



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

# Reactie op Discussienota 'Zorg voor de toekomst'

Utrecht, januari 2021

## **Inleiding**

Het zorglandschap verandert snel. De zorgvraag neemt toe en wordt ingewikkelder. Meer mensen krijgen zo lang mogelijk zorg en hulp thuis. Die zorg wordt vaak verleend door verschillende zorgaanbieders en hulpverleners in zorgnetwerken. Het is dan belangrijk dat de verschillende zorgaanbieders hun zorg samen rondom de cliënt of patiënt organiseren. Dit vraagt om een andere manier van toezicht houden op hulpverlening en een samenhangende visie op zorg en ondersteuning. De inspectie zet hierbij in op persoonsgerichte zorg. Dat is zorg die is afgestemd op iemands persoonlijke behoeften, wensen en voorkeuren. Deze zorg, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven, wordt steeds belangrijker. Het streven naar persoonsgerichte zorg maakt dat de zorg per patiënt kan verschillen. De zorgbehoefte van een persoon kan door de tijd ook nog eens veranderen.

Om persoonsgerichte zorg te kunnen bieden, moeten zorgaanbieders en hulpverleners steeds meer met elkaar samenwerken in een netwerk rondom de patiënt of cliënt. De afgelopen jaren is de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ, hierna: inspectie) daarom begonnen met de ontwikkeling van het toezicht op deze zorgnetwerken. Deze vorm van toezicht blijft voor de inspectie een speerpunt de komende jaren. Waar we nu processen binnen instellingen bekijken, richten we ons in de toekomst meer op de resultaten van de samenwerkende zorgaanbieders. Waar nodig passen we onze toezichtinstrumenten hierop aan.

Persoonsgerichte zorg is ook het uitgangspunt van de Discussienota *Zorg voor de toekomst*. Het zal dan ook niet verbazen dat de inspectie zich in grote lijn herkent in de beweging die hiermee wordt ingezet. We onderschrijven het belang van preventie en de verschuiving van de focus op ziekte naar het bevorderen van de gezondheid en welbevinden. In deze beweging hechten ook wij belang aan meer focus op eigen regie, leefstijl en preventie, een krachtige sociale basis en een integrale aanpak van de sociale problematiek. Een patiënt of cliënt denkt nu eenmaal niet in domeinen of sectoren, maar wil een oplossing voor zijn problemen en behoeften. Dat vereist een grotere inzet op samenwerking over de grenzen van traditionele domeinen en binnen de regio. We zien in ons toezicht de gevolgen van de krapte op de arbeidsmarkt. Dit beschouwen we als één van de grootste uitdagingen voor de zorg in de komende jaren. De in de discussienota beschreven vernieuwing in de manier van werken om professionals meer ruimte te geven, tot maatwerk in staat te stellen en hun werkplezier te bevorderen, is daarom essentieel. Gezien de mogelijke gevolgen van

de arbeidsmarktkrapte voor de kwaliteit en continuïteit van de zorg- en hulpverlening, hebben wij hier in ons toezicht ook aandacht voor.

Wij zijn als inspectie open over hoe wij toezicht houden en maken zo veel mogelijk openbaar wat we daarbij tegenkomen. Daarbij hoort ook dat we signalen en ontwikkelingen die we in ons toezicht tegenkomen doorgeven aan organisaties en mensen die daar belang bij hebben. Vanuit die gedachte hebben we deze reactie op de discussienota opgesteld, waarin we vanuit ons perspectief als toezichthouder onze observaties delen, schetsen we hoe wij met ons toezicht een bijdrage kunnen leveren aan de gestelde doelen en wat daar eventueel voor nodig is. Desgewenst zijn we uiteraard graag bereid met eenieder hierover nader in gesprek te gaan.

### **Toezicht op (regionale) samenwerking**

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. Daarmee krijgen zorgnetwerken een steeds grotere rol in het bieden van verantwoorde zorg. Zoals de discussienota terecht stelt, is de uitdaging voor de komende jaren om goede samenwerking in zorgnetwerken net zo'n vanzelfsprekend onderdeel te laten zijn van goede zorg als zorginhoudelijke kwaliteit. Het anders inrichten van zorgsystemen en de totstandkoming van samenwerkingsafspraken kost tijd en veel energie van alle betrokkenen. Hoewel de mate van samenwerking sterk verschilt, worden goede initiatieven genomen. Zowel door individuele zorgverleners als op regionaal, bestuurlijk niveau. In veel gevallen kan er echter meer dan nu gebeurt. Partijen maken vaak nog onvoldoende duidelijk wat zij van elkaar kunnen verwachten. Daarbij is niet helder bij wie de regie ligt. Dit brengt risico's voor het aanbieden van goede zorg met zich mee.

