



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

# Reactie op internetconsultatie 'Houtskoolschets acute zorg'

Utrecht, december 2020

## *Inleiding*

We kunnen in Nederland vertrouwen op goede acute zorg, 24 uur per dag en 7 dagen per week. Dat is een groot goed. En dat is dankzij de inzet van diverse zorgaanbieders die actief zijn binnen de acute zorgketen, die er samen voor zorgen dat patiënten met een acute zorgvraag zo snel mogelijk op de juiste plek terecht kunnen. Als toezichthouder stellen we vast dat deze zorgaanbieders over het algemeen goed doordrongen zijn van het belang van kwaliteit van zorg en hier daadwerkelijk op sturen. Daarbij worden ze wel voor uitdagingen geplaagd. De druk op de acute zorgketen neemt toe. Een toenemend aantal patiënten met een meervoudige en/of chronische zorgvraag, vereist dat zorgaanbieders in toenemende mate samenwerken in netwerken en ketens. Toenemende medische en technische mogelijkheden brengen nieuwe kansen, maar ook risico's en dilemma's. En dat alles tegen een achtergrond van groeiende krapte op de arbeidsmarkt.

Veel waardering komt de zorgaanbieders binnen de acute zorgketen toe voor de wijze waarop ze de afgelopen periode hebben geborgd dat de zorg voor COVID-19 cliënten zoveel als nodig kan worden opgeschaald, terwijl de reguliere zorg zoveel mogelijk doorgang kan vinden. Daarbij is de samenwerking binnen de regio geïntensiveerd, ook daar waar die eerder nog niet vanzelfsprekend was. De coronacrisis doet ons ook beseffen dat goede en tijdige acute zorg geen vanzelfsprekendheid is.

De Houtskoolschets is bedoeld als startpunt van een maatschappelijke discussie. Aan die discussie levert de IGJ (hierna: de inspectie) graag een bijdrage. Dat doen we in de vorm van dit document, waarin we – vanuit ons perspectief van toezichthouder op de kwaliteit van zorg- schetsen wat wij zien als de belangrijkste ontwikkelingen en knelpunten binnen de acute zorg, beschrijven welke oplossingen voor die knelpunten we zien, hoe wij daar als toezichthouder een bijdrage aan kunnen leveren en wat wij daar eventueel voor nodig hebben. Naast de houtskoolschets acute zorg, betrekken we hierbij ook nadrukkelijk het recent verschenen RVS-advies 'Van deelbelangen naar gedeeld belang' en het advies van de Gezondheidsraad over de 45 minutennorm in de spoedzorg.

### *Samenwerking in zorgnetwerken en -ketens*

Bij de acute zorg zijn steeds meer verschillende zorgaanbieders en andere organisaties betrokken. Integrale samenwerking tussen medisch en sociaal domein, langdurige zorg, geriatrie, zorg in de wijk en de acute ggz is noodzakelijk om instroom in de acute zorgketen te voorkomen, door- en uitstroom te verbeteren en de continuïteit van zorg te garanderen. Geen enkele zorgaanbieder kan in zijn eentje de volledige zorg bieden aan alle cliënten met hun steeds complexer wordende zorgvraag. Goede zorg is dus in toenemende mate goede samenwerking. Dé uitdaging voor de komende jaren is om goede samenwerking in zorgnetwerken en -ketens net zo'n vanzelfsprekend onderdeel te laten zijn van goede zorg als zorginhoudelijke kwaliteit. Als toezichthouder op zorgaanbieders in verschillende sectoren en domeinen, is de inspectie in staat om ook sector- en domein overstijgend te kijken naar de samenwerking tussen de betrokken zorgaanbieders in zorgnetwerken. Hierbij is allereerst de agenderende, signalerende en stimulerende rol van de inspectie van belang. Zo nodig moet de inspectie zorgaanbieders echter ook kunnen aanspreken op hun verantwoordelijkheid voor samenwerking en handhavend kunnen optreden naar één of meerdere partijen in het samenwerkingsverband. Daarvoor is nodig:

- *Harde –dat wil zeggen toetsbare- normen die de noodzakelijke onderlinge samenwerking beschrijven.* Dat kunnen zowel wettelijke normen zijn, als veldnormen (ter invulling van meer open geformuleerde wettelijke normen).
- *Een instrumentarium voor de inspectie om te kunnen optreden jegens zorgnetwerken en -ketens.* De inspectie kan momenteel slechts individuele zorgaanbieders aanspreken en ook slechts jegens individuele zorgaanbieders handhaven. Ook de huidige wettelijke normen over het melden van calamiteiten richten zich uitsluitend op individuele aanbieders en verhouden zich slecht tot het groeiende aantal netwerk- en ketenzorgcalamiteiten.

