust bij ZorgSaam: specialisten en bestuur botsen over samenwerking met Adrz. *Nationale Zorggids*. https://www.nationalezorggids.nl/zorgpersoneel/onrust-bij-zorgsaam-specialisten-en-bestuur-botsen-over-samenwerking-met-adrz/.

33 Lefort, A. (2025, 27 februari). Terneuzen verliest definitief hoofdkantoor waterschap. *Omroep Zeeland*. https://www.omroepzeeland.nl/nieuws/17265152/terneuzen-verliest-definitief-hoofdkantoor-waterschap.

34 Meyer, R. (2025, 16 maart). Het Zuyderland Ziekenhuis verdient leiderschap, geen populisme-met-een-stropdas. *De Limburger*. https://www.limburger.nl/opinie/het-zuyderland-ziekenhuis-verdient-leiderschap-geen-populisme-met-een-stropdas/142296635.html.

Eerder publiceerde de NSOB

2026

(On)bestuurbare onrust
Over structuur en beweging in de interbestuurlijke netwerksamenwerking rondom maatschappelijke onrust en ongenoegen
Wiljan Hendrikx, Andrea Frankowski, Edwin Kaats, Hasna el Morabit, Martin Schulz

(Speel)ruimte voor strategie
Meekijken met de doorontwikkeling van het strategisch vermogen van de gemeente Haarlemmermeer
Jorgen Schram, Robin Hill, Martin Schulz, Eva Kloet

Politiek(er) adviseren
Over politiek-maatschappelijke kwesties 'voor nu en later' in de gemeente Haarlemmermeer
Jorgen Schram, Robin Hill, Martin Schulz, Eva Kloet

Zullen we het eens andersom doen?
Over het omkeren van de verantwoording tussen beleid en uitvoering
Wiljan Hendrikx, Mark van Twist, Jesse Dusseljee, Quirine Ganzeboom, Laura Schröer

Schouwen en sturen
Visies en vormen om opdrachtgeverschap van de gemeentelijke lijkschouw te versterken
Martin Schulz, Tijs van de Vijver, Christiaan van der Kaaij, Florian Theissen, Mark van Twist

Tegen de stroom in
Omgaan met waterveiligheid op de lange termijn
Teun Toonen, Nancy Chin-A-Fat, Jorren Scherpenisse, Martijn van der Steen, Georgina Kuipers

Strijden tussen signaal en systeem
Over de worsteling van publieke dienstverleners om structurele opvolging te geven aan signalen
Wiljan Hendrikx, Laura Schröer, Quirine Ganzeboom, Marije Huiting, Jesse Dusseljee, Martijn van der Steen

Stijl van de staat
Over de verleiding van New Public Brutalism en de zoektocht naar responsief gezag
Mark van Twist, Jesse Segers

Toegankelijk. Toch?
Over het wat en hoe van essentiële (gedigitaliseerde) dienstverlening
Georgina Kuipers, Annemarie Drahmann, Jesse Dusseljee, Jurgen Goossens, Giel Heeringa, Erna Ruijer

Burgers in de pas of passend burgerschap
Vier praktijken van democratisch burgerschap
Marlies Honingh, Jessie Samwel, Teun Toonen, Henk den Uijl

Weten van Wetenschap
Een analyse van de beleidsmatige en politieke omgang met onderwijsonderzoek naar basisvaardigheden
Marlies Honingh, Teun Toonen, Jessie Samwel, Nancy Chin-A-Fat, Wiljan Hendrikx, Henk den Uijl

Democratie voorbij de machinerie
Marlies Honingh

Rijksbrede strategie of strategie Rijksbreed?
Oplegnotitie bij essay Strategisch ongemak organiseren
Jorgen Schram, Laura Schröer, Mark van Twist, Martijn van der Steen

Strategisch ongemak organiseren
Over de ontwikkeling van strategische functies bij de Rijksoverheid
Jorgen Schram, Laura Schröer, Mark van Twist, Martijn van der Steen

Verbeelding verbindt
Over de inzet van ruimtelijke identiteit bij het organiseren van gemeenschapskracht
Georgina Kuipers, Gert Jan Geertjes, Quirine Ganzeboom, Tijs van de Vijver, Nancy Chin-A-Fat, Geerten Boogaard