Sinds 2015 is de inspectie begonnen met de ontwikkeling van het toezicht op zorgnetwerken. Deze vorm van toezicht blijft voor ons een speerpunt de komende jaren. Hierbij is allereerst onze agenderende, signalerende en stimulerende rol van belang. Zo nodig moeten we zorgaanbieders echter ook kunnen aanspreken op hun verantwoordelijkheid voor samenwerking en handhavend kunnen optreden naar één of meerdere partijen in het samenwerkingsverband, of zelfs naar het samenwerkingsverband als geheel. Daarvoor is nodig:

1. Duidelijke –dat wil zeggen toetsbare- normen voor en bij voorkeur van professionals, die de noodzakelijke onderlinge samenwerking beschrijven. Dat kunnen zowel wettelijke normen zijn, als veldnormen (ter invulling van meer open geformuleerde wettelijke normen). Voor een goede samenwerking is het belangrijk te weten waar verantwoordelijkheden liggen, die moeten worden vastgelegd in duidelijke (regionale) afspraken. Wie de rol van regie- of hoofdbehandelaar toekomt en wat die rol behelst is nu veelal onvoldoende uitgewerkt. Welke taken hebben welke zorgverleners in het bepalen van het (medische) beleid? En wie neemt uiteindelijk besluiten? Ook de afstemming tussen regie- of hoofdbehandelaar en de andere behandelaars is daarnaast van belang, evenals de afstemming met andere betrokkenen binnen het netwerk. Zorgverleners moeten zich ondersteund voelen om hier goed uitvoering aan te kunnen geven, met voldoende tijd en mandaat in de praktijk.
2. Een instrumentarium voor de inspectie om te kunnen optreden jegens zorgnetwerken en -ketens. De huidige wettelijke normen, zoals bijvoorbeeld over het melden van calamiteiten in de zorg, richten zich uitsluitend op individuele aanbieders en verhouden zich slecht tot het groeiende aantal netwerk- en ketenzorgcalamiteiten. Bij flexibele organisatievormen, zoals zorgnetwerken waarin verschillende entiteiten deelnemen, past wetgeving die zich niet alleen richt op één zorgaanbieder, maar op aanbieders van zorg en hulp in onderlinge samenhang. De inspectie moet die flexibele organisatievorm kunnen aanspreken als geheel. Dat is op basis van het huidige wettelijke kader beperkt mogelijk. De huidige ontwikkelingen op dit vlak vragen om een meer solide verankering om op deze manier te kunnen optreden.

De wetsevaluatie Wkkgz die momenteel wordt uitgevoerd, biedt mogelijk aanknopingspunten voor het beter (wettelijk) verankeren van het toezicht op zorgnetwerken. De uitdaging hierbij is om dit op een zodanige wijze vorm te geven dat er ruimte blijft voor innovatieve initiatieven.

### *Overheidsregie*

Om tot meer overheidsregie op regionale samenwerking te komen, noemt de discussienota de optie om in wet- en regelgeving te expliciteren wat de

verantwoordelijkheden zijn van betrokken partijen ten aanzien van regiobeelden en om tot de benodigde afspraken te komen op de inhoudelijke onderwerpen die hier achter weg komen. Dat vinden wij een wenselijke ontwikkeling. Als duidelijk is over welke onderwerpen de samenwerking moet gaan en welke verantwoordelijkheden zorgaanbieders dragen bij bepaalde (domeinoverstijgende) zorg, kan de inspectie zorgaanbieders stimuleren die verantwoordelijkheid op een goede wijze in te vullen en hen aanspreken wanneer zij hierin tekortschieten. Het is echter niet wenselijk dat dergelijke wet- en regelgeving op gedetailleerde wijze processtappen beschrijft die moeten worden doorlopen. Dat zou het risico van een 'onze size fits all' benadering met zich meebrengen, die in sommige gevallen het benodigde maatwerk eerder in de weg zit dan dichterbij brengt. De toezichtpraktijk leert bovendien dat dit een prikkel wegneemt voor zorgaanbieders om zelf na te denken wat er in een bepaalde situatie nodig is om goede zorg te kunnen verlenen. Verder zal in het in de discussienota geschetste scenario waarbinnen een onafhankelijke bemiddelaar per regio wordt benoemd, afhankelijk van de taak en verantwoordelijkheden die deze persoon krijgt, goed moeten worden bezien hoe deze zich verhoudt tot de inspectie, maar ook tot andere toezichthouders. Daarbij signaleren we dat een solide basis tot samenwerking en goede facilitering daarvan doorgaans meer betekenis hebben dan het ergens beleggen van een formele bevoegdheid, omdat de praktijkoplossing ook dan niet zondermeer realiseerbaar is. Innovatie binnen zorgnetwerken en samen met andere maatschappelijke partners blijft nodig, maar is meestal niet centraal af te dwingen.