### *Toegankelijkheidsnormen*

In de acute zorg is er sprake van verschillende wettelijke toegankelijkheidsnormen. Zo is er de 45-minutennorm die ziet op spreiding van SEH's en afdelingen acute verloskunde. Dit is een spreidingsnorm, geen prestatienorm. Ook de ambulancezorg, acute huisartsenzorg en acute psychiatrie kennen dergelijke wettelijke toegankelijkheidsnormen. De medische onderbouwing van deze normen is

onduidelijk of ontbreekt. Hierdoor functioneren ze in de praktijk meer als richtlijn dan als voorwaarde voor goede zorg. Sterker nog, in sommige gevallen is het zelfs zo dat een eenzijdige focus op toegankelijkheidsnormen een nadelig effect heeft op de kwaliteit van zorg. In het maatschappelijke en politieke debat worden deze toegankelijkheidsnormen doorgaans echter wel beleefd als 'harde' prestatienorm. Het feit dat er wel normen zijn, maar dat deze niet consequent worden gehandhaafd door een toezichthouder leidt tot verwarring en veel vragen. De inspectie onderschrijft de noodzaak, zoals ook verwoord in de adviezen van de RVS en Gezondheidsraad, om te komen tot medisch onderbouwde toegankelijkheidsnormen. Normen die geen theoretisch gewenste spreiding beschrijven, maar als kwaliteitsnorm kunnen gelden, waarop kan worden toegezien en gehandhaafd. Burgers, maar ook zorgaanbieders, weten dan waar ze op kunnen rekenen. Hierbij is het van belang om duidelijk te maken wat burgers kunnen verwachten wat betreft toegankelijkheid, maar daarbij niet het type zorgvoorziening exact vast te leggen. Hierdoor ontstaat ruimte voor regionaal maatwerk en innovatie. In plaats van alleen tijd wordt er ook gekeken naar benodigde expertise (en beschikbaarheid hiervan).

### *Digitale zorg en (elektronische) gegevensuitwisseling*

Veel nieuwe technologieën doen hun intrede in de zorg, waaronder medische apps, wearables en artificial intelligence. Voorzieningen als elektronische dossiers en gegevensuitwisseling zijn inmiddels onmisbaar geworden. Deze ontwikkelingen brengen veel kansen, ook binnen de acute zorg, voor meer regie door de patiënt, voor het anders organiseren van zorg waardoor de patiënt minder vaak en/of ver hoeft te reizen, voor betere communicatie en meer continuïteit in het zorgnetwerk. Tegelijkertijd brengt de toenemende afhankelijkheid van digitale middelen in de zorg ook nieuwe risico's met zich mee, zoals uitval, schade door inzet van onbewezen methoden of overdiagnostiek. De coronacrisis heeft als katalysator gewerkt voor de (blijvende) inzet van digitale zorginnovaties. Dat is een positieve ontwikkeling, maar digitale zorg is niet per definitie betere zorg. Professionele standaarden en de afstemming tussen patiënten en zorgverleners moeten uiteindelijk bepalend zijn voor de keuze voor digitale zorg. Immers, op deze wijze wordt goede zorg afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Hoewel er onmiskenbaar een noodzaak is om de inzet van digitale zorginnovaties verder te stimuleren, is het daarom zaak deze prikkels zo vorm te geven dat er ruimte blijft voor maatwerk voor patiënten voor wie digitale zorg mogelijk minder passend is.