Kiezen is (voortdurend) delen
Denken over identiteit en de toekomst van de Expertise-unit Sociale Stabiliteit
Christiaan van der Kaaij, Jesse Dusseljee, Henk den Uijl, Martijn van der Steen

New Public Brutalism?
Tegenspel bieden aan de tijdgeest
Mark van Twist, Shivant Jhagroe

Toegedekte politiek
Destructieve dynamieken in de politiek-ambtelijke verhoudingen in Twenterand doorbreken
Henk den Uijl, Marije Huiting, Jesse Dusseljee, Mark van Twist

2025

Noblesse oblige
De kracht van reflectie aan de top van het openbaar bestuur
Yvonne Burger, Georgina Kuipers, Jessie Samwel

Verhalen(d) verknopen
Hoe je stem geeft aan het stille midden
Annemarie van der Wilt, Martin Schulz, Mark van Twist, Bart Brandsma, Olga van Kalles, Pieter van Ree, Coen Smit

(On)gehoorzaam bestuur
In het onderwijs
Henk den Uijl, Marlies Honingh, Jessie Samwel, Eva Kloet

Ruimte om te bouwen, ruimte om te groeien
Quick-scan van de werking van de Utrechtse Aanpak
Martijn van der Steen, Marije Huiting, Edwin Buitelaar, Jesse Dusseljee, Hasna el Morabit

Volgens het boekje
Een bestuurskundige verkenning van langetermijnstrategie voor zeespiegelstijging
Martijn van der Steen, Teun Toonen, Robin Hill, Jorren Scherpenisse

Ontwerper ontmoet publieke zaak
Omgaan met spanningsvolle praktijken van ontwerpende en ambtelijke professionals
Andrea Frankowski, Tijs van de Vijver, Myrthe van Delden

(N)iets te kiezen
Scenario's voor landelijke coördinatie van de aanpak van huiselijk geweld, kindermishandeling en geweld tegen vrouwen
Nancy Chin-A-Fat, Wiljan Hendrikx, Annemarie van der Wilt, Marije Huiting, Laura Schröer, Martijn van der Steen

Doe dit (niet)
De inbedding van de Gelijke Kansen Alliantie binnen het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
Eva Kloet, Robin Hill, Myrthe van Delden, Mark van Twist

Neutraliteit tussen zijn en worden
Een denkraam voor neutraal handelen door burgemeesters
Quirine Ganzeboom, Henk den Uijl, Tijs van de Vijver, Paul Frissen, Martin Schulz

(Kilo)meters maken
Grip krijgen op de relatie tussen governance en productie in het Hoogwaterbeschermingsprogramma
Jorren Scherpenisse, Tom Lubbers, Nancy Chin-A-Fat, Martin Schulz

Hoe aanstekelijk kan je het maken
Vormen van verspreiding rond het programma DuurzaamDoor
Jessie Samwel, Eva Kloet, Hans Vermaak, Mark van Twist, Martin Schulz

Waarden w(o)orden werkelijkheden
Hoe taal de sociale zekerheid vormt
Mark van Twist, Wiljan Hendrikx, Jesse Dusseljee, Martin Schulz

De kracht van híer
Over de centrale rol van decentraal bestuur
Martijn van der Steen, Christiaan van der Kaaij, Joks Janssen

Ruimte in regie
Adviseren over dilemma's van netwerkregie in het fysiek domein
Yourai Mol, Christiaan van der Kaaij, Jorgen Schram, Martin Schulz

Publicaties uit eerdere jaargangen zijn te vinden op www.nsob.nl

COLOFON

© 2026

ISBN NUMMER

978-90-837574-1-4

ONTWERP

Ontwerpwerk, Den Haag

Nederlandse School voor Openbaar Bestuur

www.nsob.nl

Over NSOB

De Nederlandse School voor Openbaar Bestuur (NSOB) is een hoogwaardig onderwijs- en onderzoeksinstituut in het hart van de hofstad. Binnen dit instituut worden wetenschappelijke kennis over en praktijkervaring met het Nederlandse openbaar bestuur met elkaar verbonden. De NSOB organiseert opleidingen, publieke debatten en verzorgt wetenschappelijke en professionele publicaties.