### *Eenduidigheid over 'de regio'*

De discussienota wijst terecht op de voordelen die een eenduidige(r) regio-indeling met zich mee zou kunnen brengen. Er wordt nagedacht om aan te sluiten bij de GGD regio's of bij de zorgkantoorregio's. Gelet op de behoefte aan een integrale aanpak, pleit de inspectie ervoor om bij de keuze voor een regio-indeling ook nadrukkelijk te kijken naar de aansluiting met andere regio-indelingen, zoals de jeugdzorgregio's, de veiligheidsregio's, de Samenwerkingsverbanden passend onderwijs en de arbeidsmarktregio's. De Houtskoolschets acute zorg neemt de ROAZ-regio's als uitgangspunt voor een regionale aanpak. Daarnaast is van belang dat eventuele nieuwe kaders en afspraken die met betrekking tot 'de regio' worden gemaakt, naast de benodigde standaardisering, ook ruimte voor maatwerk blijven bieden. De schaalgrootte van netwerken waarbinnen door zorgaanbieders wordt samengewerkt

verschilt immers en beperkt zich niet per definitie tot een regio. Zo kan een individueel zorgnetwerk rondom een ernstig ziek kind soms landelijk van schaal zijn- de zorg wordt bijvoorbeeld geleverd vanuit één of meerdere academische ziekenhuizen, een landelijk werkende thuiszorgorganisatie, een lokale huisarts en respijtzorg uit weer een andere gemeente- terwijl andere zorgnetwerken zich beperken tot slechts één wijk. Zowel het beleid als het toezicht moet aansluiten op en ruimte bieden aan die diversiteit aan samenwerkingsvormen.

### **Gepast gebruik**

De discussienota oppert een grotere inzet op gepast gebruik om de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg te verbeteren. Terecht wordt daarbij benadrukt dat het gesprek in de spreekkamer hier het uitgangspunt dient te zijn. Of zorg waarde toevoegt is immers niet een optelsom van objectieve gegevens, maar kan veelal slechts worden bepaald in een afweging op individueel patiëntniveau, door zorgverlener en patiënt. Maatregelen zouden zich naar oordeel van de inspectie dan ook niet (uitsluitend) moeten richten op het op systeemniveau bepalen of behandelingen of ingrepen 'bewezen effectief' zijn. Goede en patiëntgerichte zorg is in het gros van de gevallen nu eenmaal niet terug te brengen tot dat wat bewezen is. Een poging daartoe draagt al snel het risico met zich mee van een doorgeschoten standaardisatie, die noch de kwaliteit, noch de betaalbaarheid van zorg ten goede zal komen. In plaats hiervan zou de focus binnen de discussie over gepast gebruik moeten verschuiven naar het sturen op de goede voorwaarden voor een proces van leren en verbeteren en gezamenlijke besluitvorming door patiënten en zorgprofessionals. Een proces dat leidt tot persoonsgerichte en waardegedreven zorg, inclusief 'passende' keuzes over wat je niet doet. Goede spiegelinformatie kan bijdragen aan dit proces, net zoals goede uitkomstinformatie patiënten en zorgverleners kan ondersteunen in de gezamenlijke besluitvorming.

De inspectie verlegt binnen haar toezicht in toenemende mate de focus naar dit proces van leren en verbeteren en de vraag in hoeverre de voorwaarden hiervoor aanwezig zijn. Om van meerwaarde te kunnen zijn binnen ons kwaliteitstoezicht, zou de in de discussienota geopperde generieke kwaliteitstandaard met betrekking tot gepast gebruik, zich naar ons oordeel moeten richten op dergelijke voorwaarden en de gedeelde principes op basis waarvan verantwoording wordt afgelegd. Allereerst richting patiënten, maar ook in het kader van het kwaliteitstoezicht door de

inspectie. We verwijzen hierbij naar het rapport 'Blijk van vertrouwen', waarin de RVS erop wijst dat hierbij ook de afweging tussen de publieke waarden kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid nadrukkelijk aan de orde is. Evenals de vraag hoe wordt omgegaan met de spanning die tussen deze publieke waarden bestaat. Een dergelijke verantwoordingspraktijk kan daarmee ook de basis vormen voor een constructieve dialoog tussen zorgaanbieders en zorginkopers.