Aan de digitale uitwisseling van medische gegevens is nog steeds veel te verbeteren. Goede uitwisseling is cruciaal voor goede samenwerking en heeft grote invloed op de kwaliteit van de zorg. Dat geldt voor uitwisseling tussen professionals, maar ook voor de uitwisseling met patiënten. Het ontbreken van goede digitale uitwisseling in de zorg heeft vanuit politiek en beleid de laatste jaren veel aandacht gekregen. Belangrijk is daarbij dat de overheid een meer actieve, regisserende rol heeft genomen op dit thema met het wetsvoorstel Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg. We vertrouwen erop dat het wettelijk uniformeren van manieren van gegevensuitwisseling waarvan zorgverleners gebruik maken, zal bijdragen aan betere uitwisseling van patiëntgegevens. Echter, de inspectie stelt vast dat in de praktijk niet alleen een gebrek aan uniformiteit in de manier van gegevensuitwisseling, maar veelal ook het ontbreken van heldere afspraken over samenwerking tussen partijen -vanuit de gedachte dat er gegevens uit moeten worden gewisseld om goede zorg te kunnen leveren- ertoe leidt dat er geen gegevensuitwisseling tot stand komt. En daar waar duidelijke afspraken ontbreken tussen de partijen *dat* informatie moet worden uitgewisseld in het kader van samenwerking, zal het brengen van uniformiteit in de *manieren van* informatie-uitwisseling op zichzelf geen soelaas bieden. Daarom pleit de inspectie ervoor om de komende periode, parallel aan de wetgeving met betrekking tot elektronische gegevensuitwisseling, in (veld)normen te expliciteren dat een goede gegevensuitwisseling onderdeel vormt van goede zorg en wanneer welke gegevens uitgewisseld moeten worden.

### *Regionale besluitvorming en verantwoording*

De Houtskoolschets heeft als uitgangspunt dat de huidige beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg gehandhaafd moet worden of zelfs verbeterd, terwijl op regionaal niveau de inrichting van het acute zorgaanbod wordt herzien en dus wordt bepaald waar en wanneer welke faciliteiten en deskundigheid (zorgprofessionals) aanwezig moeten zijn. Ruimte voor regionaal -en soms zelfs lokaal- maatwerk is hierbij essentieel, omdat de aard en omvang van problematiek sterk uiteenloopt. Het nemen van de huidige ROAZ-regio's als uitgangspunt voor de regionale aanpak, ligt hierbij voor de hand. In de ROAZ'en zijn immers alle zorgaanbieders binnen de acute zorgketen nu al vertegenwoordigd. Zij weten wat er nodig is in een regio en zijn in ROAZ-verband doorgaans goed in staat gebleken om afspraken te maken over de inrichting van en samenwerking binnen het regionale

acute zorgnetwerk, zo is tijdens de coronacrisis eens te meer gebleken. Met als kanttekening dat de verbinding met met name kleine zorgaanbieders binnen de langdurige zorg en zorg thuis een aandachtspunt is, evenals de facilitering van vertegenwoordiging van patiënten en cliënten in de regio.

Voor patiënten en inwoners in de regio roepen veranderingen in de zorg bij hen in de buurt vragen op: waarom gebeurt dit, wat betekent dit voor mij, zijn er geen andere oplossingen mogelijk? De manier waarop zorgaanbieders hun keuzes onderbouwen en ook inspraak organiseren kan leiden tot meer begrip, maar ook tot betere keuzes en aanpassingen in de plannen. De inspectie verwacht dan ook van zorgaanbieders dat zij oog hebben voor de maatschappelijke impact van hun keuzes op dit gebied en hun communicatie daarover. Er is momenteel wetgeving in de maak die zorgaanbieders de wettelijke verplichting oplegt tijdig in gesprek te gaan met hun omgeving als zij voornemens zijn hun acute zorgaanbod te sluiten of verplaatsen. Hiermee wordt geborgd – en de inspectie ziet daarop toe – dat een zorgvuldig proces wordt doorlopen bij veranderingen in het acute zorgaanbod, waarbij door zorgaanbieders rekening wordt gehouden met de maatschappelijke impact van hun keuzes. Hiermee wordt op zichzelf echter niet bereikt dat publieke (regionale) belangen met betrekking tot beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg in afdoende mate worden meegewogen. Evenals de RVS, is de inspectie van mening dat dit een risico inhoudt voor de legitimiteit van besluitvorming inzake het regionale acute zorgaanbod, inclusief het toezicht daarop. Bij de verdere uitwerking van de sturing over de inrichting van het (regionale) acute zorglandschap zou er bij het beantwoorden van de meer algemene vraag wie waarvoor verantwoordelijk is, naar oordeel van de inspectie aandacht moeten zijn voor de meer specifieke vraag wie verantwoordelijk is voor de regie op de borging van publieke belangen.

[www.igj.nl](http://www.igj.nl)