## **Eigen regie**

De mogelijkheid om zelf regie te behouden is van groot belang voor kwetsbare patiënten en kan helpen om een grotere zorgvraag voorkomen. In het toezicht van de inspectie op persoonsgerichte zorg, past daarom de vraag hoe zorgverleners die ondersteuning waarmaken en welk beleid wordt gevoerd om dit te bevorderen. In de praktijk zien we dat het voor mensen vaak erg moeilijk is om hun weg te vinden en zelf de regie te houden over de zorg. Zeker als ze daarbij te maken hebben met een groot aantal zorg- en (jeugd)hulpverleners, uit verschillende domeinen, die elkaar niet automatisch weten te vinden. Dan vraagt de coördinatie erg veel van patiënten en/of hun mantelzorgers. Soms te veel. In een thematisch onderzoek dat wij uitvoerden naar de zorgnetwerken rondom kinderen met specialistische verpleging en zorg thuis kwamen we zorgnetwerken met een omvang tot wel 38 zorgverleners tegen. De rol van de coördinator is in deze netwerken niet duidelijk bepaald. Die rol komt dan veelal terecht bij de ouders. De zorg is veelal intensief en technisch. Een kwart van de ouders geeft aan niemand te hebben om op terug te vallen als ze zelf ziek worden. Dat geeft risicovolle situaties.

In de discussienota wordt ingezet op het vergroten van zogenaamde 'gezondheidsvaardigheden' en het vermogen van kwetsbare patiënten om zelf regie te voeren, evenals het faciliteren van mantelzorg en het versterken van cliëntondersteuning. Iets dat in dit verband ook relevant is, maar in de discussienota onbenoemd blijft, is het gegeven dat zorg- en hulpverleners de zelfredzaamheid van patiënten en burgers regelmatig overschatten. Als dat gebeurt, is het risico groot dat de zorg en ondersteuning die wordt geleverd niet passend is. Met als gevolg dat de problemen groter worden en de zorg- en/of hulpvraag op termijn groter wordt. Naast een gebrek aan verbinding tussen de verschillende zorgdomeinen en het sociale domein, speelt hierbij ook het ontbreken van benodigde deskundigheid bij zorg- en hulpverleners een rol. In ons toezicht op zorgnetwerken hebben we bijvoorbeeld

vastgesteld dat wijkverpleegkundigen en/of de huisarts een te positief beeld hebben over wat een kwetsbare oudere nog zelf kan doen en beslissen. Ook voor kwetsbare burgers met een licht verstandelijke beperking of met ggz-problematiek ontbreekt nogal eens de deskundigheid om deze problematiek te herkennen en deze mensen goed te helpen. De vier rijksinspecties die samenwerken binnen het Toezicht Sociaal Domein, hebben hier eerder ook op gewezen<sup>1</sup>. Het zou daarom goed zijn om naast de integrale aanpak van sociale problematiek en het vergroten van de zelfredzaamheid van mensen, hetgeen gelukkig nadrukkelijk wordt benoemd in de discussienota, ook aandacht te hebben voor het gegeven dat met name generalistisch werkende zorgprofessionals niet altijd beschikken over de juiste kennis en expertise om het zelf regisserend vermogen van een patiënt of cliënt goed in te kunnen schatten, of om zelf de coördinatie te kunnen voeren. Dat vraagt om een investering in het opleiden van deze groep zorgverleners.

## **Preventie**

De inspectie ondersteunt het idee dat aan zorg altijd preventie vooraf moet gaan, evenals de focus die daarbij in de discussienota wordt gelegd op eigen regie, leefstijl en preventie, een krachtige sociale basis en een integrale aanpak van de sociale problematiek. In ons huidige toezicht op de GGD en de bij de GGD belegde taak rond publieke gezondheid en preventie zien wij landelijk talrijke kansrijke initiatieven in deze gewenste richting, maar ook enkele knelpunten. Onder meer binnen de bekostiging, de tijd die er voor vrij gemaakt kan worden door betrokken zorgprofessionals, afstemmingsafspraken en goede scholing, dan wel bekendheid van zorgaanbieders met (leefstijl)preventie.

We streven ernaar om bij te dragen aan de bewustwording bij zorgprofessionals ten aanzien van de risico's en een effectieve aanpak op het gebied van leefstijlbegeleiding en preventie. In 2020 zijn wij daarom gestart met het thematische toezicht op dit thema bij roken en overgewicht. Stimulerend en agenderend toezicht helpt om de doelen uit het Preventieakkoord te bereiken en een betere inbedding van preventie in de zorg te stimuleren.

Het benoemen van concrete doelgroepen en leefstijlthema's in de wet, gekoppeld aan de opdracht voor gemeenten om hiervoor preventieve maatregelen in te zetten,

---

<sup>1</sup> Terugblik Toezicht Sociaal Domein 2016-2020, TSD.



sluit voor veel gemeenten goed aan bij wat de afgelopen periode in gang is gezet met lokale preventieakkoorden en biedt kansen om de samenhang in de publieke gezondheid te bevorderen. Wij kunnen ons toezicht op deze ontwikkelingen laten aansluiten, door het in de toekomst onder meer te richten op de samenwerking en netwerkvorming, het bereik van de diverse doelgroepen, de effecten en kwaliteit van het aanbod en de (organisatorische) borging, dan wel continuïteit van het aanbod. Aanscherping van het wettelijk kader op deze punten is dan echter wel noodzakelijk, omdat in de huidige Wet publieke gezondheid momenteel niet op al deze terreinen concreet is uitgewerkt wie waarop toeziet, noch welke handhavinginstrumenten en wettelijke bevoegdheden daarbij horen.

### **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 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. In de discussienota wordt bijvoorbeeld geopperd het eigen risico kwijt te schelden bij gebruik van digitale zorg. Daarmee kan een situatie ontstaan waarin mensen zich gedwongen voelen om digitale toepassingen te gebruiken die voor hen geen meerwaarde bieden of zelfs nadelig zijn. Een voorbeeld zou zijn het doen van allerlei zelfmetingen waarvoor geen medische noodzaak bestaat en die zouden kunnen leiden tot onnodige medicalisering, waar juist preventie beoogd was.

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. We moeten echter vaststellen 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.

### *Privacybescherming*

In haar contacten met zorgaanbieders krijgt de inspectie regelmatig signalen van zorgaanbieders over een toename van complexiteit die zij ervaren met betrekking tot het naleven van privacyregels. Dit leidt er soms toe dat zorgaanbieders afzien van de uitwisseling van gegevens, op basis van een (veelal onterechte) vrees in strijd te handelen met wet- en regelgeving. Bij nieuwe wet- en regelgeving die ziet op regionale samenwerking en/of samenwerking binnen het sociaal domein, is daarom allereerst van belang dat er waar nodig wordt voorzien in een goede grondslag voor gegevensuitwisseling. Daarnaast is het echter ook van belang om in te zetten op de ontwikkeling van benodigde kennis en competenties bij de betrokken partijen om dit zorgvuldig en toereikend te doen.

## Regeldruk

Het afleggen van verantwoording en de administratieve lastendruk die daarbij wordt ervaren, vormt een grote bron van onvrede voor veel zorgverleners. Zij vragen zich af wat het nut is van alle vragenlijsten en registraties en ervaren hierdoor aanmerkelijk minder werkplezier. De inspectie deelt deze onvrede over registraties die ten koste gaan van de persoonlijke zorg voor de patiënt. Administratie en registratie zijn alleen zinvol als zij van toegevoegde waarde zijn voor de patiënt of cliënt. En moet vooral ondersteunen bij de dagelijkse patiëntenzorg. Van veel zaken die geregistreerd worden is niet duidelijk waarom dit gebeurt, en wie daar belang bij heeft. Soms is er angst voor de rol van de inspectie, en vaak zijn er misverstanden over wat allemaal 'moet' of 'niet mag' van ons. Het is daarom van belang dat we hierover het gesprek blijven voeren met elkaar. Zo kan ook worden gekeken waar, ook in de uitvoering van ons toezicht, regeldruk wordt ervaren. En waar misverstanden kunnen worden weggenomen of praktische oplossingen kunnen worden geboden. Om hierover in gesprek te komen met het zorgveld heeft de inspectie in 2018 het manifest 'Samen anders kijken' gepubliceerd, waarin we een drietal beloftes doen<sup>2</sup>:

- Alleen als registraties bijdragen aan borging van kwaliteit van het uitvoeren van het (risicovolle) proces, aan leren en verbeteren en er geen alternatieven beschikbaar zijn, zal de inspectie toezien op uitvoering hiervan;
- De inspectie stelt in haar toezicht niet de richtlijn en de registratie centraal, maar de wijze waarop zorgverleners en bestuurders de zorg voor de patiënt of cliënt willen organiseren;
- De inspectie gaat in haar toezicht uit van bestaande registraties en sturings- en verantwoordingsinformatie die door zorgaanbieders zelf als waardevol worden ervaren.

Gezien de grote impact van de ervaren regeldruk op het werkplezier van zorgverleners, in een tijd waarin we in toenemende mate geconfronteerd worden met de gevolgen van krapte op de arbeidsmarkt, verdient het terugdringen van deze regeldruk ook de komende periode onverminderd aandacht. De afgelopen periode hebben initiatieven om de regeldruk aan te pakken met name in het teken gestaan

---

<sup>2</sup> <https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2018/07/02/samen-anders-kijken-over-regeldruk-en-de-zorg-die-je-je-eigen-familie-en-naasten-gunt>

van het schrappen van registratieverplichtingen met onvoldoende meerwaarde. Hoewel dergelijke initiatieven een effect hebben gehad en nog kunnen hebben, is de inspectie van mening dat om daadwerkelijk tot een substantiële én structurele vermindering in ervaren lastendruk te komen, een meer fundamentele omslag nodig is in de wijze van verantwoorden. Een manier van verantwoorden die uitgaat van leren en verbeteren en vertrouwen tussen betrokken partijen, gericht op zorg die is afgestemd op de persoonlijke behoeften, wensen en voorkeuren van een patiënt. Ook in dit verband verwijzen we graag naar het rapport 'Blijk van vertrouwen' van de RVS. Zoals gezegd verlegt de inspectie binnen haar toezicht in toenemende mate de focus naar dit proces van leren en verbeteren. Dat is ook voor ons een proces van leren en verbeteren. We blijven daarom ook de komende periode graag in gesprek met zorgveld en het ministerie van VWS over de vraag hoe we een bijdrage kunnen leveren aan het verminderen van de registratielasten en de benodigde omslag in de wijze van verantwoorden.

## **Arbeidsmarkt**

De discussienota schetst duidelijk het probleem dat het voor zorgaanbieders steeds moeilijker wordt om voldoende gekwalificeerd zorgpersoneel aan te trekken en te behouden. De inspectie wordt in haar toezicht dagelijks geconfronteerd met de gevolgen van de krapte op de arbeidsmarkt op de zorg. Op veel plekken in de zorg en jeugdhulp zijn niet altijd genoeg medewerkers, of ze hebben niet allemaal de juiste kennis en ervaring. Dit heeft naast gevolgen voor de toegankelijkheid, onvermijdelijk ook gevolgen voor de kwaliteit en continuïteit van zorg en voor het welzijn van de zorg- en hulpverleners zelf. Mede in het kader van de coronacrisis is de regionale samenwerking op dit vlak de afgelopen tijd geïntensiveerd. Daar waar zorgaanbieders die daartoe wel in staat zijn onvoldoende bereidheid tonen om bij te springen bij zorgaanbieders in de regio die de kwaliteit van zorg niet kunnen waarborgen door een personeelstekort, spreekt de inspectie deze aanbieders aan. Het verkennen van mogelijkheden van flexibele organisatievormen om instellings- en domeinoverstijgend in de regio te kunnen werken zou kunnen bijdragen aan deze bereidheid en samenwerking tussen zorgaanbieders verder kunnen bevorderen. Overigens ontvangt de inspectie van zorgaanbieders signalen dat een (al dan niet terechte) vrees te handelen in strijd met mededingingsregels de samenwerking op dit vlak soms belemmert.

De discussienota gaat in op verschillende elementen van werkplezier. Wat daarbij naar ons oordeel nog onvoldoende wordt benoemd is de organisatiecultuur en het werkklimaat binnen zorginstellingen. Hoe is de interne cultuur? Is er openheid en veiligheid? Is er ruimte voor leren en ontwikkelen van de zorgverleners? Wordt naast deskundigheidsbevordering ook gelet op persoonlijke ontwikkeling? Is er voldoende aandacht voor de impact van klachten op zorg- en hulpverleners en hoe wordt daarmee omgegaan? Dit zijn meer inhoudelijke aspecten die, naast verminderen van werkdruk, meer loopbaanperspectief, verbetering van contracten en meer regie en zeggenschap voor zorgprofessionals, ook een belangrijke rol spelen bij de overweging om al dan niet uit de zorg te stappen.

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